

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 longtemps, peut-être en santé, mais avoir peu de descendants ?

Quelques implications pour la société néo-zélandaise

Ian POOL*, **Janet SCEATS**** et **Jit CHEUNG*****

* Population Studies Centre, University of Waikato, Hamilton, Nouvelle-Zélande

** Portal Consulting and Associates Ltd, Hamilton, Nouvelle-Zélande

*** Anciennement : Portal Consulting, maintenant : Ministry of Health

1. Les enjeux politiques

Les politiques du vieillissement se basent normalement sur une hypothèse simple et peut-être simpliste : l'idée d'un accroissement continu du fardeau auquel fait face la société¹. Selon cette hypothèse, ceci sera dû à deux facteurs interdépendants : l'augmentation de la proportion de la population dans les tranches d'âge les plus vieilles, et la possibilité que les gains d'espérance de vie à la vieillesse ne soient pas accompagnés d'une prolongation relative de la durée de la vie en bonne santé.

Or, en vertu de la même hypothèse, ces deux facteurs seront ensuite les déterminants de deux fardeaux liés. Ces facteurs, selon cet argument, vont produire des pressions à la fois sur les systèmes fiscaux puis sur les politiques économiques et sociales. De même, au plan micro, il y aura des pressions du même genre sur les unités familiales.

L'un de ces facteurs est démographique ; on peut le mesurer en utilisant les taux de dépendance démographique. Il sera renforcé par le second facteur dû aux frais médicaux (dans un sens élargi, c'est-à-dire incluant les services sociaux qui permettent aux vieillards de vivre dans la communauté plutôt que d'être institutionnalisés). Selon l'hypothèse conventionnelle, un accroissement de la proportion du produit national brut accaparé par les dépenses médicales résulterait d'un écart croissant entre l'espérance de vie et l'espérance de vie en santé parmi les générations à venir. Les effectifs de ces cohortes vont augmenter à cause de la fécondité élevée du baby-boom, et par suite de l'amélioration des taux de survie aux âges avancés. En outre, il y aurait une augmentation dans toutes les dépenses et tous les soins nécessaires pour conserver une bonne qualité de vie à ces mêmes vieillards.

Nous nous demandons ici : un tel schéma, est-il trop simpliste ? Nous examinerons cette question à partir de données néo-zélandaises, principalement au niveau macro.

Bien que cette étude se situe au niveau macro, elle ne rejette point l'hypothèse que les facteurs macros ont leur propres analogues au plan micro, dans les ménages et dans le comportement individuel. Néanmoins, dans cette communication, et étant donné que les résultats principaux seront au niveau macro, nous ne pourrons qu'identifier, plutôt qu'analyser, les variables micros qui « expliquent » ou qui « varient avec » les comportements observés au plan macro. En conséquence, nous n'approfondirons pas la question des couplages macros-micros, même si parfois nous identifierons de telles interactions.

¹ D'ailleurs, un des auteurs a critiqué l'idée d'un accroissement continu du fardeau (Pool, 2000a). En effet, la plus grande partie du monde se trouve encore à une phase dans « la transition-âge structurelle » qu'il a intitulé « La Phase des vagues "populationnelles" ». Nous n'allons pas poursuivre cette discussion dans la communication actuelle, parce qu'elle a été élaborée dans l'article. Il suffit de dire que, dans le même sens, et en discutant de la vieillesse, Loriaux a bien remarqué, « Parce que nous avons une sorte d'attraction instinctive pour l'ordre, la stabilité et l'équilibre, nous perdons fréquemment de vue que l'évolution est d'abord affaire de désordre, d'instabilité et de déséquilibre » (1990, p.10). Ceci explique bien la philosophie qui sous-tend notre argument.

2. Le vieillissement : la trajectoire néo-zélandaise

Avant d'analyser le vieillissement, il faut préciser la terminologie. D'abord, nous devons remarquer que le mot « vieillissement » lui-même est à la fois précis et ambiguë. Cette dernière caractéristique a une conséquence qui joue un rôle en dehors du domaine purement sémantique. En anglais, on utilise le mot « ageing » pour signifier non seulement une hausse de l'effectif et de la proportion de la population aux âges avancés, mais aussi pour décrire tous les processus de structuration et restructuration de la pyramide des âges qui mènent éventuellement au vieillissement de la population. Pour mieux distinguer ce dernier phénomène nous utilisons ici l'expression « la transition-âge structurelle » plutôt que le vieillissement. Pool (2000a) a constaté que cette transition est à la fois composante, déterminant et conséquence de la « transition démographique » (voir aussi note 1).

Cette transition, et surtout sa dernière étape, le vieillissement, a deux dimensions. Premièrement, il y a une dimension structurelle de la transition-âge structurelle et du vieillissement : la croissance de la proportion de la population aux âges avancés. Deuxièmement, il y a le vieillissement (et les transitions-âge structurelles) dû à l'augmentation numérique de tel et tel groupe d'âge, surtout dans les groupes âgés.

