

Année : 2006

N°: 28-29

VIEILLISSEMENT ET PERSONNES AGEES DEPENDANTES :
LIMITES DE L'ETAT-PROVIDENCE ET CONSEQUENCES SUR LE
LIEN INTERGENERATIONNEL.

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE
DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée
Et soutenue publiquement par

CALARD Hélène
Née le 25 février 1980

LEFEVRE Bénédicte
Née le 7 mars 1981

devant le jury ci-dessous

Président : Professeur BOHNE Wolf
Assesseur : Professeur JEAN Alain
Assesseur : Docteur GRAND Denys
Assesseur : Docteur PECAUD Dominique

Directeur de thèse : Professeur POUËZAT Jean

TABLE DES MATIÈRES

Introduction.....	4
Chapitre 1. La démographie française aujourd'hui et demain, l'état de santé des personnes âgées en France.	6
I. Le vieillissement : définition.....	6
II. Evolution de la population française.	7
II.1. Un doublement de la population française en 200 ans.	7
II.2. Les naissances.	8
II.3. La mortalité en France.	17
II.4. Les échanges migratoires en France.	20
III. Le vieillissement de la population française est inéluctable : projections démographiques à l'horizon 2050.....	24
III.1. Les projections de population.....	24
III.2. La fiabilité des projections démographiques.....	29
IV. La révolution de l'espérance de vie.	31
IV.1. Les causes de l'allongement de l'espérance de vie.	31
IV.2. Les limites de l'espérance de vie. Nos enfants et petits enfants auront-ils 100 ans ?.....	31
IV.3. Les déterminants de la longévité.	32
V. Plus d'années en bonne santé ?	35
V.1. La santé au grand âge.....	35
V.2. Les données de santé.	37
V.3. L'espérance de vie sans incapacité (EVSI).....	49
V.4. Les personnes âgées dépendantes.	50
V.5. Les grands enjeux de santé.....	55
V.6. Quel état de santé pour les personnes âgées de demain ?	70
Chapitre deuxième Vieillissement démographique de la France : limites de l'Etat-providence et conséquences sur les relations entre générations.	73
I. Présentation de l'Etat-providence français.....	73
I.1. Les origines de la sécurité sociale en France.....	73
I.2. Le financement du régime de la Sécurité sociale en France.	75
I.3. Est-il possible de mesurer l'impact futur du vieillissement démographique sur notre système de protection sociale ?	79
II. Le vieillissement de la population va-il submerger le système de santé ?	82
II.1. Evolution des dépenses de santé en France dans le passé.	82
II.2. Quel rôle a joué l'effet démographique dans l'augmentation passée des dépenses de santé ?	83
II.3. L'effet du vieillissement, ou effet d'âge, sur les dépenses de santé à venir : une explosion annoncée des dépenses de santé?.....	86
II.4. Le débat sur le coût de la mort : l'âge ou la fin de vie comme facteur de dépenses ?	87
II.5. L'évolution des profils de consommation par âge : un effet de génération.....	91
II.6 Conclusion.....	96
III. Vieillissement démographique : quel impact sur la prise en charge de la dépendance de nos aînés ?	100
III.1. L'offre gérontologique en France en 2006.....	100
III.2. Les circuits de financement de la prise en charge des personnes âgées dépendantes.....	102
III.3. Estimation des dépenses publiques consacrées à la prise en charge des personnes âgées dépendantes (pour l'année 2003) et discussion.	107
III.4. Evolutions des coûts consacrés à la dépendance des personnes âgées : des problèmes majeurs à moyen et long terme.	110
III.5. L'aide informelle aux personnes âgées vivant à domicile.	118

IV. Etude du lien intergénérationnel.....	123
IV.1. La révolution de la longévité : le cycle de vie ternaire et la représentation de la vieillesse qui en découle sont-ils révolus ? Ne serait-il pas temps de repenser la place de la vieillesse dans notre société ?	123
IV.2. Pour la première fois, en période de paix, la génération actuelle risque de ne pas pouvoir atteindre le niveau et la qualité de vie de ses prédécesseurs.	133
IV.3. Le déséquilibre de la représentation politique.....	138
IV.4. Le caractère "extraordinaire" de ces familles pentagénérationnelles.	140
Conclusion.....	142
Bibliographie.....	159

Introduction.

"Après le choc démographique de 2006, tout va changer." [94]

Passée cette date, notre société basculera immanquablement dans une situation à ce jour inédite, jamais rencontrée dans la civilisation occidentale. En effet, notre pays verra sa population active décroître durablement alors que le vieillissement de la population s'accroîtra considérablement et ce durant plusieurs décennies. Cette évolution sera la conséquence d'une diminution marquée de la natalité enclenchée dès les années 70 associée à un allongement remarquable de la durée de vie des générations du *baby-boom*.

Le renversement du rapport entre actifs et inactifs, lié à ces évolutions démographiques et sociologiques, aura un impact inéluctable sur notre système de protection sociale*.

Même si cette problématique était connue et donc prévisible depuis les années 70, aucun gouvernement n'a réellement tenté d'y apporter une solution pérenne. Bien au contraire, certains hauts responsables n'ont pas hésité à nier la chute de la fécondité et ont constamment repoussé l'éventualité d'une réforme de notre système social. Les échéances électorales expliquent bien souvent cet immobilisme, "on ne gagne pas des voix en annonçant des mauvaises nouvelles ou en demandant des efforts" [94].

Mais aujourd'hui, l'imminence et l'ampleur de ce choc, qui commence seulement à être évoqué dans les médias, oblige la société et donc les politiques à prendre positions et décisions comme sous la contrainte. De telles mesures seront-elles proposées lors de la campagne pour les présidentielles de 2007 ?

C'est dans ce contexte que nous avons entamé notre travail sur le vieillissement, les personnes âgées dépendantes et les conséquences économiques mais aussi sociales pour notre pays.

Le premier chapitre présente une étude des données démographiques et de santé de

* Les mots suivis d'un astérisque sont définis dans le glossaire, pp. 239-47.
Enfinants de la
vieillesse
Le vieillissement démographique étant démontré et explicité, quelles seront ses conséquences ? Dans quelle mesure des décisions politiques pourraient renverser les tendances démographiques observées ces dernières années ? Les projections de l'Institut National de Statistiques et des Etudes Economiques (INSEE) permettent d'évaluer les proportions dans lesquelles se poursuivront ces évolutions.

Le vieillissement démographique étant démontré et explicité, quelles seront ses conséquences ? Si l'on considère les retraites, la santé et la dépendance, la situation économique de la France est-elle "explosive" dans la mesure où il n'y a guère eu d'anticipation sur le plan politique et que la situation ne peut qu'empirer sachant que les besoins vont augmenter sans que l'offre ne puisse suivre ? De l'état de santé des personnes âgées dépend, en partie, la réponse. Que savons-nous des années de vie gagnées ? Nos aînés sont-ils en meilleure santé qu'auparavant ? Et demain ? L'allongement de la durée de vie va-t-il se poursuivre ? Peut-on parler d'une limite à la longévité humaine ?

Malgré l'ensemble des progrès médicaux et socio-économiques qui ont amélioré la santé en France, les années de dépendance lourde, au grand âge, ne peuvent être évitées et le vieillissement démographique sera à l'origine d'une augmentation

marquée du nombre des personnes âgées dépendantes. En tant que futurs professionnels de santé, nous avons voulu nous intéresser à un domaine spécifique, celui de leur santé bucco-dentaire. Face à d'importants besoins en soins, quels sont les moyens mis en œuvre aujourd'hui, mais aussi demain, pour améliorer leur santé orale et faciliter leur accès aux systèmes de soins ?

La maladie et la dépendance entraînent des coûts. Ces coûts sont actuellement en très grande partie supportés par l'Etat-providence.

Malheureusement, le déficit de notre système de protection sociale est connu comme étant "abyssal". Quelle est la part de l'augmentation de la durée de la vie dans ce déficit et quelle responsabilité peut-on lui imputer pour les décennies futures ?

Les évolutions démographiques annoncées vont-elles entraîner une "explosion" de ces dépenses ?

C'est ce que nous aborderons dans le second chapitre.

Ce déficit, la dette publique considérable, véritable fardeau pour les générations futures, la hausse des dépenses liée au vieillissement et l'absence de réforme n'imposent-ils pas, aujourd'hui, une remise en cause de notre contrat social ?

Les jeunes, les actifs, de moins en moins nombreux mais toujours de plus en plus sollicités vont-ils accepter de payer toujours plus pour recevoir moins ? Ne doit-on pas craindre un conflit intergénérationnel dans les années à venir ?

CHAPITRE 1. LA DEMOGRAPHIE FRANÇAISE AUJOURD'HUI ET DEMAIN, L'ETAT DE SANTE DES PERSONNES AGEES EN FRANCE.

I. LE VIEILLISSEMENT : DEFINITION.

La notion de vieillissement démographique a été introduite par Alfred Sauvy [208] en 1928. Il désigne alors, par ce terme, les modifications de la structure par âge de la population, liées à la baisse du nombre de jeunes femmes et donc du nombre de naissances, qui se traduisent par une augmentation de la part des personnes âgées [108]. D'après la définition de l'INSEE, le vieillissement démographique est, également, le résultat d'une baisse de la mortalité [123].

Une étude pertinente du vieillissement de la population impose de définir les concepts de "personnes âgées" et de "vieillesse".

Il n'est pas simple de définir "la personne âgée". Pour les économistes, rappelle le Professeur Claude Jeandel, on est âgé à partir de 60 ans. Pour les démographes et les institutions internationales telles que l'OMS, la personne devient âgée à 65 ans. Les gériatres, quant à eux, s'adresse plus à des "malades" qu'à des "personnes", âgées de plus de 75 ans [82].

Il n'existe pas, non plus, de définition unanimement admise de la vieillesse.

Devons-nous la définir en fonction de l'âge chronologique, physiologique ou en fonction d'un événement significatif de la vie, comme la retraite ?

La définition administrative, prédominante aujourd'hui, associe la vieillesse à l'âge de la retraite. Il est vrai qu'à l'époque où la notion de retraite a été créée, vers le milieu du XVIII^e siècle, elle était intimement liée à l'état de santé puisque la personne retraitée ne pouvait pas *"continuer à gagner sa vie en travaillant du fait de l'usure et des incapacités liées à l'âge"* [22]. Mais malgré les avancées socio-économiques qui ont permis l'amélioration de l'état de santé et des conditions de travail, *"la retraite étant devenue depuis la seconde guerre mondiale, une expérience de masse, l'âge d'éligibilité pour la pension de retraite du plus grand nombre désigne l'âge d'entrée dans la vieillesse, c'est-à-dire 60 ans pour les deux sexes en France"* [108].

Ainsi, depuis la fin du XVIII^e, le groupe des vieillards est constitué par la catégorie des personnes âgées de plus de 60 ans [108]. Pourtant, comme le précise Bourdelais, tout sépare la personne âgée de 60 ans de la fin du XVIII^e et celle d'aujourd'hui : *"le caractère exceptionnel de leur destin, leur espoir de survie, leur position dans la succession de génération et leur état de santé"* [22]. En effet, si être sexagénaire en 1850 était exceptionnel, c'est le cas de la quasi-totalité d'une génération aujourd'hui. En plus, depuis un siècle et demi, la durée de la vie s'est considérablement allongée et, en 2004, une femme de 60 ans peut espérer vivre encore 26,5 ans.

La vieillesse est, aujourd'hui, une période qui peut durer longtemps et que l'on divise en plusieurs phases en fonction de l'âge chronologique. On distingue ainsi le *"troisième âge"* qui regroupe les jeunes retraités de moins de 75 ans, du *"quatrième âge"* représenté par les personnes de plus de 75 ans [45]. Certains définissent aussi les *"vieux les plus âgés"* ou les *"très vieux"* comme les individus de 85 ans et plus [140] [200]. Et avec la croissance fulgurante des centenaires aujourd'hui, on définit les *"supercentenaires"* comme ceux qui dépassent l'âge de 110 ans [21].

Il apparaît donc que l'âge de 60 ans ne peut plus être considéré comme le seuil d'entrée dans la vieillesse. Il est nécessaire de définir de nouveaux indicateurs qui prennent en compte les changements de la réalité des âges depuis près de deux siècles.

Henrard utilise le terme de *"grand âge"* pour définir l'âge auquel les fréquences des incapacités* mentales et fonctionnelles sont élevées. *"C'est donc au-delà de 75 ans et plus probablement de 80 ans que l'on peut parler de grand âge ou de vieillesse."* Cette définition est très utile pour évaluer le besoin en aide pour la prise en charge de la dépendance chez les personnes d'âge élevé [105].

Brouard, quant à lui, considère que la vieillesse est très liée aux conditions socio-économiques des différentes populations et propose, pour définir l'entrée dans la vieillesse, l'âge immédiatement supérieur à la durée de vie moyenne pour une population donnée [29].

Bourdelaïs, en observant l'évolution de l'état de santé, évalue un *"âge équivalent"* d'une période à l'autre, différent de l'âge civil, qui permet de définir l'entrée dans la vieillesse. Ainsi, si une personne était vieille à 60 ans à la fin du XVIII^e siècle, elle doit atteindre 74 ans, dans le milieu des années 90 [22].

Cependant, au sein même d'une classe d'âges, il existe une grande hétérogénéité. Il est donc nécessaire de s'interroger sur les caractéristiques du vieillissement individuel. L'homme est un être biologique, doué de raison, vivant dans un environnement social. Son vieillissement est le résultat d'un ensemble de processus biologiques, psychologiques et sociaux.

Le vieillissement biologique *"peut avoir un double sens, celui de sénescence qui est l'expression du déroulement du temps biologique et celui de l'avance en âge qui est celle du déroulement du temps chronologique. La sénescence est habituellement définie comme l'ensemble des processus biologiques qui, au fur et à mesure de l'avance en âge, rendent les individus plus sensibles aux facteurs susceptibles d'entraîner la mort"* [108].

En psychologie expérimentale, le vieillissement se traduit essentiellement par un déclin notamment des fonctions intellectuelles. En psychologie du développement, le vieillissement correspond aux dernières périodes de la vie. Moment où l'on cherche à donner un sens à son existence, à la mettre en ordre pour faire face au dégoût et au désespoir qui nous guette [108].

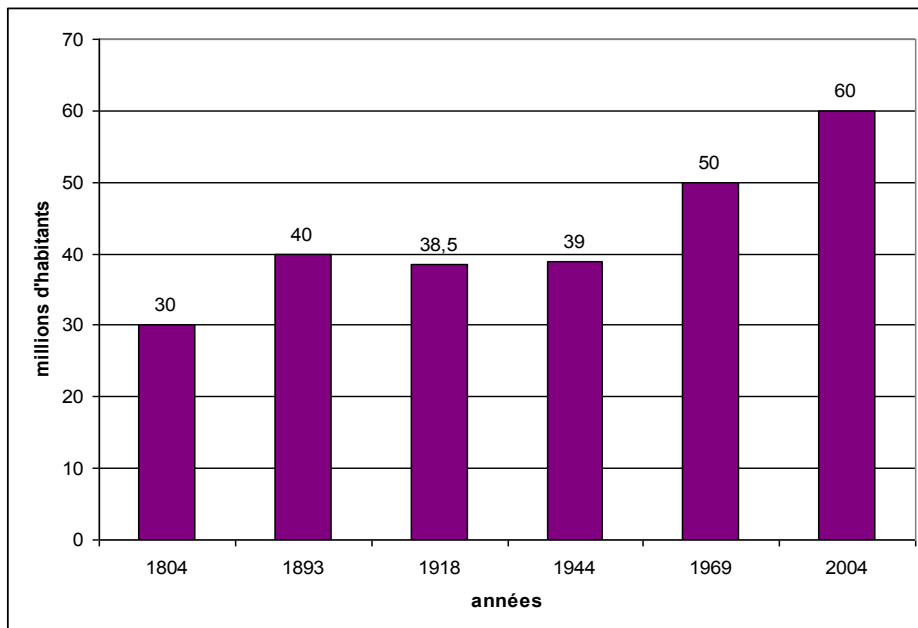
Au sein de chaque société il existe un code spécifique qui détermine les événements particulièrement significatifs socialement de l'avancée en âge, la petite enfance, l'école, l'adolescence. *"C'est le critère d'utilité sociale liée aux modes de subsistance qui constitue dans les différentes sociétés la dimension commune de la vieillesse. Dans notre société où le salariat est généralisé, la prise de retraite est particulièrement chargée de sens. L'incapacité totale à se rendre utile aux autres et la nécessité d'être pris en charge par la collectivité définit socialement la sénilité"* [108]. Les caractères inévitables et irréversibles de ces changements qui concernent le rôle professionnel mais aussi familial, les finances, les relations sociales et la santé sont nuancés par l'histoire personnelle de chaque individu qui dépend de son genre et de son appartenance sociale.

II. EVOLUTION DE LA POPULATION FRANÇAISE.

II.1. Un doublement de la population française en 200 ans.

Figure 1

Evolution de la population française sur deux siècles : un doublement de la population.



Source : INED [178].

La population française a doublé en 200 ans (figure 1). Elle était de 30 millions en 1804 et elle est estimée, par l'INSEE, à 62,9 millions d'habitants, au 1er janvier 2006 [193]. Cette croissance n'a pourtant pas été régulière. Deux périodes de croissance, de 1804 à 1914 puis de 1950 à nos jours, encadrent un épisode d'interruption de la croissance de la population qui s'explique par les guerres mondiales du XX^e siècle. En effet, au cours de ces deux conflits, les morts et le faible nombre de naissances font redescendre la population à 38,5 millions en 1918 et 39 millions en 1944. Après la libération, la France connaît une croissance de sa population dont le rythme très rapide est encore inédit. Poussée par le *baby-boom* et par une vague d'immigration de main-d'œuvre, la population franchit la barre des 50 millions en 1969 et celle des 60 millions en 2004 [178].

La natalité, la mortalité et les migrations sont les trois facteurs qui conditionnent l'évolution démographique. Ils ont connu de profondes mutations au cours des dernières décennies, avec, comme principale conséquence, une évolution de la structure par âge de la population, en faveur d'un vieillissement continu. Les parties suivantes s'attacheront à expliquer l'évolution entremêlée de ces trois composantes.

II.2. Les naissances.

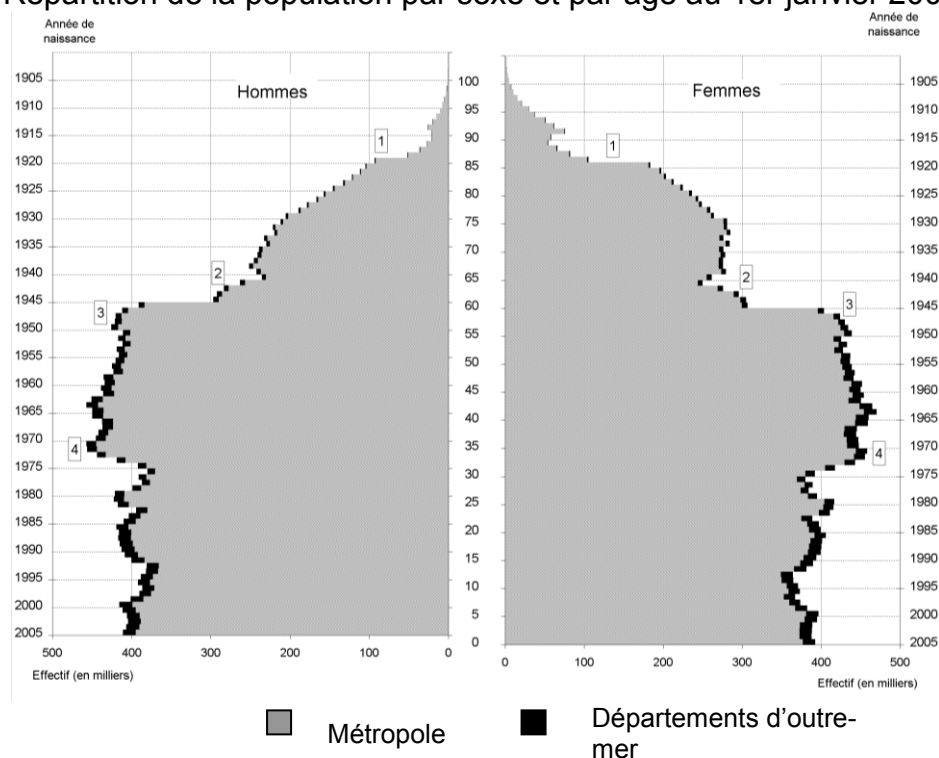
II.2.1. Evolution de la fécondité en France : de la transition démographique à nos jours.

La France a connu une transition démographique* très précoce (dès la fin du XVIII^e siècle) et particulièrement rapide. Cette transition marque le passage d'une démographie traditionnelle, "*malthusienne*" ou "*agricole*", caractérisée par des taux élevés mais proches de natalité* et de mortalité*, à une démographie moderne, "*industrielle*", marquée par des taux voisins toujours mais beaucoup plus faibles [19]. Les pays d'Europe de l'Ouest ont connu les deux phases de la transition démographique. Cela s'est traduit par un décalage dans le temps entre la baisse de la

mortalité et la baisse de la fécondité qui a engendré une explosion démographique européenne. La France, quant à elle, a vu sa fécondité baisser en même temps que sa mortalité. Ainsi la population française a augmenté dans une moindre mesure durant cette transition démographique. Elle est passée de 25 à 40 millions, contre 13 à 46 millions en Italie, ou encore 14 à 63 millions pour l'Allemagne. Le poids démographique de la France, pays le plus peuplé d'Europe à la fin du XIX^e siècle, s'en est trouvé considérablement modifié. La transition démographique marque le début du ralentissement de la fécondité. Celui-ci se poursuit à un rythme régulier jusqu'au sortir de la seconde guerre mondiale.

Le *baby-boom* a ensuite marqué une rupture de cette tendance séculaire à la baisse de la fécondité. De 1945 à 1973, La France a connu la plus forte expansion économique de son histoire et l'une des plus élevée du monde industriel. L'économiste français, Jean Fourastié, cité par Boucharot [19], lui a donné le nom de "*Trente Glorieuses*". Sur l'ensemble de la période, la croissance atteint 5% par an en moyenne. Pour la population française, après les efforts de production accomplis dans l'immédiat après-guerre, c'est l'entrée dans la société de consommation, grâce au triplement du pouvoir d'achat en trente ans. Dans ce contexte largement favorable, la France a connu une reprise des naissances entre 2,8 et 3 enfants par femmes en âge de procréer. Ce renversement démographique fut radical à un double titre. Par son ampleur, tout d'abord : la population totale augmente de 14 millions en 35 ans avec plus de 800 000 naissances annuelles. Cette progression est sans précédent dans l'histoire du pays.

Figure 2
Répartition de la population par sexe et par âge au 1er janvier 2006.



- 1 déficit des naissances dû à la guerre de 1914-1918.
- 2 déficits des naissances dus à la guerre 1939-1945
- 3 *baby-boom*
- 4 fin du *baby-boom*

Source : INSEE [193].

Reproduit avec l'aimable autorisation de l'expert de la Division "Enquêtes et études démographiques" de l'INSEE.

Le *baby-boom* marque également par sa durée : la vague de naissances se maintient sur 29 ans de 1945 à 1964 - le *baby-boom* proprement dit - puis de 1964 à 1973 qui constitue une période où la fécondité reste élevée (figure 2) [184].

L'impact du *baby-boom* sur la pyramide des âges* marquera la démographie de l'Occident, et de la France en particulier, jusqu'en 2030. La génération née entre 1945 et 1973, âgée de 31 à 61 ans en 2006, a tout d'abord entraîné un rajeunissement de la population française (figure 2). Elle a ensuite nourri jusqu'à nos jours la croissance modeste de notre population. Les femmes issues du *baby-boom* représentent en effet un nombre important de femmes en âge de procréer. A partir de 2006, ces générations, après avoir irrigué le système, participeront au vieillissement démographique de la France. Elles pèseront lourdement sur les régimes de retraite en augmentant largement les effectifs des pensionnés [184].

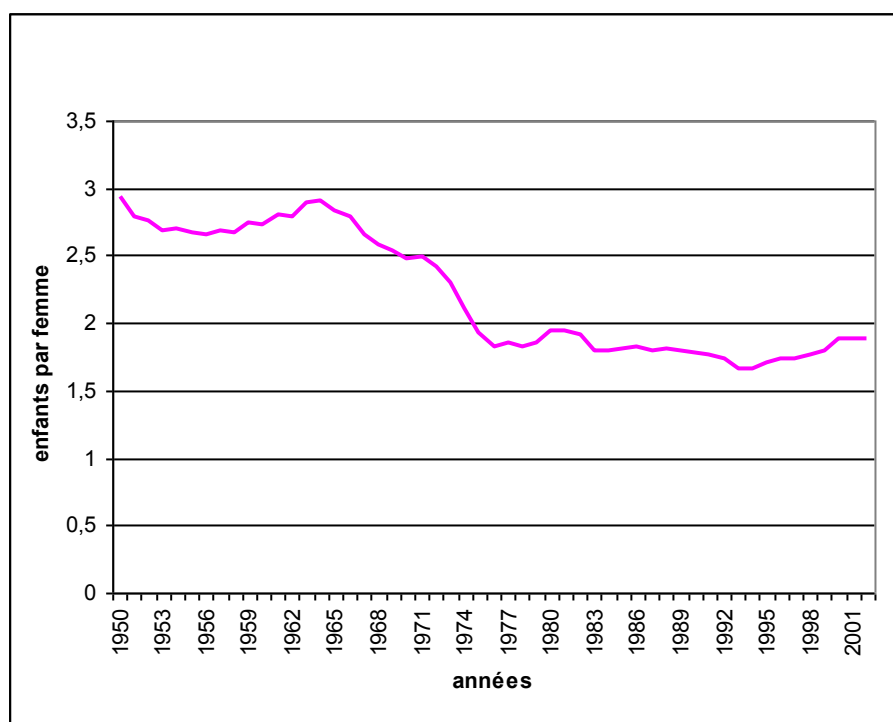
A partir du milieu des années 1970 - début 1980, comme le montre la figure 3, un déclin de fécondité prolongé et profond s'amorce en France et se poursuit pendant une vingtaine d'années. L'indice conjoncturel de fécondité* passe de 2,59 en 1968 à 1,95 en 1975 puis à 1,88 en 1982 et enfin 1,78 en 1990 [55].

Cette baisse continue de la fécondité ou *baby-krach*, commune à la plupart des nations industrialisées, est à mettre en relation avec un certain nombre de facteurs socio-économiques parmi lesquels une crise économique prolongée. En 1973, à l'occasion de la guerre du Kippour, les principaux pays exportateurs de pétrole, réunis au sein de l'Organisation des Pays Exportateurs de Pétrole (OPEP) décident d'augmenter fortement le prix du baril. C'est le premier choc pétrolier et, pour des pays comme la France, gros consommateurs d'énergie importée, c'est le déclenchement de la crise économique, qui durera plus de vingt ans. Celle-ci est marquée par un ralentissement brutal de la croissance économique*, une forte hausse de l'inflation qui atteint 14% en 1981, le dérèglement du système monétaire international et la montée très rapide du chômage qui, dans les années 1990, atteint environ 11% de la population active.

Comme les effets du *baby-boom*, l'écho démographique de ce *baby-krach* portera ses conséquences négatives à partir de 2005-2010. La population active, âgée de 15 à 59 ans, est moins nombreuse. Le nombre de **cotisants** cesse donc d'augmenter au moment même où arrivent les cohortes de plus en plus nombreuses de **retraités** issues du *baby-boom* [184].

Figure 3

Evolution de l'indice de fécondité en France, de 1950 à 2002.



Source : INED [119].

II.2.2. La fécondité en France : situation actuelle et projections.

De 2000 à 2002, le taux de fécondité* des françaises s'est stabilisé à 1,88 enfant par femme. Il a augmenté légèrement en 2003 (1,89 enfant par femme) et également en 2004 où l'on observe 1,92 enfant par femme [177].

En 2005, le nombre de naissances a augmenté au même rythme qu'en 2004 en atteignant 807 400 naissances, soit une croissance de 0,9%. La tendance à la hausse du taux de fécondité qui prévaut depuis 2003 semble donc se confirmer. Le plus fort taux de fécondité de l'année 2005, évalué à 1,94, compense néanmoins la baisse du nombre de femmes en âge de procréer. En effet, les femmes du *baby-boom* laissent leur place à celles, beaucoup moins nombreuses, de la fin des années soixante-dix et du début des années quatre-vingts. Le nombre des femmes en âge de procréer, de 20 à 40 ans, connaît une diminution, tout juste estimée par l'INSEE, de -0,4 % entre 2004 et 2005. Cependant Richet-Mastain considère que le taux de fécondité de l'année 2005, qui atteint quasiment le taux record de l'année 2000, fait plus que compenser la diminution du nombre de femmes âgées de 20 à 40 ans [193].

Avec un taux de 1,94 enfant par femme, la France n'atteint pas le taux de 2,1 enfants par femme qui assure le renouvellement de sa population. Elle se situe néanmoins, en 2004, au deuxième rang des pays de l'Europe des 25, juste derrière l'Irlande dont le taux de fécondité s'élève à 1,99 enfant par femme en 2004. Ces deux pays sont toujours en tête, loin devant la moyenne européenne de 1,50 enfant par femme.

Si, jusqu'à une époque récente, l'unique facteur accentuant le vieillissement démographique était la mortalité, aujourd'hui et jusqu'au milieu du siècle prochain, l'évolution passée de la fécondité (*baby-boom* puis *baby-krach*) va jouer un rôle déterminant dans l'accélération du processus.

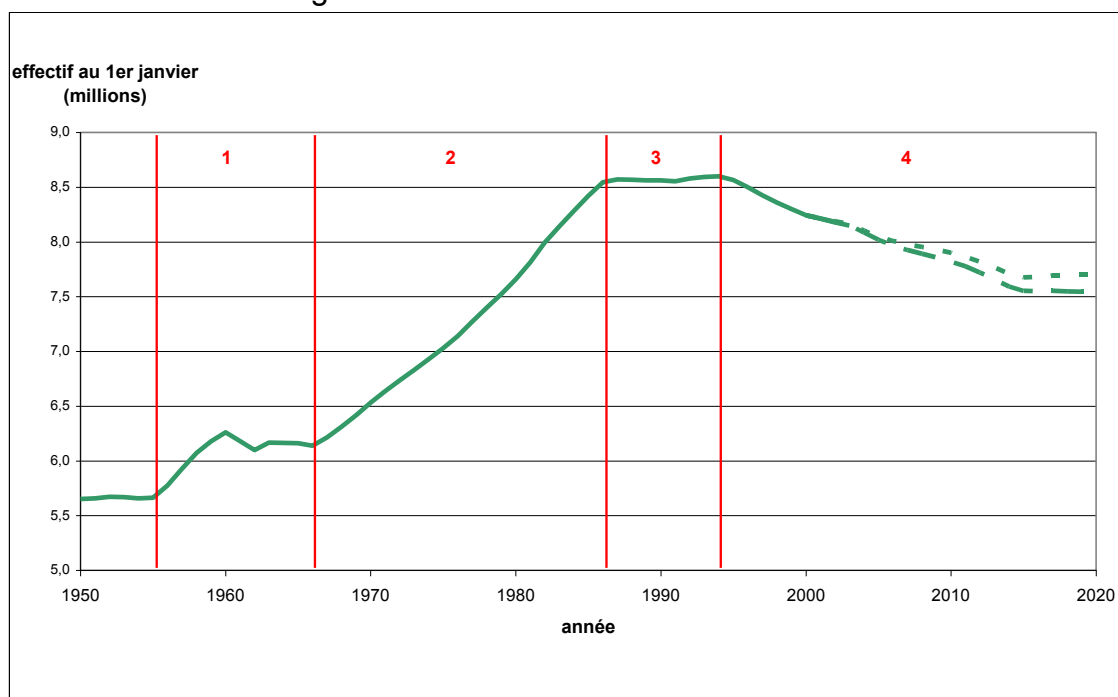
Si les jeux sont déjà faits pour ce qui est du vieillissement vers 2020 - toutes les futures mères de 2020 étant déjà nées - au-delà l'avenir est de plus en plus ouvert. **Des évolutions de la fécondité durant les prochaines décennies dépendra le vieillissement au milieu du XXI^e siècle. Il nous semble, de ce fait, indispensable d'étudier plus précisément l'évolution à venir des comportements féconds des**

femmes françaises. Il convient donc de considérer trois facteurs dont dépend le nombre de naissances :
l'effectif des parents potentiels,
leur propension à avoir des enfants
et l'âge auquel ils les auront [177].

II.2.2.1. L'effectif des parents potentiels.

L'effectif des **parents potentiels**, défini par Pison de l'Institut National d'Etudes Démographiques (INED), se compose des **femmes âgées de 20 à 39 ans** car 96% des accouchements se font pendant cette tranche d'âge [177].
Cet effectif commence à augmenter dès le milieu des années 1950, mais il connaît une période de très forte croissance à partir de 1966. En effet, cette date correspond à l'entrée dans cet effectif de la première génération de femmes nées pendant le *baby-boom*. Ainsi, entre 1966 et 1986, chaque année, une génération nombreuse de femmes atteint l'âge de 20 ans alors qu'une génération moins nombreuse de l'entre-deux-guerres atteint celui de 40 ans. Le nombre de parents potentiels passe alors de 6,3 millions en 1960 à un peu plus de 8,5 millions en 1986 (figure 4).

Figure 4
Effectif des femmes âgées de 20 à 39 ans.



_____ : observation. _____ : projection centrale de l'INSEE. - - - - - : projection avec hypothèse haute pour les migrations.

1: 1955 - 1966, début de croissance. 2: 1966 - 1986, forte croissance. 3: 1986 - 1993, période de stabilité. 4: 1993 - 2020: diminution.

Source : INED [177].

Reproduit avec l'aimable autorisation de Gilles Pison [177].

Ensuite entre 1986 et 1993, ce nombre se stabilise puisque, durant ces années, l'arrivée de femmes, âgées de 20 ans, nées pendant le *baby-boom*, compense le départ des "*baby-boomeuses*" âgées de 39 ans (figure 4). C'est en 1993 que la

dernière génération de femmes, nées pendant le *baby-boom*, atteint l'âge de 20 ans. C'est pourquoi dès 1994, une diminution de l'effectif des mères potentielles s'amorce. Il passe alors de 8,6 à 8,2 millions en 2005. Cette baisse devrait se poursuivre au rythme de 40 000 à 50 000 par an jusqu'en 2015, soit - 0,5% par an, au fur et à mesure de l'arrivée à l'âge de 40 ans des dernières générations de "*baby-boomeuses*".

A l'horizon 2015, l'effectif des parents potentiels pourrait n'être que de 7,6 millions, soit 7% de moins qu'aujourd'hui. Le nombre de naissances devrait donc suivre cette tendance à la diminution si les comportements féconds restaient inchangés [177].

II.2.2.2. La propension des parents potentiels à avoir des enfants.

La propension des parents à avoir des enfants, c'est-à-dire leur fécondité, constitue le deuxième facteur dont dépend le nombre de naissances pour une année donnée. Il est indispensable ici, comme le souligne Pison, de considérer deux indicateurs démographiques : l'indicateur conjoncturel de fécondité et la descendance finale*. Il faut préciser que l'indicateur conjoncturel de fécondité, contrairement au taux de fécondité général, prend en compte la structure par âge de l'effectif des femmes en âge de procréer.

Le *baby-krach* provoque une chute de l'indicateur conjoncturel de fécondité à moins de 2,1 à partir de 1973 (tableau 1). On peut alors parler de "*déclin démographique*" puisqu'il ne permet pas le renouvellement de la population. Cependant, cet indicateur n'est qu'une photographie, à un moment donné, des comportements de fécondité des femmes de générations différentes. Seule la descendance finale est significative pour étudier la propension à avoir des enfants. Cet indicateur est moins sensible à la conjoncture et donc particulièrement pertinent pour connaître les comportements et pour interpréter des mouvements démographiques sur le long terme. L'INSEE observe que, parmi les générations les plus récentes dont la descendance finale est quasiment constituée, aucune n'est descendue au-dessous de 2,1 enfants par femme en moyenne. La stabilité de la descendance finale à partir de 1950, comme le relève le tableau 1, est même notable. En outre, le dernier bilan démographique de l'INSEE, datant de janvier 2006, révèle que la descendance finale s'établit à 2,13 enfants pour les femmes nées en 1955. A 35 ans, ces femmes avaient déjà 1,96 enfant. Les femmes nées en 1965 n'avaient que 1,78 enfant à 35 ans mais ont ensuite rattrapé une partie de leur retard puisqu'elles avaient 1,99 enfant à 40 ans. Leur descendance finale dépassera-t-elle 2,1 enfants par femme ?

Tableau 1
Evolution des indicateurs de natalité.

Indicateur conjoncturel de fécondité		Taux de descendance finale	
1948	3	Années de naissance des mères	
1958	2,67	1930	2,64
1968	2,58	1940	2,41
1978	1,82	1950	2,11
1988	1,80	1954	2,12
1998	1,75	1957*	2,12*

* Provisoire.

Source : INSEE - INED [180].

On remarque que l'indice conjoncturel de fécondité, malgré sa légère progression, apparaît pessimiste face à l'analyse de la descendance finale. **Cet écart entre les deux indices s'explique principalement par le fait que les français décalent leur calendrier de famille.** Les mariages, quand ils ont lieu, et la conception d'un enfant se décident plus tardivement aujourd'hui qu'autrefois. Ainsi, la somme des naissances s'avère pessimiste car elle additionne les taux de fécondité de jeunes femmes qui ne procréent pas encore, ou peu, et de celles plus âgées qui ont terminé, ou presque, leur reproduction.

Feltin [77] rapporte que le démographe Le Bras, très controversé par ses pairs, considère ainsi que les femmes ne font pas moins d'enfants mais les font seulement plus tard. Selon lui, la descendance finale devrait se stabiliser à 2,1, c'est-à-dire à un niveau qui permet le renouvellement de la population. Les affirmations de Le Bras se vérifient par le calcul de la descendance finale des femmes nées avant 1960.

Cependant les générations suivantes n'ayant pas terminé leur vie féconde, il est impossible de déterminer leur descendance finale et les propos du démographe ne sont que supposition. C'est pourquoi il s'oppose aux interprétations de l'INED et de l'INSEE.

Sardon (INED) a en effet montré que, *stricto sensu*, seules les générations nées de 1922 à 1943 ont été remplacées. Les suivantes, à partir de 1944, ne le sont plus [206]. Richet-Mastain (INSEE) rappelle qu'aujourd'hui, les femmes de 35 ans ont eu en moyenne 1,71 enfant. Le retard dans le calendrier s'étant accentué pour ces femmes, l'auteur suppose donc une descendance finale légèrement supérieure à 1,95 mais toujours inférieur, a priori, au seuil de renouvellement de la population. Quant aux générations plus jeunes, encore loin d'avoir terminé leur vie féconde, tout pronostic sur leur nombre final d'enfants reste hasardeux [193].

De même, Desplanques (INSEE), doute que l'on dépasse le seuil de 2 enfants par femme pour la descendance finale au vu du retard déjà accumulé [77].

L'analyse de ces deux indicateurs montre que la propension des parents à avoir des enfants diminue et que le nombre d'enfants par femmes en âge de procréer risque de ne pas permettre le renouvellement de la population.

II.2.2.3. L'âge auquel les parents potentiels auront leurs enfants.

Pison formule l'hypothèse selon laquelle l'âge moyen de la maternité pourrait diminuer. Les naissances annuelles seraient alors plus nombreuses. Nous nous retrouverions devant le cas où deux générations de femmes viendraient simultanément à mettre au monde des enfants; celles qui auront volontairement tardé à concevoir un enfant et celles, plus jeunes, qui décideraient d'aborder la maternité sans retard. Ce scénario n'est pourtant, à l'heure actuelle, pas envisageable, dans la mesure où **la tendance observée depuis plus de 20 ans à avoir ses enfants de plus en plus tard se poursuit.** Cet âge n'a cessé de progresser depuis 1974 où celles qui accouchaient avaient en moyenne 26,5 ans [177]. Selon Richet-Mastain, la fécondité n'augmente d'ailleurs que pour les femmes de plus de 30 ans et l'âge moyen des mères est de 29,7 ans en 2005 [193].

Le niveau actuel de la fécondité de notre pays pourrait inciter à un relatif optimisme comparé à celui de nos voisins européens. Cependant, même si le comportement fécond des femmes doit assurer le maintien du taux de fécondité actuel dans les années à venir, celui-ci restera inférieur aux taux observés au cours du *baby-boom*.

Ces constats démographiques sous-tendent des interrogations capitales : quelles sont les causes et les conséquences de cette baisse globale de la natalité ? Faut-il mettre

en place une politique de relance de la natalité ? Une telle politique est-elle susceptible d'influer réellement et profondément sur le comportement d'une société ?

II.2.3. Que faire pour relancer la natalité en France ?

II.2.3.1. Les causes de la baisse de la fécondité.

Pour espérer relancer la natalité du pays, il est d'abord indispensable de chercher à comprendre pourquoi les français font moins d'enfants. Les causes sont multifactorielles et d'après Boucharot, il est possible de distinguer des causes structurelles et des causes conjoncturelles [19].

II.2.3.1.1. Les causes structurelles.

Les femmes, plus instruites, désirent concilier vie personnelle, familiale et professionnelle. Ceci n'est possible que si elles réduisent leur nombre d'enfants. L'augmentation du taux d'activité féminin, de 12,3 points entre 1975 et 2004, est peu compatible avec des maternités répétées. De même, le développement du salariat (travail à l'extérieur du domicile), l'urbanisation (manque d'espace), l'allongement des études (retard dans le calendrier des familles) conduisent les couples à réduire leur descendance. L'augmentation très marquée du nombre de célibataires (4,8 millions en 1982 contre 7,4 millions en 1999) ainsi que du nombre de familles monoparentales (1,5 million en 1999 contre 900 000 en 1982) est également peu propice à stimuler la natalité. L'augmentation du nombre de divorces (105 813 divorces prononcés en 1990 contre 125 175 en 2003) et le déclin du taux de nuptialité* (de 7 pour 1000 habitants en 1960 à 4,5 pour 1000 en 2004) impliquent une précarité qui affecte particulièrement les femmes. Elles sont plus susceptibles de se retrouver seules avec des enfants à charge [122].

Enfin, comme l'explique Godet, **le désir d'enfants des couples français n'est pas moindre mais les familles sont devenues rationnelles**. La volonté des parents de donner "toutes leurs chances" à leur progéniture les incline à limiter le nombre; **un grand nombre d'enfants serait un facteur de "perte de chance"**. Avoir moins d'enfants permet de concentrer ses efforts d'éducation et de transmission sur un ou deux enfants et ainsi d'échapper à la **paupérisation des familles nombreuses**. L'auteur rapporte une enquête menée par l'INED sur le nombre d'enfants idéal pour une personne du même milieu, disposant des mêmes ressources. Un tiers des personnes interrogées expliquent "*avoir peu ou pas d'enfant*" pour des raisons matérielles: "*trop de contraintes pour la vie quotidienne*", "*les enfants coûtent cher*" ou encore "*il n'y a pas assez d'aide aux familles*" [95].

II.2.3.1.2. Les causes conjoncturelles.

La diminution de la fécondité en France coïncide avec la rupture de croissance économique du milieu des années soixante-dix. La peur du chômage et la crainte de l'avenir entraînent la diminution du nombre d'enfants par femme. Méron et Widmer ont montré que le chômage, plus que les autres situations vis-à-vis de l'emploi, incite les jeunes femmes en couple sans enfant à retarder un éventuel projet de maternité [143]. Un autre étude parue en septembre 2005, confirme cet effet dépressif du chômage sur la fécondité et ajoute qu'il est particulièrement marqué pour la venue du premier enfant [225]. Ajoutons que les françaises sont plus exposées au chômage que les français. En 2004, une femme active sur neuf est au chômage contre un homme sur onze [28].

Dans une société où les moyens de contraception permettent le plus souvent de maîtriser le moment de devenir mère et où l'activité professionnelle des femmes

est devenue la norme, ces constats montrent que les calendriers familiaux et les décisions des couples tiennent désormais compte des situations professionnelles présentes et à venir des deux conjoints.

II.2.3.2. Les conséquences de la baisse de la fécondité.

La conséquence majeure est bien évidemment le vieillissement de la population. Phénomène de proportion, il est la résultante de la baisse de la natalité qui, en entraînant une réduction progressive et sensible du nombre des jeunes, réduit en conséquence leur importance relative dans la population globale.

En France, le désir d'enfant n'est pas remis en cause [77] [95]. Mais, il est crucial, pour l'avenir du pays, de savoir encourager et accompagner ce désir d'enfant par une politique familiale adaptée afin d'espérer une relance de la natalité. En raison de l'inertie des évolutions des pyramides des âges, l'impact sur le vieillissement d'une évolution favorable de la fécondité ne se manifesterait que dans un demi-siècle. Cela rend l'action des pouvoirs publics d'autant plus impérieuse.

II.2.3.3. De la nécessité d'une politique familiale efficace en France.

Les politiques natalistes menées dans le passé ont laissé de mauvais souvenirs : elles rappellent les périodes historiques de dictature en Allemagne, en Italie ou encore en Espagne. Même en France, cette question de la politique familiale souffre de cette image de "droite conservatrice". De plus, les mesures en faveur de la famille ont un coût immédiat pour une rentabilité à long terme, ce qui semble, électoralement parlant, risqué pour les hommes politiques. En conséquence, les pouvoirs publics qu'ils soient de droite ou de gauche restent hésitants. Même si la France reste, au sein de l'Europe, un des seuls pays à avoir gardé une certaine politique familiale, héritée du Gaullisme de la Libération, il est vital pour son futur, aux vues des perspectives démographiques, qu'elle refonde sa politique en faveur des familles et donc des naissances [19] [95].

La politique familiale française doit donc se distinguer de la politique nataliste qui aurait pour ambition de peser sur le choix des familles. Il s'agit, en effet, de donner les moyens de satisfaire les désirs parentaux librement décidés. C'est dans cet objectif que le rapport, élaboré pour la Conférence des familles 2005, axe sa réflexion sur les problématiques suivantes :

favoriser pour les couples, mais surtout pour les femmes, l'articulation vie professionnelle / vie familiale,
améliorer l'aide au logement,
promouvoir les services d'accueil du jeune enfant,
permettre un bon déroulement de la grossesse et de la maternité
et valoriser les familles nombreuses.

Après analyse de ces problématiques, dix propositions ont été formulées dans ce rapport. Celle du congé parental plus court - 1 an au lieu de 3 ans - et mieux indemnisé - entre 700 à 1 000 euros par mois contre 250 à 500 euros - a été proposée pour esquisser une nouvelle politique familiale. Facultative, cette option serait tout d'abord proposée à partir du troisième enfant, avant d'être généralisée à toutes les familles [28].

Le pouvoir incitatif des réformes possibles de la politique familiale en termes de naissance peut être considéré comme réel comme le montre notamment le sondage de l'Institut français d'opinion publique (Ifop) paru le 25 septembre 2005. Cinquante pour cent des interviewés, âgés de moins de 40 ans, déclarent qu'une réforme du congé parental, à partir du troisième enfant, les inciterait à avoir un enfant, 19%

affirmant même cette intention avec certitude. L'extension des avantages et des réductions, proposées par la carte "famille nombreuse" constituerait une motivation à la parentalité pour 44% d'entre eux, dont 14% de *"oui, certainement"* [117].

Les politiques familiales n'ont pas pour seul objectif de permettre la conciliation entre vie familiale et vie professionnelle. **Madouas rappelle que la politique familiale a également pour objet de compenser le coût de l'enfant.** Il s'agit de faire en sorte qu'au sein de chaque catégorie de revenu modeste, moyenne ou aisée, ceux qui ont des enfants ne soient pas pénalisés par rapport à ceux qui n'en ont pas. De ce fait, les allocations familiales devraient être dues aux familles quelque soit leurs ressources puisqu'elles sont versées en contrepartie des services que les familles rendent à la nation. Ces dernières participent indirectement au financement des retraites, au rajeunissement de la population et permet d'assurer l'avenir de la nation [136].

Godet et Sullerot déplorent que les différentes aides financières ne compensent pas le coût de l'enfant. Ils proposent donc de *"familialiser"* la Contribution Sociale Généralisée* (CSG). Pour les auteurs, cet impôt, qui représente 120 % de l'impôt sur le revenu en termes de recettes, est une cotisation proportionnelle au revenu qui ne tient pas compte de la capacité contributive des ménages concernés. Il leur paraît donc illogique de continuer de l'augmenter sans se préoccuper de ses conséquences sur le niveau de vie des familles avec enfants. Dans la proposition du rapport, le taux unique et proportionnel de la CSG ne serait pas remis en cause, mais les revenus concernés tiendraient compte du nombre d'enfants avec un coefficient qui pourrait être de 0,5 par enfant, comme pour l'impôt sur le revenu. Avec cette réforme, une famille avec deux enfants paierait deux fois moins de CSG. Mais, comme le souligne Madouas, cette proposition, si légitime soit-elle, a peu de chance d'être retenue dans le contexte budgétaire tendu que l'on connaît actuellement [137].

L'Etat ne peut pas se désintéresser du sort des familles car c'est d'elles que dépendent le dynamisme économique et sa santé morale, *"une chute de naissances est, pour un pays, l'équivalent de ce qu'est pour une entreprise, une diminution d'investissement ; cela permet de bénéficier, pendant un certain temps, d'une trésorerie plus confortable ; au prix de problèmes graves ultérieurs ; la politique familiale, c'est un investissement pour le long terme"* [33]. L'Etat ne peut pas non plus se désintéresser du sort de ses "chers enfants" quand, dans le même temps, il hypothèque leur avenir en ne maîtrisant pas le déficit public qu'il leur lègue. Ne peut-on pas penser "qu'un pays qui s'endette et un pays qui n'aime pas ses enfants"? [168]

Après la fécondité, examinons les chiffres de la mortalité qui constitue le deuxième facteur intervenant dans la croissance de la population.

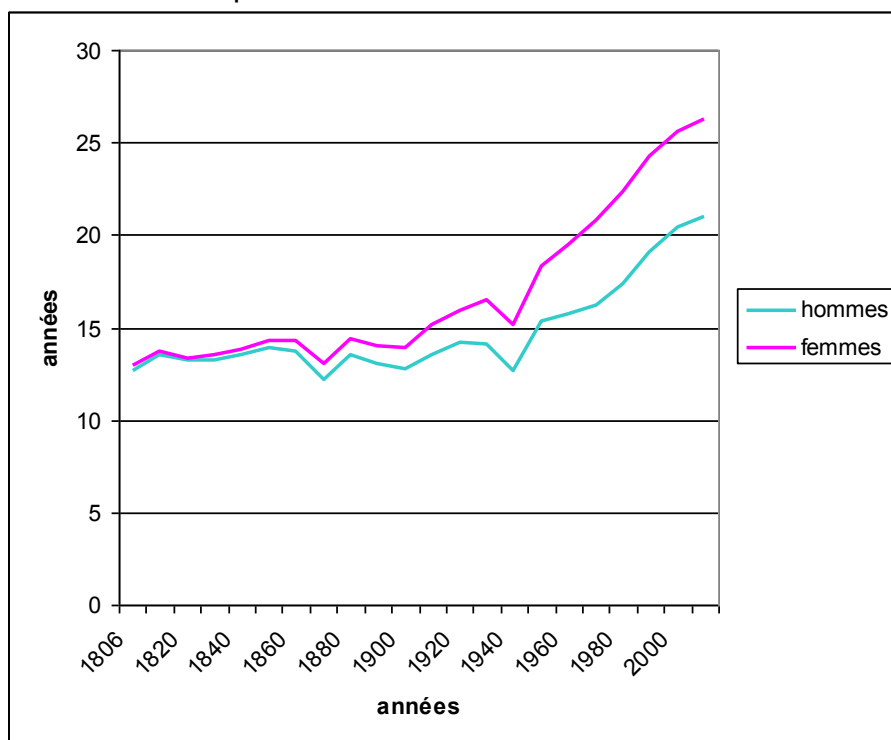
II.3. La mortalité en France.

II.3.1. Evolution des tendances de la mortalité en France.

La France, à l'instar de tous les pays industrialisés, a connu une transition démographique. A la faveur des progrès de l'hygiène et de la médecine, le taux de mortalité infantile* est passé de près de 275 ‰ en 1800 à 3,8 ‰ en 2005. Actuellement, la mortalité infantile continue de diminuer jusqu'à atteindre des taux extrêmement bas. la France reste en deçà de la moyenne européenne de 4,5 ‰ et se rapproche des pays du nord de l'Europe [193]. Elle ne représente plus, désormais, qu'une part infime de la mortalité et n'a quasiment plus d'effet sur l'évolution de l'espérance de vie*.

Aujourd'hui, la mortalité adulte est largement prépondérante. C'est en effet aux âges élevés que se concentrent de plus en plus les décès. Ce phénomène est relativement récent si l'on considère l'évolution de l'espérance de vie à 60 ans des français [179].

Figure 5
Evolution de l'espérance de vie à 60 ans de 1806 à 2004.

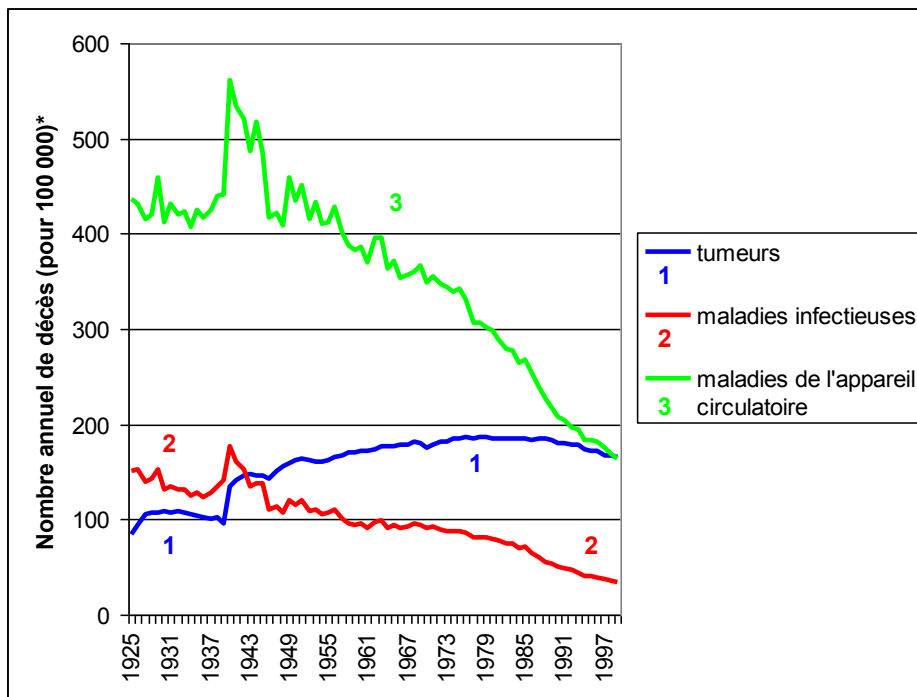


Source : INED [119].

Pour les hommes, l'espérance de vie à 60 ans reste proche de son niveau de 1900 et ne s'améliore qu'à partir de 1945, avec une nette accélération à partir des années 1970 (figure 5). En 2004, un homme de 60 ans peut espérer vivre encore 21,5 années. Chez les femmes, cette progression de l'espérance de vie à 60 ans s'amorce dès 1910-1920 et connaît même une accélération après 1945. Une femme de 60 ans en 2004 reste en vie encore 26,5 ans en moyenne, soit 5 années de plus que les hommes.

Il est à noter que les causes de cette mortalité adulte, comme les causes de la mortalité infantile, ont fortement évolué. Au milieu du XX^e siècle, les maladies infectieuses étaient encore l'explication majeure d'une partie importante des décès d'adultes et de personnes âgées. A partir de 1945, la part de ces maladies dans la mortalité totale a beaucoup diminué. Les maladies cardio-vasculaires et les cancers sont désormais les principales causes de décès à ces âges. L'accélération de l'espérance de vie à 60 ans à partir de 1970 s'explique par la lutte efficace menée contre ces maladies cardiovasculaires et cancéreuses.

Figure 6
Evolution de la mortalité par cause de décès, en France, de 1925 à 1999.



* taux comparatif de mortalité.

Source : INED [146].

Comme le montre la figure 6, le nombre de décès à cause de maladies de l'appareil circulaire présente une diminution continue à partir de 1970 grâce au succès de la prévention et des traitements. La courbe représentant le nombre de décès pour cause de tumeurs montre, à partir de 1985 environ, une stagnation voire une légère diminution. Cette régression est attribuée aux diagnostics plus précoces et à un certain recul des comportements à risque comme le tabagisme ou l'alcoolisme [179].

Ce phénomène est appelé "*transition épidémiologique*" car elle correspond au passage d'un régime où les maladies aiguës dominaient à une prédominance des états chroniques, dits souvent "*invalidants*" ou "*handicapants*"[105].

Nous détaillerons dans la suite de ce travail les états pathologiques des personnes âgées et surtout les projections réalisées à ce sujet.

II.3.2. Evolution récente de la mortalité adulte et cas exceptionnel de la canicule 2003.

L'INED remarque que les années 2003 et 2004 semblent avoir connu une mortalité exceptionnellement basse. Ainsi l'accroissement record de l'excédent naturel*, en 2004 tout particulièrement, résulte pour une large part de la forte baisse du nombre des décès qui, bien que concernant tous les âges, est plus marquée pour les 65 ans et plus [179].

En 2003, le recensement indique 560 100 décès, soit une surmortalité imputable à la canicule estimée à 15 000 décès de plus que les 41 300 en moyenne des mois d'août 2000, 2001 et 2002. La canicule d'août 2003 a touché davantage les femmes que les hommes, les personnes âgées que les autres. Dans les derniers mois de 2003, le nombre de décès n'a pas diminué par rapport aux années précédentes, ce qui laisse à penser que la majorité des personnes décédées en août aurait vécu au-delà de la fin 2003 sans cet épisode climatique. Cependant, la baisse des décès observés en 2004 conduit à nuancer cette première conclusion. Une partie de cette baisse est sans doute la conséquence des "*décès anticipés*" en 2003 du fait de la canicule. Ajoutons qu'en

2004, le recul du nombre de tués sur les routes et l'absence d'épidémie notable de grippe ont participé à cette mortalité exceptionnellement basse [178] [192]. En 2005, 537 300 personnes sont décédées, c'est 3,2 % de plus qu'en 2004 mais 1,5 % de moins que le niveau tendanciel des années antérieures. Une forte épidémie de grippe survenue en début d'année 2005 peut expliquer en partie ces chiffres. L'espérance de vie avait augmenté fortement en 2004 : un gain de 0,9 an pour les deux sexes contre un gain de 0,25 an habituellement. Cette tendance à la hausse ne s'est pas confirmée puisqu'il semble que l'espérance de vie n'a pas progressé en 2005 : elle atteint 76,7 ans pour les hommes et 83,8 ans pour les femmes [193]. Les françaises jouissent de la longévité la plus élevée de l'Europe des 25, à égalité avec les espagnoles. Les français se situent en milieu de classement mais font mieux que la moyenne européenne qui est de 74,9 ans [193].

La baisse de la mortalité adulte, au cours des cinquante dernières années, est à l'origine d'un prolongement de la vie aux âges élevés qui favorise le vieillissement de la population. Aux vues des données les plus récentes, cette tendance ne paraît pas s'infléchir. Nous nous interrogerons sur l'existence d'une éventuelle limite de cette longévité dans la partie IV de ce chapitre.

On retiendra des deux premières parties de notre exposé, les causes du vieillissement de la population française. Tout d'abord les conséquences du **phénomène démographique transitoire** qu'a été le *baby-boom*: **"les vieux" seront plus nombreux**. Alors que les 65-90 ans de 2000 sont nés entre 1910 et 1935, période ayant compté environ 14 millions de naissances, la même tranche d'âge en 2040 est composée de personnes nées entre 1950 et 1975, années comptant environ 21 millions de naissances [96]. Le vieillissement démographique s'explique aussi par un **phénomène de long terme**, l'allongement de l'espérance de vie à 65 ans : **"les vieux" vivront plus longtemps**. Selon Dinh, il est d'ailleurs possible d'anticiper la poursuite de ce mouvement dans les années à venir : en 2040, l'espérance de vie à 60 ans est prévue à 25 ans [63]. Enfin, subsiste un **phénomène plus difficile à prévoir et explicatif du vieillissement démographique** : la diminution des effectifs de la population des moins de 20 ans engendrée par la **baisse des naissances**.

Si l'on considère la croissance de l'effectif des moins de 60 ans, les variables, par rapport aux tendances de la mortalité, n'ont que peu d'incidence puisque les aléas portent surtout sur l'espérance de vie aux âges élevés et n'affectent guère leur nombre. A l'inverse, les variables de la fécondité et du solde migratoire* se révèlent être les plus influentes. Contrairement aux tendances de la fécondité, étudiées plus avant, les hypothèses sur le solde migratoire ont un impact sensible dès les premières années de projections. Il convient donc de les étudier avec attention.

II.4. Les échanges migratoires en France.

II.4.1. Historique de l'immigration en France.

En France, l'immigration a été étroitement liée aux besoins du développement industriel. Les périodes de prospérité ont nécessité de recourir à l'immigration de masse, à l'inverse, les périodes de crise (années 1880, 1930, 1980) ont provoqué la fermeture des frontières. Chacun de ces cycles migratoires a été marqué par l'élargissement des aires de recrutement. Au XIX^e siècle, ce sont surtout des immigrants venus des pays voisins. Dans les années 1920, les entreprises françaises font appel à une main-d'œuvre en provenance de toute l'Europe. Après la seconde

guerre mondiale, c'est l'empire colonial qui est sollicité pour fournir les effectifs d'ouvriers nécessaires à l'économie nationale [156].

II.4.2. L'immigration aujourd'hui en France.

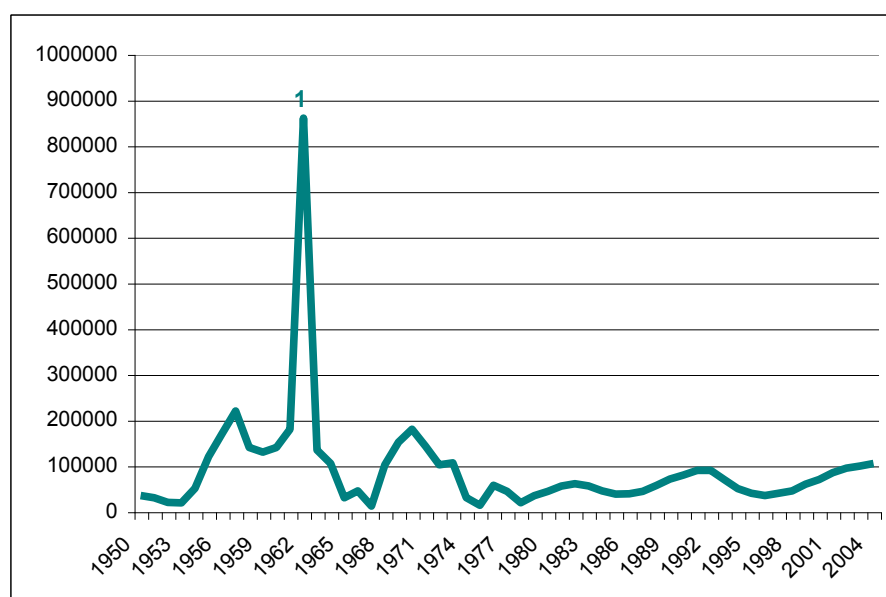
La période de forte immigration, observée de 1963 à 1974, est suivie par un recul marqué du solde migratoire annuel qui reste inférieur à 100 000 jusqu'à 2004 (figure 7). **À l'immigration de travail, jusqu'au milieu des années soixante-dix, succède une immigration où la part des demandes d'asile et du regroupement familial est croissante** [193].

En léger retrait par rapport à l'année 2004, le solde migratoire est estimé, par le récent bilan démographique de l'INSEE, à 97 500 en 2005. **La France fait partie des pays européens où le solde migratoire contribue le moins, en termes relatifs, à sa croissance démographique. C'est l'excédent des naissances sur les décès - ou solde naturel* - qui assure cette croissance.** Notons que l'excédent naturel français des naissances sur les décès représente plus des deux tiers de l'excédent total de l'Europe des quinze en 2002 [193].

Bien que ce constat démographique figure chaque année au bilan de l'INSEE ou de l'Office Statistique des Communautés Européennes (EUROSTAT) et soit relayé systématiquement par la revue *Population et sociétés*, Hérin regrette qu'une image contraire prévale aujourd'hui : *"celle d'une France en déclin démographique, prise d'assaut par une vague montante d'immigration"*. Pour l'auteur, cela tient essentiellement au fait que l'on confonde la situation actuelle et les conséquences de la situation passée. Les problèmes d'intégration que rencontre notre pays actuellement concernent, en premier lieu, les enfants issus des grandes vagues migratoires ouvrières des années 1950-1974. Il ne faut donc pas confondre ce phénomène avec celui du *"flux actuel des immigrants, qui reste, malgré toutes les majorations que l'on voudra, très en deçà des niveaux atteints il y a trente ans en France et sans commune mesure avec les niveaux atteints aujourd'hui en Allemagne et en Europe de sud"*. Il ne s'agit pas là, comme le justifie Hérin, de nier les pressions migratoires qui existent bel et bien à nos frontières, mais uniquement de rappeler les ordres de grandeur du phénomène [109].

Figure 7

Accroissement annuel migratoire de la France métropolitaine de 1950 à 2004.



1 Accords d'Evian de 1962, arrivée des pieds noirs en métropole.
Source : INED [119].

II.4.3. L'immigration économique pour faire face aux conséquences du vieillissement démographique ?

Selon la Commission des Communautés Européennes, si les taux d'immigrations actuels restent inchangés, l'Europe des 25 devrait connaître une baisse du nombre d'actifs de l'ordre de 20 millions entre 2010 et 2030. La croissance économique, le fonctionnement du marché intérieur et la compétitivité des entreprises européennes s'en trouveraient bouleversés. Ce rapport pose donc la question de l'impact positif d'une immigration plus soutenue sur le vieillissement démographique des 25. *"Bien que l'immigration, en soi, ne constitue pas une solution au problème du vieillissement de la population, des flux d'immigration majorés pourraient être de plus en plus nécessaires pour couvrir les besoins du marché européen du travail et pour assurer la prospérité de l'Europe"* [46].

Gevrey estime de même que, pour la France, le recours à une immigration maîtrisée, organisée, peut contribuer à la croissance économique, à l'emploi, voire au financement des systèmes de retraites et de protection sociale, non en concurrence ou en substitution des politiques familiales ou d'incitation à l'emploi des plus âgés, mais en complémentarité. C'est pourquoi, selon l'auteur, une relance ciblée de la politique d'immigration pourrait dès lors s'imposer [91].

A la suite du soulèvement des banlieues à la fin de l'année 2005, manifestement déclenchée par des problèmes d'intégration de populations d'origine étrangère, la réflexion d'une nouvelle politique d'immigration est menée actuellement par le gouvernement de Dominique de Villepin, Premier Ministre. Dans son discours de politique générale, il a rappelé qu' *"il s'agissait de passer d'une immigration subie à une immigration choisie"*, comme c'est déjà le cas au Canada, au Québec ou en Australie. Nicolas Sarkozy, ministre de l'intérieur, devrait présenter, en 2006, un projet de loi sur l'immigration française dont la mesure la plus emblématique sera *"la fixation d'objectifs chiffrés"* en fonction de la *"capacité d'accueil de la France"* et de ses besoins économiques [1]. Cette immigration *"choisie"* peut-elle être une solution d'appoint face à la diminution de la population active qui s'amorce en 2006 ?

En mars 2000, l'Organisation des Nations Unies (ONU) a publié un rapport sur les migrations de remplacement [166]. Constatant que l'évolution démographique probable des pays développés conduira à un excédent des décès sur les naissances donc à un vieillissement de la population, les experts de l'ONU se sont demandés s'il était possible de compter sur l'immigration pour combler ces déficits et rééquilibrer la pyramide des âges. La division de la population de l'ONU avait retenu, pour leurs projections, trois objectifs : empêcher une diminution de la population totale, maintenir l'effectif de la population d'âge actif et maintenir le rapport entre population et personnes âgées de 65 ans et plus. Au terme du rapport il apparaît clairement que les apports migratoires resteront limités et ne permettront pas de faire face au vieillissement de la population européenne, sauf à recourir à des flux sans commune mesure avec ce que l'on connaît aujourd'hui. En effet, selon ce rapport, pour que la France réponde aux trois objectifs fixés, il faudrait 2 millions d'immigrés par an vers 2020 et 3 millions en 2050. Soit, au total, près de 100 millions d'immigrés d'ici 2050. **Léridon déplore l'absurdité de ces résultats issus de calculs mécaniques, peu justifiés et qui n'ont eu pour effet que de brouiller le débat sur l'immigration, sujet pourtant particulièrement sensible.** Le démographe de l'INED rappelle que le vieillissement de la population est un processus inéluctable. Pour lui, *"ouvrir le débat sur les moyens de faire face aux conséquences d'un vieillissement inévitable est nécessaire, mais c'est une question largement distincte de celle des migrations."* **Les flux migratoires ne pourraient être qu'une solution à court terme face au vieillissement démographique car il est inéluctable** [134].

A l'aide d'études démographiques prospectives, nous confirmerons le caractère inéluctable du vieillissement et appréhenderons son ampleur.

III. LE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION FRANÇAISE EST INELUCTABLE : PROJECTIONS DEMOGRAPHIQUES A L'HORIZON 2050.

Entre 1946 et 2005, le nombre des personnes âgées de plus de 60 ans est passé de 7,8 à 12,6 millions. Leur proportion au sein de la population française a ainsi augmenté de plus de 4,5%. Elles représentent aujourd'hui 20,8% de la population totale [178]. Ce vieillissement de la population est le résultat de la baisse de la fécondité, de l'arrivée en masse des *papys-boomers* et de l'accroissement de l'espérance de vie. Ce phénomène démographique se poursuivra-t-il au cours du XXI^e siècle ? Quelle sera son ampleur ?

