

Scénarios hétérodoxes pour la mortalité, la morbidité et la dépendance

Alain Parant

Expert démographe

Depuis longtemps déjà, je privilégie le principe de réalité plutôt que le principe de plaisir, et je tente de marier dans mes recherches la démographie et la prospective, cette discipline que M. Godet a qualifiée d'indiscipline intellectuelle, dont l'objet est l'anticipation du futur, l'anticipation systémique tournée vers l'action. Mes lectures de l'avenir sont souvent en décalage par rapport à celles effectuées par mes contemporains, ou en tout cas divergentes. Je crois qu'il va en être de même concernant le thème d'aujourd'hui que je vais aborder assez différemment des intervenants qui m'ont précédé. Toutefois, si j'ai bien entendu Luis Fernando de Azaola, c'est aussi pour cela qu'il m'a convié à cette manifestation. À son invitation, je vais revenir sur l'avenir de la longévité, mais à ma façon, et surtout sur cette affirmation communément acceptée, devenue quasiment un dogme, selon laquelle nous serions « condamnés » à vivre toujours plus vieux et toujours davantage en meilleure santé. J'en viendrai logiquement à parler de l'allocation personnalisée d'autonomie, l'APA, dispositif qui marque une rupture, un basculement radical avec les dispositifs précédents, mais qui, à mon avis, représente aussi un pari financièrement très risqué.

LE RYTHME DES PROGRÈS N'EST PAS UNE DONNÉE IMMuable

C'est un truisme de dire que nous vivons aujourd'hui beaucoup plus longtemps qu'hier : 25 ans, comme cela a été rappelé ce matin, en France en tout cas, vers la moitié du XVIII^e siècle ; quelque 78 ans aujourd'hui, avec cependant des écarts importants entre les hommes et les femmes ou selon les milieux sociaux. Même si c'est là une tendance lourde, il peut quand même se produire certains ralentissements. Au cours de la période 1980–2001, on a enregistré des progrès importants de la durée de vie. Toutefois, par rapport aux gains annuels moyens de la période 1980–1990, les gains annuels moyens de la période 1990–1999 se sont sérieusement ralentis, surtout depuis 1995. Par exemple, de 1995 à 1999, la progression de l'espérance de vie à 60 ans a été simplement de 0,4 an pour les femmes et de 0,5 an pour les hommes. Autrement dit : sur une tendance lourde à vivre toujours plus longtemps, on a néanmoins des périodes de

tassement relatif des progrès. Nous nous trouvons, sans doute, dans une décennie de transition dans la lutte contre les maladies : essentiellement entre les maladies cardiovasculaires et les maladies dites de dégénérescence. Je voudrais souligner, car cela ne l'a pas été suffisamment, que l'espérance de vie à 60 ans est un indicateur très artificiel. On dit par exemple qu'aujourd'hui – en 1999, car ce sont les derniers chiffres bien établis – une femme de 60 ans a encore 25,3 ans à vivre. Qu'est-ce que cela signifie ? Cela signifie que dans les conditions actuelles de mortalité, telles qu'on les a observées en 1999 et telles qu'ont été combinées les probabilités de décéder entre deux anniversaires successifs au-delà du 60^e anniversaire, si ces conditions et ces risques de décéder se maintiennent inchangés dans le futur, alors les femmes qui ont eu 60 ans en 1999, vivront encore en moyenne 25,3 ans. On fait donc l'hypothèse d'une absence de progrès. On met bout à bout des fragments d'histoire de mortalité des générations indépendants les uns des autres et on assimile l'ensemble à un tout dépendant pour aboutir à un pronostic « toutes choses immuables dans le temps ». On fait jouer implicitement un artifice de ce genre. Qu'en est-il en réalité ? Il se peut très bien que l'on commence à emmagasiner dès maintenant, dans les générations qui vont fêter leur 60^e anniversaire dans le futur, des retours de mortalité liés, par exemple, j'y reviendrai, à la montée de la pauvreté/précarité. Habituellement, ce que l'on anticipe dans les extrapolations sur la mortalité, c'est la poursuite des progrès et une continuité dans le rythme de ces progrès. On fait comme si le futur devait être une reproduction à l'identique du passé, et notamment du passé le plus favorable, à savoir les décennies 1970–1980, période durant laquelle, en France, on gagnait chaque année civile un trimestre d'espérance de vie à la naissance. Théoriquement, sans aller triturer des tables de mortalité limite, avec une espérance de vie actuelle de quelque 78 ans, mettons 80 ans, on a encore 40 ans de progrès à accomplir si on place la durée de vie maximale – la longévité – à 120 ans. Bien évidemment, on peut parfaitement imaginer des progrès de ce type-là. En revanche, on peut aussi bâtir des scénarios reposant sur d'autres réalités, qui pourraient faire que les progrès seraient moins rapides dans le futur. La montée de la pauvreté/précarité est l'une de ces réalités. C'est un phénomène que l'on avait évacué un peu rapidement au début des années 1990 et que l'on découvre depuis qu'on s'est rendu compte avec la mise en place de la couverture médicale universelle qu'il y avait dans notre pays quelque 5 à 7 millions de pauvres et précaires. On sait que la pauvreté/précarité laisse les personnes dans des états de santé passablement dégradés, en tout cas plus dégradés que ceux des personnes du même âge qui n'ont pas été confrontées à cette situation durable de pauvreté/précarité. Imaginons que la croissance économique ne soit pas au rendez-vous. Après tout, c'est une hypothèse très raisonnable... Sur une longue période, en tout cas, elle est très raisonnable. Imaginons que la pauvreté augmente ou que les partages de la croissance soient relativement inégaux, autrement dit que la pauvreté/précarité frappe durablement une masse importante de la population. Imaginons aussi la persistance, voire le renforcement de certains comportements nuisibles à

