

# Le senior, la science et le marché : un point de vue sur le vieillissement différentiel selon l'origine sociale

Autor(en): **Hummel, Cornelia**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Schweizerische Zeitschrift für Soziologie = Revue suisse de sociologie = Swiss journal of sociology**

Band (Jahr): **32 (2006)**

Heft 3

PDF erstellt am: **27.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-814445>

## **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

## **Haftungsausschluss**

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

## Le senior, la science et le marché. Un point de vue sur le vieillissement différentiel selon l'origine sociale

Cornelia Hummel\*

En 2005, dans la partie conclusive du rapport « Âges et générations », l'Office fédéral de la statistique, par l'intermédiaire des auteurs du rapport, formulait ainsi un des enjeux du 21<sup>e</sup> siècle dans le domaine du vieillissement : « Un défi majeur de cette prise de conscience de la réalité inéluctable du vieillissement de la population de la Suisse est [celui] des inégalités qui s'accumulent au long du parcours de vie et le risque de vieillesse à plusieurs vitesses » (OFS, 2005 : 136). Derrière ce défi se cache la question, souvent euphémisée dans le champ gérontologique, du vieillissement différentiel selon l'origine sociale. S'il est aujourd'hui communément admis que le vieillissement des individus est soumis à des déterminants sociaux par le biais de la santé (prise dans sa définition la plus large, telle que formulée par l'OMS), on peut s'interroger sur le poids futur de ces déterminants au regard des mutations que laisse entrevoir ce début de 21<sup>e</sup> siècle dans les champs scientifique, socio-sanitaire et économique.

Deux phénomènes servent de points d'appui à cet article dont le caractère se veut à la fois essayiste et prospectif.

- l'essor et le succès des théories du vieillissement réussi (*successful aging*) dans le champ de la gérontologie ainsi que l'émergence du courant anti-vieillesse (*anti-aging*) dans le champ médical ;
- le développement exponentiel du marché de la vieillesse dans le champ économique, phénomène que nous qualifions de marchandisation de la vieillesse.

Ces deux phénomènes seront exposés, puis mis en relation avec la question du vieillissement différentiel selon l'origine sociale en montrant en quoi ils participent à l'inscription de la vieillesse dans un cadre à la fois naturaliste et individualiste-marchand.

### 1 Vieillesse et pathologie : du marasmus senilis à l'anti-vieillesse

#### 1.1 Préliminaires

Dès le XIX<sup>e</sup> siècle, la médecine marque un intérêt croissant pour l'étude de la vieillesse et du vieillissement. Le point de vue adopté est celui des « maladies de vieillards », les

---

\* Cornelia Hummel, Département de sociologie, Université de Genève, CH-1211 Genève 4, E-Mail : cornelia.hummel@socio.unige.ch.

traités s'appuyant sur des observations effectuées sur des vieillards décédés (dissections) ou sur des malades regroupés dans les hospices et hôpitaux. Pour Charcot, qui étudie les vieux malades de la Salpêtrière à Paris et publie en 1867 ses célèbres « Leçons cliniques sur les maladies des vieillards », la vieillesse se traduit par une atrophie générale de l'individu, les organes affectés se réduisant en volume et présentant des modifications pathologiques. Rapidement, les maladies spécifiques de la vieillesse reçoivent le qualificatif « sénile » (démence sénile, gangrène sénile, syncope sénile), ce qualificatif pouvant devenir un substantif dans les statistiques générales des causes de décès au XIX<sup>e</sup> siècle (à la fin du siècle, en Allemagne, 72% des décès des individus de plus de 70 ans sont attribués à la « sénilité » ; Conrad, 1985). La gériatrie naissante accorde ainsi une place de choix à l'association entre la vieillesse et la détérioration physique profonde et irréversible, les articles scientifiques répertorient, classifiant et exposant le cortège des affaiblissements, altérations, atrophies, dégénérescences, lésions, scléroses et autres ulcérations attribués à l'avancement en âge (Bourdelaïs, 1993). Dans cette première étape de l'histoire médicale de la vieillesse, le processus de vieillissement est étudié par le biais de l'apparition de pathologies, avec un volet scientifique qui se concentre sur les causes de ces pathologies (et donc sur le caractère physiologique du vieillissement) et un volet thérapeutique qui recherche les moyens de soigner les pathologies, voire de les repousser le plus longtemps possible.

Le XX<sup>ème</sup> siècle connaît à la fois un accroissement considérable des travaux portant sur la vieillesse, et un élargissement de l'horizon de recherche. L'étude des processus de vieillissement sort du champ exclusivement médical, et commence à intéresser d'autres disciplines telles que la psychologie, la sociologie ou l'économie. La rencontre de ces regards disciplinaires multiples fonde une nouvelle discipline, la gérontologie, stimulée par les projections sur le vieillissement de la population dans les sociétés occidentales. Le vieillissement n'est dès lors plus compris comme un processus individuel, objet d'une discipline scientifique spécifique, mais comme un phénomène collectif (particulièrement bien mis en lumière par le concept de vieillissement démographique formulé par le démographe Alfred Sauvy en 1927), qui pourrait bien se transformer en problème social. La définition du champ de la gérontologie apparaît avec netteté dans l'éditorial du premier numéro du *Journal of Gerontology* de la toute jeune *Gerontological Society of America*<sup>1</sup> :

« La gérontologie n'est pas une discipline hautement spécialisée de plus, la dernière addition à la déjà longue – et se rallongeant toujours – liste de « logies » qui composent le tableau académique. (...) La gérontologie reflète la reconnaissance d'un nouveau type de problème qui nécessitera l'intérêt et la dévotion d'un éventail de scientifiques, enseignants et professionnels ; tout ceux dont on aura besoin pour étudier la croissance, le développement et le vieillissement humain, l'écologie

1 La séparation des objets et des disciplines est illustrée par la fondation, à 3 ans d'intervalle des deux associations faitières américaines : l' « American Geriatrics Society » (1942) et la « Gerontological Society of America » (1945).

et la planification régionale, l'hygiène mentale, la conservation humaine ou les changements culturels. Ces problèmes multidimensionnels requièrent les efforts communs de nombreuses disciplines et professions» (Lawrence K. Frank, *Journal of Gerontology*, 1946, 1, in : Katz, 1996:111, notre traduction).