III.1. Les projections de population.

La référence en matière de projections démographiques à l'horizon 2050, pour la France, est constituée par les travaux présentés par l'INSEE en 2002 [30]. Brutel rapporte que leurs résultats sont confirmés par les projections de l'office statistique européen, EUROSTAT [30].

III.1.1. Principes généraux des projections démographiques.

Les projections de l'INSEE sont réalisées selon trois scénarios qui reposent chacun sur différentes hypothèses d'évolution des taux de fécondité, de mortalité et du solde migratoire.

En matière de fécondité, l'hypothèse centrale suppose un indicateur conjoncturel de fécondité de 1,8 enfant par femme. Elle pérennise donc, dans les générations futures, le retard de la fécondité aux jeunes âges observé dans les générations actuelles (§II.2.2.2.). Cette hypothèse centrale est encadrée par deux hypothèses "haute" et "basse" qui retiennent respectivement un niveau de fécondité de 2,1 enfants et 1,5 enfant par femme.

L'hypothèse centrale de mortalité prolonge le rythme de la baisse de la mortalité observé au cours des 30 dernières années. Elle conduit à une espérance de vie à la naissance, en 2050, de 84,3 ans pour les hommes et de 91 ans pour les femmes. L'hypothèse basse consiste à accélérer la baisse de la mortalité des personnes âgées de 75 ans et plus. L'hypothèse de mortalité haute freine la baisse de la mortalité maintenue dans l'hypothèse centrale.

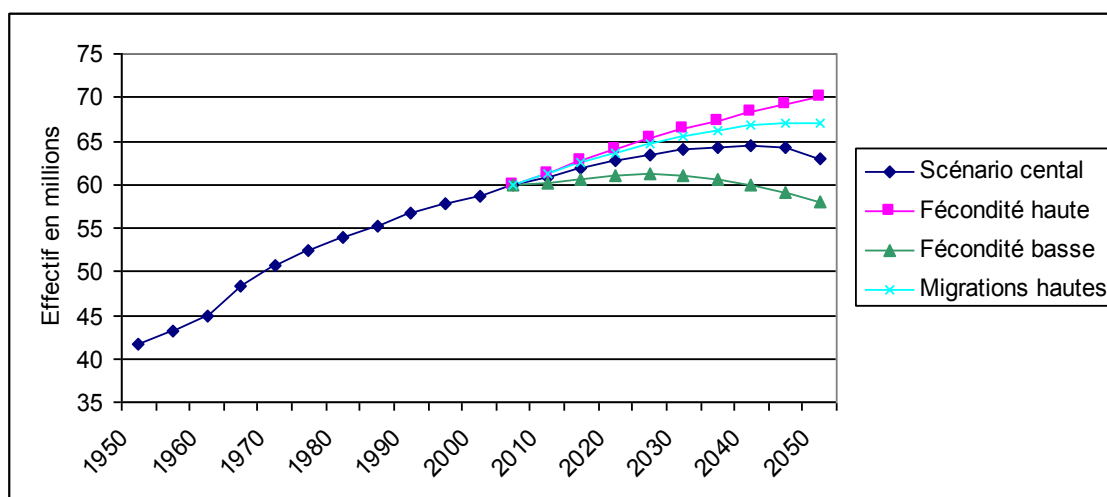
Enfin, l'hypothèse centrale de migration conserve un solde migratoire net positif de 50 000 personnes par an sur toute la période des projections. L'hypothèse haute suppose une augmentation de ce solde à 100 000 à partir de 2005.

III.1.2. La croissance de la population se poursuit jusqu'en 2025.

Depuis 50 ans, la population française n'a cessé de croître (figure 8). Au premier janvier 2006, elle est estimée à 62,9 millions d'habitants [193].

Figure 8

Evolution de la population métropolitaine, entre 1950 et 2050, selon différents scénarios de l'INSEE.



1. En 2036, selon le scénario central, le solde naturel devient négatif.
2. En 2040, selon le scénario central, la population métropolitaine commence à décroître.
3. En 2050, selon l'hypothèse de fécondité basse, l'effectif de la population métropolitaine sera inférieur à celui de 2000.

Source : INSEE [30].

Quelque soit le scénario, la population française poursuivra sa croissance jusqu'en 2025. Cette augmentation assurée est le résultat du potentiel d'accroissement de la population que représentent les *baby-boomers* nés entre 1945 et 1965. A cet horizon de 2025, la population atteindra 63,4 millions d'habitants selon le scénario central, soit une augmentation de 4,7 millions depuis 2000. Selon les hypothèses de fécondité basse ou haute, les projections varient de 61,2 à 65,3 millions d'habitants. Les différentes hypothèses de mortalité ont peu de répercussions sur l'effectif de la population française, contrairement au scénario de migration haute qui l'augmente de 1,3 million de personnes par rapport au scénario central.

Bien que l'augmentation de l'effectif de la population métropolitaine soit assurée au cours de ces vingt prochaines années, il faut noter que, comme le montre l'inflexion des différentes courbes de la figure 8, le rythme annuel moyen de croissance de la population sera inférieur à celui observé au cours des cinquante dernières années.

III.1.3. La croissance se poursuivra-t-elle jusqu'en 2050 ?

D'après les projections de l'INSEE, seuls les scénarios de fécondité et de migration hautes assurent une croissance de la population jusqu'en 2050. A cette date, selon le scénario central, la population métropolitaine comptera 64 millions d'habitants et aura commencé à décroître depuis 2040. Les hypothèses de fécondité basse et haute font varier la population de 58 à 70 millions d'habitants. A l'exception du scénario de fécondité basse, la population de la France en 2050 sera plus importante qu'en 2000. Le ralentissement, puis l'arrêt de la croissance démographique seront la conséquence directe de l'augmentation importante du nombre de décès qui se produira lors de l'arrivée aux âges de haute mortalité des générations nombreuses du *baby-boom*. Dans le scénario central, le solde naturel deviendra négatif dès 2036 (figure 8).

III.1.4. Le vieillissement de la population est inéluctable.

En 2005, le nombre des personnes âgées de plus de 60 ans est de 12,1 millions. En cinquante ans, cet effectif a augmenté de 5,4 millions [122]. Qu'en sera-t-il au cours des 50 prochaines années ?

L'incertitude quant au nombre des personnes âgées de plus de 60 ans en 2050 est faible, en effet, tous les enfants qui atteindront l'âge de 60 ans, à cette date, sont nés en 1990. L'effectif de cette classe ne dépend donc pas de la fécondité future. Ainsi, plus que le recul de la mortalité, c'est la simple avancée en âge des générations nombreuses du *baby-boom* qui rend le vieillissement certain.

En 2050, le nombre des plus de 60 ans se situera, selon les différentes hypothèses retenues pour la mortalité, entre 21 et 24 millions. Ce qui représente une augmentation de 9 ou 12 millions de l'effectif en 50 ans.

Cette forte croissance du nombre de personnes âgées ne sera pas régulière au fil du temps. Dans une première phase qui s'étend jusqu'à 2005, elle a été modérée, car chaque année une génération peu nombreuse née pendant la guerre entrait dans cette classe d'âges. Ensuite, au cours d'une période de 20 ans qui a débuté en 2006, l'envolée sera rapide, car les générations nombreuses nées durant le *baby-boom* atteindront l'âge de 60 ans. Enfin, entre 2035 et 2050, cette croissance se ralentira car ces mêmes générations du *baby-boom* arriveront aux âges de forte mortalité et seront remplacées par les générations moins nombreuses nées après 1974.

Il faut noter que la croissance du nombre des personnes âgées est encore plus spectaculaire quand on se rapproche du haut de la pyramide des âges. D'après le scénario central, l'effectif des personnes de plus de 75 ans passera de 4,2 à 11,6 millions entre 2000 et 2050 et celui des personnes de plus de 85 ans de 1,3 à 4,8 millions.

Entre 2000 et 2050, le nombre des personnes âgées de plus de 60 ans doublera, celui des plus de 75 ans triplera et celui des plus de 85 ans quadruplera (figure 9).

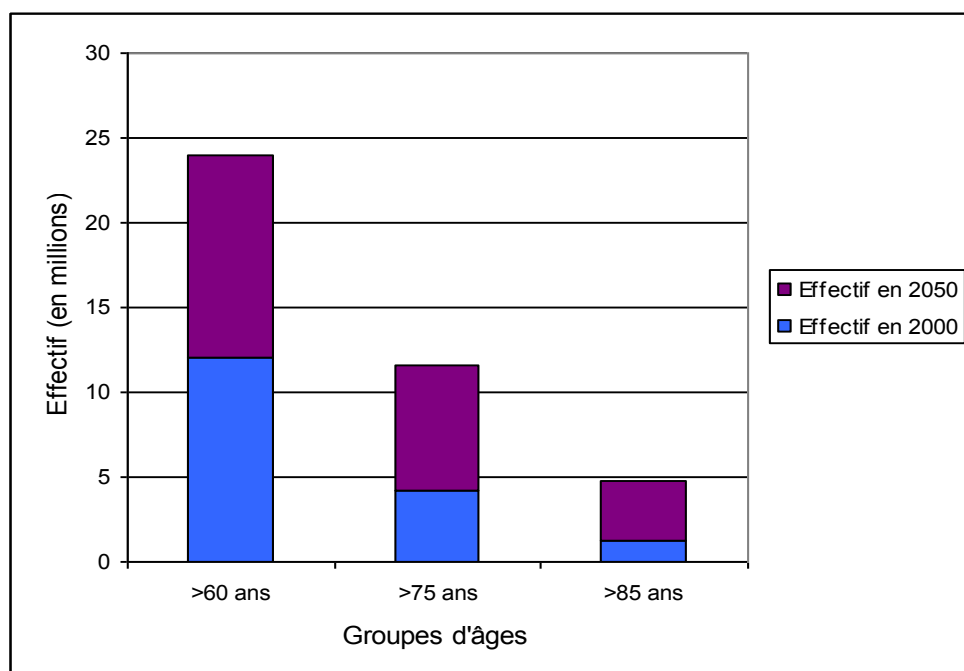
III.1.5. Plus d'une personne sur trois aura plus de 60 ans en 2050.

Si l'effectif des plus de 60 ans, en 2050, ne dépend pas de la natalité future, il n'en est pas de même pour le poids que cette classe pèsera sur l'ensemble de la population.

Malgré cela, même dans l'hypothèse d'une fécondité haute, la proportion des sexagénaires va augmenter de façon importante. S'ils représentaient 20,6% de la population en 2000, leur part passera à 35% selon le scénario central et respectivement à 37,6% et 33,2% suivant les hypothèses de basse et de haute fécondité. **Si un français sur six avait 60 ans en 1950, un siècle après, ce sera un sur trois. Simultanément, la proportion des moins de 20 ans diminuera et à partir de 2015-2020, ils seront moins nombreux que les plus de 60 ans.**

Figure 9

Evolution de la population âgée entre 2000 et 2050 selon le scénario central de l'INSEE.



Source : INSEE [30].

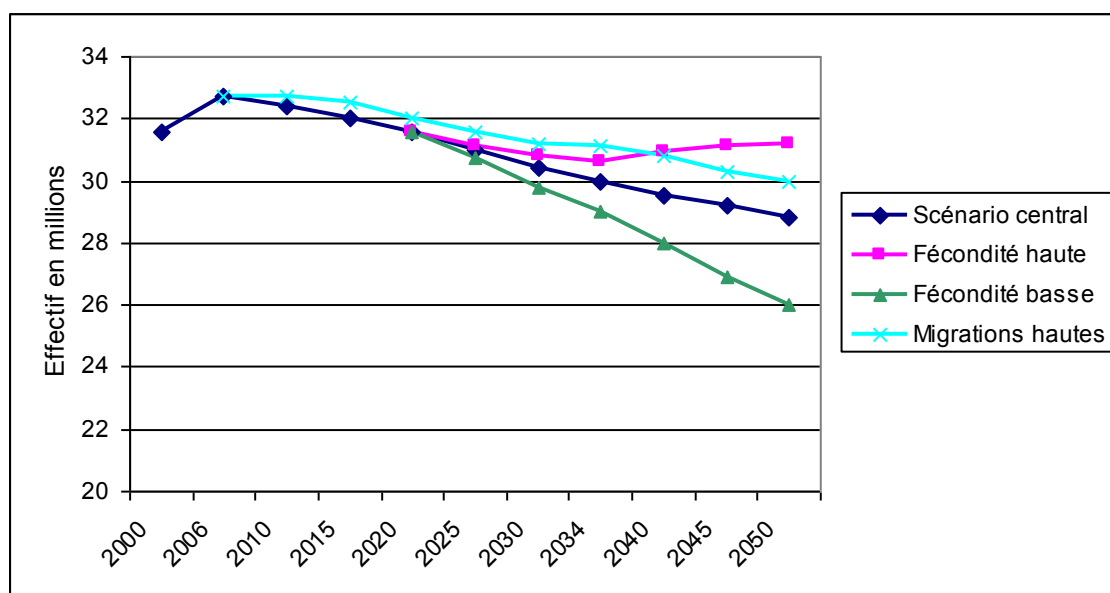
III.1.6. La population en âge de travailler diminuera dès 2006.

La population en âge de travailler, c.-à-d. les 20-59 ans, vieillit. Son âge moyen était en 1999 de 38,2 ans. Il passera à 41,6 ans en 2010 et se stabilisera ensuite à ce niveau dans la projection centrale. Dans le scénario de fécondité haute, cet âge se stabilisera à 40,5 ans et à 43,6 ans dans le cas d'une fécondité basse.

Concernant l'effectif de cette classe, il y a peu d'incertitude jusqu'en 2020 puisque toutes les générations qui la composent sont déjà nées. De 2000 à 2006 cet effectif a augmenté régulièrement de 31,6 à 32,7 millions. Les entrants dans cette classe, nés entre 1979 et 1985, sont alors plus nombreux que ceux, nés entre 1940 et 1946, qui en sortent. Mais à partir de 2007, le nombre d'entrants deviendra plus faible que le nombre des sortants, les premières générations du *baby-boom* atteindront en effet l'âge de 60 ans. **Le nombre des personnes en âge de travailler commencera donc à décroître et devrait retrouver en 2020 un niveau proche de celui de 2000. Seule l'hypothèse des immigrations hautes permet d'atténuer cette diminution** (figure10).

Figure 10

Evolution de la population active, entre 2000 et 2050, selon différents scénarios de l'INSEE.



Source : INSEE [30].

Notons que les différents comportements de départ en retraite font apparaître une définition plus large de la population en âge de travailler. Il s'agit des 20-64 ans. La croissance de cette classe est assurée jusqu'en 2011. Mais elle diminuera, entre 2012 et 2020, quel que soit le scénario, avec l'arrivée à 65 ans des premiers *baby-boomers*. Leur effectif devrait cependant rester supérieur de 1 million à celui de 2000.

III.1.7. Davantage d'incertitudes au-delà de 2020.

A partir de 2020, les différentes hypothèses de fécondité et de migration influent sur l'effectif des personnes d'âge actif. En effet, les projections à long terme de cette population dépendent en grande partie de l'évolution à venir de la fécondité et donc de l'effectif des moins de 20 ans des prochaines décennies. Or, c'est sur l'évolution de cette classe d'âges que pèse le plus d'incertitudes. Dans la plus forte des trois hypothèses de fécondité, celle du remplacement des générations, le nombre des moins de 20 ans, recommence à croître dès 2034. Dans l'hypothèse centrale d'une fécondité stabilisée à 1,8 enfant par femme, ce nombre continue à diminuer régulièrement. Avec l'hypothèse basse, la baisse est plus rapide. L'écart entre les hypothèses de fécondité à 1,5 et 1,8 enfants atteint 10% des effectifs de départ en 2015, 20% en 2025 et 25% en 2050. L'incertitude que fait peser l'évolution de la fécondité sur l'avenir de la population, et notamment de celle en âge de travailler, à partir de 2020, ne peut être mieux décrite que par ces simples chiffres.

III.1.8. Le poids des plus âgés sur les personnes d'âge actif s'alourdit.

Pour éclairer la situation démographique et socio-économique à venir de la France, notamment en ce qui concerne le financement des retraites et de l'assurance maladie, il est nécessaire d'étudier le rapport entre la population des plus âgés et la population des actifs.

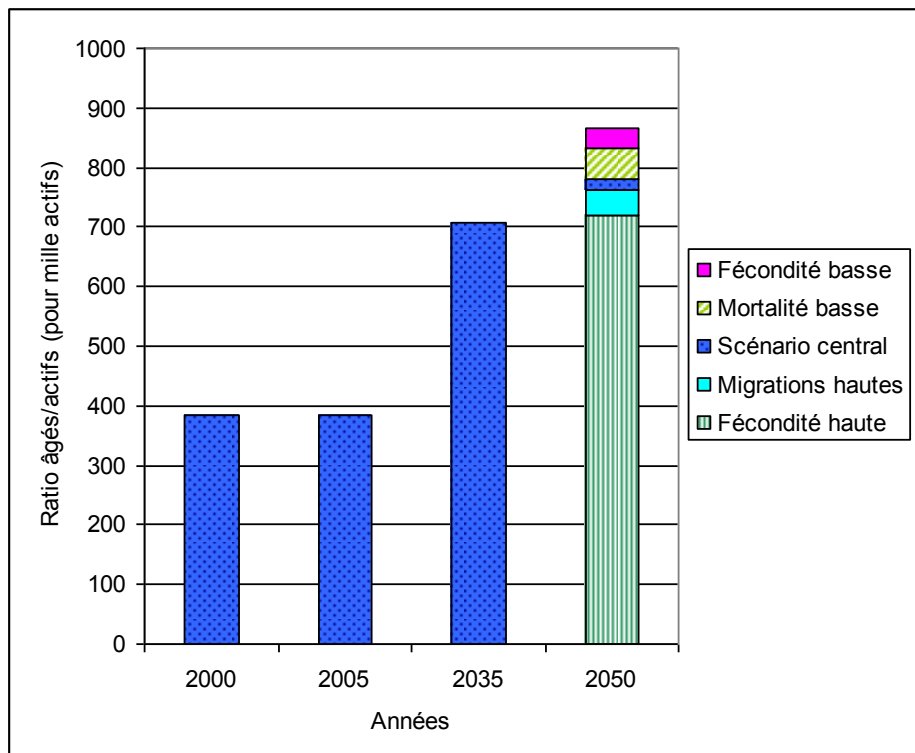
En 2000, ce ratio était de 383 personnes âgées de plus de 60 ans pour 1000 actifs âgés de 20 à 59 ans (383‰). Comme le montre la figure 11, selon le scénario central, ce ratio augmentera fortement dès 2006 pour atteindre, en 2035, 708‰. Il continuera alors à croître mais de façon plus lente puisque même si l'effectif des actifs poursuit sa

diminution, l'effectif des plus de 60 ans commencera la sienne avec l'arrivée aux âges de forte mortalité des premières générations du *baby-boom*. En 2050, ce ratio atteindra 782‰. En cas de fécondité haute, ce ratio sera de 720‰ et il atteindra 866‰ si la fécondité chute à 1,5 enfant par femme. Les différentes alternatives concernant la mortalité font varier ce ratio de 738 à 833‰. Le scénario de migrations hautes diminue ce ratio de 20 points par rapport au scénario central.

Notons qu'avec une population active, élargie aux personnes âgées de 20 à 64 ans, ce ratio connaît la même évolution mais la période de forte croissance débute 5 ans plus tard, en 2011.

Figure 11

Evolution du rapport entre les personnes âgées de plus de 60 ans et les actifs âgés de 20 à 59 ans, selon différents scénarios de l'INSEE.



Source : INSEE [30].

Quelles que soient les hypothèses retenues en matière de fécondité ou de mortalité, la hausse du ratio entre les personnes les plus âgées et celles en âge de travailler est donc certaine. D'une part, car le *baby-boom* qui a gonflé la population des actifs pendant plusieurs années assurera dans les cinquante années à venir la croissance de l'effectif des retraités. D'autre part, parce que le niveau de fécondité, observé dans le passé et retenu dans le scénario central, est à l'origine de la baisse du nombre des actifs qui va se poursuivre. Même en cas d'un rebond de la fécondité, l'ampleur du phénomène restera considérable.

III.2. La fiabilité des projections démographiques.

La fiabilité des projections démographiques constitue un enjeu majeur. Elles composent en effet une base pour les réflexions menées sur les conséquences du

vieillesse sur le financement des retraites ou de l'assurance maladie. Pour juger de leur fiabilité, nous pouvons faire les deux observations suivantes.

Nous l'avons vu précédemment, l'avenir des retraites à partir de 2025 dépend du comportement fécond des femmes dans les années à venir. La relance de la fécondité pourrait permettre de rééquilibrer le système des retraites à cet horizon. Mais une précision s'impose. Pour que le rapport entre le nombre des actifs et le nombre des retraités retrouve son niveau actuel, il faudrait une fécondité permanente de 3 enfants par femme. C'est à dire une fécondité supérieure à celle observée pendant le *baby-boom*. Un tel niveau de fécondité porterait à 100 millions la population française en 2050 [180].

Une modification des flux migratoires paraît alors plus aisée à mettre en œuvre qu'une très forte hausse de fécondité. Mais, comme il a été démontré dans le paragraphe II.4.3, les flux nécessaires sont inenvisageables [180].

Ces deux solutions, modifiant la fécondité et les migrations, sont irréalistes. **Le vieillissement futur de la population résulte avant tout de l'allongement de la durée de vie et de l'avancée en âge des *baby-boomers*.** Il n'est pas nécessaire dans la réflexion sur le vieillissement de remettre en question les projections démographiques et le caractère inéluctable de l'augmentation de la proportion de la population âgée.

"Les problèmes de financement des régimes de retraite ou d'assurance-maladie sont le prix normal à payer pour une durée de vie plus longue." [180]

Concernant la retraite, l'âge joue un rôle conventionnel rigide. Les conséquences financières du vieillissement, l'âge de la retraite et les prestations de retraites restant inchangés, peuvent être évaluées clairement. D'une part, **l'allongement de la durée de vie va entraîner une augmentation de la période durant laquelle les personnes âgées percevront leur pension et une augmentation du rapport entre les inactifs âgés et les classes d'âges d'actifs.** D'autre part, **l'arrivée en masse des générations du *baby-boom* à l'âge de 60 ans va provoquer jusqu'en 2035 une croissance fulgurante du rapport entre les plus de 60 ans et les personnes en âge de travailler.** Il passera de 383% à 708% entre 2000 et 2035. Face au problème du financement des retraites, les solutions proposées et les mesures à prendre ne font pas l'unanimité. Elles constituent pourtant un enjeu majeur puisque du niveau des pensions dépend le devenir de ces retraités c.-à-d. leurs moyens de subsistance.

Pour les dépenses de santé, le problème n'est pas simple. **Devant le vieillissement de la population, devons-nous être si alarmistes ? Ce vieillissement va-t-il obligatoirement entraîner des dépenses de santé abyssales ?** Pour tenter de répondre à cette dernière question, nous devons nous interroger sur cette révolution, récente et sans précédent historique, que constitue l'allongement de la durée de vie. Quelles sont les causes et les limites de ce phénomène quand on voit que l'espérance de vie des françaises a atteint aujourd'hui 83,8 ans ? **Mais surtout, il est indispensable de s'interroger sur la qualité de ces années de vie gagnées. Seront-elles vécues en bonne ou en mauvaise santé ?**

IV. LA REVOLUTION DE L'ESPERANCE DE VIE.

La croissance considérable du nombre des personnes très âgées est aussi le résultat du formidable allongement de l'espérance de vie à la naissance et essentiellement de l'espérance de vie à 60 ans (figure 5). En 2004, les hommes et les femmes de 60 ans peuvent espérer vivre, respectivement, 21,5 ans et 26,5 ans contre 19 ans et 24,2 ans en 1990 [122].

Quelles sont les raisons du formidable allongement de la durée de vie ? Quand on voit que le record de survie, détenu par Jeanne Calmant, est de 122 ans [196], ne peut-on pas penser que les limites de la longévité humaine vont être dépassées ? Pourquoi certains d'entre nous vivent-ils plus vieux ? Quels sont les déterminants de la longévité humaine ?

IV.1. Les causes de l'allongement de l'espérance de vie.

Depuis la deuxième moitié du XX^e siècle, l'allongement de la durée de vie est le résultat du recul marqué de la mortalité aux âges élevés. Entre 1960 et 1996, le risque de décéder, entre 60 et 75 ans, a diminué de 33% pour les hommes et de plus de 50% pour les femmes. Celui de décéder entre 75 et 90 ans a diminué respectivement de 14% et de 30% [105].

Robine et Paccaud, cité par Bourbeau, confirment par ailleurs que l'émergence des personnes très âgées au sein d'une population est surtout liée à la baisse de la mortalité entre 80 et 100 ans et n'est pas le simple résultat de l'augmentation de l'effectif initial des cohortes engendré, notamment, par le *baby-boom* [21].

Les années de vie gagnées depuis les années 70, sont le résultat des progrès médicaux et de la lutte menée contre les maladies cardio-vasculaires, première cause de décès chez les personnes les plus âgées [179]. Finch et Crimmins ont pensé que ces gains de longévité pouvaient être liés à une diminution de l'exposition infantile aux maladies infectieuses. Elles provoqueraient une inflammation chronique qui, des décennies plus tard, peut conduire à des maladies cardiaques, des cancers, des diabètes, des démences, causes de la plupart des décès au grand âge. Pour parvenir à cette hypothèse, Finch et Crimmins ont étudié les registres de santé des personnes nées en Suède entre 1751 et 1940. En les regroupant par cohorte, ils ont constaté que les conditions sanitaires s'améliorant, les enfants étaient moins souvent malades dans les premières années de leur vie et que, parallèlement, leur durée de vie se prolongeait [80]. Soucard rapporte que selon Finch l'action de certains anti-inflammatoires dans la prévention des maladies liées à l'âge confirme la cohérence de son hypothèse [217].

IV.2. Les limites de l'espérance de vie. Nos enfants et petits enfants auront-ils 100 ans ?

Il est important de préciser que l'espérance de vie est une donnée statistique, une moyenne, qui prend tout son sens dans l'observation de l'ensemble d'une population. Elle ne doit pas s'appliquer à des individus et son augmentation régulière au cours des siècles ne doit donc pas être prise pour un accroissement de la longévité humaine maximale.

Cependant, les gains d'espérance de vie, observées ces dernières décennies, imposent une réflexion sur les limites de cette croissance qui, si elle se poursuivait, pourrait remettre en cause les limites de la longévité. Sur ce point, les avis divergent.

Selon un article paru dans *Science* en 2002, signé par Oeppen et Vaupel, l'accroissement de l'espérance de vie est un phénomène régulier depuis 160 ans [159].

Dès 1840, la vie humaine a commencé à s'allonger, tant pour les femmes que pour les hommes, et cette augmentation a été d'une régularité surprenante, au rythme de trois mois par année en moyenne. Si cette tendance historique se poursuivait, l'espérance de vie pourrait même atteindre près de 100 ans dans les pays industrialisés en 2060. Bourbeau rapporte que l'ONU, dans son dernier exercice de projections à très long terme (2000-2300), estime qu'une espérance de vie à la naissance de 100 ans ne serait atteinte qu'en 2250 [21]. Oeppen et Vaupel réfutent toute théorie d'une limite biologique pour la vie humaine. Ils citent, notamment, celle de Olshansky et coll. [162] qui annonçaient qu'il était fort peu probable que l'espérance de vie dépasse 85 ans. Mais c'est aujourd'hui chose faite pour les japonaises.

Même si la projection des deux auteurs est contestée, elle ne se fonde pas moins sur des données démographiques solides. En plaçant sur une courbe les moyennes des pays les plus performants pour ce qui est de la longévité, ils excluent sciemment les collectivités ravagées par les guerres et les catastrophes naturelles. Ainsi, rien ne laisse penser, et surtout pas les progrès médicaux et les équipes de recherche sur le vieillissement, que la tendance pourrait ralentir ou s'inverser. Sauf, peut-être, la vague d'obésité qui frappe les pays comme les Etats-Unis et le Canada. Ces générations d'enfants obèses seront-elles les premières à vivre moins longtemps que leurs parents ?

Face à cette nouvelle maladie émergente qu'est l'obésité, associée à la réapparition d'anciennes maladies infectieuses, certains biologistes sociaux pensent en effet que la tendance à la baisse de la mortalité est en train de s'essouffler et que le XXI^e siècle pourrait connaître un phénomène rarement vu : les enfants pourraient vivre moins longtemps que leurs parents [163]. C'est pourquoi, Olshansky, un des tenants de cette hypothèse, avait proposé, avec ses collaborateurs, en 2001 la limite de 85 ans pour l'espérance de vie à la naissance [162].

Les progrès considérables en matière de survie, enregistrés au cours du dernier siècle, suscitent donc de nombreux débats quant aux évolutions à venir. Bien que les données actuelles ne nous permettent pas de savoir si les limites de la longévité seront dépassées, nous ne pouvons pas nier la croissance spectaculaire qu'a connue le groupe des centenaires. A peine une centaine au début du XX^e siècle, les centenaires étaient 9 000 en 2001. Si cette tendance se poursuit, ils pourraient être quinze fois plus nombreux en 2100 [65]. Cependant, il faut préciser que ces prévisions sont doublement imprécises. D'une part, il est difficile d'observer la mortalité aux âges très élevés car les effectifs sont trop peu nombreux pour permettre un suivi annuel de la mortalité, sans se heurter à des fluctuations aléatoires importantes. D'autre part, les théories de la longévité ne permettent pas de savoir si elle est limitée aux 122 ans de Jeanne Calmant ou si elle est susceptible d'évoluer et donc d'élargir d'autant les perspectives de développement du nombre des super centenaires [65].

IV.3. Les déterminants de la longévité.

Dans l'espèce humaine, on observe qu'aux âges supérieurs à 90 ans, le risque de décéder diminue [105]. Ces survivants ont-ils dans leur patrimoine génétique des gènes de longévité ? Ont-ils eu des conditions de vie plus favorables ? En effet, existe-t-il des caractéristiques héréditaires à la longévité et peut-on départager l'effet de l'hérédité de celui d'autres facteurs, tel l'environnement ? Le manque de données longitudinales explique le plus souvent la difficulté à étudier ce sujet [21]. Nous tenterons, cependant, d'apporter quelques précisions.

IV.3.1. Les déterminants génétiques.

La longévité humaine est, pour partie, héritée. A partir de données, portant sur l'âge du décès des ascendants de nonagénaires, on a pu observer que, pour certaines familles, la durée de vie était identique. Cette ressemblance témoigne de l'héritage de caractéristiques communes dont une part est génétique, c.-à-d. due à la transmission héréditaire, et dont une autre part est d'origine environnementale, c.-à-d. influencées par l'environnement familial spécifique. Des études ont également montré que des jumeaux monozygotes ont une durée de vie plus fréquemment semblable que des jumeaux dizygotes [105]. La contribution génétique a été estimée à environ 10% dans la durée de vie individuelle [104].

IV.3.2. Les déterminants environnementaux.

Il est difficile de montrer le rôle des différents facteurs environnementaux dans la baisse de la mortalité au grand âge car des interactions complexes existent entre les déterminants économiques, sanitaires, sociaux [110]. Différentes études montrent, cependant, qu'une situation maritale, un bon niveau d'éducation, des revenus élevés ainsi que le maintien d'un lien social, sont des conditions de vie favorables à une grande longévité [224][153][129].

IV.3.3. La population d'Okinawa.

Au Japon, l'espérance de vie, à la naissance et en bonne santé, est la plus élevée au monde [159]. C'est sur l'île japonaise d'Okinawa que l'on vit le plus vieux et que l'on trouve le plus de centenaires. Suzuki et coll. y ont mené une étude épidémiologique pendant près de trente ans pour percer le secret de leur longévité. Ils ont identifié plusieurs dispositions favorables [222]. Ces centenaires bénéficient d'un patrimoine génétique propre à vivre très vieux. Ils possèdent, notamment, un antigène qui les préserve plus efficacement des maladies auto-immunes [223]. Mais cet avantage génétique ne suffit pas car ces personnes présentent aussi une hygiène de vie - associant exercice physique et alimentation hypocalorique - et une tranquillité d'esprit qui assurent leur longévité [241].

IV.3.4. Le genre féminin.

Quand on parle de longévité, un élément surprend toujours : la surreprésentation des femmes. **Soixante cinq pour cent des personnes âgées de plus de 75 ans et 72% de celles de plus de 85 ans sont des femmes** [30]. Leur forte proportion au sein de la population âgée s'explique par une espérance de vie plus élevée que celle des hommes [144]. Cet écart est aujourd'hui de 7,1 ans [122].

Les raisons de cet avantage féminin ont été largement débattues : avantages biologiques, comportement plus favorable à la santé, rapport plus facile à la médecine [233].

Pour Lewis, une partie de cette différence entre les sexes est, en effet, attribuable à des facteurs comportementaux et à des facteurs de risque professionnel bien que *"la plus forte longévité de l'organisme féminin reste pour l'essentiel une question sans réponse"* [135]. Pour des raisons physiologiques, historiques et culturelles, les comportements des hommes et des femmes diffèrent et ces dernières ont davantage profité des progrès médicaux du XX^e siècle que les hommes.

Depuis deux décennies, cet avantage a commencé à se réduire [145]. Ce retournement tient en partie aux faits suivants. D'une part, les femmes ont adopté peu à peu des habitudes nocives (tabac, alcool). Et d'autre part, les hommes qui ont amélioré, quant à eux, leur comportement, ont pu profiter des progrès médicaux et ont

vu leurs conditions de travail s'améliorer [144]. Mais en France, la baisse de la mortalité au-delà de 80 ans qui s'observe actuellement reste plus rapide chez les femmes que chez les hommes. Si cette tendance se confirme, les femmes pourraient bien récupérer à ces âges, les avantages qu'elles ont perdus aux plus jeunes [144].

Même si les études actuelles ne nous permettent pas de savoir s'il existe une limite à la longévité humaine, rien ne laisse penser que la tendance à l'allongement de la durée de vie aux âges élevés va cesser dans les années à venir.

Les données démographiques et celles concernant l'espérance de vie que nous venons de voir nous indiquent que nous serons de plus en plus nombreux à vivre de plus en plus longtemps. Faut-il pour autant s'attendre à voir le nombre des personnes très âgées et en mauvaise santé augmenter dans des proportions inquiétantes, au point de faire peser sur nos sociétés des charges insoutenables ?

La véritable question qui reste posée est donc celle de la qualité de vie pendant les années supplémentaires que nous offre l'augmentation de la longévité. Pour obtenir des éléments de réponse, la simple mesure de l'espérance de vie ne suffit pas. Il est alors nécessaire de s'intéresser aux indicateurs de santé.

V. PLUS D'ANNEES EN BONNE SANTE ?

V.1. La santé au grand âge.

V.1.1. Sénescence et maladie.

L'étude de l'état de santé des personnes âgées nécessite d'apporter quelques précisions. Depuis la nuit des temps et encore souvent de nos jours, la vieillesse est assimilée à la maladie. Cette confusion donne une vision péjorative et restrictive de la vieillesse qui la réduit au corps malade.

Mais peut-on différencier la maladie du vieillissement biologique tel que nous l'avons défini en introduction de ce travail ?

En pratique, cette distinction n'est pas aisée. Maladies et sénescence donnent lieu à des manifestations cliniques issues des difficultés que présente l'organisme à se défendre face à un stress exogène ou endogène. Ces difficultés sont la conséquence, pour le vieillissement et les phénomènes pathologiques, de mécanismes délétères progressifs cumulatifs d'origine intrinsèque.

"L'universalité" des manifestations cliniques de la sénescence permettront de faire la distinction entre la maladie et le vieillissement biologique. Ainsi, l'ensemble des manifestations qui peuvent être considérées comme des signes du vieillissement dans une population, mais qui ne le sont pas dans une autre présentant un environnement différent, sont en réalité des expressions de phénomènes morbides [105].

Solomon considère que la sénescence est un ensemble d'effets secondaires, universels et inévitables de la vie qui donnent lieu, après des étapes intermédiaires infracliniques, à des manifestations cliniques variables selon les individus [216].

Il distingue deux types d'expressions cliniques du vieillissement biologique. D'une part, celles qui résultent d'altérations profondes et sévères des structures ou fonctions de l'organisme, à l'origine d'un processus pathologique, que l'on peut appeler maladie du vieillissement - c'est le cas, par exemple, de l'ostéoporose et de la cataracte - et d'autre part, celles qui caractérisent le vieillissement mais qui ne présentent aucune signification pathologique comme les cheveux blancs ou les rides de la peau.

Il est vrai que toutes les maladies chroniques sont liées à l'âge dans la mesure où elles présentent toutes un pic de fréquence maximale aux âges élevés. Cette augmentation de leur prévalence* et de leur incidence* ne résulte pas seulement du vieillissement biologique, mais également du vieillissement chronologique [105]. En effet, pour de nombreuses pathologies chroniques, les processus morbides ne s'extériorisent qu'après un temps très long, nécessaire à la conjonction des différents facteurs de la maladie, comme la prédisposition génétique associée à l'action lente des facteurs néfastes de l'environnement : dans ce cas, le processus de sénescence n'intervient pas.

Si la confusion entre maladie et vieillissement biologique est impropre, leur distinction reste difficile, par la similarité de leurs manifestations, mais aussi par leurs interférences mutuelles. Le vieillissement transforme *"un adulte en bonne santé en un individu fragile"* dont l'efficacité des mécanismes régulateurs et les capacités d'adaptation aux stress endogène et exogène sont diminuées [216]. **Si l'âge avancé n'est pas une pathologie, la personne âgée reste néanmoins plus vulnérable face à la maladie et présente un risque accru de décès.**

V.1.2. La santé des survivants.

Pour étudier l'évolution de l'état de santé des personnes âgées, nous devons savoir ce qui définit la "bonne santé" pour ces personnes. Quel critère faut-il prendre en

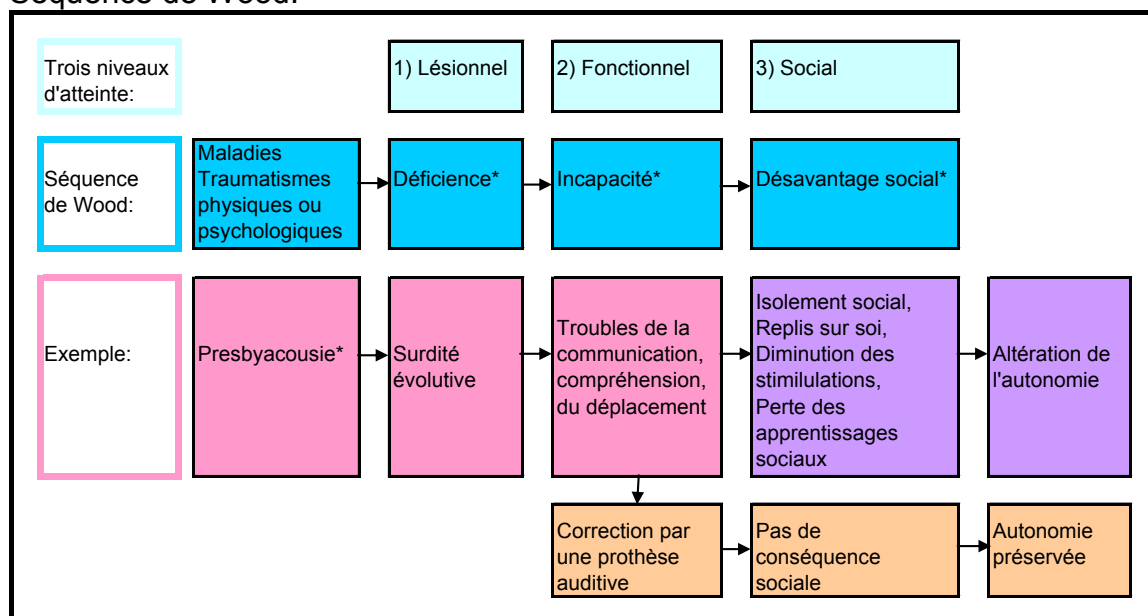
compte ? La présence d'une maladie ou d'une incapacité* physique ou mentale? De nombreuses personnes âgées, souffrant de maladies chroniques, s'estiment en bonne santé, même quand elles sont atteintes d'incapacités [107]. La santé au grand âge doit donc s'appréhender à travers une approche plus globale que la seule absence de maladie.

Les personnes âgées associent leur bonne santé à leur rôle et à leur utilité sociale.

Plus que les maladies, leurs conséquences fonctionnelles et sociales sont donc à l'origine d'une mauvaise santé [105].

Wood [242], à la demande de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), a mis au point une nouvelle classification des maladies qu'il envisage, non plus sous l'angle physiopathologique, mais sous celui des répercussions fonctionnelles et sociales. C'est "l'International Classification of Impairment, disability and handicap" (ICIDH) dont la première version française traduite par l'INSERM a été diffusée en France en 1988 sous le titre de "Classification Internationale des Handicaps : Déficiences*, Incapacités*, Désavantages*" ou CIH [164]. Elle introduit trois niveaux d'atteinte - lésionnel, fonctionnel et social - qui font le lien entre le processus morbide et le "résultat" sur l'état de la personne au sein de son milieu de vie, comme le montre la figure 12.

Figure 12
Séquence de Wood.



* L'ensemble de ces termes est défini dans le glossaire.

Source : [126].

La présence d'un désavantage social favorise la perte d'autonomie chez la personne et son entrée dans la dépendance. La réalisation de certains actes de la vie quotidienne ne pourra pas alors se faire sans l'aide extérieure d'une tierce personne [126].

Cette conception de la santé s'applique à l'ensemble des problèmes de santé, indépendamment du diagnostic et de l'étiologie. De plus, elle permet d'établir différents niveaux de santé qui vont correspondre à différents niveaux de gravité des incapacités et d'intensité des soins nécessaires pour corriger le désavantage.

Ce modèle de santé permet, également, de mettre en avant les différentes actions possibles pour réduire le désavantage social. Les progrès médicaux et l'accès aux structures médicales permettent de diagnostiquer, traiter ou prévenir les maladies. La

mise au point et à disposition de moyens techniques permettent de réduire voire de corriger une déficience et de compenser une incapacité. L'aide d'une tierce personne permet la réalisation des tâches quotidiennes. Enfin, les actions environnementales d'aménagement diminuent aussi l'impact d'une incapacité sur le rôle social de la personne, comme, par exemple, la mise en place de rampe d'accès pour faciliter le déplacement des personnes en fauteuil roulant.

Au grand âge, les effets de la sénescence aggravant les conséquences des maladies chroniques, les personnes âgées sont plus souvent atteintes d'incapacités fonctionnelles pouvant retentir sur la vie quotidienne et nécessiter l'aide de l'entourage et une adaptation de leur cadre de vie. Ce modèle de santé, socio-médical, est selon Henrard, le plus opérationnel pour évaluer la santé des personnes d'âge élevé [106].

V.2. Les données de santé.

L'ensemble des données de santé, présenté dans cette partie, est issu de plusieurs enquêtes nationales, référencées dans le tableau 2. Le but n'est pas de faire un bilan exhaustif de l'état de santé des personnes âgées mais bien de souligner quelques grandes caractéristiques. Nous observerons, successivement, **les causes de décès et la prévalence des maladies chroniques et des incapacités, les plus fréquentes, chez les personnes âgées**. Nous présenterons, également, leur **consommation médicale**, reflet de leur état de santé. Enfin, les **données de santé perçue** nous permettront d'évaluer les déterminants d'une "*bonne santé*".

V.2.1. La mortalité.

L'observation du taux de mortalité chez les personnes âgées au cours des trois dernières décennies nous montre une diminution constante de la mortalité chez les hommes et les femmes [105].

Tableau 2

Les enquêtes utilisées pour étudier l'état de santé des personnes âgées.

La mortalité

Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM)- Centre d'Epidémiologie sur les causes médicales de Décès (CépiDc), statistique des causes médicales de décès pour la mortalité.

La morbidité déclarée*

Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES), Enquêtes Santé Protection Sociale (Enquête SPS) 1998, 2000 et 2002, INSEE, Enquêtes décennales sur la santé et les soins médicaux 1970, 1980, 1991-1992, 2002-2003.

La morbidité* en termes d'incapacité

INSEE, Enquête "Handicap-Incapacité-Dépendance" (HID), 1998-2001,
INSEE, Enquête décennale sur la santé et les soins médicaux 2002-2003,
IRDES, Enquête SPS 2000.

La consommation médicale

INSEE, Enquête décennale sur la santé et les soins médicaux 1991-1992 et 2002-2003,
Intercontinental Marketing Services-Health (IMS-Health), Enquête permanente sur la prescription médicale.

Les hospitalisations

INSEE, Enquête décennale sur la santé et les soins médicaux 2002-2003,
Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DRESS),
exploitation de la base nationale Programme de Médicalisation des Systèmes
d'Information (PMSI) 2001.

La santé perçue

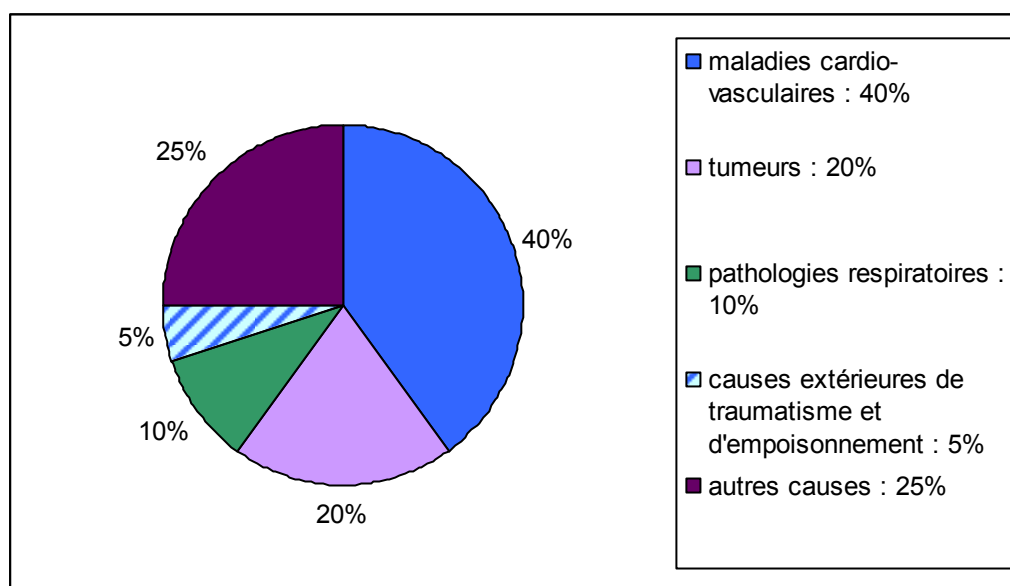
INSEE, Enquête décennale sur la santé et les soins médicaux 2002-2003,
Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de Vie (CREDOC).

Sources : [10] [103] [118] [212].

Au grand âge, les décès sont souvent la résultante d'un processus morbide où intervient plus d'une infection. La vraie hiérarchie des causes de décès n'est donc pas simple à mettre en place. Cette volonté d'attribuer systématiquement une cause à un décès, soulève aujourd'hui une interrogation. Aux âges très avancés, ne peut-on pas parler de mort naturelle ? Le vieillissement biologique de notre organisme nous conduit inévitablement à la mort. Pourquoi vouloir la diagnostiquer ? Est-ce une façon de refuser la mort et de croire en notre immortalité ?

Figure 13

Les principales causes de décès chez les personnes de plus de 75 ans.



Source : INSERM, CépiDc [103].

Les enquêtes de santé indiquent que les principales causes de décès chez les personnes âgées sont représentées par les tumeurs et les infections de l'appareil circulatoire. Mais, contrairement aux personnes âgées de 45 à 74 ans pour lesquelles les tumeurs sont la première cause de décès, après 75 ans, les maladies cardiovasculaires deviennent prépondérantes avec 40% des décès [103]. Les tumeurs représentent, dans ce groupe d'âge, 20%. Suivent ensuite les pathologies respiratoires (10%) et les causes extérieures de traumatismes et d'empoisonnement (5%) (figure 13).

Même si le poids relatif des mortalités par traumatisme et par mort violente est faible par rapport aux causes de mortalité précédemment citées, il faut noter que ces causes de décès sont les plus élevées chez les personnes de plus de 75 ans. Près de la moitié de ces décès est due à une chute accidentelle même s'ils ont diminué de 30% depuis 1990. Rappelons également que le taux de suicide est plus élevé chez les personnes âgées.

Enfin, la mortalité causée par les maladies d'Alzheimer et de Parkinson augmente même si on peut toutefois attribuer une part de cette augmentation à l'amélioration du dépistage et du diagnostic de ces maladies [103].

V.2.2. La morbidité.

La mesure de la morbidité d'une population se heurte à deux difficultés. La première est liée à la définition des concepts de maladie et de santé. Nous l'avons vu précédemment, en pratique, chez les personnes d'âge avancé, la distinction entre les phénomènes normaux du vieillissement et les phénomènes pathologiques des processus morbides n'est pas aisée. La deuxième difficulté réside dans la définition du champ étudié, quelle morbidité veut-on évaluer pour connaître l'état de santé des personnes âgées ?

La connaissance de la morbidité réelle* relève de l'utopie. L'observation de la morbidité déclarée* et de la morbidité diagnostiquée* s'avère, quant à elle, plus aisée.

Cependant, en France, il n'existe pas de données qui permettent d'apprécier une vue d'ensemble de la morbidité diagnostiquée. En effet, les mesures de prévalence et d'incidence qui existent concernent uniquement un certain nombre de pathologies et

ne couvrent pas en général l'ensemble de la population. En revanche, on possède des mesures globales de la morbidité déclarée (tableau2).

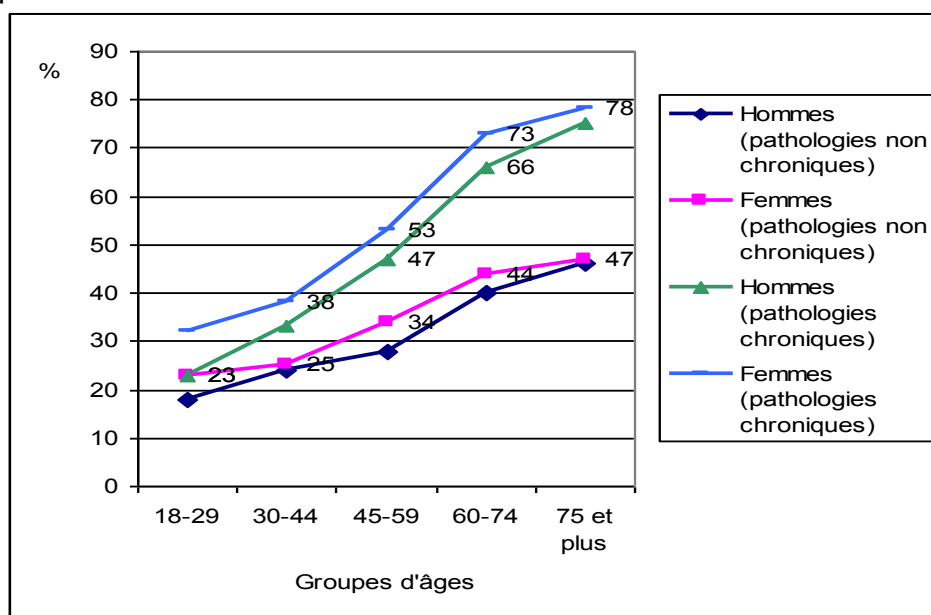
V.2.2.1. La morbidité déclarée.

Selon l'enquête décennale santé 2002-2003, la morbidité déclarée croît avec l'âge. Elle est toujours d'un niveau plus élevé chez les femmes que chez les hommes. Chez les plus de 75 ans, 78% des femmes et 75% des hommes déclarent au moins une pathologie chronique contre respectivement 53 et 47% entre 45 et 59 ans (figure 14) [131].

Comment expliquer ces taux élevés qui signifient qu'à l'âge de 50 ans déjà la moitié des personnes interrogées se dit malade ? On peut s'interroger sur les conséquences de la médicalisation accrue, du meilleur accès aux soins, de l'allongement de la survie des personnes malades, de l'amélioration du recueil des données, mais aussi sur les conséquences de l'industrialisation. Majnoni d'Intignano parle, en effet, des épidémies industrielles qui proviennent des maladies ou des accidents dus aux risques provoqués par la promotion de comportements ou de produits dangereux comme le tabac, l'alcool, la vitesse, la vulgarisation de la violence à la télé et la musique forte qui rend sourd [138].

Figure 14

Part de la population déclarant au moins une maladie, par groupes d'âges et par sexe.



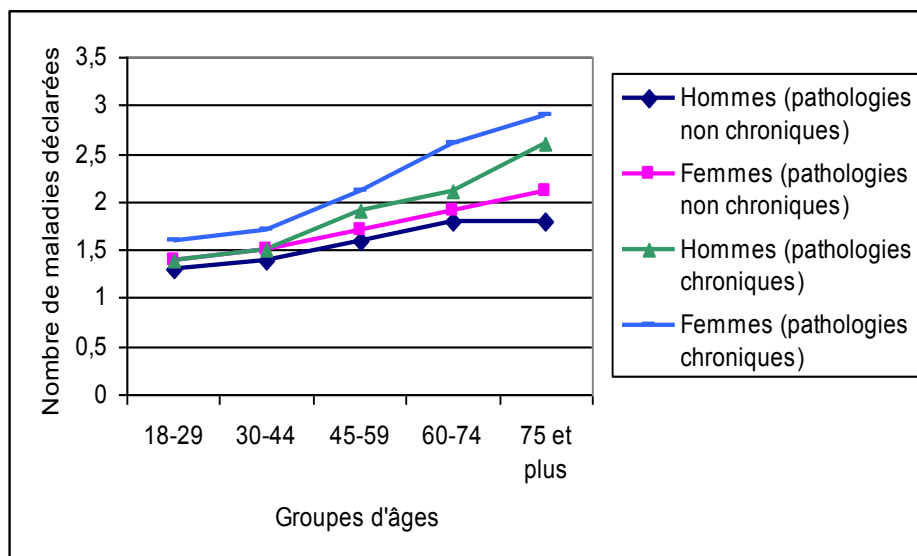
Champ : France métropolitaine, population âgée de 18 ans et plus.

Source : INSEE, Enquête décennale santé 2002-2003 [131].

On constate également, comme le montre la figure 15, que le nombre de maladies déclarées augmente avec l'âge. Il est également plus élevé chez les femmes. Notons que les données des enquêtes menées par l'IRDES et l'INSEE ne concernent que les personnes vivant à domicile, elles ne prennent pas en compte la morbidité déclarée des personnes âgées vivant en institution. Dix pour cent des personnes de plus de 75 ans et 15% de celles de plus de 80 ans sont institutionnalisées et présentent, en général, un état de santé moins bon [103].

Figure 15

Evolution, avec l'âge, du nombre moyen de maladies déclarées chez les hommes et les femmes.



Champ : France métropolitaine, population âgée de 18 ans et plus.

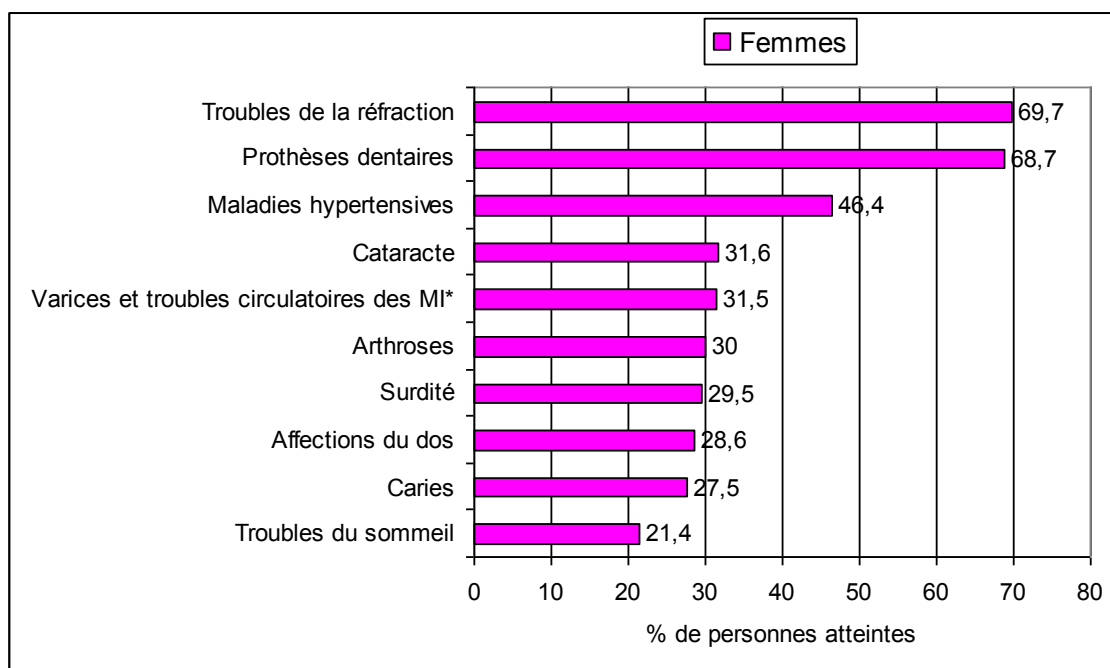
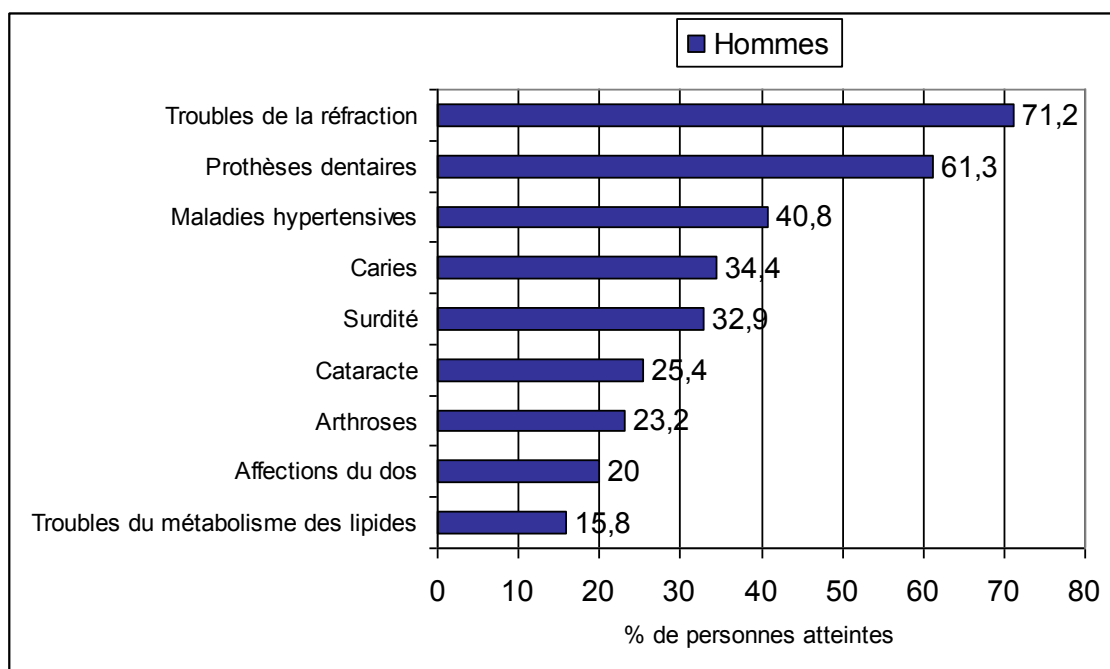
Source : INSEE, Enquête décennale santé 2002-2003 [131].

V.2.2.1.1. La morbidité déclarée par grands groupes pathologiques chez les personnes âgées de 75 ans et plus.

Les atteintes sensorielles, notamment de la vue et de l'audition, sont particulièrement fréquentes chez ces personnes. Les affections les plus souvent déclarées sont les troubles de la réfraction (presbytie, myopie, hypermétropie). Elles concernent 70% des personnes de plus de 75 ans. S'y ajoute la cataracte dont 25% des hommes et 32% des femmes se déclarent atteints. Les troubles de l'audition sont signalés par 31% de ces personnes (figure 16) [103].

Figure 16

Principales affections déclarées par les hommes et les femmes âgés de 75 ans et plus.



* MI est l'abrviation de membres inférieurs.
Source : IRDES, Enq te SPS 1998 [103].

La place importante des affections de la bouche et des dents s'explique par la fréquence du port des prothèses dentaires, fixes ou amovibles, ainsi que des caries, traitées ou non. Les deux tiers des plus de 75 ans déclarent porter une ou plusieurs prothèses dentaires, et la prévalence déclarée des caries dépasse 30%.

Si l'on exclut les problèmes dentaires et visuels, les personnes de 65 à 79 ans déclarent 4,9 maladies et à partir de 80 ans, 5,4 maladies [10]. Au premier rang arrivent les affections cardio-vasculaires. Près des trois quarts des personnes âgées disent en souffrir. La pathologie la plus fréquemment en cause est l'hypertension

artérielle, dont 44% des plus de 75 ans se déclarent atteints. Les troubles veineux des membres inférieurs sont fréquemment cités par les femmes. Les troubles du métabolisme des lipides, qui constituent un facteur de risque important des affections cardio-vasculaires, sont déclarés par 16% des hommes et 19% des femmes [103].

Les affections ostéo-articulaires sont rapportées par plus de la moitié des personnes âgées. Elles sont plus fréquentes chez les femmes (63% de celles de plus de 74 ans) que chez les hommes (43%) et sont principalement représentées par les atteintes arthrosiques des articulations et par les affections du dos [103]. Les troubles du sommeil concernent 17% des personnes de plus de 75 ans. Ils sont plus fréquemment signalés par les femmes (21%) que par les hommes (12%). Ce constat peut être rapproché de la fréquence des états dépressifs qui est plus élevée chez les femmes (10%) [10].

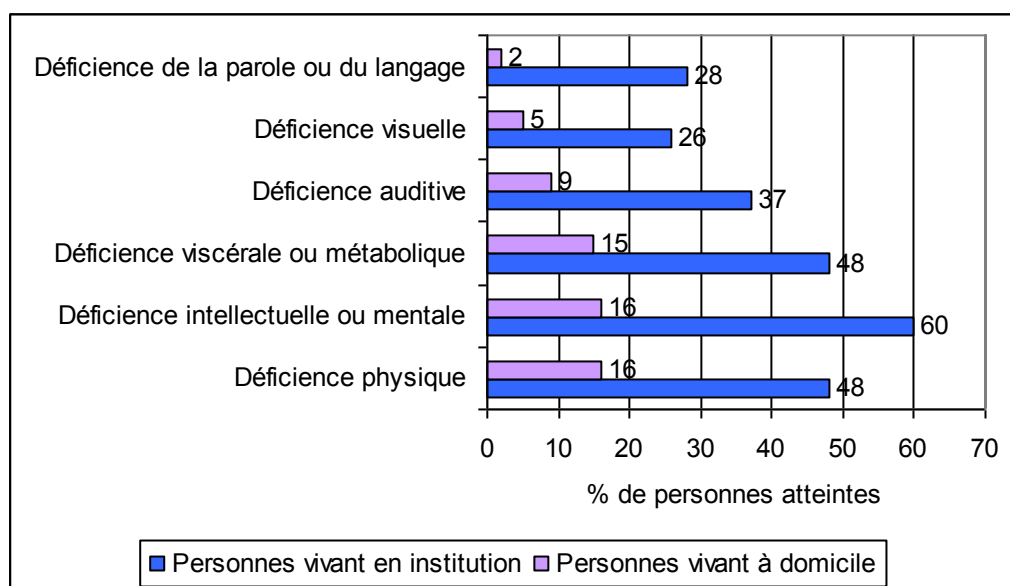
V.2.2.2. La morbidité exprimée en termes d'incapacité.

Avant l'enquête HID, menée par l'INSEE à la fin des années 90, il n'existait pas d'étude qui permettait une évaluation pertinente de la fréquence des incapacités et des désavantages sociaux. L'enquête HID, réalisée en 1998 chez les personnes vivant en institution et en 1999 auprès des personnes vivant à domicile reprend les trois stades évolutifs du handicap - déficiences, incapacités, désavantages - tels qu'ils sont décrits dans la CIH. Elle permet ainsi d'évaluer le taux de prévalence des différents types de déficiences dans l'ensemble de la population [68].

La figure 17 montre que pour l'ensemble des déficiences, les personnes institutionnalisées sont beaucoup plus fréquemment atteintes que les personnes vivant à domicile. Les atteintes les plus rencontrées sont les déficiences motrices et intellectuelles ou mentales. L'enquête montre que les déficiences motrices sont très peu présentes chez les jeunes alors qu'elles concernent plus de la moitié des octogénaires. Les déficiences sensorielles touchent davantage les hommes, en particulier en ce qui concerne les déficiences auditives au delà de 50 ans. Les déficiences organiques se développent avec l'âge et affectent près de 30% des personnes de 70 ans et plus. Enfin, les déficiences intellectuelles et mentales sont plus fréquentes chez les hommes que chez les femmes.

Figure 17

Prévalence des déficiences chez les personnes vivant à domicile et en institution.



Champ : France métropolitaine, population générale.

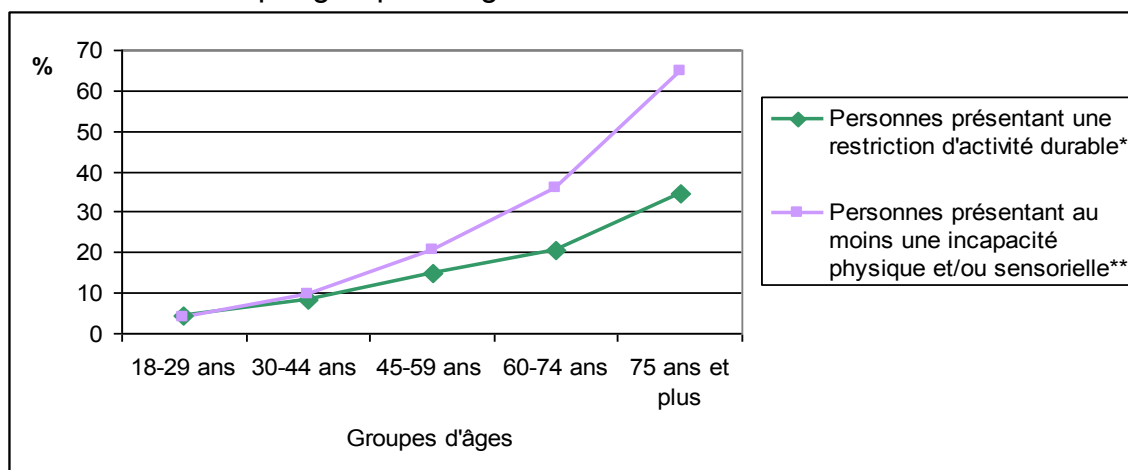
Source : INSEE, Enquête HID [68].

La gravité des atteintes est très variable selon la nature des déficiences. Le nombre de difficultés ressenties par les personnes pour accomplir des actes de la vie quotidienne - les incapacités - fournit un indicateur des conséquences de leurs déficiences, et donc une mesure de la gravité des atteintes qu'elles subissent.

L'enquête décennale santé 2002-2003 utilise deux indicateurs pour évaluer l'incapacité ; les restrictions d'activité durables et les limitations fonctionnelles (figures 18 et 19) [131].

Figure 18

Prévalence des restrictions d'activité durables et des incapacités physiques et/ou sensorielles par groupes d'âges.



* restrictions d'activité pour des raisons de santé depuis au moins six mois.

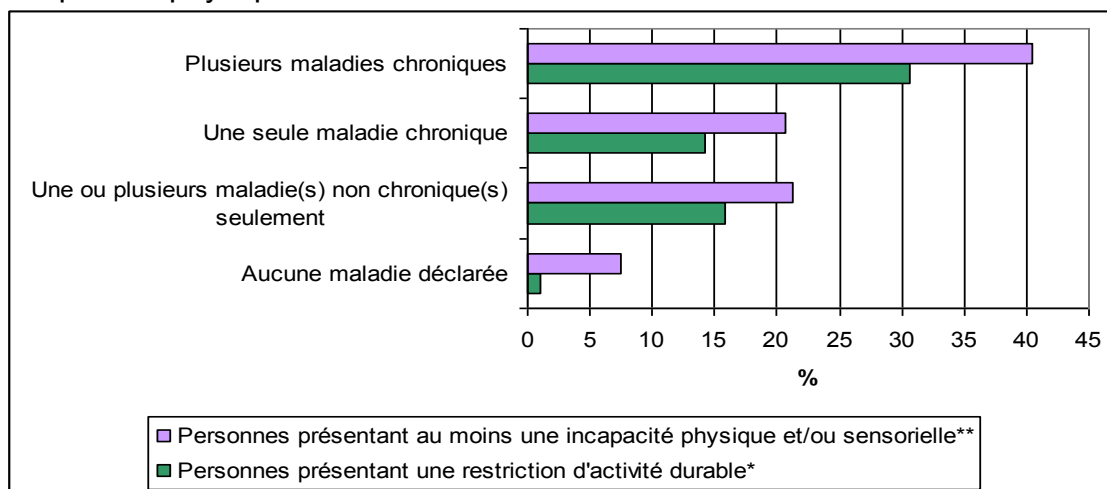
** limitations fonctionnelles recouvrant les limitations physiques et/ou sensorielles (problème de vue et d'audition, difficulté à marcher ou à porter quelque chose), et certaines limitations dans la vie quotidienne (difficulté à faire sa toilette, à aller aux toilettes, à se nourrir, à s'habiller, à se coucher).

Champ : France métropolitaine, population âgée de 18 ans et plus.

Source : INSEE, Enquête décennale santé 2002-2003 [131].

