

VIVRE PLUS LONGTEMPS, AVOIR MOINS D'ENFANTS, QUELLES IMPLICATIONS ?

Colloque international de Byblos-Jbeil
(Liban, 10 - 13 octobre 2000)



ASSOCIATION INTERNATIONALE DES DÉMOGRAPHES DE LANGUE FRANÇAISE

AIDELF

Vivre plus, vivre mieux ? Incidences de l'allongement de l'espérance de vie sur l'état de santé : cas de la Tunisie

Sofiane BOUHDIBA

Université de Tunis I, Tunisie

Introduction

Le bouleversement socioculturel, mais également médical, qu'a connu la Tunisie ces dernières décennies a fait que l'espérance de vie nationale à la naissance est passée de 48 ans en 1960 à 71,2 ans aujourd'hui, soit un allongement de la vie moyenne de plus de 23 ans en quatre décennies. Le progrès est énorme, cela est indéniable. Il est dû, cependant, à la synergie de deux phénomènes démographiques : d'une part, le recul de la mortalité infantile, et de l'autre le rallongement de l'espérance de vie à 65 ans. Et c'est précisément ce second aspect qui fera l'objet de ma communication.

En effet, je me propose d'étudier plus en détail les tranches d'âge de 65 ans et plus, et de tenter de trouver une réponse à la question suivante : toutes ces années de vie « gagnées » se sont-elles traduites par un surcroît de vie passée en bonne santé ou, au contraire, ne seraient-elles pas, en fait, totalement ou partiellement, des années supplémentaires de maladies ou de handicaps ?

Pour répondre à cette question délicate, je présenterai d'abord, dans une première partie, les principaux indicateurs démographiques montrant l'évolution différentielle du phénomène depuis le début des années 1970 jusqu'à nos jours, puis dans une deuxième partie, je traiterai de la qualité des années de vie supplémentaires vécues au-delà de 65 ans. Enfin, je consacrerai la dernière partie de mon travail à une analyse en termes de perspectives.

1. L'allongement de la vie en Tunisie

Nous constatons à travers ces chiffres (Tableau 1, ci-après) un vieillissement de la population tunisienne, qui se manifeste par une augmentation de 1,3 points, entre 1993 et 1997, du ratio « population de plus de 65 ans / population totale ».

Par ailleurs, le taux de dépendants âgés en 1997, c'est-à-dire le ratio « population de plus de 65 ans / population de 20 à 65 ans » se situe un peu au-dessus de celui des PVD en 2000 (10%), et très nettement en dessous de celui des PD (23% en 2000).

Nous observons également que l'espérance de vie à la naissance est passée de seulement 44,6 ans en 1950/1955 à 67,8 ans en 1991/1995, soit un gain moyen de plus de 0,5 année par an. Cette évolution est comparable à celle de pays voisins comme l'Algérie ou le Maroc.

Ce gain d'années de vie traduit en grande partie les progrès remarquables accomplis dans le recul de la mortalité infantile, dont le taux est passé de plus de 100‰ au début des années 1960 à 35‰ aujourd'hui.

En affinant davantage l'approche, nous constatons que l'espérance de vie à 65 ans est passée de 12,7 ans en 1989 à 14 ans en 1998 pour les hommes, et de 13,8 ans à 14,3 ans pour les femmes. Cette augmentation de l'espérance de vie à 65 ans, plus rapide chez les hommes que chez les femmes (respectivement + 1,3 ans et + 0,5 ans) pourrait s'expliquer, comme nous le verrons plus loin, par les effets pervers (et tardifs) des maternités répétées et de la ménopause, ainsi que par une moindre usure relative de l'organisme masculin.

