

Démographie, vieillissement et politiques sociales

CASES Chantal*

Introduction

Il me semble utile, pour lancer cette conférence introductive, de revenir sur les objectifs du colloque auquel nous allons assister ainsi que sur quelques définitions. Pourquoi, jusqu'à quel point, et comment s'intéresser aux relations entre démographie et politiques sociales ? La réponse à la première question paraîtra sans doute évidente à tous les démographes présents : parce que la démographie est largement, et peut-être de plus en plus, mobilisée dans l'élaboration des politiques sociales. Et cela, bien au-delà du cadre des politiques familiales ou migratoires qui constituent le cœur traditionnel de ce qu'il est convenu d'appeler les politiques de population, c'est-à-dire les mesures destinées à exercer une influence sur les effectifs, la croissance, la composition ou la répartition de la population. Peut-être d'ailleurs aussi parce que les politiques de population au sens classique montrent leurs limites à ce stade de la transition démographique, au moins dans les pays développés, au point que l'on peut s'interroger sur la nécessité de prendre des mesures spécifiques en la matière, ou plutôt d'intervenir dans des domaines plus vastes. Je vous renvoie ici à la récente contribution de Jacques Vallin dans *Populations et sociétés*, qui montre, s'il en était besoin, que les démographes savent utilement remettre en questions l'usage qui est fait de leur science !

Les politiques sociales recouvrent, en effet, des domaines très larges : ceux des interventions des pouvoirs publics dans le domaine du social. Cela va du droit (droit de la personne, du travail, de la famille, de la santé, du logement...) et de la mise à disposition de services (assainissement, santé, éducation, transports...) à la mise en œuvre de la solidarité entre citoyens à travers la protection sociale.

Même Wikipédia le dit dès la première page de son entrée « démographie » : « La démographie se trouve [...] au centre [...] des politiques sociales de nombreux pays, notamment pour les systèmes d'assurances sociales, dont les prévisions reposent sur l'anticipation du nombre d'individus par classe d'âge : jeunes, population active, retraités, calculables grâce aux taux de natalité, de mortalité, de fécondité entre autres. »

C'est effectivement la première question à laquelle nous sommes tous confrontés en tant qu'experts : celle de la mise à disposition de projections à moyen et long terme sur la taille et la structure de la population afin de cadrer les prévisions de besoins d'équipements ou de dépenses sociales à venir, à

* INED.

anticiper sur les nécessaires évolutions de la législation. Il y a déjà là un apport non négligeable des démographes, y compris en matière de lutte contre les idées reçues, comme j'essaierai de le montrer à propos de la question qui nous mobilise le plus sans doute en France ces dernières années, celle du vieillissement de la population et de ses conséquences.

Mais bien entendu, ce n'est pas la seule question à laquelle nous sommes confrontés. Puisque les politiques sociales peuvent avoir en retour des conséquences sur les comportements démographiques, nous sommes aussi concernés par l'évaluation des effets de ces politiques et de leurs limites, éventuellement de leurs effets pervers. Les apports de la démographie, et plus généralement des sciences de la population, sont appréciables en la matière, et j'essaierai d'en donner quelques exemples. Notamment parce que nous savons aller au-delà des questions que l'on nous pose en interrogeant, par exemple, les inégalités sociales et de genre là où ce n'est pas nécessairement évident pour les pouvoirs publics, et parce que nous savons replacer les questions posées dans une perspective longue qui est une des « marques » de fabrique de la démographie (la « petite aiguille » de Sauvy¹...), mais qui n'est pas celle que les promoteurs des politiques publiques envisagent le plus naturellement, car le « temps politique » est plutôt court. Sans doute aussi parce que la démographie, dont les effectifs de chercheurs sont peu nombreux, a su depuis longtemps s'associer à d'autres disciplines : histoire, géographie, sociologie, sciences de la vie, mathématiques, économie... dans une pratique réellement interdisciplinaire, permettant d'ouvrir le regard. Je donnerai également des exemples de développements qui ont, je crois, permis de faire avancer la réflexion au-delà des questions de base posées aux démographes sur quelques grands domaines de politiques sociales : retraite, santé, dépendance.

Et il faut bien dire qu'en retour, les politiques sociales adressent à nos disciplines un certain nombre de questions et de défis, qui sont autant de perspectives de recherche pour les années à venir, et qui nécessitent parfois de reformuler nos hypothèses, de conforter et développer nos outils et nos méthodes. Là encore, j'utiliserai la question du vieillissement et l'exemple de la France pour illustrer ces défis et ces besoins². Mais bien évidemment, la question du vieillissement est générale, y compris ici, en Afrique, où elle représentera un défi majeur pour les prochaines décennies.