Figure 19

Influence de la présence d'une ou plusieurs maladie(s) chronique(s) ou non chronique(s) sur la prévalence des restrictions d'activité durables et des incapacités physiques et/ou sensorielles.



* et **, cf. figure 18.

Champ : France métropolitaine, population âgée de 18 ans et plus.

Source : INSEE, Enquête décennale santé 2002-2003 [131].

A la lecture des figures 18 et 19, la prévalence des restrictions d'activité durables et des incapacités physiques et/ou sensorielles croît avec l'avancée en âge et avec le nombre de maladies chroniques. Sermet a montré que la prévalence de la morbidité déclarée de ces maladies chroniques incapacitantes a augmenté ces trente dernières années [212].

L'enquête SPS 2000 montre que les limitations dans les activités de la vie quotidienne chez les personnes de 65 ans ou plus sont également liées au milieu social des personnes interrogées. En effet, à âge et genre comparables, elles sont plus fréquentes chez les personnes vivant dans un milieu d'ouvriers ou d'employés du commerce [10].

V.2.3. La consommation médicale des personnes âgées.

L'observation de la consommation médicale des personnes âgées présente un double intérêt. D'une part, parce qu'elle constitue un indicateur de santé intéressant et d'autre part, parce que dans le débat public sur la progression des dépenses de santé, le vieillissement de la population est considéré comme un événement qui va entraîner une explosion des dépenses de santé aux âges élevés. Nous nous intéresserons à cette problématique dans le second chapitre.

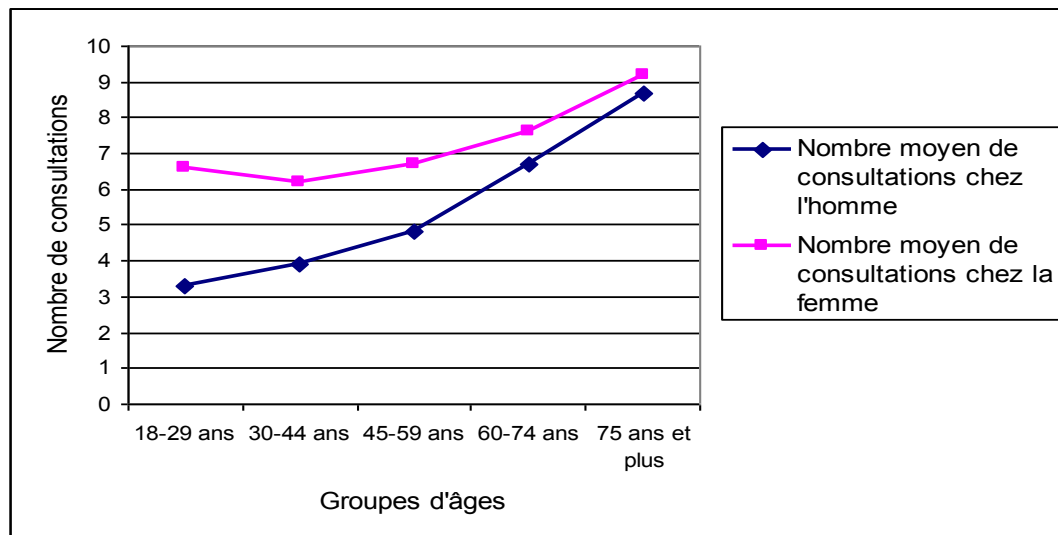
Les études concordent et nous permettent de constater que la fréquence du recours au médecin généraliste (figure 20), de la consommation de médicaments (figure 21) et des hospitalisations (figure 22) augmente avec l'âge. La forte consommation médicale chez les personnes âgées s'explique par la plus grande prévalence des pathologies chroniques chez ces mêmes personnes.

On remarque que la consommation de psychotropes, comme chez tous les français, est particulièrement fréquente chez les personnes âgées. Les résultats de l'enquête décennale santé 1991-1992 montrent que la proportion des consommateurs réguliers croît considérablement avec l'âge [105]. **Selon l'étude "Personnes Agées QUID?" (PAQUID) de 1996, 39,1% des personnes de plus de 65 ans vivant à domicile en consomment au moins un.** Il s'agit dans 31,9% de benzodiazépines, dans 5,3%

d'antidépresseurs et dans 3,5% de neuroleptiques. **Dans les institutions, cette proportion atteint 66,4%** avec 43% de benzodiazépines, 15% d'antidépresseurs et 21% de neuroleptiques. **Cette consommation record est une spécificité française** [-68] [211].

Figure 20

Nombre moyen de consultations chez le médecin, au cours des douze derniers mois, en fonction de l'âge.

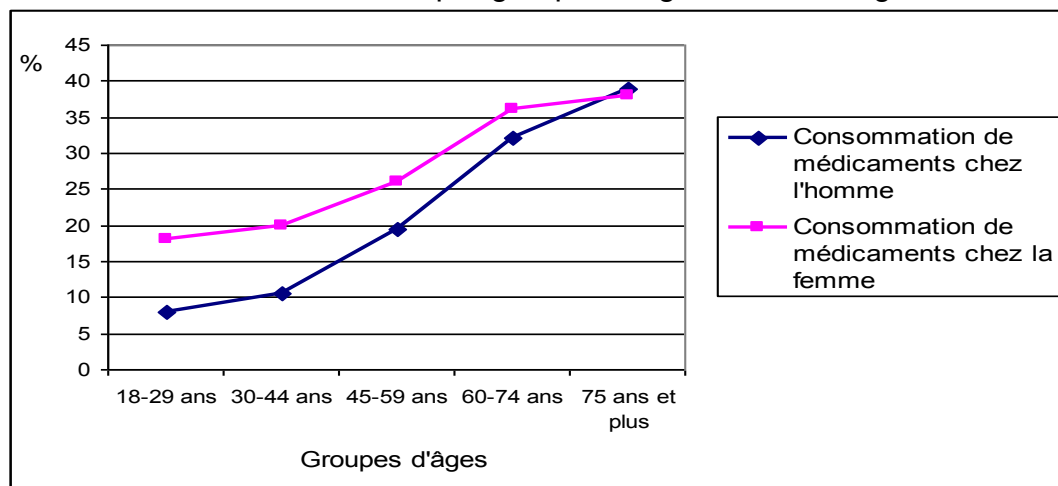


Champ : France métropolitaine, population âgée de 18 ans et plus.

Source : INSEE, Enquête décennale santé 2002-2003 [131].

Figure 21

Proportion des personnes ayant acquis des médicaments prescrits au cours des deux dernières semaines, par groupes d'âges et selon le genre.

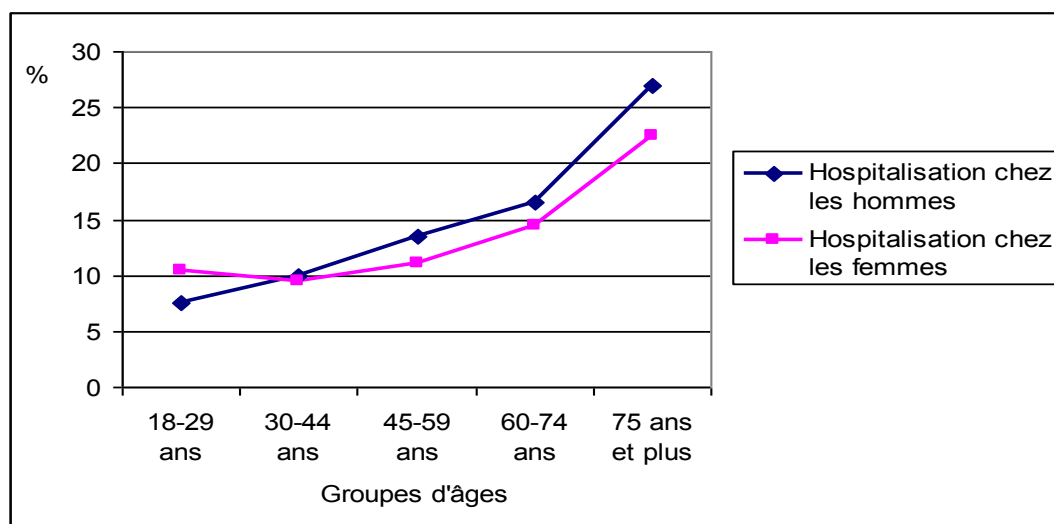


Source : INSEE, Enquête décennale santé 2002-2003 [131].

Champ : France métropolitaine, population âgée de 18 ans et plus.

Figure 22

Part des personnes hospitalisées au cours de l'année passée par groupes d'âges et selon le genre.



Pour les figures 20, 21 et 22, la consommation plus élevée chez les jeunes femmes s'explique par l'importance du suivi gynécologique.

Champ : France métropolitaine, population âgée de 18 ans et plus.

Source : INSEE, Enquête décennale santé 2002-2003 [131].

V.2.4. La santé perçue.

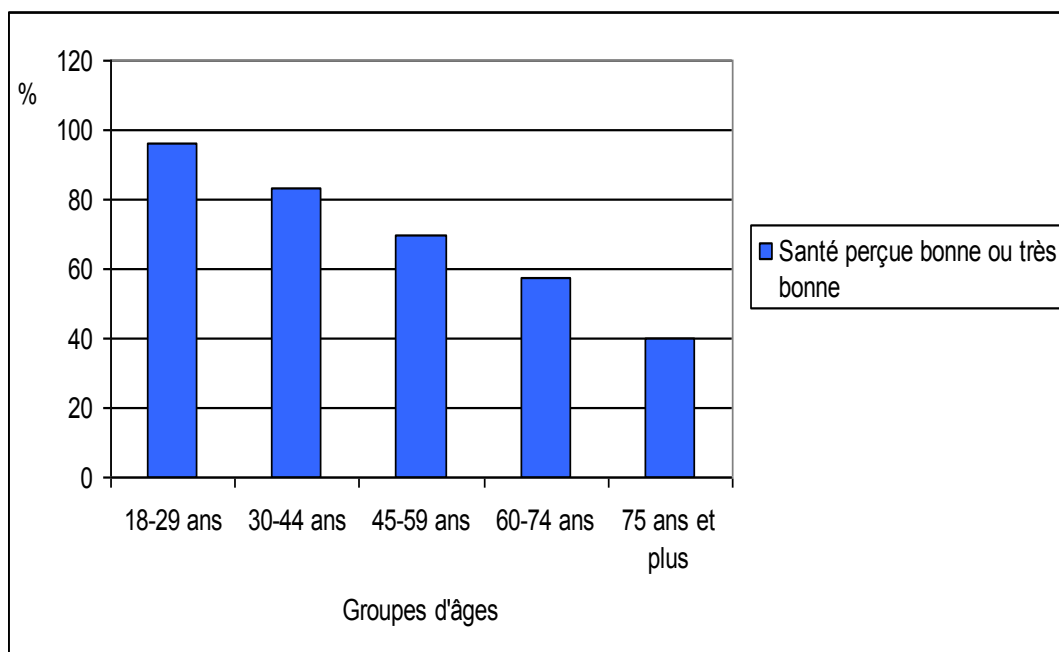
Parmi les multiples indicateurs de l'état de santé d'une population, celui de la santé perçue est riche d'enseignements.

Les résultats de l'enquête décennale santé 2002-2003 montrent que la perception de la santé se dégrade avec l'âge. Seuls 40% de la population des personnes de 75 ans et plus déclarent être en très bonne ou bonne santé alors que 57,5% du groupe des 60-74 ans et 70% des 45-59 ans déclarent l'être (figure 23) [131].

La présence de plusieurs maladies chroniques et la déclaration d'une restriction d'activité augmentent très fortement la probabilité de percevoir sa santé de façon négative. Il est vraisemblable que l'avancée en âge ait un effet objectif sur cette perception car les personnes âgées rencontrent plus de problèmes de santé. Cependant, on ne peut pas exclure la part de subjectivité liée au "mal-être" propre au vieillissement. **Chez les personnes âgées, l'augmentation des comorbidités, la gravité croissante des problèmes de santé et le retentissement négatif de ces problèmes sur les conditions de vie ne peuvent influencer que négativement la perception de l'état de santé** [131].

Figure 23

Perception positive de la santé par groupes d'âges.



Champ : France métropolitaine, population âgée de 18 ans et plus.

Source : INSEE, Enquête décennale santé 2002-2003 [131].

Cependant, une étude, menée à plusieurs reprises par le CREDOC, auprès des personnes vivant à domicile, et rapportée par le Haut Comité de Santé Publique (HCSP), révèle que la majorité des personnes âgées estime que leur état de santé est satisfaisant par rapport aux personnes du même âge et que cette proportion de personnes satisfaites a augmenté entre 1980 et 1998. Ainsi sur cette période, elle est passée de 76 à 89% chez les personnes âgées de 60-69 ans et de 78 à 85% chez les 70 ans et plus [103].

Ces études du CREDOC montrent également que les personnes âgées de plus de 60 ans ont un système de perception de la santé voisin de celui de l'ensemble de la population [107]. En effet, la grande majorité des personnes interrogées associe la bonne santé au fait de *"prendre du plaisir à la vie"* et de *"faire ce que l'on veut"*, avant l'absence de maladie qui vient en troisième place sur les six items proposés dans le questionnaire [105]. Notons tout de même que chez les personnes de plus de 60 ans, *"ne pas souffrir et ne pas consulter un médecin"* sont plus souvent associés à la bonne santé que chez les plus jeunes. Les différences sont encore plus marquées si l'on interroge les personnes sur les conséquences de la santé dans la vie quotidienne. Si le travail, le déplacement, l'alimentation et l'activité sportive sont significativement associés à une bonne santé chez les moins de 60 ans, on observe que pour 72% des plus de 60 ans, seul le déplacement à l'intérieur du logement apparaît comme un facteur essentiel.

D'autres études ont mis en évidence que la perception de la santé par les personnes âgées était présage de mortalité dans les années à venir et ce indépendamment de l'état de santé objectif [151]. Ainsi, Henrard rapporte que dans la cohorte PAQUID, la relation entre la santé subjective et la mortalité à 5 ans persiste quelque soit l'âge, le sexe, la dépression, les problèmes sensoriels, respiratoires et cognitifs [105].

La santé perçue est une notion complexe. Cet indicateur intéressant chez les personnes âgées prend en compte un ensemble de paramètres physiques et psychologiques. Il est doué d'une valeur de prédiction [105].

Aux vues de ces différentes données de santé, les personnes âgées présentent un état de santé moins bon que celui des plus jeunes. Elles sont plus fréquemment atteintes de maladies chroniques et incapacitantes qui, d'une part, sont à l'origine d'une consommation accrue de soins de santé et d'autre part, ont un retentissement néfaste sur les activités quotidiennes et sur la perception de la santé.

Les progrès médicaux qui ont permis l'allongement de la vie aux âges les plus élevés ont-ils également amélioré l'état de santé des personnes âgées ? Pour répondre à cette question, les indicateurs mesurant l'incapacité des personnes âgées ont permis de calculer le nombre d'années vécues sans incapacité, c.-à-d. l'Espérance de Vie Sans Incapacité* (EVSI).

V.3. L'espérance de vie sans incapacité (EVSI).

Ses premiers calculs datent du début des années 90 même si, comme le rappellent Robine et coll., Sanders en avait déjà présenté les principes en 1964 pour disposer d'un indicateur qui renseignerait sur la qualité des années de vie gagnées [197].

Bien que l'EVSI soit un indicateur aujourd'hui très utilisé, ses calculs sont peu fréquents. De plus, les données de prévalence des incapacités, à partir desquelles l'EVSI est calculée, sont issues d'enquêtes différentes qui ont chacune leur propre méthode de recueil d'informations. Les organismes de recherches émettent donc des réserves sur les estimations de l'EVSI et la parution de nouveaux taux de prévalence des incapacités peut conduire à leur réactualisation. A partir de 2007, le futur système d'information européen *SILC (Statistics on Income and Living Conditions)* fournira des estimations plus régulières de l'EVSI, sur la base d'un questionnaire parallèle à celui des enquêtes décennales santé menées par l'INSEE, ce qui permettra une étude plus fiable de son évolution [133].

Dans les Cahiers du Plan, paru en juillet 2005, on retrouve les données les plus actualisées de l'évolution de l'EVSI sur la période 1980-2005 [133].

En 1991, d'après l'enquête décennale santé de 1991-1992, les femmes ont à 65 ans une espérance de vie sans incapacité de 12 ans contre 10 ans pour les hommes. A 85 ans, elle est égale dans les deux sexes à 1,7 an [211]. La comparaison avec les données de l'enquête décennale santé de 1981 montre une évolution parallèle entre l'espérance de vie générale et l'EVSI. Sur cette période, la durée moyenne vécue en incapacité est stable [199].

Les taux de prévalence d'incapacité fournis par l'enquête HID de 1998-1999 ont permis de faire une nouvelle estimation de l'EVSI. **La comparaison avec les données de l'enquête décennale santé de 1991 indique que, conséquence d'une forte baisse des taux de prévalence des incapacités après 85 ans chez les femmes et après 80 ans chez les hommes, les gains d'espérance de vie sans incapacité ont été plus rapides que ceux de l'espérance de vie totale. Le nombre d'années vécues en incapacité a diminué.** Cependant, il faut émettre des réserves car cette comparaison repose sur le seul indicateur commun trouvé entre les deux enquêtes, celui de Colvez² [44], et elle ne prend pas en compte l'évolution des taux de prévalence de l'incapacité psychique.

Les auteurs des Cahiers du Plan n°11 [133] rapportent que les modifications de protocole entre les enquêtes décennales santé 1991 et 2003 n'ont pas permis de réactualiser les évolutions de l'EVSI et de confirmer la poursuite des tendances

2 : annexe p. 209.

observées auparavant. Cependant, ils ont procédé à une actualisation provisoire à partir des données françaises du panel européen des ménages, des tendances observées à l'étranger et de la cohorte PAQUID en Aquitaine.

D'après le panel européen des ménages, en France sur la période 1995-2003, l'EVSI croît très légèrement pour les hommes et stagne pour les femmes. Les évolutions annuelles sont au maximum de +/- 2%. Le rapport Cambois-Robine [34] confirme ces observations d'après les données européennes qui indiquent une évolution très modérée de l'EVSI, ne dépassant pas celle de l'espérance de vie totale. Ces tendances sont la conséquence d'une diminution annuelle des taux de prévalence des incapacités de 1 à 2% dans les pays européens. Notons que des études menées aux Etats-Unis, indiquent une diminution, à peu près similaire, de 1,6% à 0,9% de ces taux de prévalence au cours des années 90 [85]. Robine nous montre que l'incapacité a évolué de manière très différente en fonction de son niveau de sévérité. On observe une diminution des incapacités sévères, d'autant plus importante et précoce qu'elles sont sévères, et une augmentation des incapacités modérées. L'évolution des espérances de vie sans incapacité est la résultante de ces évolutions contraires [197]. Enfin, les résultats de la cohorte PAQUID, qui présente le double avantage d'assurer un suivi longitudinal de la population et un suivi de la dépendance psychique, sont en accord avec ceux du panel européen. Il faut cependant admettre que cette étude n'a qu'une dimension régionale et qu'elle concerne uniquement les personnes vivant à domicile.

Ainsi, l'EVSI qui a dans un premier temps augmenté plus vite que l'espérance de vie totale voit sa croissance se ralentir ces dernières années. Elle pourrait même reculer. En effet, des calculs, réalisés selon la méthode de Sullivan [221], ont montré qu'une diminution annuelle de 1% du taux de prévalence des incapacités serait à l'origine d'une augmentation de 0,5% de la durée de vie en dépendance et non pas de sa stabilité [133].

L'observation de l'évolution passée de l'EVSI permet, aux différents organismes de recherche en santé, de faire des projections sur ses tendances, afin d'estimer le nombre futur de personnes âgées atteintes de dépendances lourdes, et donc, d'évaluer les besoins d'aide et de structures de soins dans les années à venir. La fiabilité des analyses de l'EVSI est donc primordiale. L'étude des taux de prévalence des incapacités, des dernières décennies, nous annonçait une baisse importante de celles-ci, mais les données récentes sont moins certaines. La prise en charge médico-sociale des incapacités demeure une priorité. L'objectif est bien sûr de maintenir le rôle des personnes âgées au sein de leur environnement social pour retarder au maximum l'entrée dans la dépendance.

V.4. Les personnes âgées dépendantes.

V.4.1. Définition.

La définition de la dépendance, dans le champ spécifique de la vieillesse, ne fait pas l'objet d'un consensus actuellement. Il n'existe pas de "définition officielle" comme il en existe une pour la santé, par exemple. Pourtant, ce mot "dépendance" est systématiquement utilisé pour envisager, certains diront pour stigmatiser, le défi de notre siècle que représentent le vieillissement démographique et l'explosion des besoins en matière de prise en charge de la dépendance. En 1960, pour la première fois en France, le premier ministre crée une commission d'étude des problèmes de la vieillesse. Cette commission, présidée par Pierre Laroque est chargée de faire un bilan des charges liées au vieillissement démographique et de dégager les lignes directrices d'une politique de la vieillesse. Le rapport Laroque [132] parlait ainsi de personnes

âgées semi-valides, invalides, handicapées, grabataires, voire séniles. La notion de dépendance y transparaît mais n'est pas encore employée. C'est en 1973, qu'apparaît la notion de dépendance dans le champ gériatrique. Delommier, médecin, gériatre, a ainsi défini la dépendance : *"le vieillard dépendant a donc besoin de quelqu'un pour survivre, car il ne peut, du fait de l'altération de ses fonctions vitales, accomplir, de façon définitive ou prolongée, les gestes nécessaires à la vie"* [62]. En 1984, cette définition sera confirmée par le Dictionnaire des personnes âgées, de la retraite et du vieillissement : *"la dépendance est la subordination d'une personne à un autre, ou à un groupe, famille ou collectivité"* [219]. Par la suite, c'est la loi qui officialise la notion. Une première fois avec la loi du 24 janvier 1997 adoptée sur la Prestation Spécifique Dépendance (PSD) [204] puis quatre années plus tard avec la loi du 20 juillet 2001 relative à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA). Peuvent ainsi bénéficier de cette allocation *"les personnes qui, nonobstant les soins qu'elles sont susceptibles de recevoir, ont besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou dont l'état nécessite une surveillance régulière"* [205]. Malgré tout, les notions *"d'actes essentiels"* et d' *"aide"* laissent une marge d'interprétation trop étendue. De plus, la dépendance connaît des degrés de gravité différents, l'état binaire d'une dépendance ou d'une non dépendance ne correspond pas à la réalité. C'est pourquoi, il a été indispensable de mettre en place un outil de mesure de la dépendance, la grille AGGIR¹ (Autonomie Gériatrique Groupe Iso-Ressource). C'est sur elle que repose l'attribution de l'APA, véritable *"clef de voûte"* du dispositif de prise en charge des personnes âgées dépendantes.

Le sociologue Ennuyer, regrette que seule la vision médicale, *"incapacitaire"* de la dépendance ait été retenue dans le champ de la vieillesse. Pour lui, cette notion de *"personne âgée dépendante"* renvoie à une représentation sociale négative de la vieillesse, particulièrement forte en France. Le sociologue explique que le terme de dépendance renferme également une connotation positive, relationnelle. Il oppose ainsi à cette *"dépendance incapacitaire"* la *"dépendance-lien social"*. Il la considère comme réciproque entre le dépendant, le pourvoyeur et l'objet de dépendance. Pour rester chez elle, une personne âgée devient dépendante du travail des aides à domicile, il y a donc une pourvoyance, qui est de l'ordre du travail quotidien et relationnel. En retour, les aides à domicile sont dépendantes de ces personnes vis-à-vis de leur travail, de leur reconnaissance sociale. Il n'y a donc pas dépendance sans double mouvement. Aujourd'hui, l'acception ordinaire des personnes dépendantes oublie cet échange [74].

Par ailleurs, Ennuyer rappelle que définir la dépendance comme une incapacité a pour conséquence de la confondre souvent avec la perte d'autonomie. L'allocation destinée spécifiquement à la situation de dépendance s'appelle d'ailleurs *"allocation personnalisée d'autonomie"*. Deux registres sont donc confondus car il y a deux façons distinctes d'envisager l'autonomie : l'autonomie psychique et l'autonomie physique. L'autonomie psychique est la capacité à prendre des décisions et à en assurer la responsabilité (étymologiquement, autonomie signifiant *"sa propre loi"*). Dans cette perspective, l'autonomie n'est pas le contraire de la dépendance. Une personne peut être dépendante de l'aide d'autrui à la suite d'une déficience physique tout en gardant une emprise sur les choix de sa vie et les décisions à prendre. Considérée d'un point de vue purement fonctionnel, l'autonomie peut être assimilée à la faculté de réaliser seul les tâches ordinaires de la vie quotidienne nécessaires à la sécurité et la satisfaction des besoins. Dans cette optique, par contre, la perte d'autonomie peut être superposée à la dépendance sans préjuger du mécanisme prédominant, qui peut être socio-économique, physique, cognitif ou psychoaffectif

1 : annexe p. 208

Le sociologue s'interroge sur cette confusion entretenue de manière permanente entre perte d'autonomie et dépendance, en ces mots : *"ne signifierait-elle pas que les gens*

qui ne peuvent plus faire seuls les principaux actes de la vie n'ont plus le droit de décider de leur façon de vivre ?". Nous retiendrons que cette conception de perte d'autonomie fonctionnelle, certes réductrice, a tout de même l'avantage d'être opérationnelle dans le domaine de la santé publique mais aussi sur le terrain. Elle permet en effet de détecter la nécessité d'une aide et d'en quantifier l'importance grâce à des grilles d'évaluation, telle la grille AGGIR.

La dépendance est le véritable enjeu de santé publique qu'il faudra relever dans les décennies à venir, par des réponses médico-sociales, mais surtout, par des réponses financières pour répondre aux besoins d'une population dont l'effectif va croître. Pour répondre aux besoins, il faut au préalable les évaluer. Il est donc nécessaire de connaître le nombre de personnes âgées dépendantes aujourd'hui mais également d'envisager l'évolution de leur effectif dans les années à venir.

V.4.2. L'âge de la dépendance et les limites de la population dépendante évaluée.

Les instruments réglementaires et statistiques français définissent comme personnes "âgées" les personnes de 60 ans et plus. Pourtant, il semble que cet âge ne constitue pas un seuil pertinent dans le processus de vieillissement et de dépendance. En effet, d'après l'enquête HID, la prévalence de la dépendance augmente de manière très forte avec l'âge, surtout à partir de 75-80 ans. Ainsi, selon la grille AGGIR, si les personnes dépendantes, représentent 6,6% de la population des plus de 60 ans, elles ne représentent que 2,1% des personnes entre 60 et 69 ans et atteignent 18,3% et 30,2% des personnes âgées respectivement de 85 et 90 ans [68]. Le seuil de 60 ans ne correspond donc pas, ou plus, aujourd'hui à l'âge réel de la dépendance, puisque les principales incapacités liées à l'âge ne concernent une proportion importante de personnes qu'à partir de 75 ou même 80 ans.

Malgré cela, l'essentiel des estimations et des projections sur le nombre des personnes âgées dépendantes est réalisé pour les personnes de plus de 60 ans. Car en France, c'est à partir de cet âge que l'on peut bénéficier de l'APA [50]. La définition que la loi, relative à l'APA, donne de la dépendance laisse une marge d'interprétation sur la notion d'actes essentiels pour le bien être et d'aide. La dépendance recouvre des réalités variées qui dépendent de la personne et de son environnement. Ce manque de cadre rend l'identification de la population âgée qualifiée de "dépendante" délicate [43]. La centaine de grilles, recensées en France pour évaluer la dépendance, reflète bien l'absence d'un cadre unanimement admis [18].

V.4.3. L'effectif des personnes âgées dépendantes d'après l'enquête HID.

Les effectifs des personnes âgées dépendantes présentés dans le tableau 3 sont déterminés à partir de la grille AGGIR et des indicateurs EHPA et Colvez [44].

Selon la grille AGGIR, sur les 12,1 millions de personnes âgées de 60 ans et plus en 2000, environ 800 000 seraient évaluées dans les équivalents Groupe Iso-Ressources (GIR) 1 à 4 [68]. Cinq cent trente mille d'entre elles seraient atteintes de dépendance lourde car classées en GIR 1-3.

Ainsi, 6,6 % des personnes de plus de 60 ans sont dépendantes et peuvent donc bénéficier de l'APA. Mais cet outil ne prend que partiellement en compte la dépendance mentale.

Selon l'indicateur EHPA qui permet d'appréhender la perte d'autonomie mentale et physique, 844 000 personnes de 60 ans et plus seraient dépendantes

psychiquement - connaissant des troubles du comportement ou une désorientation dans l'espace et le temps - ou lourdement dépendantes physiquement - besoin d'aide pour se lever, s'habiller ou se laver. Parmi elles, 39% présentent uniquement une dépendance physique, 35% sont à la fois dépendantes physiquement et psychiquement et 26% connaissent une dépendance psychique sans lourde perte d'autonomie physique. **Ainsi, selon l'indicateur EHPA, 511 000 personnes au total présentent une perte d'autonomie mentale, parmi lesquelles 157 000 sont en GIR 5 ou 6 et ne bénéficient pas de l'APA [68].**

Tableau 3

Estimation du nombre des personnes âgées dépendantes de plus de 60 ans selon les différents indicateurs.

Indicateurs	Effectifs
AGGIR	
Dépendance lourde, équivalents GIR 1 à 3	530 000
Dépendance lourde et modérée, équivalents GIR 1 à 4	796 000
Total dépendance, équivalents GIR 1 à 5	1 186 000
EHPA	
Total dépendance physique lourde ou dépendance psychique	844 000
Dépendance physique seule	333 000
Dépendance physique et dépendance psychique	295 000
Dépendance psychique seule	216 000
Total dépendance psychique	511 000
Colvez	
Total dépendance physique lourde (niveaux 1 et 2)	628 000
Total dépendance physique (niveaux 1 à 3)	1 417 000

Source : INSEE, enquêtes HID 1998-1999 [133].

Les estimations, réalisées par la DRESS, confirment que malgré un large recouvrement entre les groupes Colvez 1 et 2 et les iso-groupes 1-3 (tableau 3), il existe des incohérences qui sont le reflet de la multiplicité des interprétations que nous pouvons donner à la dépendance. Dans les études à venir, le regroupement entre les grilles devrait être approfondi pour permettre, notamment, de mieux estimer la population psychiquement dépendante [43].

Ce sont les femmes les plus âgées qui sont les plus lourdement dépendantes. Sept personnes sur dix classées en GIR 1-3 sont des femmes et plus de la moitié d'entre elles ont 85 ans ou plus [43].

C'est dans les services de soins de longue durée des hôpitaux que la proportion des résidents les plus lourdement dépendants physiquement est la plus élevée. Ainsi près de 80% de leurs occupants sont lourdement atteints, 51% d'entre eux sont confinés au lit ou au fauteuil et 28% nécessitent une aide pour la toilette et l'habillage. Par contre, c'est dans les maisons de retraite publiques sans section de cure médicale, que le niveau de dépendance lourde en établissement est le plus bas avec 14% de leurs résidents confinés au lit ou au fauteuil [43].

V.4.4. Une baisse de la dépendance physique lourde au cours des années 90.

Les résultats de l'enquête HID, menée en 1998 et 1999, ont indiqué une diminution de la population lourdement dépendante physiquement depuis une dizaine d'années, de 670 000 à 600 000 personnes de plus de 65 ans. La population âgée de 65 ans et plus, sur cette même période, a augmenté de 7,9 à 9,4 millions. Les auteurs en concluent donc une diminution de la prévalence de la dépendance physique de 8,5% à 6,4%. Il faut cependant préciser que ces calculs ne prennent pas en compte la dépendance mentale [43]. Or nous l'avons vu, dans la partie sur l'EVSI, l'estimation de la dépendance mentale a conduit à une réactualisation de l'évolution de la prévalence de l'incapacité dans les années 90 [133].

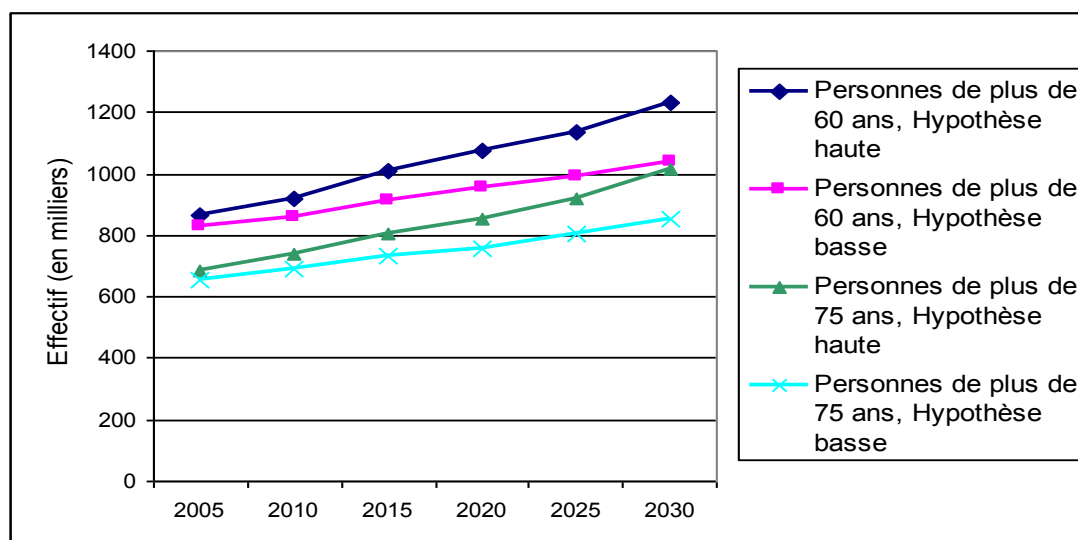
V.4.5. Les projections à l'horizon de 2030.

En 2020, la part des personnes âgées de 75 ans et plus dans la population, qui représente environ 7% aujourd'hui, sera environ de 10%. Même si la perte d'autonomie n'est pas inéluctable, cette forte augmentation à venir fait de la prise en charge des personnes âgées dépendantes un enjeu majeur dans les prochaines décennies [43]. Les différentes projections sur le nombre des personnes âgées dépendantes permettent d'envisager les adaptations nécessaires concernant les structures de soins, d'accueil et d'aide pour répondre à leurs besoins.

Les projections les plus récentes sur le nombre de personnes âgées dépendantes ont été publiées dans les Cahiers du Plan n° 11 [133]. Elles permettent d'appréhender les effets des évolutions démographiques futures, en fonction de différents scénarios d'évolution de la dépendance aux âges élevés. Dans le cadre des travaux de la mission du Plan, la DRESS et l'INSEE ont proposé deux hypothèses réactualisées. Elles prennent notamment en compte les dernières réévaluations de l'évolution de l'EVSI que nous avons citées précédemment. L'hypothèse basse se fonde sur une stabilité de la durée de vie passée en dépendance. L'hypothèse haute qui prévoit une baisse modérée de 1% par an des taux de prévalence de la dépendance à chaque âge, se fonde sur une augmentation de la durée de vie passée en dépendance.

Figure 24

Projections du nombre de personnes âgées dépendantes (équivalent GIR 1-4) de plus de 60 ans et de plus de 75 ans.



Source : INSEE Destinie, Hypothèse DREES-INSEE, citée par Le Boulter [133].

D'après ces projections, le nombre de personnes âgées dépendantes chez les personnes de 60 ans et plus passerait, selon l'hypothèse basse, de 863 000 en 2005, à 921 000 en 2010 et à 1 232 000 en 2030 (figure 24). Pour les personnes âgées de plus de 75 ans, le nombre passerait respectivement de 682 000, à 691 000 puis à 855 000. Selon l'hypothèse haute, le nombre de personnes âgées dépendantes chez les plus de 75 ans passerait de 682 000, à 741 000 et à 1 017 000 [133].

V.5. Les grands enjeux de santé.

Nous allons exposer quatre situations pathologiques, particulièrement importantes chez les personnes âgées, par leur fréquence, leur gravité, leurs conséquences socio-économiques, ou leur perception sociale et par le risque de dépendance qu'elles représentent. Nous aborderons successivement, les chutes, la démence, les troubles de la vue et de l'audition. Puis nous nous intéresserons, plus en détail, à la santé bucco-dentaire des personnes âgées dépendantes. Quel est l'impact du vieillissement sur la santé bucco-dentaire de ces personnes. Est-il à l'origine de pathologies bucco-dentaires ? Quelles sont les conséquences du vieillissement de la cavité buccale sur l'alimentation de ces personnes ? Les données de santé indiquent que les troubles dentaires sont les pathologies les plus fréquemment citées, avec les troubles de la vision, par les personnes âgées. Existe-t-il des études épidémiologiques sur l'état de santé bucco-dentaire de ces personnes ? Le maintien de la santé bucco-dentaire fait-il parti des préoccupations des équipes médico-sociales ? L'accès aux soins, pour ces personnes à mobilité réduite est-il facilité ?

V.5.1. Les chutes.

Les chutes sont des événements fréquents chez les personnes âgées et leurs conséquences en matière d'hospitalisation et de décès sont importantes. La fracture du col du fémur est la fracture la plus fréquente en cas de chute. Chez les personnes de plus de 75 ans, 80% des 91 000 séjours hospitaliers causés par des chutes comprennent une intervention chirurgicale. On dénombre 7 600 décès par chute bien qu'entre 1990 et 1997 cette mortalité ait connu un recul de 33%.

Il est important de préciser que ces chutes sont à l'origine de troubles fonctionnels mais aussi psychologiques. La peur de tomber peut provoquer, chez la personne âgée, une diminution de ses activités quotidiennes qui participe à son déclin fonctionnel et à son entrée dans la dépendance [103].

V.5.2. Les démences.

Les pathologies mentales apparaissent peu dans la morbidité déclarée et dans les motifs d'hospitalisation, bien qu'elles représentent un poids considérable chez les personnes âgées.

Après 75 ans, la démence est au premier plan des problèmes de santé mentale. Huit cents mille personnes, soit 18% de cette classe d'âge, en seraient atteintes [124]. Une personne de plus de 80 ans sur 10 vivant à domicile et plus d'une sur trois vivant en institution souffrent de perte des acquis intellectuels, de troubles de la mémoire ou de désorientation temporo-spatiale. La maladie d'Alzheimer représente 75% des démences et touche 4,5% des plus de 65 ans et 15% des plus de 85 ans [124].

Pourtant, ce n'est que depuis environ 15 ans, qu'elle a été reconnue comme une maladie à part entière, sur laquelle il était possible d'agir, et non comme une simple exagération du vieillissement cérébral normal. Si on ajoute à cela, que sa prévalence augmente considérablement à cause du vieillissement de la population, elle peut être considérée comme une maladie émergente, présentant d'emblée une fréquence importante.

Elle se manifeste cliniquement par une détérioration progressive des fonctions cognitives, associée à des troubles du comportement et de l'humeur. Ces troubles ont, progressivement, un retentissement sur les activités de la vie quotidienne et sur l'autonomie. Cette maladie est la première cause de dépendance lourde chez les personnes âgées et d'entrée en institution. Il faut aussi insister sur le retentissement majeur que peut avoir la maladie d'Alzheimer sur les proches. Ce retentissement sur l'aidant* est physique (mortalité accrue de 50%), mais aussi psychologique et financier [56].

Bien que la prévalence de cette maladie soit élevée, elle reste encore ignorée et sous-médicalisée. D'une part, parce que l'altération des comportements est, habituellement, tolérée par l'entourage du malade, mais aussi parce que la maladie est taboue dans certains milieux. D'autre part, certains médecins, pensant que l'apport thérapeutique des médicaments n'est pas suffisant, préfèrent ignorer la maladie et être rassurants. Cette opinion n'est plus acceptable quand on voit l'efficacité indiscutable de l'information des aidants surtout au stade précoce [56].

Il existe une inégalité d'accès à la prise en charge de la maladie qui repose sur les revenus, le milieu socio-culturel et la distance géographique qui sépare les malades des centres spécialisés. Notons que le développement du programme des Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC) pour les personnes âgées vise à réduire cet éloignement.

Il faut également préciser que si la maladie d'Alzheimer représente un problème de santé publique du fait de sa forte prévalence et de ses conséquences sur la vie du patient et de ses proches, c'est aussi un problème majeur pour des raisons démographiques et économiques. En effet, si aucun progrès n'est fait sur la prévention de la maladie, avec l'augmentation du nombre des personnes âgées, la prévalence des démences va croître considérablement. De plus, cette maladie est extrêmement coûteuse, par la consommation médicale, les aides et les besoins d'institutionnalisation qu'elle engendre. Le coût annuel par patient, toutes sévérités confondues, était en 1993 de 180 294 euros. Ce qui représente pour une prévalence annuelle de 430 000 cas, un coût annuel de 7,93 milliards d'euros [56].

Une fois reconnue, la maladie d'Alzheimer dure 8 à 10 ans. C'est pourquoi elle est devenue un champ important de la recherche médicale des pays développés. On répertorie en France plusieurs études dont le but est de comprendre les mécanismes de la démence. Il y a entre autres l'étude PAQUID qui a permis d'estimer la prévalence de la démence à 3,5% et son incidence à moins de 1 %. Elle montre aussi le rôle du niveau d'étude et de la profession sur le risque de démence, suggérant que les "réserves" cognitives ou les stratégies cognitives liées au niveau d'éducation permettent de retarder l'expression clinique [5].

V.5.3. Les troubles sensoriels.

Bien que ces troubles soient très fréquemment déclarés par les personnes âgées, il semble qu'ils soient insuffisamment pris en charge.

V.5.3.1. Les troubles de la vue.

Les pathologies de la vue sont fréquentes chez les personnes âgées. Quatre vingt quatre pour cent des personnes âgées de plus de 64 ans déclarent être atteintes de troubles de la réfraction. Du fait de l'allongement de la durée de vie, le nombre des personnes âgées atteintes devrait augmenter et elles devront vivre de plus en plus longtemps avec ce handicap. Si la cécité est connue depuis l'Antiquité, la malvoyance n'est reconnue que depuis quelques décennies bien qu'elle **soit plus fréquemment à l'origine d'incapacités provoquant une diminution du déplacement et des activités de la vie quotidienne. Elle constitue donc une voie d'entrée dans la dépendance.**

Grâce aux progrès médicaux, certaines des principales causes des déficiences visuelles bénéficient d'une thérapeutique. Les troubles de la réfraction sont corrigés par le port des lunettes. Quatre vingt pour cent des personnes âgées déclarent en porter. La cataracte qui est une affection qui touche près de 50% des personnes âgées entre 75 et 85 ans, bénéficie d'un traitement chirurgical efficace. Cette intervention est à l'origine de 400 000 hospitalisations annuelles dont 200 000 chez les plus de 75 ans. Mais certaines catégories de la population ne peuvent pas bénéficier de ces progrès chirurgicaux et la cataracte non opérée, reste l'une des principales causes de malvoyance. La Dégénérescence Maculaire aiguë Liée à l'Age (DMLA) ne bénéficie pas de traitement efficace. Elle est la première cause de cécité dans les pays industrialisés. Elle représente près de la moitié des cas de cécité chez les personnes âgées de 75 à 84 ans et plus de deux cas sur trois après 85 ans [201].

L'amélioration de la prise en charge de la malvoyance du sujet âgé nécessite de mettre en place des moyens d'action qui reposent d'une part sur des actes de préventions efficaces pour les maladies évitables et d'autre part, sur l'aide des personnes handicapées visuelles, grâce à des techniques de réadaptation et à un accompagnement social. Malheureusement, en France, l'information est médiocre, les structures de prise en charge manquent et le coût élevé des aides techniques n'est pas pris en charge par l'assurance maladie [201].

V.5.3.2. Les troubles de l'audition.

Chez les personnes âgées, la fréquence des troubles de l'audition est élevée et leurs conséquences semblent très souvent sous-estimées. La principale cause des troubles de l'audition chez les personnes âgées est la déficience auditive liée à l'âge ou presbyacousie. Le problème est que ces troubles sont mal diagnostiqués. En effet, leurs débuts se traduisent souvent par une diminution de la parole et des échanges relationnels qui ne sont pas mis immédiatement sur le compte de la perte d'audition.

Petit à petit, elle provoque l'isolement de la personne âgée et favorise l'entrée dans la dépendance. Un diagnostic précoce, une prise en charge par des appareillages auditifs et une rééducation orthophonique permettraient de diminuer l'isolement relationnel qui suit cette perte auditive.

D'après l'enquête SPS 2000 [68], dans la population générale, la part des personnes qui déclarent une atteinte auditive s'élève à 6%. Cette proportion croît avec l'âge. Entre 60 et 69 ans, 16% des personnes interrogées présente une perte auditive, 21% entre 70 et 79 ans et plus du tiers des plus de 80 ans. L'enquête HID précise la prévalence de la surdité totale qui affecte 0,2% des personnes vivant à domicile. Cette prévalence qui est proche de 1% avant 60 ans, s'élève progressivement avec l'âge et atteint 1,3% chez les plus de 80 ans. Dans cette tranche d'âges, c'est parmi les hommes ouvriers que la surdité complète est la plus élevée [68].

Bien qu'il existe des moyens thérapeutiques, très peu de personnes sont appareillées, 6% des personnes âgées de 70 à 79 ans et 12% des plus de 80 ans.

Ce manque de prise en charge des troubles de l'audition représente un défi de santé publique à relever pour éviter l'isolement social et l'entrée dans la dépendance de nombreuses personnes âgées.

V.5.4. La santé bucco-dentaire des personnes âgées dépendantes.

V.5.4.1. Introduction.

La santé dentaire s'est considérablement améliorée dans la population générale au cours des dernières décennies. La prévalence de la carie dentaire a chuté chez les enfants et les conditions s'améliorant, on peut espérer qu'une proportion de plus en plus importante de personnes âgées conservera ses dents naturelles, à un âge avancé.

Malheureusement, des inégalités demeurent du fait des difficultés d'accès aux soins et des problèmes socio-économiques que peuvent rencontrer les personnes âgées dépendantes.

La santé bucco-dentaire de ces personnes est, aujourd'hui, déficiente et, contrairement au reste de la population, elle ne s'est pas améliorée au cours de ces dernières années. *"La carie dentaire reste une cause majeure de douleur et de morbidité pour beaucoup de personnes âgées"*. (figure 16) [175]. Pourtant, bien que la *"perte des dents soit considérée comme un phénomène normal du vieillissement"* [88], la mauvaise santé bucco-dentaire n'est pas la conséquence du vieillissement physiologique des tissus bucco-dentaires, mais bien d'une mauvaise prise en charge. Deux enquêtes régionales [229] [230] confirment une négligence importante, tant au niveau des soins préventifs que curatifs, chez les personnes âgées de plus de 65 ans. Cet état est encore plus mauvais chez les personnes dépendantes vivant en institutions.

Pourtant, l'importance sanitaire de la santé bucco-dentaire fait l'objet d'un consensus scientifique : la santé est indivisible et les affections dentaires non traitées ont un retentissement, parfois sérieux, sur l'état général. De plus, le très mauvais état dentaire, souvent associé à la pauvreté, est un signe d'exclusion immédiatement apparent. **Marqueur social, une bouche édentée est un véritable obstacle à l'insertion.**

Le Haut Comité de la Santé Publique dans son rapport général de novembre 1994 [101] a placé les difficultés d'accès aux soins et à la prévention parmi un des quatre déterminants principaux d'un bon état de santé de la population. L'expression d'une telle politique en matière de santé bucco-dentaire reste, cependant, discrète.

Ajoutons aussi que le taux de prise en charge des soins bucco-dentaires se distingue nettement de celui de la plupart des autres soins médicaux par sa faible importance. A cet obstacle financier, s'ajoutent d'autres facteurs, notamment socioculturel et psychologique, comme la peur du chirurgien dentiste et de la douleur, qui constituent des freins à la consommation. Cette sous-consommation participe à la mauvaise prise en charge bucco-dentaire et met en évidence les besoins de la population en matière d'information et de prévention.

Le 25 novembre 2005, Xavier Bertrand, Ministre de la Santé et des Solidarités, lance, lors d'un discours au congrès de l'Association Dentaire Française (ADF), un *"Mouvement pour la prévention de la santé bucco-dentaire"* car selon lui, *"en France, d'importantes marges de progrès sont possibles en matière de prévention, pour détecter les facteurs de risque, empêcher la survenue des pathologies et dépister les lésions dès leur apparition afin qu'elles soient traitées rapidement. La prévention doit toucher 62 millions de Français, avec un objectif simple : préserver la santé bucco-dentaire de chacun, et au-delà, prévenir l'apparition des conséquences sur la santé globale des patients"*. Pour cela, des actions ciblées devront notamment être organisées spécifiquement en faveur des personnes âgées dépendantes qui représentent une population particulièrement à haut risque [14].

Nous exposerons les conséquences du vieillissement physiologique des tissus bucco-dentaires sur la santé orale puis expliquerons comment le maintien d'une bonne santé bucco-dentaire participe au bien-être de la personne âgée et à sa santé, en nous intéressant tout particulièrement à son alimentation. En dépit de ces données scientifiques, les personnes âgées demeurent des personnes à haut risque de mauvaise santé bucco-dentaire. Nous utiliserons les résultats de trois enquêtes régionales pour exposer cette situation au sein des trois populations étudiées. Nous examinerons, dans une dernière partie, les causes de cette mauvaise prise en charge et les solutions qui sont aujourd'hui proposées.

V.5.4.2. Les conséquences du vieillissement physiologique sur la cavité buccale.

Le vieillissement physiologique des tissus bucco-dentaires n'est pas à l'origine de pathologies. Cependant, comme pour l'ensemble de l'organisme, la cavité buccale d'une personne âgée est composée d'un ensemble de tissus et d'organes plus fragiles, susceptibles d'être atteints par une pathologie et dont les capacités de défense sont amoindries face aux diverses agressions. Chez la personne âgée l'émail est moins perméable, plus résistant à la carie mais aussi plus cassant, la dentine, sous la jonction émail-dentine et à l'apex de la dent, devient plus transparente et la fibrose du tissu pulpaire est à l'origine d'une diminution de la réponse douloureuse [78]. Le tissu osseux est le siège d'une ostéopénie physiologique qui provoque une diminution du support parodontal [78]. A la diminution du flux salivaire s'ajoute une modification de sa composition qui réduit les capacités de défense immunitaire [64] [78] [239].

La personne âgée, par le simple fait du vieillissement normal, est donc une personne à risque de mauvaise santé orale.

Au vieillissement physiologique, qui affecte l'ensemble de la cavité buccale, s'ajoute les vieillissements physiologique et pathologique de tout l'organisme qui apportent leurs lots d'atteintes au niveau de la vision, de l'habileté manuelle, de la mobilité et qui participent directement à la dégradation de l'hygiène bucco-dentaire. Les pathologies chroniques associées, quant à elles, altèrent, directement ou par les traitements médicamenteux qu'elles occasionnent, la santé orale.

V.5.4.3. Santé orale et qualité de vie.

La cavité buccale est un carrefour fonctionnel primordial, dont la santé représente un facteur déterminant de la qualité de vie des individus. Selon l'OMS, *"le complexe maxillo-facial nous permet de parler, de sourire, d'embrasser, de toucher, de sentir, de goûter, de mâcher, d'avaler et de pleurer sans éprouver de douleur.[...] L'impact psychologique et social des maladies bucco-dentaires diminue sensiblement la qualité de vie."* [174].

Nitschke et Muller ont étudié l'impact de la santé bucco-dentaire sur la qualité de vie des personnes âgées [155]. Les progrès économiques et médicaux, la place croissante de l'apparence physique dans le bien-être de la personne font que de plus en plus de personnes prennent soin de leur santé orale et que l'altération de celle-ci influence négativement la qualité de vie. Conséquence de l'effet génération, "nos futurs vieux" seront plus exigeants quant à leur santé bucco-dentaire. Des données épidémiologiques montrent, d'ailleurs, que les personnes âgées tendent à conserver leurs dents naturelles plus longtemps et qu'elles portent leurs premières prothèses amovibles plus tardivement [155]. Chez ces personnes, l'impact de la santé orale sur la qualité de vie dépend de paramètres physiques, comme la douleur et l'inconfort, mais aussi de paramètres psycho-sociaux. Ainsi, les soins dentaires, pour permettre une vie agréable, doivent restaurer les fonctions orales et soulager les gênes et les douleurs, causées notamment par la xérostomie très fréquente aux âges avancés. Ces soins doivent également améliorer leur apparence physique qui contribue à une meilleure estime d'elles-mêmes et à un bien-être psycho-social. De même, la communication et les contacts avec l'environnement social de la personne âgée peuvent être positivement influencés par une bonne prise en charge bucco-dentaire.

Il est certain que la santé orale et les soins bucco-dentaires ont un impact important sur la qualité de vie des personnes âgées et qu'ils doivent être impérativement promus que ce soit dans les établissements pour personnes âgées ou lors de la prise en charge médicale de celles qui vivent à domicile [155].

V.5.4.4. Santé bucco-dentaire et santé générale.

V.5.4.4.1. Santé bucco-dentaire et pathologies générales.

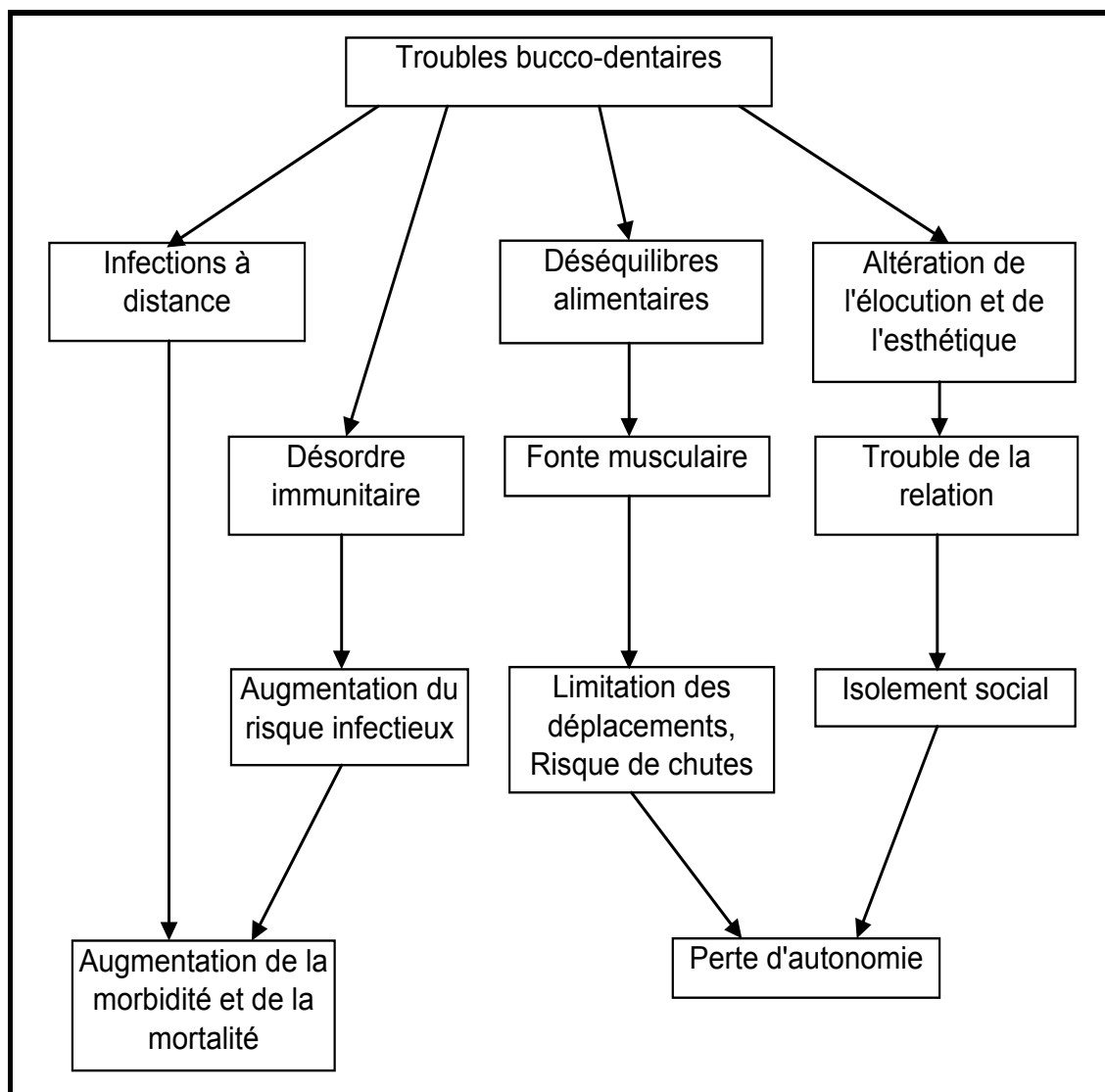
La relation entre la santé bucco-dentaire et la santé générale a été établie scientifiquement [97] [100] [240]. Les troubles bucco-dentaires peuvent être le reflet de nombreuses pathologies, fréquentes chez les personnes âgées, ou interfèrent avec elles.

C'est ainsi que Grossi et Genco ont observé que des formes sévères de maladies parodontales étaient associées au diabète [97]. Une autre étude rapporte qu'une atteinte parodontale généralisée peut expliquer la perte de poids constatée chez les personnes âgées [240]. Les réservoirs bactériens que constituent l'infection parodontale, mais également des prothèses amovibles non entretenues sont incriminés dans la diminution des capacités respiratoires constatée chez des personnes âgées de plus de 80 ans [100].

Les infections bucco-dentaires, souvent source d'infections à distance, parce qu'elles dérèglent les fonctions immunitaires des personnes âgées, augmentent le risque de morbidité et participent à l'altération de l'état de santé des personnes âgées (figure 25). Nous avons vu, précédemment, le rôle de la santé bucco-dentaire sur l'ensemble des fonctions oro-faciales. La conséquence ultime de ces troubles fonctionnels, par l'isolement social qu'ils peuvent provoquer, est la perte d'autonomie physique et psychique et donc l'entrée dans la dépendance de la personne âgée (figure 25).

L'ensemble des conséquences de la santé bucco-dentaire sur l'alimentation sera exposé dans le paragraphe V.5.4.4.2.

Figure 25
Influence de la santé bucco-dentaire sur la santé générale.



Sources : [102] [126] [229].

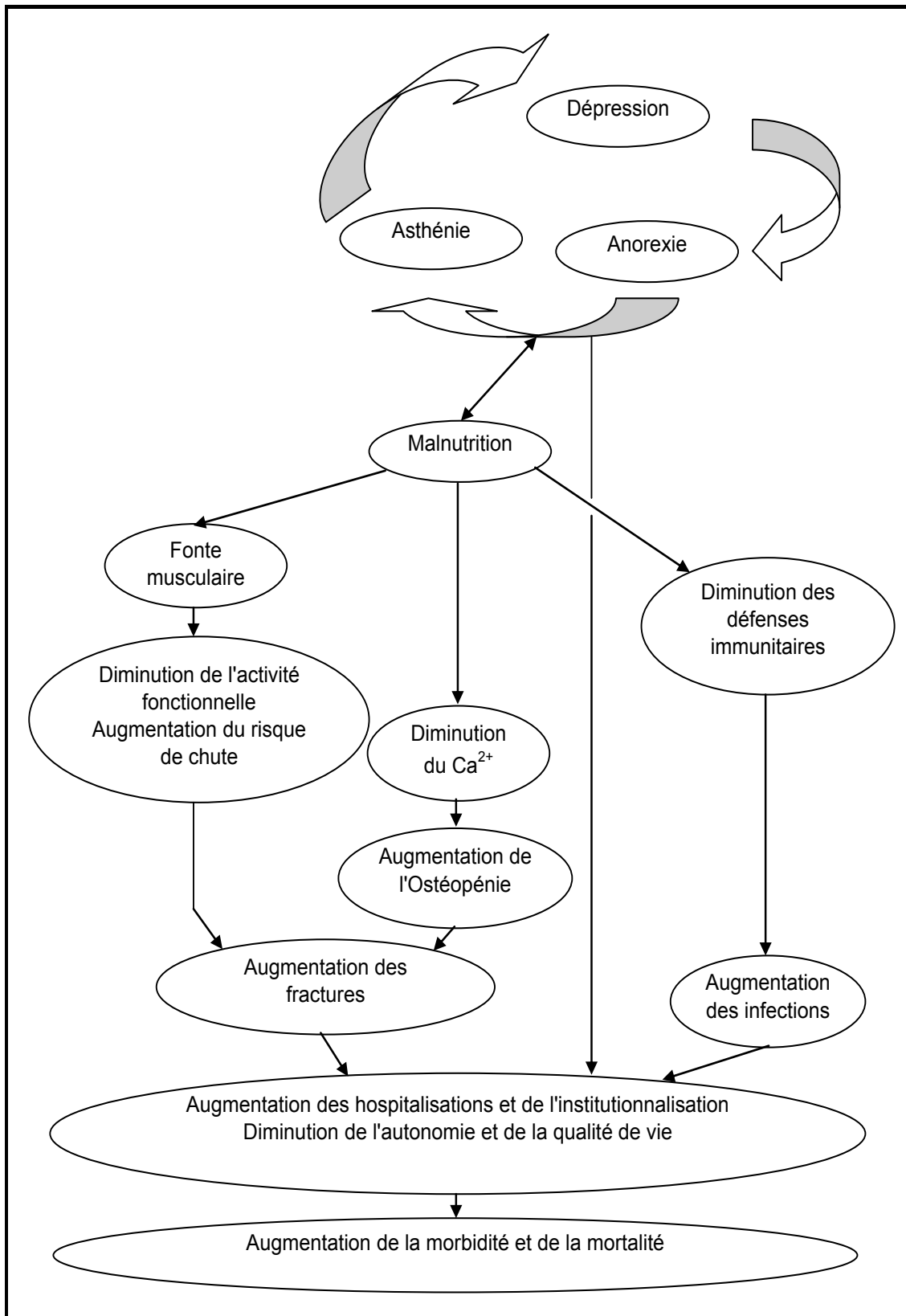
V.5.4.4.2. Santé bucco-dentaire et dénutrition.

Veiller à la bonne alimentation de la personne âgée nécessite une vigilance permanente, tant les obstacles potentiels au maintien de sa qualité sont nombreux et tant il est important de bien manger pour bien vieillir.

Les personnes âgées composent un groupe hétérogène, y compris sur le plan nutritionnel. Avec les années, les modifications de l'organisme occasionnées par le vieillissement, la survenue de maladies, ainsi que les changements affectifs et sociaux rendent nécessaire d'adapter l'alimentation à chacun.

Figure 26

Conséquences de la dénutrition chez le sujet âgé.



Sources : [58] [102].

Le médecin généraliste peut jouer un rôle majeur dans ce domaine. Malheureusement la nutrition est rarement un motif de consultation à part entière et elle est souvent effacée par des pathologies qui monopolisent l'attention.

L'objectif poursuivi est pourtant capital. **Il s'agit de lutter contre la dénutrition protéino-énergétique à l'origine d'une hausse de la morbidité et de la mortalité. Elle concerne 4% de la population âgée vivant à domicile et malgré la prise en charge médicale, elle touche 30 à 61% des personnes âgées hospitalisées [125].** L'ensemble des conséquences de la dénutrition chez les personnes âgées est représenté dans la figure 26.

La gravité de ces conséquences montre que la nutrition des personnes âgées doit devenir une préoccupation majeure, pour tous les acteurs du système sanitaire et social qui interviennent auprès d'elles pour maintenir leur état de santé.

Dans quelles mesures l'état de santé bucco-dentaire peut interférer avec l'alimentation du sujet âgé et participer à sa dénutrition ?

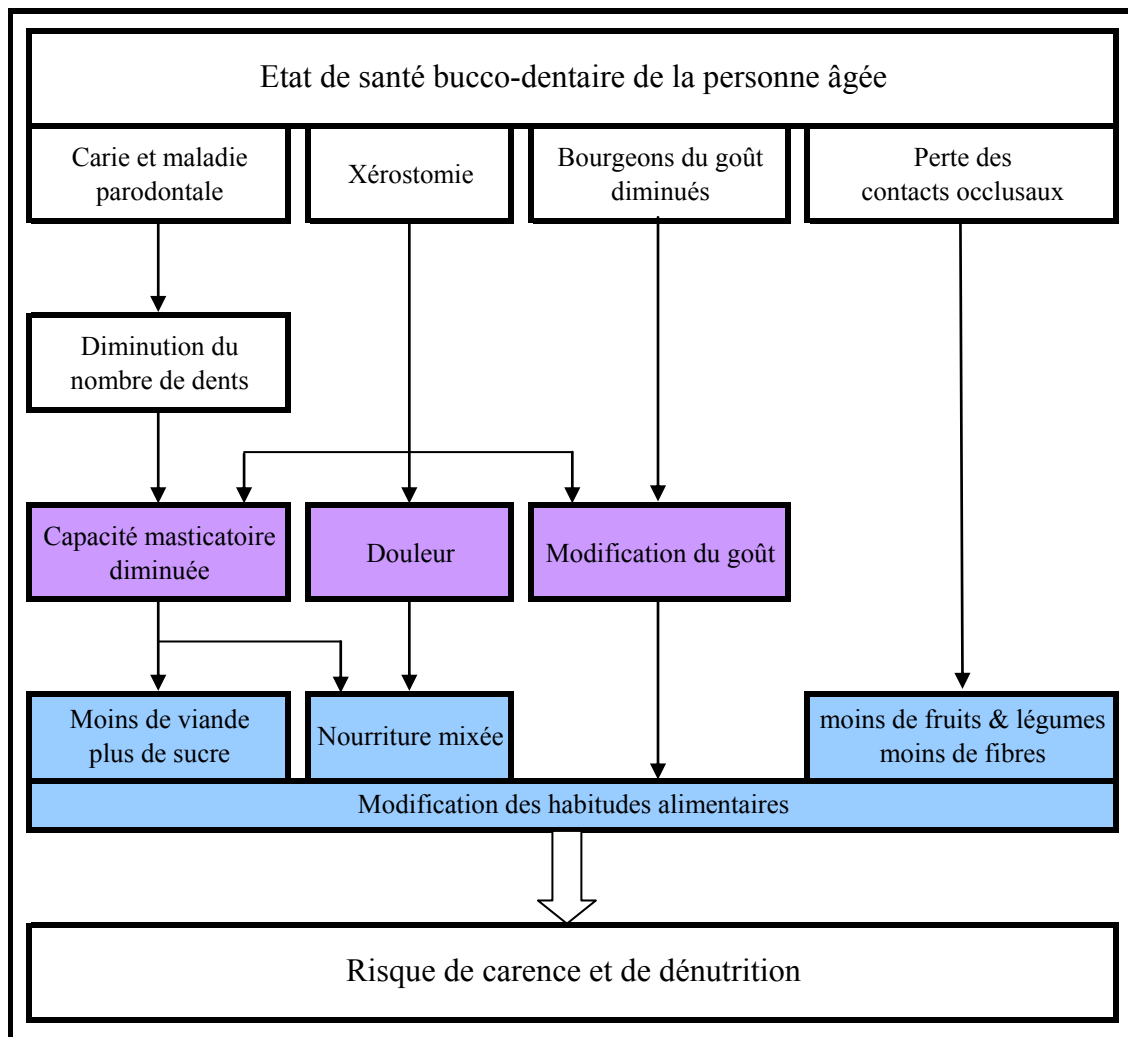
L'effet néfaste d'une mauvaise santé bucco-dentaire sur l'alimentation.

Avant toute chose, il est important de ne pas confondre les troubles de l'alimentation que sont les problèmes rencontrés lors de l'ingestion des aliments avec la dénutrition qui est un état pathologique résultant d'un déséquilibre entre la valeur nutritive des aliments ingérés et les dépenses caloriques de l'organisme [128]. Une denture saine n'est donc pas le préalable pour maintenir un bon état nutritionnel. Cependant, les sujets présentant un mauvais état dentaire sont aussi ceux qui ont la plus faible absorption de nutriments car leurs capacités à se nourrir sont altérées [4] [213].

Muller et Nitschke se sont intéressés à la relation qui peut exister entre l'alimentation chez les personnes âgées et leur état de santé bucco-dentaire [152]. Ils observent que **la perte des dents naturelles altère fondamentalement la fonction de mastication.** Pour compenser ce déficit, la personne édentée doit mâcher plus longtemps ses aliments et doit déglutir un bol alimentaire composé d'éléments plus gros [32]. La restauration prothétique d'un édentement prémolo-molaire permet d'améliorer l'activité des muscles masticateurs et donc de diminuer le temps et le nombre de mouvements nécessaires avant la déglutition [32]. La xérostomie et les dysphagies rendent l'alimentation plus difficile et douloureuse [152] (figure 27).

Figure 27

L'état de santé bucco-dentaire de la personne âgée et ses conséquences sur l'alimentation.



Sources : [4] [102] [128] [147] [213].

L'état de santé orale a, également, une influence sur le contenu de l'alimentation.

On note chez les personnes âgées une diminution de la quantité de calories ingérées et de la consommation de protéines. Cette baisse est compensée par des repas plus riches en graisses et en sucres. On constate, aussi, que la quantité de fruits et de légumes consommés diminue progressivement avec la perte des contacts occlusaux au niveau des secteurs prémolo-molaires [152]. Ces sélections alimentaires sont à l'origine de carence et de dénutrition chez la personne âgée.

Il faut aussi rappeler que la persistance d'un foyer infectieux bucco-dentaire, comme toutes les infections de l'organisme, augmente les besoins énergétiques de la personne âgée et donc, peut être la source d'une dénutrition [102].

L'état de santé bucco-dentaire n'est qu'un des nombreux facteurs de risque de dénutrition chez les personnes âgées [102]. Il est cependant indispensable que le praticien connaisse leurs besoins alimentaires, les causes et les conséquences d'une malnutrition ainsi que le rôle d'une cavité buccale saine, d'une part, dans le maintien des capacités fonctionnelles à s'alimenter et, d'autre part, dans la conservation d'un équilibre nutritif, nécessaire à la santé de ces personnes. Une telle prise de conscience doit permettre au chirurgien dentiste d'associer, lors de la prise en charge du sujet âgé, des décisions thérapeutiques, dont l'objectif

sera de permettre une alimentation normale, à des conseils d'hygiène alimentaire, dans le but de diminuer le risque de dénutrition.