TABLEAU 1 : QUELQUES INDICATEURS DE VIEILLISSEMENT

Année	Part des personnes âgées de plus de 65 ans	Détail
1993 Tunisie	4,3%	
1997 Tunisie	5,6 %	Population masculine : 5,5% Population féminine : 5,7%
Année	Taux de dépendants âgés *	Détail
2000 Monde	12,8%	PD : 23% PVD : 10%
1997 Tunisie (01/07/97)	11,2%	Population masculine : 11,5% Population féminine : 10,8%
Pays	Espérance de vie à la naissance 1950-55 / 1990-95	Gain de vie en années
Tunisie	44,6 / 67,8	23,2
Algérie	43,1 / 67,1	24,0
Maroc	42,9 / 63,3	20,4
Ouganda	40,0 / 44,9	4,9
Sénégal	36,5 / 49,3	12,8
Corée du nord	47,5 / 71,1	23,6
Inde	38,7 / 60,4	21,7
Myanmar	36,9 / 57,6	20,7
Israël	65,4 / 76,5	11,1
Année	Espérance de vie à 65 ans	Détail
1989 Tunisie (chiffres OMS)		Hommes : 12,7 ans Femmes : 13,8 ans
1998 Tunisie (calcul personnel)		Hommes : 14 ans Femmes : 14,3 ans
* taux de dépendants âgés = effectifs (+ 65 ans) / effectifs (20-64 ans)		
Source : Rapport sur la santé dans le monde 1995, OMS /État de la population mondiale 1998, FNUAP/Rapport, colloque AIDELF Sinaia 1996.		

Nous pouvons donc en déduire que les personnes âgées vivent de plus en plus longtemps en Tunisie. L'objet du présent travail de recherche a été, non pas d'aboutir à cette conclusion, mais d'en partir. En effet, il importe de savoir quelle est la qualité de ces années de vie gagnées : s'agit-il d'années de vie en bonne santé ou, au contraire, de vie entachée de maladies et de handicaps ?

2. Analyse de la qualité des années de vie supplémentaires

2.1 L'enquête sur l'état de santé des personnes âgées

En 1995, l'Office National de la Famille et la Population (ONFP) a mené, en collaboration avec l'Institut National de la Santé Publique et l'Organisation Mondiale de la Santé, une enquête nationale sur l'état de santé et les conditions de vie d'un échantillon de 2 165 personnes âgées de plus de 65 ans et vivant à domicile, dont 50,8% d'hommes et 49,2% de femmes.

La notion de « *handicap* » est, à mon sens, un excellent indicateur en gérontologie, puisqu'elle prend en compte à la fois l'état de santé et les possibilités offertes par l'environnement physique et humain.

L'enquête a révélé que 90% des personnes âgées de plus de 65 ans partagent le même logement que l'un de leurs enfants ou vivent à proximité. Cette cohabitation, mode de vie courant dans les sociétés arabo-musulmanes, engendre une certaine forme de dépendance.

En effet, le fait de se savoir physiquement proche d'une personne disponible, capable d'aider à tout moment, risque de développer, à terme, une certaine « *mentalité d'assisté* » chez les personnes âgées.

L'enquête nous révèle une dépendance physique, par exemple, puisque 83,9% des personnes âgées reçoivent une aide de leurs enfants, mais également une dépendance financière, puisque 60% des personnes âgées de plus de 65 ans sont financièrement soutenues par leurs enfants ; nous faisons remarquer à ce sujet que les femmes sont plus soutenues que les hommes.

S'agissant à présent du handicap physique, il est ressorti de l'enquête que la mobilité est satisfaisante pour 90% des personnes interrogées, et que le confinement augmente régulièrement avec l'âge. Ainsi, la dépendance pour prendre ses repas, par exemple, concerne 3,9% des personnes interviewées. Par ailleurs, plus de 90% des soins prodigués à ces personnes sont fournis par les membres de la famille.

D'autre part, l'étude a révélé que 5,5% des personnes âgées, sans être clouées au lit ou dans un fauteuil, ont besoin d'assistance pour accomplir des actes corporels tels que se laver, aller aux toilettes...