La gérontologie nord-américaine fait figure de pionnière et initie de grandes recherches, menées sur de larges échantillons de personnes âgées et ayant pour objectif d'appréhender la vieillissement dans sa complexité et sa diversité. Ces recherches insistent sur le vieillissement comme processus multidimensionnel, ainsi que sur les potentiels ajustements (physiques, psychologiques, sociaux) des individus à ce processus. Des desseins de recherche novateurs sont élaborés, à l'instar de l'approche longitudinale de la célèbre *Duke Longitudinal Study*, afin d'étudier scientifiquement ces ajustements et de mesurer leurs effets sur des variables telles que la santé fonctionnelle, la santé mentale, la satisfaction de vie, etc. Les études fondatrices de la gérontologie dégagent alors un paradigme disciplinaire propre, qui marque l'achèvement de la délimitation du champ : le vieillissement normal. Le vieillissement normal est défini comme un ensemble de variables biologiques qui n'aboutissent pas nécessairement à des pertes de fonctions physiques ou mentales. Son pendant, le vieillissement pathologique, est déterminé par la manifestation, chez le sujet vieillissant, d'affections spécifiques (par exemple la maladie d'Alzheimer). La distinction normal/pathologique préside à deux logiques disciplinaires : le curatif et le préventif. Si le vieillissement pathologique reste le terrain privilégié de la médecine, le vieillissement normal et la prévention du vieillissement pathologique constituent le terrain d'action de la gérontologie, dans sa version « fondamentale » (recherche scientifique) ou « appliquée » (mise en place de politiques ciblées dans le domaine socio-sanitaire, Guillemard 1983, 1986 ; Lenoir 1979 et 1989).

Aux questions posées au corps humain à la fin du XIXe siècle, « qu'est-ce que la vieillesse », « pourquoi vieillit-on ? », suivent, dans la deuxième moitié du XXe siècle, les questions posées au corps social : « comment éviter la chute dans le vieillissement pathologique ? », ainsi que son corollaire « comment bien vieillir ? ». Débordant du cadre de l'hygiène de vie, dont l'actualisation des préceptes est laissé à la médecine, les réponses données à ces questions sont essentiellement sociales et psychologiques et trouvent une formalisation dans une série de théories plus ou moins concurrentes. Deux d'entre elles, élaborées presque simultanément au début des années 1960, vont alimenter la controverse théorique pendant près de trente ans :

- la théorie du désengagement (Disengagement theory), qui postule le retrait progressif de la vie sociale avec l'avancement en âge, le désengagement étant conçu comme un processus d'adaptation au cours duquel la personne vieillissante cesse d'exercer les rôles qu'elle ne peut plus accomplir (Cumming & Henry, in : Tobin, 1997) ;
- la théorie de l'activité (Activity theory) postule au contraire que l'individu qui vieillit bien est celui qui maintient ses activités sociales le plus longtemps

possible, la réduction des possibilités physiques et mentales donnant lieu à la recherche d'activités de substitution (Havighurst, in : Atchley, 1997).

La théorie de l'activité inspire de nombreux chercheurs qui cherchent à dépasser l'opposition normal/pathologique pour travailler avec des concepts plus « positifs », permettant de rendre compte à la fois de la diversité des vieillesse et de la prédominance des processus de vieillissement bien négociés. Il s'agit de découvrir quels sont les ingrédients menant à une vieillesse « réussie » (le terme « *successful aging* » a été utilisé pour la première fois par le gérontologue américain Robert Havighurst en 1965), la réussite brillant toutefois de tous les feux de la polysémie. Dans son allocution d'ouverture au congrès annuel de la Société allemande de gérontologie en 1988 (dont le thème est « *Vieillissement réussi: conditions et variations* »), Ursula Lehr souligne que « lors du congrès de la Gerontological Society [of America], tenu à Chicago en 1986 sur le thème *Markers of Successful Aging*, on insista sur la nature totalement athéorique des tentatives faites jusqu'alors dans la définition du vieillissement réussi » (Lehr, 1993: 3, notre traduction). La gérontologue allemande constate que ni le congrès de Chicago, ni le congrès de l'Association européenne de gérontologie, tenu l'année suivante, n'eurent plus de succès dans l'élaboration de ce concept. « Qu'importe le flacon, pourvu qu'on ait l'ivresse » serait-on tenté de dire au vu du succès scientifique et médiatique de la notion de vieillissement réussi – succès qui fait écho à l'ancestral espoir d'effacer l'empreinte du temps sur le corps de l'homme.

## 1.2 Le vieillissement réussi

Les théories du vieillissement réussi insistent toutes sur le rôle que tient l'individu dans le processus de vieillissement. L'individu est, du point de vue théorique, en mesure de déployer des stratégies de préservation de la santé, de maintien de la participation sociale, de prévention des troubles cognitifs, puis, en cas de pertes fonctionnelles ou sociales, capable de mettre en œuvre des stratégies adaptatives. Les travaux de Rowe et Kahn<sup>2</sup> (1997, 1998) réfutent ainsi la thèse qui associe l'avancement en âge avec une élévation inévitable, car biologiquement déterminée, des risques de maladie et de handicap. L'argument principal est que l'augmentation des risques liés à l'âge peut faire l'objet de stratégies de prévention. La vieillesse est ainsi conçue comme le produit des « choix » que l'individu a fait dans les étapes précédentes de son parcours de vie. Le terme de « choix » est ici quelque peu problématique, car les recherches menées dégagent des prédicteurs de santé parmi lesquels, outre les prédicteurs classiques d'hygiène de vie (exercice physique, limitation du poids, type d'alimentation), le revenu, le niveau d'éducation, le statut marital et familial ont une place de choix. Les auteurs insistent également sur une composante non-physiologique de la vieillesse