La Nouvelle-Zélande suit une transition-âge structurelle vers le vieillissement qui s'observe dans tous les pays développés, et surtout dans les pays nord-américains et en Australie. Il faut remarquer en passant que, dans sa transition-âge structurelle, la Nouvelle-Zélande n'a pas connu le même vieillissement que toutes les autres sociétés occidentales ont connu, sauf l'Islande, l'Irlande et les pays d'Amérique australe. Par exemple, le rapport conventionnel de dépendance (Population 65+/Population 20-64), pour la Nouvelle-Zélande se trouve au-dessous des niveaux de l'Europe du nord-ouest, des pays méditerranéens et de l'Amérique du Nord et de l'Australie. En 2030, le rapport pour la Nouvelle-Zélande sera de 32, pour l'Australie 34, la France 41 et l'Italie 51 (Nations Unies, 1998).

Le déterminant-clé du vieillissement néo-zélandais reste essentiellement le même que pour l'Amérique du Nord et l'Australie : la baisse de fécondité consécutive au « baby-boom ». Celui-ci a suivi une période de faibles taux de reproduction, entre les deux guerres mondiales et au cours de la grande dépression des années 30. De plus, le baby-boom néo-zélandais a été plus élevé que son équivalent en Europe occidentale. En effet, ce phénomène a poursuivi une trajectoire très particulière en Nouvelle-Zélande. Il a duré 30 ans, entre 1943 et 1973 ; les taux de natalité ont été très élevés (encore plus qu'au Canada, puisque l'indice synthétique de fécondité néo-zélandaise a approché 4,5 enfants par femme en 1960-61); et les intervalles génésiques étaient très courts (Sceats, 1981; Morgan et al., 1998).

Le « boom » a été suivi d'abord par une chute de la fécondité, exactement comme dans les pays nord-américains et l'Australie, mais quelques années plus tard (voir Pool, 1999). À la suite de ce déclin (dit en anglais le « baby-bust », voir Romaniuc, 1984), il y eut une reprise de la natalité vers 1990, et la fécondité est remontée jusqu'au niveau de remplacement des générations. Pendant les années 90, la baisse a été légère, et on est en dessous de 2 enfants par femme en 1999. Dans son ensemble, la fécondité a un peu contrebalancé, mais pas entièrement, les effets du baby-bust, et donc le vieillissement de la population.

Par comparaison avec l'Europe, et même avec l'Australie et le Canada, la natalité reste assez élevée. Mais il y a des indicateurs qui pourraient suggérer que la fécondité néo-zélandaise va baisser et pourrait même approcher les niveaux de plusieurs autres pays développés (Pool, 2000b).

En revanche, dans le long terme, la migration a eu l'effet d'accélérer le vieillissement. Par exemple, la politique des années quatre-vingt essayait de privilégier les hommes d'affaires (« business-migrants »), et ceux-ci avaient un âge moyen plus élevé que les immigrants en général (Pool, 1999).

Pour la plus grande partie du siècle passé, c'est-à-dire depuis les premières années du 20^{ème} siècle où les femmes blanches, qui représentaient 95% de l'ensemble à ce moment-là, avaient déjà plus de 60 ans d'espérance de vie à la naissance, la survie n'a joué qu'un rôle assez mineur dans l'accentuation du vieillissement surtout aux âges avancés (Pool, 1999). Nous allons développer ce point ci-dessous.

3. L'espérance de vie et l'espérance de vie en santé

Comme nous l'avons déjà fait remarquer, le vieillissement en Nouvelle-Zélande, comme ailleurs, résulte principalement des changements de la fécondité. C'est surtout le cas pour le vieillissement structurel, qui est dû surtout au déclin de natalité depuis les années 1970. Selon les perspectives officielles, les taux vont continuer à diminuer ou se stabiliser, juste au-dessous du niveau de remplacement.

Les oscillations dans la transition-âge structurelle, et du vieillissement numérique en Nouvelle-Zélande (Pool, 2000a), sont dues principalement aux effectifs variés des générations à la naissance, modifiés par les changements de survie et par l'immigration nette. Il faut mentionner que parfois tous ces phénomènes ont connu une évolution défavorable. Pour la migration, pendant certaines époques il y a eu des pertes quand l'émigration a excédé l'immigration ; et pour la survie, la Nouvelle-Zélande a subi parfois des détériorations de survie intergénérationnelle, lorsqu'une cohorte a eu des taux de survie à certains âges inférieurs à ceux atteints par une ou plusieurs générations précédentes (voir par exemple, Bourbeau et Légaré, 1984 ; pour la Nouvelle- Zélande, Pool, 1985 ; mais c'est une question qu'aborde plus longuement Cheung 2000, surtout dans ses chapitres 8 et 10).

Néanmoins, récemment, il y a eu des améliorations de survie à la vieillesse, et celles-ci ont une grande signification pour les politiques de vieillissement dans leur ensemble, et surtout pour celles qui concernent la santé des vieillards. Effectivement, quant aux risques de mortalité, et surtout aux âges avancés où la mortalité est la plus forte, deux théories principales ont été élaborées.

Une de ces théories pose l'hypothèse dite de la compression de la mortalité, et se trouve souvent associée au nom de Fries (par exemple, 1980). L'idée centrale en est que la compression produit une « rectangularisation » dans la courbe de survie (voir Levy, 1998, pour un résumé très pertinent), lorsque la durée de vie normale, au cours de laquelle surviennent la plupart des décès, devient de plus en plus courte. En opposition à la notion de compression, s'est développée la théorie de l'extension de la longévité ; Myers et Manton (1984) et Vaupel (1998), en sont des défenseurs (Cheung, 2000, résume ces débats théoriques). Il faut insister sur le fait que ces débats théoriques ne constituent pas seulement des jeux académiques, car ils ont des implications très significatives pour les politiques et surtout pour les dépenses nationales.

