



**CONCOURS INTERNE POUR LE RECRUTEMENT  
D'ÉLÈVES INGÉNIEURS DES TRAVAUX DE LA MÉTÉOROLOGIE**

**SESSION 2018**

\*\*\*\*\*

**ÉPREUVE ÉCRITE OBLIGATOIRE**

**NOTE DE PROBLÉMATIQUE**

Durée : 4 heures

Coefficient : 4

La rigueur, le soin et la clarté apportés à la rédaction des réponses seront pris en compte dans la notation.  
L'utilisation de toute documentation (dictionnaire, support papier, traducteur, téléphone portable, assistant électronique, etc) est strictement interdite.

**Rappel :**

Il est demandé au candidat, sur la base du dossier qui lui est remis et de ses connaissances personnelles, de décrire une situation et d'en soulever les points forts.

Cette épreuve vise à apprécier les qualités rédactionnelles du candidat, sa capacité de raisonnement et à comprendre des textes d'ordre général. Le candidat peut être amené, le cas échéant, à proposer des solutions.

**Consigne :**

***A partir des documents fournis, il vous est demandé de rédiger une note de problématique sur la thématique du vieillissement de la population et des difficultés de prise en charge de la dépendance en France dans les années à venir.***

**Documents joints :**

Document 1 : INED - Evolution de l'espérance de vie eu Europe - Novembre 2011

Document 2 : L'OBS/ Santé - 90 ans d'espérance de vie en 2030 : une étude trop optimiste ? - Février 2017

Document 3 : BEH - Vieillesse et fragilité : approches de santé publique - juillet 2017

Document 4 : Ouest France - Dépendance. Le coût des dépenses pourrait doubler d'ici 2060 - Octobre 2017

Document 5 : Le Monde économie - La France à l'épreuve du grand âge - Janvier 2016

*Cette épreuve comporte 21 pages (page de garde incluse).*

## DOCUMENT 1

INED Institut National des Etudes Démographiques Site internet Novembre 2011

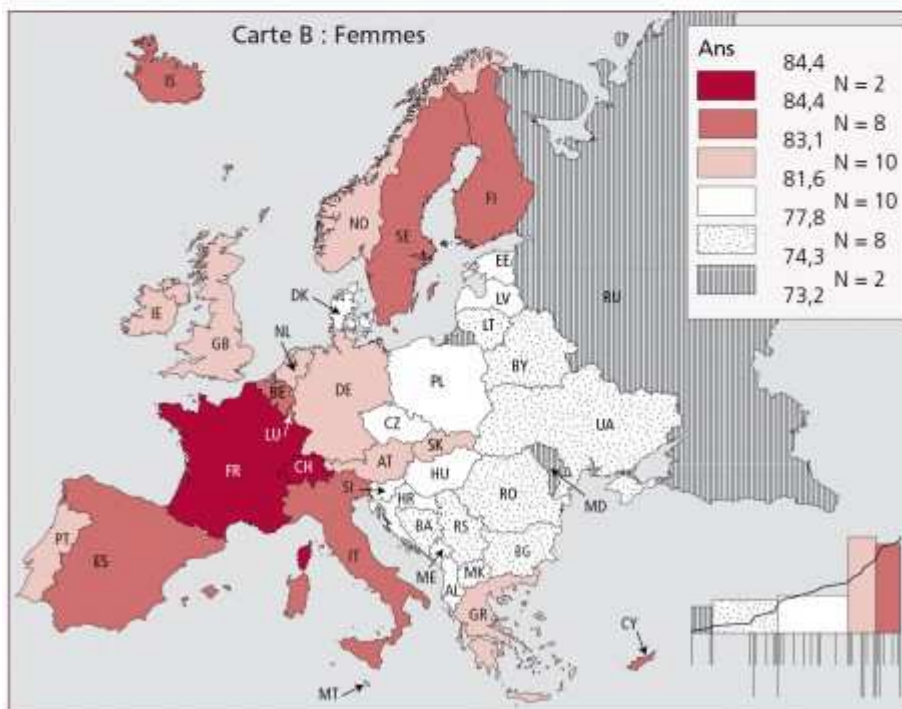
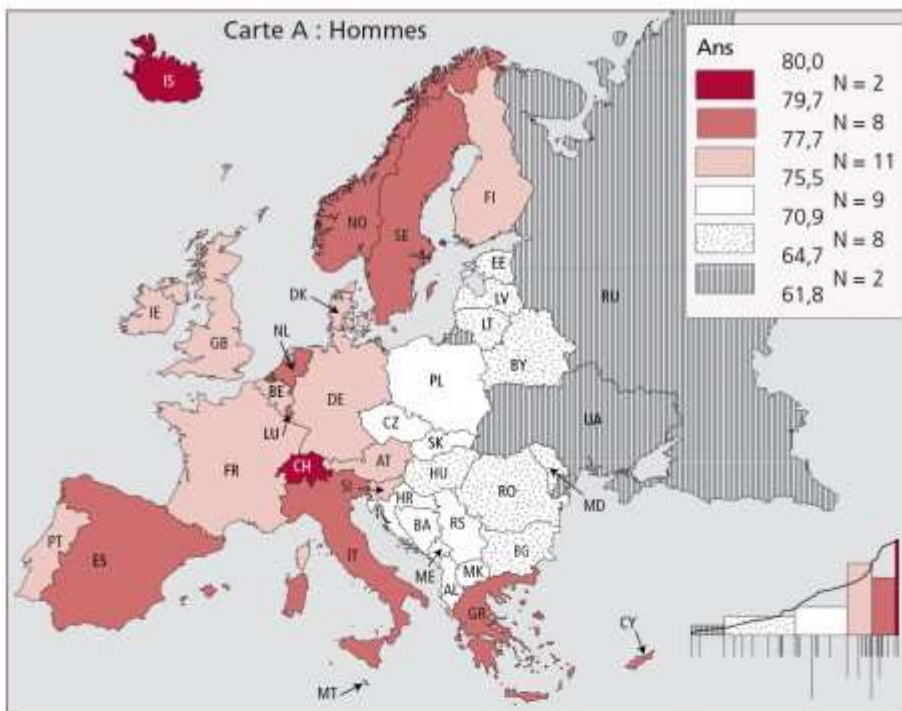
### **Evolution de l'espérance de vie en Europe**