---

2 Nous distinguons la théorie du vieillissement réussi telle que proposée par Rowe et Kahn de celle proposée par Baltes et Baltes, les deux approches étant différentes. Voir Hummel (2006).

réussie, «l'engagement actif dans la vie» qui s'oppose, implicitement, au retrait proposé par la théorie du désengagement. «L'engagement actif dans la vie» dépend de variables telles que le statut professionnel avant la retraite, le maintien d'activités «productives» après la retraite, et de dispositions mentales positives (la volonté, le sentiment de maîtriser sa vie).

Le message que Rowe et Kahn adressent au public<sup>3</sup> est le suivant : pour autant que l'individu fasse preuve d'un style de vie adéquat, sa vieillesse peut être réussie, c'est-à-dire sans maladie ni handicap, avec une capacité fonctionnelle cognitive et physique élevée, et un engagement actif dans la vie. Ce nouveau paradigme, qui fait de la vieillesse un enjeu couvrant l'ensemble du parcours de vie et qui pose comme préalable la théorique aptitude de l'individu à anticiper et à gérer son vieillissement, contribue à remplacer le concept de vieillissement normal par celui de vieillissement réussi. La gérontologie contemporaine tend alors vers l'opposition vieillissement réussi/vieillesse pathologique.

### 1.3 Le courant anti-aging

Si les théories du vieillissement réussi, dans leur diverses versions, montrent une filiation claire avec les étapes antérieures de l'histoire de la gérontologie, il est difficile d'établir la parenté théorique du courant anti-vieillesse, tant est radicale la rupture avec le couple conceptuel fondateur de la gérontologie (vieillesse normal/vieillesse pathologique, puis vieillissement réussi/ vieillissement pathologique dans la version revisitée par les théoriciens du vieillissement réussi). Dans ce courant, le vieillissement pathologique n'est plus opposé au vieillissement normal ou au vieillissement réussi, le vieillissement *est* pathologique. Il s'agit ici de supprimer tous les symptômes liés à l'âge, étant entendu que ces symptômes sont attribués à un dysfonctionnement physiologique. L'individu vieillissant est réduit à sa corporeité, autrement dit à son apparence et à ses organes, et c'est l'altération de ces derniers qu'il s'agit de combattre.

La première organisation formelle à porter la bannière de l'anti-vieillesse est l'*American Academy of Anti-Aging Medicine* (A<sup>4</sup>M), fondée en 1993 et composée de 11'000 médecins. Elle ne propose rien de moins que l'allongement de la vie humaine opérée par la neutralisation des effets du vieillissement, et se définit comme discipline «fondée sur l'application de technologies scientifiques et médicales avancées dans le dépistage précoce, la prévention, le traitement, et le renversement de dysfonctions, troubles et maladies liées à l'âge» (A<sup>4</sup>M, 2002, notre traduction).

L'application d'un «modèle à la fois porteur d'espoir et réalisable pour la médecine du nouveau millénaire» (A<sup>4</sup>M, 2002, notre traduction) repose sur les promesses de la révolution bio-technologique, en particulier dans les domaines

3 Dans l'ouvrage grand public de Rowe et Kahn, le quatrième de couverture harangue ainsi le lecteur : «C'est vrai! Les choix de styles de vie que vous faites maintenant peuvent changer le reste de votre vie» ((Rowe, Kahn, 1998, notre traduction).

du génie génétique (éradication de maladies par manipulations génétiques, traitements par cellules-souche), du clonage (productions de tissus et d'organes), de l'homonothérapie (DHEA et autres), de la nanotechnologie (chirurgie de précision) et des organes artificiels (optimisation des organes artificiels « classiques » – cœur, poumons, estomac – et expérimentation étendue à d'autres organes – moelle épinière, nerfs). Le programme de cette nouvelle discipline médicale est résumée ainsi par un de ces fondateurs, le Dr. Ron Klatz : « Ne tombez pas malade, ne vieillissez pas, ne mourez pas » (A<sup>4</sup>M, 2002a). Convaincue que la vieillesse et ses maux n'ont rien d'une fatalité, et qu'une sorte de nouvel ordre gérontologique pourra être instauré grâce à la coopération entre la recherche et l'industrie, l'*American Academy of Anti-Aging Medicine* ouvre grand les portes de son site internet et de ses publications aux industriels du secteur médico-pharmaceutique. Faisant fi de la traditionnelle distinction entre science et marché, l'académie reprend à son compte l'argument de la croissance du marché de l'anti-vieillesse (pour 2001, au niveau mondial, ce marché représenterait 973 millions de dollars, A<sup>4</sup>M, 2001).