V.5.4.5. La santé bucco-dentaire des personnes âgées dépendantes en institutions.

Le Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens Dentistes, faisant suite aux différentes enquêtes régionales menées auprès des personnes âgées dépendantes, informe l'ensemble de la profession, dans la *Lettre* du mois de mai 2004, de l'état préoccupant de la santé bucco-dentaire de ces personnes [48].

Malgré ce constat, dans les forfaits de prise en charge définis par la réforme relative aux modalités de tarification et de financement des Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), les soins bucco-dentaires ne sont pas prévus [202].

Ajoutons que, les projets d'établissement concernant l'organisation et le personnel, ainsi que les projets de soins concernant chacun des résidents, n'envisagent à aucun moment la santé bucco-dentaire [229].

Dans le décret n°2001-1084 [203], relatif aux modalités d'attribution des prestations liées à la perte d'autonomie des personnes âgées, il est stipulé parmi les indicateurs retenus, que *"le nettoyage de la denture a été supprimé car il s'avère qu'il fait perdre toute sensibilité à l'évaluation sur une variable très importante"*. De même, dans les modalités de remplissage de la grille AGGIR, il est dit que *"le nettoyage de la denture a été supprimé car la grande majorité des personnes âgées de 80 ans ne se lave pas plus les dents qu'elles ne lavent leur dentiers. Les soignants ne le font pas toujours de façon systématique, sauf si l'on lance une action de soins spécifique."* On ne peut que regretter cette négligence des pouvoirs publics.

Il est important de réagir face à cette mise à l'écart de la santé bucco-dentaire. D'une part, parce que son impact sur la santé générale et la qualité de vie est non négligeable. D'autre part, parce que le vieillissement programmé de la population va provoquer une augmentation considérable du nombre de résidents au sein des Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) dans les années à venir. Une telle négligence pourrait être, alors, à l'origine d'une explosion de la prévalence des pathologies bucco-dentaires dans ces établissements.

Les réflexions sur la mise en place d'un système de soins adaptés aux personnes âgées dépendantes sont indispensables pour faire face à ce problème de santé public. Il est donc nécessaire de connaître leur état de santé bucco-dentaire. Malheureusement, il n'existe pas d'étude épidémiologique, représentative de l'état de santé bucco-dentaire des personnes âgées dépendantes en France.

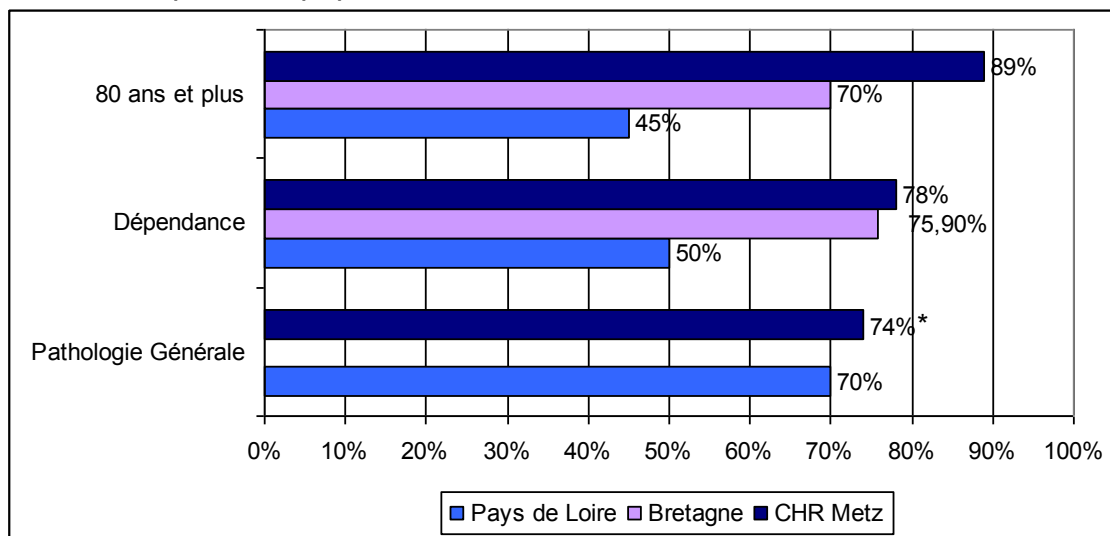
L'état de santé bucco-dentaire des personnes âgées hébergées en établissement a fait l'objet de deux études, menées par l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM) des Pays de Loire et de Bretagne, respectivement en 2002 et 2003 [229] [230]. Une troisième enquête a été réalisée, au sein du Centre Hospitalier Régional (CHR) de Metz-Thionville, chez les patients hospitalisés en unité de soins gériatriques [23]. Même si ces études, de dimension régionale et limitées à de petits effectifs (respectivement 443, 620 et 120), ne sont pas représentatives de l'ensemble des personnes âgées dépendantes, elles présentent des éléments d'information intéressants pour la suite de notre travail. Nous présenterons l'essentiel de leurs résultats sur la santé bucco-dentaire, les besoins en soins, la demande de soins et les possibilités d'accès aux services dentaires.

V.5.4.5.1. Caractéristiques des personnes participant aux enquêtes.

L'ensemble des données concernent essentiellement des personnes âgées de plus de 80 ans, ayant au moins une pathologie générale et nécessitant l'aide d'un tiers pour le déplacement et la toilette (figure 28).

Les pathologies prises en compte dans l'enquête des Pays de la Loire sont le diabète, le port de prothèses organiques internes, les maladies cardio-vasculaires et les troubles du système nerveux. Il s'agit donc de maladies susceptibles d'altérer l'état bucco-dentaire ou qui peuvent être aggravées par une mauvaise santé orale. Ainsi, les résultats sont sous-estimés puisqu'il n'est pas tenu compte des personnes âgées atteintes d'au moins une pathologie. Mais ils nous montrent bien la part importante que représente une population à haut risque de mauvaise santé bucco-dentaire dans les EHPAD.

Figure 28
Caractéristiques des populations étudiées.



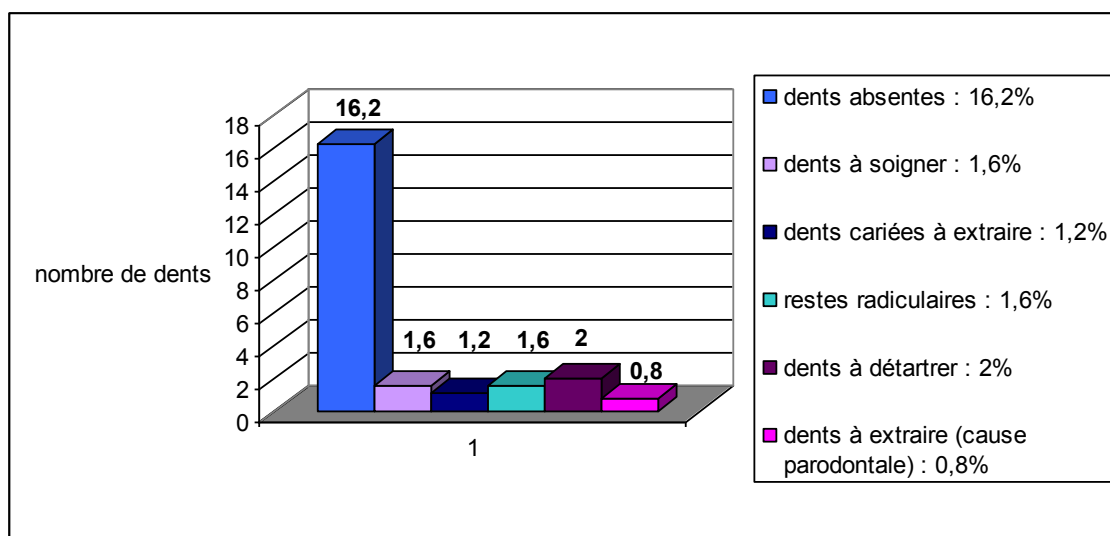
* 74% des personnes participant aux enquêtes au CHR de Metz ont une pathologie cardio-vasculaire et/ou des troubles mentaux.

Sources : URCAM, CHR de Metz [23] [229] [230].

V.5.4.5.2. Profil bucco-dentaire des personnes participant aux enquêtes.

Une majorité de ces personnes âgées ont encore des dents naturelles: 65,5% dans l'enquête de Bretagne et 57,5% à Metz. Les progrès réalisés ces dernières années en matière de santé bucco-dentaire font que de plus en plus de personnes âgées gardent leurs dents naturelles plus longtemps [36]. Cependant, le nombre de dents conservées n'augmente pas et **l'examen clinique des patients [23] [229] [230] révèle la présence de nombreuses pathologies buccales - lésions carieuses et parodontales, atteintes de la muqueuse - et donc un important besoin en soins (figure 29).**

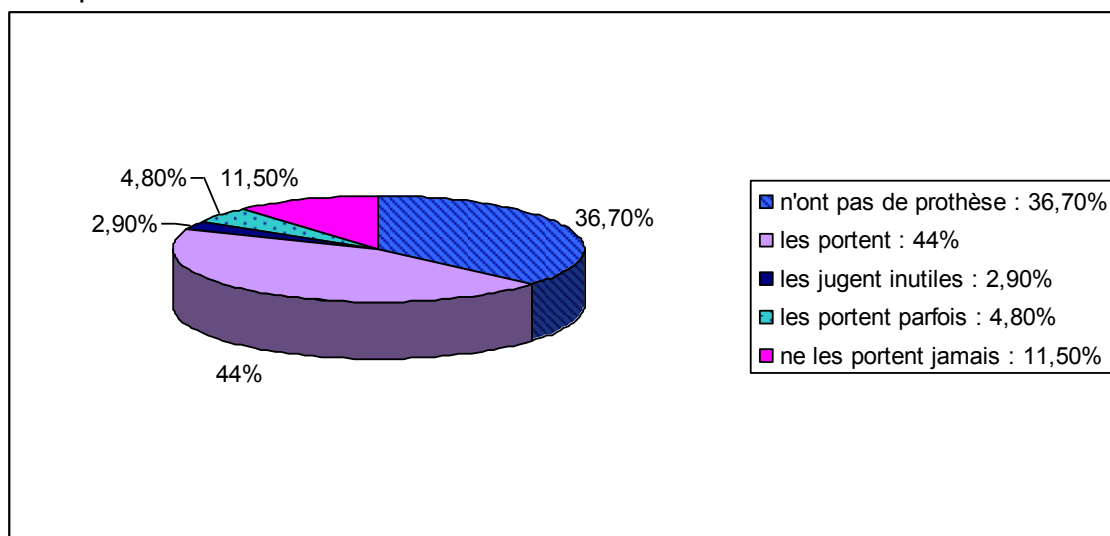
Figure 29
Etat bucco-dentaire type d'un patient partiellement édenté des services de gériatrie du CHR de Metz.



Source : CHR Metz [23].

V.5.4.5.3. Le port des prothèses chez les personnes participant aux enquêtes.
L'état bucco-dentaire des personnes âgées dépendantes nécessite fréquemment la réalisation d'une prothèse amovible (53% en Bretagne) [229]. Même si une majorité d'entre elles sont appareillées, les comportements observés vis-à-vis des prothèses sont variables et plus de 11% d'entre elles ne les portent jamais (figure 30) [229]. Cette attitude peut être, en partie, expliquée par le taux important de prothèses devant être refaites ou réparées (de 46% à 54,5% selon les enquêtes) [23] [230]. L'absence de prothèse est à l'origine d'une perte de dimension verticale d'occlusion qui favorise l'apparition de lésions de la muqueuse buccale, observées chez 21,7% des pensionnaires [23]. On remarque, cependant, que **malgré ce taux élevé de prothèses inadaptées, la majorité des patients en sont satisfaits** [23].

Figure 30
Comportement des personnes âgées dépendantes institutionnalisées envers leurs prothèses.



Source : URCAM de Bretagne [229].

V.5.4.5.4. Les habitudes d'hygiène chez les personnes participant aux enquêtes.

Bien que la majorité du personnel soignant pense que les résidents n'accordent pas d'intérêt à leur état bucco-dentaire, près de 60% d'entre eux déclarent se brosser quotidiennement les dents [230] et le font sans l'aide d'un tiers et ce, malgré le fort taux de dépendance observé [229] [230].

V.5.4.5.5. Les besoins de soins observés chez les personnes participant aux enquêtes.

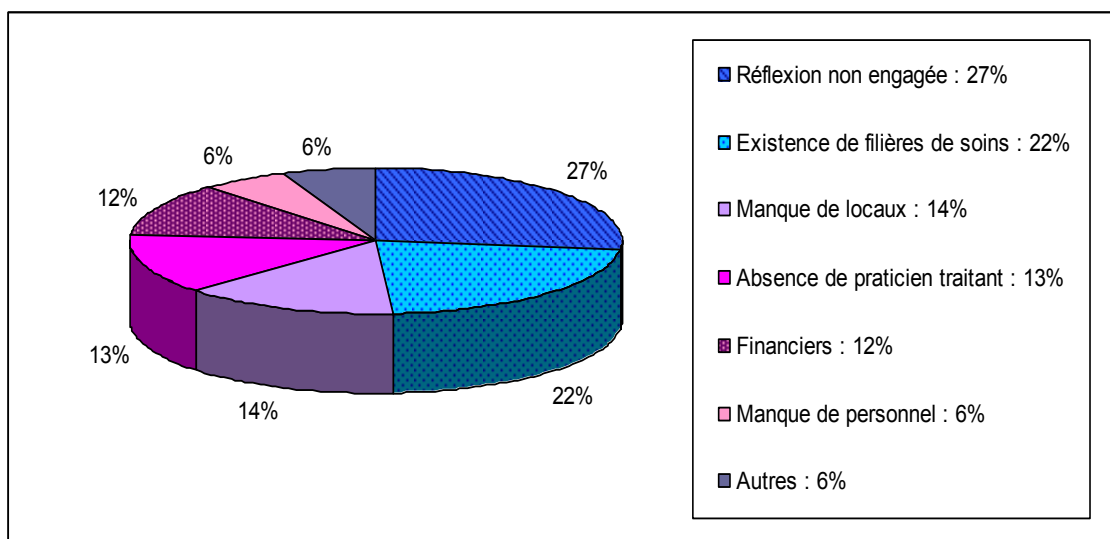
Les besoins de soins, tous types confondus, sont très importants. L'enquête de Loire Atlantique montre que deux tiers des personnes atteintes d'une pathologie, représentant un risque pour la personne, ont besoin de soins [230]. Il s'agit très souvent de soins d'hygiène. Les soins conservateurs et les avulsions ne concernent que quelques dents.

V.5.4.5.6. L'utilisation des services de soins par les personnes participant aux enquêtes.

Malgré un important besoin de soins, à peine 20% des résidents ont eu recours à un chirurgien dentiste au cours des douze derniers mois [230]. Les besoins de soins, observés lors de l'enquête, ne varient pas en fonction de ce suivi récent. Cela laisse à penser que le suivi ne répond qu'à des situations d'urgence et ne prend en compte que des besoins ponctuels [230].

Très peu d'établissements fournissent un service de soins sur place et dans la majorité des cas, il faut faire appel à un chirurgien dentiste extérieur [229] [230]. Les motifs d'absence de suivi bucco-dentaire, invoqués par près de 50% des chefs d'établissement - "réflexion non engagée" ou "existence de filières de soins" - montrent qu'il ne fait pas partie des priorités (figure 31).

Figure 31
Motifs d'absence de suivi bucco-dentaire invoqués par les chefs d'établissements.



Source : URCAM des Pays de Loire [230].

V.5.4.5.7. Le besoin ressenti par les personnes participant aux enquêtes.

Le mauvais suivi bucco-dentaire des personnes âgées s'explique aussi par le fait qu'elles ne ressentent pas le besoin de consulter. En effet, bien qu'elles se

plaignent très souvent de troubles de la mastication, de la déglutition et de l'élocution [229], plus d'un résident sur deux juge bon ou excellent son état bucco-dentaire et seul un résident sur six exprime des doléances importantes [230].

Les résultats de ces trois enquêtes nous permettent d'observer que, pour les populations étudiées, l'état de santé bucco-dentaire des personnes âgées dépendantes révèle un besoin en soins très important. Malgré cela, leur prise en charge reste quasi inexistante et ces personnes fragiles conservent des états infectieux sous-jacents qui participent à la dégradation de leur état de santé général.

Bien que ces résultats ne soient pas représentatifs de la population française, ils sont en accord avec ceux observés lors d'études menées en Finlande et au Québec dans des services de long séjour [53] [171].

V.5.4.6. Conclusion.

Nous pouvons constater, à partir de ces enquêtes, que **deux phénomènes participent à la détérioration de l'état de santé bucco-dentaire des personnes âgées en institution. Le premier est culturel, les résidents, le personnel soignant et les pouvoirs publics expriment un manque d'intérêt marqué pour la santé bucco-dentaire. Le deuxième, structurel, se traduit par un manque de moyens et de structures adaptés au suivi des personnes hébergées en établissement.**

Comment résoudre les problèmes posés par les soins bucco-dentaires en EHPAD au cours des prochaines décennies ? Ils concernent :

la rentrée de plus en plus tardive en établissement de personnes âgées dont l'état de dépendance est très marqué,

un état bucco-dentaire "mieux entretenu" que pour les générations actuelles, avec davantage de prothèses fixes et implanto-portées, nécessitant un plateau technique plus élaboré,

et une démographie professionnelle qui ne croît pas aussi vite que l'effectif des personnes âgées dépendantes et qui présente des disparités géographiques au détriment des campagnes.

Les réponses à apporter devront être de deux ordres. D'une part, individuel. Le chirurgien dentiste doit tout mettre en œuvre, dans un but toujours plus palliatif que curatif, pour améliorer la qualité de vie de ces personnes. Et d'autre part, collectif. Les pouvoirs publics doivent prendre des mesures qui permettront de meilleures considération et prise en charge de leur santé bucco-dentaire, ainsi qu'un accès plus facile aux structures de soins.

Une étude européenne rapporte, que très souvent, les praticiens libéraux sont réticents à délivrer des soins aux personnes âgées dépendantes. Les raisons invoquées sont la faible rémunération des actes par rapport au temps passé, mais aussi, les difficultés et les craintes ressenties à prendre en charge ces personnes plus fragiles. Le manque de formation en odontologie gériatrique doit-il continuer à décourager le chirurgien dentiste de soigner les patients âgés ? [114]

Pour répondre aux besoins spécifiques de ces personnes, les Facultés de chirurgie dentaire ont développé des enseignements théoriques et cliniques d'odontologie gériatrique. Sept pour cent des Facultés européennes n'ont pas encore mis en place cette formation [187]. Une étude rapporte que plus que les connaissances théoriques, les rencontres entre les étudiants et les personnes âgées constituent le meilleur apprentissage, car elles permettent au futur chirurgien dentiste de prendre conscience des réalités de la vieillesse, de ses spécificités physiologiques, et, en particulier, psychologiques et sociales [76].

Pour améliorer la prise en charge, de nombreuses mesures sont proposées localement, mise à la disposition des praticiens d'une mallette portative par les Conseils Départementaux de l'Ordre des Chirurgiens Dentistes, enseignement pour le personnel des EHPAD à la Faculté de chirurgie dentaire de Rennes, réalisation de dépistage bucco-dentaire systématique des personnes âgées dépendantes à l'Hôpital Louis-Mourier à Colombes, mais il n'existe pas de recommandations nationales [48]. Le Ministre de la Santé et des Solidarités, Xavier Bertrand [14], a proposé un plan de prévention bucco-dentaire qui sera expérimenté en 2006 dans plusieurs départements. Il comprend trois mesures destinées à améliorer la santé bucco-dentaire des personnes âgées dépendantes. Les personnes atteignant 60 ans bénéficieront d'un **bilan bucco-dentaire clinique**, pris en charge à 100%, qui sera suivi d'un entretien au cours duquel des conseils seront fournis pour promouvoir et maintenir la santé orale (mesure n° 5). La mesure n° 6 vise à améliorer la situation des personnes âgées dépendantes hébergées en établissement qui, malgré un état bucco-dentaire souvent alarmant, n'ont pas accès à la prévention et aux soins, faute d'une offre de soins adaptée dans les EHPAD. Cette mesure prévoit la rédaction d'une **Charte du Droit à la santé bucco-dentaire pour ces personnes**, la **formation et la sensibilisation** de l'ensemble des acteurs qui participe à leur prise en charge médicale et **l'installation, dans chaque établissement, d'un équipement dentaire portatif** qui permettra à un chirurgien dentiste d'effectuer les soins réalisables sur place. Enfin, la mesure n° 9 prévoit, pour améliorer la santé bucco-dentaire des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une autre démence, d'organiser et de développer, en complément de la prise en charge libérale, une prise en charge hospitalière pour ces patients très dépendants. Cette mesure s'appliquera à l'ensemble des personnes âgées dépendantes hébergées dans des EHPAD ou hospitalisés dans des services de gériatrie.

Ce programme ambitieux, mais absolument indispensable, ne concernera pas l'ensemble de la population avant plusieurs années. D'autres mesures pourraient être proposées pour répondre plus rapidement aux besoins, comme la mise en place d'une structure mobile de soins qui se déplacerait d'EHPAD en EHPAD ou encore la revalorisation des actes délivrés à ces personnes.

V.6. Quel état de santé pour les personnes âgées de demain ?

Quand on voit que les progrès médicaux nous permettent de maintenir en vie des personnes âgées très malades, cette médicalisation à outrance ne va-t-elle pas, un jour, se retourner contre nous ?

Crimmins considère que si l'espérance de vie augmente parce que l'incidence des maladies diminue, la santé s'améliore, par contre si l'espérance de vie augmente parce que la survie augmente, alors la santé se dégrade [54].

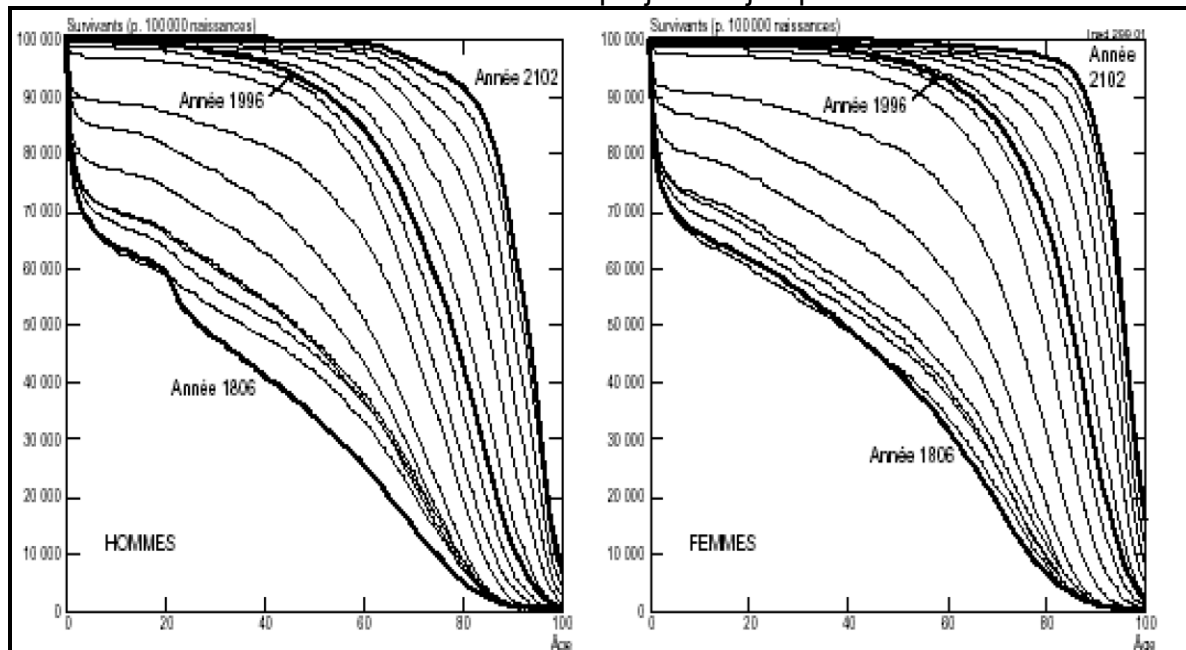
Trois théories sur l'évolution de l'état de santé ont été émises dans les années 80 et 90. Il s'agit de la théorie de la pandémie des troubles mentaux, des maladies chroniques et des incapacités de Gruenberg [98] et Kramer [130]. Ils soutiennent que la date d'apparition des maladies reste identique, mais la durée de survie avec la maladie augmente grâce à la diminution du taux de létalité. Cette baisse de la mortalité, liée aux progrès médicaux, entraîne un allongement de la durée de vie des personnes les plus malades et les plus faibles. Ce recul du décès des personnes malades fait apparaître des états plus sévères.

Selon la théorie de la compression de la morbidité, émise par Fries en 1980, l'âge moyen d'apparition des maladies est retardé grâce à la maîtrise des facteurs de risque, alors que l'espérance de vie est relativement constante [86] [87]. La morbidité s'en

trouve compressée sur une courte période de temps et la courbe de survie se rectangularise comme le montre la figure 32.

Figure 32

Rectangularisation des courbes de survie. Modifications, de 20 ans en 20 ans, de la courbe de survie de 1806 à 1996 et projection jusqu'en 2102.



Source : CNAMTS [41].

Reproduit avec l'aimable autorisation de Cathy Stévenard.

Enfin, dans l'équilibre dynamique de Manton, la hausse de l'espérance de vie est en partie expliquée par le ralentissement du développement des pathologies chroniques grâce à une bonne prise en charge des patients malades. La prévalence des maladies augmente, mais les affections sont en moyenne moins sévères et elles engendrent moins d'incapacités et de décès [139].

Chacune de ces trois théories correspond à une phase de l'évolution de l'état de santé tel qu'on a pu l'observer au cours de la transition épidémiologique* pendant le dernier siècle. Robine retrace les différents moments de cette évolution [195].

Dans la première phase de cette transition, le développement économique moderne a conduit à une chute de la mortalité infantile due à l'augmentation des ressources alimentaires, au déclin des maladies infectieuses et au progrès de l'hygiène. Dès lors, l'état de santé aux jeunes âges s'améliorant, un plus grand nombre de nouveaux-nés a pu atteindre l'âge adulte.

Dans une seconde phase, la croissance économique et les avancées médicales ont profité aux adultes. En diminuant la mortalité des personnes âgées, elles ont contribué à l'allongement de la durée de vie.

Cette baisse de la mortalité aux âges avancés a d'abord concerné une population en mauvaise santé par rapport à la population actuelle. La chute de la mortalité a alors accru la prévalence des maladies chroniques et des incapacités en augmentant d'abord les taux de survie des personnes malades. C'est le scénario de l'expansion de la morbidité décrit par Gruenberg et Kramer [98] [130]. Selon Crimmins, au cours de cette période, la santé de la population âgée s'est donc dégradée [54].

Progressivement, les progrès médicaux vont ralentir la progression des maladies chroniques et diminuer la fréquence des formes d'incapacité les plus sévères impliquant une sorte d'équilibre dynamique avec la chute de la mortalité. C'est la révolution cardio-vasculaire.

Puis, avec l'arrivée de nouvelles cohortes, la santé des personnes âgées s'est améliorée. Beaucoup d'arguments vont dans ce sens : de meilleures conditions de vie à l'âge adulte, un meilleur niveau d'éducation, de meilleures pratiques de santé. Tout cela peut conduire à une phase de compression de la morbidité qui se caractérise par une baisse du temps passé en incapacité. C'est la phase que pourrait connaître la France aujourd'hui.

Cependant, les améliorations, faites notamment dans le logement et dans les services fournis aux plus âgés, se poursuivent. La diminution marquée de la mortalité conduit alors à l'émergence d'une population extrêmement âgée plus fragile comme celle des supercentenaires. Robine et Michel pensent que ce nouveau phénomène pourrait nous ramener au point de départ, c'est-à-dire à une expansion de la morbidité [198].

Conséquence du *baby-boom* et de l'allongement de la durée de vie, la proportion des personnes âgées de plus de 75 ans va croître et peser de tout son poids sur la population générale. Les données actuelles sur la longévité humaine ne nous permettent pas de savoir s'il existe une limite à la durée de vie mais il est certain que nous serons de plus en plus nombreux à devenir centenaires. Les progrès médicaux et socio-économiques ont permis une amélioration de l'état de santé des personnes âgées. Cependant du fait des vieillissements physiologique, psychologique et social, 18,3% des personnes âgées de plus de 85 ans et 30,2% de celles âgées de plus de 90 ans sont dépendantes. Elles nécessitent l'aide de moyens techniques et/ou humains pour la réalisation des activités de la vie quotidienne. Le vieillissement démographique va être à l'origine d'une augmentation importante de l'effectif de ces personnes âgées dépendantes. De plus, l'utilisation de moyens thérapeutiques, toujours plus performants qui permettent de maintenir plus longtemps en vie des personnes malades, pourrait engendrer une multiplication des états de très grande dépendance. Il est nécessaire de s'interroger sur les conséquences socio-économiques de ces évolutions. En effet, les actifs dont le nombre doit diminuer dans les prochaines années vont-ils accepter de financer, par l'intermédiaire de leurs cotisations, le coût de ce vieillissement ? L'ensemble de notre second chapitre sera consacré à cette problématique.

CHAPITRE DEUXIEME VIEILLISSEMENT DEMOGRAPHIQUE DE LA FRANCE : LIMITES DE L'ETAT-PROVIDENCE ET CONSEQUENCES SUR LES RELATIONS ENTRE GENERATIONS.

I. PRESENTATION DE L'ETAT-PROVIDENCE FRANÇAIS.

I.1. Les origines de la sécurité sociale en France.

Les quatre concepts, fatalité, solidarité, responsabilité et réciprocité furent les piliers de la réflexion sur la protection sociale des lois anglaises sur les pauvres (*Poor Laws*) au XVII^e siècle à la naissance de l'Etat-providence, à la fin du XIX^e siècle, et jusqu'à aujourd'hui [138].

L'Etat-providence désigne, au sens strict et au sens historique, l'intervention de l'Etat dans le domaine social par l'intermédiaire du système de la Sécurité sociale*. Il vise à garantir un revenu aux personnes touchées par certains risques sociaux*. Ces risques sociaux sont : la maladie, l'accident du travail et la maladie professionnelle, la vieillesse, le chômage [35].

Afin de comprendre les fondements du système français, il convient d'en tracer un rapide historique. Le besoin de se protéger contre le risque est ancien. Il a longtemps été renvoyé à la charité, notamment, chrétienne avec les hôpitaux et les hospices, et de manière naturelle à la famille, il était ainsi préférable d'avoir de nombreux enfants pour garantir les vieux jours.

Mais avec la révolution industrielle et l'avènement puis l'expansion du capitalisme, ces systèmes informels sont rapidement devenus insuffisants. En France, seules les populations requises pour le service de l'Etat étaient prémunies contre les risques de la vie. C'était le cas des travailleurs des mines et de la Marine Royale. A la fin du XIX^e siècle, des systèmes d'assurance privés gérés par les employeurs apparaissent et une législation sociale se développe. Puis en 1930, la loi du 30 avril sur les "*assurances sociales*", votée à l'initiative de Pierre Laval, permet de protéger les salariés contre certains risques tels que la maladie, l'invalidité, la vieillesse et le décès. Mais cette loi, restrictive, ne permettait pas encore à la majorité des français d'être protégés contre ces grands risques.

La maturation des idées sociales se retrouve dans le programme du Conseil National de la Résistance qui se prononce pour "*un plan complet de Sécurité sociale, visant à assurer à tous les citoyens des moyens d'existence dans tous les cas où ils sont capables de se les procurer par le travail avec gestion appartenant aux représentants des assurés et de l'état*" et "*une retraite permettant aux travailleurs de finir dignement leurs jours*". La réflexion est menée par Pierre Laroque, chargé de rédiger ce plan. Rentré en France en juin 1944 avec le Général de Gaulle, il est nommé Directeur Général des Assurances Sociales le 5 octobre 1944 et prend une part considérable dans la rédaction des ordonnances des 4 et 19 octobre 1945 fondant et organisant la Sécurité sociale.

"Débarrasser le travailleur de la hantise du lendemain" telle était la devise des fondateurs. Quel beau et ambitieux programme, révélateur de ce qu'il y a de plus noble dans l'homme".

Le modèle français va s'inspirer de deux grandes conceptions d'Etat-providence : d'une part celle du "*Social Staat*" du chancelier Allemand Bismarck (1815-1898) et d'autre part celle du "*Welfare State*" développé par Lord William Beveridge, économiste et administrateur Britannique (1879-1963). Le système de Bismarck, dit d'"*assurances sociales*", mis en place de 1883 à 1889, repose sur l'assurance professionnelle obligatoire. Les droits sociaux résultent de l'exercice d'une activité professionnelle ou d'un lien de parenté avec le travailleur. La protection est donc reçue en contrepartie de cotisations définies en proportion des salaires. Le système pensé par Beveridge de "*sécurité nationale*" organisé de 1941 à 1942 est quant à lui financé par l'impôt. Il repose sur trois principes, les "trois U" :
 l'Universalité : tout citoyen, indépendamment de sa situation professionnelle, est protégé contre les risques sociaux.
 l'Unité : une administration unique chargée de gérer l'ensemble des fonds et des aides.
 l'Uniformité : chaque bénéficiaire reçoit des aides en fonction de ses besoins et non de ses revenus.

Le système Français est unique et hybride en ce sens qu'il conserve la logique assurantielle financée par les cotisations des travailleurs "à la Bismarck" mais s'attache à mettre en place une couverture universelle grâce à un système généralisé, centralisé et global de sécurité sociale "à la Beveridge" [138].

Depuis la création de la Sécurité sociale jusqu'au début du XXI^e siècle, la généralisation de sa couverture a progressé au gré de réformes clés. Il n'y a pas lieu ici de retracer en détail l'historique de ces réformes. Il est malgré tout important de comprendre l'évolution actuelle de notre contrat social. Le plan français de la Sécurité sociale de 1945 proposait un compromis entre les principes de Bismarck et Beveridge. Mais les mesures prises depuis les années 1990 puisent dans un répertoire de protection sociale qui n'est plus celui de 1945. De nouvelles mesures voient le jour. Elles mettent en place des prestations dites "universelles" : le Revenu Minimum d'Insertion (RMI), la Couverture Maladie Universelle (CMU), l'APA. Elles sont en effet d'inspiration Beveridgienne ou Anglo-saxonne. Elles consolident la part de solidarité nationale et accentuent la séparation entre assurance* - **les actifs paient pour eux-mêmes principalement** - et solidarité* - **les actifs paient pour les inactifs essentiellement**. Ces deux concepts d'assurance et de solidarité, ainsi disjoints, évoluent selon leur propre dynamique. Bruno Palier explique que les assurances sociales deviennent de moins en moins solidaires en ce sens que l'on renforce leur aspect contributif tout en évinçant progressivement leur aspect redistributif*. Le but étant de ne plus "*faire peser la charge de la solidarité sur les régimes contributifs*". Le domaine de la solidarité, quant à lui, ne fait que croître. Les traits communs de ce qui relève de la solidarité nationale sont les modes de financement : l'impôt plutôt que les cotisations sociales ; les acteurs en charge des décisions et de gestion : l'Etat plutôt que les représentants du monde du travail [168].

Ce changement de logique s'effectue malheureusement à ce moment précis où le nombre des actifs menace de ressembler à "*une peau de chagrin*" comme semble le prévoir Brutel [30] dans ses projections démographiques (§III.1.6. et III.1.8. du premier chapitre). Une part évidente de la problématique concernant l'avenir de l'Etat-providence est là. On peut se demander combien de temps les actifs des classes moyennes, dont les effectifs vont diminuer, et de plus en plus contraints d'acheter leur propre protection sociale auprès de mutuelles privées, vont accepter de payer des impôts pour financer la protection sociale des plus pauvres qui eux ne travaillent pas. **Le système d'Etat-providence mis en place dans l'euphorie et l'abondance d'après-guerre nécessite d'être réadapté pour continuer de fonctionner aujourd'hui dans un contexte de croissance économique molle et avec moins d'actifs. Est-il possible de recréer un consensus autour d'un Etat-providence**

"nouvelle formule" dans ce monde où l'individualité prime ? Quelle formule retenir pour garantir sa pérennité et une certaine équité entre les assurés sociaux ? [161]

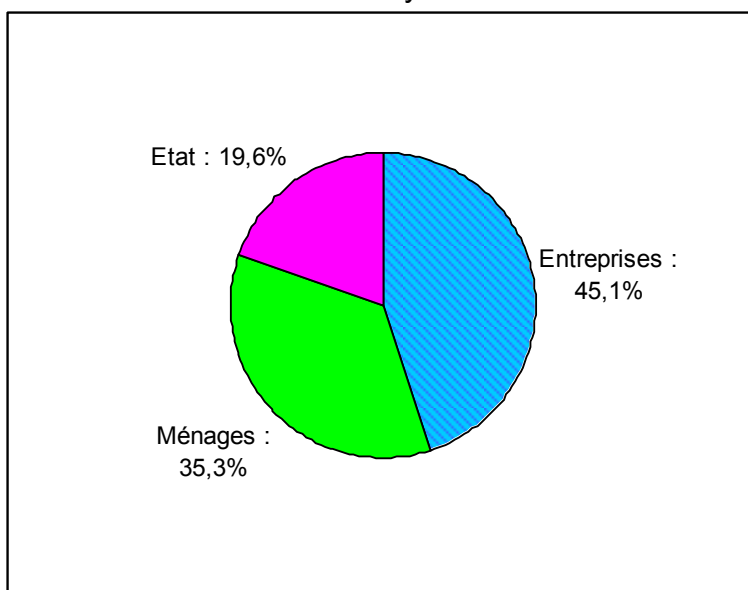
1.2. Le financement du régime de la Sécurité sociale en France.

Près de 30 % de l'ensemble des richesses produites chaque année sont redistribuées en prestations sociales et indemnités chômage. Ainsi plus de 200 milliards d'euros sont encaissés chaque année par le réseau URSSAF (Union de Recouvrement des Cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales) [231].

1.2.1. Qui finance ? (figure 33)

Figure 33

Acteurs du financement du système de Sécurité sociale.



Source : Commission des comptes de la Sécurité sociale de juin 2005, URSSAF [231].

Les entreprises constituent un ensemble comprenant :
les entreprises du commerce, de l'industrie et des services,
les travailleurs indépendants,
les particuliers employant des personnes à domicile,
les professionnels de santé,
les collectivités territoriales.

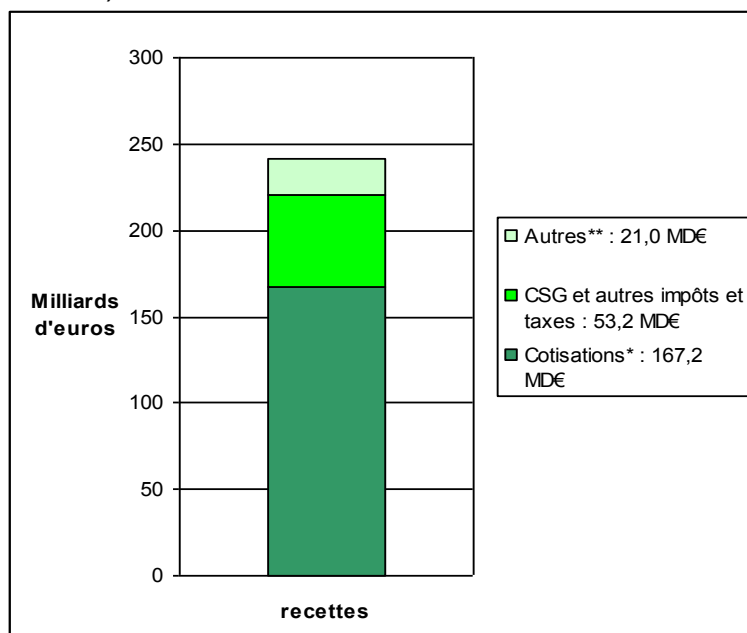
De la même manière, les ménages sont représentés par :
les salariés du commerce, de l'industrie et des services,
les retraités,
les détenteurs de produits d'épargne,
les consommateurs (alcool, tabac, taxe automobile).

1.2.2. Des cotisations aux prestations pour le régime général.

1.2.2.1. Les recettes de la Sécurité sociale pour le régime général.

Figure 34

Composition des recettes de la Sécurité sociale pour 2004 (241,2 milliards d'euros).



*Dont 18,8 MD€ de prise en charge par l'Etat au titre des exonérations compensées.

**Dont prise en charge de cotisations et prestations par le Fonds Solidarité Vieillesse.

Source : Commission des comptes de la Sécurité sociale de juin 2005, URSSAF [231].

Le système français de protection sociale est celui où le financement par cotisations joue le rôle le plus important en Europe (figure 34). Jusqu'en 1997, les cotisations sociales représentaient en effet 80% des recettes totales de la protection sociale et 90% des ressources du régime général. En 2004, du fait de la montée en puissance de la CSG, elles n'en assurent plus que 69%. Selon Palier, en effet, les montants des sommes prélevées au titre de la CSG sont passés de 4,57 milliards d'euros en 1991 à 57,47 milliards d'Euros en 2000. Comme l'explique Palier, en remplaçant de la sorte les cotisations maladie salariées par un impôt, la CSG, notre système d'assurance maladie rentre peu à peu dans le domaine de la solidarité nationale. Cet exemple concret illustre nos propos d'introduction concernant les changements que connaît notre contrat social [168].

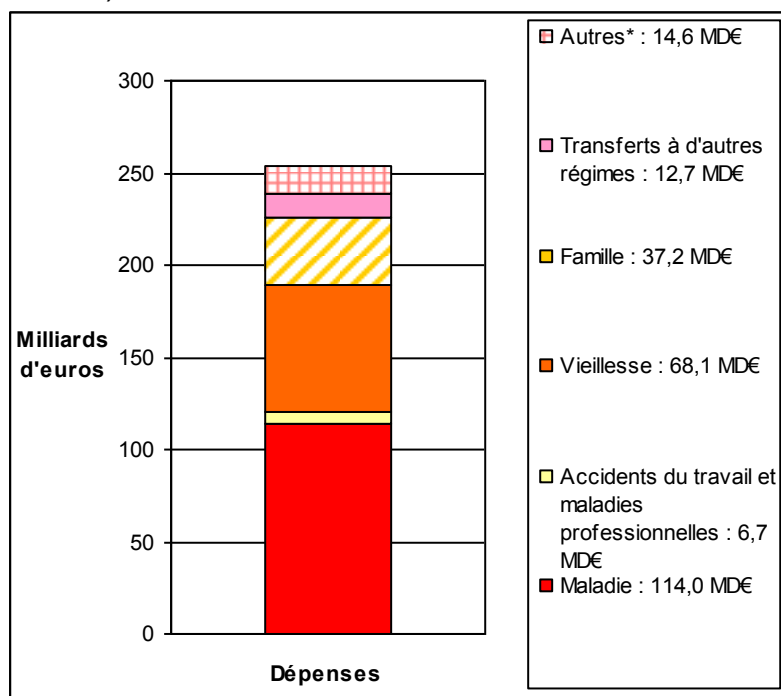
1.2.2.2. Les dépenses de la Sécurité sociale pour le régime général.

Les principales sources de dépenses sont clairement la maladie, pour 45%, et la vieillesse, pour près de 27% (figure 35). Les recettes s'élevant à 241,4 milliards d'euros pour l'année 2004 et les dépenses à 253,3 milliards d'euros pour cette même année, le déficit du régime général est de 11,9 milliards d'euros. Selon l'ultime rapport de la commission des comptes de la Sécurité sociale, le régime général connaîtrait, pour cette année 2005, un déficit très proche de celui de 2004, soit environ 12 milliards d'euros. Cette stabilité marque néanmoins des évolutions divergentes au sein des différentes branches. La branche maladie qui concentrait jusque-là la quasi-totalité du déficit du régime général, amorce son redressement : avec un déficit de 8,3 milliards d'euros, son résultat s'améliorerait de 3 milliards d'euros par rapport à 2004. Ce rapport indique que cette amélioration serait liée, pour l'essentiel, aux mesures de la réforme de l'assurance maladie d'août 2004. Les branches vieillesse et famille, auparavant proches de l'équilibre, connaîtront en 2005 des déficits importants avec

respectivement -0,2 et -1,1 milliards d'euros. Cette évolution défavorable des résultats découle d'une forte croissance des prestations liées aux retraites anticipées pour la branche vieillesse, aux prestations pour la petite enfance et aux allocations logement pour la branche famille [51].

Figure 35

Composition des dépenses de la Sécurité sociale pour 2004 (253,3 milliards d'euros).



*Dont charges de gestion courante et financement de fonds.

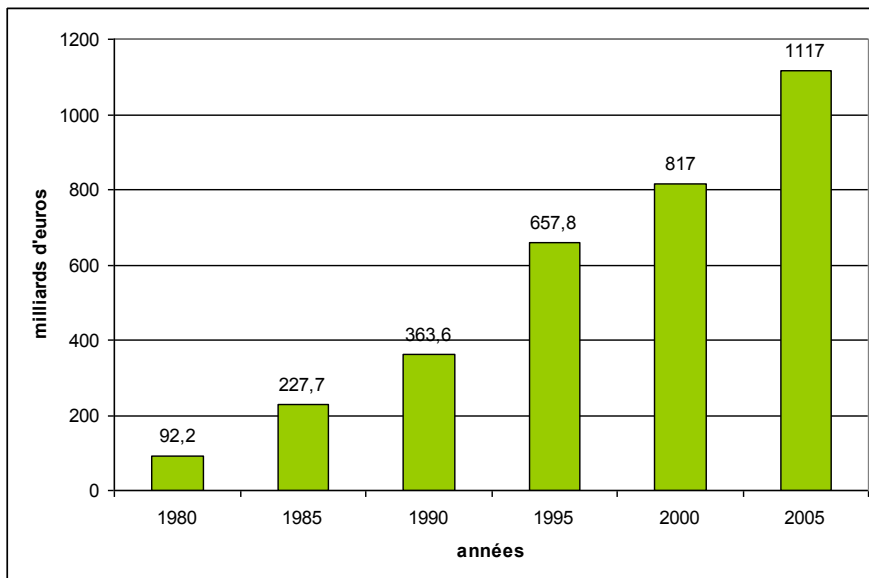
Source : Commission des comptes de la Sécurité Sociales de juin 2005, URSSAF [231].

Le déficit du régime général, le fameux "*trou de la sécu*", s'établissait en 2003 à 11,5 milliards d'euros soit plus du triple de celui de 2002 établi à 3,4 Md€. Il s'agissait de la plus forte dégradation financière de l'histoire de la Sécurité sociale. Il est à noter que chacune des branches du régime général avaient vu leur solde se dégrader.

On rappellera que le déficit de notre système de protection sociale s'intègre dans un contexte préoccupant de dette* et de déficit publics. Fin 2005, la dette publique était évaluée par Bercy à 1 117 milliards d'euros et le déficit public à 2,8% du Produit Intérieur Brut* (PIB) (figures 36 et 37) [3]. La dette qui représentait 20,8% du PIB en 1980, atteint désormais 66% du PIB alors que les critères de convergence économique européens imposent aux pays de la zone euro de la maintenir sous le seuil des 60%. Des économistes affirment, dans le rapport Pébereau, que si la tendance devait se poursuivre, la dette atteindrait 130% du PIB en 2020 et 200% en 2030 [170].

Figure 36

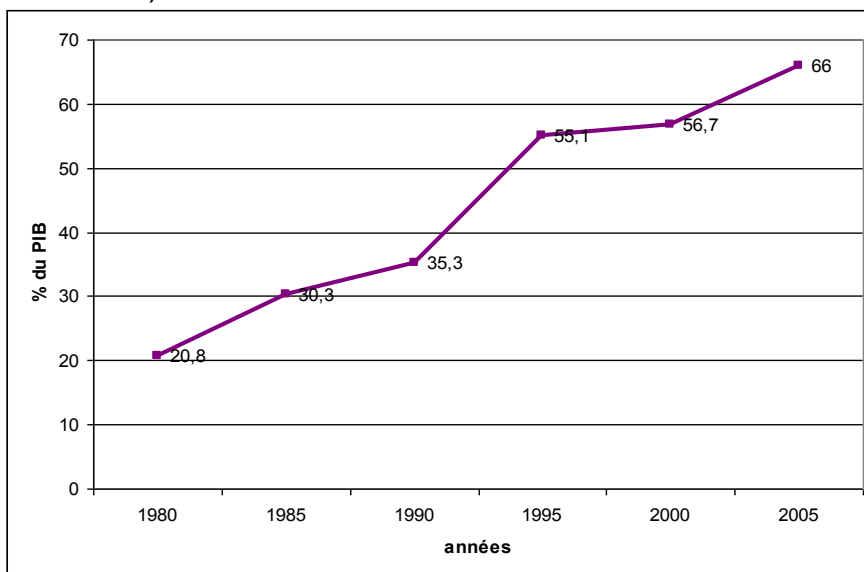
Dette publique de la France, au sens de Maastricht.



Source : Ministère de l'économie, INSEE [120].

Figure 37

Dette publique de la France en pourcentage du PIB (dette au sens de Maastricht).



Source : Ministère de l'économie, INSEE [120].

Selon Thierry Breton, Ministre de l'Economie, des Finances et de l'Industrie, il est impératif de réduire cette dette pour trois raisons essentielles. Premièrement parce que notre pays fait partie de la zone Euro. C'est donc un engagement, vis-à-vis des autres partenaires européens, à respecter les critères de convergences économiques. Par ailleurs, cet endettement représente une forte contrainte budgétaire pour la France. A ce jour, et malgré des taux d'intérêts historiquement très bas, il a été estimé que le seul paiement des intérêts de la dette de l'ensemble des administrations publiques, soit environ 45 milliards d'euros, représente pratiquement le produit de l'impôt sur le revenu. **Enfin, et surtout, cette dette constitue un fardeau terrible pour les générations futures.** Le souhait du gouvernement actuel est de ramener la dette publique sous le seuil des 60% du PIB à l'horizon 2010 [26]. Seule une croissance

économique soutenue peut permettre de réduire cette dette publique. Précisément, Heyer estime que cet objectif est réalisable à condition d'atteindre un fort taux de croissance du PIB, de 2,5 à 3,0%, ces cinq prochaines années [111].

Qu'en est-il de notre croissance actuelle et quelle sera la conjoncture future ? L'INSEE publiait, le 15 décembre 2005, sa dernière note de conjoncture. Selon l'Institut, le taux de croissance pour l'année 2005 a été réévalué à 1,6%. Pour l'année 2006, ce taux ne devrait pas dépasser 2,5% et sera donc insuffisant pour amorcer la réduction de la dette publique [121].

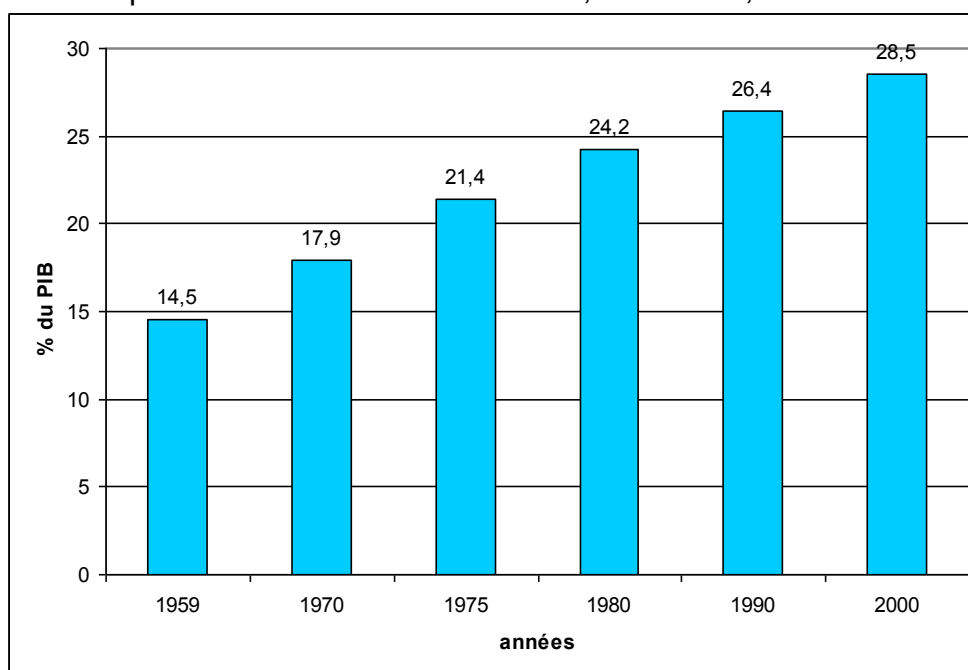
Dans le contexte économique et social actuel, notre système d'Etat-providence montre déjà de réelles difficultés budgétaires. Comment peut-on envisager son avenir quand on voit les évolutions démographiques, annoncées dans le premier chapitre, qui aboutissent à une augmentation sans précédent du rapport entre le nombre des personnes âgées - "petits cotisants et gros consommateurs" - et l'effectif des cotisants à l'horizon 2035 (figure 11), alors même que ces personnes âgées sont plus fréquemment confrontées aux pathologies et aux problèmes de dépendance provoquant une consommation accrue des soins de santé. **Quelles seront les conséquences de ce vieillissement démographique sur l'ensemble du système, sur son "équité" et sa survie ?**

1.3. Est-il possible de mesurer l'impact futur du vieillissement démographique sur notre système de protection sociale ?

Les dépenses sociales ont considérablement augmentées dans le passé, comme en témoignent les chiffres de la figure 38, passant de 14,5% à 28,5% en part de PIB de 1959 à 2000.

Figure 38

Part des prestations sociales dans le PIB, en France, de 1959 à 2000.



Source : Contribution à l'histoire financière de la Sécurité sociale, sous la direction de Pierre Laroque et de la DREES pour l'année 2000 [49].

Selon l'Observatoire Français des Conjonctures Economiques (OFCE), cette hausse des dépenses s'explique par la montée en puissance des régimes de retraites

introduits après la seconde guerre mondiale, par la forte demande de soins de santé que le système ne parvient pas encore à réguler et, dans une moindre mesure, par la hausse du chômage [160].

Au sein de ces transferts publics qui ne cessent d'augmenter, Masson (1999) observe que les personnes âgées en sont majoritairement bénéficiaires.

Globalement, les "plus de soixante ans" perçoivent chaque année de l'ordre de 19% du revenu national (dépenses de retraite et de santé), soit sensiblement plus que l'ensemble des autres classes d'âge en dépenses d'éducation (7%), allocations familiales (1,5%), santé (4 à 5%), minima sociaux, chômage (3 à 4%) [142].

Ainsi, compte tenu du vieillissement démographique, accéléré par l'arrivée des papys-boomers, les dépenses sociales consacrées aux personnes âgées représentent l'un des principaux enjeux de l'avenir. Il est tout d'abord intéressant d'analyser les exercices de projection concernant ces dépenses.

La DREES a étudié en 2001 puis en 2004 l'impact du vieillissement sur les dépenses de protection sociale pour 6 pays européens dont la France.

Le raisonnement de cette étude a été fait "*à générosité du système de protection social constant*", c'est-à-dire sans tenir compte des réformes éventuelles si bien que les chiffres obtenus ne représentent pas des prévisions mais sont uniquement le reflet des conséquences "automatiques" du vieillissement démographique sur l'évolution des dépenses de protection sociale. Selon les scénarios envisagés, le vieillissement conduirait à une augmentation "*mécanique*" du poids des dépenses de protection sociale de 3,5 à 6,5 points de PIB pour l'ensemble de ces 6 pays. Cette hausse résulterait de l'augmentation des dépenses liées à la santé et à la retraite, en partie compensée par une baisse du poids des dépenses pour le chômage et la famille. La France, selon ces estimations, se trouverait dans une situation intermédiaire. Globalement, ses dépenses de protection sociale devraient augmenter de 3,4 à 6 points d'ici 2050 par rapport à l'année 2000 où elles représentaient 27,8% du PIB.

En ce qui concerne les dépenses de santé, l'ampleur de la hausse dépend des scénarios retenus. Dans le premier, la hausse de l'espérance de vie, qui s'accompagne d'une plus forte proportion de personnes âgées dans la population, induit une hausse des dépenses liée au fait que ces personnes dépensent davantage pour se soigner que les jeunes. Dans ce cas, on observerait un gain de 3,2 points de la part des dépenses de santé dans le PIB à l'horizon 2050 (soit un passage de 10% en 2000 à 13,2% en 2050).

Le second scénario envisage l'effet du vieillissement partiellement contrecarré par l'hypothèse que les gains en espérance de vie pourraient s'accompagner d'une diminution des dépenses de santé à un âge donné. Les statisticiens tablent ainsi sur une stabilisation des dépenses de santé à partir de 2040 en France. La hausse de la part des dépenses de santé dans le PIB ne serait alors que de 1,5 point en 2050.

Les estimations concernant les dépenses des systèmes de retraite sont plus complexes. Elles supposent de calculer le ratio de dépendance entre le nombre d'inactifs de plus de 60 ans et la population active. Ce ratio évolue sous les effets conjugués de la conjoncture, du vieillissement (effet démographique) et du comportement tendanciel d'activité. L'étude propose donc deux scénarios possibles pour le comportement d'activité. Dans le premier scénario, les taux d'activité évoluent selon leur rythme tendanciel : hausse de l'activité des femmes et baisse de l'activité aux âges extrêmes. Dans le second, les taux d'activité des femmes sont supposés augmenter plus rapidement et ceux des personnes de 55 à 64 ans sont relevés de manière volontariste. On comprend aisément que choisir l'un ou l'autre des scénarios aura des conséquences directes sur la population active disponible et sur le nombre d'inactifs âgés dans la population, à un moment donné. Selon la projection, toujours "hors réforme", le vieillissement de la population française devrait ainsi entraîner une augmentation de la part de PIB des dépenses de retraite de 4,8 points selon le premier

scénario, soit un passage de 12,2% de PIB en 2000 à 17% en 2050. Cette hausse ne s'élèverait qu'à 3,4 points si l'on suit le second scénario de comportement d'activité [2].

Les problèmes de financement des régimes de retraite ou d'assurance-maladie sont ainsi le prix normal à payer pour une durée de vie plus longue. Il ne paraît pas possible d'y échapper et l'on ne peut que déplorer la frilosité extrême des politiques qui étaient, dès les années 1970, parfaitement au courant de cette problématique. Souvenons-nous du livre blanc des retraites, paru en 1991 sous le gouvernement Rocard, qualifié par ce dernier de *"bombe à faire tomber tous les gouvernements"*. A ce manque de courage évident, il faut associer, avec la montée de la société de consommation, la perte de la notion de "groupe" ou d'intérêt général qui a fait justement, au terme de la seconde guerre mondiale, le ciment de la société actuelle.

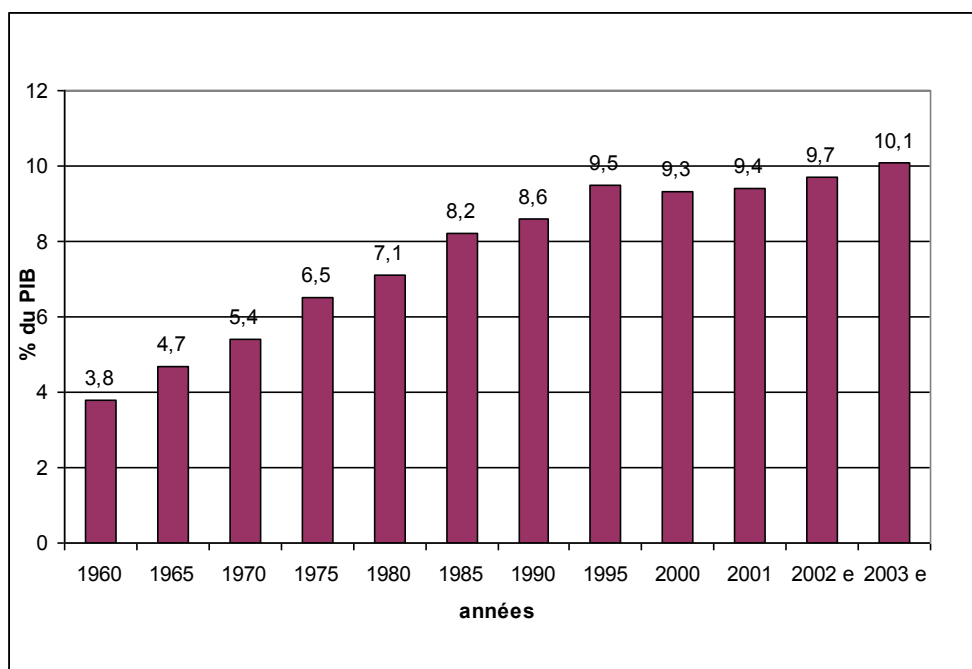
Pour les deux thèmes principaux, santé et dépendance, nous étudierons l'impact que pourront avoir la déformation de la structure par âge de la population et, par conséquent, la nécessité de réformes politiques. Ces parties sont relativement détaillées car les prospectives faites sur ces deux sujets font intervenir de multiples variables qu'il convenait de développer pour bien comprendre et appréhender les enjeux à venir.

II. LE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION VA-IL SUBMERGER LE SYSTEME DE SANTE ?

II.1. Evolution des dépenses de santé en France dans le passé.

Figure 39

Part des dépenses nationales de santé dans le PIB, en France, de 1960 à 2003.



Pour 2002 e et 2003 e : Estimation.

Source : OCDE [157].

Depuis les années 1960, les dépenses de santé en France ont augmenté plus vite que le PIB. La proportion des dépenses de santé dans le PIB est ainsi passée de 3,8% en 1960 à 9,5% en 1995 (figure 39). La progression a ralenti ensuite, notamment du fait de la croissance économique des années 1997 à 2000 qui a permis au PIB de progresser au même rythme, voire plus vite que les dépenses de santé. Depuis 2001, en revanche, les dépenses de santé ont repris leur croissance forte, la part de celles-ci dans le PIB dépassant les 10% en 2003. Cette hausse des dépenses de santé, associée au financement public d'une part importante de ces dépenses (74%), pose, à long terme, un problème de "soutenabilité" économique. On peut donc se poser légitimement la question de savoir quel impact le vieillissement de la population aura sur les coûts des soins. Les opinions émergeant de la littérature sont pour le moins contrastées. Pour certains, les évolutions démographiques futures seront insupportables pour les finances publiques et menaceront le système d'assurance maladie. Pour d'autres, en revanche, le vieillissement de la population n'aura finalement qu'un impact tout à fait supportable sur les dépenses de santé. On observe aujourd'hui un décalage entre les anticipations pessimistes que proposent les acteurs du système de santé - largement relayées par les médias - et le point de vue plus modéré d'une bonne part de la communauté scientifique.

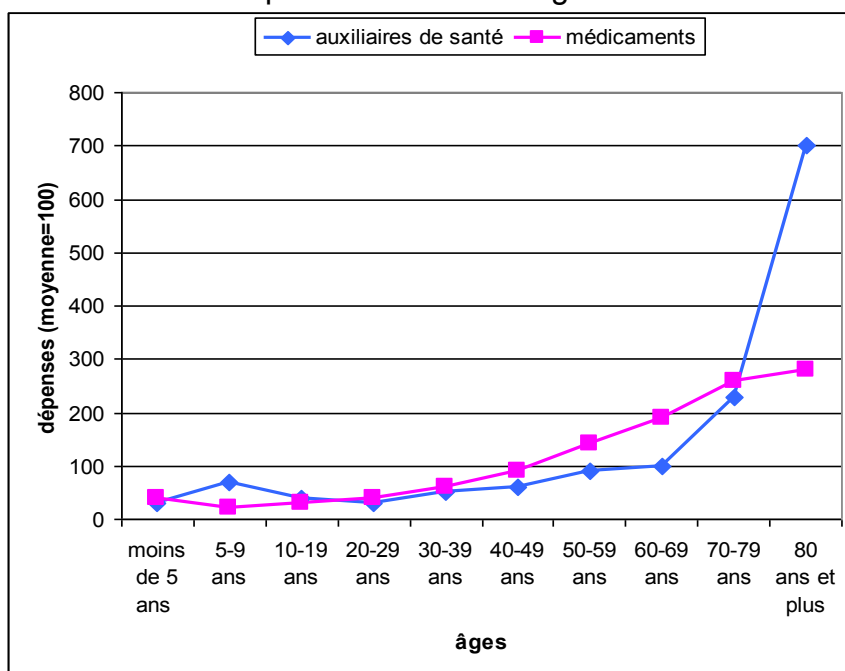
II.2. Quel rôle a joué l'effet démographique dans l'augmentation passée des dépenses de santé ?

On distinguera, pour cet impact démographique, les effets de la croissance de la population générale et l'effet de son vieillissement sur les dépenses de santé en volume qui représentent la consommation de santé.

Il a été montré, dans de nombreuses études, que les dépenses de santé varient beaucoup avec l'âge. L'analyse, menée par Raynaud, indique qu'elles augmentent avec l'âge, à l'exception de la petite enfance. On observe une accélération à partir de 50 ans pour les dépenses ambulatoires et à partir de 60 ans pour les dépenses hospitalières. Au sein des dépenses ambulatoires, ce sont les dépenses en médicaments et en auxiliaires médicaux qui croissent le plus fortement avec l'âge. C'est ainsi que les personnes de plus de 70 ans ont globalement des dépenses pharmaceutiques 11 fois plus élevées que celles des 10–19 ans (figure 40). Ce rapport ne s'élève que de 1 à 4 pour les dépenses de médecins généralistes et de 1 à 3 pour les dépenses de médecins spécialistes (figure 41). Il est intéressant de constater que les dépenses dentaires et optiques ont une évolution contraire. Ces dépenses sont maximales entre 50 et 59 ans puis décroissent avec l'âge, à partir de 60 ans (figure 42).

Figure 40

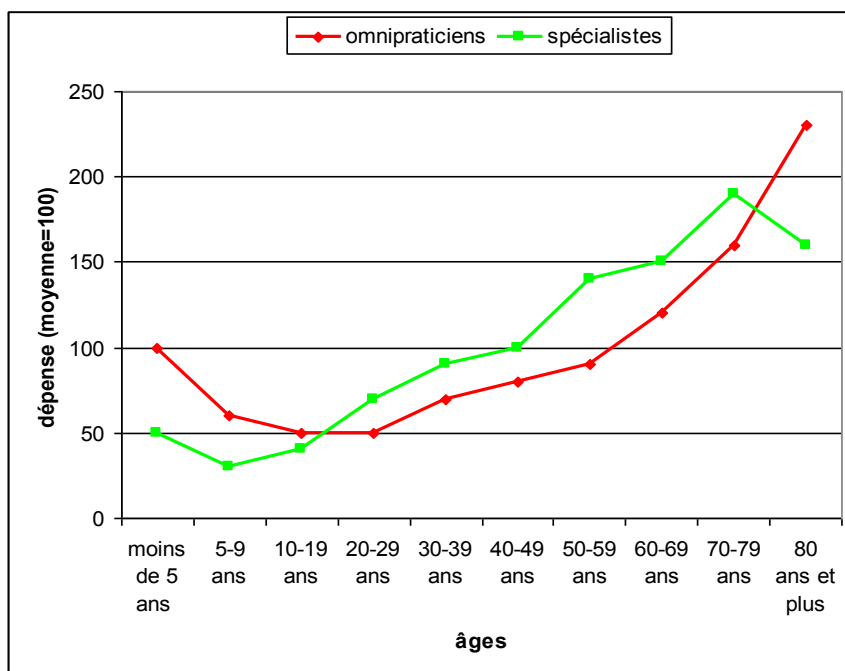
Variations de la dépense brute avec l'âge : auxiliaires de santé et médicaments.



Source : EPAS 2002, traitement des données par la DREES [113].

Figure 41

Variations de la dépense brute avec l'âge : généralistes (omnipraticiens) et médecins spécialistes.

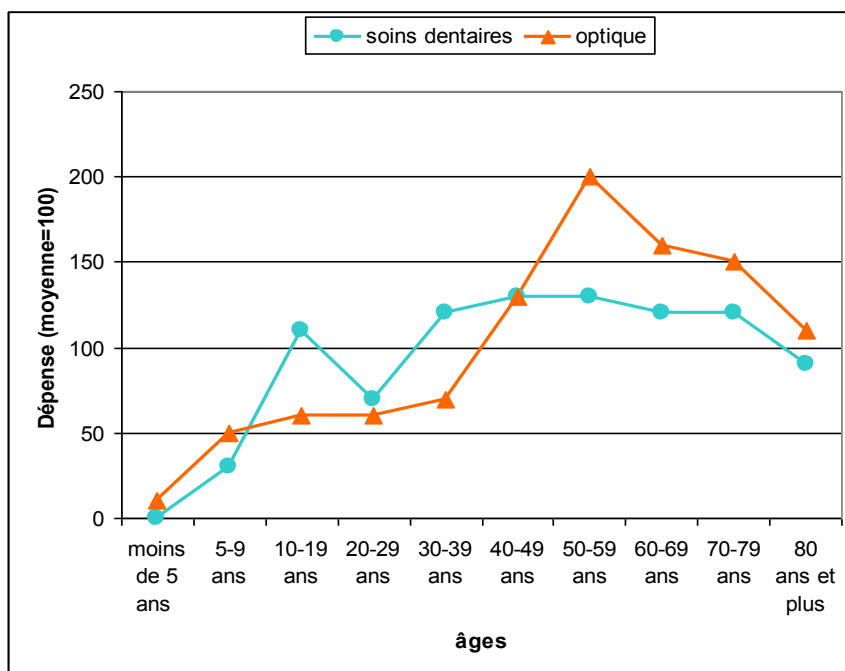


Source : EPAS 2002, traitement des données par la DREES [113].