La démographie dans l'élaboration des politiques sociales

En France, en raison d'une situation particulièrement favorable de la natalité au regard de la situation européenne, et bien que les politiques familiales restent un sujet de choix porté à l'expertise des démographes, ce sont en effet surtout les conséquences du vieillissement démographique qui questionnent les politiques sociales. Il est inutile de développer en détail les éléments de cadrage qui sont bien connus des démographes présents ici : la France se caractérise par le maintien d'un taux de fécondité proche du seuil de remplacement des générations, ainsi que par une espérance de vie élevée et en progression. L'excédent naturel est donc important et la croissance soutenue de la population lui est imputable à 80 %. Pourtant, le vieillissement de la population française est

¹ « La petite aiguille de la montre est la plus importante, mais elle paraît immobile. La lenteur des phénomènes démographiques les charge de conséquences, tout en les déroband à l'attention des contemporains. »

² Sur les relations entre protection sociale, démographie et vieillissement et en France, une très utile synthèse figure dans Elbaum, 2011.

inévitables, même s'il sera moins marqué que chez nombre de ses voisins européens. Sur la longue période, il a d'abord été induit par la baisse de la fécondité et l'amorçage précoce en France de la transition démographique ; et résulte maintenant pour l'essentiel de l'allongement continu de l'espérance de vie aux âges élevés, donc par le haut de la pyramide des âges. Il est aussi, et pour les prochaines décennies, amplifié par le contrecoup temporaire du baby-boom, dont les générations plus nombreuses, après avoir entraîné temporairement un rajeunissement de la population et masqué aux non-spécialistes la tendance de fond du vieillissement, atteignent à leur tour, peu à peu, l'âge de la vieillesse.

Faire œuvre pédagogique sur les projections démographiques

Les dernières projections de population active pour la France (Blanpain *et al.*, 2010) conduisent à un quasi-doublement du ratio de dépendance des personnes âgées (60 ans et plus rapportés aux 20-59 ans) à l'horizon 2050 (de 40 % en 2007 à 69 % en 2060). Il faut rappeler à ce titre que l'âge actuel de cessation d'activité était en 2008 en moyenne de 59 ans, même si l'âge minimum légal de départ à la retraite est plus élevé (62 ans pour les générations les plus récentes). On anticipe une forte hausse des plus de 60 ans jusqu'en 2035, date à laquelle les générations du baby-boom commenceront à atteindre 90 ans, puis une hausse plus modérée. Il faut également mettre en avant l'évolution très rapide des effectifs des « plus vieux parmi les vieux » : dans le scénario central, le nombre des 75 ans et plus devrait plus que doubler à l'horizon 2060 (de 5,2 à 11,9 millions), et celui des 85 ans et plus devrait presque quintupler (de 1,3 à 5,4 millions). C'est à partir de 2026 que l'effet du baby-boom se fera le plus sentir. Les enjeux de protection sociale autres que la retraite, tels que la prise en charge de la dépendance, seront ici majeurs.

Ce vieillissement annoncé, et largement engagé, pose évidemment des contraintes importantes en matière de ressources et de dépenses de protection sociale. Il est donc naturel que les promoteurs des politiques sociales tiennent compte de cette perspective. Cela a été largement le cas, ces dernières années, lorsque s'est engagée la réflexion autour d'une nécessaire réforme du système de retraite par répartition, mais aussi du développement de la protection sociale en matière de dépendance ainsi que de la soutenabilité du système d'assurance maladie. Pas un rapport public sur ces questions ne commençait évidemment sans faire état des projections démographiques, la transformation de la structure par âge de la population prenant d'ailleurs largement le pas, dans le débat public, sur la croissance totale de la population, alors que celle-ci est aussi porteuse de dépenses supplémentaires.

Les démographes se sont attachés, à juste titre, dans leurs expertises, à faire œuvre pédagogique non seulement sur les éléments de cadrage attendus (nombre d'individus par classes d'âges), mais aussi sur les facteurs d'évolution et la robustesse de leurs prévisions. Le message essentiel a été de faire comprendre l'inertie des phénomènes démographiques et l'inévitabilité du phénomène de vieillissement, dans une perspective de long terme, en ordonnant et en décomposant les facteurs à l'origine du vieillissement, et en montrant le peu d'effet à attendre des « politiques de population » en la matière.

Même si le débat scientifique n'est pas clos sur l'existence d'un seuil limite à la durée de vie humaine, la tendance à la hausse de l'espérance de vie est en effet largement déterminée à moyen terme et c'est le facteur déterminant du vieillissement démographique en France. Les projections de population ont d'ailleurs en général sous-estimé sa croissance d'un exercice à l'autre (Blanchet et Le Gallo, 2008).

Dans un second temps, il a été rappelé que, même si des politiques publiques peuvent au moins transitoirement influencer sur la fécondité, celle-ci est en France à un niveau déjà élevé par rapport à ses voisins européens : l'indice conjoncturel de fécondité y était ainsi en 2010 de 2 enfants par femme, alors qu'il n'était que de 1,4 en Allemagne et en Italie. Les travaux menés par Calot et Sardon (1999) indiquent qu'il aurait fallu que l'indicateur de fécondité se maintienne à des niveaux très élevés (3,5 enfants par femme) pour freiner l'évolution du vieillissement depuis 1946. Il est peu vraisemblable qu'une politique familiale, même très active (elle est d'ailleurs déjà très ambitieuse et diversifiée en France) puisse durablement relever la fécondité à ce niveau. L'enjeu est plutôt de maintenir une politique qui continue de donner aux couples des conditions favorables à la réalisation de leurs intentions de fécondité, comme c'est le cas actuellement et depuis longtemps, notamment en mettant à disposition des équipements et des aides permettant de concilier au mieux vie familiale et vie professionnelle.

