



HAL
open science

L'AVENIR DES PERSONNES ÂGÉES

Gérard-François Dumont

► **To cite this version:**

Gérard-François Dumont. L'AVENIR DES PERSONNES ÂGÉES. L'accompagnement de la personne âgée en difficulté, Oct 2000, Lille, France. 10.13140/2.1.5140.0007 . halshs-01110397

HAL Id: halshs-01110397

<https://shs.hal.science/halshs-01110397>

Submitted on 28 Jan 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

M. le Recteur DUMONT
– La Sorbonne, Paris – Président de Population et Avenir
“L’avenir des personnes âgées”



L’AVENIR DES PERSONNES AGEES

par le Recteur
Gérard-François DUMONT*

Des temps anciens pratiquement jusqu’au XXe siècle, parler de “ l’avenir des personnes âgées ” aurait paru incompréhensible, voire insensé². À l’exemple des dessins ou des peintures montrant les âges de la vie, les personnes âgées apparaissaient vouées, inévitablement, à la décrépitude, précédant une mort plus ou moins proche. Or les changements apportés dans la vie des hommes depuis deux siècles – révolution nutritionnelle, révolution hygiénique, révolution médicale, révolution par l’instauration de réseaux sanitaires - ont bouleversé la vie des personnes âgées, ou, pour le moins, de la majorité des personnes âgées. Désormais, ces dernières ont de l’avenir et même, comme l’ont illustré quelques grandes personnalités,³ le grand âge a de l’avenir.

Cet avenir provient d’une part de l’allongement continu de la durée de vie, dont l’analyse livre différents enseignements, d’autre part de la mesure de la prévalence⁴ de l’incapacité des personnes âgées. Ces évolutions dans la vie des personnes âgées interrogent sur les stratégies à adopter pour mieux répondre aux besoins de demain.

Une longévité accrue

Le premier enseignement des données démographiques met en évidence l’augmentation du nombre des personnes âgées en raison de l’amélioration continue des taux de survie.

Pour définir cette augmentation quantitative, j’ai proposé le terme de gérontocroissance⁵, afin d’écartier l’erreur fréquente consistant à mélanger ce phénomène avec celui du vieillissement, qui est l’augmentation de la proportion des personnes âgées dans une population, autrement dit la baisse du pourcentage des générations jeunes.

Les sources de la gérontocroissance peuvent être approchées en examinant l’espérance de vie. Ainsi, en France métropolitaine, l’espérance de vie à la naissance⁶ est passée, entre 1900 et 2000, de 45 ans à 74,9 ans pour le sexe

* Professeur à l’Université de Paris-Sorbonne

191, rue Saint-Jacques, 75005 Paris tél/fax #33(0)1 34 51 49 92.

Adresse électronique - e-mail: Gerard-Francois.Dumont@paris4.sorbonne.fr

² En outre, le terme personne âgée n’existait pas. On parlait des “ vieux ” ou de la vieillesse. Rappelons que la Caisse de retraites des salariés du secteur privé s’appelle la Caisse Nationale d’Assurance Vieillesse (CNAV). La majorité des pensionnés de cette caisse n’ont pourtant pas le sentiment d’être entré dans la vieillesse. En revanche, Alfred Sauvy n’aimait pas cette désignation “ personne âgée ” et ne voulait être considéré comme “ vieux ”.

³ Comme Robert Debré ou Alfred Sauvy.

⁴ Rappelons que la prévalence se définit comme le nombre total de cas d’une maladie (ou par exemple d’une incapacité) existant dans un pays à un moment donné dans une population déterminée, sans distinction entre les anciens et nouveaux cas.

⁵ Cf. par exemple Dumont, Gérard-François, *La population de la France, des régions et des DOM-TOM*, Paris, Ellipses, 2000.

⁶ Calculée selon la méthode de l’analyse transversale. Cf. Dumont, Gérard-François, *Démographie*, Paris, Dunod, 1992.

masculin et de 49 ans à 82,3 ans pour le sexe féminin, soit une croissance, extraordinaire et inédite dans l'histoire de la population française, de deux tiers en un siècle. Considérant désormais seulement la seconde partie du XXe siècle, et contrairement à diverses analyses craignant un plafonnement, voire un recul de l'espérance de vie, cette dernière continue de croître, d'environ 26 % de 1946 à 2000.