Il est possible d'explorer ces questions en observant les tableaux de l'espérance de vie, à chaque âge surtout pour les générations. Une notion-clé, mise en évidence dans ces analyses, est le phénomène de détérioration mentionné ci-dessus : chaque génération porte l'effet de sa propre histoire (« carries its own baggage »). Ainsi, aux âges élevés, le comportement d'une génération en matière de survie sera influencé par son exposition aux risques de mortalité et de morbidité plus tôt dans le cycle de sa vie.

L'effet de l'histoire d'une génération trouve son origine dans les risques de morbidité auxquels elle a été exposée dans le passé et les couplages entre celle-ci et la mortalité. Cette question est difficile à analyser, très peu de pays disposant de longues séries de données. Jusqu'à récemment, les essais de mesure de la morbidité ont été liés aux méthodologies étiologiques, mais de plus en plus les chercheurs en ce domaine utilisent plutôt les indices basés sur la capacité d'une personne à réaliser quotidiennement les fonctions nécessaires qui lui assurent une qualité de vie minimale : les « limitations fonctionnelles ». La notion de la performance réussie de ces

fonctions constitue, par exemple, la base théorique des tableaux de l'espérance de vie « en santé ». Mais à son tour, le calcul de telles mesures dépend de données provenant d'enquêtes spéciales, normalement à l'échelle nationale et en conséquence basées sur des sondages d'une taille limitée, qui reposent parfois sur peu de répondants, surtout aux âges élevés, même si ces collectes ont été réalisées avec une sur-pondération pour ces âges. Néanmoins, cette méthodologie a beaucoup progressé. Robine et ses collègues ont joué un rôle fondamental dans le développement de cette méthodologie et ont établi le réseau REVES, qui anime un programme de recherche en vue de l'amélioration et de la standardisation des techniques pour le calcul des tableaux de l'espérance de vie en santé (par exemple, Robine et al. 1993).

Sur un plan moins technique, c'est Fries (par exemple, 1980) qui a élaboré une théorie de la « compression de morbidité », une notion qui est beaucoup plus discutable que l'idée de la compression de la mortalité. Selon lui, la durée entre le début des limitations fonctionnelles et le moment du décès deviendra en moyenne de plus en plus courte. Une perspective opposée à l'optique de Fries suggère que l'amélioration de la survie a créé un autre problème pour les pays développés. Ceux-ci font face à « une pandémie de morbidité » (voir par exemple Gruenberg, 1977) caractérisée par deux éléments : la prévalence de plusieurs maladies chroniques a augmenté, et la durée de vie en mauvaise santé avant le décès a été allongée. Même si l'espérance de vie s'est allongée, la santé de la population est devenue moins bonne, une optique dont Olshansky et ses collègues sont les représentants les plus connus. Selon eux, les causes de la répartition de fragilité physique à la vieillesse (« frailty distribution », phénomène mesurable) se sont déplacées entre celles dues aux maladies « disease-dependent causes » et celles dépendantes des facteurs physiologiques. Ces derniers sont associés à l'âge biologique, ou sénescence, un phénomène non observable, mais qu'on peut mesurer par « l'usure » (« wear and tear ») du corps (Olshansky et al. 1993, cité dans Cheung, 2000). Enfin, entre ces deux extrêmes, il y a l'argument avancé notamment par Manton (1982), dit de « l'équilibre dynamique de morbidité », qui insiste sur le fait que les effets de la sévérité et la prévalence de morbidité se contrebalancent.

Jit Cheung a réalisé une étude approfondie pour la Nouvelle-Zélande. En raison d'une carence de données valides pour une longue période passée sur la population maorie, son travail se limite à la population pakeha (blanche)². L'étude comprend, parmi plusieurs sujets, des analyses sur l'espérance de vie (EV) par génération (depuis les générations nées dans le 19^{ème} siècle), des tableaux EV transversales (synthétiques), et des tableaux sur l'espérance de vie en santé (EVS). De plus, Cheung a développé une nouvelle technique, que nous allons discuter ci-dessous, mais qui est effectivement une extension de la technique EVS, et qui s'appelle « l'espérance de vie hospitalisée (EVH) » (Cheung, 2000)³. Nous allons résumer les résultats sur ces trois dimensions : l'EV, l'EVS et l'EVH.

² Les Maori constituent 15% de l'ensemble, et les deux populations asiatique et polynésienne des îles du Pacifique sont chacune 5%. Chacune de ces ethnies a suivi une évolution différente de celle de la population blanche, et ces évolutions ont été analysées (pour les Maori, voir Pool 1991). Par exemple, jusqu'en 2030 la trajectoire de vieillissement des Maori se traduira par un accroissement numérique rapide plutôt qu'une augmentation forte de la proportion aux âges avancés. Mais ces différences sont moins importantes pour notre communication parce que pour le proche avenir ce seront les populations blanches qui domineront démographiquement dans la population âgée. Enfin le baby-boom était un phénomène Pakeha (la fécondité maorie était toujours élevée jusqu'aux années 60/70, quand elle a baissé dans un baby-bust très rapide voir Pool 1991, plus que celui observé en Chine).