Cette dépendance est particulièrement vraie dans les classes sociales les plus défavorisées, caractérisées par une plus faible espérance de vie. Par ailleurs, l'enquête a fait ressortir trois facteurs associés à la perte d'autonomie : l'âge, les maladies chroniques incapacitantes et la classe sociale.

2.2 Le vieillissement féminin

La principale constatation que l'on peut faire, en observant la situation sanitaire du troisième âge est la suivante : si la femme tunisienne vit plus longtemps que l'homme, la qualité des années vécues aux âges élevés semble être indéniablement meilleure chez l'homme. Tout se passe donc comme si la femme atteignait des âges plus élevés au détriment de sa santé. Nous allons proposer dans ce qui suit quelques axes de réflexion pour tenter d'expliquer ce phénomène.

2.2.1 La maternité

La première cause « d'essoufflement » précoce de la santé des femmes âgées dans les pays à forte et moyenne fécondité est probablement le cumul des années difficiles de maternité. Ce facteur revêt une importance particulière en Tunisie, pour trois raisons : d'abord, le court intervalle intergénéral. En effet, le rapprochement des naissances agit négativement - et à retardement - sur la santé maternelle : moins il s'écoule de temps entre deux accouchements, et plus graves seront les séquelles pour la mère lorsqu'elle aura atteint 65 ans.

En effet, deux facteurs jouent ici, l'un biologique, l'autre d'ordre social : lorsqu'une femme donne naissance à un enfant, il lui faut un long moment pour se remettre physiquement de sa grossesse et pour que son métabolisme reprenne son niveau initial. Or, si entre deux naissances il s'écoule seulement une année, voire moins, l'organisme de la mère sera encore trop affaibli, c'est ce que l'on appelle le « syndrome de déplétion maternelle ».

Cet état de fait concerne plus particulièrement les populations rurales défavorisées, où il est de coutume que les jeunes mères dans le besoin reprennent le travail des champs, particulièrement éprouvant, très peu de temps après l'accouchement.

Le risque encouru est également aggravé par la pratique du sevrage tardif, que l'on retrouve encore dans les régions du Nord-Ouest, le Centre et le Sud du pays, et qui s'explique par le manque de moyens pour acquérir des aliments de substitution au lait maternel, tel que le lait en poudre ou les farines lactées. Or, si la mère allaite trop longtemps son enfant, et que, de plus, moins d'un an après un premier accouchement, elle a un autre bébé, la synergie des deux événements fera que son organisme sera extrêmement affaibli.

La forte parité observée dans l'histoire génésique des femmes âgées aujourd'hui de 65 ans et plus (si l'indice synthétique de fécondité se situe actuellement autour de 2,1 enfants par femme, il avait dépassé la barre des 5 enfants par femme pour les générations ayant atteint l'âge de la ménopause aujourd'hui) a entraîné également un état d'épuisement de la mère, qui s'est manifesté tardivement. Cela s'explique par deux raisons majeures, l'une biologique, l'autre d'ordre socio-économique : en effet, une femme qui a eu plusieurs enfants aura un organisme beaucoup plus affaibli qu'une femme qui accouche une seule fois.

Par ailleurs, plus la famille s'agrandit, et plus la portion alimentaire affectée à chacun de ses membres diminue. Ainsi, dans les familles nombreuses, la mère connaîtra un régime alimentaire appauvri, surtout lorsque les revenus sont modestes. Or, ce sont précisément les familles rurales les plus démunies qui conçoivent le plus d'enfants, afin d'avoir des bras pour travailler la terre.

Cet épuisement de l'organisme de la mère suite à la synergie d'une malnutrition pendant et après la grossesse, d'intervalles intergénéraliques courts, et d'une forte parité entraîne, aux âges élevés, l'apparition de maladies chroniques, telles que le diabète, chez la mère. Une femme qui a un seul enfant, ou deux enfants espacés, avant d'avoir atteint 30 ans, par exemple, connaîtra une vieillesse beaucoup moins chargée d'incapacité qu'une femme ayant eu tardivement 4 ou 5 enfants dans un court intervalle de temps.