Étudions désormais les personnes âgées de 60 ans ou plus. Leur longévité s'est accrue de plusieurs années entre 1946 à 1997⁷ : de 18 à 25 ans pour le sexe féminin et de 15,3 à 20 ans pour le sexe masculin, soit une hausse de près de 40 %. Les chiffres concernant les personnes âgées de 80 ans ou plus indiquent une progression encore plus forte, de l'ordre de 50 % : l'espérance de vie à 80 ans est passée de 6 ans en 1946 à 9,34 en 1997 pour le sexe féminin, et de 5 ans à 7,39 pour le sexe masculin.⁸

Premier enseignement de ces différentes données, la longévité moyenne de la vie n'a cessé d'augmenter chaque année au XXe siècle, malgré d'inévitables reculs lors des années les plus meurtrières des deux guerres mondiales. Pendant les deux premiers tiers du XXe siècle, comme précédemment au XIXe siècle, cette croissance de la longévité a été essentiellement due à la baisse des mortalités infantile, maternelle et infanto-adolescente. Depuis le dernier tiers du XXe siècle, elle est désormais davantage portée par la hausse des taux de survie des personnes âgées, qu'il faut préciser dans un second point.

Deuxième enseignement, la durée de vie des personnes âgées augmente plus vite que la longévité moyenne de la vie. Cela tient au fait que les progrès des taux de survie dans les âges jeunes ne puissent plus être que mathématiquement limités, comme ces derniers ont atteint des niveaux très élevés rendant impossible des progrès très significatifs en pourcentage. En revanche, les marges permettant d'augmenter les taux de survie des personnes âgées demeurent significatives. Ainsi, plus la personne âgée vit longtemps, plus sa probabilité d'espérance totale de vie augmente. L'espérance de vie (calculée en 1997) des personnes âgées de 80 ans est de 89,34 ans pour le sexe féminin et de 87,39 ans pour le sexe masculin.⁹

Comme les effets de l'allongement du calendrier se cumulent au bout de la chaîne, la croissance des effectifs - la gérontocroissance - tend à être d'autant plus importante que l'on considère les groupes d'âges plus élevés. Ainsi, selon l'INSEE, dans ses perspectives à 2050, la population de la France métropolitaine âgée de 80 ans ou plus pourrait être multipliée par 8,1, quand celle des 60 ans ou plus le serait par un facteur égal à 3,8, et celle âgée de 100 ans ou plus par un facteur égal à 39,1¹⁰. Néanmoins, les variations réelles peuvent être altérées par la remontée le long de la pyramide des âges de tel ou tel retrait ou saillie d'envergure¹¹.

L'analyse démographique de la longévité met enfin en évidence – quatrième enseignement - une grande différenciation entre les sexes. L'écart d'espérance de vie à la naissance s'explique notamment par la moindre résistance des nouveau-nés de sexe masculin, par la plus grande mortalité par accidents des adolescents masculins, et par une plus grande toxicomanie chez ces derniers. On pourrait se demander si l'écart d'espérance de vie entre les sexes s'efface avec l'âge. Il n'en est rien, puisqu'il demeure important à 60 ans comme à 80 ans. Ce maintien des différences de longévité

⁷ *Insee Résultats*, n° 682, décembre 1999, tableau 63.

⁸ *Idem.*

⁹ *Ibidem.*

¹⁰ Parant, Alain, "Morbidity, mortality : essay of prospective", in : *Morbidity, mortality*, Paris, Association internationale des démographes de langue française, n° 8, 1998.

¹¹ telle celle constatée en 2000, mais qui n'est pas d'une ampleur considérable. Cf. Dumont, Gérard-François, "L'année du dragon", *Population & avenir*, n° 650, novembre-décembre 2000.

entre les sexes à différents âges s'explique par l'effet de comportements antérieurs (comportements plus violents et surconsommation de tabac et d'alcool pour le sexe masculin), mais demeure difficile à expliquer scientifiquement dans sa totalité.

La différenciation de la longévité entre les sexes a deux conséquences très importantes : la proportion croissante du sexe féminin parmi les personnes âgées et le risque de solitude. Examinons préalablement l'aspect qualitatif de la longévité.

La qualité de la longévité des personnes âgées

Si l'avenir des personnes âgées se pose en termes quantitatifs, il s'analyse également en termes qualitatifs. La grande question consiste à se demander si les années gagnées sont des années d'incapacité ou, au contraire, des années sans incapacité, des années de vie en plus ou des années d'incapacité en plus ? Personne ne peut en effet contester que la morbidité s'élève avec l'âge. Considérant un indice 100 du nombre moyen de maladies par personne, le niveau est de 55 pour les personnes âgées de 10 à 29 ans, de 190 de 60 à 69 ans, de 229 de 70 à 79 ans et de 242 pour les 80 ans ou plus¹². Une autre étude précise que la prévalence de la dépendance lourde augmente avec l'âge pour les deux sexes. En outre, les intensités de passage à la dépendance augmentent plus vite avec l'âge chez les femmes que chez les hommes¹³.