**En 2008 une frontière opposant l'Est et l'Ouest divise la carte Européenne des espérances de vie à la naissance. Cette ligne de fracture était visible dès le milieu des années 1970.**

Depuis l'après-guerre, les progrès sanitaires ont été considérables partout en Europe. Toutefois, au fil des décennies, la carte des espérances de vie européennes s'est profondément modifiée, le rythme de l'amélioration n'ayant pas été similaire pour tous les pays :

- Au début des années 1960 les niveaux de mortalité étaient relativement homogènes en Europe et c'est au Nord que l'espérance de vie à la naissance était la plus élevée et au Sud la plus basse.
- Dans les années 1970, avec la « révolution cardiovasculaire », de nombreux progrès, associant innovations médicales et changements de comportements (meilleure hygiène de vie, alimentation), sont engagés progressivement au Nord, à l'Ouest et au Sud de l'Europe. Les pays de l'Est et du Centre restent à l'écart de cette évolution, en particulier pour les hommes, dont l'espérance de vie à la naissance stagne.
- Dans les années 1980, alors que les progrès se poursuivent à l'Ouest, notamment grâce aux premiers succès de la lutte contre la mortalité par cancer, la situation se détériore encore à l'Est où la transition politique s'accompagne d'une dégradation des systèmes de santé.
- Bien que depuis 1995 la durée moyenne de vie augmente à nouveau dans cette région (Centre et l'Est de l'Europe), le retard vis-à-vis du reste du continent ne se réduit presque pas.
- En outre, durant les dernières décennies, un processus de convergence des espérances de vie masculine et féminine s'est engagé. Les pays scandinaves ont été précurseurs de cette tendance qui s'est ensuite progressivement diffusée dans le reste de l'Europe. Mais les pays de l'Est et la plupart de ceux d'Europe centrale sont, sur ce point également, restés en marge.
- Malgré des histoires différentes, la carte des espérances de vie à la naissance des pays européens reste telle qu'elle était déjà dessinée vers la fin des années 1980, et l'opposition Est-Ouest devrait perdurer durant la prochaine décennie.

## Espérance de vie à la naissance des hommes et des femmes dans les pays d'Europe en 2008



Note : Les données du Royaume-Uni concernent la période 2006-2008.  
Sources : Base de données des pays développés (Ined) ; base de données Division du Centre d'études démographiques (Moscou).