2.2.2 La ménopause

La ménopause, tournant physiologique, mais également psychologique, dans la vie féminine, a pour effet de détériorer davantage la santé aux âges élevés, plus de vingt ans après son apparition. Ces effets, qui agissent comme une bombe à retardement, sont au nombre de trois, et sont de deux ordres, l'un biologique et l'autre socioculturel.

L'apparition de la ménopause entraîne de profondes modifications hormonales dans l'organisme féminin, qui augmentent, au-delà de 65 ans, les risques de maladies cardiaques, l'accélération du vieillissement de la peau et des muscles, ainsi que l'ostéoporose, c'est-à-dire la raréfaction pathologique du tissu osseux. Par exemple, on a constaté que 80% des fractures de hanches chez les personnes âgées concernent les femmes.

Par ailleurs, une fois passé l'âge de la ménopause, la femme fréquente moins régulièrement les services de santé, ce qui risque de retarder la détection de maladies chroniques féminines comme le cancer du col de l'utérus ou du sein.

Enfin, quand on sait qu'une femme est encore souvent jugée en fonction de son rôle procréateur, le fait d'atteindre la ménopause risque d'entraîner un manque de confiance et une anxiété croissante, tous deux facteurs d'accélération du processus de vieillissement.

2.2.3 La discrimination de la femme en milieu pauvre et rural

Dans les familles rurales et dans les communautés pauvres, il est généralement admis que les femmes travaillent plus que les hommes et mangent moins. En effet, dans un contexte de

chômage généralisé, les femmes ont souvent plus facilement accès au secteur d'emploi informel (femmes de ménage, ouvrières non déclarées dans les manufactures, ouvrières agricoles journalières...).

Une deuxième cause serait à inscrire dans le cadre d'une tradition méditerranéenne de paresse masculine (notamment dans les régions côtières).

Par ailleurs, dans les campagnes, les femmes âgées ont plus de mal à franchir les distances, parfois très élevées, de l'ordre de plusieurs dizaines de kilomètres, les séparant des services de santé, et l'accès aux soins reste plus facile aux hommes.

Notons également que la femme tunisienne, qui est moins âgée que son mari de 5 ans en moyenne, le remplace pour travailler la terre lorsque celui-ci devient trop vieux. Il n'est pas rare, en effet, de voir des femmes âgées de plus de 65 ans s'adonner au labeur ingrat du lopin de terre familial. Enfin, il faut mentionner que la corvée de l'eau reste l'apanage des femmes, et que les heures passées durant dans des cuisines enfumées ne peuvent que détériorer davantage la santé des femmes âgées.

Il est évident que cette discrimination de la femme en milieu pauvre et rural fait que les années qui lui restent à vivre au-delà de 65 ans sont souvent entachées de maladies chroniques et de handicaps majeurs.

3. Perspectives

A présent, après avoir présenté et analysé la situation sanitaire aux âges élevés, nous allons essayer de voir, d'abord les perspectives de vieillissement de la population tunisienne, puis les avantages - socialement parlant - à investir en matière de santé aux âges élevés, et enfin nous proposerons, pour terminer, quelques recommandations.

3.1 Perspectives de vieillissement en Tunisie :

L'Institut National des Statistiques a mené en 1995 une étude perspective sur l'évolution de la population tunisienne par groupe d'âge, en se basant sur trois hypothèses :

- fécondité : 3 hypothèses de baisse de l'indice synthétique de fécondité : H1 (baisse rapide jusqu'à 1,8 enfant par femme), H2 (baisse moyenne jusqu'à 2,1 enfants par femme), et H3 (baisse lente jusqu'à 2,3 enfants par femme) ;
- mortalité : une seule hypothèse est retenue, correspondant à une baisse rapide de la mortalité infantile ;
- migration externe : l'hypothèse, discutable, d'un solde migratoire nul, a été faite.