La première proposition de l'alternative est donc la suivante : si la mortalité diminue plus rapidement que l'incapacité, l'augmentation de l'espérance de vie se traduit par une plus grande prévalence de l'incapacité. Bien que statistiquement favorable, l'augmentation de la longévité signifierait alors un nombre accru d'années en situation d'incapacité. La hausse de l'espérance de vie totale serait donc moins rapide que la hausse de l'espérance de vie sans incapacité.

En revanche, si les progrès entraînent à la fois une hausse des taux de survie et une amélioration de l'état de santé, on assisterait à une compression de la morbidité. L'espérance de vie sans incapacité augmenterait plus vite que l'espérance de vie totale.

Pour étudier quelle proposition de l'alternative correspond à la réalité, il convient de définir l'incapacité. On distingue habituellement l'incapacité sévère, l'incapacité modérée, et l'incapacité légère.¹⁴ En fait, la frontière entre ces trois types est parfois malaisée, ce qui conduit les études à considérer essentiellement l'incapacité sévère, définie en France comme celle des personnes confinées au lit ou au fauteuil.

Dans l'Hexagone, la prévalence des cas d'incapacité sévère diminue. Les taux d'incapacité baissent dans toutes les tranches d'âge, mais de façon un peu moins marquée chez les personnes très âgées des deux sexes.¹⁵ Pour l'avenir des personnes âgées, la bonne nouvelle est donc que l'espérance de vie sans incapacité augmente plus vite que l'espérance de vie totale. La proposition la plus favorable de l'alternative ci-dessus est donc celle qui se réalise.

¹² Chiffres CreDES.

¹³ Gaüzère, Franck, Commenges, Daniel, Barberger-Gateau, Pascale, Letenneur, Luc, Dartigues, Jean-François, " Maladie et dépendance ", *Population*, 1999, n° 2, mars-avril.

¹⁴ Sermet, C., Grandjean, E., *Evolution de l'état de santé des personnes âgées en France, 1970-1996*, CREDES-INSERM, Intercommission n° 5, Paris, 1998.

¹⁵ Jacobzone, Stéphane, Cambois, E., Robine, J.M., " La santé des personnes âgées dans les pays de l'OCDE s'améliore-t-elle assez vite pour compenser le vieillissement de la population ? ", *Revue économique de l'OCDE*, n° 30, 2000.
Dupâquier, Jacques et alii, *L'espérance de vie sans incapacités*, Paris, PUF, 1997.

Néanmoins, compte tenu de la gérontocroissance, le nombre de personnes âgées dépendantes est appelé à augmenter au début du XXI^e siècle, même si leur proportion dans les générations de personnes âgées diminue.

La question de l'isolement

Diverses études montrent que les trois quarts de toute forme d'aide fournie aux personnes vieillissantes proviendraient des seuls conjoints et enfants¹⁶. En même temps, il apparaît que la présence d'un soutien social autour d'un individu réduit ses risques face à la morbidité et à la mortalité, d'où l'importance d'examiner les risques d'isolement, qui se posent sur plusieurs aspects.

Il y a d'abord l'isolement "horizontal", c'est-à-dire l'absence de conjoint. Deux éléments sont susceptibles d'accentuer l'intensité de ce type d'isolement, la différence d'espérance de vie et l'évolution des comportements familiaux. En France, la différence d'espérance de vie accroît le risque d'isolement horizontal pour les couples restés mariés d'autant plus que les femmes ont en moyenne trois ans de moins que leur mari.¹⁷ Le deuxième élément, plus récent, résulte de la montée rapide de la séparation et du divorce¹⁸. Ces deux phénomènes - mortalité du conjoint, séparation ou divorce - sont propices à l'isolement horizontal, car le remariage des veuves ou divorcées demeure rare après 65 ans¹⁹. La vie en solitaire reste donc la situation la plus fréquente après la perte du conjoint.

Le second type d'isolement est l'isolement "vertical", lorsque les personnes âgées n'ont plus le soutien d'enfants, alors que ces derniers sont, selon les études, les principales sources de soutien. Le risque vertical peut résulter soit de l'absence de descendance, soit du fait que la mortalité des enfants peut venir priver les parents de leur descendance avant qu'ils n'atteignent des âges avancés, par exemple 80 ans. Néanmoins, compte tenu de l'amélioration des taux de survie, l'isolement vertical dépend davantage du nombre de femmes restées infécondes que de l'éventuelle perte d'enfants au cours de l'existence.

En troisième lieu, il faut considérer l'isolement "total", c'est-à-dire le fait de vivre seul et de ne pas avoir d'enfants. Les personnes dans cette situation semblent les plus exposées à avoir recours aux services publics d'assistance lorsque survient une limitation d'activité, un handicap ou une incapacité.