Enfin, il leur a fallu montrer qu'augmenter les flux migratoires ne pourrait pas être une solution à la hauteur de l'enjeu. C'est d'autant plus nécessaire que le rôle des flux migratoires sur l'accroissement de la population est généralement surestimé dans le grand public en France, alors que le solde migratoire n'y contribue que pour 1/5 tout au plus. Le niveau des « migrations de remplacement » qu'il faudrait pour freiner le vieillissement serait très élevé et devrait se poursuivre sur une longue période, les migrants finissant aussi par vieillir. L'exercice mené par la Division de la Population à l'ONU en 2000 indique ainsi que pour maintenir le ratio de dépendance à son niveau de 1995, la France aurait besoin de 2 millions de migrants par an d'ici 2050, soit 90 millions sur la période. Sans aller aussi loin que cet exercice, dont la méthodologie a d'ailleurs été contestée et qui s'apparente à vouloir remplir le tonneau des Danaïdes (Leridon, 2000), les simulations de solde migratoire d'ampleurs diverses ont relativement peu d'impact sur le ratio de dépendance démographique. Par ailleurs, en raison d'un vieillissement dans les pays du Sud qui sera plus rapide que dans ceux du Nord (Pison, 2009), et des besoins encore supérieurs de nos voisins européens, on peut s'interroger sur le « réservoir » de migrants potentiels en provenance de ces pays, et sur les conséquences pour le Nord et le Sud de migrations massives. Cette œuvre pédagogique sur la dynamique démographique n'est jamais acquise et c'est une tâche permanente des démographes que de poursuivre ce travail de conviction.

Une fois acquise l'idée de l'inéluctabilité du vieillissement, il s'agit de documenter les questions qu'il pose sur les ressources de la protection sociale, ainsi que sur les besoins et les modalités de financement, sans surestimer le rôle de la démographie parmi les contraintes adressées aux politiques sociales. Nous verrons en effet que dans certains cas, par exemple en matière de dépenses de santé, la contrainte démographique a bon dos et peut facilement camoufler l'importance de contraintes et de décisions d'une tout autre nature.

Vieillesse, revenus et ressources pour la protection sociale

L'évolution démographique peut influencer sur les ressources de la protection sociale, soit directement, soit à travers ses conséquences sur l'activité et la richesse, conséquences dont l'ampleur, et même parfois le signe, restent un sujet de débat scientifique. La taille et la structure de la population influent potentiellement sur la taille de la population active, la productivité du travail, le partage consommation-épargne... Je ne m'étendrai pas beaucoup sur ce point, mais ce débat a été illustré en France grâce, par exemple, à la contribution de deux démographes français de renom, François Héran et Didier Blanchet, qui, avec

l'économiste Michel Aglietta, ont produit un rapport pour le compte du Conseil d'analyse économique, destiné en 2002 au premier ministre de l'époque et consacré aux incidences économiques du vieillissement (Aglietta *et al.*, 2002). Ils concluent que le vieillissement ne devrait pas empêcher la croissance du revenu moyen. En revanche, ils notent que le vieillissement est porteur de tensions sur le partage de ce revenu et que le seul effet incontestable des évolutions démographiques de la France est bien l'alourdissement de la charge des retraites et des dépenses de dépendance.

Les effets attendus du vieillissement sur la croissance dépendent en effet largement de l'évolution de la productivité du travail, et même avec des scénarios très différenciés de profils de productivité par âge, les conséquences en termes de productivité par tête restent peu différenciées. Par ailleurs, si les plus âgés consomment le patrimoine accumulé antérieurement dans leur cycle de vie, le vieillissement pourrait en théorie se traduire par moins d'épargne, et donc moins d'accumulation et de croissance à long terme, et davantage de consommation à court terme, avec un effet stabilisateur sur la demande. Mais les analyses empiriques ne mettent pas en évidence le lien attendu entre taux d'épargne et âge : selon l'interprétation que l'on peut donner à ce phénomène, l'effet du vieillissement sur le taux d'épargne des ménages sera négatif ou nul. D'autres analyses (Cadiou, Genet, Guérin, 2002) mettent en évidence les complexités des liens entre évolution démographique et marché du travail, qui conditionnent en partie en France le financement de la protection sociale. Ils confirment que les effets indirects via le marché des biens ou l'épargne, sont en réalité de très faible ampleur. Quant aux effets directs, via l'offre et la demande de travail, ils dépendent largement de la régulation du marché du travail et du type de chômage existant, et en tout état de cause, la baisse attendue de l'offre de travail liée au vieillissement n'apparaît pas être la solution au chômage de masse. Ces conclusions semblent largement confirmées par les faits aujourd'hui, en période de crise : le départ à la retraite des premières cohortes issues du baby-boom ne s'est pas accompagné d'une baisse du chômage.

Vieillissement et dépenses sociales : des contraintes d'ampleur variable selon les risques

Les conséquences du vieillissement en matière de besoins et de dépenses sociales sont plus claires et indéniables, mais d'ampleur variable selon les risques. Il a été mis en avant, à plus ou moins juste titre, dans la réflexion sur trois grandes catégories de prestations : santé, retraites, dépendance.