³ Cette étude vient de réussir un examen par deux experts internationaux. Les examinateurs ont recommandé la publication de l'ouvrage et d'articles sur quelques aspects techniques. Cheung prépare actuellement deux articles sur cette analyse. Voir aussi Pool et al. 2000. Cheung (2000 et sous presse) discrimine entre les facteurs historiques et ceux du moment, et les facteurs de mortalité et de morbidité qui sont les antécédents générationnels de la santé actuelle de la population.

Son analyse sur l'EV démontre que les tableaux synthétiques impliquent un degré de compression. En revanche, les tableaux pour les générations complètes n'indiquent pas cette tendance, bien que pour les générations les plus jeunes, ils suggèrent le début de ce phénomène.

Pour poursuivre ce débat et pour mieux examiner la compression de mortalité (ou plutôt son effet sur la rectangularisation), Cheung a développé et appliqué aux tableaux classiques d'EV deux techniques, basées sur l'espace résiduel entre la courbe de survie et un rectangle théorique. Il a appelé un de ces indices « la compression absolue » et l'autre « la compression relative ». Il faut mentionner que ces deux mesures sont plus sensibles aux mouvements de mortalité aux âges élevés - quelque chose de plus en plus significatif - que ce n'est le cas pour les méthodes conventionnelles basées sur la convexité des courbes (par exemple l'entropie) ou sur la distribution des âges au décès (par exemple le coefficient de variabilité). Cette analyse a produit des résultats complexes, mais qui dans leur ensemble appuient l'hypothèse de compression (Cheung, sous presse).

En utilisant ces tableaux classiques de l'EV, Cheung a fait deux analyses différentes : pour tous les âges et pour la vieillesse. En ce qui concerne tous les âges, les indices de Cheung (et également les méthodes conventionnelles) démontrent une tendance vers la compression pour les deux sexes, un résultat qui confirme l'hypothèse que la compression a commencé pour les plus jeunes générations. Aux âges de 65 ans et plus, un ralentissement des gains de survie aux plus grands âges a eu l'effet d'initier une tendance vers la compression relative, tendance qui produira éventuellement la compression absolue (Cheung, 2000).

Les premiers tableaux néo-zélandais de l'EVS, issus d'une méthodologie non-conventionnelle qui suit grosso modo celle proposée par le REVES, n'ont été calculés que pour l'année 1996 (Cheung et Tobias, 1999). Malheureusement, ceci ne permet pas une analyse dans le temps, mais seulement une comparaison avec les autres études internationales qui permet de nous assurer que les analyses néo-zélandaises sont vraisemblables, et que nous pouvons avoir confiance dans les calculs de l'EVH discutés ci-dessous. Le tableau 1 montre que les niveaux de l'EVS observés en Nouvelle-Zélande correspondent à ceux qu'on trouve dans deux pays qui lui ressemblent.

TABLEAU 1 : ESPÉRANCE DE VIE À LA NAISSANCE ET ESPÉRANCE DE VIE SANS LIMITATIONS FONCTIONNELLES (AUSTRALIE, PAYS-BAS, NOUVELLE-ZÉLANDE)

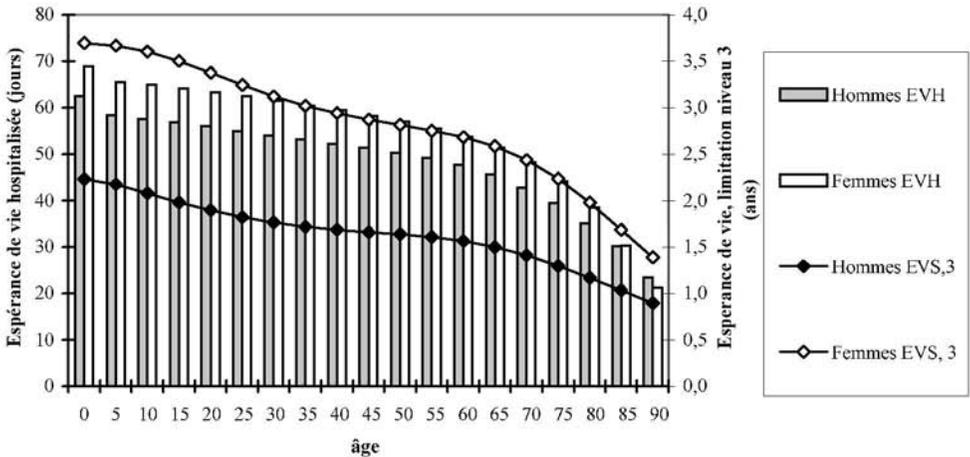
	Hommes		Femmes	
	EV	EVS	EV	EVS
Australie	75,0	58,4	80,9	64,2
Pays-Bas	73,5	64,1	79,9	65,1
Nouvelle-Zélande (Non-Maori)	75,3	65,6	80,6	68,9
Nouvelle-Zélande (Ensemble)	74,3	64,5	79,6	67,9
Source : Pool et al., 2000, citant Cheung, sous presse. La raison du faible niveau pour les hommes en Australie n'est pas connue.				