Selon ces hypothèses, la population tunisienne aurait la structure par âge suivante :

TABLEAU 2 : ÉVOLUTION DE LA POPULATION TUNISIENNE PAR GROUPE D'ÂGE (%)

Groupe d'âge	1995	2030		
		H1	H2	H3
0 -14	34,8	18,9	22,1	23,1
15 - 59	56,9	65,1	62,9	62,7
60 et plus	8,3	16,0	15,0	14,2
Total	100	100	100	100

Source : Institut National des Statistiques.

Ce tableau montre bien que le poids de la population âgée de plus de 60 ans va pratiquement doubler. En effet, ces effectifs, égaux à 726 603 personnes en 1994, atteindraient

1 405 000 en 2020, et plus de 2 000 000 de personnes à la fin de la période de projection, c'est-à-dire l'année 2030.

Ainsi, si l'on retient l'hypothèse de baisse rapide de la fécondité, la proportion des personnes âgées de plus de 60 ans passerait de 8,3% à 16% de la population totale. L'âge médian passerait alors de 22,3 ans en 1994 à 34,5 ans en 2030.

Si, par contre, nous retenons l'hypothèse de baisse moyenne de la fécondité, plus réaliste, qui est retenue d'ailleurs pour les prévisions du 9^{ème} plan, la proportion du troisième âge serait alors la suivante :

TABLEAU 3 : PROPORTION DES PERSONNES ÂGÉES DE 60 ANS ET PLUS EN TUNISIE (%)

Année	Proportion des personnes âgées de plus de 60 ans
1966	5,5%
1975	5,8%
1984	6,7%
1994	8,3%
2000	8,6%
2010	8,3%
2020	11,2%
2030	15,0%

Source : Institut National des Statistiques.

Ces chiffres confirment bien que les personnes âgées de plus de 60 ans sont en train de représenter une part de plus en plus importante de la population tunisienne.

3.2 Avantages à investir dans la santé aux âges élevés

La première raison, humaniste, que j'évoquerai, est la suivante : en investissant en matière de santé aux âges élevés, l'État ne fera que poursuivre sa politique traditionnelle de lutte contre les maladies : sa politique des trois décennies précédentes a permis de rallonger la vie ; il se doit à présent d'en préserver la qualité. Par ce fait, on ne pourra que renforcer la société civile en disposant d'une population disponible à aider la communauté, et surtout qui soit capable de le faire.

Il sera ainsi possible, également, de préserver un vecteur ancestral et infaillible de traditions culturelles, puisque les personnes âgées constituent, surtout dans les sociétés encore très attachées à leurs racines, le premier élément de référence socioculturel.

En se substituant aux familles de grande dimension pour pourvoir aux besoins des personnes âgées, l'État encouragera les familles réduites, qui seront en meilleure santé et plus éduquées, étant donné que le pouvoir d'achat des ménages tunisiens reste encore limité.

Ainsi, il sera possible de faire prendre conscience aux parents que le nombre d'enfants n'est plus le seul garant de leur bien-être à la fin de leur vie. Il sera alors possible de lutter contre le credo séculaire « *mes enfants assureront mes vieux jours* », qui n'est plus de mise dans les sociétés modernes.

Enfin, je conclurai par deux avantages, d'ordre plutôt économique : d'abord, en maintenant en activité, même après l'âge de la retraite, plusieurs générations, celles-ci pourront être, non seulement autonomes, mais de surcroît productives, puisqu'elles pourront contribuer d'une manière efficace à l'effort économique national.

Ensuite, en axant sur le préventif plutôt que le curatif, d'importantes économies seront réalisées en matière de consommation de médicaments et d'actes chirurgicaux, ainsi qu'en matière d'hébergement hospitalier.