Les politiques de retraite sont bien évidemment très concernées par le vieillissement démographique. En France où le système de retraite est basé sur la répartition, c'est-à-dire la mutualisation du risque entre actifs et retraités, la contrainte démographique intervient à la fois par la taille de la population active et le nombre de retraités au regard du nombre d'actifs. J'ai dit précédemment que les effets du vieillissement sur la taille de la population active n'étaient pas aussi simples qu'on l'imaginait. En revanche, le nombre des retraités, à législation constante, augmente bien évidemment avec le vieillissement lié à l'allongement des durées de vie et amplifié par les conséquences du baby-boom.

Mon propos n'est pas ici de décrire en détail les réformes du système de retraite français, mais plutôt de réfléchir sur le rôle joué par les démographes dans leur élaboration. Pour organiser le débat et l'expertise autour des nécessaires réformes du système de retraite engendrées par le vieillissement, le gouvernement a choisi de créer en 2000 une structure pluraliste et permanente, le Conseil d'orientation des retraites (COR), associant des parlementaires, des représentants des partenaires sociaux, des représentants de l'État, et quelques experts. Il a pour mission d'assurer le suivi et l'expertise concertée de notre

système d'assurance vieillesse et de faire en continu des propositions d'évolution du système. Parmi les quelques experts du conseil figurent un démographe bien connu, Didier Blanchet, des économistes, un ergonome... Le COR a produit depuis sa création de nombreux rapports très étayés qui ont largement contribué à éclairer le débat public sur les contraintes et les marges de manœuvre du système, comprenant notamment des simulations précises afin d'éclairer les choix possibles. Ceux-ci reposent sur trois paramètres essentiels : l'âge de départ à la retraite, la durée de cotisation permettant de bénéficier d'une pension complète et le taux de remplacement assuré par le système entre salaire d'activité et pension de retraite.

Ces rapports ont mobilisé de nombreuses administrations et chercheurs. Les démographes de l'INSEE et certains chercheurs de l'Ined ont contribué à leur production. Aujourd'hui encore, le responsable des études du COR est chercheur associé à l'Ined. Tout ce travail a permis de montrer à la fois l'importance des contraintes démographiques sur le système, mais aussi de les relativiser en détaillant l'étendue et l'importance des contraintes de nature économique (niveau de chômage, évolution de la productivité du travail, évolution des carrières salariales au fil des générations...), autant que la diversité des choix possibles en matière de réforme. Finalement, comme toujours en termes de politiques sociales, ce sont avant tout les choix collectifs qui déterminent l'évolution du système, sous contraintes démographiques et économiques. Il est important que ces contraintes soient justement évaluées, mais ni surestimées, ni sous-estimées.

Il est important également que les chercheurs puissent apporter au débat des éléments plus fouillés que les projections démographiques. En matière de retraite, deux éclairages majeurs ont été apportés par les démographes, en particulier à l'Ined : la mesure d'inégalités sociales d'espérance de vie et d'espérance de vie en santé, qui posent des questions à la fois sur la possibilité des catégories les plus défavorisées à pouvoir poursuivre leur activité jusqu'à l'âge légal de la retraite ; les inégalités de genre en matière de retraite, induites notamment par les inégalités entre hommes et femmes en matière de carrière professionnelle et de répartitions des rôles familiaux.

Il est connu depuis de longues années que les différentes catégories sociales sont inégales devant la maladie et la mort : l'écart d'espérance de vie à 35 ans entre cadre et ouvrier est aujourd'hui en France de 7 ans chez les hommes et 3 ans chez les femmes (Monteil et Robert-Bobée, 2005). Chez les hommes, ces 7 années équivalent à l'allongement de la durée de vie à 35 ans depuis les années 50. Ces écarts semblent s'aggraver au cours du temps et la France est, avec la Finlande, le pays de l'Europe des quinze où les inégalités sociales de mortalité prématurée sont les plus fortes (Mackenbach *et al.*, 2008). Plus qu'une opposition entre catégories sociales extrêmes, on observe en réalité une diminution graduelle du risque de décès tout au long de la hiérarchie sociale, et ce, sans aucun effet de seuil. Ce phénomène est connu sous le terme de « gradient social de mortalité ». Les épidémiologistes et spécialistes de la santé publique s'accordent à penser que les causes de ces inégalités sont multifactorielles : comportements et modes de vie, intensité des liens sociaux et conditions de vie dans l'enfance, usage du système de soins, mais aussi les conditions de vie et de travail, le statut d'occupation (Leclerc *et al.*, 2008 ; Goldberg *et al.*, 2002). La définition de politiques de réduction de ces inégalités sociales de santé est une question qui commence, avec beaucoup de retard sur d'autres pays, à prendre de l'ampleur en France. Celle de la possible compensation des inégalités de mortalité par le système de retraite est posée depuis plus longtemps et également à juste titre, précisément parce que les conditions ou la « pénibilité » du travail sont partiellement à l'origine de ces inégalités d'espérance de vie.