Afin d'étendre l'analyse sur quelques décennies, un des auteurs a calculé les indices d'espérance de vie en hospitalisation (EVH, Cheung 2000 ; voir aussi Pool et al., 2000). Le dénominateur comprend l'effectif par âge et sexe, et le numérateur combine les deux facteurs de l'extinction : la survie et le risque d'être exposé à l'hospitalisation. Ainsi, l'EVH a exactement la même caractéristique que l'EV et l'EVS ; elle est un indice basé sur la population entière, et non pas seulement sur une sous-population.

Pour vérifier la validité de cette nouvelle mesure, on ne peut faire une comparaison entre l'EVH et l'EVS que pour l'année 1996, mais cette comparaison est assez rassurante. Essentiellement, l'EVH (dont on cite les résultats en jours hospitalisés) est l'équivalent de

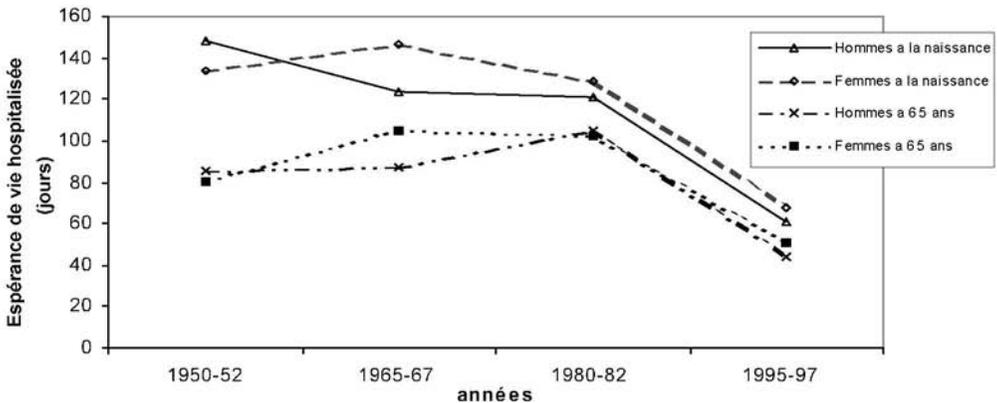
l'inverse du niveau le plus élevé de limitation fonctionnelle dans l'EVS (il s'agit du niveau 3). Selon Cheung, 2000, p. 159, « Le niveau d'incapacité 3 est le cas des personnes exigeant de l'assistance intensive sur une base quotidienne. Plus précisément, il s'agit du domaine des soins personnels. Ces personnes peuvent être dans une institution ou non. » Normalement, on cite l'EVS comme la « survie sans limitation », alors qu'on cite l'EVH comme la « survie d'être hospitalisé (ou limité) ». Le graphique 1 illustre comme les tendances pour les deux courbes se ressemblent.

GRAPHIQUE 1 : ESPÉRANCE DE VIE HOSPITALISÉE (EVH) (JOURS), COMPARÉE À L'ESPÉRANCE DE VIE AVEC LIMITATION FONCTIONNELLE PLUS EXTRÊME (NIVEAU 3) (EVS,3) (ANS)



Il y a aussi un autre justificatif pour cette désignation : effectivement, le fait d'être hospitalisé implique une dépendance totale et une perte extrême de qualité de vie. En quittant l'hôpital, on regagne un peu de qualité de vie, même si celle-ci est maintenue « artificiellement » par les médicaments. Ceci s'applique même aux gens à domicile qui ont des incapacités. Évidemment ceux-ci ne sont pas comptés dans le numérateur du calcul, mais se trouvent dans l'effectif de la population par âge et sexe dans le dénominateur.

GRAPHIQUE 2 : ESPÉRANCE DE VIE HOSPITALISÉE À LA NAISSANCE ET À L'ÂGE DE 65 ANS, TENDANCE DE 1951 À 1996



Cette approche présente un autre avantage. La disponibilité d'une série de données hospitalières nationales depuis 1950 et régionales depuis 1978, permet une analyse à long terme des EVH.

Les résultats nationaux, présentés au graphique 2, appuient l'hypothèse d'une compression de morbidité dans le temps. Il faut se souvenir en interprétant les EVH que le calcul de ces taux combine deux dimensions de l'hospitalisation, son incidence et la durée hospitalisée, avec les risques de décès.

Depuis le début des années 80 il y a eu un déclin dans les EVH. En effet, les durées passées à l'hôpital dans une situation de dépendance et l'utilisation des services hospitaliers sont devenues de plus en plus courtes. Ce résultat est significatif parce qu'en même temps les taux d'admissions et de sorties de l'hôpital se sont accrus. Mais, en même temps, les taux de mortalité aux âges élevés ont baissé aussi.

4. Implications pour la société

En somme, les résultats présentés jusqu'à maintenant révèlent que les taux néo-zélandais de fécondité sont près du niveau de remplacement, situation avantageuse en comparaison de ce qui se passe dans la plupart des pays de l'OCDE. Il y a quand même des aspects inquiétants, parce qu'on a vu l'émergence d'une baisse de fécondité, encore assez limitée, mais qui pourrait conduire la Nouvelle-Zélande dans la direction suivie par la plupart des pays de l'OCDE. En revanche, du côté de la santé, bien que nous n'ayons point présenté les résultats définitifs, nos analyses suggèrent qu'il y a eu une compression de la mortalité et de la morbidité.