Le courant anti-aging, qui jusqu'à récemment était perçu par la communauté scientifique comme un avatar fanfaronnant de la gériatrie, obtient progressivement ses galons politiques. Un exemple de cette reconnaissance est donné par le récent Congrès mondial de médecine anti-vieillesse, organisé en mars 2006 à Paris par l'académie américaine en collaboration avec sa consœur européenne : pour la première fois, le congrès était placé sous le patronage du Ministre de l'Education Nationale, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, Gilles de Robien. Par ailleurs, les promesses faites en matière de recherche sont loin d'être délirantes, preuve en est la « guerre » qu'a déclarée la gérontologie institutionnelle au courant anti-aging et à ses représentants. Au marketing scientifique et économique très agressif de l'*American Academy of Anti-Aging Medicine* répondent des publications dans des revues prestigieuses où le gratin des gérontologues prend position contre ceux qu'il considère comme « des entrepreneurs qui attirent des consommateurs de tous âges, crédules et souvent désespérés, vers des cliniques de 'longévité', affirmant la légitimité scientifique des produits qu'ils recommandent et souvent vendent » (article de S.J. Olshansky, L. Hayflick, B.A. Carnes dans *Scientific American* en 2002, in : Binstock, 2004 : 2). Pourtant, il apparaît que ces attaques ne visent pas les hypothèses de base du courant anti-aging, mais dévoilent plutôt une lutte pour la légitimité dans le domaine de la recherche sur le ralentissement, le retardement, voire l'élimination des effets du vieillissement. Les chercheurs qui donnent de la voix dans les instances scientifiques dominantes sont, pour la plupart, eux-mêmes impliqués dans la recherche de thérapeutiques anti-vieillesse (Binstock, 2004). Dans un contexte où les enjeux scientifiques, économiques et politiques sont puissants, il s'agit de distinguer la science légitime – celle de la biologie et de la gérontologie établies – de la pseudoscience proposée par des charlatans « cherchant du profit » (S.J. Olshansky, L. Hayflick, B.A. Carnes dans *Scientific American* en 2002, in : Binstock, 2004 :

2). Dans le domaine de la recherche fondamentale, la biogérontologie (discipline issue du mariage entre deux branches de la biologie et de la gérontologie) a le vent en poupe, bien que pour l'instant, les candidats à l'élimination de la vieillesse sont surtout des cellules. Tant les espoirs dont est porteuse la biogérontologie que sa volonté de démarcation sont illustrés par le changement de nom, en 2004, du très académique *Journal of Anti-Aging Medicine* » (consacré à la recherche sur les cellules souches) qui s'intitule désormais *Rejuvenation Research*.

## 2 La marchandisation de la vieillesse

Les relations privilégiées entretenues par le champ économique avec la vieillesse ne sont pas un phénomène nouveau. Dès les années 1960, alors que l'on s'interroge sur la place dans la société de ce nouvel acteur qu'est le retraité en bonne santé, la consommation de biens et services est considérée comme une forme de participation sociale des personnes âgées (Rapport Laroque in : Guillemard, 1986). L'« invention du troisième âge » (Lenoir, 1979), fruit de la rencontre d'un phénomène démographique, d'interventions politiques spécifiques (les politiques vieillesse) et de la diffusion d'une « vulgate gérontologique » relative au bien vieillir, est concomitante de l'ouverture d'un nouveau segment de marché. Les retraités, dotés en capitaux temporels et financiers, deviennent ainsi la cible de produits spécifiques, essentiellement dans le domaine des loisirs (activités sportives et culturelles, voyages, presse).

Le marché s'est considérablement élargi en quatre décennies, et la fonction des biens et services proposés aujourd'hui n'est plus seulement d'agrémenter les années de retraite, mais de contribuer à repousser le vieillissement ou, quand il se présente, à gérer le vieillissement. L'exemple le plus visible est fourni par l'arrivée massive, sur le marché, de produits et techniques visant à « bien vieillir » ou « lutter contre le vieillissement »<sup>4</sup>, que ce soit dans le domaine pharmaceutique, cosmétique, médical ou paramédical. A l'instar des promoteurs de l'anti-vieillesse, les experts économiques ont sorti leurs calculatrices afin d'évaluer le poids du marché de la vieillesse (ou « marché des seniors » lorsque la cible est constituée des futurs retraités de la génération 1945–65 : les « baby-boomer »). Frédéric Serrière débute son ouvrage « Conquérir le marché des seniors » en posant clairement les enjeux du vieillissement pour le marché économique : « A l'heure où l'économie tourne au ralenti, le vieillissement de la population est une opportunité unique pour les entreprises qui veulent trouver des relais de croissance pour les décennies à venir.

---

4 Contrairement à la section précédente, nous ne distinguons pas, ici, les produits promettant de bien vieillir et ceux affirmant lutter contre le vieillissement, car dans le contexte marchand, la différence est ténue (de notre point de vue, il n'y a pas de différence entre des « alicaments » et des compléments alimentaires; entre une crème « spécial peaux matures » et crème anti-rides). Dans ce qui est proposé au consommateur, bien vieillir, c'est vieillir moins vite ou moins visiblement, moins physiquement.



Durant les 30 prochaines années, le vieillissement de la population sera l'une des préoccupations principales des leaders politiques et sociaux, comme des dirigeants d'entreprise, qu'elles soient industrielles ou de service » (Serrière, 2003 : V).

Le secteur des loisirs reste important, tout comme celui des médias. Parmi les secteurs émergents ou futurs, citons les banques et assurances, la sécurité (télé-surveillance) et surtout tout ce qui touche à la santé: les aliments (par exemple le lait enrichi en calcium) et compléments alimentaires, la cosmétique, les produits médicaux (hormones, botox), la chirurgie esthétique, « le marché de la dépendance et des maisons de retraite »<sup>5</sup> (produits d'assistance pour personnes dépendantes, aménagement du logement, mobilier spécialisé, logiciels de gestion de maisons de retraites), et « le marché de la dénutrition des personnes âgées » (nourriture spéciale hautement calorifique). Considérant les produits proposés, on peut distinguer deux segments de marché, s'adressant à deux populations différentes et reproduisant les logiques d'oppositions sur lesquelles sont construites les catégories du troisième et quatrième âge (Lenoir, 1979 ; Hummel, 2002). Dans le premier segment, on s'adresse à l'individu qui souhaite repousser autant que possible le moment où son corps et son mode de vie seront qualifié de « vieux ». C'est dans ce premier segment que s'engouffrent les secteurs cosmétique, alimentaire et pharmaceutique en proposant des produits « anti-vieillesse ». Les projections faites par l'American Academy of Anti-Aging Medicine pour le marché anti-aging<sup>6</sup> sont également à placer dans ce segment de marché où le consommateur d'âge mûr – le senior – est la cible prioritaire. Dans le deuxième segment de marché, l'interlocuteur n'est pas celui qui bénéficie directement du produit ou du service – l'individu âgé – mais celui qui en a la gestion. Ce segment est constitué par « le marché de la vieillesse dépendante », marché qui est alimenté à la fois par les ressources financières personnelles des individus âgés (ou de leur famille), par les assurances et par les aides publiques (du type « Allocation personnalisée autonomie » en France). Entre le premier et le deuxième segment, on passe du cadre individuel au cadre collectif, de la logique de prévention à celle du soin, de la lutte contre le vieillissement à la gestion de la vieillesse dépendante.