Ces inégalités d'espérance de vie se doublent d'inégalités plus fortes encore selon le nombre d'années vécues en bonne santé, au point qu'on a pu parler de « double peine » des ouvriers (Cambois *et al.*, 2008b). Par exemple, un cadre de 35 ans peut espérer vivre en moyenne sans incapacité 73 % de son espérance de vie totale déjà plus longue, contre seulement 60 % pour un ouvrier. En 2003, un cadre de 50 ans, homme ou femme, avait 9 ans de gain d'espérance de vie en bonne santé par rapport à un ouvrier de même sexe. Ces inégalités persistent au cours de la retraite, pendant laquelle les plus qualifiés restent avantagés. On les retrouve pour différentes dimensions de la santé, telles que les maladies, troubles fonctionnels ou dépendance. Les chances de connaître des années de bonne santé au cours de sa retraite sont donc inégales, en partie en lien avec les conditions d'activité et de travail. De plus, le risque de ne pas atteindre l'âge de la retraite en bonne santé, et en conséquence la participation même au marché du travail, varie selon la catégorie sociale, les conditions de travail ou encore les dispositifs mis en œuvre³. Et les dernières années d'activité semblent critiques au regard de la santé particulièrement dans les professions aux conditions de travail difficiles (Westerlund *et al.*, 2009). Ainsi, les comportements de cessation d'activité, largement déterminés par l'état de santé, sont très clairement différenciés entre sexes et avec une hiérarchie sociale conforme à celle des espérances de vie en bonne santé (Barnay, 2005). L'âge moyen de cessation d'activité s'établissait à la fin des années 90 à 57 ans pour les ouvriers et à 53,8 ans pour les ouvrières. Il était respectivement de 59,5 et de 57,3 ans pour les hommes et les femmes cadres.

Au bout du compte, les disparités d'espérance de vie posent plusieurs problèmes pour la politique sociale en matière de retraite : des problèmes d'équité du système, mais aussi des questionnements sur la possibilité réelle pour certaines catégories de poursuivre leur activité jusqu'à un âge légal de cessation d'activité repoussé dans le temps et donc de pouvoir prétendre à une pension de retraite complète.

Entre hommes et femmes également, les inégalités sont marquées. Les écarts de montants de pension sont importants : en 2004 les femmes retraitées percevaient en moyenne 60 % de la pension des hommes retraités (COR, 2008). Cela est dû à un taux d'activité inférieur pour les femmes, bien qu'il se rapproche au fil des générations, à des carrières plus courtes et plus heurtées (cessations d'activité précoces, interruptions pour élever les enfants, chômage plus fréquent, temps partiel contraint ou choisi plus fréquent), mais aussi, toutes choses égales par ailleurs, à la persistance d'un différentiel notable de salaire entre sexes, qui a connu une baisse mais semble se stabiliser aujourd'hui autour de 20 % au détriment des femmes pour les emplois à temps complet.

Le système de retraites français a prévu certains compléments spécifiques de pensions pour les parents (parfois seulement les mères) de manière à compenser les charges et temps d'éducation des enfants, ainsi que le bénéfice d'une partie de la pension de l'ancien conjoint pour les veufs ou veuves. Ces compléments bénéficient surtout aux femmes et réévaluent notablement leurs pensions. Cependant, la compensation est partielle : les chercheurs en démographie économique ont pu montrer que les mères de trois enfants nées avant-guerre avaient une pension inférieure de 15 % à la moyenne des pensions féminines, alors que celles qui n'avaient aucun ou un seul enfant percevaient 25 % de plus que la moyenne. Par ailleurs, ils ont alerté sur la nécessaire anticipation, dans la législation, des transformations du couple et de la famille (part croissante des unions hors mariage, ruptures d'union...). Là encore,

³ Cf. articles du dossier spécial du numéro 59 de *Retraite et société*, août 2010.

les choix à effectuer seront de nature politique, mais la contribution des démographes sera précieuse pour les préparer et les évaluer.

L'avenir du système de santé est un autre exemple intéressant d'apport de la démographie et des sciences sociales au débat public. En effet, le rôle du vieillissement dans les contraintes adressées au système d'assurance maladie est généralement très surestimé dans le débat sur le financement de la protection sociale. Dans ce cas, démographes, épidémiologistes et économistes ont œuvré de concert pour clarifier les véritables enjeux et leurs recherches ont été reprises en compte par le Haut Conseil mis en place, selon la même configuration que le COR, pour réfléchir à l'avenir de l'assurance maladie, conseil auquel j'ai moi-même participé en tant qu'experte pendant plusieurs années.

Depuis des décennies en effet, la France, comme les pays développés, connaît à la fois un formidable allongement de la durée de la vie et une forte croissance des dépenses de santé, dans le cadre d'un système de santé original, financé en grande partie par l'assurance publique, mais comportant une part non négligeable de professionnels et d'assureurs complémentaires privés. Le sens commun relie ces deux évolutions dans les deux sens : c'est la médecine qui a fait progresser la longévité et c'est le vieillissement qui, en retour, risque de faire implorer un système de santé explosant sous les charges.

En réalité, ces deux assertions méritent de sérieuses nuances.