On rejoint ici le thème de la conférence : le vieillard « moyen » dans la population de la Nouvelle-Zélande aura moins d'enfants, mais vivra plus longtemps en « santé ». Sa survie ne sera peut-être pas en parfaite forme, mais au moins par comparaison avec les générations passées, il semble qu'il/elle ne subira plus de risque de passer de longues années avec les limitations fonctionnelles les plus extrêmes. Jusqu'à un très grand âge, il/elle pourra remplir adéquatement les fonctions quotidiennes avec une qualité de vie raisonnable. Quelles sont les implications de ces résultats pour la société et pour les familles néo-zélandaises ?

Dans son ensemble, notre analyse est moins pessimiste que les scénarios souvent invoqués par les politiciens. De plus, en Nouvelle-Zélande comme ailleurs, dans le débat sur les implications du vieillissement, soit fiscales, soit pour la santé, les commentaires politiques et populaires ne citent que les futurs taux de dépendance des personnes âgées (P65+/P15-64). Cette statistique produit beaucoup de panique parmi les politiciens et en Nouvelle-Zélande elle a même été employée pour justifier une attaque en règle des fondations de l'État-providence (décrit dans Pool, 1999).

Mais grâce à un calcul plus raffiné, qui introduit dans l'équation le taux de dépendance de la jeunesse (P0-14/P15-64), on arrive à une conclusion différente au sujet du fardeau fiscal dû à la dépendance dans l'avenir. En effet, la dépendance totale $([P0-14 + P65+]/P15-64)$ ne dépassera le niveau déjà réalisé pendant le baby-boom, en 1961, qu'après l'année 2051.

Il y a encore une autre dimension. En Nouvelle-Zélande, comme ailleurs, au sein de la population âgée, la structure va favoriser les plus jeunes vieux, donc les plus indépendants, et cette tendance va se poursuivre quand la population aura structurellement vieilli. À cet égard, avec un accroissement relatif du groupe d'âge le plus vieux moins rapide que dans les autres pays développés (Nations Unies, 1998), la Nouvelle Zélande détient un autre avantage.

Une population âgée qui garde un certain niveau d'indépendance, toujours relativement à son âge, pourrait jouer un rôle économique au niveau macro. Les vieillards constituent une véritable « armée de réserve », des ouvriers actuellement mal exploités du fait des règles de la retraite obligatoire à 60 ou 65 ans, alors que très peu d'emplois aujourd'hui demandent une forte capacité physique. Cette armée de réserve pourrait réduire le fardeau placé sur la main-d'œuvre.

De plus, une population salariée est un groupe qui contribue aux impôts, et en conséquence, plutôt que de constituer un fardeau fiscal, les vieux aideraient à augmenter la capacité fiscale. Mais en même temps soit dans la main-d'œuvre soit dans le secteur bénévole, y compris au sein de la famille, les « jeunes » vieillards jouent un rôle important dans les services de soins, surtout des autres vieillards, mais aussi souvent comme gardiens des enfants de leurs propres enfants.

Néanmoins, ce scénario assez optimiste cache une ombre : la compétition inter-générationnelle pour les ressources fiscales. Cette compétition n'est pas une simple division entre les jeunes et les vieux, mais varie entre une cohorte et une autre, et d'une période à l'autre. Ce sera dû aux « oscillations populationnelles » qui seront très marquées pour la Nouvelle-Zélande en raison des tendances passées de fécondité, qui ont fait varier les effectifs des générations à la naissance. Ces vagues, et leurs creux, créeront des remous différents selon les étapes du cycle de la vie. Par exemple, entre 2006 et 2016, la Nouvelle-Zélande devra fournir des services et des emplois pour une vague, née entre 1988 et 1998, qui va arriver à cette époque-là aux âges jeunes-adultes (désigné le « baby-blip » par Pool, 2000b). Mais en même temps l'oscillation du baby-blip sera en concurrence avec d'autres vagues dans les groupes d'âge 50 à 59 ans, et 60 à 69 ans, chaque groupe ayant des besoins différents (Pool, 2000a).

5. Implications pour la famille

Les implications sociétales ont leurs propres analogues pour les familles. Typiquement, par exemple, ce sont les jeunes personnes âgées (par exemple, une épouse, ou une jeune sœur) qui assurent les soins aux autres vieillards, les soins qui dans le passé étaient fournis par les membres des familles étendues. Heureusement, comme nos données ci-dessus l'impliquent, en principe ces vieux auront une forme physique les rendant aptes à réaliser beaucoup de tâches normales de soins quotidiens.

La nécessité de se tourner vers les vieux pour assurer les soins aux autres vieillards pourrait s'imposer pour cette société et pour les familles néo-zélandaises, parce que c'est une population qui est très mobile, et cette mobilité implique presque toujours une perte de contact immédiate entre les gens mobiles et leurs familles. De plus en plus souvent, les jeunes travaillent non seulement ailleurs que dans le lieu où ils ont grandi, mais même en dehors de leur propre pays. C'est une « déséconomie d'échelle » normale pour une petite population comme la Nouvelle-Zélande, dont le marché du travail est très limité.