Le carré magique

L'augmentation du nombre des personnes âgées se mesure par les flux démographiques. Mais les besoins sociaux des personnes âgées ne doivent pas être examinés seulement au regard des évolutions démographiques, c'est-à-dire de la gérontocroissance. Ils dépendent aussi de l'évolution de la prévalence de l'incapacité, liée notamment aux modes de vie et comportements des personnes, aux politiques de santé et de prise en charge de la dépendance, et aux progrès médicaux.²⁰ L'avenir des personnes âgées s'inscrit donc dans une sorte de carré magique dont les quatre coins sont interactifs. Deux questions particulièrement prégnantes concernent les politiques préventives, un des aspects des politiques sanitaires, et les choix de société, qui influencent les modes de vie et comportements.

¹⁶ Martel, Laurent, " Quel isolement durant la vieillesse pour les femmes à l'origine du baby-boom ? ", in : *Morbidité, mortalité*, Paris, Association internationale des démographes de langue française, n° 8 ; 1998, p. 647.

¹⁷ Selon les données françaises de la primo-nuptialité.

¹⁸ *Le Figaro*, 18 octobre 2000.

¹⁹ Martel, Laurent, *op. cit.*, p. 644.

²⁰ Sans oublier le rôle des politiques de lutte contre l'exclusion. Cf. *Population & avenir*, n° 657bis, mars-avril 2000.

Les politiques préventives appellent notamment deux interrogations : jusqu'où la société est-elle prête à aller pour influencer certains changements, voire pour modifier des modes de vie dont on sait qu'ils sont des facteurs aggravants des risques d'incapacité : alcool, tabac, drogue, choix nutritionnels ? Jusqu'où est-elle prête à aller pour faciliter la vie des personnes âgées et ainsi minorer les risques d'incapacité ? Est-elle prête par exemple à encourager l'adaptation des habitations, en la facilitant par exemple par des déductions fiscales massives ? Ces questions mettent en évidence que l'avenir des personnes âgées n'est pas un phénomène strictement démographique, mais un processus dynamique qui peut être influencé par des efforts de prévention, par les politiques sociales et par les modalités des systèmes de soins.

Concernant les politiques de prise en charge de l'incapacité, deux grandes voies existent. Celle qui semble privilégiée en France est l'institutionnalisation. Elle pourrait à l'avenir représenter des budgets croissants, en raison de l'augmentation - absolue et non relative - de l'incapacité et de l'absence de désinstitutionnalisation.

L'autre voie est celle de l'aide à domicile,²¹ peu prise en charge en France, d'où il résulte que la réduction des taux d'incapacité chez les personnes vivant à domicile ne génère aucune économie directement comptabilisée pour les finances publiques. La priorité donnée à une telle voie signifierait d'intensifier les efforts en faveur d'une prise en charge à domicile, en particulier en direction des aidants informels.

La durée de vie des personnes âgées est donc largement dépendante des politiques sanitaires. Plus encore, le nombre des personnes âgées dépendantes peut évoluer différemment selon les politiques choisies et mises en place. Autrement dit, l'avenir des personnes âgées n'est pas seulement l'addition de différents destins individuels, car ces destins sont en partie dépendants des politiques conduites.

Aussi une réflexion sur l'avenir des personnes âgées débouche-t-elle sur trois enseignements. D'abord, il est acquis que l'âge moyen à l'apparition de maladies incapacitantes est davantage retardé que l'âge moyen au décès. En second lieu, l'importance quantitative de cet avantage qualitatif nécessite de considérer d'autres éléments. En effet, il convient de réfléchir plus que jamais à une stratégie active dans le domaine de la gérontocroissance en mettant l'accent sur tous les services, dont l'effort de prévention, permettant le recul de la prévalence de l'incapacité.

Dans un roman de science-fiction, *Les fils de l'homme*,²² délaissant le roman criminel, la romancière anglaise P. D. James nous offre la vision terrifiante d'une société vieillie dont un dictateur aurait organisé la stérilité. Pour conserver une population au dictateur, la recherche médicale se consacre quasi exclusivement à prolonger la vie, mais ne parvient pas à limiter la progression de la sénilité.

Notre situation actuelle n'est heureusement pas identique. Nous parvenons à prolonger la vie et nous faisons reculer l'âge de l'incapacité ou de la sénilité. Néanmoins nous devons encore améliorer nos systèmes médicaux et sociaux pour mieux prévenir les difficultés des personnes âgées ou pour mieux les accompagner.

G.-F.D.

²¹ Dumont, Gérard-François, "La responsabilité des collectivités territoriales dans le soutien à domicile des personnes âgées", *Revue internationale de sécurité sociale*, Genève, 1992, n° 3. *Insee Première*, n° 744, octobre 2000.