Dans une perspective historique, les démographes savent bien que l'amélioration de la durée de vie humaine est multifactorielle, et que les progrès de la médecine n'y ont contribué que pour partie, et de manière variable selon les périodes (Meslé, Vallin, 2002). Les premiers progrès en matière de mortalité ont résulté de l'amélioration quantitative et qualitative de l'alimentation observée à partir du XVIII^e siècle en Angleterre et en France. Pendant le XIX^e siècle et le début du XX^e siècle, le recul de la mortalité, surtout due au recul des maladies infectieuses et respiratoires, est porté également par les progrès de l'hygiène, du développement des services publics de l'eau et de l'assainissement, mais aussi le développement du système public d'éducation. À partir du milieu du XX^e siècle, le développement des systèmes de protection sociale a favorisé la généralisation de progrès médicaux majeurs : vaccinations et antibiotiques. Le recul des maladies cardio-vasculaires, dans l'étape suivante, tient à la fois au progrès des traitements et de l'organisation des soins médicaux, mais aussi au développement de la santé publique et de la prévention. Les conséquences favorables de la plus grande attention portée à la vie quotidienne des personnes âgées suite à la vague de décès lors de la canicule de 2003 constituent un exemple caractéristique. Les politiques publiques sont bien davantage mobilisées que les soins dans la récente réduction de la mortalité liée aux « maladies de société » comme la mortalité routière.

Pour ce qui concerne la montée des dépenses, le fait que les coupes transversales montrent que les dépenses de santé augmentent nettement avec l'âge, appliqué mécaniquement à une structure par âges de population vieillissante, laisse le champ libre aux Cassandre prédisant l'asphyxie prochaine du système d'assurance maladie. Or les études économétriques montrent des effets modestes des variables démographiques sur les périodes passées, la croissance de la population ayant d'ailleurs autant d'impact que l'évolution de la structure par âge sur les années récentes. Et les projections sont tout aussi rassurantes. Elles convergent en effet vers un effet démographique de 0,7 point de croissance moyenne par an des dépenses de santé dans les vingt prochaines années, au sein duquel la déformation de la pyramide des âges – c'est-à-dire le « vieillissement » proprement dit – pèse pour 0,4 à 0,5 point : soit de l'ordre du dixième de la hausse moyenne annuelle de la consommation de soins et de biens médicaux.

Pourquoi cette idée (en grande partie) fautive ? Parce qu'un raisonnement mécanique oublie des facteurs essentiels : la concentration des dépenses de santé dans la dernière année de vie, à des niveaux d'ailleurs inférieurs pour les décès aux âges élevés qu'aux âges intermédiaires (CNAMTS, 2003), l'évolution de l'état de santé de la population, le rôle essentiel du progrès technique et de l'organisation des soins. En réalité, ce sont ces derniers facteurs qui expliquent la plus grande partie de la hausse des dépenses (Polton, Sermet, 2006). Et les économistes ajoutent que l'efficacité de ces dépenses est croissante et que les bénéfices tirés de l'allongement de la vie et de l'amélioration de la qualité de vie dépassent largement les coûts engagés (Dormont, 2009). De plus, si le vieillissement est inéluctable, les décisions en matière d'organisation des soins et de régulation de l'offre, dans un contexte de progrès médical, peuvent générer des scénarios de dépenses très différenciés. Par exemple, l'analyse des hospitalisations de court séjour révèle que le nombre de journées d'hôpital a baissé entre 1998 et 2004 (Mouquet, Oberlin, 2008). Pourtant, la prise en compte de la seule évolution démographique observée durant cette période aurait dû conduire à une augmentation. Différents scénarios de projection montrent qu'à situation identique, lits et journées d'hospitalisation augmenteraient de plus d'un tiers en 2030, alors qu'une amélioration des pratiques de soins et de prévention reposant sur des hypothèses d'expert de diffusion du progrès médical et des modes d'organisation exemplaires ferait plus que compenser l'effet du vieillissement. Là encore, cela laisse toute la place à des choix collectifs éclairés en matière de politiques de santé.

On s'attend également à ce que le vieillissement ait des conséquences importantes sur les besoins de prise en charge de la dépendance des personnes âgées, avec un calendrier un peu plus tardif que celui des tensions sur le système de retraite : c'est lorsque la génération du baby-boom atteindra 75 à 80 ans, à partir de 2020-2025, que l'accélération temporaire du vieillissement se fera sentir ; mais la tendance de fond est déjà perceptible et suscite discussion. En 2011, un grand débat national sur la dépendance a été conduit en France afin d'anticiper les besoins et prévoir des évolutions de politique sociale adaptée à ces évolutions. Là encore, les démographes ont été très mobilisés.