Source : Alexandre Adveev, Tatiana Eremenko, Patrick Festy, Joëlle Gaymu, Nathalie Le Bouteillec, Sabine Springer, (2011), *Populations et tendances démographiques des pays européens (1980-2010)*, Ined, Population-F, 66 (1)

Contact : [Patrick Festy](#), [Joëlle Gaymu](#), Nathalie Le Bouteillec  
Mise en ligne : novembre 2011

## **DOCUMENT 2**

Site internet [L'Obs](#) > [Santé](#) février 2017

### **90 ans d'espérance de vie en 2030 : une étude trop optimiste ?**

**Une étude parue dans "The Lancet" est particulièrement optimiste pour certains pays, dont la France. Mais la question de l'allongement de la vie fracture la communauté scientifique.**

Par Timothée Vilars

Publié le 23 février 2017 à 07h00

L'espérance de vie humaine est-elle vouée à croître en ligne droite pendant tout le XXI<sup>e</sup> siècle, comme elle l'a fait au siècle dernier ? Le débat suscite une véritable guerre parmi les chercheurs du monde entier. Une étude parue en début de semaine dans la prestigieuse revue médicale "The Lancet" ne va pas contribuer à l'apaiser.

Selon les six chercheurs de l'Imperial College London, l'espérance de vie va continuer à augmenter régulièrement dans les 35 pays développés qu'ils ont observés. Selon eux, les Sud-Coréennes qui naîtront en 2030 vivront en moyenne jusqu'en 2120, soit la plus haute espérance de vie au monde (90,8 ans). Suivront les Françaises (88,6 ans), les Japonaises (88,4 ans) et les Espagnoles (88,1 ans).

L'écart entre les sexes, aujourd'hui de trois à cinq ans en moyenne, devrait lui s'amenuiser un peu avec le temps : l'espérance de vie masculine se situera autour de 84 ans pour les Sud-Coréens, les Australiens et les Suisses. D'ici 2030, la Corée du Sud (dont l'espérance de vie atteignait seulement 53 ans en 1960) connaîtrait ainsi l'une des progressions les plus fulgurantes des pays étudiés pour devenir le nouveau champion de la longévité.

"Jusqu'à récemment encore, de nombreux chercheurs pensaient que l'espérance de vie ne dépasserait jamais 90 ans", rappelle le Pr Majid Ezzati, le coordinateur de l'étude.

Les chercheurs ont synthétisé 21 modèles mathématiques utilisés par les démographes depuis 30 ans, les pondérant par niveau de performance et les appliquant aux 13 prochaines années pour simuler les tendances. En prévoyant l'avenir à partir des données du passé, ils prétendent avoir mis au point une méthodologie à la fiabilité inégalée.

#### **Augmentation régulière depuis un siècle...**

Mais d'autres chercheurs ne sont pas du tout convaincus par la pertinence de la méthode. Face aux optimistes de l'accroissement de la longévité humaine, l'universitaire américain Jay Olshansky incarne depuis plusieurs années le camp des sceptiques. Pour lui, se contenter d'appliquer les modèles prévisionnels des dernières décennies pour prédire le futur est une erreur :

"C'est comme conduire une voiture en regardant juste dans les rétroviseurs, et se sentir beaucoup plus confiant parce qu'on a plein de rétroviseurs au lieu d'un seul. Ils vont très rapidement tomber de la falaise", réagit-il, cité par "le Monde".

Il faut dire que l'humanité s'est habituée à ce que l'espérance de vie progresse de manière continue. Comme l'écrit l'économiste allemand Max Roser, chercheur à Oxford, sur son blog "Our World in Data", aucun pays n'a aujourd'hui une espérance de vie plus basse que l'espérance de vie la plus élevée en 1800. L'espérance de vie globale a doublé depuis 1900, pour atteindre presque 70 ans, après une très longue stagnation historique entre 30 et 40 ans. En Inde, elle a triplé. En Corée du Sud, presque quadruplé.