En ce qui concerne les dépenses hospitalières, l'évolution des dépenses en fonction de l'âge connaît deux maxima. Un premier pour les 10–19 ans (64% de la dépense totale) qui s'explique par la fréquence des accidents de la vie courante, les accidents de la route et les tentatives de suicide. Le second pic de dépenses apparaît à partir de l'âge de 60 ans. La proportion des dépenses hospitalières à partir de cet âge progresse tout en restant inférieure à 50%. L'inconvénient majeur, ici, est que les dépenses hospitalières sont sans doute sous-estimées pour les personnes au-delà de 70 ans puisque cette étude ne tient pas compte des dépenses occasionnées par les personnes âgées vivant en institutions [188].

Figure 42

Variations de la dépense brute avec l'âge : soins dentaires et fournitures optiques.

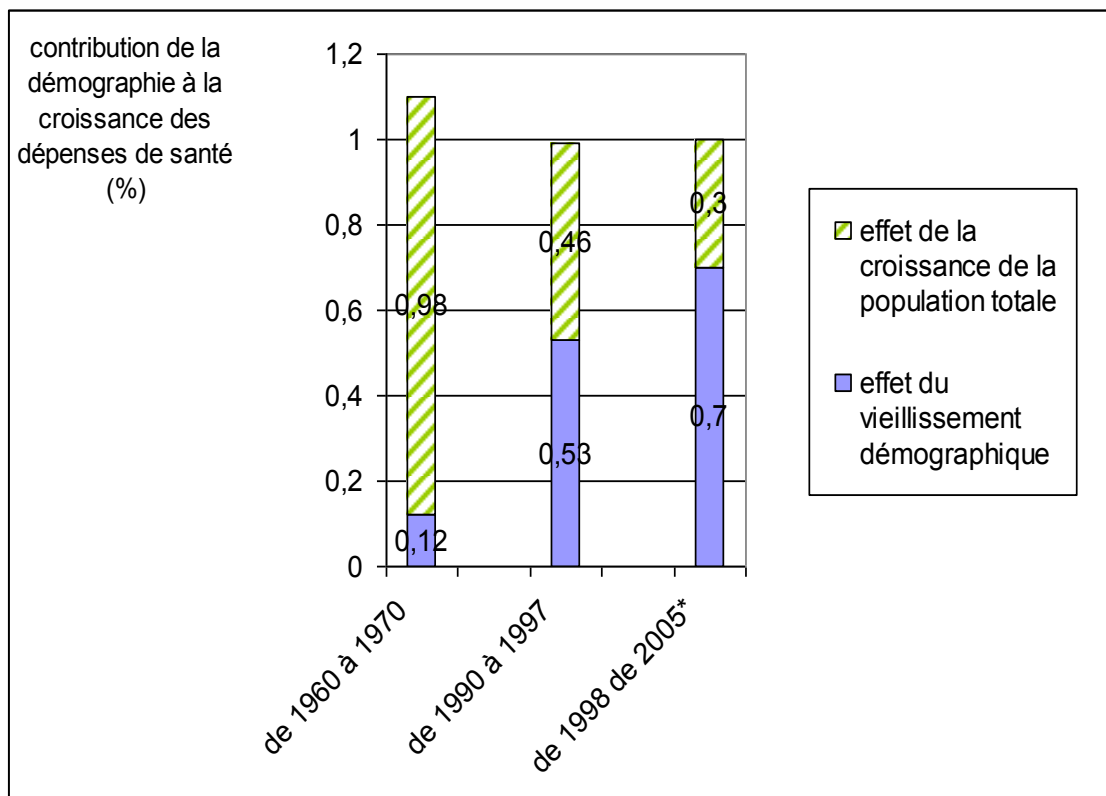


Source : EPAS 2002, traitement des données par la DREES [113].

Bac et Cornilleau ont voulu connaître les effets du vieillissement ou "*effet d'âge*" sur l'augmentation des dépenses de santé, au cours des dix ou quinze dernières années (figure 43). De manière synthétique, la contribution de la démographie à la croissance des dépenses totales de santé apparaît assez stable et voisine de 1% par an pour les 7 pays retenus dans l'étude, 6 pays européens dont la France et les Etats-Unis d'Amérique. Entre les années 1960 et 1990, il y a malgré tout une inversion entre la contribution de la population totale et celle du vieillissement et cela est particulièrement marqué pour la France (figure 43). De 1960 à 1970, la démographie semble expliquer 1,09% de la croissance annuelle de l'ensemble de la consommation de santé dont 0,98% au titre de la croissance de la population et seulement 0,12% à la faveur du vieillissement. De 1990 à 1997, la contribution de la démographie serait de 0,99% par an mais avec une égale répartition entre l'effet de la croissance de la population de 0,46% par an et celui du vieillissement de 0,53%. La tendance se confirme ensuite puisque, l'impact du vieillissement devrait atteindre 0,7% par an de 1998 à 2005 au lieu de 0,5% pendant la période précédente [11].

Figure 43

Contribution de la démographie à la croissance des dépenses totales de santé, en France, de 1960 à 2005 : contribution séparée de la croissance totale de la population et de son vieillissement.



* Données provisoires

Source : [11].

Au total, les facteurs démographiques n'expliquent qu'une part, non négligeable mais limitée, de l'évolution des dépenses de santé, environ 1%, de 1960 à nos jours. Dans le futur, le vieillissement démographique devrait néanmoins continuer à peser sur les dépenses tandis que l'impact de la croissance de la population totale ralentirait encore. Il faut cependant préciser que ces résultats, pour la période de 1960 à 2005, ont été calculés sur la base d'un profil constant des dépenses de santé par âge, celui de 1995. Or dans la suite de notre travail, nous montreront que ce profil varie au fil des années.

La situation actuelle étant explicitée, penchons-nous maintenant sur les décennies à venir, jusqu'en 2050. L'effet du vieillissement va-t-il entraîner une explosion des dépenses de santé ?

II.3. L'effet du vieillissement, ou effet d'âge, sur les dépenses de santé à venir : une explosion annoncée des dépenses de santé ?

Les trois études suivantes calculent l'effet "mécanique" du vieillissement en "plaquant" un profil unique des dépenses de santé par âge sur la pyramide des âges future.

L'étude de Bac révèle une augmentation "mécanique" de 2,2 points des dépenses de santé soit un passage de 7,1% du PIB en 2000 à 9,3% du PIB en 2050. En analysant le résultat obtenu, l'auteur en déduit que le vieillissement à lui seul ne suffit pas à rendre critiques les dépenses de santé en % du PIB [12].

Polton et Sermet, pour leur part, estiment que la croissance des dépenses de santé dues au vieillissement représenterait 1,5 point de PIB en 20 ans puis 3 points à l'horizon 2050. Cette croissance leur semble rester modérée [181].

Grignon a également procédé à une projection des dépenses de santé en tenant compte du profil des dépenses par âge constaté en 1997. Jusqu'en 2020, il

observe, certes, une accélération de la croissance des dépenses de santé par rapport aux décennies précédentes, mais pas une *"explosion"* de celle-ci. Les résultats de cette étude étant les suivants : + 1,4 point du PIB à l'horizon 2020, soit une part des dépenses de santé qui passerait de 10% à 11,4% du PIB en 2020 [96].

La pression liée au vieillissement sur les dépenses de santé est donc incontestable et va s'accroître dans le futur. Mais on ne peut pas affirmer, pour autant, que le phénomène soit *"catastrophique"* pour le système de santé français.

Cependant, il est clair que les moyens qui seront alloués à la prise en charge de la santé des personnes âgées seront d'autant moins disponibles pour les générations plus jeunes. Par ailleurs, pour l'ensemble de ces études les dépenses de santé ne concernent que les soins qualifiés d'aigus : les soins hospitaliers et ambulatoires et les produits de santé. Les soins à domicile et les soins de longue durée ne sont pas pris en compte alors qu'ils sont essentiellement associés au grand âge. Cela minimise donc en partie l'impact du vieillissement. Un dernier écueil à souligner, ces simulations ne tiennent pas compte de l'évolution des prix, seul l'effet volume est estimé.

II.4. Le débat sur le coût de la mort : l'âge ou la fin de vie comme facteur de dépenses ?

Est-il pertinent de considérer uniquement **l'âge** comme facteur de dépenses de santé? L'impact de l'âge seul, nous venons de le voir, est théoriquement mesurable et devrait rester relativement réduit. Il représente à peine un point de la croissance annuelle des dépenses d'assurance maladie. Un autre facteur influe sur la consommation médicale : **la fin de vie**. En 1999, Zweifel et coll. pensaient que la corrélation observée sur des données transversales, entre dépenses de santé et âge calendaire était en réalité une corrélation entre dépenses de santé et proximité du décès. En s'appuyant sur une analyse empirique fondée sur des données longitudinales d'assureurs suisses, Zweifel et coll. concluent qu'une fois la variable *"proximité du décès"* prise en compte, l'âge ne joue plus aucun rôle [243].

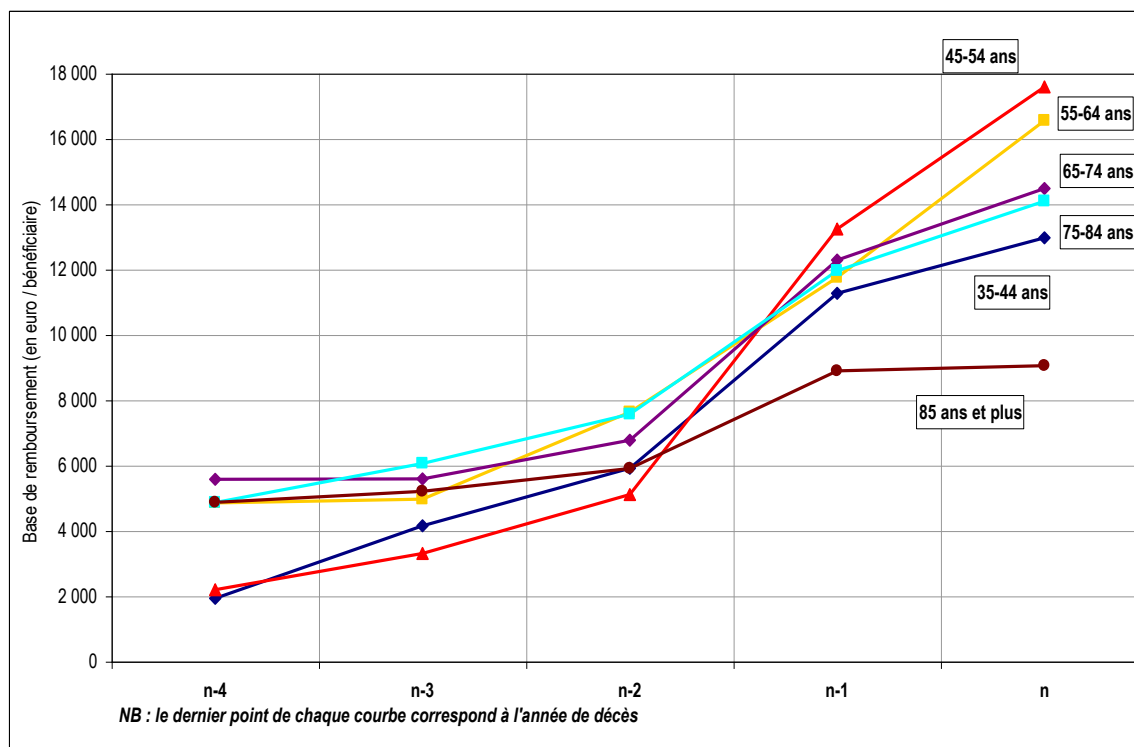
Il est admis que les dépenses de soins sont concentrées dans les derniers mois de la vie. Grignon [96] rappelle que la dernière année de vie coûte 5 fois plus chère que les autres années. Le point de conjoncture n° 15, réalisé en juillet 2003 par l'assurance maladie, comporte une étude sur le coût des dépenses de santé à l'approche de la mort. Deux questions sont posées : la consommation médicale précédant les décès est-elle la même d'un âge à l'autre ? la progression de la consommation médicale, dont on sait déjà qu'elle est très rapide durant les derniers mois de la vie, a-t-elle tendance à être de plus en plus précoce aujourd'hui ?

Première question : La consommation médicale précédant les décès est-elle la même d'un âge à l'autre ?

Afin d'y répondre les experts de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) ont étudié 1500 décès environ ayant eu lieu de 1996 à 2002. La consommation médicale a été suivie au cours des quatre années précédents celle du décès (figure 44).

Figure 44

Consommation médicale moyenne des personnes décédées entre 1996 et 2002 au cours de leurs dernières années de vie en fonction de leur âge au décès.



Source : CNAMTS [41]. Reproduit avec l'aimable autorisation de Dominique Polton.

La figure 44 indique que la consommation médicale en fin de vie des patients les plus âgés est moins importante que celle de patients d'âges intermédiaires. Les profils de dépenses de santé apparaissent beaucoup plus accusés pour les groupes d'âges 45-54 ans et 55-64 ans que pour ceux compris entre 65-74 ans et 75-84 ans. Ce constat est encore plus marqué par rapport à la tranche d'âge des 85 ans et plus. Afin de vérifier la constance de leurs résultats dans le temps, les auteurs ont suivi la consommation médicale pendant les deux années précédant le décès sur deux périodes de quatre années chacune : de 1993 à 1997 et de 1998 à 2002.

Les résultats de la première étude sont confirmés ici (figure 45). La décroissance de la consommation avec l'âge au décès semble encore plus nette sur la période récente (1998-2002) que sur la période antérieure (1993-1997), à partir de la tranche d'âges 55-64 ans.

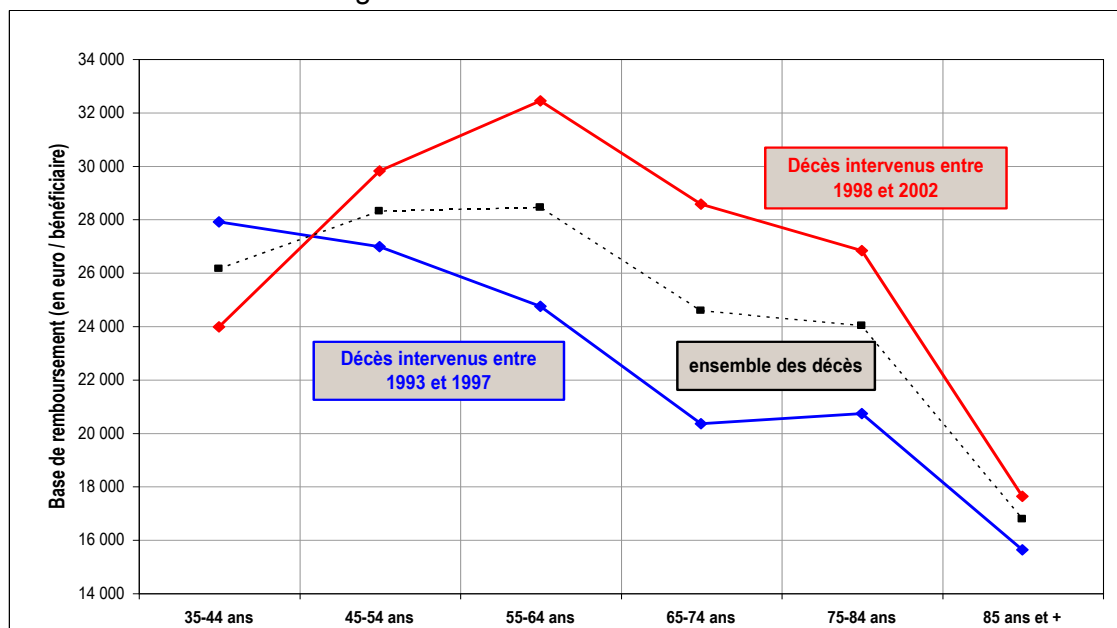
On peut donc conclure que la consommation médicale précédant le décès diminue fortement quand l'âge du décès s'élève. Il est possible d'avancer des explications empiriques. Les auteurs de l'étude proposent l'idée qu'aux âges élevés, la mort peut survenir par usure de l'organisme, sans pathologie bien marquée. Les dépenses engagées sont donc moindres que lorsqu'il s'agit de pathologies graves, survenant chez des patients plus jeunes, mettant en jeu des techniques médicales poussées. Ou, indépendamment de cela, on peut penser que l'on attache plus de prix à sauver la vie de personnes qui sont encore relativement jeunes. Quoi qu'il en soit, dans le contexte de progression régulière de l'âge moyen au décès, ces résultats vont dans le sens d'une relative modération des dépenses de santé.

Seconde question : la progression de la consommation médicale, dont on sait déjà qu'elle est très rapide durant les derniers mois de la vie, a-t-elle tendance à être de plus en plus précoce aujourd'hui ?

Pour répondre à cette seconde question, des statisticiens ont étudié la consommation moyenne des personnes décédées entre 1996 et 2002 au cours de leurs dernières années de vie en fonction de l'année du décès. Le but est ici de détecter une éventuelle déformation du profil de consommation au fil des années (figure 46).

Figure 45

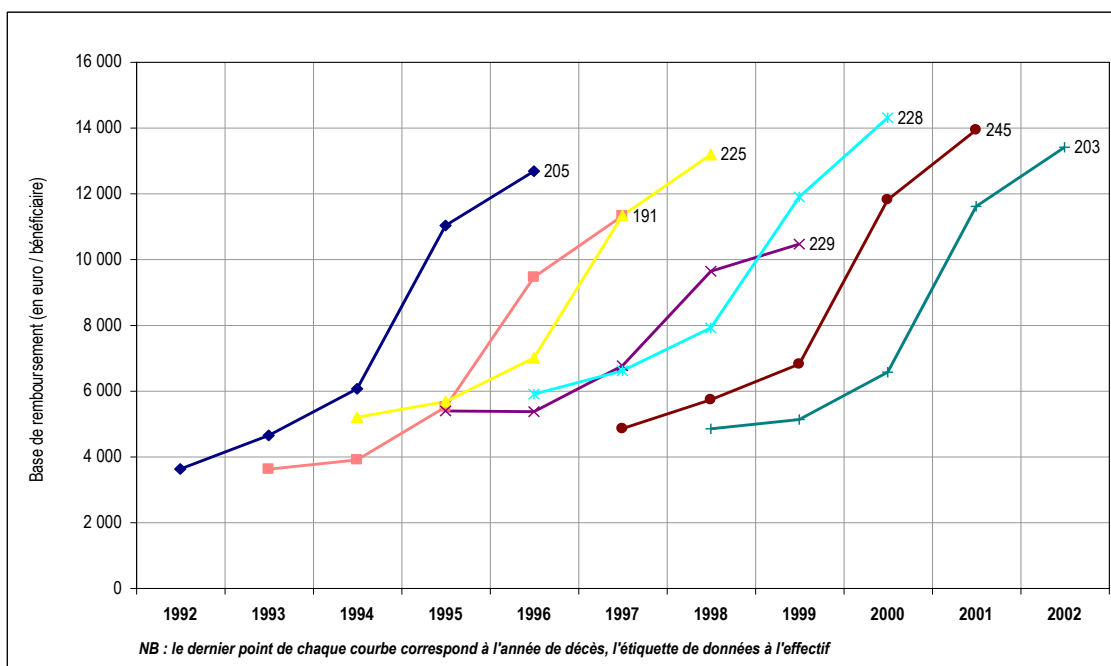
Consommation médicale moyenne des personnes décédées entre 1993 et 1997 d'une part, entre 1998 et 2002, d'autre part, au cours de leurs deux dernières années civiles de vie en fonction de leur âge au décès.



Source : CNAMTS [41]. Reproduit avec l'aimable autorisation de Dominique Polton.

Figure 46

Consommation médicale moyenne des personnes décédées entre 1996 et 2002 au cours de leurs dernières années de vie en fonction de l'année du décès.



Source : CNAMTS [41]. Reproduit avec l'aimable autorisation de Dominique Polton.

Exceptées les courbes des années 1997 et 1999, légèrement atypiques (figure 46), les profils de consommation médicale sont étonnamment réguliers au cours du temps. La courbe de consommation médicale des personnes décédées en 2002 ne se verticalise pas plus tôt que celle de 1996. **Il ne semble donc pas que la progression très rapide des dépenses médicales, quelques années avant la mort, s'enclenche aujourd'hui plus tôt qu'hier.** Des résultats comparables ont été obtenus en distinguant consommations hospitalières et ambulatoires.

En réalité et de façon inéluctable, en raison même du vieillissement de la population, le nombre de décès va augmenter dans les prochaines décennies. Suivant les projections de l'INSEE, le nombre annuel de décès, aujourd'hui de l'ordre de 350 à 540 000, augmenterait de 200 000 unités en cinquante ans, ce qui correspond à une augmentation de 40% en cinquante ans. Quel impact sur les dépenses de santé aura cette augmentation du nombre de décès d'ici 2050 ?

De 1993 à 2002, les chercheurs ont étudié, non plus les profils de consommation mais leur niveau c.-à-d. l'importance des consommations tant ambulatoires qu'hospitalières avant le décès. Les résultats indiquent une tendance à la hausse de la consommation médicale durant l'année civile du décès et l'année précédente celle-ci, de l'ordre de 3,5% à 4% par an.

Cette augmentation est certes indiscutable mais son rythme annuel reste inférieur à celui de l'augmentation des dépenses de santé consacrées à l'ensemble des malades sur la même période. De plus, l'augmentation du taux de décès ne concerne qu'une personne sur 100 environ parmi les consommateurs de soins, soit une fraction finalement faible de ces derniers.

Ainsi, si les profils de consommation restent tels qu'ils sont aujourd'hui, l'impact de la croissance du nombre de décès sur la hausse globale des dépenses de santé devrait rester limité.

L'article de la CNAMTS suggère, après examen des différents graphiques, que la consommation médicale, précédant les dernières années de vie, atteigne un plateau. Les études chiffrées à venir viendront-elles contredire ou bien confirmer cette supposition ? [41]

L'effet mécanique du vieillissement ou "effet d'âge" sur les dépenses de santé, une fois contrôlés l'état de santé et d'autres caractéristiques, est relativement faible. Par ailleurs, la proximité du décès est un facteur de coût démontré, il explique une grande partie de l'effet apparent de l'âge. Cependant, comme nous venons de le voir, la thèse selon laquelle cette variable rend compte à elle seule de l'effet de l'âge apparaît bien discutable. En effet, la consommation médicale précédant le décès diminue quand l'âge du décès s'élève. De plus, comme le profil de la consommation médicale en fin de vie se déforme très peu au cours du temps, on peut penser que la compression des dépenses de santé en fin de vie soit une réalité [41].

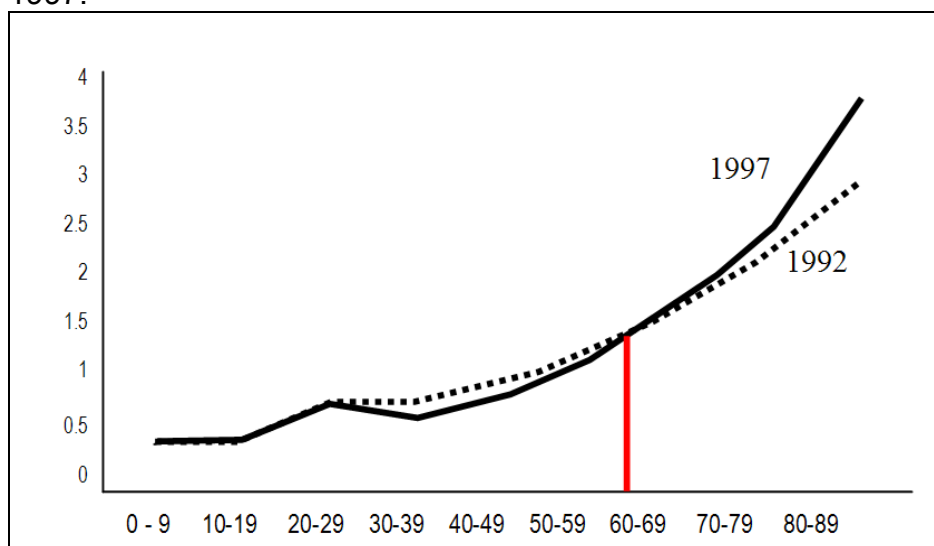
Il y a donc, au-delà de l'effet pur de l'âge ou celui de la fin de vie, d'autres aspects à prendre en compte. Une prévision complète des dépenses de santé nécessite de prendre en compte des effets induits, et notamment ce que les spécialistes regroupent sous le terme "**effet de génération**". Il peut se définir comme suit : *"au cours du temps, la consommation médicale évolue d'une génération à l'autre. Cet effet se mesure en suivant les différences de consommation de deux générations différentes quand elles atteignent chacune à leur tour, une même tranche d'âges"* [113].

II.5. L'évolution des profils de consommation par âge : un effet de génération.

Les trois études précitées (§II.3.) utilisent, pour réaliser leurs projections, un profil de consommation par âge qui reste stable : celui de 1997 pour Grignon ou celui de 1995 pour l'étude menée par Bac. Or, il a été montré que ce profil de consommation de soins par âge devrait se déformer dans l'avenir. Lorsque l'on dispose d'observations répétées obtenues à l'aide d'une méthodologie identique, on constate systématiquement que le profil n'est pas stable dans le temps mais qu'il se creuse. C'est ce que l'on observe sur la figure 47, la courbe reflétant le profil de consommation par âge de 1997 est plus creusée que celle de 1992. Il en est de même si l'on compare les profils de dépenses de santé par âge des années 1998 et 2004. Le creusement entre les deux courbes est tout à fait comparable (figure 48).

Figure 47

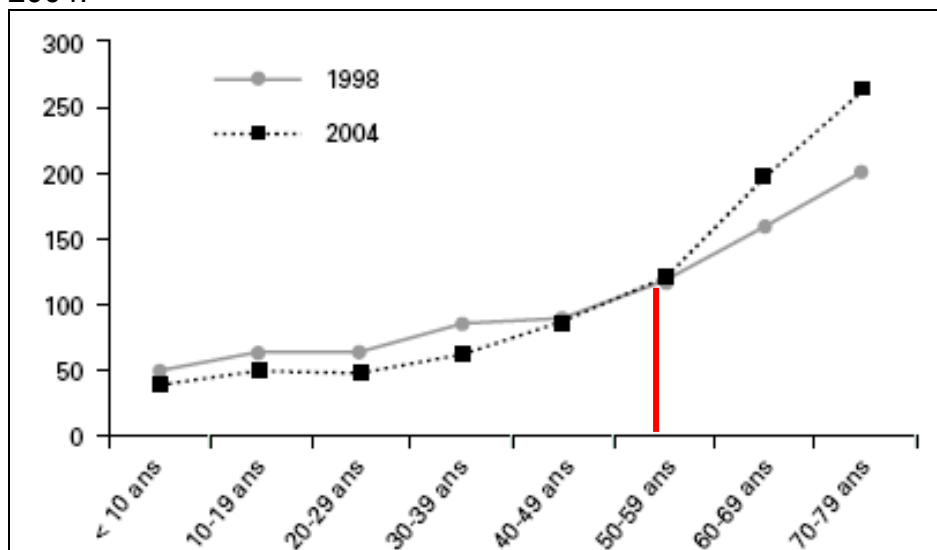
Profil de la dépense totale de santé par groupes d'âges : comparaison 1992-1997.



Source : IRDES - EPAS-ESDS 1992 et 1997.

Figure 48

Profil de la dépense totale de santé par groupes d'âges : comparaison 1998-2004.



Source : Echantillon permanent d'assurés sociaux, exploitation CNAMTS.

On en conclut que si l'on veut mener une étude de prévision de l'impact du vieillissement sur la dépense des soins médicaux, on ne peut se contenter d'un profil de dépense par âge stable dans le temps. Globalement, sur les deux graphiques, le recours aux soins entre les générations augmente plus rapidement à partir de soixante ans.

Ce qui expliquerait la part croissante des dépenses de santé consacrées aux personnes âgées ne serait donc pas tant l'augmentation de leur effectif et de la consommation des soins avec l'âge mais plutôt le fait que leur recours aux soins s'accroît plus vite que celui du reste de la population d'une génération à l'autre. Ces données vont donc dans le sens d'un impact du vieillissement plus marqué que l'effet mécanique détaillé plus haut.

Ce constat n'est pas propre à la France. Grignon rapporte que Buchner, en 2001, a montré, à partir de données d'un fonds d'assurance maladie allemand entre 1979 et 1990, la même tendance du profil des dépenses de santé par âge à se creuser entre 1979 et 1996. Ce qui signifie que, les plus âgés consomment de plus en plus de soins, pendant cette période, comparés au plus jeunes [31].

De même, Polton et Sermet nous indiquent que des statisticiens ont observé une évolution similaire dans quatre pays industrialisés, au Canada, aux Etats-Unis, en Australie et au Japon [181].

Comment expliquer ce creusement du profil des dépenses de santé par âges d'une année à l'autre ? Les questions suivantes tentent d'y répondre.

Les personnes âgées sont-elles plus malades qu'auparavant à un âge donné ? Quels sont les autres facteurs, non pris en compte dans les scénarios dits mécaniques, qui influencent les dépenses de santé ? Peut-on imputer cette augmentation des dépenses aux pratiques de soins, qui – à un état de santé donné – imposeraient une intensification des soins pour nos aînés ?

II.5.1. Réflexion sur la morbidité des personnes âgées : sont-elles en plus mauvaise santé qu'auparavant ?

Cette question déjà évoquée plus avant, dans le premier chapitre de notre travail, est des plus cruciales. Si les années de vie gagnées le sont en bonne santé, l'impact de l'allongement de la vie sur le système de santé est relatif. Si, au contraire, chaque année supplémentaire est grevée de son lot de maladies et d'incapacités, l'enjeu est tout autre et le poids économique conséquent. Les prévisions concernant l'état de santé des années de vie gagnées donnent cependant des résultats qui restent fragiles et que l'on doit manipuler avec précaution.

Grignon résume cette problématique en trois idées opposées. La première est pessimiste, elle considère que l'amélioration de l'état de santé n'est due qu'à l'amélioration des techniques médicales de survie. Cette conception est pessimiste car une longévité supérieure s'accompagne d'une dégradation de la qualité de vie et d'une augmentation de la dépense moyenne de santé par tête. La deuxième hypothèse présume que l'allongement de l'espérance de vie résulte d'une amélioration de l'état de santé avec des conditions de vie meilleure. L'optimisme de cette hypothèse réside dans l'amélioration de la qualité de vie et dans la moindre augmentation des dépenses de santé. Enfin, la dernière hypothèse distingue morbidité et incapacité. La morbidité progresserait tandis que les incapacités associées diminueraient parallèlement à l'allongement de la vie. L'évolution des dépenses de santé dépend ici de l'importance respective de la morbidité et de l'incapacité. Selon l'auteur, et malgré toute la prudence qu'il faut prendre dans l'interprétation des études disponibles, on assiste plutôt à une stabilité globale voire une amélioration pour certaines maladies et certaines tranches d'âge, de l'état de santé à un âge donné. **A la question, "les personnes âgées sont-elles plus malades qu'auparavant à un âge donné ?", il est donc possible de répondre de manière négative. Les scientifiques spécialistes de cet aspect estimerait même la tendance plutôt optimiste [96].**

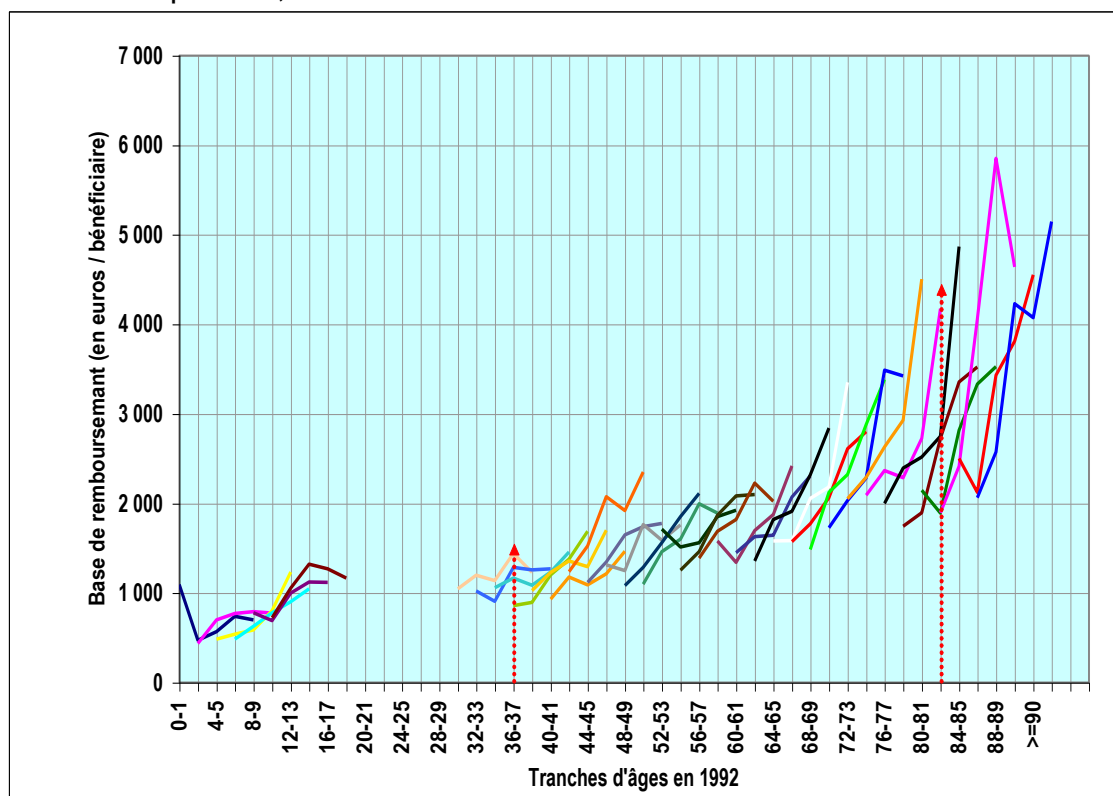
Une étude récente concernant le système de santé français, montre en effet que quelque soit l'indicateur de morbidité retenu, celui-ci n'explique pas l'accroissement relatif de la consommation médicale occasionnée par les plus âgés. Au contraire, l'évolution de la morbidité aurait, toutes choses égales par ailleurs, un effet favorable sur les dépenses. Les chercheurs estiment même que cet effet favorable, donc "négatif", sur les dépenses de santé fait plus que compenser l'effet "positif" sur ces dépenses imputable au vieillissement [66].

II.5.2. Existent-ils d'autres facteurs pouvant expliquer cette augmentation des dépenses de santé d'une génération à l'autre ?

Des comportements propres à chaque génération pourraient avoir un impact sur la hausse ou la baisse de l'évolution future des dépenses de santé : niveau de vie, niveau d'instruction, milieu social, protection sociale, degré d'urbanisation, hygiène de vie. Malheureusement il n'existe que peu d'études projectionnelles sur les dépenses de santé tenant compte des effets autres que le seul effet mécanique du vieillissement. Toutefois, une étude parue dans le point de conjoncture n°15 de la CNAMTS présente les résultats du suivi de la consommation médicale moyenne d'un panel d'individus constant de 1992 à 2000. Comme le montre la figure 49, à 36 ans, la base de remboursement d'un individu de la génération 1992 est de 900 € contre 1400 € pour la génération 1998. A 82 ans, elle passe de 1900 € en 1992 à 4200 € en 2000 [41].

Figure 49

Consommation médicale individuelle moyenne de 1992 à 2000 pour des individus appartenant à un même groupe de générations bénéficiaires protégés sur toute la période, non décédés en 2002.



Source : CNAMTS [41]. Reproduit avec l'aimable autorisation de Dominique Polton.

L'accroissement de la consommation médicale des générations nouvelles comparées aux précédentes est évidente à la lecture de la figure 49 : il est même important après 50 ans et massif aux âges plus élevés. Cette tendance ne paraît pas fléchir. Plusieurs explications sont proposées mais leur impact respectif sur les dépenses futures sont par ailleurs difficiles à prévoir.

On observe, par exemple, le fait que les individus les plus âgés ont vécu à une époque où la Sécurité sociale n'existait pas et où le recours aux soins n'allait pas de soi comme c'est le cas aujourd'hui.

La seconde explication avancée est la détention d'une assurance complémentaire maladie. Grignon explique que la détention d'une couverture complémentaire influence également positivement la consommation de soins [96]. En 2002, 30,9% des individus, ne bénéficiant pas d'une couverture complémentaire, déclaraient avoir renoncé à des soins au cours des 12 derniers mois contre seulement 15,1% des individus munis d'une couverture complémentaire [79]. Les personnes âgées recourent de plus en plus à ce type d'assurance complémentaire et le taux de détention de mutuelle se rapproche progressivement du taux observé chez les plus jeunes. Son effet propre sur la dépense de santé pourrait ainsi, en partie, rendre compte du creusement du profil par âge entre 1992 et 1997 (figure 47). Les générations les plus récentes semblent mieux couvertes que les précédentes. En 2002, selon la Fédération Française des Sociétés d'Assurance (FFSA), près de 86% des individus interrogés détenaient une complémentaire.

On constate ensuite, un nombre de plus en plus important d'individus exonérés du ticket modérateur, notamment pour "Affection Longue Durée" (ALD). Le vieillissement de la population et l'accroissement de la durée de vie des malades entraînent donc une hausse du nombre d'individus exonérés du ticket modérateur ainsi qu'une augmentation des dépenses qui leur sont consacrées.

Une étude du CREDES (1999) qualifie de "*grands consommateurs*", les personnes qui représentent 10% de la population mais qui concentrent près de 60% des dépenses de soins médicaux et 70% des remboursements de l'Assurance maladie. Plus d'un tiers d'entre eux sont des personnes âgées de 65 ans et plus. Les chercheurs montrent que plus de la moitié de ces "*grands consommateurs*" sont exonérés du ticket modérateur pour cause d'ALD. L'exonération du ticket modérateur au titre de l'ALD favoriserait donc la consommation de soins [47].

Enfin et surtout, c'est le progrès technique qui joue probablement le rôle le plus décisif dans cette augmentation des dépenses de santé d'une génération à l'autre. Le soin d'un même état morbide n'engendrerait pas le même coût selon les années. Des pathologies telles que la maladie d'Alzheimer, l'hypertension artérielle, les maladies cardio-vasculaires, pour ne citer qu'elles, touchent plus fréquemment les personnes âgées que les jeunes. Or ces maladies sont des affections de mieux en mieux traitées, le plus souvent avec succès mais à un coût toujours plus élevé. Les progrès médicaux et les coûts qu'ils génèrent "profitent" ainsi plus souvent aux personnes âgées qu'aux plus jeunes. La CNAMTS estime que ce constat explique certainement, dans une large mesure, les effets de génération mis en évidence dans le dernier graphique (figure 49) [41].

Ce dernier point semble, pour la majorité des articles étudiés, au cœur du problème auquel va être confrontée la branche maladie de notre Sécurité sociale.

A l'avenir, les personnes âgées resteront-elles les principales bénéficiaires de ce progrès technique ? Si ces innovations restent destinées, comme cela semble être le cas actuellement, aux personnes les plus âgées, en nombre croissant, on peut penser que ces comportements, liés à la consommation de soins médicaux observés au cours de la dernière décennie, iront en s'amplifiant à l'avenir. Grignon explique donc que *"l'enjeu du vieillissement ne serait pas tant l'augmentation de la proportion de personnes âgées dans la population mais bien plutôt les décisions prises quant aux ressources affectées aux soins respectifs des personnes âgées et des plus jeunes, ou aux soins médicaux en général contre d'autres dépenses de santé"*.

Grignon illustre d'ailleurs bien l'impact de ces décisions dans les différents systèmes nationaux de santé. Il cite Reinhardt [189] qui, en 2000, a montré que le ratio entre les dépenses de soins des "65 ans et plus" et celles des "0-64 ans" varie de 2,8 en Allemagne à 5,3 au Japon. Pour autant, les vieux Japonais sont-ils près de deux fois plus en mauvaise santé - relativement aux jeunes de leur pays - que les Allemands du même âge ?

De même en France, ces choix politiques se répercutent sur l'évolution de l'espérance de vie. Il y a 60 ans, notre société affectait les ressources médicales à des maladies touchant les plus jeunes et sauvait leur vie beaucoup plus massivement qu'aujourd'hui. On peut envisager une évolution analogue dans les soixante prochaines années mais au profit des plus âgés cette fois. Le profil des dépenses par âge continuera donc à se creuser un peu plus. En ce cas, plus qu'un effet du vieillissement de la population sur les dépenses de santé, il serait opportun de parler d'un effet de la dépense sur le vieillissement de la population [96] [189].

II.6 Conclusion.

En somme, nous avons étudié plusieurs scénarios "mécaniques" de l'influence de la pyramide des âges sur les dépenses de santé. Ils aboutissent tous à la même constatation : l'accélération des dépenses est évidente et incontournable mais certainement pas "explosive". L'examen critique de ces scénarios montre que l'impact du vieillissement sur la dépense médicale dépend de l'évolution de la morbidité par âge. Cette évolution, malgré les résultats optimistes des dernières études notamment celle de Dormont et coll. [66], n'est pas encore projetée avec une complète certitude (§II.5.1.). En tout état de cause, Polton et Sermet [181] affirment que l'augmentation rapide des consommations médicales des personnes âgées ne relève pas d'une fatalité démographique ou épidémiologique, mais bien de l'augmentation des soins dus aux effets conjoints d'une offre et d'une demande. Grignon [96] aboutit au même raisonnement. Selon lui, les dépenses, dues au vieillissement de la population, n'augmentent pas inéluctablement car elles dépendent largement des choix et des arbitrages sociaux.

L'étude récente de l'Institut d'économie et de management de la santé de Lausanne, affirme également que la déformation du profil des dépenses par âge est majoritairement, voire entièrement, attribuable à l'évolution des pratiques de santé vis-à-vis des personnes âgées pour un état de santé donné. Ce phénomène n'est pas lié au vieillissement de la population en lui-même mais plutôt à une vision modifiée du bien-être des personnes âgées. Les pratiques évoluent dans toutes les disciplines de la médecine mais le domaine, où la progression est la plus spectaculaire, est celui de la consommation de produits pharmaceutiques, domaine où innovation et progrès sont omniprésents [66]. L'IRDES rapporte en effet que les dépenses publiques de médicaments ont doublé en France au cours des dix dernières années. Sommes-nous pour autant deux fois plus malades qu'il y a dix ans ? La France se distingue en sus par une dépense deux fois plus élevée que celles de l'Angleterre et presque une fois et demie plus élevée que celles de l'Allemagne [154].

Si l'impact du vieillissement relevait de la fatalité, démographique ou épidémiologique, il occasionnerait inmanquablement des besoins croissants, pourquoi alors tenter de le réguler ? Si à l'inverse, la croissance des dépenses est une conséquence des pratiques de soins et de l'intensification des traitements, comment y remédier ? Quels progrès techniques faut-il accepter de financer collectivement ? Pour quels résultats ? Ces questions concernent en réalité l'ensemble de notre système de santé mais la perspective du vieillissement de notre population ne fait que les exacerber. Polton et Sermet [181] concluent d'ailleurs leur article par ces mots : *"il faut éviter de mettre sur le dos du vieillissement des questions de choix publics qui traversent l'ensemble du système de santé, si l'on veut contribuer à clarifier le débat sur ces questions"*.

Stasse conduit une réflexion intéressante à propos de l'influence du progrès technique sur l'augmentation incontrôlable des dépenses de soins de santé. Pour lui, ce n'est pas le progrès technique en lui-même qui est responsable mais la mauvaise utilisation qui en est faite, *"génératrice de graves gaspillages"*. Le progrès technique trouve normalement sa justification dans l'amélioration de la productivité des hommes et du matériel. Un des objectifs initiaux est donc de réaliser des économies. Dans le domaine de l'analyse biologique, par exemple, le remplacement de l'acte individuel et manuel du technicien de laboratoire par des automates a divisé par cent, en dix ans, le coût de l'analyse biologique de base. Le problème est en réalité une utilisation excessive de ces nouvelles technologies, performantes certes mais très coûteuses, par les soignants. Il avance des motifs de confort psychologique du patient et/ou du praticien pour expliquer cette surconsommation. Il estime que la résolution de ce problème réside *"dans le couple organisation-évaluation des soins"* [220].

Une étude de l'Organisation de Coopération et de Développement Economiques (OCDE) publiée en février 2006, démontre également que les tendances à la hausse des dépenses publiques de santé vont s'accroître, au-delà même des effets du vieillissement. Selon cet organisme, cela tient essentiellement aux progrès des technologies médicales et du développement rapide des services de santé. La réflexion de Stasse est confirmée ici puisque les auteurs expliquent que même lorsqu'une nouvelle technologie réduit le coût d'un traitement, l'augmentation de la demande pour ce traitement qui en découle peut faire croître la dépense publique. Ces facteurs, encore une fois, non spécifiquement liés au vieillissement démographique, exerceront, à long terme, une pression sur les dépenses de santé [158].

Citons une dernière étude de 2001 très justement intitulée *"Apocalypse no : Population Aging and the future of Health Care Systems"*. Evans et coll. y traitent de la contradiction qui subsiste entre les projections catastrophiques des coûts de santé dus aux évolutions démographiques attendues et les nombreux résultats d'études scientifiques montrant la faible implication du vieillissement démographique dans ces projections économiques [75].

Les diverses études aboutissent toutes à la même conclusion quant à la responsabilité relative des modifications de répartition de notre pyramide des âges sur l'évolution des dépenses de santé. Les choix politiques actuels et futurs, concernant le fonctionnement souhaité de notre système de soins dans son entier, seront décisifs pour sa "soutenabilité" économique.

Par exemple, qu'attend-on pour donner une véritable place à la prévention dans notre système de santé ? Sicot rapporte que la prévention reste marginale en France, elle représente seulement 2% du budget de l'assurance maladie [215]. Pourtant, une part importante des maladies, liées à l'âge ou qui s'aggravent avec lui, peuvent faire l'objet de prévention. Ces actes seraient plus rentables, sur le long terme, que les soins curatifs. Le Rapporteur du Sénat indique que différer de 5 années l'apparition de la maladie d'Alzheimer, à l'aide de méthodes préventives, divise son coût par deux. De même, le traitement de la fracture du col du fémur par la pose d'une prothèse est reconnu efficace mais il est très coûteux. De plus, ces fractures conduisent souvent à une incapacité durable et sont suivies d'un décès dans 30% des cas dans l'année suivante. Le développement de méthodes de prévention, de la chute notamment, devient indispensable et il entraînera des économies. Il est donc urgent de mieux informer les patients âgés - et leur entourage - et d'améliorer la formation des médecins. La formule du rapporteur du Sénat est univoque : *"prévention et gériatrie sont aujourd'hui les deux parents pauvres de la médecine"* [180]. **L'impact réel du vieillissement dépendra fortement de la capacité à développer la prévention et à l'engager à des âges suffisamment précoces.**

Certains auteurs, pouvant apparaître plus pragmatiques, ont une vision "économiste" de la maîtrise des dépenses de santé. Doit-on systématiquement fustiger la part grandissante des dépenses de santé dans le PIB ?

La santé est devenue un bien dit *"supérieur"*. Les dépenses occasionnées pour elle, lorsqu'elles sont efficaces, sont sources de bien-être. La santé prend d'autant plus de valeur que les autres besoins de consommation - vêtement, alimentation, logement - sont satisfaits. C'est donc en toute logique que la hausse du niveau de vie s'accompagne d'une hausse des dépenses de santé. Ce phénomène est "bénéfique" à plusieurs titres. D'abord parce que la demande créant l'offre, le secteur de la santé est créateur d'emplois. Stasse considère plutôt que, dans le domaine de la santé, c'est l'offre qui crée la demande, cependant l'effet créateur d'emploi est identique [220]. Cette consommation de soins de santé accrue entraîne une amélioration de l'état de santé. Sur le long terme, l'état de santé des sexagénaires peut en outre être un

élément économique déterminant car il rendra possible leur participation au marché du travail à l'avenir [180]. Au total, l'OMS dans le Rapport sur la Santé dans le monde (1999), soutient que des dépenses efficaces de santé stimulent la croissance économique : *"Les études permettent constamment d'observer une forte influence de la santé sur les niveaux économiques et les taux de croissance"* [165].

Cette croissance des dépenses de santé est-elle légitime ? Trois points de vue contrastés peuvent être discutés [182]. Le premier est celui que nous venons d'exposer : la croissance des dépenses de santé, en tant que *"bien supérieur"*, serait plutôt positive. Il n'empêche que son financement est public, pour une grande part, et il est, pour cette raison, limité. Pour certains, il est donc vital pour notre système de protection sociale de définir plus explicitement les limites respectives des financements public et privé. Une argumentation corollaire et néanmoins opposée pourrait soutenir que non seulement la croissance des dépenses de santé est positive mais qu'il faut continuer à la financer par la solidarité nationale afin de maintenir l'équité d'accès aux soins. En opposition avec ces deux premières conceptions, certains auteurs pensent que la croissance des dépenses de santé n'augmente pas le bien-être et génèrent gaspillages et rendements décroissants. De Kervasdoué [57] fait parti de ces auteurs. Il s'oppose au corps médical qui prétend le contraire, en disant ceci : *"la santé n'est pas la médecine et la médecine n'est pas la santé"*. Selon lui, l'amélioration spectaculaire de la santé et de l'espérance de vie depuis 1930 en Occident tient au développement de la médecine pour 15 à 20%. Pour le reste, l'essentiel donc, ces progrès sont attribuables à l'amélioration de la qualité de l'eau, de l'alimentation et de la généralisation du tout-à-l'égout. L'auteur rapporte même que les statistiques actuelles confirment qu'il n'y a pas de lien entre l'accroissement différentiel des dépenses de santé et celui de l'espérance de vie. Pour lui, il est donc réducteur de s'opposer à la maîtrise des dépenses de santé sous prétexte que cette dernière nuirait immanquablement à l'amélioration de la santé publique.

Or, pour plusieurs raisons, ces dépenses de santé ont une tendance naturelle à croître à l'infini. Selon Polton [182], cela s'explique, entre autres, par les évolutions démographiques et épidémiologiques, telles que le vieillissement démographique, les attentes croissantes des nouvelles générations, le progrès technique, l'absence de frein financier ou encore la médicalisation croissante de la société et des problèmes sociaux. De Kervasdoué [57] y ajoute le phénomène de l'offre de soins de ville qui ne peut que croître étant donné le mode de rémunération des médecins libéraux, le paiement exclusif à l'acte.

Il apparaît donc pressant de contrôler la croissance des dépenses de santé parce qu'elles pèsent sur les finances publiques, parce que la demande est infinie et parce que les dangers d'abus sont réels. La recette la plus souvent employée pour maîtriser ces dépenses est le déremboursement. Est-ce néanmoins la bonne "recette" ? Le déremboursement impose logiquement un recours accru aux assurances privées pour s'acquitter de ses frais de santé. Selon De Kervasdoué, deux catégories de personnes ne pourront pas financer ces dépenses elles-mêmes : les *"trop pauvres"* et les *"trop vieux"*. Les premiers parce qu'ils ne sont pas solvables. Les seconds parce que le risque qu'ils présentent est certain et que les assureurs détestent les risques certains et pis encore les risques déclarés [57].

Le second thème que nous développerons, dans ce chapitre concernant l'avenir de l'état-providence français, est la prise en charge de la dépendance des personnes âgées. L'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes est encore empreinte d'incertitudes mais elle est inéluctable. Les personnes âgées dépendantes seront en outre plus âgées et plus gravement dépendantes

qu'aujourd'hui, l'incidence de la dépendance augmentant avec l'âge. Par ailleurs, elles pourraient le demeurer plus longtemps. Cette prise en charge de la dépendance, tant physique que psychologique, induit des coûts, appelés inévitablement à croître dans les prochaines décennies. Comment la dépendance de la personne âgée est-elle prise en charge financièrement? Quels sont ses coûts ? Le vieillissement démographique va-t-il entraîner une augmentation insoutenable de ces dépenses ?

III. VIEILLISSEMENT DEMOGRAPHIQUE : QUEL IMPACT SUR LA PRISE EN CHARGE DE LA DEPENDANCE DE NOS AINES ?

La complexité et la diversité des systèmes de prise en charge des personnes âgées dépendantes résultent en partie d'un manque de définition claire de la dépendance. Dans l'état actuel des textes, elle n'est ni considérée comme une maladie relevant de l'assurance maladie, ni nettement distinguée de celle-ci, ce qui explique qu'une grande part de son financement relève de l'assurance maladie.

Un dispositif de lutte contre la dépendance a progressivement été mis en place au cours des dernières décennies, avec comme priorité affichée, dans la lignée du rapport Laroque, le soutien à domicile [132]. L'offre gérontologique actuelle propose deux grandes structures : les institutions d'hébergement et les services de maintien à domicile. Nous présenterons un bilan du financement public de ce dispositif puis grâce aux projections tant financières que démographiques, nous envisagerons son évolution dans les prochaines décennies. Cette solidarité collective, malgré ses efforts croissants, est plus que largement complétée par la solidarité familiale. Nous étudierons tout d'abord l'impact de cette aide dite informelle dans la prise en charge de la dépendance de nos aînés, puis nous nous interrogerons sur son devenir à l'horizon de la première moitié du XXI^e siècle.

III.1. L'offre gérontologique en France en 2006.

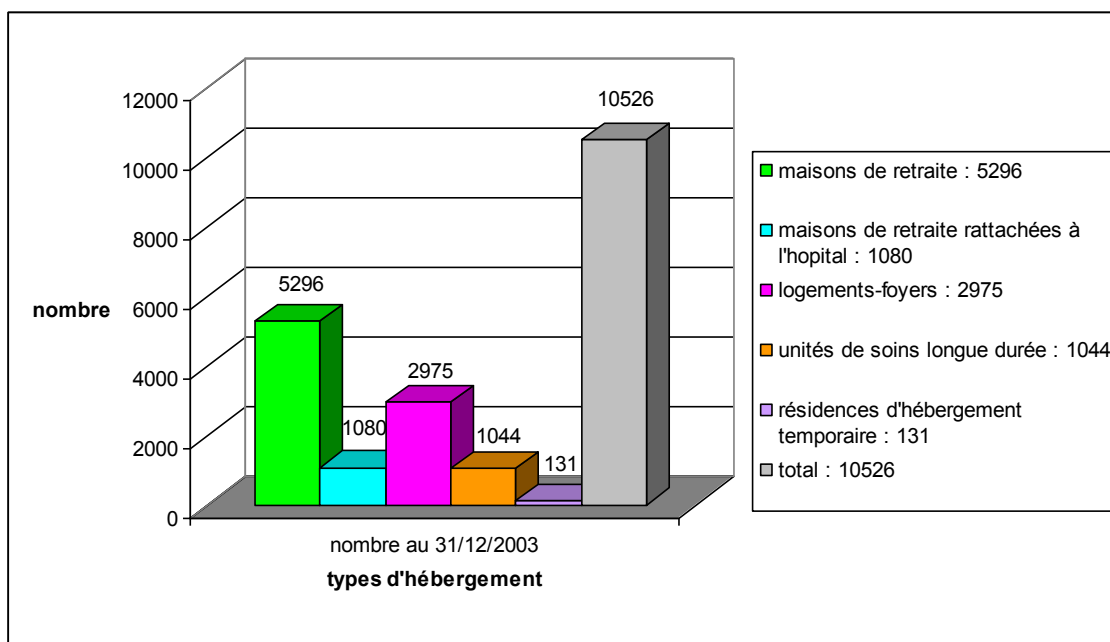
Dans cette partie, nous citerons sans les développer, les différents services mis à la disposition de la personne âgée dépendante.

III.1.1. L'hébergement des personnes âgées dépendantes en institution.

Les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées (EHPA) regroupent l'ensemble des établissements médico-sociaux ou de santé qui reçoivent des personnes âgées pour un accueil permanent, temporaire, de jour ou de nuit. L'enquête EHPA réalisée par la DREES en 2003, évalue à 10 526 le nombre d'établissements et à 67 100 le nombre de places installées environ (figure 50).

Figure 50

Recensement des établissements d'hébergement pour personnes âgées, en France, au 31 décembre 2003.



Source : enquête EHPA 2003, DREES [227].

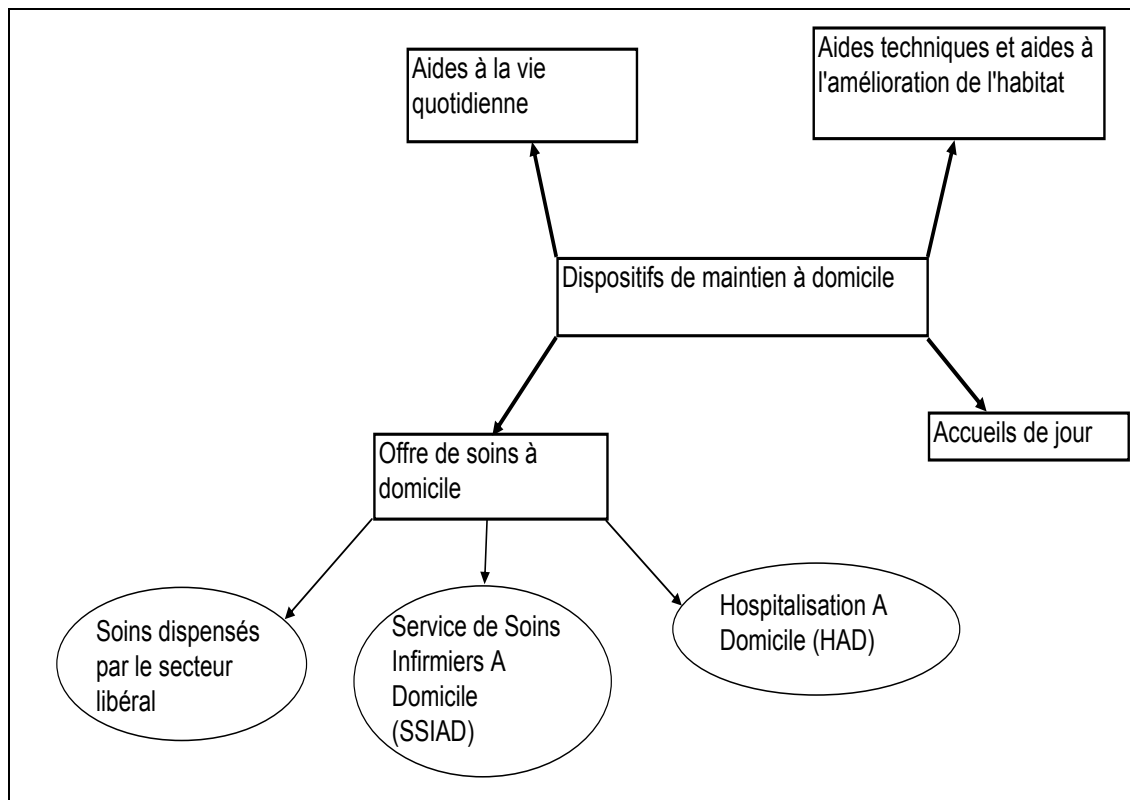
III.1.2. Les dispositifs de maintien à domicile des personnes âgées dépendantes.

L'ensemble de ces dispositifs est présenté figure 51.

De cette offre gérontologique, il est important de retenir qu'un effort important est fait depuis 2003 pour renforcer le maintien à domicile et pour la médicalisation des EHPAD. Cependant, le système de prise en charge souffre d'un manque de personnel, tant en institution qu'à domicile. On note, par ailleurs, un défaut de coordination entre les différents acteurs au service de la personne âgée dépendante, travailleurs sanitaires et travailleurs sociaux, mais aussi aidants professionnels et aidants informels [24] [25] [67] [194] [228].

Figure 51

Composition du dispositif d'aide à domicile pour les personnes âgées dépendantes.



Sources : [24] [25] [67] [194] [228].

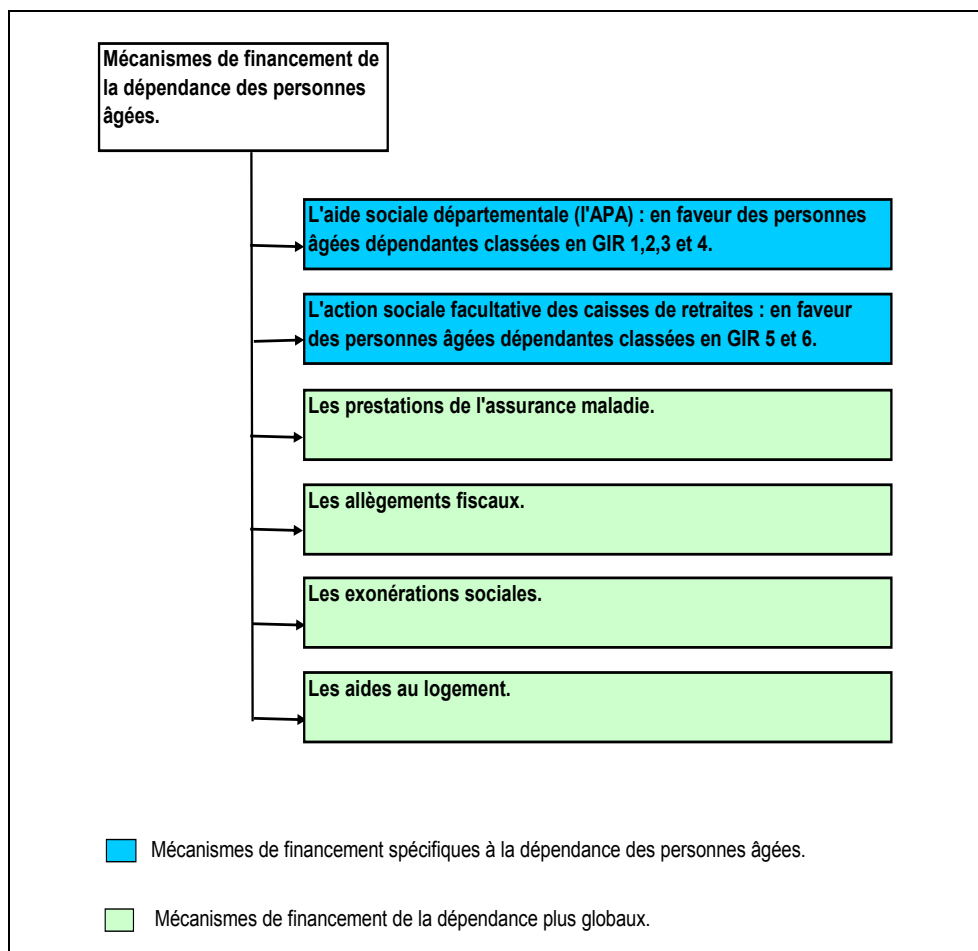
III.2. Les circuits de financement de la prise en charge des personnes âgées dépendantes.

La clé de voûte du système de prise en charge de la dépendance est l'APA. Depuis sa mise en place par le gouvernement Jospin, en remplacement de la PSD, la part des financements publics a augmenté significativement. Outre l'APA, allocation spécifique attribuée au "risque" dépendance, il existe divers mécanismes destinés à maintenir la solvabilité des personnes âgées dépendantes (figure 52) [50].

Nous ne détaillerons pas les trois derniers mécanismes de financement public de la dépendance cités à la figure 52 car ils forment un ensemble hétérogène et peu lisible. Notons tout de même que le rapport de la Cour des comptes estime que ces dépenses non spécifiques pèsent de manière significative sur le budget de l'Etat.

Figure 52

Schéma explicatif des mécanismes de financement public de la dépendance des personnes âgées.



III.2.1. Mécanismes de financement spécifiques à la perte d'autonomie.

III.2.1.1. L'aide sociale légale départementale en faveur de la dépendance.

Dans le cadre des lois de décentralisation, les départements ont reçu depuis 1983 la responsabilité de droit commun de l'aide sociale aux personnes âgées. C'est à ce titre qu'ils sont responsables de l'attribution de l'APA. Le poids des dépenses départementales pour lutter contre la dépendance est croissant : il représente près d'un cinquième des financements mobilisés en totalité. Cette prestation spécifique de la situation de dépendance est ouverte à toute personne âgée de 60 ans ou plus. Le montant perçu est calculé en fonction des besoins relevés durant un plan d'aide réalisé par une équipe médico-sociale, en concertation avec la personne âgée. Ce plan d'aide recense les besoins jugés nécessaires pour son maintien à domicile : aides à la vie quotidienne, aides techniques, réalisation de petits travaux d'aménagement du logement ou bien encore recours à un hébergement temporaire, à un accueil de jour. Pour chaque GIR 1, 2, 3 et 4, le montant maximal fait l'objet d'un barème arrêté au niveau national. L'APA n'est pas soumise à condition de ressources mais l'allocation versée correspond au montant du plan d'aide effectivement utilisé par le bénéficiaire diminué d'une participation financière éventuelle laissée à la charge de la personne âgée. Ce système de "ticket modérateur" dépend lui des revenus du bénéficiaire. En établissement, l'APA aide ses bénéficiaires à acquitter le tarif dépendance. Perben indique qu'en septembre 2005, le montant de l'APA ainsi versé permettait d'acquitter en moyenne 68% du tarif dépendance appliqué en établissement

d'accueil. Dans le cadre de la convention tripartite (réforme EHPAD), l'APA peut par ailleurs être versée par le Conseil Général sous la forme d'une dotation budgétaire globale afférente à la dépendance qui prend en compte le niveau de perte d'autonomie moyen des résidents de l'établissement. Dans ce cas, l'APA n'est plus versée à chaque personne âgée mais à l'établissement dans lequel elles résident.

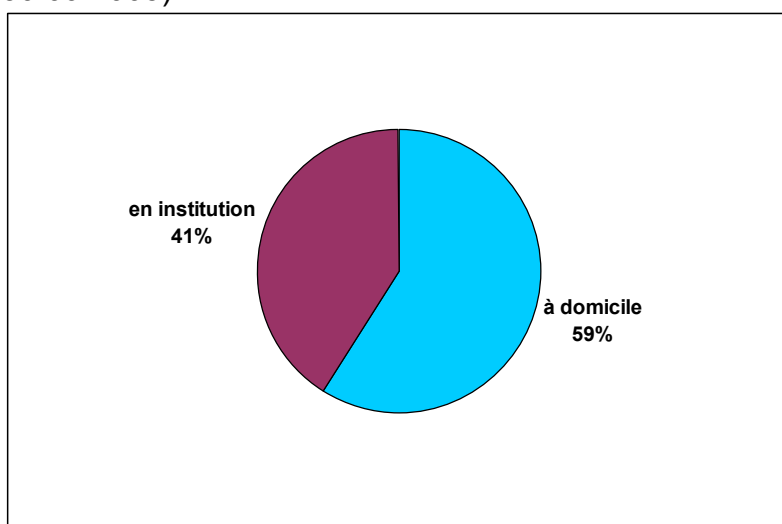
A la fin du troisième trimestre 2005, 729 000 personnes âgées ont directement perçu la prestation. Avec le système de dotation globale, 182 000 personnes résidentes ont également perçu de manière indirecte l'allocation [172].

Alors que la majeure partie des dépenses d'aide sociale départementale bénéficiait traditionnellement aux personnes vivant en institution, celles destinées au maintien à domicile sont devenues, dès 2003, les plus importantes (figure 53). Il est à noter que le coût global de l'APA à domicile étant supérieur à celui de l'APA en institution, la hausse plus importante du nombre des allocataires à domicile se traduit par une hausse plus que proportionnelle des dépenses.

Avec un total de 911 000, le nombre de bénéficiaires de l'APA croît à un rythme régulier depuis plusieurs trimestres. Ce rythme est néanmoins plus rapide que celui de l'ensemble de la population âgée de 75 ans et plus.

Figure 53

Répartition des allocataires de l'APA selon leur lieu de résidence (au 30/09/2005).



Source : DREES [172].

Palier rappelle que l'APA a rencontré un "succès" non prévu par les gouvernements successifs nécessitant un fort besoin de financement dès 2002, et plus encore en 2003. Le gouvernement de Jean-Pierre Raffarin a donc cherché à réduire la portée de l'APA en 2003. Mais l'été caniculaire de cette année-là ayant entraîné le décès prématuré de nombreuses personnes âgées isolées, la solidarité envers nos aînés a repris sa place au cœur des débats publics. Un effort collectif s'est imposé. Au lieu d'opter pour une hausse classique des cotisations, le gouvernement a copié une idée allemande retenue en 1994. Il s'agit de demander une contribution nouvelle aux employeurs en échange d'une journée travaillée en plus par les salariés. Le lundi de Pentecôte avait été retenu mais face à la vive impopularité de cette mesure, le gouvernement Villepin a finalement décidé de donner plus de souplesse pour la mise en œuvre de ces 7 heures de travail supplémentaires au profit des personnes âgées. Selon une estimation, le jour supplémentaire travaillé conduira à terme à un surcroît de valeur ajoutée de l'ordre de 0,3%. Une cotisation patronale, Contribution Solidarité

Autonomie (CSA), de 0,3% de la masse salariale sera prélevée sur les employeurs publics et sur les entreprises privées. La journée de solidarité pour la dépendance devrait ainsi permettre de dégager 2 milliards d'euros : 1,2 pour les personnes âgées et 800 millions pour les handicapés [168].

III.2.1.2. L'action sociale facultative des caisses de retraite en faveur des personnes âgées les moins dépendantes.

Cette aide dite facultative est attribuée aux cotisants des différents régimes. Depuis la mise en place de l'APA, qui s'adresse aux personnes classées dans les quatre premiers GIR, l'aide mise à disposition par les caisses de retraite concerne les personnes âgées évaluées en GIR 5 et 6. Elle prend essentiellement la forme d'aide à la personne : aide ménagère à domicile, aide à l'aménagement du logement [50].

Au 30 septembre 2005, en France métropolitaine, environ 240 000 personnes bénéficient de l'aide ménagère délivrée par la Caisse Nationale Vieillesse des Travailleurs Salariés (CNAVTS), un tiers d'entre elles sont évaluées en GIR 5, les deux tiers restants en GIR 6 [172].

Depuis septembre 2004, le nombre des bénéficiaires de cette aide s'est réduit de 2%. Il faut préciser que depuis la mise en place de l'APA, le rôle des caisses de retraite dans la solvabilisation des personnes âgées est devenu mineur.