3.3 La lutte contre les risques d'invalidité aux âges élevés

Il est possible de mettre en place une politique socio-sanitaire en matière d'amélioration de la qualité de la vie au-delà de 65 ans, articulée autour des axes suivants :

D'abord, la prévention ou la correction précoce des conditions susceptibles d'entraîner plus tard une incapacité ; c'est ce qui a été fait, par exemple, en matière de lutte contre le cancer du poulmon avec la mise en place d'une législation anti-tabac en 1997.

Ensuite, il faudrait encourager la diminution de la consommation de matières grasses, et l'augmentation de celle de céréales, légumes et fruits, ainsi que la pratique du sport au-delà de 50 ans, et diffuser l'idée que l'activité sportive régulière n'est pas, comme il est actuellement généralement admis, l'apanage des jeunes, ni un simple garant de beauté physique.

Par ailleurs, le suivi médical doit être rigoureux bien avant l'âge de la retraite. En effet, à partir de 60 ans, par exemple, il faudrait généraliser la vaccination contre la grippe et la pneumonie à pneumocoque. De même, à partir de 50 ans, divers examens doivent être menés régulièrement, si possible annuellement, comme par exemple l'examen ophtalmologique, l'électrocardiogramme, l'examen des articulations, le contrôle de la glycémie...

Il ne faut pas négliger non plus, comme nous l'avons dit précédemment, l'effet négatif et à retardement de la ménopause sur les femmes âgées, et des mesures devront être prises en ce sens, comme par exemple intégrer l'information et les services relatifs à la ménopause dans les systèmes de santé de base.

Enfin, il serait bon d'œuvrer en vue d'encourager d'une manière beaucoup plus efficace la création d'associations de personnes âgées et d'anciens, ainsi que le bénévolat, car le fait de se sentir utile et encore rattaché matériellement à la société agit d'une manière extrêmement bénéfique sur la santé aux âges élevés. Tout comme les adultes plus jeunes, une personne âgée a besoin d'avoir une raison de quitter son lit au réveil.

Conclusion

Nous avons ainsi pu observer, lors de notre analyse, que l'accroissement du nombre de personnes âgées de plus de 65 ans, qui sera certainement le phénomène démographique mondial majeur du nouveau siècle, concerne également la Tunisie, qui est en train d'achever le dernier cycle de sa transition démographique, à l'instar de nombreux autres pays développés ou en voie de développement.

Comme nous venons de le voir, la Tunisie risque de devoir composer avec une population dont la structure par âge comportera des générations vieilles de plus en plus nombreuses, et dont elle doit assurer la vie sans invalidité et dans un confort minimum, et cela, alors qu'elle est encore en plein combat pour protéger la santé et la vie des enfants en bas âge.

Le problème qui risque alors d'apparaître, dans un contexte de budgets limités, se posera en termes de choix : faudra-t-il continuer à accorder la priorité absolue à la politique traditionnelle de lutte contre la mortalité infantile ou bien serait-il plus rentable - socialement parlant - d'investir en vue d'assurer une retraite « méritée » aux adultes d'hier, qui ont permis de construire le pays d'aujourd'hui ?

BIBLIOGRAPHIE

- AIDELF, Actes du colloque « Morbidité, mortalité : problèmes de mesure, facteurs d'évolution, essai de prospective », 1996, AIDELF, France ;
- INSTITUT NATIONAL DES STATISTIQUES, Annuaire statistique de la Tunisie de 1958 à 1998, Tunis, Tunisie ;
- BOUHIDIBA Sofiane, « La mortalité infantile en Tunisie : réalités et perspectives » mémoire de DEA de démographie, Faculté des Sciences humaines et sociales de Tunis, Tunisie, juillet 1998 ;
- FNUAP, État de la population mondiale, New York, 1998, FNUAP ;
- INSTITUT DE RECHERCHES ET ÉTUDES SUR LA POPULATION, Mortalité et santé de la population, IREP, Tunis, 1990 ;
- OFFICE NATIONAL DE LA FAMILLE ET LA POPULATION, Enquête nationale sur l'état de santé et les conditions de vie des personnes âgées de plus de 65 ans, Tunisie, 1995.