la santé, tels que l'alcoolisme, le tabagisme. À propos de ces comportements, je voudrais souligner que si l'écart de durée de vie absolue entre les hommes et les femmes à la naissance se réduit aujourd'hui, ce n'est pas parce que les hommes français ont eux aussi pris conscience qu'ils sont mortels, mais plutôt parce que les femmes adoptent certains comportements morbides des hommes. Autrement dit, on n'assiste pas là à une avancée de la santé publique, mais plutôt à une reculade supplémentaire. On peut imaginer aussi – et pour cela il n'est pas nécessaire de forcer beaucoup le trait – un renforcement de la croyance collective dans les vertus du progrès médical qui serait préjudiciable aux comportements de prévention : quoi que je fasse, je trouverai toujours un praticien ou un médicament qui pourra me remettre en santé. On peut imaginer aussi l'apparition de nouvelles pathologies liées, par exemple, au développement économique, et notamment à celui des pays en voie de développement. On peut imaginer que demain la Chine ait le même taux d'équipements et, par exemple, le même nombre de voitures par habitant que les Occidentaux aujourd'hui. Fatalement il y aura des répercussions sur la pollution et donc sur l'état de santé des populations, et pas seulement celles qui résideront à l'intérieur des frontières chinoises.

Y A-T-IL CONTRACTION ABSOLUE DE LA MORBIDITÉ ?

Concernant la morbidité, les travaux les plus récents commencent déjà à dater, puisqu'ils portent sur la période 1981–1991. Or, c'est sur ces travaux-là que l'on a fondé l'idée que l'on vivait une « contraction » de la morbidité, pour reprendre le terme qui a été utilisé ce matin. En d'autres termes, c'est à partir de ces travaux que l'on a affirmé que l'espérance de vie sans incapacité s'élevait plus rapidement que l'espérance de vie tous états de santé confondus. Ce n'est vrai que si l'on triture un peu les chiffres, car les statistiques qui existent ne montrent pas exactement cela. En tout cas, il y a matière à propos nuancé. Je rappellerai par exemple que sur la période 1981–1991, l'espérance de vie à la naissance des femmes, tous états de santé confondus, a progressé de 2,5 ans en 10 ans. Dans le même temps, leur espérance de vie sans incapacité sévère ou modérée a augmenté de 2,6 ans. Donc, ce que j'appelle la contraction absolue de la morbidité a été de 0,1 an. Le rapport entre l'espérance de vie sans incapacité et l'espérance de vie tous états confondus est passé de 83,8 % à 84,5 %. À 65 ans, l'espérance de vie en bonne santé a également progressé davantage que l'espérance de vie globale, avec ou sans incapacité. En revanche, à 85 ans, on s'aperçoit que le gain a été de 0,8 an pour l'espérance de vie tous états de santé confondus, mais seulement de 0,3 an pour l'espérance de vie sans incapacité. Or, 85 ans est approximativement l'âge moyen d'entrée en institution aujourd'hui. Il est vrai que, si je rapporte l'espérance de vie sans incapacité à l'espérance de vie tous états de santé confondus, j'observe une amélioration de cet indicateur. Mais c'est là une progression toute relative, car le numérateur est plus faible que le dénominateur : même si le