Deux autres prestations sont en cours d'expérimentation par la CNAVTS : aide à l'hébergement temporaire et aide au retour à domicile après hospitalisation. Les objectifs sont communs : une continuité de la prise en charge rassurante pour la personne âgée et l'aide aux aidants informels.

Enfin, les caisses de retraite peuvent apporter une aide à l'amélioration de l'habitat en finançant des travaux d'adaptation du logement liés à la perte d'autonomie [50].

III.2.2. Les autres mécanismes de financement non spécifiques à la perte d'autonomie.

En complément de ces deux systèmes d'aide, destinés aux personnes âgées, une part importante des financements publics de la dépendance fait appel à quatre mécanismes plus globaux (figure 52).

III.2.2.1. Les prestations d'assurance maladie.

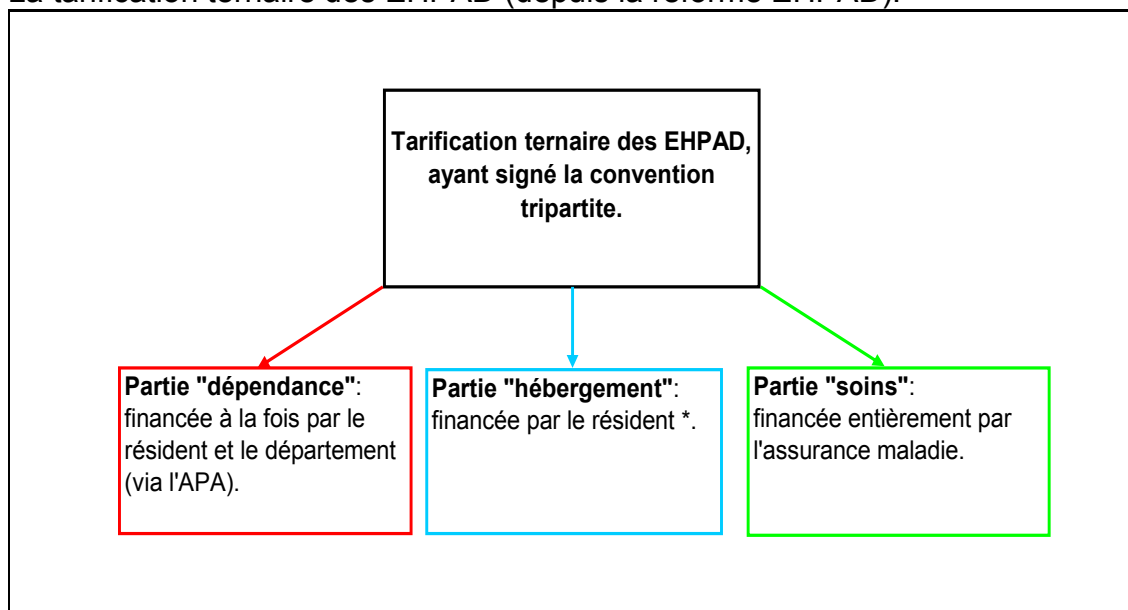
Avant la mise en place de l'APA, l'assurance maladie restait de loin la principale source de solvabilisation des personnes âgées dépendantes. Son champ de contribution est certes rétréci aujourd'hui mais l'assurance maladie continue d'apporter plus de 60 % des financements consacrés aux personnes âgées dépendantes.

Dans le cadre de la réforme EHPAD, elle prend en charge la partie "soins" des budgets des établissements du secteur médico-social et des Unités de Soins de Longue Durée (USLD) (figure 54).

L'assurance maladie finance aussi l'intégralité des Services de Soins Infirmiers à Domicile : les SSIAD. Comme tous patients, les personnes âgées dépendantes ont recours au parcours de soins classique : médecine de ville, acquisition de matériel médical, médicaments ou hospitalisation. C'est logiquement la branche santé de notre système social qui prend en charge ces dépenses. Pour ces soins, le remboursement est, le plus souvent à 100% puisque la plupart des personnes âgées dépendantes, 87% selon la Cour des comptes, sont en ALD [50].

Figure 54

La tarification ternaire des EHPAD (depuis la réforme EHPAD).



* s'il dispose de ressources suffisantes, sinon, c'est l'aide sociale départementale qui y subvient.

Source : Guide sur la réforme EHPAD, [CRAM Aquitaine \[52\]](#).

Comme on l'a vu en introduction de ce second chapitre, l'Etat-providence a été créé pour faire face aux grands risques sociaux : maladie, vieillesse, famille et accidents du travail. **Aujourd'hui, un nouveau risque est apparu : la dépendance. Elle n'avait pas été prévue au départ, elle appelle désormais des réponses inédites.**

III.2.3. L'institution d'une nouvelle branche de l'assurance maladie.

A la suite de la canicule d'août 2003, le gouvernement a souhaité marquer la mobilisation des pouvoirs publics pour les populations âgées, largement éprouvées par cet épisode. Il a donc élaboré un plan interministériel intitulé *"Vieillesse et solidarités"* annoncé le 6 novembre 2003 par le premier ministre. Ce plan vise tout d'abord à accentuer l'effort en faveur d'un maintien à domicile. En outre, les établissements existant recevant des personnes âgées dépendantes doivent renforcer leur médicalisation par la création de 10 000 places supplémentaires d'ici 2007 et augmenter le taux d'encadrement en personnel soignant. Pour ces EHPA, le plan prévoit une simplification de leur tarification. Le financement de la perte d'autonomie, quant à lui, se voit consolider par la mise en place d'une nouvelle contribution spécialement affectée à la dépendance des personnes âgées (la CSA détaillée plus avant dans le chapitre consacré à l'APA). Cette contribution a pour but de pérenniser la participation de l'Etat dans le financement de l'APA. Enfin, le préfet devient responsable du déclenchement et de la gestion de crise en cas d'évènement imprévu [133].

La loi du 30 juin 2004, relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, a permis d'organiser certains des objectifs de ce plan *"Vieillesse et solidarités"* à travers la création de la Caisse Nationale de la Solidarité pour l'Autonomie (CNSA). La CNSA remplace ainsi le Fonds de Financement de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (FFAPA). Le rapport de mission de préfiguration de la CNSA explique clairement les objectifs de cette création. **La prise en charge de la personne âgée repose sur une juxtaposition des acteurs responsables et des modes de financements. Tout le dispositif souffre aujourd'hui de cloisonnements, de séparations de responsabilités et**

d'incohérences institutionnelles. Au regard de ces différentes difficultés et des tendances socio-démographiques qui se dessinent, il a été décidé, entre autres, de renforcer l'organisation de la prise en charge de la dépendance en définissant deux niveaux principaux de responsabilité. D'une part, une fonction nationale de fixation de normes, d'orientation, de politique nationale et d'évaluation est assurée par cette nouvelle caisse, la CNSA. D'autre part, le département, responsable clairement identifié, assure la fonction locale de gestion du dispositif, en relation avec les partenaires indispensables [27].

Un des buts principaux de la CNSA sera donc de financer l'accompagnement de la perte d'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées. Elle rassemble pour ce faire, au sein d'un même organisme, les moyens de l'Etat issus de la solidarité nationale et les crédits de l'assurance maladie consacrés à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées c.-à-d. l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) personnes âgées et l'ONDAM personnes handicapées. Le budget de la CNSA pour l'année 2006 illustre parfaitement cette organisation. Il s'élève à 14 milliards d'euros (Md€) : 3 Md€ issus de la CSA et de la CSG, 11 Md€ issus de l'ONDAM destiné aux personnes âgées et aux personnes handicapées.

La CNSA verse aux conseils généraux dans les départements, une première partie de ces ressources pour contribuer au financement des aides individuelles : l'APA pour les personnes âgées (1,4 Md€), le reste étant attribué à l'aide individuelle des personnes handicapées (520 millions d'euros).

La CNSA répartit la seconde partie de ces ressources en matière d'offre collective. Elle arrête ainsi pour chaque département, sur la base d'une analyse régionale des besoins, le montant des dotations annuelles destinées aux établissements et services médico-sociaux, accueillant ou accompagnant des personnes âgées et des personnes handicapées (11 Md€) [42].

III.3. Estimation des dépenses publiques consacrées à la prise en charge des personnes âgées dépendantes (pour l'année 2003) et discussion.

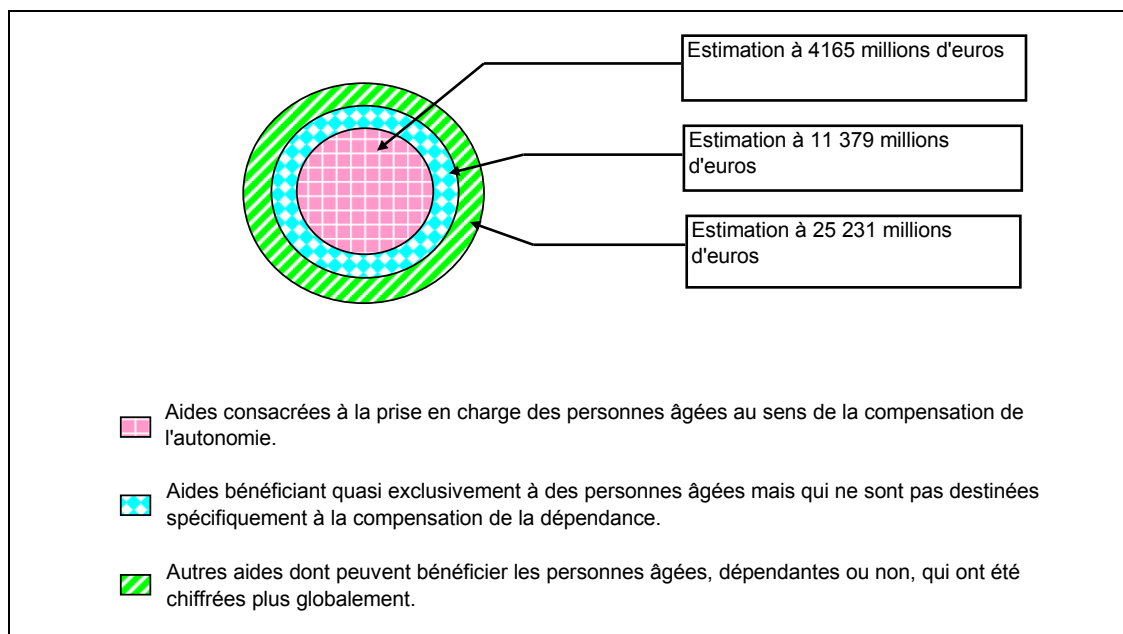
Le rapport de la Cour des Comptes tente d'estimer, pour l'année 2003, les dépenses consacrées aux personnes âgées dépendantes. **Il est précisé, à maintes reprises, que ces chiffres ne constituent pas un recensement comptable exhaustif mais plutôt une présentation d'un ordre de grandeur permettant d'engager une réflexion sur ce sujet.** Cette entreprise est précieuse car inédite et très récente. Pour ce faire, la cour distingue trois cercles concentriques que nous avons schématisés, dans un souci de clarté et de concision (figure 55).

L'assemblage de ces différents sous-ensembles n'aurait pas de grande signification. Mais, selon la Cour des Comptes, des conclusions essentielles ressortent de cette estimation.

En premier lieu, les dépenses collectives pour la dépendance des personnes âgées (cercles quadrillé et en damier de la figure 55) représentent 15,5 milliards d'euros, soit un peu plus de 1% du PIB. Cet ordre de grandeur situe avec clarté les enjeux financiers de la prise en charge du coût de la dépendance actuellement et les défis futurs engendrés par le vieillissement de notre population. Avec toute la prudence qu'il convient de prendre quant à la méthodologie des estimations exposées ici, la France, pour ces dépenses, paraît se placer dans une position moyenne parmi les pays de l'OCDE.

Figure 55

Synthèse des financements publics consacrés à la dépendance (pour 2003).



Source : [50].

Deuxièmement, dans ce premier total, il est important de remarquer que les dépenses non spécifiquement attribuées à la dépendance mais bénéficiant quasi exclusivement aux personnes âgées dépendantes (cercle en damier) sont près de trois fois supérieures aux dépenses consacrées spécifiquement à la prise en charge de la dépendance (cercle quadrillé).

Troisièmement, les dépenses consacrées aux personnes âgées de manière indifférenciée selon qu'elles sont dépendantes ou non (cercle hachuré) sont supérieures à celles attribuées exclusivement aux personnes âgées dépendantes. Enfin, la Cour des Comptes dresse un constat non visible sur notre schéma. Les dépenses fiscales entraînées par des exonérations de l'impôt sur le revenu, dont bénéficient les personnes dépendantes ou non, ne sont pas négligeables par rapport aux aides directes spécifiques à la dépendance, ou aux aides directes aux personnes dont le revenu est le plus faible.

Pour les deux premiers cercles concentriques (cercles quadrillé et en damier), la Cour des Comptes a évalué la répartition des dépenses par sources de financement pour cette année 2003. Nous retiendrons que l'assurance maladie prend en charge 60% de ces dépenses et les budgets départementaux, 20%.

Chaque type de financement repose lui-même sur plusieurs sources de rentrée d'argent. Les deux sources majoritaires sont les cotisations sociales, avec 37%, puis la CSG, avec 33%.

Ces estimations ayant été réalisées pour 2003, il convient de préciser que deux facteurs, mis en œuvre en 2004, risquent de modifier la répartition des sources de financement. D'abord la journée de solidarité qui devrait rapporter 1,6 milliards d'euros, dont 60% seraient alloués à la dépendance des personnes âgées. Si on l'assimile à une cotisation sociale, la part des cotisations sociales dans les sources de financement devrait s'élever. Ensuite, l'augmentation de 0,3 point de CSG sur les revenus des placements et du patrimoine devrait rapporter 300 millions d'euros dont 60% seraient affectés aux personnes âgées dépendantes. Cette modification accroît, logiquement, la part de CSG dans le financement global.

Pour compléter l'estimation des dépenses consacrées aux personnes âgées dépendantes, la Cour des Comptes a tenté de répartir les dépenses revenant au

maintien à domicile et celles allouées à l'hébergement en institutions. Les rapporteurs insistent sur le fait que les résultats qui en ressortent sont à considérer avec précaution tant l'approximation est grande. Les coûts évalués sont difficilement comparables et interprétables. Ils ne permettent pas de privilégier une des deux formes de prise en charge par les pouvoirs publics au nom de considérations purement financières. Selon eux, les deux formes sont de moins en moins alternatives. La tendance est bien plus à la complémentarité dans le temps. Le maintien à domicile doit se généraliser tant que l'accueil en institution n'est pas nécessaire. L'institutionnalisation prenant le relai quand la situation ne permet plus le maintien à domicile.

Face à des besoins appelés à croître fortement, le système de financement actuel présente, selon la Cour des Comptes, deux principales faiblesses. D'une part, un faible ciblage des aides et, d'autre part, des sources de financement dont le potentiel de progression reste incertain.

Concernant le premier point, il est vrai que le nombre de bénéficiaires des aides est élevé et que l'effet de solvabilisation est globalement conséquent mais, pour autant, il ne répond pas pleinement aux besoins des personnes les plus dépendantes et n'est pas bien adaptée aux différents niveaux de revenus.

Le second point soulevé repose sur le fait que le financement se caractérise par une forte imbrication de l'assurance maladie, de l'aide sociale, de la dépense budgétaire des collectivités locales et de la dépense fiscale. Cette situation si compliquée est d'ailleurs propre à la France. La Cour des Comptes s'inquiète que ce partage du financement, ni stabilisé ni transparent, ne résulte pas d'une réflexion d'ensemble sur la progression possible des recettes et des charges. Elle redoute également que la création de la CNSA complique de surcroît ces circuits de financements.

Cette complexité de la prise en charge de la dépendance s'explique par la succession de mesures partielles mais aussi par l'absence de définition claire de la dépendance.

En s'attachant à réaliser un travail de perspectives de ces dépenses occasionnées par la dépendance, tous les auteurs s'accordent à dire que les coûts de prise en charge sont appelés à croître, et ce quelque soit le lieu de résidence, EHPAD ou domicile, et le mode d'intervention, social, médico-social ou sanitaire.

Tout d'abord, **l'augmentation des besoins en personnel** est une première explication. Les effectifs des intervenants devraient croître pour faire face à l'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes, mais aussi, indépendamment de cette considération numérique, pour améliorer la qualité de la prise en charge. Ensuite le caractère faiblement attractif des métiers liés à l'âge rend inévitables les revalorisations salariales. Les professionnels de cette branche devraient en outre être de plus en plus qualifiés, ce qui occasionne des coûts supplémentaires: financement des formations, salaires correspondant au niveau de formation atteint.

Parallèlement à ces impératifs d'encadrement, une **amélioration du contenu, de la qualité et de la coordination des prestations fournies** s'impose. Ces améliorations à réaliser en établissements et en services à domicile pour les futures générations de vieillards engendrent également des coûts supplémentaires. En établissement, il faudra prévoir et financer plus de personnel, une amélioration du cadre de vie des résidents, une médicalisation accrue. Pour les services d'aide et de soins à domicile, de la même manière, il faudra prévoir et financer une meilleure continuité des soins et des services, une coordination systématisée et non "improvisée", des démarches d'évaluation. Ces coûts supplémentaires de gestion seront néanmoins compensés par les économies produites par la rationalisation du système existant. **Ces dépenses supplémentaires auxquels devront faire face les gouvernements futurs sont-elles évaluées, prévues, voire même anticipées ? [50]**

III.4. Evolutions des coûts consacrés à la dépendance des personnes âgées : des problèmes majeurs à moyen et long terme.

Le plan "Vieillesse et solidarités" est un programme de réforme de la dépendance de 9 Milliards d'euros jusqu'en 2008, selon un communiqué de Catherine Vautrin, secrétaire d'Etat aux personnes âgées, du 24 novembre 2004 [234]. Au-delà de cette échéance de 2008, aucune perspective n'existe. **Les exercices de projection des coûts liés à la prise en charge de la dépendance sont malheureusement rares et partiels et donnent des résultats divergents en fonction des hypothèses retenues.** Au moment de la rédaction de notre travail, les deux exercices de projections faisant référence dans le domaine de la dépendance des personnes âgées sont celui concernant le coût futur de l'APA et celui déterminant le nombre de places en EHPAD dans les décennies prochaines.

III.4.1. Le coût futur de l'APA.

L'importance des montants financiers actuels ainsi que l'augmentation à venir du nombre de personnes âgées dépendantes incite à estimer l'évolution des dépenses liées à l'APA. Deux exercices de projection existent à ce jour, celui de l'INSEE et celui de la Direction de la Sécurité Sociale (DSS). Ils s'appuient sur des hypothèses communes, la stabilité de la répartition des personnes âgées entre domicile et établissement, la stabilité entre niveaux de dépendance (c.-à.-d. entre GIR), l'indexation des plafonds de l'APA sur les salaires, et sur des hypothèses divergentes, comme les projections concernant le nombre de personnes âgées dépendantes (tableau 4).

Si l'on ne considère que le scénario central des projections démographiques de la DREES, on s'aperçoit qu'il prévoit un nombre plus élevé de personnes âgées dépendantes à l'horizon 2020 que ne le fait l'INSEE.

Tableau 4

Des hypothèses démographiques différentes pour les deux exercices de projection.

	Exercice de projection du coût de l'APA de l'INSEE	Exercice de projection du coût de l'APA de la DSS	
	Base : Projections démographiques issues des travaux de l'INSEE	Base : Projections démographiques issues des travaux de la DREES	
2020	955 000 pad	Scénario optimiste	912 000 pad
		Scénario central	1 004 000 pad
		Scénario pessimiste	1 055 000 pad
2040	1,2 millions pad	(Pas de projection)	

(pad : personnes âgées dépendantes)

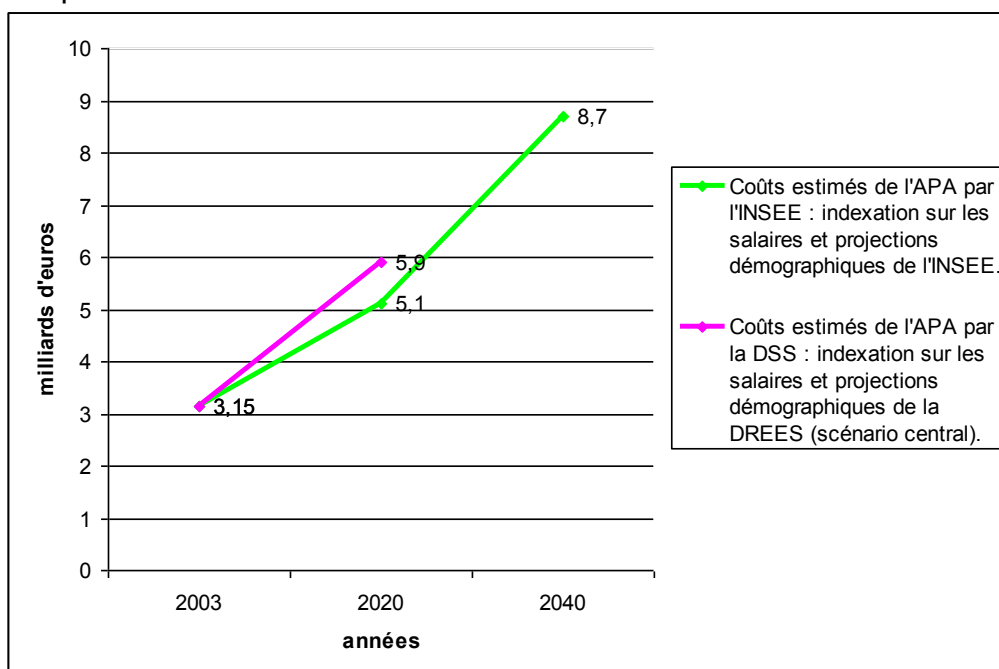
Sources : INSEE et DSS, [50] [69].

La projection à 2020 de la DSS indique un coût pour la collectivité bien supérieur à la projection de l'INSEE : 5,9 milliards d'euros, soit 2,75 milliards d'euros de plus que la dépense effective d'APA pour la collectivité en 2003 (figure 56). **Le coût pour la collectivité pourrait ainsi augmenter chaque année de 160 millions d'euros.**

Les projections pour les autres dépenses liées à la prise en charge de la dépendance - assurance maladie, dépenses fiscales - sont quasiment inexistantes.

Figure 56

Projections des besoins de financement de l'APA par la collectivité : exercices comparés de l'INSEE et de la DSS.



Sources : INSEE et DSS, [50] [69].

III.4.2. Les dépenses futures liées à l'hébergement des personnes âgées dépendantes en institution.

En même temps, la Cour des Comptes a effectué une estimation du coût de la modernisation des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes. Elle a pris en compte le coût d'un renforcement des taux d'encadrement c.-à-d. la quantité de personnel par lit, le coût d'une mise aux normes et d'une modernisation des établissements et a évalué enfin les conséquences des évolutions démographiques sur les coûts. Les deux premiers points ne seront pas détaillés dans la mesure où il subsiste une grande imprécision sur les estimations réalisées. Néanmoins, elles apportent un ordre de grandeur intéressant de l'enjeu financier. La Cour des Comptes précise d'ailleurs que cet enjeu financier pourrait être plus important que celui du coût direct de l'APA.

Le troisième point étudié, c.-à-d. les conséquences des évolutions démographiques sur les coûts, mérite d'être plus développé ici. L'évolution de la structure par âge de la population hébergée entraîne des besoins supplémentaires selon deux logiques. Les besoins seront tout d'abord majorés par un effet de structure dû à l'allongement de la durée de vie de la population hébergée. Les besoins seront également majorés du fait de l'augmentation quantitative de la population hébergée ou effet du *papy-boom*.

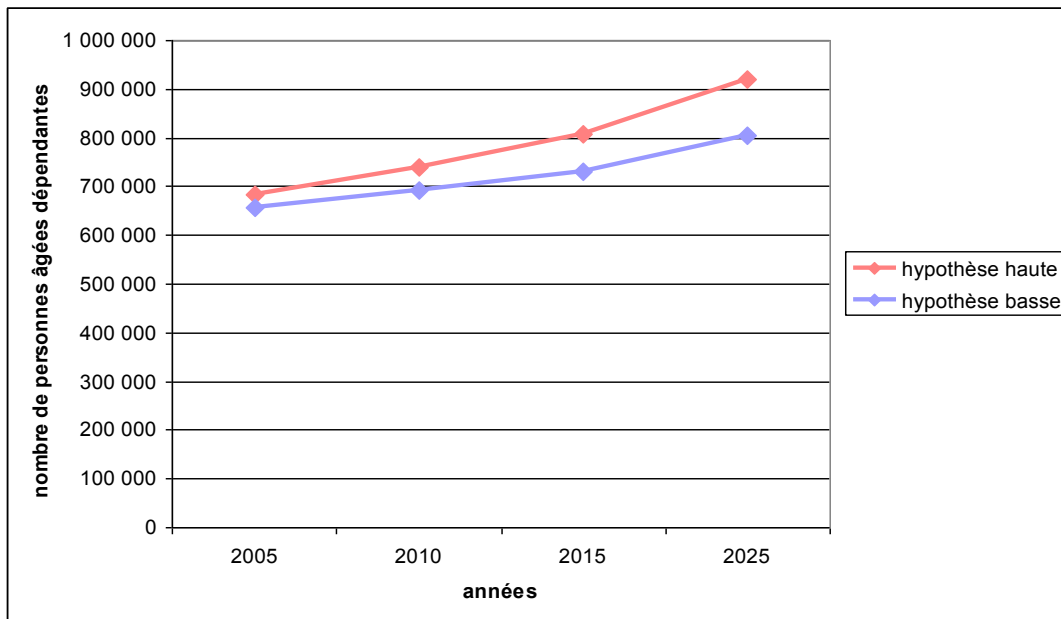
Le vieillissement de la population hébergée ou "*effet de structure*" induit une hausse continue de son niveau de dépendance, en considérant un nombre constant de

résidents. Cette hausse est visible grâce à l'évolution annuelle du GIR moyen pondéré qui constitue l'indicateur du niveau moyen de dépendance de l'établissement d'accueil. Les forfaits de soins versés par l'assurance maladie et les tarifs dépendance réglés via l'APA étant calculés à partir des points GIR, cet effet de structure induit mécaniquement une croissance des coûts. L'exemple local du département de l'Ille-et-Vilaine illustre notre propos. Entre 2002 et 2003, l'augmentation du GIR moyen pondéré de 5 points s'est traduite financièrement par une hausse de 2% du coût de l'APA. Au niveau national, la Cour des Comptes estime que l'augmentation d'un point du GIR moyen pondéré aboutie à un surcoût de 4,2 millions d'euros. Comme il a déjà été signalé, le manque d'études prospectives et l'absence d'instrument de mesure comparable ne permet pas de réaliser une estimation du coût d'un point de GIR supplémentaire pour l'assurance maladie ou l'aide sociale. Cet effet de structure étant inéluctable, il devient pourtant impérieux de réaliser des simulations de ces dépenses supplémentaires.

La seconde logique d'augmentation des besoins en EHPA réside dans l'augmentation future des effectifs. Le Commissariat général au plan, sur commande ministérielle, a précisément édité un rapport dont le premier volet portait sur le besoin de places nouvelles en EHPA à l'horizon 2010, 2015 et 2025 [133]. Le Bouler rappelle qu'en matière purement démographique, l'effet de surprise n'existe pas puisque les effectifs de la population âgée sont connus cinquante ans à l'avance avec une précision importante. Par contre, compte tenu des évolutions respectives de l'espérance de vie à 60 ou 75 ans et de l'espérance de vie sans incapacité, les effectifs requérant potentiellement une prise en charge pour cause de perte d'autonomie vont certes progresser mais il subsiste à ce sujet des marges d'incertitudes. De plus, la prévention de la perte d'autonomie devrait être explorée dans les années à venir et cela pourrait retentir sur la nécessité d'une prise en charge et donc sur l'entrée en institution. Afin de travailler sur des projections démographiques en matière de dépendance les plus justes possible, les auteurs du rapport ont donc choisi d'utiliser deux hypothèses réactualisées par la DREES et l'INSEE déjà exposées dans le premier chapitre de notre travail (figure 57).

Figure 57

Projections du nombre de personnes âgées dépendantes de 75 ans ou plus retenues pour l'étude du Plan.

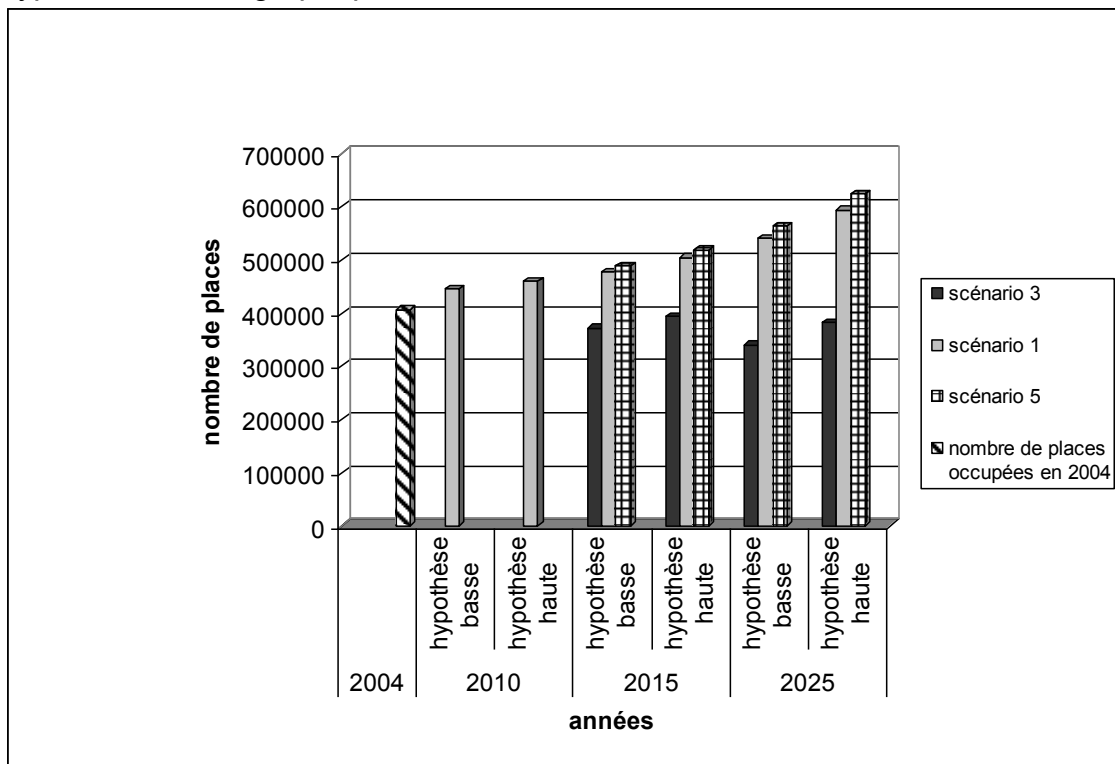


Source : INSEE Destinie, Hypothèse DREES-INSEE citée par Le Boulter [133].

Les statisticiens ont sélectionné trois scénarios sur cinq, les deux scénarios extrêmes 2 et 4 étant volontairement ignorés (tableau 5). Sur la base de 406 200 places occupées par les personnes âgées de plus de 75 ans dans les maisons de retraite et les USLD en 2004, les projections retenues sont celles présentées dans la figure 58.

Figure 58

Projections des besoins de places en établissement de 2010 à 2025 selon les 2 hypothèses démographiques basse et haute.



Source : estimations DREES, hypothèses de projections DREES-INSEE et EHPA 2003 citées par Le Boulter [133].

Tableau 5

Les différents scénarios retenus.

Scénario 3	maintien à domicile renforcé, à l'exception des personnes âgées les plus dépendantes.
Scénario 1	résidence à domicile et en établissement constants.
Scénario 5	résidence accrue en établissement pour les personnes âgées les plus dépendantes.

Sources : estimations DREES, hypothèses de projections DREES-INSEE et EHPA 2003 citées par Le Bouler [133].

Les scénarios 3 et 5 (figure 58) diffèrent en fonction des politiques volontaristes choisies, c'est pourquoi les projections ne commencent qu'en 2015. Une échéance suffisante étant en effet nécessaire pour que ces différentes politiques obtiennent des résultats significatifs. Le scénario 1 ne prévoit aucun changement de politique, les projections dès 2010 sont donc envisageables.

La figure 58 montre clairement une légère décroissance du parc actuel pour le scénario 3. Ce scénario est en faveur d'un maintien à domicile renforcé des personnes âgées dépendantes à l'exception des plus dépendantes. Il répond donc aux souhaits exprimés par les personnes âgées et leur entourage et se fonde dans la tendance observée actuellement. L'entrée en institution est en effet de plus en plus tardive et de plus en plus fondée sur l'existence d'une dépendance sévère. Les politiques récentes en matière de dépendance tendent à soutenir cette hypothèse d'un maintien accru à domicile des personnes moyennement dépendantes. Le scénario 3 est donc sur ce point très réaliste. Si l'on veut par contre maintenir un taux d'entrée en institution stable dans les décennies à venir pour les personnes âgées les plus dépendantes, de réels efforts doivent être faits pour renforcer les dispositifs de maintien à domicile, et ce dès aujourd'hui. Les choix politiques doivent promouvoir activement les soins à domicile mais aussi les structures soulageant temporairement les aidants informels sur qui repose une lourde charge lorsque la dépendance est grande (accueil de jour, de nuit, hébergement temporaire).

Le scénario 1 ne révèle pas les engagements de la collectivité en faveur du maintien à domicile ou de l'institutionnalisation des personnes âgées dépendantes. Il suppose à la fois des efforts de constructions de places en EHPA et une mobilisation de personnels, tant en établissement qu'à domicile.

Le scénario 5, simulant un taux de résidence accru pour les personnes âgées les plus dépendantes, suppose un effort soutenu de construction de places en EHPA durant les 20 prochaines années. Ce scénario pourrait refléter les difficultés que sont susceptibles de connaître les personnes âgées dépendantes pour mobiliser l'aide dite informelle ou familiale. Le nombre moyen d'aidants potentiels, conjoints et enfants, va tendre à diminuer dans les années à venir. L'INSEE prévoit d'ailleurs que le nombre de personnes dépendantes, sans conjoints ni enfant valide passe, de 130 000 en 2004 à 160 000 en 2040. Les causes et les conséquences seront développées plus loin.

En décrivant ces trois scénarios, on se rend compte que *"le vieillissement de la population ne décrit pas un seul avenir en termes de prise en charge"*. Les choix de politiques volontaristes orientés vers l'une ou l'autre option influent significativement sur le besoin de places en EHPA, il est donc possible de ne pas "subir" passivement le phénomène de vieillissement de notre population.

Pour renforcer le maintien à domicile il faut lutter contre les facteurs déclenchant l'entrée en institution, prévenir la dépendance, organiser une opération massive de ressources humaines en faveur des emplois destinés à la prise en charge des personnes âgées dépendantes à domicile.

La construction de nouvelles places en EHPA requiert, quant à elle, moyens financiers et capacités d'anticipation. La mission du Plan explique que les besoins des futures personnes âgées seront différents de ceux d'aujourd'hui. La filière gériatrique devra présenter une offre diversifiée où l'hébergement durable *"ne sera qu'un élément d'une large palette"*. Pour l'aspect financier, la mission du Plan n'a pas procédé à l'évaluation budgétaire des différents scénarios. Citons simplement une étude de la CNAVTS datant de 2004 qui précise que le coût d'un lit créé, donc une place, est un investissement de l'ordre de 70 000 euros, sans compter les coûts de fonctionnement, ce qui laisse apprécier l'ampleur de l'enjeu financier [50].

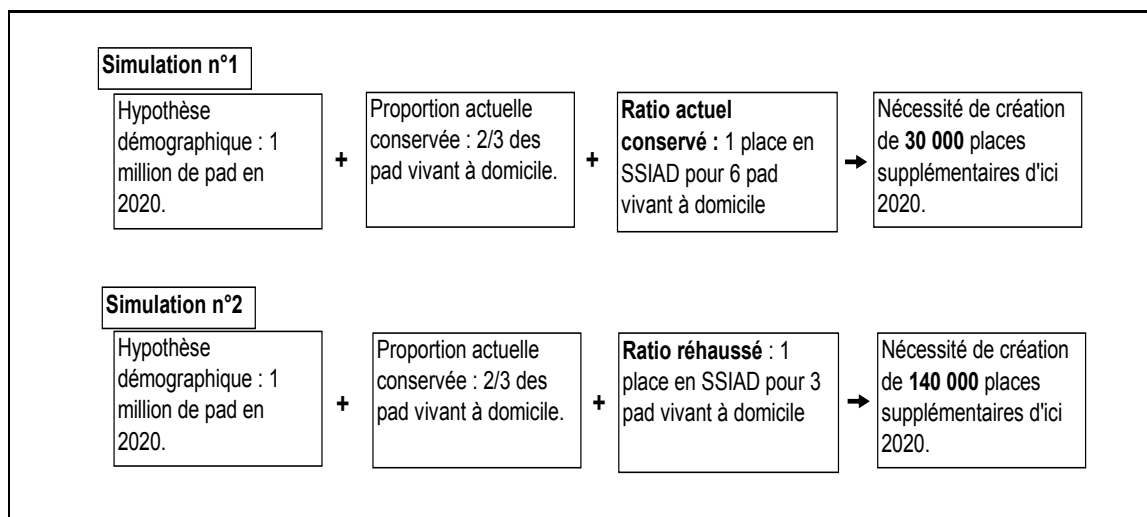
III.4.3. L'évolution de la prise en charge à domicile.

Les projections en matière d'aide à domicile pour les personnes âgées dépendantes sont quasi inexistantes. Elles sont en outre difficiles à mener car il n'existe pas, à l'heure actuelle, de référentiel cible du taux d'équipement. La Cour des Comptes propose néanmoins une simulation intéressante concernant les SSIAD (figure 59).

Dans la simulation n°1, la Cour des Comptes projette le nombre de places de SSIAD à situation actuelle inchangée. Ainsi, pour maintenir le ratio actuel d'une place de SSIAD pour 6 personnes âgées dépendantes, il serait nécessaire de créer 30 000 places supplémentaires à l'horizon 2020. Sachant que le coût moyen en fonctionnement d'une place en SSIAD est de 10 000 euros par an, le coût supplémentaire annuel d'ici 2020 serait de **300 millions d'euros** à la charge de la Sécurité sociale, via l'ONDAM personnes âgées. La seconde simulation comprend un ratio volontairement rehaussé pour deux raisons. Une augmentation du nombre de places en SSIAD par personne âgée dépendante permettrait d'améliorer la situation de ces personnes et de limiter autant que possible l'entrée en institution. Dans ce cas, le nombre de places supplémentaires serait de 140 000 et le coût annuel de fonctionnement s'élèverait à **1,4 milliards d'euros** à la charge de la sécurité sociale, via l'ONDAM personnes âgées.

Figure 59

Besoin de places en SSIAD: schématisation des deux scénarios proposés par la Cour des Comptes.



pad : personnes âgées dépendantes.

Source : [50].

III.4.4. Discussions à propos des prospectives actuelles en matière de dépendance des personnes âgées.

Au terme de cet exposé des circuits de financement actuels et des besoins de financement futurs, il apparaît pressant que l'Etat se dote d'outils solides de suivi statistique et d'instruments de prévision lui permettant d'assurer un pilotage fort et raisonné. La DREES et l'INSEE mettent progressivement en place des outils de suivi statistique pour la connaissance de la population âgée, de ses besoins, les modes de prise en charge ou les aides financières. Les enquêtes s'y rapportant devraient être menées systématiquement et régulièrement. Les instruments de prévision sont encore rares et non adaptés à l'ampleur du problème que constitue le vieillissement démographique. La Cour des Comptes insiste sur la nécessité de progresser en matière de prévision d'investissements et des conséquences de l'évolution de la démographie professionnelle du secteur sanitaire et social.

Face au manque de travaux prospectifs, en tout domaine et non uniquement sur les effets du vieillissement démographique, Godet [95] préconise, pour la France, la substitution du Commissariat au plan par le *"Commissariat à la prospective"* : *"il faudrait définitivement abandonner les plans, non pas les projets, et susciter un authentique forum sur les futurs possibles, probables et souhaitables, afin d'éclairer les choix stratégiques des acteurs publics et privés et d'en faciliter l'évaluation a priori"*.

La France, au sein de l'Union européenne, apparaît malheureusement en retard par rapport à des pays comme le Royaume-Uni ou les Pays Bas, où la recherche sur le vieillissement connaît une véritable dynamique. Il faut également souligner que la recherche européenne elle-même présente un retard au niveau international par rapport à des pays outre-Atlantique comme les Etats-Unis ou le Canada [73].

Les données actuelles montrent que l'effet démographique du vieillissement et le besoin d'amélioration et d'adaptation des structures destinées à la dépendance des personnes âgées pourraient demander un effort de financement bien supérieur à ce qu'il est aujourd'hui. La Cour des Comptes estime que cet effort supplémentaire pourrait correspondre, dans les deux prochaines décennies, à un doublement des dépenses publiques consacrées actuellement à la politique de prise en charge des

personnes âgées dépendantes. **Cette mobilisation des financements destinés à la dépendance de nos aînés, à l'horizon 2025, est conséquente mais ne paraît pas insurmontable à l'économie française. Par contre, elle ne peut être résolue avec les modes d'organisation, les dispositifs de financement et les structures administratives qui existent actuellement.**

Il est tout d'abord crucial pour l'avenir que le dispositif de prise en charge de la dépendance soit simplifié. Le dispositif, du fait de sa complexité, est difficile à piloter et à contrôler démocratiquement ; les responsabilités s'y rapportant sont très dispersées. Il est surtout pratiquement impossible de motiver et de mobiliser le corps social autour d'une cause clairement commune. Il faut rappeler la vive impopularité de la journée de solidarité, illustration de l'individualisme qui pèse sur notre société. Ensuite, un dispositif aussi complexe risque de ne pas permettre de dégager des ressources nouvelles, de répondre à l'évolution des difficultés. En d'autres termes , *"il s'agit de savoir si des financements nouveaux, compris entre 40 et 100 % des montants actuels en euros constants ont plus de chances d'être trouvés, dans les deux prochaines décennies, par une succession de mesures partielles, hétérogènes, ou au contraire par la mise en œuvre d'un système global et affecté, conçu pour être modulable par ses taux, alliant quelques mécanismes simples en un ensemble cohérent et suffisamment transparent"*. La Cour des Comptes cite l'exemple allemand où se côtoient, dans un système simple, cotisation globale spécifique, mécanismes secondaires d'aide sociale et assurance privée.

En plus de la complexité du système, le manque de ciblage de la prise en charge de la dépendance par la collectivité a été signalé plus haut. Nous le verrons, il ne faut pas s'attendre à ce que la prise en charge des aidants familiaux progresse et soulage la dépense monétaire des personnes dépendantes. On peut donc s'interroger sur l'évolution de la capacité contributive globale des ménages âgés : *"le nombre de personnes âgées dépendantes dont les ressources (et celles de leur entourage) sont déjà inférieures à la dépense moyenne de prise en charge va-t-il croître ou diminuer ? "*. Il semble, selon les éléments disponibles actuellement, que la hausse des coûts de la prise en charge conduise à ce que la proportion des ménages âgés incapables de supporter la dépense prévue augmente. **L'addition des dispositifs actuels a pour effet de toucher un très grand nombre de bénéficiaires mais l'ensemble n'est pas concentré sur les personnes les plus dépendantes et les plus démunies, celles qui subiront pourtant le plus directement le renchérissement des coûts.** Pour les personnes les plus aisées, enfin, **la mobilisation de ressources supplémentaires pourrait provenir du développement de l'assurance dépendance privée**, en complément de la prise en charge socialisée du risque "dépendance".

La vieillesse constitue un enjeu majeur singulier qui renvoie au champ public, pressions démographiques, modes socialisées de prise en charge, mais aussi au champ privé car la vieillesse est avant tout une affaire essentiellement familiale.

Si la collectivité assume une part croissante du financement de la dépendance, une part importante de ces coûts reste à la charge des personnes âgées ou de leur famille. En EHPAD, les résidents règlent les frais d'hébergement et une partie des frais de dépendance. A domicile, même lorsque le montant de l'APA est maximum, les heures d'aide ainsi financées peuvent ne pas suffire à couvrir l'ensemble des besoins. Les heures supplémentaires nécessaires sont alors à l'entière charge du bénéficiaire. **Le rôle des proches en tant qu'aidants informels*, conjugué à l'effort de solvabilisation des personnes dépendantes par la collectivité, restent donc déterminant dans le soutien de la personne âgée, à domicile en particulier.** Qui sont ces aidants informels ? Quel rôle jouent-ils ? Dans quelle mesure complètent-ils la prise en charge de la dépendance supportée par l'Etat-providence ? Quelle évolution peut-on espérer pour cette aide intrafamiliale dans nos sociétés en pleine mutation ?

III.5. L'aide informelle aux personnes âgées vivant à domicile.

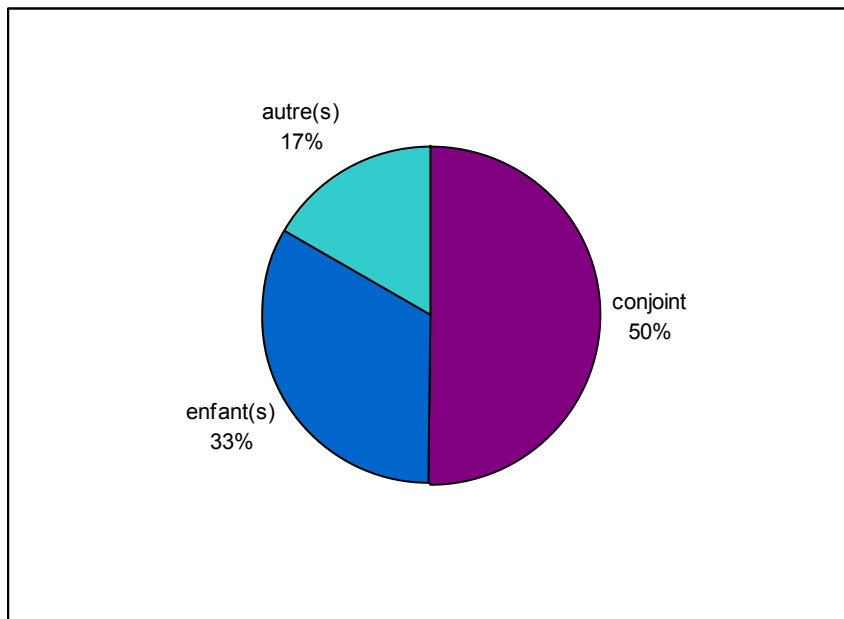
Les aidants informels, famille, amis, voisins, jouent un rôle important dans le maintien à domicile des personnes âgées. En 2001, sur 800 000 personnes âgées dépendantes, près de 50% recevaient une aide provenant uniquement de leur entourage. Dans 29% des cas l'aide apportée était mixte, associant aide informelle et professionnelle [70].

Certaines études montrent même que cette aide informelle est plus développée que l'aide professionnelle et ce à tous les niveaux de dépendance. Une étude de la DREES, datant de janvier 2006, montre que l'APA a entraîné une plus grande mixité des aides reçues par les personnes âgées, sans réduire cependant la contribution de l'entourage. L'étude indique que 75% des bénéficiaires de l'APA restent aidés par leurs proches, avec un investissement horaire en moyenne deux fois supérieur à celui des intervenants professionnels. Cette aide procurée par l'entourage apparaît en sus plus diffuse que celle des professionnels, qui se polarise essentiellement sur les tâches ménagères, la toilette et l'habillage. Depuis la mise en place de l'APA, excepté ces activités ménagères, les aidants informels restent le principal coordinateur de l'ensemble des tâches de la vie quotidienne de l'aîné dépendant. Dans 71% des cas, cette aide informelle repose sur un aidant unique [176].

III.5.1. L'aidant principal : qui est-il ?

Figure 60

Qui est l'aidant principal intervenant auprès de la personne âgée à domicile ?



Source : DREES [18].

Près de la moitié des aidants principaux sont les conjoints, la femme dans deux tiers des cas (figure 60). L'âge moyen de cet aidant est alors de 71 ans. Dans un tiers des cas, c'est un des enfants du parent âgé qui joue ce rôle. Il s'agit de la ou des filles dans trois quarts des cas et son âge moyen est de 55 ans. **Globalement, ce sont les femmes âgées de 50 à 79 ans qui constituent la majeure partie des aidants informels : 55%.** En comparaison, les hommes de cette même tranche d'âge

représentent 25 % des aidants informels. Selon Bouget, ils sont plus facilement co-aidants ou bien aidants secondaires [20].

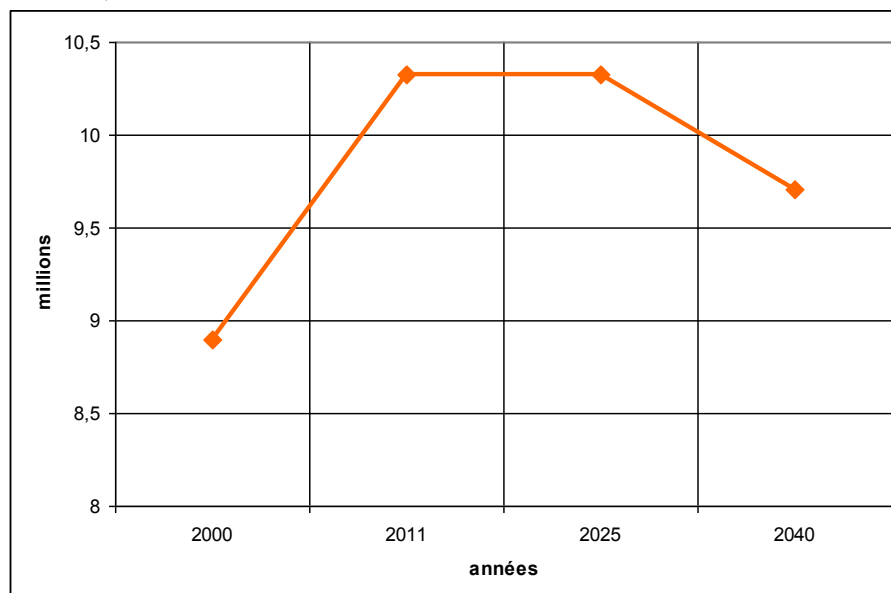
Avec l'allongement de la durée de vie, les enfants aidants seront plus fréquemment âgés de 75 à 80 ans. A ces âges, seront-ils capables d'assurer ce rôle d'aidant ?

III.5.2. Cette entraide familiale envers les personnes âgées fragilisées par la dépendance peut-elle être compromise dans les années à venir ?

L'INSEE a réalisé des projections sur l'évolution du nombre de femmes âgées de 50 à 79 ans (figure 61).

Figure 61

Projection de l'évolution du nombre de femmes âgées de 50 à 79 ans, en France, entre 2000 et 2040.



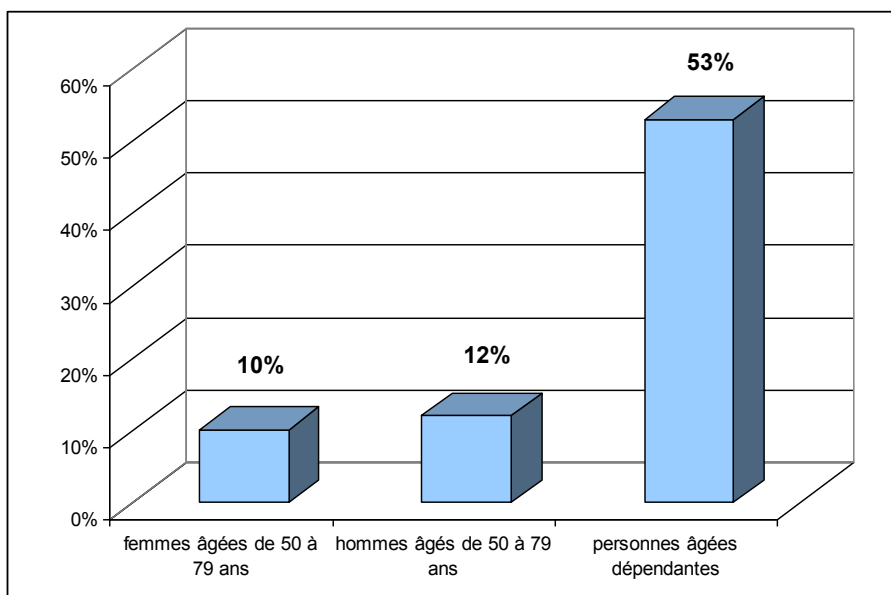
Source : DREES, [18].

La courbe décrit une augmentation des effectifs jusqu'en 2011, suivie d'une stagnation puis d'une diminution à partir de 2040. Entre 2000 et 2040, l'effectif des femmes âgées de 50 à 79 ans n'aura augmenté que de 10%.

De même, l'effectif des hommes de 50 à 79 ans augmentera globalement de 12% tandis que le nombre de personnes âgées dépendantes, classées GIR 1 à 4, croîtra de 53%, dans le scénario central de l'INSEE. Selon les projections, **les effectifs d'aidants potentiels augmenteraient donc nettement moins vite que le nombre de personnes âgées dépendantes** (figure 62).

Figure 62

Projection de l'évolution du nombre de femmes (50-79 ans), d'hommes (50-79 ans) et de personnes âgées dépendantes (GIR 1 à 4), de 2000 à 2040.



Source : DREES [18].

Cette évolution des effectifs, consignée sur la figure 62, correspond à une baisse d'aidants potentiels, hommes ou femmes, par personne âgée dépendante. Ce phénomène peut de surcroît être aggravé par l'accroissement de l'activité féminine. Selon l'enquête HID, l'aidant principal est fréquemment une personne inactive. Lorsque l'aidant est un conjoint, il est presque toujours inactif puisqu'âgé lui aussi. Lorsqu'il s'agit de l'enfant, il est inactif dans la moitié des cas. La prise en charge informelle d'une personne âgée dépendante par une personne ayant un emploi entraîne des contraintes sur l'activité. En effet, toujours selon l'enquête HID, 11% des aidants principaux en activité ont dû aménager leur activité professionnelle et 2% d'entre eux ont dû cesser toute activité professionnelle [68].

L'activité professionnelle, en forte augmentation pour les femmes des générations les plus récentes, est donc un facteur à prendre en compte. Ainsi, entre 2000 et 2040, la hausse du nombre de femmes inactives âgées de 50 à 64 ans serait de 6%, soit neuf fois moins que celle du nombre de personnes âgées dépendantes (scénario central de l'INSEE : + 53%).

Outre ces considérations démographiques et ce problème d'activité professionnelle, d'autres facteurs sociologiques plus difficiles à appréhender, peuvent augmenter ou réduire le potentiel d'aidants. L'éloignement des enfants du domicile de leurs parents âgés, la séparation plus fréquente des couples ou les recompositions familiales tendent, par exemple, à diminuer ce potentiel. Les choix personnels et les possibilités qui seront offertes de concilier activité professionnelle et rôle d'aidant entreront en ligne de compte. **Ces arbitrages individuels vécus par les aidants potentiels auront un impact sur les besoins d'aide professionnelle à domicile ou sur la décision d'une institutionnalisation du parent âgé. Ils seront finalement aussi déterminants que celui des évolutions purement démographiques.** En somme, en tenant compte des paramètres démographiques et sociologiques, l'INSEE prévoit que le nombre d'aidants potentiels par personnes âgées passera d'un ratio actuel de 2,8 pour les hommes et 2,2 pour les femmes à un ratio de 2 pour l'ensemble en 2040 [69].

Au sein de la famille, il est de plus en plus commun que les relations se nouent entre quatre générations coexistantes. Cette évolution, il est vrai, est favorable à des liens plus nombreux et plus durables mais il n'en reste pas moins que **la cellule familiale s'est fragilisée**. La valeur familiale est certes conservée mais elle ne correspond plus

exclusivement au mariage. La progression du nombre de familles monoparentales ou recomposées en est le reflet. Dans ce type de famille, il a pu être observé que les relations sont un peu plus distendues que dans la famille "traditionnelle". En cas de divorce des parents, les relations entre générations ont plutôt tendance à s'amoinrir. Quand les grands-parents divorcent, il en résulte de même un certain relâchement du lien intergénérationnel [8].

La cohabitation d'une personne âgée avec d'autres personnes de la famille, dont les enfants, est devenue, en France, minoritaire. Elle concerne, en 2000, moins de 10% des hommes âgés de 75 ans ou plus et un peu plus de 15% des femmes du même âge. Même dans les pays européens, comme le Portugal ou la République Tchèque, où la co-résidence est le mode de vie privilégié des personnes âgées, le phénomène s'estompe au fil des générations. Les dé-cohabitations liées au départ des enfants, au décès de la personne co-résidente ou à l'entrée en maison de retraite sont désormais plus nombreuses [61].

Du fait de la dénatalité, on observe par ailleurs **une réduction de la fratrie**. La pourvoyance, apportée dans le cadre familial, risque de reposer sur un nombre plus limité de personnes. La charge humaine et financière qu'elle constitue devient proportionnellement plus importante et pourrait ainsi fragiliser cette aide informelle intrafamiliale [72].

Cependant, les mutations sociales et culturelles des dernières décennies n'ont globalement pas altéré la qualité des relations entre générations dans la sphère privée ou familiale et leur intensité actuelle reste forte. Les aidants potentiels restent relativement assez proches géographiquement de leurs parents âgés. Une enquête de la CNAVTS, datant de 1992, montrait une forte proximité d'habitat entre parents âgés et enfants adultes. Selon l'étude, près de 50% des parents âgés ont un enfant à moins de 1 km et 90% ont un enfant à moins de 50 km [9]. Plus récemment, Renault et Ogg ont montré que plus du tiers des parents âgés vit en permanence à proximité immédiate d'un enfant. A peine plus d'un parent âgé sur dix voit ses enfants moins d'une fois par mois, tandis que, dans trois familles sur quatre, parents et enfants se voient au moins chaque semaine. L'auteur ajoute que l'isolement réel des parents âgés ne concerne qu'une minorité d'entre eux [190].

Une enquête de l'INSEE porte sur l'entraide entre ménages - travaux, services, aides échangés - sur une année entre foyers. L'étude s'est attachée à différencier les services rendus, des services reçus. Les jeunes ménages de moins de 40 ans et les ménages de plus de 70 ans sont le plus souvent bénéficiaires de services, tandis que les adultes de la génération pivot, sont surtout prestataires de services vis-à-vis de leurs enfants ou de leurs propres parents. Notons que la génération pivot, avec l'allongement de l'espérance de vie, est passée des actifs aux jeunes retraités c.-à-d. aux personnes âgées de 50 à 75 ans [60].

L'enquête de l'INSEE montre en définitive que les échanges intrafamiliaux entre parents et enfants s'organisent dans le temps et bénéficient d'une confrontation toujours plus longue entre générations. Attias-Donfut confirme, dans un ouvrage paru en 1995, que si ces échanges sont plus fréquents entre la génération pivot et les parents ou les enfants, ils touchent l'ensemble des générations et des familles interrogées [9].

Selon un rapport de la promotion "Nelson Mandela" de l'ENA, il existe trois grands types de motivations aux échanges familiaux. Tout d'abord, **l'altruisme** qui suppose une *"bienveillance infinie des parents envers leurs enfants, jusqu'à égaliser leurs niveaux de vie respectifs"*. La seconde, appelée, **réciprocité directe**, assimile les échanges familiaux à des comportements de prêts entre générations coexistantes. La **réciprocité indirecte** suppose quant à elle que celui qui donne n'est jamais remboursé

par celui qui a reçu mais par une autre génération. Cette troisième conception des échanges familiaux pourrait s'énoncer en ces termes: *"faites pour vos parents ce que vous aimeriez que vos enfants fassent pour vous et inversement"*. En France, il semble que ce soit la **réciprocité indirecte** qui prédomine dans les échanges familiaux puisque l'on peut constater une reproduction des comportements de transfert entre générations. Diverses enquêtes montrent que les parents qui aident le plus leurs enfants sont ceux qui ont beaucoup reçu de leurs propres parents. De même, le montant des legs est d'abord déterminé par ce qui a été reçu [72]. Si l'aide prodiguée est volontaire, elle n'est pas pour autant systématiquement choisie. Il est possible qu'elle résulte uniquement du besoin de celui qui la reçoit et représente un sacrifice plus ou moins lourd pour l'aidant. Cela est particulièrement vrai dans le cas de l'aide apportée aux personnes âgées dépendantes.

III.5.3. L'aide informelle aujourd'hui : vers une reconnaissance sociale de l'aidant informel?

La charge d'une personne âgée n'est pas sans conséquence sur la vie de l'aidant. L'aidant fournit en effet un travail "gratuit" sur le plan économique, de plus en plus "concurrentiel" par des revendications d'autonomie individuelle. *Le livre Blanc de l'aide aux aidants* renferme une étude rapportant nettement les conséquences négatives sur la vie des femmes aidantes informelles de leurs parents âgés: impacts délétères sur la vie professionnelle, sociale et familiale, impacts physiques et psychiques. Les femmes interrogées négligent leur santé, tant sur le plan de la prévention primaire que sur le suivi thérapeutique. Elles représentent ainsi une population à risque pour laquelle il conviendrait de mettre en place un programme de santé publique adapté. L'étude met en évidence un besoin d'accès simplifié à l'information, d'écoute, de soutien et de structure permettant un répit pour ces aidantes. D'une manière générale, ce travail invite à réfléchir sur la coordination entre les aidants informels et le secteur professionnel [232].

Les Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC) semblent être une réponse adaptée à la demande de ces femmes et de tous les aidants informels agissant auprès de personnes âgées dépendantes. Ces structures ont pour mission l'accueil et l'information des personnes âgées sur les aides et prestations disponibles, leur orientation vers les services appropriés, l'élaboration du plan d'aide personnalisé, sa mise en œuvre et son suivi et enfin l'accompagnement social à domicile. Il existe actuellement, selon les données du gouvernement, 530 CLIC en France. On ne peut qu'encourager le développement de telles structures, tant sur le plan quantitatif, pour un maillage complet et homogène du territoire, que sur le plan qualitatif afin qu'elles aient un véritable poids dans l'organisation et la coordination du réseau gériatrique [40].

Guinchard-Kunstler estime que l'investissement des familles ne pourra se maintenir, dans une exigence de qualité, qu'à certaines conditions. Selon elle, l'Etat devrait mettre en place *"un ensemble de dispositifs allant d'actions de prévention de la dépendance à des actions de maintien à domicile, ainsi que des dispositifs d'hébergement [temporaire] collectif de qualité"*. En parallèle, il semblerait justifié de mettre en place des mesures d'aide financière, des mesures fiscales voire même la promotion d'un véritable statut de l'aidant bénévole. Ces arbitrages des pouvoirs publics deviennent pressants si l'on veut éviter un découragement de ces aidants informels [99].

Il a d'ailleurs été montré que loin de fonctionner sur le principe des vases communicants - la diminution des unes entraînant l'augmentation des autres - les solidarités publiques renforcent et soutiennent les solidarités privées [9]. En matière de dépendance, le soutien aux familles, via l'APA et les autres aides détaillées plus haut, n'a pas d'effet désincitatif. Sans rompre le lien familial, ces aides extérieures sont ressenties comme un soulagement et n'entraînent pas de désengagement.

IV. ETUDE DU LIEN INTERGENERATIONNEL.

En étudiant le vieillissement de la population et les problèmes de dépendance, on se rend compte que les solidarités entre génération prennent aujourd'hui une importance primordiale. Qu'elle s'exerce au profit des jeunes ou en direction des plus âgés, elle emprunte un double circuit: public, par le biais de la protection sociale, et privée, à travers les échanges familiaux. Au niveau familial, le lien intergénérationnel semble se maintenir. Alors que les unions libres et le divorce fragilisent la filiation, ce lien continue de s'établir sur trois voire quatre générations, dépassant ainsi la simple dyade parents et enfants. **Si un conflit de génération n'est donc pas à craindre au sein des familles, qu'en est-il de la solidarité unissant les générations au sein du contrat social ?** En cette période de remise en question généralisée des dispositifs de protection sociale et de prévisions démographiques alarmistes, ne faut-il pas envisager une rupture du lien intergénérationnel dans les décennies à venir ?

Sous un angle **démographique**, la génération correspond à la notion de cohorte. Sous un angle **sociologique**, elle renvoie aux classes d'âge. Dans une perspective **historique**, elle est utilisée pour unir des personnes qui ont vécu les mêmes faits marquants. Il existe un quatrième sens, celui de génération **familiale**, correspondant à un rapport direct de parenté ou de filiation, au sens de la génération des grands-parents et des petits-enfants. C'est à travers une lecture combinée de ces quatre définitions que nous étudierons certains aspects du lien intergénérationnel [39].

Le vieillissement démographique est une évolution tout à fait unique dans l'histoire de l'humanité qui induit des situations elles-mêmes inédites. Nous proposons d'en étudier quatre. Tout d'abord, la révolution de la longévité est telle qu'il est nécessaire de redéfinir la vieillesse et la place des personnes âgées dans notre société. Ce premier point nous permettra d'aborder le versant sociologique du terme "génération". Ensuite, en considérant son aspect historique, nous étudierons en quoi les générations actuelles sont susceptibles de ne jamais atteindre le niveau de vie de la génération antérieure. Une troisième situation inédite nous permettra d'illustrer la notion de génération sous un angle démographique. Nous verrons en effet comment le vieillissement démographique modifiera la donne électorale en faveur des seniors. Pour conclure et traiter du concept de génération familiale, nous nous pencherons sur le caractère extraordinaire des familles à cinq générations, nombre encore jamais observé chez les humains.

IV.1. La révolution de la longévité : le cycle de vie ternaire et la représentation de la vieillesse qui en découle sont-ils révolus ? Ne serait-il pas temps de repenser la place de la vieillesse dans notre société ?

De nombreux auteurs font le constat d'une modification des cycles de vie, d'une désynchronisation des temps sociaux "traditionnels". Ils mettent en opposition le modèle du cycle de vie ternaire et un cycle plus flexible et diversifié qui émerge aujourd'hui. Ces deux cycles sont résumés de manière synthétique, dans le tableau 6.

Longtemps, le cycle de vie ternaire a reflété et produit une image de la vieillesse comme une période d'inactivité voire d'exclusion. Cette représentation de la vieillesse et le parcours normé des âges sont actuellement en pleine mutation.

Cette mutation s'explique, premièrement, par la modification profonde et durable de la structure par âge de notre population. Gaullier explique qu'auparavant la retraite était vécue comme une récompense pour une vie de labeur. Elle était prise à un âge tardif et ne durait qu'une courte période avant la situation de dépendance et la mort. L'état de santé aux âges élevés était en effet moins bon qu'il ne l'est aujourd'hui et l'espérance de vie plus courte. La situation démographique était en outre pyramidale, les jeunes étant bien plus nombreux que les anciens [89]. Il en est autrement aujourd'hui. Les personnes âgées sont en nombre croissant et ont une espérance de vie en constante progression. Elles jouissent d'une meilleure santé et d'un temps de retraite qui s'allonge considérablement. Selon un rapport de la promotion "Nelson Mandela" de l'ENA [72], un homme né en 1910 pouvait jouir de sa pension à partir de 65 ans et passer en moyenne dix ans à la retraite. À l'âge légal inchangé (60 ans), les générations nées en 1970 bénéficieront, selon les prévisions, d'une retraite de 23 années en moyenne. Une enquête du CREDOC révèle en sus que l'autonomie financière et la mobilité des personnes âgées ont fortement progressé depuis deux décennies. En 1998, 74% des ménages entre 60 et 69 ans possédaient un logement, 80% une voiture, contre respectivement 59% et 51% en 1979. **Il devient donc logique de s'interroger sur la place des personnes âgées dans notre société et sur leur contribution, désormais envisageable, à la prospérité économique et au bien-être social** [13].

Deuxièmement, la crise économique amorcée en 1973 a littéralement rompu le cycle de vie ternaire qui avait été façonné et renforcé par les Trente Glorieuses (tableau 6).

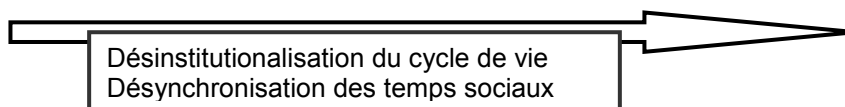
Dans tous les pays industrialisés, mais cela est particulièrement marqué en France, il est de plus en plus rare d'être actif après 55 ans. Selon l'INSEE, entre 60 et 64 ans, près de 70% des français étaient actifs en 1970. En 1983, cette proportion est tombée à 35% puis elle s'est stabilisée autour de 17% depuis le milieu des années 1990. Entre 50 et 59 ans, la proportion d'hommes actifs est passée de 83% à 68% en trente ans. Cette évolution s'explique en partie par le développement des systèmes de retraite mais surtout par la montée du chômage au cours des trente dernières années qui a touché particulièrement les salariés âgés. Dès la fin des années 1970, de nombreux salariés âgés ont cessé de travailler bien avant de liquider leurs droits à la retraite. En France, ces départs anticipés ont été largement favorisés par des dispositifs permettant de bénéficier de revenus de remplacement jusqu'à l'âge de la retraite. Ainsi, le nombre de personnes de plus de 55 ans, bénéficiant de préretraites ou dispensées de rechercher un emploi, varie de 460 000 à 500 000 entre 1990 et 2000 [93].

En marge de ces situations de préretraites, Gaullier décrit des "*âges nouveaux*", engendrés selon lui par l'éclatement de la tripartition du cycle de vie. D'abord, "*la deuxième carrière*" qui peut-être une carrière stable et/ou ascendante mais aussi constituer une période de précarité multiforme : plafonnement, voies de garage, déqualification, emplois précaires, chômage de courte durée. Il s'agit alors d'une période critique où ne coïncident plus retraite à âge fixe, fin de la vie active, perception d'une pension, début de la vieillesse et période de repos et de loisirs. Les âges de la vie professionnelle se trouvent également bouleversés à l'autre extrémité. Gaullier décrit ainsi la "*post adolescence*" comme la fin de la coïncidence entre l'achèvement des études, le départ du cocon familial, l'entrée dans la vie active et la fondation de sa propre famille.