De nombreux facteurs expliquent ce progrès foudroyant, unique dans l'histoire : déclin global de la mortalité infantile, réduction du temps de travail, campagnes de vaccination, démocratisation des antibiotiques, meilleurs chirurgiens, meilleure alimentation, meilleur accès à l'eau potable, meilleure éducation. Mais aussi des avancées plus discrètes, que listait la journaliste scientifique américaine Laura Helmuth il y a quelques années :

- La démocratisation du **coton**, plus hygiénique et moins sujet aux parasites que la laine ;
- **Les satellites**, capables de prévoir depuis le ciel l'arrivée de catastrophes naturelles telles que les ouragans et de mettre les populations à l'abri ;
- **Le fluor**, qui a révolutionné l'hygiène bucco-dentaire ;
- **Les moustiquaires**, première arme contre quelques-unes des maladies les plus ravageuses au monde - la malaria notamment ;
- Le **lait pasteurisé** : la mode actuelle du lait cru pourrait faire oublier que le lait contaminé, porteur de diphtérie ou de tuberculose, était par le passé l'une des principales causes de mortalité infantile ;
- La **climatisation** : le taux de mortalité lors des vagues de chaleur a chuté de 80% en 50 ans aux Etats-Unis.

### Mais stagnation depuis quelques années

En France, l'espérance de vie approche désormais de 83 ans, ce qui signifie que, dans les conditions actuelles de mortalité, plus de la moitié des Français qui naissent aujourd'hui verront le XXI<sup>e</sup> siècle. Depuis un demi-siècle, elle croît à un rythme immuable : un trimestre par an. Mais en 2015, elle a baissé pour la première fois depuis 1969.

L'Insee a dévoilé, mardi 19 janvier, son bilan démographique pour l'année 2015. Si la France compte désormais officiellement 66,6 millions d'habitants et que sa croissance démographique reste positive grâce à un fort solde naturel, les chiffres dévoilés par l'institut public mettent toutefois en avant la baisse notable de l'espérance de vie l'année dernière par rapport à l'année 2014. Du jamais vu depuis 1969. Pourquoi ce recul soudain ?

#### 85 ans pour les femmes, 78,9 ans pour les hommes

En 2015, l'espérance de vie à la naissance, c'est-à-dire le nombre moyen d'années que peut espérer vivre un nouveau-né sans changement des conditions de mortalité ayant prévalu tout au long de sa vie, au cours de la période étudiée, diminue de 0,3 an pour les hommes et de 0,4 an pour les femmes. Ainsi, au cours de l'année dernière, une femme vivait en moyenne 85 ans et un homme 78,9 ans contre 79,2 ans et 85,4 ans en 2014.

Si l'observation d'une baisse de l'espérance de vie n'est pas une nouveauté - en 2012, elle avait par exemple diminué de 0,2 an uniquement chez les individus de sexe féminin recensés par l'Insee - sa diminution actuelle de 0,4 an surprend par sa composition selon Marie Reynaud, responsable des études démographiques et sociales de l'Insee

"C'est la première fois que l'espérance de vie baisse à la fois chez les femmes et chez les hommes. Cela ne s'est jamais vu depuis les années 60", explique-t-elle à "l'Obs".

#### Une hausse de la mortalité chez les personnes âgées

L'Insee estime que le recul de l'espérance de vie en France l'an dernier est lié pour l'essentiel à la hausse de la mortalité chez les personnes âgées de plus de 65 ans. Dans le même temps, l'institut rappelle ainsi que la fameuse génération du "Baby boom" augmente chaque année de manière constante. La part occupée par les citoyens français nés entre 1946 et 1974 atteint désormais 18,8 % de la population française au 1<sup>er</sup> janvier 2016 contre 18,4 % en 2015. Une augmentation qui s'inscrit de manière profonde et régulière (une augmentation de 2,4 points en dix ans et de 3,7 points en 20 ans, selon l'Insee).

Trois facteurs expliquent la hausse de la mortalité chez les personnes de plus de 65 ans et de facto la baisse de l'espérance de vie, selon Marie Reynaud. D'abord la France a dû faire face à un "long et sévère épisode grippal de trois mois au premier semestre 2015 qui a fait 24 000 décès, notamment à cause d'une vaccination des personnes âgées moins efficace que les années précédentes". Avec un état de santé naturellement plus fragile que le reste de la population, les seniors demeurent donc en première ligne face à la grande faucheuse.

A cela s'ajoutent deux autres facteurs importants relevés par l'Insee :

La canicule de juillet et l'épisode de froid du mois d'octobre 2015 ont également joué un rôle important dans la hausse du nombre de décès dans cette catégorie de personnes."

Conscient de l'importance de tels chiffres, l'Insee planche actuellement sur des outils de mesure plus précis, notamment avec la future création d'indices de l'espérance de vie basés sur les catégories professionnelles des Français et, pour la première fois dans l'Hexagone, selon leur niveau de diplôme.