numérateur augmente moins vite que le dénominateur, le rapport peut continuer à s'améliorer. Dans la population masculine, on peut faire le même type de calcul à partir des données publiées par l'Insee. Je n'invente rien, j'affine tout simplement. Pour les hommes, on va trouver que la contraction de la morbidité n'est plus que relative, et non absolue, dès 65 ans. Autrement dit, le rapport de l'espérance de vie sans incapacité à l'espérance de vie tous états confondus continue d'augmenter, mais pas en termes absolus : il n'y a pas de contraction absolue de la morbidité. D'où vient donc ce présupposé implicite que nous vivrons demain plus longtemps et en meilleure santé ?

MUTATIONS DES STRUCTURES FAMILIALES ET AIDE INFORMELLE AUX PERSONNES DÉPENDANTES

Il existe un autre présupposé, lui aussi à l'origine de l'instauration de l'allocation personnalisée d'autonomie : c'est que l'aide informelle aux personnes âgées demeurera dans le futur toujours aussi majoritaire qu'aujourd'hui. Or, on sait bien que l'aide informelle est majoritairement dispensée par les femmes, par des femmes qui, ayant très largement investi le marché du travail, vont donc, de plus en plus, être conduites à arbitrer entre les obligations professionnelles et les obligations familiales. Il faudra donc aider les personnes aidantes, et le coût de cette aide aux aidants ira croissant. Cela peut prendre la forme d'une prise en charge de quatre semaines l'été pour leur permettre de partir un peu en vacances ou de périodes plus courtes pour les laisser souffler un peu, les laisser se reforcer pour elles-mêmes leur propre capital. Cela peut prendre la forme, comme au Japon, d'un engagement de prestation : au prorata du temps que vous consacrez aujourd'hui à vous occuper des personnes âgées, on vous garantit plus tard la même chose, ce qui revient à remettre la charge à plus tard. Un autre phénomène devrait donner à réfléchir sur la place de l'aide informelle, c'est que la famille devient de plus en plus incertaine, pour reprendre le titre de l'ouvrage du démographe Louis Roussel. Il est vrai que l'on n'a plus besoin autant que par le passé de vivre en couple pour avoir des enfants ni de se marier pour vivre en couple, et que ce n'est pas parce que l'on vit en couple que l'on va rester ensemble éternellement, c'est-à-dire jusqu'au décès de l'un des deux. Ce qu'on appelle la famille aujourd'hui – je ne parle pas de la valeur familiale mais de la structure familiale – est en pleine modification. Pourra-t-on continuer demain à charger la barque familiale au même titre qu'aujourd'hui, alors qu'autour d'elle tout bouge ? Il est permis d'en douter. Par ailleurs, ce changement, cette altération des structures familiales vont dans le sens d'une moindre cohabitation des générations. Par cohabitation, j'entends partage des moments de vie dans un même lieu. Il y a bien sûr une montée de la coexistence entre les générations. On parle de futures familles à quatre, voire à cinq générations que rendrait possible l'évolution favorable de la mortalité. Ce faisant, on oublie de voir que, pour qu'il y ait des générations qui coexistent, il faut des générations qui se reproduisent. Or, si l'on entre plus

tardivement sur le marché du travail et que, par conséquent, on entame plus tardivement ses projets familiaux, on risque d'être peu ou prou gagné par l'infécondité, aussi bien féminine que masculine. C'est un phénomène qui commence à s'observer dans les pays voisins. À long terme, la proportion de personnes vivant seules – c'est ce qui ressort du recensement de 1999 – va croître de façon considérable. Elle commence à s'accroître bien évidemment à partir de 20–25 ans, même si le phénomène évoqué dans la comédie « Tanguy », cette histoire de fils qui reste chez ses parents jusqu'à 30 ans et plus, existe aussi. La vie solitaire est quelque chose qui n'a pas fini de se développer en France, en tout cas chez les femmes à partir de 80–85 ans, a fortiori de 90 ans. Plus de 50 % des femmes de cet âge vivent seules. Or, c'est justement dans cette tranche d'âge des plus de 85 ans que l'on va observer, dans les 30 ans qui viennent, la plus forte progression des effectifs. Si l'on cohabite moins qu'autrefois, où va-t-on habiter ? Françoise Forette disait ce matin, et elle avait raison, que la proportion de personnes âgées de 65 ans ou plus vivant en institution n'avait pas augmenté entre les deux derniers recensements. Pour les 60 ans ou plus, on est à moins de 6 % en 1999 comme en 1990. En revanche, chez les plus de 90 ans, la proportion des personnes qui vivent en institution non seulement est plus élevée, bien évidemment, mais surtout elle a fait un bond assez important au cours de la dernière période intercensitaire.