Tableau 6

Cycles de vie comparés des *baby-boomers* et des générations suivantes.

	Génération des Trente Glorieuses.	Génération actuelle.
Contexte économique	une forte croissance économique, les Trente Glorieuses.	une crise économique dont le 1 ^{er} choc pétrolier de 1973 marque le début.
Contexte sociodémographique	Mariages nombreux, précoces, durables, féconds. Adoption et renforcement du modèle familial traditionnel. → <i>baby-boom</i> .	Moins de mariages, plus d'unions consensuelles et de naissances hors mariage, naissances plus tardives, plus de divorces. → <i>baby-krach</i> .
Cycle de vie	Cycle ternaire correspondant à trois âges distincts : Formation → travail → temps libre (retraite).	Cycle nouveau : Déspecialisation des trois âges de la vie, cycle flexible, diversifié : - allongement des études, - systèmes de préretraites...
Vie professionnelle	Un emploi "à vie" : - un travail continu, - à plein temps, - pour une durée indéterminée.	Rupture dans la continuité des trajectoires professionnelles : - carrières des femmes interrompues par les contraintes familiales. - Périodes d'inactivité subies (périodes de chômage) et périodes de formation. - Aspiration à une plus grande liberté dans l'organisation des temps sociaux.
Conception de la vieillesse	Parcours normé des âges : → représentation de la vieillesse comme temps d'inactivité.	On assiste aujourd'hui à un réaménagement des temps sociaux avec la volonté d'une plus grande interpénétration des temps : - de travail, - de formation, - d'inactivité. → Ouverture d'une nouvelle conception du vieillissement : vers un vieillissement actif ?

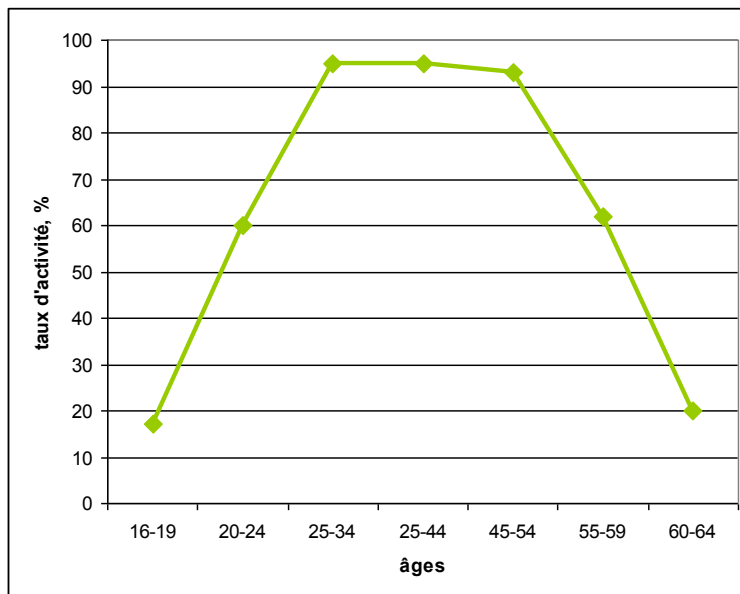


Source : [72] [89].

Au total, on s'aperçoit que la vie active se concentre sur une période de plus en plus courte alors que dans le même temps la durée de vie ne cesse de croître. En 2001, Fournier et Givord remarquent qu'en France le taux d'activité des jeunes de moins de 25 ans est le plus bas observé sur l'ensemble de l'OCDE et celui des hommes de plus de 54 ans l'un des plus faibles de cet ensemble. **La vie active est ainsi principalement concentrée autour des âges médians : 25-54 ans** (figure 63) [84].

Figure 63

Taux d'activité différenciés sur le cycle de vie : ne plus travailler qu'entre 25 et 54 ans ?



Source : [89].

Majnoni d'Intignano estime que cette évolution peut se révéler péjorative à deux titres. D'abord parce que : *"quand un homme ou une femme, espérant vivre 74 ou 83 ans, concentre son activité professionnelle, ses responsabilités familiales ou sociales et politiques, sur une trentaine d'années décisives et trop courtes, cela induit un stress anormal"*. Ce *"stress anormal"* est d'ailleurs supérieur pour les femmes qui sont tiraillées entre le désir de maternité et celui de réussir leur carrière professionnelle sur cette période de plus en plus raccourcie. Une des conséquences majeures de cette évolution du cycle de vie est l'effondrement de la natalité ou *baby-krach* déjà décrit au premier chapitre. Ensuite, le second effet péjoratif réside dans le fait que le temps de la retraite peut être perçu comme un temps libre en excès, vécu avec angoisse et solitude [138].

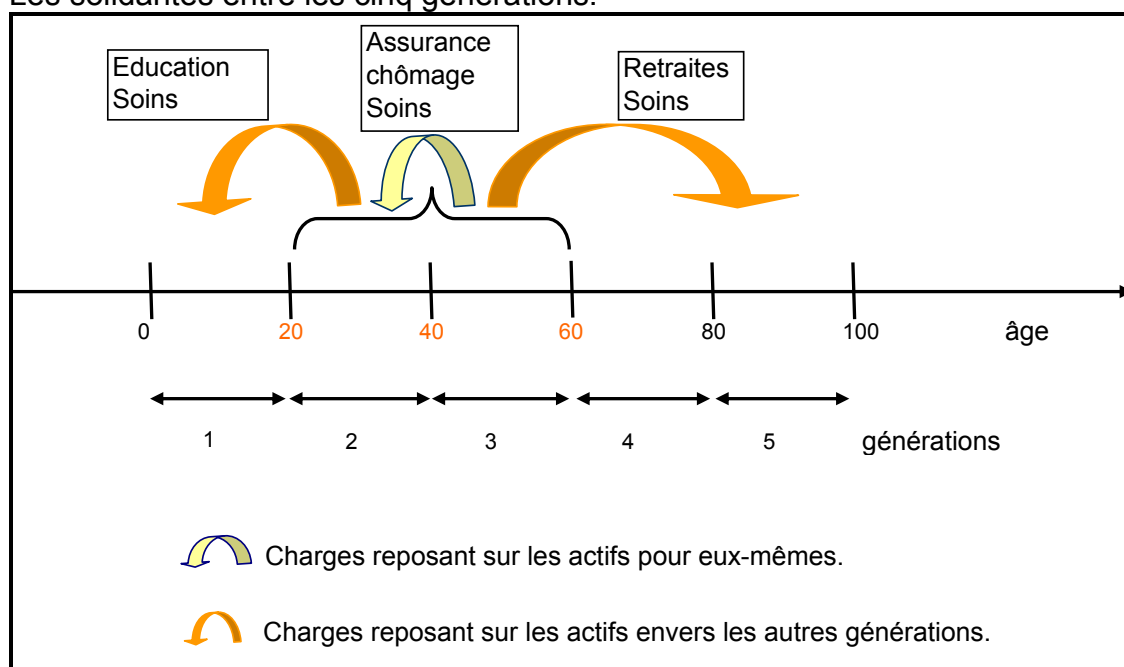
Tubiana dénonce également cette *"mise au rebut"* de salariés âgés du monde du travail et ses conséquences néfastes pour la santé. Selon l'auteur, plus on avance en âge, plus les santés physique, mentale et sociale sont fortement liées et plus le désœuvrement risque de rompre cet équilibre fragile. Il recommande donc de lever toutes les discriminations fondées sur l'âge ainsi que les autres entraves qui s'opposent à une activité rémunérée ou bénévole chez les seniors qui le désirent et qui y sont médicalement aptes [226]. L'Observatoire des discriminations, dirigé par le P^r Amadieu, a largement démontré la discrimination à l'embauche due à l'âge qui sévit actuellement, appelé également *"phénomène de jeunisme"*. Dans une recherche menée en mai 2004, en réponse à 258 offres d'emploi, un candidat de 50 ans recevait 4 fois moins de réponses positives que les autres [6].

Il existe une réelle inadéquation entre l'âge, l'état de santé et le début de la retraite et l'on se demande comment maintenir l'insertion sociale et la participation à la vie collective de ces sexagénaires et septuagénaires plein de vigueur. Il devient primordial de repenser la vieillesse, la retraite et l'image du retraité souvent associée aux incapacités et à une inaptitude aux changements. La société semble considérer encore le vieillissement de sa population avec tristesse au lieu de se réjouir de la possibilité d'une prolongation de la vie active. Comment est-il possible de concevoir un vieillissement actif ?

La notion de vieillissement actif peut se concevoir de manières diverses. Loin d'être exhaustif, nous pouvons entrevoir certaines possibilités.

Premièrement, l'allongement de la durée de la vie active en proportion de la durée de vie totale est nécessaire pour des raisons sociales évoquées plus avant, mais aussi pour des raisons économiques, pour le financement du système de protection sociale et particulièrement celui du régime de retraites. Le schéma réalisé par Majnoni d'Intignano [138], reproduit ci-après (figure 64), montre clairement la cohabitation de cinq générations au sein de laquelle la charge de la solidarité repose sur les deux générations actives (la 2^e et la 3^e), de plus en plus maigres en nombre, au profit des trois autres générations. La première génération connaît une décroissance de ses effectifs liée à la baisse de la natalité tandis que, les 4^e et 5^e générations, que certains nomment les "*panthères grises*", seront de plus en plus nombreuses, au point de devenir majoritaires dans les décennies futures.

Figure 64
Les solidarités entre les cinq générations.



Source : [138].

Nous savons que la solidarité intergénérationnelle organisée par les régimes de retraite pourrait être remise en cause par les évolutions démographiques à moyen ou long terme. L'entrée tardive et la sortie précoce sur le marché du travail ainsi que l'allongement de l'espérance de vie se conjuguent pour réduire le ratio "durée de carrière/durée de retraite". De plus, le ratio de dépendance "population active/population non active" connaîtra à partir de 2006 (et ce jusqu'en 2035) une forte augmentation. Le rapport Charpin révèle, en effet, que les départs à la retraite des générations nombreuses de l'après-guerre n'étant pas compensés par l'arrivée sur le marché du travail des générations creuses des années 1970 et 1980, il y aurait 7 personnes de plus de 60 ans pour 10 d'âge actif en 2040 contre 4 aujourd'hui (figure 11). **L'allongement de la durée du travail ne paraît-elle pas logique et inévitable ?** [38]

Sur ce point, Marchand s'interroge sur l'alternative possible d'une vie professionnelle plus longue mais plus diluée au cours du cycle de vie, avec une durée instantanée du travail réduite et une activité professionnelle mieux répartie tout au long de la vie, avec la possibilité d'interruptions plus fréquentes remettant en cause la succession classique scolarité-travail-retraite [141].

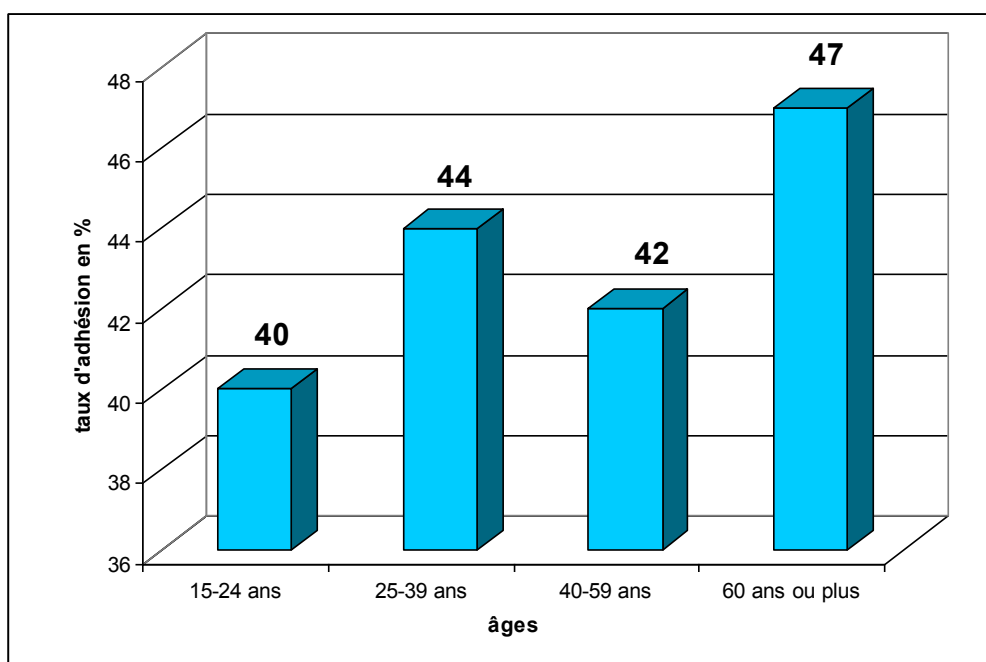
Au Japon, le vieillissement de la population a déjà pris une ampleur importante. Le taux de fécondité est très faible (1,28 enfant par femmes) et en 2007, ce pays va, pour la première fois de son histoire, voir sa population diminuer. Les Japonais semblent, contrairement à ce qui prévaut en France, ne pas redouter ce phénomène démographique mais plutôt s'en accommoder. En témoigne le succès, professionnel et médiatique, rencontré par Mystar 60, une PME (Petites et Moyennes Entreprises) dont le recrutement est exclusivement réservé aux plus de 60 ans. Les 520 salariés de cette entreprise, âgés de 60 à 78 ans, sont, pour la plupart, des retraités de grands combinats industriels japonais qui cumulent ainsi salaire et retraite. Les grands conglomérats japonais tels que Toyota, Nissan, Mitsubishi ou Hitachi suivent d'ailleurs cet exemple. Ils font, en effet, régulièrement appel à leurs anciens techniciens lorsqu'ils ne trouvent pas, sur le marché du travail, les compétences spécifiques qu'ils recherchent. Toyota a même créé une filiale consacrée à l'emploi de ses anciens salariés retraités [92].

Le vieillissement actif peut se concevoir également sous forme de progressivité de la transition activité professionnelle-retraite. Perret propose une formule de préretraite progressive améliorée. L'auteur qualifie lui même sa proposition d'utopiste mais elle permet d'engager une réflexion solide sur le sort de millions de futurs salariés vieillissants. Cette seconde carrière s'inscrirait dans une période plus longue, de l'ordre de 10 ans ou plus, le but étant de retarder l'âge d'inactivité complète et de passer de l'idée de cessation progressive d'activité à celle de retraite à mi-temps. Elle serait l'occasion pour certains travailleurs de changer d'entreprise ou d'activité. Son financement impliquerait l'entreprise d'origine, un nouvel employeur privé ou public (une collectivité locale par exemple) et le système de protection sociale (Etat et/ou organisme de retraite). Enfin, elle permettrait de laisser le maximum d'espace aux projets personnels. Il s'agirait en somme *"d'ouvrir un espace permettant à l'échange entre les générations de prendre, au moins partiellement, la forme d'un droit à l'accomplissement personnel assorti d'un devoir de se rendre utile à la collectivité"* [173].

Enfin, outre les considérations professionnelles, certains proposent le développement des activités non salariées d'utilité sociale pour ces "jeunes" retraités. Entre 1973 et 2004, la part des personnes âgées de plus de 60 ans, membres d'une association à plus que doublé, passant de 22,5 à 47% (figure 65) [148].

Figure 65

Taux d'adhésion à au moins une association selon l'âge, pour l'année 2004.



Source : INSEE [122].

Selon le rapport de la promotion "Nelson Mandela" de l'ENA, l'essor de ces activités d'utilité sociale des jeunes retraités préfigure un mode nouveau de relations entre les générations, et ce, en dehors des lieux traditionnels de transmission comme la famille, l'école ou l'entreprise. Pourtant les auteurs du rapport notent que, comparé à la vitalité de ces initiatives bénévoles, les pouvoirs publics n'accompagnent que modérément ces évolutions [72].

Nous pouvons citer un exemple concret, mais du reste très ponctuel, de la promotion du lien intergénérationnel. En 2004, à l'initiative du Ministre délégué aux personnes âgées, en partenariat avec Sciences Po et la Fondation Nationale de Gérontologie (FNG), le projet *"Un toit : deux générations"* a vu le jour. Il permet à des personnes âgées d'offrir gratuitement un logement à des étudiants de Sciences Po. En contrepartie, les jeunes rendront quelques services concrets mais limités, faire quelques courses, partager les repas, discuter ou aider à de petites réparations. Ces habitats intergénérationnels ont pour objectif de réduire la solitude des personnes âgées d'une part et de faciliter le logement étudiant d'autre part [149].

Le roman d'Anna Gavalda, *"Ensemble, c'est tout"*, imagine une cohabitation intergénérationnelle, à l'image de ce qui est souhaité par les étudiants de Sciences Po. L'écrivain met en scène trois jeunes adultes et une vieille dame de plus en plus dépendante qui se désespère dans sa maison de retraite. Ils se retrouvent tous ensemble dans le même appartement à Paris et ce n'est qu'ensemble qu'ils parviennent à panser leur mal de vivre. Cette histoire, bouleversante, invite à réfléchir sur le renforcement de la cohésion sociale, sur la prise en charge qualitative des personnes âgées dépendantes dans leur intérêt propre, mais aussi dans celui de leur famille et de la société toute entière [90].

Repenser la place du troisième âge et du quatrième âge dans notre société est un vaste chantier auquel doit s'attacher le gouvernement actuel et les gouvernements futurs. Trois ans après la canicule de 2003 et le réveil de la conscience collective qu'elle a occasionné, il est indispensable de mettre en place une politique globale visant au maintien, dans la communauté sociale, des personnes âgées. Les actions de l'Etat ces dernières années en faveur des personnes âgées ont été les suivantes:

une mesure d'urgence post-canicule : dégagement de 410 millions d'euros supplémentaires pour l'allocation personnalisée d'autonomie en 2003, le plan Vieillesse Solidarité 2004-2007, la journée de Solidarité, dont les recettes alimenteront la CNSA instituée par la loi du 30 juin 2004 en faveur des personnes âgées dépendantes et des handicapés, le Plan Urgences Gériatrie 2004-2008, doté de 489 millions d'euros, permettra la création de 15 000 lits médicalisés, la mise en place de 160 équipes mobiles gériatriques et le développement de l'hospitalisation à domicile, le Plan Alzheimer (88 millions d'euros), présenté en septembre 2004, vise à mieux accompagner les personnes atteintes de maladies neurodégénératives, le programme "Bien Vieillir" organise des actions de prévention en direction des seniors par la promotion d'une alimentation saine et de l'activité physique et sportive, promotion, par le secrétariat d'Etat aux personnes âgées, d'initiatives en faveur du lien entre les générations : aide aux associations dont le but est le maintien du lien intergénérationnel (combien d'associations sont concernées ? De quelle manière les aide-t-on ?), mesures à l'état de projets : développement de la filière gériatrique universitaire, promotion des métiers du secteur gérontologique, développement des services aux particuliers âgés, promotion de la mixité des âges (le pendant de la mixité sociale) lors de la réhabilitation des quartiers urbains [235].

Les actions gouvernementales restent timides pour ce qui est de l'insertion sociale des anciens et l'on remarque que les échéances ne dépassent pas 2008 pour les mesures de prise en charge de leur santé. Qu'en adviendra-t-il passé cette date ? **Ces insuffisances ne sont-elles pas les conséquences d'une représentation sociale devenue erronée de la vieillesse mais aussi d'une carence de la recherche dans le domaine du vieillissement ?**

La recherche sur la prise en charge des personnes âgées a tout intérêt à se développer et à s'enrichir de regards pluridisciplinaires épidémiologique, sociologique, économique. Elle permettrait d'éclairer les pratiques sociales et les politiques publiques dans le domaine de la vieillesse. L'INSERM préconise d'abord de rendre ce domaine de recherche plus attractif aux jeunes chercheurs. Il existe en effet un manque important d'allocations de recherche, de bourses postdoctorales ou de postes permanents en université ou dans les grands organismes de recherche. S'il existe un assez grand nombre d'équipes travaillant sur des problématiques liées au vieillissement dans le domaine biologique, l'Institut de recherche remarque qu'il n'existe que peu d'équipes spécialisées dans le secteur des sciences sociales. **Il serait pourtant opportun d'encourager la création d'équipes pluridisciplinaires dont l'efficacité serait sans doute supérieure dans la gestion de thèmes comme le vieillissement, impliquant à la fois les sciences du vivant et les sciences sociales.** L'INSERM propose la création de deux "outils", indispensables au développement de la recherche. D'abord, il serait utile de préparer le lancement d'une nouvelle cohorte permettant le suivi de personnes "en cours de vieillissement" sur une longue période avec des objectifs de recherche médicaux et sociaux. Ensuite, la création d'un "*Observatoire du vieillissement*" permettrait d'animer, dans la durée, le milieu de la recherche sur le vieillissement, à l'instar de "*l'Observatoire vieillissement et société*" Canadien [191].

De la réalité à la fiction, comment appréhende-t-on, dans la littérature ou l'œuvre cinématographique, la place future des personnes âgées dans notre société à l'aube des années 2010, quand les plus de 60 ans seront plus nombreux que les moins de 20 ans ?

Sous la menace du "*continent gris*" qui submerge peu à peu la "*planète jeune*", Debray propose son "*plan vermeil Modeste proposition*". Il s'inspire pour cela de la "*Modeste proposition*" (1729) de l'écrivain irlandais Swift, qui, sur le ton de l'ironie et du sarcasme, proposait aux riches de manger les bébés des pauvres pour soulager le pays de la misère. Debray imagine "*Bioland*", une sorte de microcosme paradisiaque peuplé exclusivement de "vieux", au milieu de l'Ardèche. Les résidents y bénéficient d'une assistance médicale et d'"*une prime au départ sans retour*". Le but de cette entreprise est de rétablir l'espérance de vie des citoyens à soixante dix ans, afin de rééquilibrer la pyramide des âges en faveur de la jeunesse et du monde du travail. Seules les personnes âgées dont l'activité reste utile à la nation sont exemptées de ce plan [59].

Ce court pamphlet n'est pas sans rappeler le sort que connaissent les "vieux" dans "*L'arrache-cœur*" de Boris Vian. L'auteur construit une critique de l'humanité qui se transforme en satire de la société actuelle en inventant un univers surréaliste. Il décrit la "*foire aux vieux*" où ceux-ci sont mis aux enchères. Le personnage principal, Jacquemort, psychiatre, découvre en même temps que le lecteur ce "coin tranquille" imaginé par Vian et ne peut s'empêcher d'exprimer son mal être et sa honte à la vue de tant d'ignominies. Quelques jours plus tard, Jacquemort fait la connaissance de La Gloire, un homme âgé dont le travail consiste à repêcher avec les dents les choses mortes ou pourries jetées dans la rivière rouge. Ce personnage, rémunéré par les villageois, est ainsi chargé de digérer toute la honte de ce village [238].

Dans ce droit-fil, il semble indispensable de citer "*Soylent Green*" ou "*Soleil vert*". Réalisé par Richard Fleischer et adapté d'un roman d'Harry Harrison, "*Soleil vert*" est un film américain de science fiction sorti en 1973. Le New York de 2022, peuplé de 40 millions d'habitants, dont la moitié est sans emploi, est une cité où règnent en permanence la sous-alimentation, une température caniculaire et un brouillard ocre, autant de symptômes d'un écosystème dérégulé. Seule la présence d'une police d'état omniprésente peut empêcher le soulèvement de la population. Une minorité aisée bénéficie d'un traitement privilégié, les autres vivent plus ou moins dans la misère et s'alimentent de tablettes de couleur verte, produites par la puissante entreprise *Soylent Corp*. Un terrible secret pèse sur le processus de fabrication du dernier produit commercialisé par l'entreprise, les pastilles nommées "*Soleil Vert*". Le dénouement révèle que des personnes âgées offrent, par civisme, les dernières années de leur vie à l'Etat. En échange de quelques heures passées dans un cadre choisi, elles sont euthanasiées et leur corps sert à fabriquer ces fameuses pastilles [81].

Le dernier exemple d'œuvre dite d'anticipation est "*Le meilleur des Mondes*" d'Aldous Huxley, écrivain Britannique. Elle a été publiée en 1931, elle est centrée sur l'eugénisme et ses horribles possibilités. Le synopsis pourrait être le suivant : "et si le monde débarrassé de la vieillesse, de la maladie, de l'ennui ou de la peur, était le meilleur des mondes ?" Huxley imagine ainsi un futur dictatorial et cynique, une société uniformisée, divisée en castes. La régulation des naissances et l'adaptation de chaque individu à la position qui sera la sienne dans la société permet de maximiser le fonctionnement de la société, d'ajuster la population à la disponibilité des ressources pour éviter la surpopulation et d'assurer la stabilité de la société en évitant toute déviance individualiste néfaste au maintien de la cohésion collective. Il n'y a donc plus de naissance naturelle et les habitants sont maintenus dans une apparence artificiellement jeune jusqu'à soixante ans, âge qui constitue la limite de vie volontairement fixée. La vieillesse est "bannie" et considérée au même titre qu'une maladie. Elle effraie et même dégoûte les individus conditionnés dans cette société utopique [115].

Le sort futur de nos aînés a donc inspiré et inspire toujours nombre de créateurs, artistes ou penseurs. Chez Debray, Fleischer ou Huxley, le "sacrifice" des personnes âgées apparaît chaque fois comme l'alternative à la vieillesse. Les univers imaginés

par ces trois auteurs répondent ainsi pleinement aux thèses eugénistes et "jeunistes" tant redoutées. Cela renvoie également au thème de l'euthanasie.

Malgré le caractère totalement fictif de ces scénarios, le président du Comité national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé, Didier Sicard, met en garde sur le fait terrifiant que *"l'euthanasie puisse devenir une sorte de conformisme de gestion de la fin de vie"*. Il craint que notre société ne devienne sévère voire intolérante vis-à-vis de ces aînés, dans la mesure où ils seront très nombreux et qu'ils risquent de peser financièrement et socialement sur les jeunes générations. Il semble donc indispensable d'engager au plus vite un débat ouvert et intelligible sur la gestion de la fin de vie. Le regard sur la vieillesse ne peut faire l'abstraction de l'interrogation sur la mort, bien qu'il ne se réduise nullement à cette perspective. Dans la première partie de notre argumentation sur la place des personnes âgées dans notre société, nous avons évoqué les possibilités d'un vieillissement actif et mis l'accent sur la vitalité et l'énergie dont tant de personnes âgées, et même très âgées, sont dotées. Cependant, l'accompagnement des personnes âgées les plus fragiles et les plus dépendantes pose inévitablement la question de la fin de vie. Elles méritent incontestablement une sollicitude toute particulière et de disposer de droits renforcés. L'actualité nous invite à évoquer l'entrée en application, le 22 avril 2005, de la loi *"Droits des malades et fin de vie"* [206]. Cette loi ne s'adresse pas spécifiquement aux personnes âgées car la fin de vie n'est pas *"l'affaire réservée"* du grand âge. Cependant, il est clair que la gériatrie est la discipline médicale du vivant la plus proche de la mort, en ce sens que la mort intervient statistiquement à un âge de plus en plus tardif.

Notons qu'il existe déjà une charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante qui a pour objectif de reconnaître la dignité de la personne âgée devenue dépendante et de préserver ses droits. Cette charte, datant de 1997, traite également explicitement de la question de la fin de vie : la personne âgée *"doit pouvoir terminer sa vie naturellement et confortablement entourée de ses proches"* [83]. Cette question de société fondamentale qu'est la problématique de la fin de vie, qui concerne, entre autres, les personnes âgées, ne peut se contenter d'une charte et appelle à un cadre législatif clair. La nouvelle loi nous l'apporte-t-elle ?

La loi concourt à la promotion de la dignité de la personne, de son droit à l'information et du respect de sa volonté. Concrètement, elle propose aux malades qui le souhaitent, ou dont la *"personne de confiance"* le souhaite, lorsque le patient n'est plus en mesure d'exprimer sa volonté autrement qu'au travers d'une *"directive anticipée"*, le remplacement des soins curatifs par des soins palliatifs. Une directive anticipée est, au sens de cette loi, un document écrit, daté et signé par l'auteur lui-même. S'il n'est pas en état de la faire, il doit être rédigé sous le contrôle de deux témoins qui devront attester que le texte *"est l'expression de sa volonté libre et éclairée"*. Le cas échéant, le médecin est tenu de s'enquérir de l'existence de telles directives. Mais la décision ultime appartient au médecin, lequel doit s'abstenir de toute *"obstination déraisonnable"*. **La loi instaure donc un droit à "laisser mourir" et non à "faire mourir"**. Le problème des patients en fin de vie devenus inconscients - situation à laquelle sont confrontées les personnes âgées atteintes de maladies neuro-dégénératives - est également largement abordé dans cette loi. Ainsi, lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté, la décision est prise selon une procédure collégiale : le médecin en charge du patient en concertation avec l'équipe soignante et au moins un médecin appelé comme consultant et sans lien hiérarchique. Cette procédure collégiale prend en compte les souhaits antérieurs exprimés par le patient, en particulier d'éventuelles directives anticipées, et l'avis d'une personne de confiance, de la famille ou d'un proche. Un autre décret impose aux EHPAD d'établir et de mettre en œuvre (comme cela est le cas dans les USLD), un projet de soins palliatifs associant la direction et les équipes de soins de l'établissement. Catherine Vautrin approuve vivement cette mesure car dit-elle *"il est nettement préférable de bénéficier*

d'un accompagnement sur son lieu de résidence plutôt que d'être orienté dans un établissement hospitalier" [236].

Cette loi a été votée unanimement par le parlement et Catherine Vautrin estime que son texte répond parfaitement aux attentes du secteur gériatrique, des usagers et de leurs familles : ce *"texte de loi leur apporte des éléments de réponse, dans le sens du "bien mourir" et d'une plus grande qualité de vie possible jusqu'à la mort, que ne permettent ni l'obstination thérapeutique déraisonnable ni les démarches, inacceptables, d'euthanasie active" [236].* De même, Hirsch souligne que l'attention accordée à la décision de la personne - éventuellement à ces directives anticipées - et à la procédure de collégialité dans la limitation ou l'arrêt des traitements témoignent d' *"une évolution marquante"*. Il considère que ce texte *"représente désormais la réponse la plus juste à l'appel, à l'attente des personnes qui souhaitent vivre leur mort autrement que dans l'abandon ou par euthanasie" [113].* D'autres s'insurgent au contraire devant les insuffisances de la loi. Blanchard, journaliste au quotidien *Le Monde*, dénonce une lourde contradiction entre d'un côté, la réaffirmation du respect et de la dignité du malade, le droit qu'on lui octroie de *"refuser tout traitement"*, l'introduction des *"directives anticipées"*, le droit du médecin à soulager la douleur au risque d'abrégier la vie, le refus de *"toute obstination déraisonnable"* et de l'autre côté le fait de prôner uniquement le *"laisser mourir"*. L'auteur parle d'une *"troisième voie à la française"* qui ne choisit pas entre le statu quo et la dépénalisation de l'euthanasie (comme aux Pays-Bas ou en Belgique) [17].

Le débat est dans tous les cas ouvert et cette loi constitue une étape importante.

IV.2. Pour la première fois, en période de paix, la génération actuelle risque de ne pas pouvoir atteindre le niveau et la qualité de vie de ses prédécesseurs.

Dans le premier chapitre (§IV2), nous avons écrit que face à l'obésité, associée à la réapparition d'anciennes maladies infectieuses, certains biologistes sociaux pensent que la tendance à la baisse de la mortalité est en train de s'essouffler et que notre siècle pourrait connaître un phénomène quasi inédit : les enfants pourraient vivre moins longtemps que leurs parents. Dans le même ordre d'idée, certains sociologues ou économistes avancent l'hypothèse que pour la première fois, en période de paix, la génération actuelle risque de ne pas pouvoir atteindre le niveau et la qualité de vie de ses prédécesseurs.

Chauvel, selon une thèse défendue par Kant, explique que nous assistons, de toutes les façons, à une injustice entre les générations puisqu'il existe une *"asymétrie historique"*. Nous héritons sans mérite de ce qu'ont fait nos aînés, qui ne sont pas restés dans *"la paresse et l'inaction stérile"* et qui n'ont pas non plus pillé les ressources existantes. Nous ne pouvons pas véritablement leur rendre justice de ces bienfaits dont nous profitons. Ainsi, *"la loi du progrès continu de long terme"* serait la suivante : la spoliation des puînés par les aînés. Mais, pour réparer en partie cette injustice, nous devons transmettre à nos successeurs le legs d'un monde encore meilleur : la dette contractée auprès des anciens se rembourse auprès des générations suivantes. Pourtant, ce progrès continu connaît des exceptions du seul fait des fluctuations de l'histoire. Il se produit alors une injustice radicale : la génération des puînés subit un sort pire que celle qui précède. Les générations succédant celle du *baby-boom* ne seraient-elles pas précisément dans cette situation vis-à-vis de cette génération *"dorée"* ? [39]

Le développement de l'état providence a fortement influencé les liens entre les générations, ces dernières se retrouvant *"reliées"* sur la base d'un contrat implicite mais réel. Dans le contexte économique actuel, les évolutions démographiques pourraient cependant exacerber dans l'avenir les contradictions entre les intérêts des

différentes classes d'âge. C'est pourquoi, l'enjeu d'une réflexion intégrant l'équité entre générations devient si présent aujourd'hui.

Exposons tout d'abord les trois conceptions de l'équité entre générations telles qu'elles doivent être distinguées.

La **première** prévoit l'égalité des rendements des transferts sociaux pour chaque génération, ce qui signifie que l'équité existe lorsque chaque génération reçoit à hauteur de ce qu'elle a financé. La **seconde** suppose une similitude des trajectoires économiques des générations successives. Il s'agit du concept modelé par l'époque des Trente Glorieuses : il permet à chaque génération de bénéficier, à chaque âge, d'un niveau de vie supérieur à celui de la précédente. Ce modèle d'équité repose donc sur une inégalité. Cette inégalité permet de justifier le niveau de vie des plus âgés, compensation de la faiblesse de leur niveau de vie d'il y a trente ou quarante ans. La **troisième** conception considère que l'équité entre génération est obtenue lorsque chaque génération peut se prévaloir, au même moment, d'un niveau de vie globalement équivalent à celui des générations ascendantes et descendantes [72].

De nombreux auteurs, largement relayés par les médias, soutiennent que l'inégalité intergénérationnelle la plus criante est attendue, à système inchangé, dans la **première** conception, celle du rendement des transferts sociaux. On l'a vu au cours de ce chapitre, une part des difficultés actuelles provient de l'alourdissement des prélèvements (notamment pour la branche santé) et de la place croissante des personnes âgées dans la répartition des transferts publics. Ces personnes touchent des prestations qu'elles ont contribué à financer mais somme toute dans une moindre mesure que les actifs actuels, qui supportent l'essentiel des hausses de cotisations intervenues ces dernières années (la CSG, et la Contribution au Remboursement de la Dette Sociale CRDS).

Concernant les retraites, Godet assure que les équations démographiques, connues depuis longtemps maintenant, sont telles qu'il aurait fallu "remettre le système à plat", en répartissant les efforts et en corrigeant les inégalités les plus flagrantes. Dans le cadre de la répartition*, Bichot rappelle justement que les cotisations vieillesse que nous versons ne sont pas stockées mais immédiatement reversées à nos ayants-droits. Ce qu'acquittent actuellement les actifs n'est que le remboursement de leur dette vis-à-vis des générations précédentes, et ce qu'ils toucheront dépend du nombre d'enfants existants aujourd'hui qui, auront, demain, une dette à leur égard mais aussi de leur bon vouloir de la payer [15]. L'équation simple du nombre d'actifs qui diminue et celui des retraités qui augmente indique clairement qu'il faudra augmenter les cotisations : *"pour un même gâteau à partager en plus de parts, diminuer la taille de chacune"*. Il paraît difficile de demander aux français de cotiser plus pour espérer toucher moins lorsqu'ils seront à la retraite. **Réforme en profondeur du système par répartition ? Développement progressif des systèmes par capitalisation* ? Le pire serait assurément de ne rien faire.**

Poursin rapporte une étude qui a pour but de comparer deux ménages (compositions et statut identiques) : l'un né en 1930, l'autre né en 1955. Le couple jeune aura des revenus en moyenne inférieurs à ceux du couple âgé. Il versera en prélèvements sociaux quatre fois plus que ce dernier. En moyenne, les avantages de toutes sortes qu'il recevra représenteront 25 années de salaire contre 37 en faveur du ménage âgé. Dans la perspective de l'augmentation des ponctions fiscales et sociales, ne serait-ce que pour faire face au vieillissement démographique, le prix à payer pour être né 25 ans plus tard n'est pas négligeable [183].

Analysons ensuite le risque d'iniquité entre générations selon la **seconde** conception d'équité intergénérationnelle, qui présuppose une similitude des trajectoires économiques des générations successives. C'est à notre sens la plus intéressante à décrire mais aussi la plus polémique. Il est évident que les trajectoires économiques

n'ont pas été identiques d'une génération à l'autre : croissance économique fulgurante des Trente Glorieuses versus ralentissement économique et chômage de masse des 25 dernières années. Prél décrit plus précisément quatre générations qui coexistent au travail : la génération "*mai 68*" (née entre 1945 et 1954), la génération "*Crise*" (1955-1964) entrée sur le marché du travail lors des chocs pétroliers, la génération "*Gorby*" (1965-1974), entrée, elle, au plus au fort du chômage des cadres et la génération "*internet*" (1975-1984) [186].

Considérons par exemple, la situation d'un actif à l'âge 30 ans. Selon Chauvel, la situation à 30 ans conditionne les perspectives à tout âge ultérieur car passé cet âge, les conditions sociales se figent et il est trop tard pour engager une carrière professionnelle ascendante. Les générations nées à partir de 1955 sont celles qui ont subi à plein le ralentissement économique. Elles ont eu 20 ans alors que le chômage de masse s'étendait et conservent encore aujourd'hui les séquelles de leur jeunesse difficile. Il est donc préférable d'avoir 20 ans en 1968, lorsque le taux de chômage dans les deux ans de la sortie des études est de 4%, qu'en 1994 où ce taux culmine à 33%. Ce taux de chômage a diminué puisqu'il s'élevait en 2001 à 20%, mais il reste 4 ou 5 fois plus important que celui de nos parents.

Cette "injustice" se répercute malheureusement sur la transmission du modèle social en son entier. Les générations nées entre 1920 et 1950 ont bénéficié du providentialisme, des droits sociaux protecteurs et redistributifs croissants propices à une "moyennisation" des conditions et à l'émergence d'une classe moyenne forte. Les personnes nées après 1950, pénalisés par une insertion dans la vie active plus difficile, ont une situation globale qui n'a pas dépassé celle des générations précédentes. Puis à âge équivalent, le niveau de vie de celles nées après 1970 est plutôt inférieur à celui de leurs prédécesseurs. **Cependant, plusieurs auteurs s'accordent à dire que la fracture qui existe entre la génération des *baby-boomers* et les suivantes résulte d'une incohérence historique plus que d'un effet mécanique de conjoncture économique.**

Les étudiants de la promotion "Nelson Mandela" de l'ENA expliquent simplement que la forte inflation des années 1970 suivie de l'augmentation du prix des actifs des décennies 80 et 90 ont créé, pour les personnes nées jusqu' en 1950, des conditions favorables d'accumulation de patrimoine [72].

Prél, Chauvel et Poursin sont nettement plus explicites dans leur argumentation.

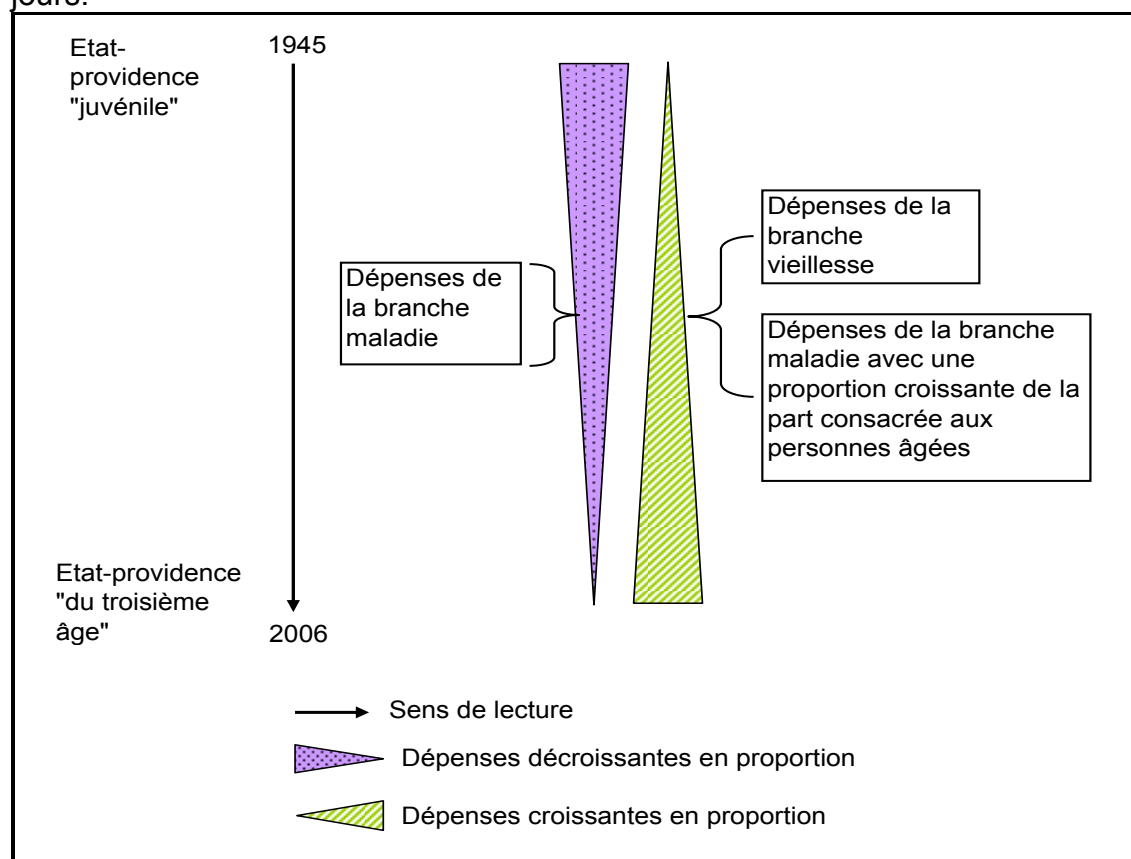
Prél parle de l'égoïsme des soixante-huitards qui, depuis leur entrée "trionphale" sur le marché du travail, monopolisent le pouvoir. Ce spécialiste des mutations sociales les "accuse" d'avoir reporté l'effet de la mauvaise conjoncture sur les autres en les excluant de l'entreprise. Les plus âgés, ceux de la génération qu'il surnomme "*Algérie*" (1935-1944), ont été envoyés en préretraite tandis que les plus jeunes ont été maintenus dans des "*formations parkings*". L'auteur dénonce là "*la rupture du pacte social*" par la génération de mai 68. Ce pacte reposait sur un compromis entre le diplôme et l'expérience. Les jeunes étudiaient en moyenne plus longtemps mais ils étaient assurés de commencer leur carrière à un salaire équivalent à celui de leurs parents, moins "éduqués" mais plus expérimentés. Le système étant par nature progressiste, ces jeunes devaient finir leur carrière à un niveau supérieur. Lors de la crise économique, la génération "mai 68" a prétexté à la fois de son expérience et de ses diplômes pour garder les places les meilleures au sein des entreprises. Ainsi, après 1975, les jeunes diplômés avaient beau avoir étudié, en moyenne trois ans de plus que leurs parents, ils se retrouvaient le plus souvent en emplois dits précaires : en Contrat à Durée déterminée (CDD) ou en intérim. Et, sauf une providentielle reprise économique, ces jeunes n'avaient que peu d'espoir de rattraper leurs géniteurs, dont les revenus n'ont cessé de progresser [185].

Chauvel partage le point de vue de Prél et expose également le revirement des chances de promotion sociale finalement concentrées sur une seule génération : celles des soixante-huitards, pour qui "*l'ascenseur social a fonctionné à plein régime*". D'un côté, les parents des *baby-boomers* n'ont pas pu profiter pleinement de l'embellie économique et de la construction de l'état providence, de l'autre côté, les enfants des *baby-boomers* sont les descendants d'une génération dorée qui ont évolué, on l'a vu, dans des conditions d'ascension sociale compromises [39].

Poursin propose une théorie explicative de ce phénomène qu'il qualifie lui-même de "*rupture de la chaîne de réversion du bien-être*", imputable à la génération dorée de mai 68. Selon lui, la création de l'Etat-providence s'est établie dans la crainte d'une dépopulation. Cette crainte, qui existait déjà avant la Seconde guerre mondiale, a permis d'orienter l'Etat-providence en faveur des plus jeunes. Le but était d'aider les jeunes, nés entre 1920-1930, à s'installer dans leur vie professionnelle et familiale, à créer des conditions favorables à la maternité et à l'éducation des enfants. C'est ce que Poursin appelle l'Etat-providence "*juvénile*". La proportion des dépenses afférentes aux différentes branches sont schématisées ci-dessous (figure 66) :

Figure 66

Schématisation de l'évolution des dépenses de l'Etat-providence, de 1945 à nos jours.



Source : [183].

La conséquence la plus spectaculaire de ces choix politiques, quant à la répartition des dépenses de protection sociale à l'époque, est bien évidemment le *baby-boom*. Ces *baby-boomers* arrivent à l'âge adulte, ils débutent leur vie active et familiale : ils

deviennent demandeurs à leur tour et veulent participer, comme leurs parents l'avaient fait, à la redistribution des ressources. Le fait majeur ici est qu'ils n'ont pas, par la suite, *"passer le relais des avantages"* aux générations suivantes. Doucement, au fil de la crise économique et de la reprise du vieillissement démographique, l'Etat-providence, après avoir favorisé les jeunes, a changé de cap et a maintenu les prérogatives de cette génération nombreuse déjà en place. En une vingtaine d'années, l'Etat-providence *"juvénile"* devient celui *"du troisième âge"*. La figure 66 schématise clairement le changement de la répartition des dépenses de ce nouvel Etat-providence. Ce faisant, c'est toujours la même génération, celle de mai 68, qui demeure la bénéficiaire de ce système : *"après en avoir profité comme jeunes adultes, puis établis, en profitera aussi comme vieillards, de fait une vie entière"*. Poursin rappelle cependant que la transformation qu'il décrit de notre système de protection sociale est involontaire et largement inconsciente. Pour autant, elle est responsable, selon lui, de l'entrave qui est faite à la marche en avant historique qui prévalait jusqu'à aujourd'hui : chaque génération progressait par rapport à la précédente et anticipait une progression analogue de la génération suivante (c.-à-d. la théorie défendue par Kant, exposée plus haut) [183].

Godet, qui partage largement les arguments de Poursin, se demande même comment relancer la politique familiale aujourd'hui sans se heurter aux intérêts des *"panthères grises"* [95].

Pour clore notre exposé il nous reste à étudier la **troisième** conception de l'équité intergénérationnelle. Il s'agit de comparer les niveaux de vie des différentes générations coexistantes. Cette dernière façon de concevoir l'équité intergénérationnelle semble moins claire que les deux premières tant il est difficile de comparer les niveaux de vie des actifs et des retraités sur une même période. Godet affirme qu'actuellement, les retraités ont un niveau de vie supérieur aux actifs. En couple, un ménage de retraités a au moins 10% de plus de revenu disponible par unité de consommation* qu'un ménage d'actifs. De même, un retraité seul bénéficie en moyenne d'un niveau de vie supérieur à celui d'un actif célibataire [169]. Poursin explique pour sa part qu'entre 1980 et 1990, la consommation des couples retraités a augmenté de 64% contre 22% pour la moyenne des ménages. Les élèves de la promotion "Nelson Mandela" de l'ENA ont plutôt tendance à nuancer ces points de vue et affirment qu'il existe une certaine équité intergénérationnelle. Selon eux, si l'on tient compte de l'ensemble des revenus disponibles, le rapport de niveau de vie des ménages de plus de 60 ans aux ménages de moins de 60 ans se situe autour de 1. En réalité, le niveau de vie plus élevé en moyenne recouvre une plage intermédiaire allant de 40 à 70 ans. L'analyse des niveaux de vie entre générations coexistantes ne révèle pas donc de véritable rupture. Ils pensent également que ce débat sur l'équité entre générations ne doit pas occulter l'importance des iniquités intragénérationnelles. Le sort des plus démunis s'améliore mais des inégalités croissantes sont observées au sein de chaque classe d'âge. Il existe notamment une proportion importante de pauvres parmi les femmes de plus de 75 ans [72].

En conclusion, si la réduction des iniquités intragénérationnelles doit rester un objectif prioritaire des politiques publiques, le débat sur une éventuelle rupture intergénérationnelle reste néanmoins légitime dans le contexte économique et démographique que l'on connaît.

En condamnant la dette publique, l'économiste français Say écrivait ceci : *"Si nous, génération présente, avons, du moins par notre silence, consenti à grever les revenus de nos neveux, nos neveux ne jugeront-ils pas convenable de secouer ce fardeau, s'ils viennent à s'apercevoir qu'il n'a servi en rien à servir le bonheur?"* [209]. Ces quelques lignes illustrent fort bien ce que dénoncent les différents auteurs cités tels Chauvel,

Préel, Godet ou Poursin. Au terme de cette analyse de l'équité intergénérationnelle, on peut se demander si la lutte des classes ne va pas laisser place à un conflit des générations, les puînés se sentant "exploités" par leurs aînés. C'est en tout cas ce que soutient l'économiste américain Lester, cité par Chauvel [39].

Tout récemment, la crise du Contrat Première Embauche (CPE) de mars 2006 n'est-elle justement pas révélatrice de tensions entre les jeunes générations et les précédentes ?

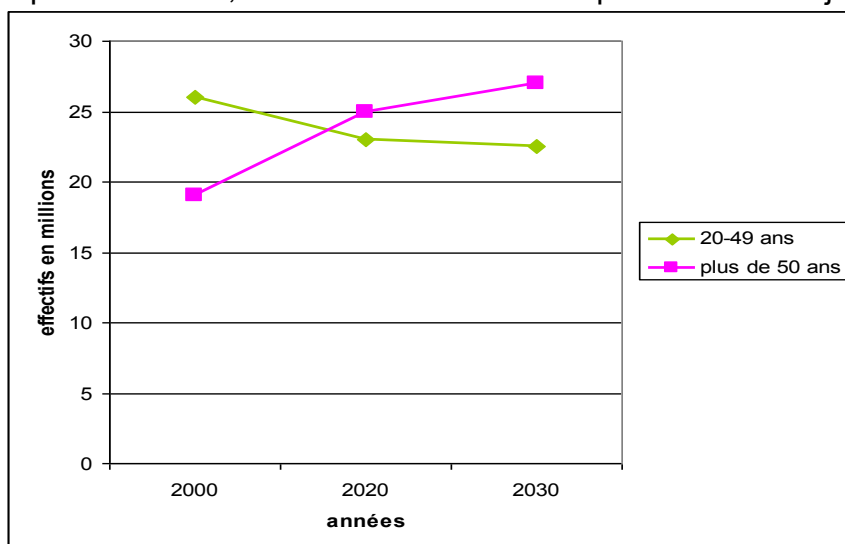
IV.3. Le déséquilibre de la représentation politique.

Godet définit la frontière des "seniors" en distinguant les plus de 50 ans et les moins de 50 ans. Les moins de 50 ans sont pleinement investis dans la vie active, professionnelle et familiale tandis que les plus de 50 ans sont majoritairement retraités et/ou grands-parents. Ces deux populations n'ont pas les mêmes attentes des décisions politiques.

La figure 67 montre qu'à partir de 2017 les seniors deviennent numériquement majoritaires. En 2020, ils seront 25 millions, soit 2 millions de plus que les moins de 50 ans puis dans les années 2030, leur nombre pourrait dépasser de 6 millions celui des actifs de moins de 50 ans [95].

Figure 67

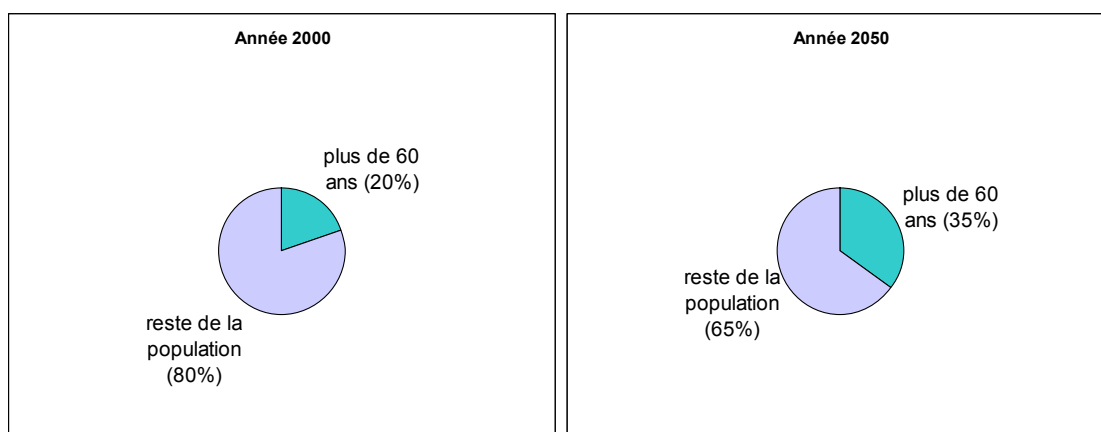
A partir de 2017, la France des seniors dépasse celle des juniors.



Source : [95].

Figure 68

Evolution de la part des plus de 60 ans dans la population française, de 2000 à 2050.

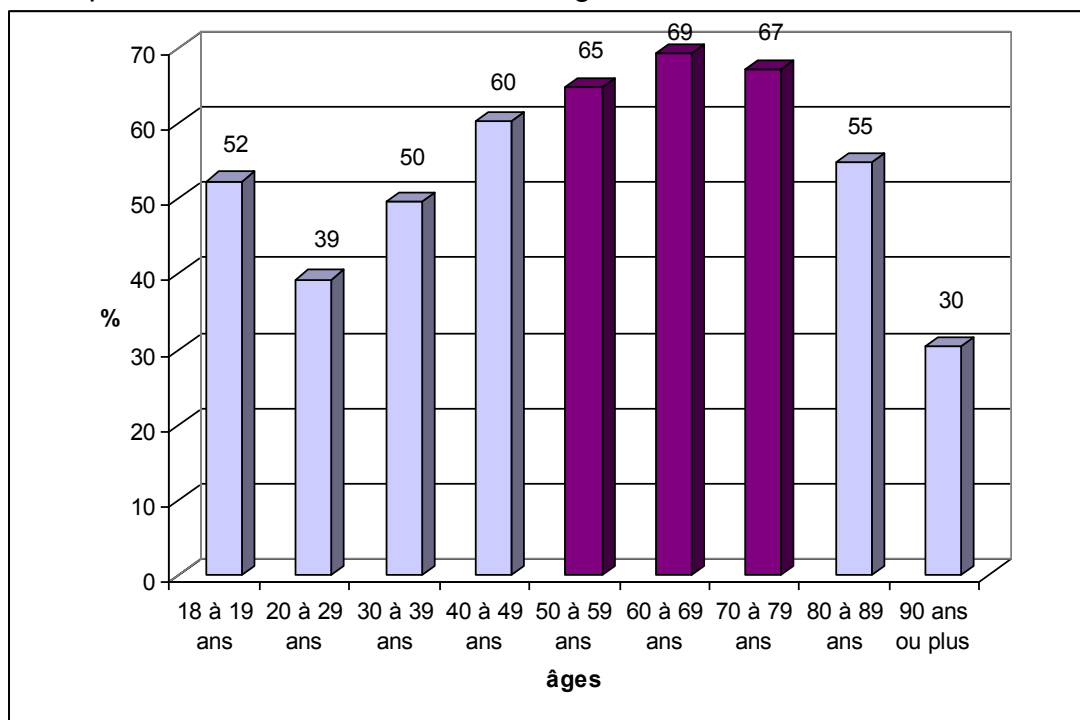


Source : INSEE [30].

Ce rapport de force numérique des plus âgés induit logiquement une supériorité électorale. En outre, on observe que la participation électorale est plus élevée pour les tranches d'âge comprises entre 50 et 80 que les autres. En 2004, l'INSEE (figure 69) indique que le taux de participation électorale des 50-80 ans se situe entre 65 et 69% tandis que le taux de participation des autres générations ne s'élève qu'à 47,6% en moyenne [122].

Bichot explique ainsi qu'au XXI^e siècle les seuls retraités - 26% du corps électoral en 1990 - seront 35% en 2020 et 40% en 2040. Comme ils votent plus que les jeunes, l'auteur prévoit une majorité électorale des plus de 60 ans dans les proches décennies [16]. Dans un tel contexte, il semble compromis de demander des sacrifices aux plus anciens. La France devra de fait composer avec la puissance électorale future des *papys-boomers*.

Figure 69
Participation électorale en 2004 selon l'âge, en France.



Source : INSEE, [122].

IV.4. Le caractère "extraordinaire" de ces familles pentagénérationnelles.

Seul un recensement de l'INSEE de 1999 a pu faire apparaître une première estimation du nombre de personnes à la tête de 4 autres générations. Elle s'élevait à trente mille personnes [37]. La Fng a justement mené une étude sur les familles à cinq générations vivantes en lignée directe. Mille six cents d'entre elles ont été interrogées grâce à un questionnaire socio-démographique. On retient d'abord que la proximité géographique autour des personnes de la 5^e génération est importante pour 65% des personnes de la 4^e génération et pour 42% des personnes composant la 3^e génération. Du reste, l'éloignement géographique s'agrandit avec les deux plus jeunes générations. Par rapport à leurs aïeux de la 5^e génération, ces dernières vivent dans 18% des cas dans un département limitrophe et dans 41% des cas des départements éloignés, voire à l'étranger. **Cette distanciation n'est pas sans effet sur les rencontres entre générations. A mesure que l'on descend la chaîne générationnelle, on observe un espacement des rencontres ainsi qu'un changement de contenu de ces rencontres:** les aides matérielles pour la vie quotidiennes laissent place progressivement aux visites et moments de fêtes familiales. Près de 10% des personnes de la 5^e génération ne rencontrent jamais les 4 autres générations ensemble. De plus, il est important de constater que, malgré les rencontres fréquentes entre les personnes de la 5^e génération avec celles de la 4^e et de la 3^e, celles-ci ne comblent pas le besoin de contact exprimé par les plus âgées: elles demandent en effet plus de visites et de conversations téléphoniques. Une question reste donc posée: que faudrait-il mettre en place dans le grand âge pour combler ce besoin de socialisation en famille ?

L'étude traite également de la nomination des liens de parenté au sein de ces familles "hors normes". Les résultats montrent que les enfants nomment les 3^e, 4^e et 5^e générations sous une même appellation et les chercheurs se demandent si cette "confusion" n'a pas d'incidence psychique chez les plus jeunes comme chez les plus âgés. Les 4^e et 5^e générations font-elles encore partie de la famille? Ont-elles une signification pour les derniers nés? Cette "confusion" renvoie a priori à une affirmation ancienne: *"il faut trois générations pour faire une famille"* [218]. Les progrès de longévité sont tels qu'il serait temps de repenser la notion de famille à la lumière de ses évolutions en termes de nombre de générations qui la composent [7].

Que l'on considère le vieillissement démographique comme un naufrage ou, au contraire, comme une chance pour le pays, il est évident que nous devons composer avec cette société nouvelle et surtout inédite où les "vieux" seront majoritaires.

Conclusion.

Le vieillissement participe, certes, au déficit de notre système de protection sociale, mais il n'est pas le seul responsable. Ce phénomène démographique exacerbe les problèmes déjà existants et met en avant le besoin incontournable de réformes. Sera-t-il possible de maîtriser la consommation de soins et de modifier le comportement des français - soignants et soignés - face à leur santé ?

La prise en charge de la dépendance est un risque qui n'était pas prévu à l'origine de l'Etat-providence. Depuis lors, aucune réflexion de fond n'a été menée sur la dépendance et seules des réformes ponctuelles du système existant ont été décidées. La conséquence est l'existence d'une offre mal ciblée, organisée au travers d'un véritable *patchwork* de moyens divers, à l'origine de beaucoup de gaspillages. Le système, chapeauté par la CNSA est rigide et ne pourra pas faire face à l'arrivée très rapide de générations nombreuses de personnes âgées dépendantes.

Ce travail a mis en évidence l'existence d'une situation curieusement et véritablement dichotomique dans le sens où on relève à la fois "un trop plein" d'études, de rapports, de prises de position sur les conséquences du vieillissement associé à "un vide impressionnant" quant aux décisions prises pour les anticiper et y remédier. L'examen de ces différentes études, même si elles modèrent le catastrophisme de cette évolution démographique, n'explique pas l'absence de prise de décisions politiques pour réformer notre système social.

Peut-on mettre en cause le monopole de pensée des soixante-huitards ? Cette génération, qui a évolué en toute liberté dans une société où, grâce aux efforts et aux sacrifices de leurs parents, "l'inquiétude du lendemain" avait disparu, n'a-t-elle pas, une fois aux commandes, volontairement refoulé le débat ? Pourquoi ? Pour conserver ses avantages ?

La société française, ou tout au moins celle qui nous est présentée aujourd'hui par les médias, n'est-elle pas, quant à elle, une société qui évolue dans une logique défensive et non plus offensive et dont l'objectif, avoué et affiché par la "puissance du refus", est de maintenir à tout prix, sans sacrifice ni contrainte aucune, les avantages acquis ?

Ce refus, exprimé dans la rue et par le vote, n'est-il pas la conséquence de l'incapacité des dirigeants à informer les français de l'ampleur du vieillissement démographique et à expliquer la nécessité extrême de réformer, voire de repenser entièrement, le système de protection sociale ? Ce défaut de communication masque peut-être un manque de courage de l'homme politique qui n'ose pas annoncer de mauvaises nouvelles au risque de voir sa popularité décliner et la consommation des ménages chuter.

Mais combien de temps une telle situation pourra-t-elle perdurer ? Tôt ou tard pourtant cette société sera contrainte d'ouvrir les yeux, rattrapée qu'elle sera par une situation tellement complexe que des mesures drastiques devront être prises "en urgence". Quelle sera alors sa réaction ? Saura-t-elle enfin accepter le réel et s'adapter pour continuer à s'organiser autour de l'intérêt général ou plutôt dérivera-t-elle vers une organisation de type séparatiste voire individualiste laissant à l'abandon, sur le bord de la route, entre autres, ses aînés ?

L'enjeu est de taille car il concerne le maintien de l'équité entre les générations. Les transformations démographiques de notre pays auront des incidences sur le fondement de notre société. Comment sera-t-elle repensée ? Comme une société de l'"enfant roi" bichonnant les futurs acteurs de notre croissance économique ? Comme une société qui renie ses vieux responsables d'un passif considérable, qui coûtent

beaucoup, mais qui dorénavant dans l'organisation de la cité ne rapportent plus rien et peinent à trouver leur place ?

Le temps de la vieillesse s'est considérablement allongé grâce aux progrès de l'espérance de vie. Comment les futurs vieux, aborderons le problème des dernières années de vie ?

Le fait d'avoir été les premières générations à pouvoir maîtriser le temps voire "organiser son temps libre" et ainsi être en mesure de "s'occuper librement de soi et de son corps" ne va-t-il pas influencer sur la période de fin de vie ? En effet comment cette "*body-génération*" où le paraître est tant adulé va-t-elle accepter en pleine conscience à la fois la solitude et ce naufrage physique qu'est la dépendance ? D'elle même, face à la vision, pour elle, apocalyptique de cet état, vision occultée et repoussée à l'extrême durant la vie active, cette génération va-t-elle s'accrocher à tout prix à la vie ou ne va-t-elle pas plutôt souhaiter "mourir encore vivante" ? Le débat sur la gestion de la fin de vie n'est pas clos et le sera-t-il un jour ?

1. La grille AGGIR [237].

Cette grille est un outil multi-dimensionnel de mesure de l'autonomie, à travers l'observation des activités qu'effectue seule la personne âgée. Il comprend dix variables discriminantes : la cohérence, l'orientation, la toilette, l'habillement, l'alimentation, l'hygiène de l'élimination, les transferts, les déplacements à l'intérieur du logement ou de l'institution, le déplacement à l'extérieur et la communication à distance.

L'outil AGGIR comprend donc deux variables qui visent à appréhender l'autonomie mentale (cohérence et orientation). Pour chaque variable, il est observé si la personne âgée agit seule totalement, partiellement ou pas du tout. Les résultats pour chaque variable donnent lieu à un score qui permet d'attribuer à la personne un GIR. Il existe six groupes dits "*iso-ressource*", c'est-à-dire censés regrouper des personnes qui peuvent avoir des profils d'incapacités différents, mais ont besoin d'une même quantité d'heures de soins [236].

Il existe une description littéraire de ces six groupes qui n'a pas cependant vocation à décrire tous les profils possibles. Le GIR 1 représente le niveau le plus élevé de dépendance. L'ensemble des groupes 1, 2 et 3 représente les personnes atteintes de dépendance lourde. Les personnes du groupe 4 présentent une dépendance modérée. Les personnes ayant perdu leur autonomie mentale ou ayant leurs fonctions mentales altérées sont dans les groupes 1 et 2. En revanche, les désorientations ou incohérences partielles ne peuvent conduire qu'à un classement dans les GIR 4 à 6 qui ne donnent pas forcément le droit à l'APA [43].

La grille AGGIR s'est imposée comme grille nationale d'évaluation de la dépendance depuis la loi du 24 janvier 1997 instaurant la prestation spécifique dépendance [18].

2. La grille de Colvez [44].

La grille Colvez est une grille d'appréhension de la dépendance (au sens du besoin d'aide), qui mesure la perte de mobilité. Elle classe les personnes en quatre groupes :

- 1 : personnes confinées au lit et au fauteuil,
- 2 : personnes ayant besoin d'aide pour la toilette et l'habillement,
- 3 : personnes ayant besoin d'aide pour sortir de leur domicile ou lieu d'hébergement,
- 4 : personnes considérées comme non dépendantes.

Les niveaux 1 et 2 correspondent à la dépendance lourde, le niveau 3 à la dépendance modérée.

La grille de Colvez est limitée à la mesure de la dépendance physique. Pour pallier cette limite, un indicateur croisant la grille de Colvez avec un indicateur de dépendance psychique, a été construit pour les besoins de l'enquête EHPA. Cet indicateur, dit EHPA, a été repris pour l'enquête HID. Le croisement des quatre groupes de Colvez sur la dépendance physique avec les deux groupes définis selon l'existence ou non de troubles du comportement ou de désorientation dans l'espace et dans le temps permet de répartir les personnes âgées en huit groupes qui conjuguent les deux approches de la dépendance (physique et psychique) [43].

Sigles & Abréviations.

ADF	Association Dentaire Française
AGGIR	Autonomie Gérontologique Groupe Iso-Ressource
ALD	Affection longue Durée
APA	Allocation Personnalisée d'Autonomie
CDD	Contrat à Durée Déterminée
CépiDc	Centre d'Epidémiologie sur les causes médicales de Décès
CHR	Centre Hospitalier Régional
CIH	Classification Internationale du Handicap
CLIC	Centres Locaux d'Information et de Coordination
CMU	Couverture Maladie Universelle
CNAMTS	Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CNAVTS	Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse des Travailleurs Salariés
CNSA	Caisse Nationale de la Solidarité pour l'Autonomie
COR	Conseil d'Orientation sur les Retraites
CPE	Contrat Première Embauche
CRAM	Caisse Régionale d'Assurance Maladie
CRDS	Contribution pour le Remboursement de la Dette Sociale.
CREDES	Centre de Recherche, d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé
CREDOC	Centre de recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de vie
CSA	Contribution Solidarité Autonomie
CSG	Contribution Sociale Généralisée
DMLA	Dégénérescence Maculaire aiguë Liée à l'Age
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
DSS	Direction de la Sécurité Sociale
EHPA	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ENA	Ecole Nationale d'Administration
EUROSTAT	Office Statistique des Communautés Européennes
EVSI	Espérance de Vie Sans incapacité
FFAPA	Fond de Financement de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie
FFSA	Fédération Française des Sociétés d'Assurance
Fng	Fondation nationale de gérontologie
FSV	Fond de Solidarité Vieillesse
GIR	Groupe Iso-Ressources
HAD	Hospitalisation A Domicile
HID	Handicap - Incapacité - Déficience
ICIDH	International Classification of Impairment, Disability and Handicap
Ifop	Institut français d'opinion publique
IMS-Health	<i>Intercontinental Marketing Services-Health</i>
INED	Institut National d'Etudes Démographiques
INSEE	Institut National de Statistiques et des Etudes Economiques
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
IRDES	Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (ex. CREDES)
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Economiques
OFCE	Observatoire Français des Conjonctures Economiques
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONDAM	Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie

ONU	Organisation des Nations Unies
OPEP	Organisation des Pays Exportateurs de Pétrole
PAQUID	Personnes Âgées QUID ?
PIB	Produit Intérieur Brut
PME	Petites et Moyennes Entreprises
PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
PSD	Prestation Spécifique Dépendance
REVES	Réseau Espérance de Vie en Santé
RMI	Revenu Minimum d'Insertion
SILC	<i>Statistics on Income and Living Conditions</i>
SPS	Santé Protection Sociale
SSIAD	Service de Soins Infirmiers A Domicile
URCAM	Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
URSSAF	Union de Recouvrement des Cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales
USLD	Unité de Soins Longue Durée

Table des illustrations.