Quelle que soit l'étape de la vieillesse considérée (troisième ou quatrième âge), tout indique que nous assistons actuellement à un phénomène de « marchandisation » de la vieillesse (au sens du passage d'une forme publique non marchande de l'offre de biens et services à une forme privée marchande). Les techniques, biens et services en relation avec la vieillesse sont en train de devenir des produits, des marchandises, la vieillesse elle-même devenant un marché (au même titre que n'importe quel autre marché)<sup>7</sup>.

5 Les expressions entre guillemets reprennent les formulations de Frédéric Serrière.

6 Voir supra.

7 Un exemple de ce passage du public au privé est fourni par l'entreprise suisse Q-Sys AG, qui propose à ses clients (maisons de retraite, hôpitaux) l'outil d'évaluation gériatrique RAI (Resident Assessment Instrument) sous forme de manuel d'utilisation, de logiciel d'utilisation, et cours de formation à cet instrument. Précisons que cet outil, développé aux États-Unis, est en

### 3 Vieillesse et mortalité différentiels selon l'origine sociale<sup>8</sup>

Quel est l'apport des phénomènes scientifiques et économiques présentés ci-dessus à une réflexion sur le vieillissement différentiel selon l'origine sociale? Avant de répondre à cette question, il nous faut définir ce que nous entendons par le terme de vieillissement différentiel.

Les études menées depuis cinquante ans en gérontologie ont montré que tous les individus ne vieillissent pas de façon identique (ils ne sont pas affectés par les mêmes pathologies et/ou pas de la même manière) et qu'un des facteurs de vieillissement différentiel est le milieu social. Les chercheurs français Mizrahi & Mizrahi (1997) formalisent ce vieillissement différentiel avec les notions de vieillissement « prématuré » ou « retardé ». Il s'agit de calculer les écarts à la moyenne sur des indices de morbidité. Par exemple, les personnes ayant vécu de longues périodes de chômage ont un vieillissement prématuré de 3 ans par rapport à la moyenne; les ouvriers non-qualifiés sont également touchés par un vieillissement prématuré (1,6 ans) alors qu'à l'inverse, les cadres supérieurs ont un vieillissement retardé de 2 ans. Une étude menée à Genève portant sur la mortalité prématurée et l'invalidité selon la profession et la classe sociale (Gubéran & Usel, 2000) va dans le même sens : entre les deux extrêmes de l'échelle socio-professionnelle (professions libérales et scientifiques, ouvriers semi et non qualifiés), la différence d'espérance de vie est de 4,4 ans (mortalité retardée de 2,2 pour les uns, mortalité prématurée de 2,2 pour les seconds). La variation est encore plus importante si l'on examine la prévalence de l'invalidité (les ouvriers sont 10 fois plus exposés à l'invalidité que les professions libérales et scientifiques). Un récent rapport faisant état des premiers résultats de l'enquête SHARE<sup>9</sup> montre que les disparités sociales en matière de santé physique et fonctionnelle des personnes âgées de plus de cinquante ans sont largement répandues dans toute l'Europe (Börsch-Supan, 2005).

Si la relation entre la morbidité, ou la mortalité, et l'origine sociale fait partie des « classiques » gérontologiques, les études documentant cette relation de façon plus approfondie sont, curieusement, assez rares (Grand, Clément & Boquet, 2000). Autrement dit, cette relation fait partie des corrélations attendues dans toute enquête standardisée, présentée en quelques lignes accompagnées d'un ou deux tableaux dans les rapports de recherche, comme si elle était un fait établi et accompli. Dans le rapport de synthèse du Programme national de recherche n°32 « Vieillesse »<sup>10</sup> (Höpflinger & Stuckelberger, 1999), on ne trouve aucune évocation de la variable

---

passé de devenir l'outil de référence en matière d'évaluation gérontologique, y compris dans le domaine des assurances sociales. Voir [www.rai.ch](http://www.rai.ch)

8 Dans cette section, ainsi que dans la section suivante, les termes origine sociale, milieu social et statut social sont utilisés comme des synonymes, renvoyant à la même réalité.

9 Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe. Les indicateurs retenus pour le statut socio-économique sont le revenu et le niveau d'éducation.

10 Programme du Fonds national suisse de la recherche scientifique réunissant 28 projets de recherche.

sociale dans le chapitre consacré à la santé. Le poids de l'origine sociale est à lire entre les lignes, en particulier dans la section rendant compte des travaux de Fibbi & Bolzmann sur les retraités d'origine étrangère (italienne et espagnole) : les auteurs soulignent le mauvais état de santé de la population étudiée en comparaison avec la population suisse, évoquant les conditions de travail pénibles que les travailleurs étrangers ont subi durant leur vie active.