Comme pour les retraites, ils l'ont d'abord été pour la réalisation de projections de personnes dépendantes, mais surtout pour la discussion autour des hypothèses fondant les différents scénarios de ce modèle. Elles sont plus complexes que pour les retraites, puisqu'il faut à la fois formuler des hypothèses sur l'allongement de la vie, et donc le nombre de personnes très âgées, mais aussi sur l'état de santé fonctionnelle de ces personnes. La mesure régulière et la comparaison internationale des espérances de vie sans incapacité ont considérablement progressé depuis la mise en place du réseau REVES, au sein duquel les démographes de nombreux pays se sont fortement mobilisés. Cela a permis la mise en évidence récente d'un ralentissement des gains d'espérance de vie sans incapacité chez les femmes entre 50 et 65 ans en France, alors que jusqu'à présent les gains d'espérance de vie en santé avaient été permanents (Sieurin, Cambois et Robine, 2011), ce qui à la fois a eu pour conséquence le choix d'hypothèses plus prudentes dans les dernières projections et l'ouverture de nouvelles questions de recherche autour de la robustesse et de l'explication de cette possible rupture de tendance.

Là encore, la contribution des démographes et socio-démographes ne s'est pas limitée à ce rôle essentiel dans les projections de population dépendante. Ils ont aussi beaucoup à dire sur la réalité et l'avenir possible des relations intergénérationnelles et du rôle des proches dans l'aide aux personnes dépendantes. Ici l'apport des projets européens Félicie (Gaymu *et al.*, 2008), puis Maggie, s'est révélé essentiel (Bonnet *et al.*, 2011). Au-delà des nombres de personnes dépendantes, ils ont permis de faire des

hypothèses sur leur contexte familial actuel et futur et de mettre en évidence les disparités de situation entre hommes et femmes, aussi bien en tant qu'aidé qu'aidant. En résumé, du fait de leur surnombre, parce qu'elles vivent plus longtemps que les hommes et sont plus souvent qu'eux en situation de dépendance aux grands âges, les femmes sont aujourd'hui les principales bénéficiaires de l'aide à domicile. Elles sont également les principales pourvoyeuses d'aide au sein de la famille : ce sont essentiellement elles qui se mobilisent pour aider leurs parents et conjoint. Dans les décennies à venir, la population âgée va s'accroître et les hommes y seront plus nombreux parmi les dépendants et les aidants potentiels ; la proportion de personnes dépendantes sans aidant familial devrait d'ailleurs se réduire, mais une situation nouvelle va se développer : celle des couples doublement dépendants. Il était important d'amener les décideurs politiques à comprendre cette évolution, à comprendre que les projections démographiques du nombre moyen d'aidants potentiels ne peuvent suffire à prévoir le volume effectif de l'aide disponible, à réfléchir sur les possibles inflexions du support familial que ces évolutions pourraient générer dans les besoins d'aide professionnalisée : aujourd'hui les hommes recourent davantage que les femmes à l'institutionnalisation ou à l'aide professionnelle pour aider leur conjoint dépendant. Il faut aussi tenir compte des dispositions des futures générations à fournir un tel soutien et des éloignements géographiques, qui risquent de s'intensifier avec le développement des flux et circulations migratoires. De plus, les parents dépendants, eux-mêmes, dans la génération du baby-boom, peuvent être réticents à considérer leurs enfants comme des « aidants naturels », si l'on en juge à leur revendication d'autonomie. Tout cela conduit à préconiser le renforcement de l'aide professionnelle et la création de nouvelles places en institution, tout en rappelant que le support fourni par la famille, surtout en cas de crise, est aussi fonction des politiques sociales. Contrairement à une opinion courante, le bénéfice de prestations sociales n'entraîne pas un désengagement de la famille. Au contraire, plus l'État fournit des aides et plus la famille peut assurer soutien et sécurité à ses membres. Il se produit en réalité une véritable synergie entre les aides privées et les aides publiques. C'est pourquoi les préconisations en direction des politiques sociales sont de renforcer à l'avenir à la fois les mesures d'aide aux personnes dépendantes et les procédures de coopération et d'harmonisation entre les professionnels et les aidants familiaux.

Les politiques sociales : retour sur la démographie

À travers ce bref panorama des contributions des démographes du vieillissement à l'élaboration des politiques sociales, on a pu constater qu'au cours de ce processus de nombreuses questions de recherche, anciennes mais non tranchées ou bien nouvelles, éventuellement à reformuler et à remettre en perspective, sont adressées aux démographes et aux chercheurs en sciences de la population. Par exemple :

- Peut-on s'attendre à une poursuite de l'allongement des durées de vie ? Comment expliquer la rupture de tendance sur les espérances de vie sans incapacité (et est-elle avérée) ? La prolongation de la vie professionnelle est-elle réellement possible pour tous ?
- Quels sont les effets empiriques de la démographie sur l'évolution des niveaux de vie et d'emploi ? Sur l'innovation ? Quels modèles théoriques pour les expliquer ?
- Le système de retraite peut-il (et doit-il) compenser les inégalités de mortalité ? Pour cela, comment explorer les durées de carrière et les durées de vie à la retraite ainsi que les facteurs de l'hétérogénéité en la matière ?

- Comment très concrètement réduire les inégalités de santé et d'espérance de vie ? Y a-t-il des politiques « *evidence based* » en la matière ?
- Quels scénarios de politiques sociales faut-il envisager pour améliorer la prise en charge des personnes âgées dépendantes ? Quels en sont les coûts ? Les avantages ? Peut-on anticiper l'évolution de la place de la famille dans le système ?
- Mais aussi : Comment mieux comprendre les comportements d'épargne des retraités ? Peut-on envisager de nouvelles politiques d'emploi, de financement de la protection sociale, davantage basées sur le cycle de vie ?