Liste des figures

Figure 1 Evolution de la population française sur deux siècles : un doublement de la population.....	7
Figure 2 Répartition de la population par sexe et par âge au 1er janvier 2006.....	9
Figure 3 Evolution de l'indice de fécondité en France, de 1950 à 2002.....	10
Figure 4 Effectif des femmes âgées de 20 à 39 ans.....	12
Figure 5 Evolution de l'espérance de vie à 60 ans de 1806 à 2004.....	18
Figure 6 Evolution de la mortalité par cause de décès, en France, de 1925 à 1999.....	18
Figure 7 Accroissement annuel migratoire de la France métropolitaine de 1950 à 2004.....	21
Figure 8 Evolution de la population métropolitaine, entre 1950 et 2050, selon différents scénarios de l'INSEE.....	24
Figure 9 Evolution de la population âgée entre 2000 et 2050 selon le scénario central de l'INSEE.....	26
Figure 10 Evolution de la population active, entre 2000 et 2050, selon différents scénarios de l'INSEE.....	27
Figure 11 Evolution du rapport entre les personnes âgées de plus de 60 ans et les actifs âgés de 20 à 59 ans, selon différents scénarios de l'INSEE.....	29
Figure 12 Séquence de Wood.....	36
Figure 13 Les principales causes de décès chez les personnes de plus de 75 ans.....	38
Figure 14 Part de la population déclarant au moins une maladie, par groupes d'âges et par sexe.....	40
Figure 15 Evolution, avec l'âge, du nombre moyen de maladies déclarées chez les hommes et les femmes.....	41
Figure 16 Principales affections déclarées par les hommes et les femmes âgées de 75 ans et plus.....	41
Figure 17 Prévalence des déficiences chez les personnes vivant à domicile et en institution.....	43
Figure 18 Prévalence des restrictions d'activité durables et des incapacités physiques et/ou sensorielles par groupes d'âge.....	44
Figure 19 Influence de la présence d'une ou plusieurs maladie(s) chronique(s) ou non chronique(s) sur la prévalence des restrictions d'activité durables et des incapacités physiques et/ou sensorielles.....	45
Figure 20 Nombre moyen de consultations chez le médecin, au cours des douze derniers mois, en fonction de l'âge.....	46
Figure 21 Proportion des personnes ayant acquis des médicaments prescrits au cours des deux dernières semaines, par groupes d'âges et selon le genre.....	46

Figure 22 Part des personnes hospitalisées au cours de l'année passée par groupes d'âges et selon le genre.....	46
Figure 23 Perception positive de la santé par groupes d'âges.....	47
Figure 24 Projections du nombre de personnes âgées dépendantes (équivalent GIR 1-4) de plus de 60 ans et de plus de 75 ans.....	54
Figure 25 Influence de la santé bucco-dentaire sur la santé générale.....	61
Figure 26 Conséquences de la dénutrition chez le sujet âgé.....	61
Figure 27 L'état de santé bucco-dentaire de la personne âgée et ses conséquences sur l'alimentation.....	63
Figure 28 Caractéristiques des populations enquêtées.....	66
Figure 29 Etat bucco-dentaire type d'un patient partiellement édenté des services de gériatrie du CHR de Metz.....	66
Figure 30 Comportement des personnes âgées dépendantes institutionnalisées envers leurs prothèses.....	67
Figure 31 Motifs d'absence de suivi bucco-dentaire invoqués par les chefs d'établissements.....	68
Figure 32 Rectangularisation des courbes de survie. Modifications, de 20 ans en 20 ans, de la courbe de survie de 1806 à 1996 et projection jusqu'en 2102.....	71
Figure 33 Acteurs du financement du système de sécurité social.....	75
Figure 34 Composition des recettes de la Sécurité sociale pour 2004 (241,2 milliards d'euros).....	76
Figure 35 Composition des dépenses de la Sécurité sociale pour 2004 (253,3 milliards d'euros).....	77
Figure 36 Dette publique de la France, au sens de Maastricht.....	77
Figure 37 Dette publique de la France en pourcentage du PIB (dette au sens de Maastricht).....	78
Figure 38 Part des prestations sociales dans le PIB, en France, de 1959 à 2000.....	79
Figure 39 Part des dépenses nationales de santé dans le PIB, en France, de 1960 à 2003.....	82
Figure 40 Variations de la dépense brute avec l'âge : auxiliaires de santé et médicaments. 83	
Figure 41 Variations de la dépense brute avec l'âge : généralistes (omnipraticiens) et médecins spécialistes.....	83
Figure 42 Variation de la dépense brute avec l'âge : soins dentaires et fournitures optiques.....	84
Figure 43 Contribution de la démographie à la croissance des dépenses totales de santé, en France, de 1960 à 2005 : contribution séparée de la croissance totale de la population et de son vieillissement.....	85
Figure 44 Consommation médicale moyenne des personnes décédées entre 1996 et 2002 au cours de leurs dernières années de vie en fonction de leur âge au décès.....	87
Figure 45 Consommation médicale moyenne des personnes décédées entre 1993 et 1997 d'une part, entre 1998 et 2002, d'autre part, au cours de leurs deux dernières	

années civiles de vie en fonction de leur âge au décès.....	89
Figure 46 Consommation médicale moyenne des personnes décédées entre 1996 et 2002 au cours de leurs dernières années de vie en fonction de l'année du décès.....	89
Figure 47 Profil de la dépense totale de santé par groupes d'âges : comparaison 1992-1997.....	91
Figure 48 Profil de la dépense totale de santé par groupes d'âges : comparaison 1998-2004.....	92
Figure 49 Consommation médicale individuelle moyenne de 1992 à 2000 pour des individus appartenant à un même groupe de générations bénéficiaires protégés sur toute la période, non décédés en 2002.....	93
Figure 50 Recensement des établissements d'hébergement pour personnes âgées, en France, au 31 décembre 2003.....	100
Figure 51 Composition du dispositif d'aide à domicile pour les personnes âgées dépendantes.....	101
Figure 52 Schéma explicatif des mécanismes de financement public de la dépendance des personnes âgées.....	102
Figure 53 Répartition des allocataires de l'APA selon leur lieu de résidence (au 30/09/2005).....	104
Figure 54 La tarification ternaire des EHPAD (depuis la réforme EHPAD).....	105
Figure 55 Synthèse des financements publics consacrés à la dépendance (pour 2003).....	107
Figure 56 Projections des besoins de financement de l'APA par la collectivité : exercices comparés de l'INSEE et de la DSS.....	111
Figure 57 Projections du nombre de personnes âgées dépendantes de 75 ans ou plus retenues pour l'étude du Plan.....	112
Figure 58 Projections des besoins de places en établissement de 2010 à 2025 selon les 2 hypothèses démographiques basse et haute.....	113
Figure 59 Besoin de places en SSIAD: schématisation des deux scénarios proposés par la cour des comptes.....	115
Figure 60 Qui est l'aidant principal intervenant auprès de la personne âgée à domicile ?.....	118
Figure 61 Projection de l'évolution du nombre de femmes âgées de 50 à 79 ans, en France, entre 2000 et 2040.....	119
Figure 62 Projection de l'évolution du nombre de femmes (50-79 ans), d'hommes (50-79 ans) et de personnes âgées dépendantes (GIR 1 à 4), de 2000 à 2040.....	119
Figure 63 Taux d'activité différenciés sur le cycle de vie : ne plus travailler qu'entre 25 et 54 ans ?.....	125
Figure 64 Les solidarités entre les cinq générations.....	127
Figure 65 Taux d'adhésion à au moins une association selon l'âge, pour l'année 2004.....	128
Figure 66 Schématisation de l'évolution des dépenses de l'Etat-providence, de 1945 à nos jours.....	136
Figure 67 A partir de 2017, la France des seniors dépasse celle des juniors.....	138

Figure 68 Evolution de la part des plus de 60 ans dans la population française, de 2000 à 2050.....	138
Figure 69 Participation électorale en 2004 selon l'âge, en France.....	139

Liste des tableaux.

Tableau 1 Evolution des indicateurs de natalité.	13
Tableau 2 Les enquêtes utilisées pour étudier l'état de santé des personnes âgées.	37
Tableau 3 Estimation du nombre des personnes âgées dépendantes de plus de 60 ans selon les différents indicateurs.	53
Tableau 4 Des hypothèses démographiques différentes pour les deux exercices de projection.	110
Tableau 5 Les différents scénarios retenus.	114
Tableau 6 Cycles de vie comparés des <i>baby-boomers</i> et des générations suivantes.	124

Glossaire.

Aidant ou aide informel(le) :

Expression désignant l'aide non professionnelle apportée aux personnes âgées dépendantes.

Assistance (principe d'):

Garantie offerte aux personnes subissant des risques sociaux même si celles-ci n'ont pas cotisé ou ont insuffisamment cotisé. Ainsi lorsque certains risques ne sont plus pris en compte par la protection sociale, on sort de la logique de l'assurance pour rentrer dans celle de l'assistance ou de la « solidarité nationale » (financée par le budget de l'état, c'est-à-dire par la solidarité de la collectivité dans son ensemble). Plusieurs exemples illustrent ce principe dans le système Français : le minimum vieillesse, l'allocation de solidarité pouvant être suivie par le revenu minimum d'insertion (RMI), l'allocation personnalisée pour l'autonomie (APA), la couverture médicale universelle (CMU) [35].

Assurance (principe d'):

Il s'agit du versement de cotisations pour recevoir des prestations si certains événements se réalisent. Les assurances traditionnelles fonctionnent selon une logique libérale : l'individu doit se garantir volontairement grâce à son épargne contre les risques et il est seul responsable du choix entre la souscription à des assurances ou une autre utilisation de ses revenus. Les assurances sociales* se distinguent donc des assurances traditionnelles [35].

Assurances sociales:

Système d'assurance obligatoire reposant sur un principe de solidarité et couvrant les risques sociaux [35].

Capitalisation, Retraites par capitalisation:

Système dans lequel la retraite ou une partie de la retraite est financée par l'épargne accumulée par la personne retraitée. Cette épargne, qui bénéficie d'avantages fiscaux, est confiée à des "fonds de pension" chargés de la gérer prudemment sur les marchés financiers [35].

Contribution sociale généralisée (CSG):

Prélèvement instauré en 1990 pour obtenir un financement supplémentaire de la protection sociale et qui est devenu par la suite un prélèvement important touchant l'ensemble des revenus et pas seulement les revenus d'activités [35]. Elle est destinée à financer l'assurance maladie, les prestations familiales et le Fonds de solidarité vieillesse (FSV). La CSG s'assimile ainsi à un impôt, son taux est décidé par le parlement. Toutefois, son budget étant affecté non pas à l'état mais directement aux organismes de sécurité sociale, elle se situe entre l'impôt et la cotisation. Son rendement est important (près de 66,8 milliards d'euros pour 2004) et elle représente près des trois-quarts des impôts et taxes affectés à la protection sociale (80% en 2004).

Croissance démographique:

La croissance démographique correspond à l'augmentation du solde démographique* [123].

Croissance économique:

Il s'agit de l'augmentation régulière de la production d'une économie. Les facteurs qui y

contribuent sont nombreux: augmentation de la population active et amélioration de sa qualification, accroissement du capital technique et son perfectionnement, progrès technique et innovations sous toutes leurs formes (organisation du travail et gestion des entreprises par exemple). Ces facteurs jouent différemment et conduisent à deux grands types de croissance: une croissance dite extensive, lorsqu'elle résulte de l'augmentation quantitative des facteurs de production, et une croissance dite intensive, lorsque l'augmentation de production provient d'une utilisation plus efficace des facteurs de production existants. La mesure de la croissance économique est réalisée à l'aide d'un indicateur de la production, le PIB [35].

Cycle de vie ternaire:

Il correspond à trois âges distincts: formation, travail, temps libre (retraite) [89].

Déficiences :

La déficience est le déficit d'un organe ou d'un système, suite à une lésion ou à un dysfonctionnement provoqué par une pathologie chronique ou par un accident traumatique ou psychologique. Compte tenu de l'augmentation de la fréquence de la polypathologie avec l'avancée en âge, la quasi-totalité des personnes âgées de plus de 75-80 ans, est atteinte d'une ou plusieurs déficiences. Les plus fréquentes sont de nature arthrosique, sensorielle ou dentaire [126].

Déficit public:

Il s'agit du solde négatif du budget de l'état, des collectivités locales et de la sécurité sociale, c'est-à-dire la différence entre toutes les recettes et toutes les charges du budget de l'Etat, des collectivités locales et de la Sécurité sociale. Il ne doit pas, en cela, être confondu avec la dette publique [35].

Désavantage :

Le désavantage, terme préféré à handicap, se situe au point de rencontre des facteurs environnementaux et sociaux avec les caractéristiques propres de l'individu, c'est-à-dire, ses incapacités. Il s'agit d'une impossibilité totale ou partielle à accomplir un rôle social normal. Une incapacité, si elle est compensée, n'entraîne pas nécessairement un désavantage. Ainsi, une perte auditive, si elle est corrigée par le port d'une prothèse, n'a pas de répercussion sociale [126].

Descendance finale:

La descendance finale mesure le nombre d'enfants effectivement mis au monde par une génération de femmes. Elle se calcule comme la somme des taux de fécondité par âge de la génération.

Cet indicateur (contrairement à l'indicateur conjoncturel de fécondité) ne peut se calculer qu'une fois que la vie féconde de la génération étudiée est achevée [123].

Dette publique:

La dette publique représente l'ensemble des emprunts contractés par l'Etat (obligations de l'Etat, bons de Trésor) pour financer généralement le déficit public, par les collectivités locales et par les organismes de Sécurité sociale [35].

Espérance de vie:

L'espérance de vie à la naissance est la durée de vie moyenne probable d'une génération fictive de nouveau-nés.

Elle peut également être déterminée pour un âge donné, elle correspond alors à la durée de vie moyenne probable d'une génération fictive de cet âge [123].

Espérance de vie sans incapacité:

L'espérance de vie sans incapacité est le nombre d'années sans incapacité qu'une personne peut espérer vivre en moyenne. Cet indicateur synthétique obtenu à partir du calcul du nombre d'années vécues par la population entre deux âges donnés, à partir de tables de mortalité, et du nombre d'années sans incapacité, à partir de résultats d'enquêtes transversales donnant la fréquence des incapacités. L'ensemble des calculs est réalisé par le Réseau Espérance de Vie en Santé (REVES) [197].

Excédent naturel:

Le solde naturel (ou accroissement naturel ou excédent naturel de population) est la différence entre le nombre de naissances et le nombre de décès enregistrés au cours d'une période. Les mots "excédent" ou "accroissement" sont justifiés par le fait qu'en général le nombre de naissances est supérieur à celui des décès. Mais l'inverse peut se produire, et l'excédent naturel est alors négatif [123].

Incapacité :

L'incapacité est le déficit d'une fonction motrice, mentale, sensorielle ou viscérale. Elle traduit une baisse de la capacité à effectuer une activité, dans les limites considérées comme normales pour l'être humain. Les incapacités les plus courantes, chez la personne âgée, sont les troubles de la communication, de l'orientation et de la compréhension, et, des déplacements. Bien qu'une incapacité puisse survenir en l'absence d'un trouble organique, elle est le plus souvent la conséquence d'une déficience suffisamment sévère ou de l'association de plusieurs déficiences. En effet, une déficience isolée, à un stade initial, ne provoque pas nécessairement une incapacité [126].

Incidence :

Nombre de cas de maladies qui ont commencé ou des personnes qui sont tombées malade, pendant une période donnée et pour une population déterminée (OMS 1967) [128].

Indicateur conjoncturel de fécondité:

L'indicateur conjoncturel de fécondité est la somme des taux de fécondité par âge. Il indique le nombre moyen d'enfants que mettrait au monde chaque femme d'une génération fictive dont le comportement procréateur serait, à chaque âge, égal à celui observé durant l'année considérée.

De ce taux dépend le renouvellement de la population ou remplacement des générations. Pour un remplacement numérique des parents par les enfants, l'indicateur conjoncturel de fécondité doit être de 2,1 enfants en moyenne par femme (2,1 et pas 2 car il faut notamment tenir compte de la constante biologique selon laquelle il naît 105 garçons pour 100 filles) [123].

Morbidité :

Nombre de personnes malades ou nombre de cas de maladies dans une population déterminée, à un moment donné [212].

Morbidité déclarée:

Elle constitue l'ensemble des maladies et des troubles déclarées par les personnes au cours d'une enquête [212].

Morbidité diagnostiquée:

Elle correspond à l'ensemble des affections diagnostiquées et traitées par le corps médical, chez les individus qui ont eu recours à des médecins [212].

Morbidité réelle:

Elle correspond à la totalité des affections existant chez un individu, connues ou non de lui, diagnostiquées ou non. Elle inclut donc également la morbidité infra-clinique, c'est-à-dire les affections dont on ne peut pas encore déceler l'existence, faute de signes cliniques ou de moyens d'investigation suffisamment sensibles, et la morbidité ressentie mais non déclarée volontairement ou non [212].

Presbyacousie :

Surdité de type neurosensorielle prédominant sur les aigus, liée au vieillissement physiologique de l'oreille interne mais aussi des centres d'intégration auditive. Elle survient progressivement à partir de 60 ans, mais se révèle parfois chez un adulte plus jeune [128].

Prévalence :

Nombre des cas de maladies ou de personnes malades, ou de tout autre  v nement tel qu'un accident, existant ou survenant dans une population déterminée, sans distinction entre les cas nouveaux et les cas anciens (OMS, 1967) [128].

Produit intérieur brut (PIB):

Agrégat économique de la comptabilité nationale représentant la somme de toutes les valeurs ajoutées créées par les différentes branches de l'économie pendant une année. Il est considéré comme une des principales grandeurs économiques résumant les résultats de l'activité économique nationale et est utilisé pour mesurer la croissance de l' conomie [35]. La valeur du PIB, pour l'année 2004, est de 1648,4 milliards d'euros [123].

Protection sociale:

Institutions et mécanismes, fondés sur le principe d'une solidarité nationale, qui garantissent des ressources aux individus placés dans des circonstances particulières (maladie, vieillesse, chômage,...) [35].

Pyramide des âges ou la structure de la population par âge et par sexe:

La pyramide des âges représente la répartition par sexe et âge de la population à un instant donné. Elle est constituée de deux histogrammes, un pour chaque sexe (par convention, les hommes à gauche et les femmes à droite), où les effectifs sont portés horizontalement et les âges placés verticalement au centre entre les deux graphiques. Elle permet de visualiser l'histoire d'une population et d'observer les fluctuations de la fécondité. Les déficits de naissances, représentés par les creux, se produisent pendant les périodes de conflit ou de crise ou bien traduisent un changement des comportements sociaux. Les excédents de naissances, représentés par les bosses, suivent souvent une guerre ou révèlent une modification des attitudes face à la fécondité.

Le phénomène de vieillissement se traduit par un rétrécissement de la base témoignant d'un faible taux de naissances et par un élargissement du haut témoignant de la survie de plus en plus importante des générations les plus âgées [123]. (figure 2)

Redistributif, Redistribution:

Action de l'Etat et des organismes de protection sociale qui consiste à prélever des impôts et des cotisations sociales afin de verser ensuite des prestations sociales [35].

Répartition, Retraites par répartition:

Système dans lequel les retraites des inactifs sont financées, dans le même temps, par les cotisations des actifs [35]. Le principe de répartition repose, par définition, sur la solidarité entre les générations. L'équilibre financier des régimes par répartition

suppose l'égalité entre les cotisations prélevées sur les actifs et les pensions versées aux retraités, soit :

**Taux de cotisation x salaire moyen x nombre de cotisants =
pension moyenne x nombre de retraités**

Un tel système est fortement soumis aux évolutions démographiques de long terme et il est important de connaître la proportion d'actifs qui cotisent par rapport aux inactifs retraités. On distinguera pour cela le taux de dépendance démographique et le taux de dépendance économique [73].

Risques sociaux:

Evènements qui ne sont pas dus aux individus eux-mêmes et qui conduisent à une perte de revenus [35].

Sécurité sociale:

Ensemble des organismes et des institutions qui gèrent la protection sociale [35].

Solde démographique:

Le solde démographique mesure la variation d'une population pendant une période donnée. Il est égal à la somme des soldes naturel* et migratoire* [123].

Solde migratoire:

Le solde migratoire est la différence entre le nombre d'immigrants et le nombre d'émigrants enregistrés au cours d'une période. Rappelons qu'un immigré est une personne née étrangère à l'étranger et résidant en France [123].

Solde naturel:

Le solde naturel est la différence entre le nombre de naissances et le nombre de décès enregistrés au cours d'une période [123].

Solidarité (principe de):

Principe de redistribution des revenus de certaines catégories de personnes vers d'autres, plus défavorisées : redistribution des actifs vers les inactifs, des bien portants vers les malades, etc. Deux conséquences : les cotisations sont calculées en fonction des ressources des individus et non d'après le coût du risque et les prestations versées sont calculées en fonction de ce coût du risque et non d'après les cotisations payées [35].

Taux de fécondité général:

Le taux de fécondité général est le rapport du nombre de naissances vivantes au cours d'une période (en général l'année) à la population de femmes fécondes (de 15 à 49 ans).

Taux de fécondité général —	Nombre de naissances vivantes issues des femmes de 15 à 49 ans de l'année
	Nombre de femmes de 15 à 49

Ce taux laisse subsister le biais induit par la structure par âge au sein de la population. Il faut donc à son tour le corriger en calculant le taux de fécondité par âge [123].

Taux de mortalité infantile:

Le taux de mortalité infantile est le rapport entre le nombre d'enfants décédés à moins d'un an et l'ensemble des enfants nés vivants [123].

Taux de mortalité:

Le taux de mortalité est le nombre de décès pendant une année rapporté à la population totale (il est exprimé généralement en pour mille).

$$\text{Taux de mortalité} = \frac{\text{Nombre de décès de l'année}}{\text{Population totale moyenne de l'année}}$$

Il ne tient pas compte de la structure par âge de la population.

On élimine le biais dû au vieillissement en construisant le quotient de mortalité par âge qui est nombre de décès à l'âge i rapporté à la population de cet âge au début de l'année. Il existe ainsi une centaine de quotients [123].

Taux de natalité:

Le taux de natalité correspond au nombre de naissances pendant une année rapportée à la population totale. Il est exprimé généralement en pour mille.

$$\text{Taux de natalité} = \frac{\text{Nombre de naissances de l'année}}{\text{Population totale moyenne de l'année}}$$

Il ne tient pas compte des caractéristiques par âge et par sexe de la population dont sont issues les naissances. Pour le corriger, on calcule le taux de fécondité général [123].

Taux de nuptialité:

Le taux de nuptialité est le rapport du nombre de mariages de l'année à la population totale moyenne de l'année [123].

Transition démographique:

La transition démographique représente le passage d'un mode de croissance démographique caractérisé par des taux de natalité et de mortalité très élevés à un mode de croissance caractérisé par des taux de natalité et de mortalité faibles [123].

Transition épidémiologique :

C'est le passage, au cours du XX^e siècle, d'un régime où les maladies aiguës dominaient à une prédominance des états chroniques, dits "invalidants" ou "handicapants" [105].

Unité de consommation:

Système de pondération attribuant un coefficient à chaque membre du ménage, et permettant de comparer les niveaux de vie de ménages de tailles ou de compositions différentes. Avec cette pondération, le nombre de personnes est ramené à un nombre d'unités de consommation (UC) [169].

Vieillesse démographique:

Le vieillissement démographique désigne l'augmentation de la part des personnes âgées dans l'ensemble d'une population. Une population vieillit de deux façons : par la baisse de la natalité et/ou par la baisse de mortalité [123].

Bibliographie.

AFP (Agence France Presse).

Immigration: Sarkozy présentera un projet de loi "courant février".

12 janvier 2006.

<http://www.lemonde.fr>

AGALVA E et PLANE M.

Vieillesse et protection sociale : une projection comparée pour six pays de l'Union Européenne.

Etudes et Résultats, n°134, DREES, septembre 2001.

<http://www.sante.gouv.fr>

AGENCE FRANCE TRESOR.

Bulletin mensuel de l'Agence France Trésor, n° 188, Janvier 2006.

<http://www.aft.gouv.fr>

ALLEN PF.

Association between diet, social resources and oral health related quality of life in edentulous patients.

J Oral Rehabil 2005;**32**(9):623-628.

ALPEROVITCH A.

Les principaux résultats des études épidémiologiques sur les démences.

INSERM. U360. "Recherches épidémiologiques en neurology et psychopathologie"

<http://www.inserm.fr>

AMADIEU JF.

Discriminations à l'embauche. De l'envoi du CV à l'entretien.

Etude réalisée par Adia/ Paris I - Observatoire des Discriminations, Avril 2005.

<http://cergors.univ-paris1.fr/observatoiredesdiscriminationsfd.htm>

ARFEUX-VAUCHER G.

Dans les familles à 5 cinq générations, je demande les arrières arrière-grands-parents.

Gérontol Soc 2001;**98**:113-128.

ATTIAS-DONFUT C et SEGALEN M.

Grands-parents: la famille à travers les générations.

Paris : Odile Jacob, 1998.

ATTIAS-DONFUT C.

Les solidarités entre générations: vieillesse, familles, Etat.

Collection "Essais et recherche".

Paris: Nathan, 1995.

AUVRAY L, DUMESNIL S et LE FUR P.

Santé, soins et protection sociale en 2000.

Série Résultats, n°1364, CREDES, 2001.

<http://www.credes.fr>

BAC C et CORNILLEAU G.

Comparaison internationale des dépenses de santé, une analyse des évolutions dans sept pays depuis 1970.

Etudes et résultats n°175, DREES, juin 2002.

<http://www.sante.gouv.fr>

BAC C.

Les déterminants macro-économiques des dépenses de santé : comparaison entre quelques pays développés (Etude réalisée pour le sénat).

CIREM (Centre d'Information et de recherche sur l'Economie Mondiale), juillet 2004.

BERTHUIT F, CHOKRANE B et HATCHUEL G.

L'évolution des opinions et des comportements des seniors depuis 20 ans en France.

Cahier de recherche, n°129, CREDOC, 1999.

<http://www.credoc.fr>

BERTRAND X, Ministre de la Santé et des Solidarités.

Discours.

ADF novembre 2005.

<http://www.santé.gouv.fr>

BICHOT J et MARCILHACY D.

L'iniquité des minima sociaux, le niveau de vie selon la composition des ménages. Futuribles 1998; **232**:5-27.

BICHOT J.

Quelles retraites en l'an 2000?

Paris: Armand Colin, 1993.

BLANCHARD S.

Fin de vie : les insuffisances d'une loi.

Le Monde, 5 avril 2006:2.

BONTOUT O, COLIN C et KERJOSSE R.

Personnes âgées dépendantes et aidants potentiels : une projection à l'horizon 2040.

Etudes et Résultats, n°160, DREES, février 2002.

<http://www.sante.gouv.fr>

BOUCHAROT H.

Cours d'économie générale : mécanismes, écoles de pensée, histoire des faits.

Paris : Ellipses, 2004.

BOUGET D, TARTARIN R, FROSSARE M et coll.

Le prix de la dépendance.

Paris : La Documentation Française, 1990.

BOURBEAU R.

Mortalité aux grands âges et longévité.

Cahiers québécois de démographie, vol. 33, n°1, printemps 2004.

<http://www.erudit.org>

BOURDELAIS P.

Que veut-dire: être vieux?

In : BOURDELAIS et coll., eds. Etat-providence, arguments pour une réforme.
Paris : Gallimard, 1996.

BOUVET-GERBETTAZ S, MOIZAN H, STRAZIELLE C et coll.

Etude de la santé bucco-dentaire de patients hospitalisés en unité de soins
gériatrique.

Inf Dent 2006;**88**(1/2):23-25.

BRESSE S.

Les services de soins infirmiers à domicile et l'offre de soins infirmiers aux
personnes âgées en 2002.

Etudes et résultats n°350, DREES, novembre 2004.

<http://www.sante.gouv.fr>

BRESSE S.

Le personnel des services d'aide à domicile en 1999.

Etudes et résultats, n°297, DREES, mars 2002.

<http://www.sante.gouv.fr>

BRETON T (Ministre de l'économie, des finances et de l'industrie).

Intervention de Monsieur Thierry Breton, lors de la remise des conclusions du
rapport Pébereau, Bercy, 14 décembre 2005.

BRIET R et JAMET P.

Rapport de la mission de préfiguration de la CNSA. Pour une prise en charge
solidaire et responsable de la perte d'autonomie.

Paris : Ministère de la santé et de la protection sociale, mai 2004.

BRIN H, MIDY P et STECK P.

Enjeux démographiques et accompagnement du désir d'enfants des parents.
Conférence de la famille 2005.

Rapport de propositions remis au Ministre des solidarités, de la santé et de la
famille, Philippe Douste-Blazy, avril 2005.

http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/conf_famille2005/rapport_desirdenfant.pdf

BROUARD N.

Vies moyennes ou espérances de vie en bonne santé ? Différentes méthodes de
calcul.

Communication personnelle. 1995.

In : FOLLIGUET M, BODINEAU A, VEILLE-FINET et coll., La vieillesse, un thème
d'actualité.

Chir Dent Ff 2005;**1193**:44-49.

BRUTEL C.

Projection de population à l'horizon 2050. La population de la France
métropolitaine en 2050 : un vieillissement inéluctable.

Economie et statistiques, n°355-356, INSEE, 2002.

<http://www.insee.fr>

BUCHNER F.

The steeping of health expenditures profiles.

Étude présentée lors du colloque l'IAAHS (International Actuarial Association Health Section), Dresden, 27 et 29 avril 2004.

<http://www.iaahs2004.de/img/papers/buchner.pdf>

BUDTZ-JORGENSEN E, CHUNG, MOJON P et coll.

Successful aging—the case for prosthetic therapy.

J Public Health Dent 2000;**60**(4):308-312.

CALOT G.

Le vieillissement de la population : un sujet qui fâche.

Rev Panoram 2002;**57**.

<http://www.cae.premier-ministre.gouv.fr/lettres/CAE-2005.05.pdf>

CAMBOIS E, ROBINE JM, MORMICHE P et CLAVEL A.

L'espérance de vie sans incapacité calculée à partir de l'enquête de santé 2002-2003.

Rapport remis à la DREES.

In : LE BOULER S, Prospective des besoins d'hébergement en établissement pour les personnes âgées dépendantes, Premier volet : détermination du nombre de places en 2010, 2015 et 2025. Commissariat général du plan, juillet 2005.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr>

CAPUL JY et GARNIER O.

Dictionnaire d'économie et de sciences sociales.

Paris : Hatier, 2005.

CARTER G, LEE M, McKELVEY V et coll.

Oral health status and oral treatment needs of dependent elderly people in Christchurch.

N Z Med J 2004;**117**(1194):U892.

CASSAN F, MAZUY M et TOULEMON M.

Douze millions et demi de grands-parents.

INSEE Première, n°776, INSEE, mai 2001.

<http://www.insee.fr>

CHARPIN JM (Commissariat Général au Plan).

L'avenir de nos retraites.

Paris : La Documentation Française, 1999.

CHAUVEL L.

La responsabilité des générations.

Projet 2001; 266: 14-22.

CENTRES LOCAUX D'INFORMATION ET DE COORDINATION (CLIC)

Fiches techniques

<http://www.personnes-agees.gouv.fr/dossiers/clic/index.html>

CNAMTS (Caisse Nationales d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés)

Direction des statistiques et des études.

Le vieillissement de la population et son incidence sur les dépenses de santé.

Point de conjoncture n°15, CNAMTS, juillet 2003.

<http://www.ameli.fr>

CNSA (Caisse Nationale de la Solidarité pour l'Autonomie)

Financer l'accompagnement de la perte d'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées.

<http://www.cnsa.fr>

COLIN C et COUTTON V.

Le nombre de personnes âgées dépendantes d'après l'enquête Handicap-incapacités-dépendance.

Etudes et Résultats, DREES, n°94, décembre 2000

http://www.sante.gouv.fr/htm/publication/pub_drees.htm

COLVEZ A et GARDEN TH.

Les indicateurs d'incapacité fonctionnelle en gérontologie. Information, validation, utilisation.

Paris : CTNERHI/INSERM, 1990.

COMMISSARIAT GENERAL DU PLAN.

Vieillir demain.

Paris: La Documentation Française, 1981.

COMMISSION DES COMMUNAUTES EUROPEENNES.

Livre vert sur une approche communautaire de la gestion des migrations économiques.

Bruxelles, 11 janvier 2005.

http://europa.eu.int/comm/justice_home/doc_centre/immigration/work/doc/com_2004_811_fr.pdf

COM-RUELLE L et DUMESNIL S.

Concentration des dépenses et grands consommateurs de soins médicaux.

Bulletin d'information en économie de la santé, n°20, CREDES, juillet 1999.

<http://www.irdes.fr>

CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES CHIRURGIENS DENTISTES.

Personnes âgées dépendantes ; Une sous médicalisation bucco-dentaire.

La Lettre 2004;27:23-31.

COR (Conseil d'Orientation des retraites).

Retraites : renouveler le contrat social entre générations (Premier rapport du COR) 6 décembre 2001.

<http://www.cor-retraites.fr/article25.html>

COURS DES COMPTES.

Les personnes âgées dépendantes.

Rapports publics particuliers, Septembre 2005.

<http://www.ccomptes.fr/Cour-des-comptes/publications/rapports/personnes-agees/rapport.pdf>

COURS DES COMPTES DE LA SECURITE SOCIALE.

Rapports de la Commission des comptes de la sécurité sociale 2005.

<http://www.securite-sociale.fr/secu/finances/ccss/2005/ccss200509t1.pdf>

CAISSE REGIONALE D'ASSURANCE MALADIE (CRAM) Aquitaine.

Guide sur la réforme des EHPAD. 2005.
http://www.cram-aquitaine.fr/pdf/santé/ehpad/guide_ehpad.pdf

CRELIER P et CORBEIL P.

Portrait de la santé bucco-dentaire des personnes âgées en perte d'autonomie hébergées dans les centres d'hébergement de soins de longue durée de la Montérégie.

Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation. Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie. 1^{er} trimestre 2003
http://dsp_pub_sante_dentaire_pe_agees_chsld.pdf

CRIMMINS EM.

Mixed trends in population health among adults.
J Gerontol Social Sci 1996;**51B**, S223-S225.

DAGUET F.

La fécondité dans les régions à la fin des années quatre-vingt-dix – Davantage de naissances à la campagne.

INSEE première, n° 963, INSEE, avril 2004.
<http://www.insee.fr>

DARTIGUE J-F.

Inserm U330, Bordeaux. La maladie d'Alzheimer.
In La Santé en France en 2002,
Paris: La Documentation Française, 2002:152.

DE KERVASDOUE J.

Faut-il contrôler les dépenses de santé ?
Débats de l'Association des Amis de l'Ecole de Paris. Séance du 19 mai 2003.
<http://www.ecole.org>

DE REYNIES A.

Dénutrition, danger !
L'express 2004;2766:61.

DEBRAY R.

Le plan vermeil Modeste proposition.
Paris: Gallimard, 2004.

DEGENNE A, GRIMLER G, LEBEAUX MO et LEMEL Y.

Enquête Mode de vie.
Paris: CNRS-INSEE, 1988-1989.

DELBES C, GAYMU J et SPRINGER S.

Les femmes vieillissent seules, les hommes vieillissent à deux. Un bilan Européen.
Population et Sociétés, n°419, INED, janvier 2006.
<http://www.ined.fr>

DELOMMIER Y.

Le vieillard dépendant, approche de la dépendance.
Rev Geronol 1973;**12**: 9.

DINH QC.

Projections de population totale pour la France, horizons 1990-2050.
INSEE Résultats, n°412, INSEE, 1995.
<http://www.insee.fr>

DODDS MW, JOHNSON DA et YEH CK.

Health benefits of saliva: a review.
J Dent 2005;**33**(3):223-233.

DORISON P.

La planète des vieux ?
Cité des sciences. Questions d'actualité, Février, 2002.
<http://www.cite-sciences.fr>

DORMONT B, GRIGNON M et HUBER H.

Health expenditures and the demographic rhetoric: reassessing the threat of ageing.
Institut d'économie et de management de la santé, Lausanne, document de travail n°05-01.

DOUTRELIGNE S et LENOIR D (chefs du projet GESTE).

La prise en charge des personnes âgées dépendantes dans leur dernière période de vie. Enjeux et pistes de réflexions pour l'Etat. Commissariat général du Plan, Avril 2005.
<http://www.plan.gouv.fr/intranet/upload/publications/documents/CahiersPlan1.pdf>

DREES, Ministère de l'Emploi, du Travail et de la Cohésion sociale, Ministère de la Santé et de la Protection sociale.

Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 2003.
La documentation française, 2003.
<http://www.personnes-agees.gouv.fr>

DUEE M et REBILLARD C.

La dépendance des personnes âgées : une projection à long terme.
Série des documents de travail de la Direction des Etudes et des Synthèses économiques, INSEE, avril 2004.

DUTHEIL N.

Les aides et les aidants de personnes âgées.
Etudes et résultats, n°186, DREES, novembre 2001.
<http://www.sante.gouv.fr>

ELISHOOV H, WOLFF A, VOLOVIKOV A et GORSKY M.

Evaluation of unstimulated and stimulated parotid salivary flow rate in Israeli healthy subjects aged 60 years and older.
Refuat Hapeh Vehashinayim 2005;**22**(2):44.

ENA (Ecole Nationale d'administration)

Promotion "Nelson Mandela".

Séminaires sur le vieillissement de la population française et ses conséquences

sur les politiques. Vieillissement de la population et relations entre générations.
1999-2001.
<http://www.ena.fr>

ENA (Ecole Nationale d'administration)

Promotion "Nelson Mandela".

Séminaires sur le vieillissement de la population française et ses conséquences
sur les politiques.

La recherche sur le vieillissement et ses enjeux : état des lieux et
perspectives. 1999-2001.

<http://www.ena.fr>

ENNUYER B.

Les malentendus de la dépendance : de l'incapacité au lien social.

Paris : Dunod, 2002.

EVANS RG, MC GRAIL KM, MORGAN SG et coll.

Apocalypse no: population aging and the future of health care systems.

Can J Aging 2001;**20**(Suppl 1):160-191.

FABIANO JA, WALDROP DP, NOCHAJSKI TH et coll.

Understanding dental students' knowledge and perceptions of older people:
toward a new model of geriatric dental education.

J Dent Educ 2005;**69**(4):419-433.

FELTIN M.

Quand la France fait boom.

L'Express 2005;2809:48-51.

<http://www.lexpress.fr/>

FERGUSON DB.

The aging mouth. vol.6. Frontiers of oral physiology.

München: KARGER, 1987

FFSA (Fédération Française des Sociétés d'Assurance), Direction Etudes,
statistiques et systèmes d'information, département modélisation et prospective.
Vieillissement et dépenses de santé : accélération de la croissance contenue ou
explosive ?

8 juillet 2005.

[http://www.ffsa.fr/WebFFSA/portailffsa.nsf/html/745459339D3B0F41C12570C7004F78C6/\\$file/notedepensessante.pdf](http://www.ffsa.fr/WebFFSA/portailffsa.nsf/html/745459339D3B0F41C12570C7004F78C6/$file/notedepensessante.pdf)

FINCH CF et CRIMMINS EM.

Inflammatory exposure and historical changes in human life-spans.

Science 2004;**305**(5691):1736-1739.

FLEISCHER R.

Soylent Green (film).

USA: Metro Goldwyn Mayer, 1973.

FOLLIGUET M, BODINEAU A, VEILLE-FINET et coll.

La vieillesse, un thème d'actualité.

Chir Dent Fr 2005;**1193**:44-49.

FONDATION NATIONALE DE GERONTOLOGIE.

Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante.
Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 1997.

FOURNIER JY et GIVORD P.

La réduction des taux d'activité aux âges extrêmes, une perspective Française ?
Série des documents de travail de la Direction des Etudes et Synthèses
Economiques, INSEE, Décembre 2001.
<http://www.insee.fr>

FREEDMAN VA, CRIMMINS E, SCHOENI RF et coll.

Resolving inconsistencies in trends in old-age disability : report from a technical
working group.
Demography 2004;**41**(3):417-441.

FRIES JF.

Aging, Natural death, and the compression of morbidity.
N Engl J Med 1980;**303**:130-135.

FRIES JF.

The compression of morbidity : near or far?
Milbank Mem Fund Q 1989;**67**:208-32.

GALES-CAMUS C.

Sous-Directeur général de l'OMS, Maladies non transmissibles et santé mentale.
Discours pour la publication d'un nouveau rapport sur les maladies bucco-
dentaires dans le monde. Genève, 24 février 2004.

GAULLIER X.

La mutation des âges.
In: BOURDELAIS P et coll, eds. Etat-providence Arguments pour une réforme.
Paris: Gallimard, 1996.

GAVALDA A.

Ensemble, c'est tout.
Paris: Le Dilettante, 2004.

GEVREY M.

Conseil Economique et social. Les défis de l'immigration future.
Paris: La Documentation Française, 2003.

GIRARD R.

Tokyo relève le défi du vieillissement de sa population.
Le figaro, 28 septembre 2005.

GIVORD P.

Prévoir l'évolution des taux d'activité aux pages élevés : un exercice difficile.
Economie et statistique, n°355-356, INSEE, 2002.
<http://www.insee.fr/>

GODET M et SULLEROT E.

La famille, une affaire publique.
Rapport du Conseil d'analyse économique, n° 57.
Paris : La Documentation Française, 2005.

GODET M.

Le choc de 2006. Démographie, croissance, emploi. Pour une société de projets.
Paris : Poches Odile Jacob, 2004.

GRIGNON M.

Les conséquences du vieillissement de la population sur les dépenses de santé.
Bulletin d'information d'économie de la santé, n°66, CREDES, mars 2003.
<http://www.irdes.fr>

GROSSI SG et GENCO RJ.

Periodontal disease and diabetes mellitus: a two way relationship.
Ann Periodontol 1998;**3**:51-61.

GRUENBERG EM.

The failures of success.
Milbank Mem Fund Q/ Health Soc 1977;**55**:3-24.

GUINCHARD-KUNSTLER P.

Vieillir en France : Enjeux et besoins d'une nouvelle orientation de la politique en direction des personnes âgées en perte d'autonomie.
Rapport pour le Premier Ministre, 1999.
<http://www.infodoc.inserm.fr>

HAMALAINEN P, SUOMINEN H, KESKINEN M et MEURMAN JH.

Oral health and reduction in respiratory capacity in a cohort of community-dwelling elderly people: a population-based 5-year follow-up study.
Gerodontology 2004;**21**(4):209-215.

HCSP (Haut Comité de Santé Publique).

La santé en France : rapport général.
Paris : La Documentation française, 1994.

HCSP (Haut Comité de la Santé Publique).

Pour une politique nutritionnelle de santé publique en France. Enjeux et propositions. Avis et Rapport.
Paris: Editions ENSPS, 2000.

HCSP (Haut Comité de Santé Publique).

La Santé en France en 2002,
Paris: La Documentation Française, 2002.

HENON N et SCHACHTER F.

Genetics of longevity.
CR Seance Soc Biol 1997;**191**:553-562.

HENRARD JC et ANKRI J.

Vieillissement, Grand Age et Santé Publique.
Paris: Editions ENSP, 2003.

HENRARD JC.

Problèmes conceptuels posés par l'étude de la santé des personnes âgées.
Gérontol Soc1979;**9**:15-18.

1

HENRARD JC.

Santé publique et grand âge.
Actualité et dossier en santé publique 1997;**20**:3-11.
<http://hcsp.ensp.fr>

1

HENRARD JC.

Vieillesse et âge. Âge et représentation de la vieillesse.
Actualité et dossier en santé publique 1997;**21**:4-11.
<http://hcsp.ensp.fr/hcspi/docspdf/adsp/adsp-21/ad212229.pdf>

1

HERAN F.

Cinq idées reçues sur l'immigration.
Population et sociétés, n°397, INED, janvier 2004.
<http://www.ined.fr>

1

HERTZMAN C, FRANK J et EVANS RG.

Heterogeneities in health status and the determinants of population health.
In: EVANS RG, BARER ML, MARMOR TR, eds. Why are some people healthy and others not?
New-York: Aldine Degruyter, 1994:67-93.

1

HEYER E.

OFCE (Observatoire Français des Conjonctures Economiques).
L'économie française 2004 - 2005.
Paris: La Découverte, 2004.

1

HIRSCH E.

En fin de vie, la liberté reste un droit capital.
Le Figaro 2006;19186:14.
<http://www.lefigaro.fr>

1

HIRTZLIN I.

La santé comme bien économique. Caractérisation empirique de la demande de soins.
Plan et documents du cours de Master 1 "Economie ou Etudes Sociales",
Université Paris I, 2005-2006.
http://maitdeaecosante.univ-paris1.fr/article.php3?id_article=9

1

HOLM-PEDERSEN P, VIGILD M, NITSCHKE I et coll.

Dental care for aging populations in Denmark, Sweden, Norway, United kingdom, and Germany.
J Dent Educ 2005;**69**(9):987-997.

1

HUXLEY A.

Le meilleur des mondes.
Paris: Pocket, 1977.

1

IDLER EL et KASL SV.

Self rating of health : do they also predict change in functional ability ?
J Gerontol Social Sci 1995;**50**:S344-S353.

- 1 **IFOP Sondage (Institut Français d'Opinion Publique).**
Les Français et la politique familiale.
Dimanche Ouest France, 2005;407:5.
- 1 **IMS-Health.**
Enquête permanente sur la prescription médicale.
Exploitation CREDES, septembre 2001- août 2002.
In: DREES, eds. Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 2003.
Paris: La Documentation Française, 2003.
- 1 **INED (Institut National d'Etudes Démographiques).**
Population en chiffre. France.
<http://www.ined.fr>
- 1 **INSEE (Institut National de Statistiques et des Etudes Economiques).**
La dette publique en France: la tendance des vingt dernières années est-elle soutenable?
L'économie française 2004-2005.
<http://www.insee.fr>
- 1 **INSEE (Institut National de Statistiques et des Etudes Economiques).**
Note de conjoncture de l'Institut national de la statistique et des études économiques.
15 décembre 2005.
<http://www.insee.fr>
- 1 **INSEE (Institut National de Statistiques et des Etudes Economiques).**
La France en faits et chiffres. Population.
<http://www.insee.fr>
- 1 **INSEE (Institut National de Statistiques et des Etudes Economiques).**
Nomenclatures, Définitions, Méthodes.
<http://www.insee.fr>
- 1 **INSERM (Institut National de la santé et de la recherche médicale).**
Vieillesse. Grand âge et démence : l'exemple de la maladie d'Alzheimer.
Janvier 2005.
<http://www.inserm.fr>
- 1 **INSERM (Institut National de la santé et de la recherche médicale).**
Expertise collective. 1997.
In: Haut Comité de la Santé Publique. Pour une politique nutritionnelle de santé publique en France. Enjeux et propositions. Avis et Rapport. ENSP. 2000.
- 1 **KAGAN Y et REINGEWIRTZ S.**
Perte d'autonomie, séméiologie et mécanismes.
Ecycl Med Chir (Paris), gériatrie,31015,1998, 8.
- 1 **KERJOSSE R et WEBER A.**
Aides techniques et aménagements du logement : usages et besoins des personnes âgées vivant à domicile.
Etudes et résultats, n°262, DREES, septembre 2003.
<http://www.sante.gouv.fr>

- 1 **KERNBAUM S.**
Dictionnaire de Médecine.
Paris: Flammarion, Médecine-Sciences, 1998.
- 1 **KLEIN T.**
Social determinants of life expectancy.
Kolner Z Soc Sozialpsychol (Aufl) 1993;**45**(4):712-730, 828.
- 1 **KRAMER M.**
The rising pandemic of mental disorders and associated chronic diseases and disabilities.
Acta Psychiatr Scand 1980;**62**(suppl 285):282-297.
- 1 **LANOË JL et MAKDESSI-RAYNAUD Y.**
L'état de santé en France en 2003.
Etudes et résultats, n°436, DRESS, octobre 2005.
<http://www.sante.gouv.fr>
- 1 **LAROQUE P.**
Politique de la vieillesse.
Paris: La Documentation Française, 1962.
- 1 **LE BOULER S.**
Prospective des besoins d'hébergement en établissement pour les personnes âgées dépendantes. Premier volet : détermination du nombre de places en 2010, 2015 et 2025.
Commissariat général du plan, juillet 2005.
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr>
- 1 **LERIDON H.**
Vieillesse démographique et migrations : quand les Nations unies veulent remplir le tonneau de Danaïdes...
Population et sociétés, n°358, INED, juin 2000.
<http://www.ined.fr>
- 1 **LEWIS M.**
Older women and health : an overview.
In : GOLUB S, FREEDMAN RJ, eds. Health needs of women as they age.
New-York: Havorth Press, 1985:1-18.
- 1 **MADOUAS F.**
Politique familiale : Une conférence pour ne rien dire ?
Valeurs Actuelles 2004;3527:22-25.
- 1 **MADOUAS F.**
Fiscalité : La CSG contre la famille.
Valeurs Actuelles 2005;3591:12.
- 1 **MAJNONI D'INTIGNANO B.**
La protection sociale.
Paris: Editions de Fallois, 1997.
- 1 **MANTON GK.**
Changing concepts of morbidity and mortality in the elderly population.

Milbank Mem Fund Q/Health Soc 1982;**60**:83-244.

1 MANTON KG et SOLDI BJ.

Dynamics of health changes in oldest old : new perspectives and evidence.
Milbank Memorial Fund Q./Health Soc 1985;**63**:206.

1 MARCHAND O.

Age et activité professionnelle en France.
Premières Rencontres Sauvy "Age, génération et activité : vers un nouveau contrat social ?", Paris, octobre 1998.

1 MASSON A.

Quelles solidarités intergénérationnelles ?
Rev Fr Economie 1999; **XIV**:27-90.

1 MERON M et WIDMER I.

Les femmes au chômage retardent l'arrivée du premier enfant.
Population, volume 57, n°2, p. 327-356, INED, mars-avril 2002.
<http://www.ined.fr/publications/population/listenF.html>

1 MESLE F.

Espérance de vie : Un avantage féminin menacé ?
Population et sociétés, numéro 402, INED, juin 2004.
<http://www.ined.fr>

1 MESLE F.

Écart d'espérance de vie entre les sexes : les causes du recul de l'avantage féminin.
Rev Epidemiol Santé Publique 2004;**52**(4):333-352.

1 MESLE F et VALLIN J.

Reconstructing long term series of causes of death: the case of France.
Historical Methods 1996;**29**(2):72-87.

1 MEUNIER.

L'alimentation des personnes âgées.
La diététique en question.
<http://fderad.club.fr/vieilli2.htm>

1 MICHAUDON H.

L'engagement associatif après 60 ans.
INSEE Première, n°737, INSEE, septembre 2000.
<http://www.insee.fr>

**1 MINISTERE DELEGUE AUX PERSONNES AGEES, SCIENCES-PO et
FONDATION NATIONALE DE GERONTOLOGIE.**

"Un toit, deux générations."
Projet, 2004.
<http://www.personnesagees.gouv.fr>

1 MORMICHE P.

Deux décennies d'évolution des consommations médicales. Les français et leur santé : Enquête 1991-1992.
Solidarité Santé Etudes statistiques, IRDES, 1994, 1 :123-141.

- 1 **MOSSEY JM et SHAPIRO E.**
Self-rated health : a predictor of mortality among the elderly.
Am J Public Health 1982;**72**:800-808.
- 1 **MULLER F et NITSCHKE I.**
Oral health, dental state and nutrition in older adults.
Gerontol Geriatr 2005;**38**(5):334-41.
- 1 **NAULT F, ROBERGER R et BERTHELO JM.**
Life expectancy and health expectancy by sex, marital status, and socioeconomic status in Canada.
Cah Que Demogr 1996;**25**(2):241-259.
- 1 **NGUYEN L, ZEPNEP O, PARIS V et SERMET C.**
Les politiques de prise en charge des médicaments en France, Allemagne et en Angleterre.
Bulletin d'information en économie de la santé, n°99, IRDES, octobre 2005.
<http://www.irdes.fr>
- 1 **NITSCHKE I et MULLER F.**
The impact of oral health on the quality of life in the elderly.
Oral Health Prev Dent 2004;**2**(Suppl 1):271-275.
- 1 **NOIRIEL G.**
Etat, nation et immigration. Vers une histoire du pouvoir.
Paris: Belin, 2001.
- 1 **OCDE (Organisation de coopération et de développement économiques).**
Eco Santé 2005. Statistiques et indicateurs pour 30 pays.
8 juin 2005.
<http://www.oecd.org/eco>
- 1 **OCDE (Organisation de coopération et de développement économiques).**
Projecting OECD and long-term care expenditures: what are the main driver?
Economics department working paper, n°477, 3 février 2006.
www.oecd.org/eco
- 1 **OEPPEN J et VAUPEL JW.**
Broken limits to life expectancy.
Science 2002;**296**(5570):1029-1031.
- 1 **OFCE (Observatoire français des conjonctures économiques).**
L'économie française 2004-2005.
Paris : La découverte, 2004.
- 1 **OLIVIENNES D.**
La société des transferts.
In : BOURDELAIS P, GAULLIER X, IMBAULT-HUART M et coll., eds. Etat-providence, arguments pour une réforme. Collection Folio/actuel
Paris : Gallimard, 1996.
- 1 **OLSHANSKY SJ, CARNES BA et DESESQUELLES A.**

Prospects for human longevity.
Science 2001;**291**(5508):1491-1492.

1

OLSHANSKY SJ, PASSARO DJ, HERSHOW RC et coll.

A potentiel decline of life expectancy in the United States in the 21st century.
N Engl J Med 2005;**352**(11):1138-1145.

OMS (Organisation Mondiale de la Santé).

Classification internationale des handicaps : déficiences, incapacités et désavantages : un manuel de classification des conséquences des maladies.
Paris : INSERM-CTNERHI, 1988.

OMS (Organisation Mondiale de la Santé).

Rapport sur la santé dans le monde 1999.
<http://www.who.int/whr/1999/fr/index.html>

ONU (Division de la population des Nations Unies).

Les migrations de remplacement : est-ce une solution pour les populations en déclin et vieillissantes ?

New York, Mars 2000 (ESA/P/WP.160).

<http://www.un.org/esa/population/unpop.htm>

ORSENNA E.

Voyage aux pays du coton. Petit précis de mondialisation.
Paris : Fayard, 2006.

PALIER B.

Gouverner la sécurité sociale. Les réformes du système Français de protection sociale depuis 1945.

Paris : Presses Universitaires de France, 2005.

PARANT A.

Les revenus des retraités.

Population et Sociétés, n°356, INED, avril 2000.

<http://www.ined.fr>

PEBEREAU M.

Rompre avec la facilité de la dette publique. Pour des finances publiques au service de notre croissance économique et de notre cohésion sociale.

Rapport officiel du Ministère de l'Economie, des Finances et de l'Industrie.

Paris: La Documentation Française, 2006.

PELTOLA P, VEHKALAHTI MM et WUOLIJOKI-SAARISTO K.

Oral health and treatment needs of the long-term hospitalised elderly.

Gerodontology 2004;**21**(2):93-99.

PERBEN M.

L'allocation personnalisée d'autonomie au 30 septembre 2005.

Etudes et résultats, n°452, DREES, décembre 2005.

<http://www.sante.gouv.fr>

PERRET B. (Conseil scientifique de l'évaluation)

La réorganisation du cycle d'activité, enjeu d'un nouveau contrat social.

Premières Rencontres Sauvy "Age, génération et activité : vers un nouveau contrat social ?"

Paris, octobre 1998.

PETERSEN PE.

Rapport sur la santé bucco-dentaire dans le monde 2003. Poursuivre l'amélioration de la santé bucco-dentaire au XXIème siècle - l'approche du programme OMS de santé bucco-dentaire. OMS, 2003.
<http://www.who.int>

PETERSEN PE. (Coordonnateur du Programme mondial OMS de santé bucco-dentaire)

Discours pour la publication d'un nouveau rapport sur les maladies bucco-dentaires dans le monde. Genève, 24 février 2004.
<http://www.oms.int>

PETITE S et WEBER A.

Les effets de l'allocation personnalisée d'autonomie sur l'aide dispensée aux personnes âgées.
Etudes et Résultats, n°459, DREES, janvier 2006.
<http://www.sante.gouv.fr>

PISON G.

La population en France en 2002.
Population et Sociétés, n°388, INED, mars 2003.
<http://www.ined.fr>

PISON G.

60 millions d'habitants en France métropolitaine.
Population et Sociétés, n°399, INED, mars 2004.
<http://www.ined.fr>

PISON G.

France 2004 : l'espérance de vie franchit le seuil de 80 ans.
Population et sociétés, n°410, INED, mars 2005.
<http://www.ined.fr>

PLANCADE JP.

Les conséquences macroéconomiques du vieillissement démographique.
Rapport d'information n° 143 (1999-2000) fait au nom de la délégation du Sénat pour la planification, 16 décembre 1999.

POLTON D et SERMET C.

Le vieillissement de la population va-t-il submerger le système de santé ?
Bilan Epidémiol Hebdo 2006;5/6:13-16.

POLTON D.

Quelles évolutions des besoins de santé, quelles perspectives pour l'assurance maladie? Intervention lors du Colloque "Sécurité sociale: quels défis pour demain?" Ministère de la Santé et des Solidarités, 17 octobre 2005.

POURSIN JM.

La rupture entre génération.
In: BOURDELAIS et coll, eds. Etat-providence, arguments pour une réforme.

Paris : Gallimard, 1996.

POURSIN JM.

Rigidité de la répartition et turbulences de la démographique.
In: POURSIN et coll, eds. Etat-providence, arguments pour une réforme.
Paris : Gallimard, 1996.

1

PREEL B.

Les soixante-huitards ont confisqué le pouvoir.
L'expansion 2000;631:78-81.

PREEL B.

Le choc des générations.
Paris: Éditions La Découverte, 2000.

PRESHAW PM et MOHAMMAD AR.

Geriatric dentistry education in European dental schools.
Eur J Dent Educ 2005;9(2):73-77.

RAYNAUD D.

Les déterminants individuels de santé.
Etudes et Résultats, n°182, DREES, juillet 2002.
<http://www.sante.gouv.fr>

REINHARDT .

Health care for the aging baby boom: lessons from abroad.
J Econ Perspect 2000;14(2):71-83.

RENAULT S et OGG J.

Vivre à domicile après 75 ans. Une comparaison entre l'Angleterre et la France.
Retraite et Société, n°38, février 2003.
http://www.cnaf.fr/5etude/f_doc.htm

RFRSVS (Réseau Fédératif de Recherche Santé, Vieillissement, Société, INSERM).

Rapport du comité scientifique des "Rencontres sur le vieillissement" préparé par Catherine Gorgeon et Henri Léridon. Paris, juin 2001.

RICHET-MASTAIN L.

Bilan démographique 2004 : Nette diminution des décès.
INSEE première, n°1004, INSEE, février 2005.
<http://www.insee.fr>

RICHET-MASTAIN L.

Bilan démographique 2005. En France, la fécondité des femmes augmente toujours.
INSEE première, n°1059, INSEE, janvier 2006.
<http://www.insee.fr>

RIVARD T.

Les services d'aide à domicile dans le contexte de l'allocation personnalisée d'autonomie.

Etudes et résultats, n°460, DREES, janvier 2006.
<http://www.sante.gouv.fr>

1

ROBINE JM.

Espérance de vie en bonne santé.
INSERM et Fédération Nationale des Associations de Retraités (FNAR), 10 mai 2005.
<http://www.fnar.asso.fr>

ROBINE JM et ALLARD M.

Jeanne Calment : validation of the duration of her life.
In : JEUNE B et VAUPEL JW, eds. Validation of exceptional longevity. Case of a 120 years old woman. Monographs on population aging, vol. 6.
Odense : Odense University Press, 1999.

ROBINE JM, CAMBOIS E et ROMIEU I.

L'évolution de l'espérance de vie sans incapacité. Faits et Chiffres.
Méd/Sci 1999;**15**:1450-1453.

ROBINE JM et MICHEL JP.

Looking Forward to a General Theory on Population Aging": Authors' Response to Commentaries
J Gerontol Biol Sci Med Sci 2004;**59**:M616-M620.

ROBINE JM, MORMICHE P et CAMBOIS E.

L'évolution de l'espérance de vie sans incapacité à 65 ans.
Données sociales et économiques sur la vieillesse.
Gerontol Soc 1994;**74**:66-84.

1

ROSENWAIKE I.

A demographic portrait of the oldest old.
Milbank Memorial Fund Q./Health Society 1985;**63**:187

SANDER MS et ZANLONGHI X.

La malvoyance chez les personnes âgées
In : HCSP (Haut Comité de Santé Publique). La Santé en France en 2002.
Paris: La Documentation Française, 2002.

SANS AUTEUR.

Décret en Conseil d'Etat n° 2001-338 du 04/05/2001.
Publié au JO du 06/05/2001 modifiant les décrets n° 99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes et n° 99-317 du 26 avril 1999 relatif à la gestion budgétaire et comptable des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes ainsi que le décret n° 58-1202 du 11 décembre 1958 relatif aux hôpitaux et hospices publics.
<http://www.senat.fr>

SANS AUTEUR.

Décret no 2001-1084 du 20 novembre 2001. Décret relatif aux modalités d'attribution de la prestation et au fonds de financement prévus par la loi no 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie

<http://legifrance.gouv.fr>

SANS AUTEUR.

Loi n° 97-60 du 24 janvier 1997.

Loi tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées, par l'institution d'une prestation spécifique dépendance (PSD).
J.O du 25/01/1997 - pp 1280-1284.

SANS AUTEUR.

Loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001.

Loi relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

J.O. du 21 juillet 2001 - pp 11737-11743.

1

SANS AUTEUR

Loi n°2005-370 du 22 avril 2005.

Loi relative aux droits des malades et de la fin de vie.

J.O. du 23 avril 2005 – p 7089.

SARDON JP.

Le remplacement des générations en Europe depuis le début du siècle.

Population, n°6, INED, 1990.

<http://www.ined.fr>

2

SAUVY A.

Théorie générale de la population. Volume 2 : La vie des populations.

Paris : Press Universitaires de France, 1996.

SAY J-B.

Cours complet d'économie politique pratique.

Paris, 1828 - 1829.

SECURITE SOCIALE.

Les grandes dates du système français de sécurité sociale.

<http://www.securite-sociale.fr>

SERMET C.

Démographie, santé et soins des personnes âgées. Etat des lieux et perspectives.

Supports d'intervention à des colloques ou séminaires.

Medec, mars 2002.

<http://irdes.fr>

SERMET C et GRANDJEAN E.

L'évolution de l'état de santé des personnes âgées en France, 1970-1996.

Paris: INSERM/CREDES, 1998.

SHEIHAM A, STEELE JG, MARCENES W et coll.

The relationship between oral health status and Body Mass Index among older people: a national survey of older people in Great Britain.

Br Dent J 2002;**192**(12):703-706.

SICARD D.

La loi sur la fin de vie: le débat est-il clos?

Entretien. Cité des sciences, 2005.
<http://www.cite-sciences.fr>

SICOT D.

Sécurité sociale, des propositions pour une autre réforme.
Le Monde Diplomatique 2004;juillet:4-5.

SOLOMON DH.

The role of aging process in aging-dependante disease.
In BENGSTON VL, SCHAIE KW, eds. Handbook of theories of aging.
New-York: Springer, 1999:133-150.

2

SOUCAR T.

Pourquoi on vit plus vieux: une nouvelle hypothèse.
22 juillet 2005.
www.thierrysouccar.com

SOULE M.

Les grands-parents dans la dynamique de l'enfant.
Paris: ESF, 1975.

SOURNIA JC.

Dictionnaire des personnes âgées, de la retraite et du vieillissement.
Paris: Frantern, Nathan, 1984:38.

STASSE F.

Comment maîtriser les dépenses de santé?
In : BOURDELAIS et coll, eds. Etat-providence, arguments pour une réforme.
Paris : Gallimard, 1996.

2

SULLIVAN DF.

A single index of mortality and morbidity.
Health Reports 1971;**86**(4):347-354.

2

SUZUKI M, WILCOX BJ et WILCOX CD.

Implications from and for food cultures for cardiovascular disease: longevity.
Asia Pac J Clin Nutr 2001;**10**(2):165-171.

TAKATA H, SUZUKI M, ISHII T et coll.

Influence of major histocompatibility complex region genes on human longevity
among Okinawan-Japanese centenarians and nonagenarians.
Lancet 1987;**2**(8563):824-826.

TARAFO L, CICONETTI P, PICCIRILLO G et coll.

Is it possible to predict one-year survival in centenarians ? A neural network study.
Gerontology 2005;**51**(3):199-205.

TOULEMON L et TESTA MR.

Fécondité envisagée, fécondité réalisée : un lien complexe.
Populations et Sociétés, n°415, INED, septembre 2005.
<http://www.ined.fr>

TUBIANA M.

Le maintien de l'insertion sociale des personnes âgées.

Paris : Académie nationale de médecine, 2005.

TUGORES F.

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2003 : activité et personnel. Premiers résultats de l'enquête EHPA 2003.

Etudes et résultats, n° 379, DREES, février 2005.

<http://www.sante.gouv.fr/>

UNEDIC (Direction des études et des statistiques).

Enquête 2005 : le premier recensement des projets de recrutement par bassin d'emploi.

Point'statis, n°10, avril 2005.

http://info.assedic.fr/assurance_chomage/travail/documents/pstatis10.pdf

URCAM Bretagne

Etat de santé bucco-dentaire des personnes âgées en Bretagne.

Les dossiers de l'URCAM Bretagne. N°23. Décembre 2004.

<http://www.odonto.univ-rennes1.fr/urcam/dec2004.pdf>

URCAM pays de Loire

Etat de santé bucco-dentaire des personnes âgées hébergées en établissement.

Document de synthèse. Décembre 2003.

URSSAF

A quoi servent vos cotisations ?

Brochure d'information.

<http://www.urssaf.fr>

VALETTE M.

Livre Blanc de « l'aide aux aidants ».

DRASS Midi-Pyrénées, décembre 2004.

http://www.agevillage.com/AgeNet/upload/documentation/Livre_blanc_aidants.pdf

VALIN J.

Mortalité, sexe et genre,

In : CASELLI G et coll., eds. Démographie: analyse et synthèse. III. Les déterminants de la mortalité.

Paris: INED, 2002:319-360.

2

VAUTRIN C.

Le maintien du plan "Vieillesse et solidarité".

Communiqué du Ministère délégué aux personnes âgées, du 24 novembre 2004.

<http://www.personnes-agees.gouv.fr>

VAUTRIN C.

Panorama de l'action gouvernementale décrit par Madame Catherine VAUTRIN, secrétaire d'état aux personnes âgées.

La révolution de la longévité, un défi éthique, social et politique.

Tribune au journal Le Figaro 2005;18838:10.

VAUTRIN C. (Secrétaire d'Etat aux personnes âgées)

Discussion de la proposition de loi "Droits des malades et fin de vie ".
Discours, Paris, le 26 novembre 2004.

VETEL JM, LEROUX, DUCOUDRAY et PREVOST P.

AGGIR : précision sur sa genèse, conseils pratiques d'utilisation.
Rev Gen Gerontol 1998;47:27-33.

VIAN B.

L'arrache-cœur.
Paris:Jean-Jacques Pauvert, 1962.

VISSINK A, SPIJKERVERT FK et VAN NIEUW AMERONGEN A.

Aging and saliva: a review of the literature.
Spec Care Dent 1996;16(3):95-103.

WEYANT RJ, NEWMAN AB, KRITCHEYSKY SB et coll.

Periodontal disease and weight loss in older adults.
J Am Geriatr Soc 2004;52(4):547-553.

WILLCOX, BJ, DC WILLCOX et M SUZUKI.

The Okinawa Program: How the World's Longest-lived People Achieve Everlasting Health and How You Can Too.
New York: Clarkson Potter Publishers, 2001.

WOOD P et BADLEY E.

An epidemiological appraisal of disablement.
In: ALBER E et BENNETT, eds. Recent advances in community medicine.
Edinburgh: Churchill Livingstone, 1978:149-173.

ZWEIFEL P, FELDER S et MEIERS M.

Ageing of population and health care expenditure: a red herring?
Health Econ 1999;8:485-496.

CALARD (Hélène) et LEFEVRE (Bénédicte). - Vieillesse et personnes âgées dépendantes : limites de l'Etat-providence et conséquences sur le lien intergénérationnel. – 251 f. ; ill. ; tabl. ; 243 ref. ; 30 cm. (Thèse : Chir. Dent. ; Nantes ; 2006)
RESUME Conséquence du baby-boom et de l'allongement de la durée de vie, la proportion des personnes âgées de plus de 75 ans va croître et peser de tout son poids sur la population générale. Même si les progrès médicaux et socio-économiques ont permis d'améliorer la santé de ces personnes, leurs dernières années de vie sont marquées par des états pathologiques et de dépendance qui engendrent des coûts, principalement supportés par notre système de protection sociale. L'accélération des dépenses de santé due au vieillissement est incontournable mais reste largement façonnable par les choix politiques quant aux comportements des consommateurs des soins de santé. Concernant la prise en charge de la dépendance, le financement actuel présente deux principales faiblesses. D'une part, un faible ciblage des aides et d'autre part, des sources de financement dont le potentiel de progression reste incertain face à des besoins appelés à croître fortement. Face à ces évolutions démographiques et économiques, des réformes de l'Etat-providence et une réflexion sur la place de la vieillesse dans notre société s'imposent si l'on veut préserver le lien intergénérationnel.
RUBRIQUE DE CLASSEMENT : Divers.
DOMAINE BIBLIODENT : Economie de la santé.
MOTS CLES : Vieillesse - Démographie - Dépenses de santé - Economie - Sécurité sociale.
MESH : Ageing - Demography - Expenditures Health - Economies - Social security.
MOTS CLES BIBLIODENT : Gérontologie - Economie de santé - Démographie - Politique de santé - Sécurité sociale.
JURY <u>Directeur</u> : Professeur Pouëzat J. Président : Professeur Bohne W. Assesseur : Professeur Alain J. Assesseur : Docteur Grand D. Assesseur : Docteur Pécaud D.
ADRESSES DES AUTEURS CALARD Hélène - 8 bis, rue Scribe - 44000 Nantes. helenekal@hotmail.com LEFEVRE Bénédicte - 4, rue d'Orléans - 44000 Nantes. benedicte_lefevre@hotmail.fr