Au plan familial, la reproduction s'est déplacée de l'adolescence et les jeunes âges vers les âges plus avancés. Ce phénomène agit sur la structure familiale ; le rythme de formation des familles, et surtout l'âge à la première naissance, jouent un rôle majeur sur la dynamique et la structure des familles dans les étapes avancées du cycle de la vie familiale.

Ces deux derniers facteurs ont plusieurs implications pour les familles et, au plan macro, pour les politiques familiales.

Les politiques d'aide aux familles sont beaucoup plus faibles que dans le passé. Dans les années 90, la Nouvelle-Zélande a subi une révolution politique néo-libérale qui a essayé de diminuer l'État-providence, qui autrefois intervenait très activement pour assurer le bien-être de ses citoyens (Pool, 1999 ; voir par comparaison, Corman, 2000 ; van Peer, 2000 ; Olah, 2000 ; Eckert-Jaffe et Solaz, 2000). En Nouvelle-Zélande, comme aux États-Unis, le manque de politiques familiales efficaces crée probablement un blocage plus ou moins important, qui influe principalement sur le niveau de reproduction des populations blanches et/ou la classe moyenne. Mais les taux de natalité nationaux pour ces deux pays restent assez élevés en raison de la fécondité élevée de leurs populations minoritaires, en Nouvelle-Zélande, les Maori et les immigrants du Pacifique (voir aussi la note 2 ci-dessus).

Enfin, au niveau micro on retrouve l'équivalent de la compétition entre les générations mentionné au niveau macro ci-dessus (Sceats, 1988,1992), surtout si la famille ne dispose que de moyens restreints.

6. Vers une synthèse

Cette communication a démontré quatre points significatifs.

Premièrement, l'enjeu « *Vivre plus longtemps, avoir moins d'enfants* » n'est guère quelque chose de simple, que soit sur le plan de l'analyse, ou sur le plan des politiques. Ces dernières font face à des situations qui sont multidimensionnelles : la société et la famille; des politiques publiques et besoins privés ; l'offre et la demande pour les services ; les fardeaux créés par ces problèmes, mais aussi les capacités à les résoudre; et enfin les dimensions intergénérationnelles. Souvent un manque de complémentarité entre ces diverses dimensions produit des tensions et même une compétition pour les ressources.

Deuxièmement, analyser ces enjeux implique une connaissance des couplages micro-macro entre, par exemple, la famille et la société ; ou entre la formulation des politiques, une activité entièrement macro (on les formule pour les groupes, pas pour l'individu), et l'application de politiques, typiquement au moyen des services réalisés au niveau micro (pour les individus ou les familles) ; ou entre les capacités et les fardeaux fiscaux – au niveau de l'État – et ceux pour les familles. Daniel Courgeau, développe actuellement les théories et les techniques nécessaires pour étudier ces couplages (2000).

Troisièmement, ces couplages, mais aussi les interactions latérales impliquent qu'il y a des complémentarités entre les politiques ou entre les services. Néanmoins, comme nous avons observé ci-dessus, il y a aussi la compétition surtout entre les générations, ainsi que le risque de politiques contradictoires.

Enfin, pour la Nouvelle-Zélande, et aussi pour les autres pays développés, la transition démographique n'est pas terminée (Demeny 1997 ; Jones & Douglas 1997). Les populations occidentales sont entrées dans une nouvelle phase, non seulement dans le sens classique des changements des taux d'accroissement naturel, mais aussi dans leurs transitions-âge structurelles. Maîtriser ces deux composantes de la transition démographique sera le défi des prochaines décennies.

BIBLIOGRAPHIE

- BOURBEAU R. et LÉGARÉ J., 1984 « Introduction d'un processus de détérioration dans l'étude de la mortalité des adultes : application d'un modèle de simulation aux générations norvégiennes, 1866-1916 » *Genus*, XXXVII, 3-4, juillet-décembre.
- CHEUNG J., 2000 « Mortality, Morbidity and Population Health Dynamics », Thèse de PhD, University of Waikato, Hamilton, Nouvelle-Zélande.
- CHEUNG J. (sous presse) « An Analysis of Mortality Trends in the Non-Maori Population in New Zealand », *Population Studies Centre Discussion Paper*, Hamilton, University of Waikato.
- CHEUNG J. et TOBIAS, M., 1999 « Health Expectancy » in *Our Health Our Future : The Health of New Zealanders, 1999*, (Ministry of Health ed.) Wellington, Ministry of Health., pp. 237-251.