Sans entrer dans le détail des raisons qui expliquent la « décohabitation » des générations, j'en citerai quelques-unes. Tout d'abord, il y a l'amélioration du niveau de vie des personnes âgées retraitées. Elles n'ont pas besoin, elles ont en tout cas moins besoin qu'auparavant d'aller, pour des raisons économiques, jouer le rôle de plantes plus ou moins vertes chez leurs héritiers. Inversement, les jeunes générations n'ont plus forcément la possibilité, même quand elles en ont envie, de cohabiter, d'accueillir chez elles leurs parents âgés.

AUGMENTATION PRÉVISIBLE DU NOMBRE DE PERSONNES EN INSTITUTION

Il faut aussi s'intéresser à la durée du séjour en institution. D'après les premiers résultats de l'enquête HID (Handicaps Incapacité Dépendance) 98, sur 100 personnes vivant en institution, 62 sont des personnes âgées. De ces 62 %, il faut retrancher 2 % correspondant aux personnes vivant en institution depuis leur naissance. On constate alors que les deux tiers des autres séjournent en institution depuis au moins 2 ans et plus du tiers depuis au moins 5 ans. Autrement dit, la fin de vie en institution peut être relativement longue. Il y a des emplois à créer, mais il va falloir socialiser ces emplois et tout ce qui est fortement consommateur d'emplois est fortement inflationniste, ne serait-ce que parce que les salaires évoluent plus vite que l'inflation. On a donc une montée en charge préprogrammée, parfaitement prévisible de tout ce qui est lié à la dépendance. Un dernier point que je voudrais développer : dans cette affaire-là, on a

occulté ce que j'appelle « le boom du baby-boom », le choc du baby-boom. Henri Leridon l'a mentionné ce matin : on a eu des variations très particulières, notamment en France, de la fécondité passée et de la natalité. De 1945 à 1946, le nombre de naissances a augmenté de 30 % en France et ce haut niveau de natalité s'est maintenu jusqu'en 1974. En 2006, les survivants de la génération de 1946 qui fêteront leur 60^e anniversaire vont être 30 % plus nombreux que ceux nés en 1945 et qui franchiront le même seuil en 2005. Et derrière la génération de 1946, vont suivre 30 générations de même effectif. Pour les retraites, cela signifie l'équivalent d'une classe d'âge d'aujourd'hui en plus tous les trois ans. Le choc du vieillissement frappera les individus âgés de 80 ans en 2026 : ils seront 31 % de plus par rapport à 2025. Cinq ans plus tard, en 2031, ce sera pratiquement 32 % d'individus de plus qu'en 2030 qui fêteront leur 85^e anniversaire et en 2036, 32 % d'individus de plus qu'en 2035 qui fêteront leur 90^e anniversaire – du moins si la réalité est au rendez-vous de l'anticipation Insee. Quand les chercheurs de l'Insee se sont livrés à cet exercice d'anticipation de la population âgée dépendante, ils ont imaginé le scénario d'évolution du risque individuel de dépendance suivant : en termes de risque d'être dépendant, avoir 80 ans en 1990 équivaut à 83 ans en 2020 et à 86 ans en 2050. Le risque d'être dépendant des sujets de 80 ans en 1990 sera équivalent en 2050 à celui des sujets de 86 ans en 2050. Ce scénario prévoit donc un décalage de + 6 ans dans les risques de dépendance, ce qui n'est pas forcément acquis d'avance. À 80 ans, le gain de durée de vie anticipé par l'Insee n'est en effet que de 4 ans sur la même période 1990–2050. Autrement dit, on se place véritablement dans un scénario optimiste de contraction de la morbidité. Quand l'Insee a fait ses calculs, il s'est arrêté prudemment à 2020. Or vous avez vu que le choc démographique sur la dépendance se produira plutôt vers 2030. En me fondant sur les mêmes hypothèses très optimistes d'évolution du risque de dépendance, j'ai cherché à faire quelques projections sur le nombre de sujets en institution. J'ai gardé l'hypothèse d'un âge moyen d'entrée en institution se situant entre 80 et 85 ans, comme en 1995–1996. J'ai raisonné sur des âges homologues pour le risque de dépendance et j'ai posé comme hypothèse que la population âgée dépendante allait évoluer dans le temps au même rythme que la population ayant atteint ou dépassé ces âges d'entrée dans la dépendance. Je retrouve à l'horizon 2020 les 30 % d'augmentation de la population âgée dépendante donnés par l'Insee. Mais si je déroule le choc du « baby-boom », je suis à 90 % d'augmentation en 2040, autrement dit un quasi-doublement.