Le volumineux ouvrage « Vieillesse au fil du temps » (Lalive d'Épinay *et al.*, 2000), portant sur la grande étude du même nom menée entre 1979 et 1994 en Suisse romande, présente les multiples facettes de l'amélioration des conditions de vie des personnes âgées en quinze ans. Les chapitres portant sur les gains dans le domaine de la santé apportent pourtant un éclairage troublant sur l'impact du statut social. Après avoir montré la force de la variable sociale sur l'état de santé de la population étudiée en 1994 (les inégalités devant la santé opposant les milieux populaires aux classes moyennes et supérieures), les auteurs se penchent sur les causes qui président à l'amélioration de la santé des personnes âgées établie par la comparaison des données des échantillons de 1979 et de 1994 (échantillons représentatifs des régions étudiées, Genève et le Valais central). L'analyse par cohorte met à jour le rôle fondamental du statut social dans les variations de la santé. En effet, l'amélioration de la santé fonctionnelle entre 1979 et 1994 est en grande partie expliquée par la transformation de la structure socioprofessionnelle des échantillons (diminution des classes manuelles). Le même phénomène est observé avec le niveau d'éducation (l'élévation du niveau d'éducation entre les deux échantillons contribue également à une part importante de la variation de la santé dans le temps). Ainsi, si la structure socioprofessionnelle ainsi que le niveau d'éducation de l'échantillon de 1994 étaient restés identiques à ceux de 1979, la santé des personnes âgées étudiées n'aurait pratiquement connu aucune amélioration.

Ces résultats, peu commentés par les auteurs de l'étude, ont de quoi interroger dans un contexte qui voit les inégalités sociales se creuser au lieu de se résorber. Si les personnes âgées d'aujourd'hui bénéficient pleinement des améliorations structurelles des bien-nommées « Trente Glorieuses » (1945–1975), quel sera le destin des générations nées pendant ces mêmes années (Chauvel, 2002) ? Le phénomène que Lalive d'Épinay *et al.* ont qualifié de « révolution tranquille » – révolution qui plonge ses racines dans des changements socio-historiques – risque, pour les générations plus jeunes, de prendre la forme d'un retour de flamme beaucoup moins tranquille. Considérant, par exemple, la tendance actuelle à l'« ouvrierisation » (Schwartz, 2001) de certaines catégories d'employés (caissières, agents d'entretien, aides hospitaliers), on peut poser l'hypothèse d'une nouvelle transformation de la structure socioprofessionnelle – structure dont la tertiarisation avait, dans un premier temps, profité à la santé des aînés.

#### 4 Perspectives

L'examen des théories du vieillissement réussi et de l'anti-vieillesse ainsi que du phénomène de la marchandisation de la vieillesse laisse apparaître un double référentiel qui peut sembler, à première vue, paradoxal, puisque la vieillesse est placée à la fois dans un cadre naturaliste et dans un cadre individualiste. La théorie de l'anti-vieillesse marque le retour en force du référentiel bio-médical, a priori déterministe, alors que la théorie du vieillissement réussi insiste sur l'aptitude de l'individu à anticiper/gérer son vieillissement en déployant les stratégies adéquates. Le paradoxe tombe si l'on considère la différence de point de vue : le référentiel naturaliste est appliqué à la vieillesse comme processus (vieillesse), le référentiel individualiste à la réponse donnée à ce processus. Le secteur marchand joue, lui, sur les deux référentiels en proposant à l'individu des produits et services appelés à le soutenir dans sa réponse au vieillissement biologique.

Le corollaire d'une définition de la vieillesse à la fois naturalisée et renvoyée à l'individu est l'évacuation des facteurs sociaux. On ne s'étonne pas, dès lors, de l'absence de prise en compte, dans les recherches se situant dans le paradigme du vieillissement réussi et a fortiori dans celui de l'anti-vieillesse, des déterminants sociaux du choix individuel. Les travaux de Havighurst, ont déjà, dans les années 1970, suscité de nombreuses critiques portant sur leur caractère sociocentrique et la théorie de l'activité fut qualifiée de théorie des classes moyennes blanches nord-américaines (Katz, 1996). Précisons que le manque d'attention aux facteurs sociaux, et par conséquent aux inégalités sociales, n'est ni récent, ni le seul fait d'une branche spécifique de la gérontologie. La difficulté à traiter le thème des inégalités sociales est à mettre en relation avec la tradition d'usage des variables sociales (notamment la catégorie socio-professionnelle) qui ont longtemps été – et sont parfois encore – circonscrites aux seuls actifs. De ce fait, les plus de 65 ans se trouvent classés dans des catégories générales où se côtoie la foule bigarrée des chômeurs, des invalides, des femmes au foyer, des rentiers, des étudiants – bref, les inactifs ou les « autres ». D'autres classifications plus fines ont distingué les inactifs jeunes (enfants, étudiants) des inactifs âgés en classant les plus de 65 ans dans la catégorie générique « retraités ». Cette dernière catégorie pose tout autant problème, car au-delà du fait qu'elle associe tous les individus âgés à des retraités (y compris les femmes n'ayant jamais travaillé ou les invalides) – la référence restant le monde du travail, elle suggère qu'au-delà de l'âge de la retraite, la hiérarchisation sociale disparaît. En ce sens, les sciences sociales – auxquelles la gérontologie emprunte les outils – participent à la naturalisation de la vieillesse en proposant l'illusion de l'homogénéité du grand âge et en renforçant l'image traditionnelle qui veut que tous les individus soient égaux devant la vieillesse. Le vieillissement serait ainsi un processus si puissant qu'il neutraliserait les effets liés à l'origine sociale.

L'eau apportée par les sciences sociales au moulin de la naturalisation de la vieillesse commence toutefois à se tarir, comme le démontre la nomenclature 2003 des Professions et Catégories socioprofessionnelles de l'INSEE laquelle, au contraire de la nomenclature 1982, comporte des catégories permettant de distinguer les retraités (« ancien artisan », « ancien cadre », etc.)<sup>11</sup>. En Suisse, l'Office fédéral de la statistique a encore des pratiques très diverses puisque dans ses publications, on trouve à la fois des regroupements de tous les retraités en une seule catégorie (alors que les actifs sont distingués par catégorie socio-professionnelle)<sup>12</sup>, ou des classifications dans lesquelles les retraités sont associés à la catégorie socio-professionnelle de leur dernier métier exercé<sup>13</sup>.