- CORMAN D., 2000. « Family Policies, Working Life and the Third Child : France and Sweden », Communication presentee, Flagship Conference, Fertility and Family Study (FFS) in Europe, Nations Unies/ Commission Economique pour l'Europe, Population Activities Unit, et Centrum voor Bevolking en Gezinsstudie Vlaamse wetenschappelijke instelling, Bruxelles, mai.
- COURGEAU D., 2000. « New Approaches and Methodological Innovations in the Study of Partnership and Fertility Behaviour, » FFS op. cit.
- DEMENY P., 1997. « Replacement-Level Fertility: The Implausible Endpoint of the Demographic Transition » in *The Continuing Demographic Transition* (Jones, G., Douglas, R., Caldwell, J. et d'Souza, R. eds) Oxford, Clarendon: 94-110.
- FRIES J., 1980. « Aging, Natural Death and the Compression of Morbidity, » *New England J of Medicine*, 303 : 130-135.
- GRUENBERG E. M., 1977 « The Failure of Success » *Milbank Memorial Fund Quarterly Health and Society*, 53 : 3-24
- JONES G. et DOUGLAS R., 1997. « Introduction », in (Jones *et al* eds op. cit.) : 1-12.
- LÉVY M., 1998. « Raisonner sur le vieillissement », *Population & Sociétés*, Bulletin Mensuel d'information de L'Institut national d'études démographiques, Numéro 341, Décembre.
- LORIAUX M., 1990. « Il sera une fois... la révolution grise jeux et enjeux autour d'une profonde mutation sociétale » in *Populations âgées et Révolution Grise : les hommes et les sociétés face à leurs vieillissements* (Loriaux, M., Remy D. et Vilquin, E. eds.), Bruxelles, Éditions Ciaco : 3-32.
- MANTON K. G., 1982. « Changing Concepts of Mortality and Morbidity in the Elderly Population », *Milbank Memorial Fund Quarterly / Health and Society*, 60 :183-244.
- MORGAN S. P, POOL I., SCEATS J. et DHARMALINGAM A., 1998. « The Link of Early Childbearing to Marriage and Subsequent Childbearing in New Zealand », Communication, réunion de la Pop Assoc of America, Chicago, avril.
- MYERS G. et MANTON K.G., 1984. « Compression of Mortality : Myth or Reality ? » *The Gerontologist*, 24(4) : 346-53.
- NATIONS-UNIES, 1998. *Perspectives*, New York.
- OLAH, L., 2000, « Disruption of the First Parental Union in Sweden and Hungary » FFS, op. cit.
- OLSHANSKY S. J., CARNES B. A. et CASSEL C. K., 1993 « The Aging of the Human Species » *Scientific American*, 268 ((4) : 18-24.
- POOL I., 1985. « Mortality Trends and Differentials » in *Country Monograph Series # 12 : Population of New Zealand*, 2 tomes (Commission Sociale et Économique de l'Asie et du Pacifique ed.), New York, NU, tome 1 : 209-42.
- POOL I., 1991. *Te Iwi Maori: A New Zealand Population Past, Present, Projected*, Auckland, University Press (and OUP).
- POOL I., 1999. « People (= Population) and Public Policy in New Zealand », *NZ Population Review*, 25 : 57-79.
- POOL I., 2000a. « Vers un modèle de la Transition-age structurelle : Conséquence mais aussi une Composante de la Transition démographique » Conférence invitée, Assoc des Démog. du Québec/Assoc can.-français pour l'avancement de science, Montréal, mai (sous revue critique par les rédacteurs des *Cahiers Québécois de Démographie*).
- POOL I., 2000b. « New Zealand Population : Then, Now, Hereafter » Réunion conjointe Australian Population Assoc. et Population Assoc of NZ, Wellington. Juin.

- POOL I., Cheung J., Baxendine, S, et Katzenellenbogen, J., 2000. « Hospitalization Expectancies : An Innovative Extension of Health Expectancies », en *Report, WHO Kobe Centre International Consultative Meeting on Healthy Ageing Development, Kobe, Japan 1-3 Sept 1999*, (OMS ed.) Kobe, WHO Kobe Centre for Health Development : 47-65.
- ROBINE J. et MATHERS C. D., 1993. « Measuring the Compression or Expansion of Morbidity through Changes in Health Expectancy » en *Sixth REVES International Workshop*, (Robine, J, Mathers C, Bone J et Romieu, J ed), Paris, REVES : 269-87
- ROMANIUC A., 1984. *Fertility in Canada : From Baby – Boom to Baby – Bust*, Current Demographic Analysis, Ottawa : Statistics Canada.
- SCEATS J., 1981. « Family Formation in New Zealand : An Analysis of the Timing and Spacing of Pregnancies », *NZ Population Review*, 7,3 : 29-47.
- SCEATS J., 1988 « Implications of Changes in NZ Family Formation and Household Structure » en *The Business of Population*, (Crothers, C et Bedford, R ed). Wellington, NZ Demog Soc.
- SCEATS J., 1992. « The Intergenerational Squeeze : Demographic Implications for Social AND economic Policy » Communication Conference de Women’s Electoral Lobby, Hamilton. Hiver.
- VAN PEER C., 2000. « Desired and Realised Fertility in Selected FFS Countries » FFS, op cit
- VAUPEL J W., 2000. « The Demographic Analysis of Aging and Longevity » Communication plénaire, Congrès général, UIESP, Pekin. Oct.

Remerciements

La recherche sur laquelle cette communication se base a été subventionnée par le Health Research Council of New Zealand et par la Foundation for Research, Science and Technology.

Nous remercions Hervé Gauthier qui a amélioré la forme et a fait des commentaires utiles. Merci aussi à Ahmed Bahri qui a fait des suggestions qui nous ont permis d’approfondir quelques points-clés de notre communication. Évidemment toutes les erreurs, soit de forme, soit de fond, sont les nôtres.