DES ARBITRAGES DOULOUREUX SONT INÉVITABLES

Je voudrais, en conclusion, dire que je ne vois pas comment éviter des arbitrages douloureux dans le futur. Je suis désolé de revenir à ce type de propos, mais des arbitrages vont devoir être rendus entre les dépenses consacrées à la dépendance ou à la santé d'une façon générale et les autres dépenses. Une étude – à laquelle j'ai eu

le plaisir de participer – a montré que pour absorber le choc du vieillissement démographique futur à l’horizon 2045–2050, il faudrait, à législation inchangée, soit majorer de 50 % les taux de cotisation de l’assurance maladie, soit diminuer de 40 %, dans le scénario médian, les remboursements selon l’âge. Encore faut-il souligner que ces calculs ont été faits en 1995 et que l’on n’avait pas intégré l’effet de la dépendance dans les dépenses de santé... Il va pourtant bien falloir arbitrer sur les dépenses pour la santé, ou plus particulièrement pour la dépendance. Pour éviter par exemple que l’on ait demain, à l’horizon de 2020–2030 ou au-delà, un vieillissement trop important, il va falloir envisager ce que Alfred Sauvy appelait des « investissements démographiques ». Il ne suffit pas, pour limiter l’ampleur du vieillissement futur, de souhaiter que la fécondité remonte à 2,1. Comment remontera-t-elle ? Par miracle ? En claquant dans les doigts ? Non, certainement pas. Les investissements démographiques représentent un premier arbitrage. Deuxième type d’arbitrage, ce sont les autres dépenses liées au vieillissement, je veux parler des retraites. Or, sur l’agenda politique, la question de la retraite est, aujourd’hui en tout cas, plus brûlante que celle de la dépendance. Tout ce qui sera dépensé ou prélevé pour la retraite ou pour les autres investissements que vous imaginez, sera indisponible pour la santé et la dépendance.

Puisqu’il est question de répartition ou d’arbitrage, je pose comme un des défis à relever l’égalité d’accès à ce que j’appelle l’immortalité. Je m’explique. Alain Parant, chercheur à l’Ined, a un emploi garanti parce qu’il appartient à un établissement public à caractère scientifique et technique et qu’il a opté en 1988 pour la fonction publique. Il a des rémunérations qui, sans être mirobolantes, lui permettent néanmoins de faire face à sa consommation. En amont de cette rémunération, il fait face à ses prélèvements obligatoires et il peut y ajouter ce qui est dû à une mutuelle et éventuellement – ce n’est pas le cas, mais éventuellement, il pourrait le faire – de l’assurance. Dans ces conditions, Alain Parant a la quasi-assurance d’avoir un accès à l’immortalité, parce qu’il y a quelqu’un qui va payer pour lui. Il pourra aller voir autant de fois qu’il le voudra son généraliste et tous les spécialistes que son généraliste lui demandera d’aller voir. En revanche, quid de celui qui aura une carrière relativement incomplète, avec des passages dans l’activité suivis de temps morts, etc. ? Cela me paraît être un immense défi à relever en relation avec le vieillissement démographique. Un défi démographique auquel la société française est relativement très mal préparée : il suffit de voir le retard que l’on a pris dans les questions relatives au financement et à la pérennité du système de retraites. C’est un problème que, malheureusement, il va falloir affronter sans aucune marge de manœuvre. C’est ce que, par analogie au jeu d’échecs, Bertrand de Jouvenel, dans son « Art de la conjecture », avait appelé « le coup forcé », c’est-à-dire le dos au mur.