La mise en perspective de théories gérontologiques très médiatisées, dont le principe réside dans le management de sa santé et dont les applications présentent un fort potentiel économique<sup>14</sup>, avec le phénomène de marchandisation de la vieillesse, ainsi que la mise en lumière du double référentiel naturaliste et individualiste nous incitent à inscrire notre réflexion dans un cadre plus large, celui que Clarke et al (2003), nomment la biomédicalisation de la société. Selon les auteurs, la biomédicalisation résulte de la conjonction de l'extension du domaine d'intervention de la médecine (la santé comme impératif social) et de l'élargissement de l'horizon de l'intervention médicale permis par les évolutions technoscientifiques. Les éléments-clé de ce mouvement sont le foisonnement de nouvelles techniques et infrastructures qui débordent largement du cadre professionnel médical traditionnel, la privatisation de la recherche (collaboration université/industrie, laboratoires privés) et de ses résultats (l'exemple le plus connu est le brevet déposé par Myriad Genetics sur un gène marqueur du cancer du sein), l'application de modèles économiques à la gestion publique de la santé, la transformation du rapport médecin/patient au sein des nouveaux systèmes de gestion de soins, le passage d'une politique de santé centrée sur la résolution de problèmes (maladies) à une gouvernance de santé centrée sur la définition de problèmes (risques pour la santé), le passage de thérapeutiques standardisées considérant les malades comme un collectif à des thérapeutiques individualisées. La « customisation » thérapeutique va de pair avec la responsabilité croissante de l'individu face à sa santé, Clarke et al. soulignant que « la santé et la

11 [http://www.insee.fr/fr/nom\\_def\\_met/nomenclatures/prof\\_cat\\_soc/pages/pes.htm](http://www.insee.fr/fr/nom_def_met/nomenclatures/prof_cat_soc/pages/pes.htm)

12 Par exemple dans la publication issue du Recensement fédéral de la population 2000 « Ménages et familles » (OFS, Neuchâtel, 2005).

13 Par exemple dans la publication issue de l'Enquête suisse sur la santé 1997 « Soziale Ungleichheit und Gesundheit in der Schweiz » (OFS, Neuchâtel, 2002) ; ou dans l'ouvrage « Rapport social 2004 » (Editions Seismo, Zurich, 2004) issu de l'enquête suisse sur la santé 2002. Relevons au passage l'apport de la sociologie de la santé, discipline au sein de laquelle les inégalités sociales face à la santé sont centrales, à la gérontologie. L'attention de la sociologie de la santé aux facteurs sociaux est à mettre au crédit d'une posture plus critique à l'égard du modèle bio-médical, posture qui est au cœur de l'histoire de la discipline. La gérontologie n'a pas suivi le même chemin, le rapport au modèle bio-médical ayant pris plus la forme d'une complémentarité que d'une émancipation.

14 On pourrait se risquer à considérer les applications/récupérations marchandes des théories de la vieillesse comme des « produits dérivés ».

gestion appropriée des maladies chroniques deviennent des responsabilités morales individuelles qui doivent être réalisées par le biais d'une optimisation de l'accès au savoir, de l'auto-surveillance, de la prévention, de l'évaluation et du traitement des risques ainsi que par la consommation appropriée de biens et services bio-médicaux ou d'auto-aide» (2003 : 162)<sup>15</sup>.

Placer notre réflexion dans la perspective de la biomédication, c'est alors poser l'hypothèse d'un risque de renforcement, voire de transformation du vieillissement différentiel selon l'origine sociale. Cette hypothèse est appuyée par le fait que le vieillissement de la population est le « cher souci »<sup>16</sup> de la plupart des pays occidentaux. La maîtrise des coûts de la santé représente ainsi un enjeu de plus en plus important, au fur et à mesure que les projections sur la proportion à venir des personnes âgées – ou très âgées – passent des seuils statistiques inimaginables il y a deux ou trois décennies. Il est à prévoir que le système assurantiel tel que nous le connaissons aujourd'hui en Europe ne pourra pas couvrir les frais liés à la consommation de toutes les techniques, de tous les produits et services que le marché de la vieillesse proposera à ses « clients ». La distinction entre soins nécessaires et « soins de confort » sera de plus en plus fine, et une partie de « l'offre » en matière de santé devra être prise en charge par des assurances complémentaires privées ou directement par les personnes âgées elles-mêmes. Si l'on considère enfin qu'une partie de « l'offre » du marché de la vieillesse contribuera effectivement à une amélioration de la santé, la capacité de l'individu à payer les produits et services sera déterminante dans le vieillissement différentiel.

Dans un tel scénario, nous risquons fort de voir apparaître une nouvelle forme de vieillissement différentiel qui ne serait plus dépendante de divers facteurs sociaux entrelacés (profession, niveau d'éducation, revenu, situation familiale, style de vie) mais d'un seul facteur : le pouvoir économique (revenu et capital) des individus. Cette concentration sur un facteur serait la conséquence de la réorganisation de l'ensemble de la chaîne de préservation de la santé (de l'accès à l'information jusqu'à l'obtention du soin, en passant par les étapes de la prévention et de la gestion des risques) sur le mode de relations économiques<sup>17</sup>. Dans cette configuration, qui n'a rien d'un scénario de science-fiction, le vieillissement à plusieurs vitesses évoqué par le rapport de l'Office fédéral de la statistique<sup>18</sup> a toutes les chances de s'imposer à nous dans les prochaines décennies.

---

15 Notre traduction.

16 « Cher » parce que l'espérance de vie à la naissance fait partie des indicateurs de développement d'un pays, « cher » parce qu'une espérance de vie élevée combinée avec une faible natalité augmente la facture de la solidarité entre les générations.