Sur tous ces sujets, les chercheurs sont déjà au travail et bien d'autres questions de recherche sont posées, par les politiques et par les chercheurs eux-mêmes, à l'occasion de l'élaboration et de l'analyse des politiques sociales. C'est dire que la recherche démographique orientée vers les politiques sociales a de l'avenir, et le programme fourni de notre colloque en est une preuve supplémentaire.

Références bibliographiques

- Aglietta M., Blanchet D., Héran F., 2002, *Démographie et économie*, 35^e rapport du Conseil d'Analyse Économique.
- Barnay T., 2005, « *Santé déclarée et cessation d'activité* », *Revue française d'économie*, Vol. 20, n° 2, p. 73-106.
- Blanchet D., Le Gallo F., 2008, « *Les projections démographiques. Principaux mécanismes et retour sur l'expérience française* », *Revue Économique*, n° 5.
- Blanpain N., Chardon O., 2010, « *Projections de population à l'horizon 2060 - Un tiers de la population âgé de plus de 60 ans* », *Insee Première*, n° 1320.
- Bonnet C., Cambois E., Cases C., Gaymu J., 2011, « *La dépendance : aujourd'hui l'affaire des femmes, demain davantage celle des hommes ?* », *Population et Sociétés*, INED, n° 483.
- Cadiou L., Genet J., Guérin J.-L., 2002, « *Évolutions démographiques et marchés du travail : des liens complexes parfois contradictoires* », *Économie et statistique*, n° 355-356.
- Calot G., Sardon J.P., 1999, « *Les facteurs du vieillissement démographique* », *Population*, n° 54 (3).
- Cambois E., Laborde C., Robine J.M., 2008, « *La "double peine" des ouvriers : plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte* », *Population et sociétés*, n° 441.
- Cases C., Bonnet C., 2010, « *Vieillesse démographique, durée de vie et retraite* », *Variances*, n° 39, p. 42-47.
- CNAMTS, 2003, Point de conjoncture n° 15 – Juillet, 28 p.
- Conseil d'orientation des retraites, 2008, *Retraites : droits familiaux et conjugaux*, sixième rapport.
- Dormont B., 2009, *Les dépenses de santé. Une augmentation salutaire ?*, CEPREMAP Editions Rue d'Ulm, Février.
- Elbaum M., 2011, « *Protection sociale, démographie et vieillissement* », chap. VI, in *Économie et politique de la protection sociale*, PUF, Quadrige, p. 213-261.
- Gaymu J., Festy P., Poulain M., Beets G., 2008, *Future elderly living conditions in Europe (Felicie) : Who will care for the old-aged people in the next 30 years ? Les cahiers de l'Ined*, 162, 316 p.
- Leclerc A., Kaminski M., Lang T. (eds), 2008, *Inégaux face à la santé : du constat à l'action*, Paris : INSERM/La découverte, 297 p.

- Leridon H., 2000, « *Vieillesse démographique et migrations : quand les Nations-Unies veulent remplir le tonneau des Danaïdes* », *Population et Sociétés*, INED, n° 358.
- Mackenbach J.P., Stirbu I., Roskam A.J.R., Schaap M.M., Menvielle G., Leinsalu M., Kunst A.E., The European Union Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health, 2008, "*Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries*", *The New England Journal of Medicine*, 358, 23, p. 2468-2481.
- Meslé F., Vallin J., 2002, « *La transition sanitaire : tendances et perspectives* », In : G. Caselli, G. Wunsch et J. Vallin. *Démographie : analyse et synthèse*, Paris, Ined, vol. 3 : *Les déterminants de la mortalité*, p. 439-462.
- Monteil C., Robert-Bobée I., 2005, « *Les différences sociales de mortalité : en augmentation chez les hommes, stables chez les femmes* », *Insee Première*, 1025.
- Mouquet M.-C., Oberlin P., 2008, « *L'impact du vieillissement sur les structures de soins à l'horizon 2010, 2020, 2030* », *Études et résultats*, DREES, n° 654.
- Pison G., 2009, « *Le vieillissement démographique sera plus rapide au Sud qu'au Nord* », *Population et sociétés*, INED, n° 457.
- Polton D., Sermet C., 2006 « *Le vieillissement de la population va-t-il submerger le système de santé ?* » *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, n° 5/6.
- Sieurin A., Cambois E., Robine J.M., 2011, « *Les espérances de santé en France : une tendance récente moins favorable que dans le passé* », *Documents de travail*, Ined, 170, 30 p.
- Vallin J., 2012, « *Faut-il une politique de population ?* », *Population et sociétés*, Ined, n° 489.
- Westerlund H., Kivimäki M., Singh-Manoux A., Melchior M., Ferrie J. E., Pentti J., Jokela M., Leineweber C., Goldberg M., Zins M., Vahtera J., 2009, "*Self-rated health before and after retirement in France (GAZEL): a cohort study*", *The Lancet*, 374(9705), p. 1889-1896.