17 Nouvelle forme d'organisation sociale que Clarke et al. nomment « The Biomedical TechnoService Complex, Inc. ».

18 Voir supra.

## 5 Références bibliographiques

- American Academy of Anti-Aging Medecine (A<sup>4</sup>M), *The Growing Anti-Aging Marketplace* (2001); *What is Anti-Aging Medecine?*, (2002); *Dr. Ron Klatz: Facts On Aging* (2002a); *Anti-Aging Medical News* (2005), <http://www.worldhealth.net>.
- Anti-Aging Medical News, American Academy of Anti-Aging Medecine, Winter 2004.
- Atchley, Robert (1997), Théorie de l'activité, in: Maddox, Georges (éd.), *L'encyclopédie du vieillissement*, Edition française, Paris & New York: Serdi & Springer.
- Binstock, Robert (2004), Anti-aging medicine and research: a realm of conflict and profound societal implications, *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, Vol. 59, 523–533.
- Börsch-Supan, Axel (2005), *Health, Ageing and Retirement in Europe. First Results from SHARE Survey*, Mannheim: Mannheim Research Institute for the Economics of Ageing.
- Bourdelais, Patrice (1993), *L'âge de la vieillesse*, Paris: Odile Jacob.
- Chauvel, Louis ([1998] 2002), *Le destin des générations*, Paris: PUF
- Clarke, Adele E.; Laura Mamo, Jennifer R. Fishman, Janet K. Shim, Jennifer Ruth Fosket (2003), Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U.S. Biomedicine, *American Sociological Review*, Vol. 68/2, 161–194.
- Conrad, Christoph (1985), La « sénilité » comme problème social: cause de décès, d'invalidité, et de pauvreté (exemples allemands du XVIII<sup>e</sup> au XX<sup>e</sup> siècle), *Annales de démographie historique*, 39–51.
- De Grey, Aubrey (2004), Editorial, *Rejuvenation Research*, Volume 7, N°1, 1–2.
- Grand, Alain; Serge Clément, Hélène Boquet (2000), Personnes âgées, in: Anette Leclerc, Didier Fassin, Hélène Grandjean, Monique Kaminski, Thierry Lang (éds.), *Les inégalités sociales de santé*, Paris: Editions la Découverte/INSERM.
- Gubéran, Etienne et Massimo Usel (2000), *Mortalité prématurée et invalidité selon la profession et la classe sociale à Genève*, Genève: Office cantonal de l'inspection et des relations du travail, Département de l'économie, de l'emploi et des affaires extérieures.
- Guillemard, Anne-Marie (1983), La production des politiques de la vieillesse, in: *Le continent gris*, Communications n°37, 105–121.
- Guillemard, Anne-Marie (1986), *Le déclin du social*, Paris: PUF.
- Hoepflinger, François et Astrid Stuckelberger (1999), *Vieillesse – Principaux résultats et perspectives du Programme National de Recherche PNR 32*, Berne: Fonds national suisse.
- Hummel, Cornelia (2002), Qu'en faut-il faire? Réflexions sur la construction sociale des troisième et quatrième âges, *Carnets de bord*, n°3.
- Hummel, Cornelia (2003), La vieillesse, un âge obsolète? L'improbable projet des alchimistes du XXI<sup>ème</sup> siècle, in: Cavalli, Stefano; Fragnière Jean-Pierre (éds), *L'avenir – Attentes, projets, (dés)illusions, ouvertures. Hommages à Christian Lalive d'Epinay*, Lausanne: Réalités sociales.
- Hummel, Cornelia (2006), La portée sociale de la théorie du vieillissement réussi: un problème retour à la responsabilité individuelle, in: Guillaume, Jean-François. (éd.), *Aventuriers solitaires en quête d'utopie. Les formes contemporaines de l'engagement*, Liège: Editions de l'Université de Liège.
- Katz, Stephen (1996), *Disciplining Old Age. The Formation of Gerontological Knowledge*, Charlottesville and London: University Press of Virginia.
- Lalive d'Epinay, Christian; Jean-François Bickel, Carole Maystre, Nathalie Vollenwyder (2000), *Vieillesse au fil du temps. Une révolution tranquille*, Lausanne: Réalités sociales.
- Lehr U. (1989), Erfolgreiches Altern – Einführung, in: M. M. Baltes, M. Kohli, K. Sames (éds.), *Erfolgreiches Altern. Bedingungen und Variationen*, Bern: Verlag Hans Huber.
- Lenoir, Remi (1979), L'invention du troisième âge, *Actes de la recherche en sciences sociales*, 26–27.

- Lenoir, Remi (1989), *Objet sociologique et problème social*, in: Patrick Champagne, Rémi Lenoir, Dominique Merllié, Louis Pinto, *Initiation à la pratique sociologique*, Paris : Bordas, 53–100.
- Mizrahi, Andrée et Arié Mizrahi (1997), *Facteurs sociaux de vieillissement précoce*, *Actualité et dossier en santé publique*, 21, 6.
- Office fédéral de la statistique (2005), *Âges et générations – La vie après 50 ans en Suisse*, Berne.
- Rowe, John W. and Robert L. Kahn (1997), *Successful Aging*. *The Gerontologist*: 37, 4, 433–440.
- Rowe, John W. and Robert L. Kahn (1998), *Successful Aging*. New York : Pantheon Books.
- Serrière, Frédéric (2003), *Conquérir le marché des seniors*, Editions Village Mondial, Pearson Education France, Paris.
- Schwartz, Olivier ([1990] 2002), *Le monde privé des ouvriers*, Paris: PUF Quadrige.
- Tobin, Sheldon (1997), *Désinvestissement*, in: Georges Maddox (éd.), *L'encyclopédie du vieillissement*, Edition française, Paris & New York : Serdi & Springer.
- [www.lemarchedesseniors.com](http://www.lemarchedesseniors.com)
- [www.world2006.org](http://www.world2006.org)