Certes, cette baisse était conjoncturelle (épisode grippal virulent, canicule en juillet et froid en octobre). L'espérance de vie française a d'ailleurs repris sa hausse en 2016, mais reste au niveau de 2014. Aux Etats-Unis, elle a également reculé en 2015 (78,8 ans) pour la première fois depuis 1993.

Les autorités sanitaires américaines pointent une augmentation spectaculaire de la mortalité résultant de la maladie d'Alzheimer (+15,7% en un an), et dans une moindre mesure des attaques cérébrales (+3%) et des pathologies respiratoires (+2,7%) et cardiovasculaires (+0,9%). Selon une étude parue fin 2015, menée par le "prix Nobel" d'économie Angus Deaton, la mortalité des Américains blancs d'âge moyen, en déclin depuis 1978, a recommencé à augmenter depuis 2000 en raison des abus d'alcool, de drogue et des suicides, particulièrement chez les populations défavorisées.

Depuis la Seconde Guerre mondiale, les maladies infectieuses se sont certes effondrées. Pendant des décennies, la quasi-disparition ou l'éradication de maladies comme la diphtérie, la tuberculose, la variole ont fait monter la courbe de l'espérance de vie. Mais le cancer, les maladies cardiovasculaires, le diabète ont explosé. Selon Jay Olshansky, les mesures sanitaires du XXe siècle ont déjà "donné" l'essentiel de ce qu'elles pouvaient et le traitement des maladies liées à l'usure corporelle ne pourra améliorer l'espérance de vie que de manière marginale.

Le chercheur de Chicago ajoute que le taux d'obésité a tellement grimpé ces dix dernières années aux Etats-Unis qu'elle pourrait annuler les effets de la réduction du tabagisme sur l'espérance de vie moyenne. Aujourd'hui, il en est convaincu : "La chute va se poursuivre."

### **Le système de santé, nerf de la guerre**

Loin de ce pessimisme, l'étude de l'Imperial College London souligne néanmoins que les Etats-Unis devraient rester à la traîne des autres pays développés d'ici à 2030 : 83,3 ans d'espérance de vie chez les femmes et 79,5 ans chez les hommes, soit des chiffres similaires à ceux de la Croatie ou du Mexique.

Pour expliquer cette situation, les chercheurs pointent les importantes inégalités, les taux de mortalité maternelle et infantile, d'homicide et d'obésité particulièrement élevés... et l'absence d'un système de santé universel - sans dire s'ils tiennent compte de la volonté de Donald Trump de rayer d'un coup de plume les efforts de Barack Obama en la matière.

Les six scientifiques reconnaissent que leurs projections ne peuvent pas appréhender les "événements imprévus", tels que des changements politiques affectant les systèmes sociaux et sanitaires. Mais il n'y a pas de miracle, relèvent-ils : la Corée du Sud s'est efforcée d'améliorer l'accès aux soins et de promouvoir une meilleure nutrition chez les enfants et les adolescents. Le

pays a également moins de personnes en surpoids et un taux de tabagisme chez les femmes bien inférieur à celui observé dans la plupart des autres pays en développement, relèvent les chercheurs.

"Les pays ont souvent des forces et des faiblesses sur le plan sanitaire, explique Majid Ezzati au 'Monde'. En France, l'obésité reste faible, la mortalité routière a baissé, le *binge drinking* [*alcoolisation extrême, NDLR*] est moins répandu qu'ailleurs. Et votre Sécurité sociale prend en charge tout le monde. Mais votre politique contre le tabac est médiocre, contrairement à celle des Australiens. Les Américains sont mauvais presque partout : obésité, accès aux soins, morts violentes, politique environnementale..."

### **115 ans, le plafond de verre ?**

"Les systèmes de santé doivent dépasser la simple gestion des infrastructures et du personnel médicaux, en proie à de lourds défis en période d'austérité", conclut l'étude. "Et prendre en considération comment et où les personnes sont soignées" : technologies d'assistance, médecine à domicile, environnement urbain et transports en commun adaptés, refonte des systèmes de retraite.

Quelle serait l'espérance de vie d'une société qui aurait éradiqué Alzheimer, Parkinson, le cancer, mené des campagnes radicales contre le tabagisme, l'alcool, la pollution atmosphérique, l'obésité et saurait remplacer tous les organes défaillants de façon optimale ? Le XXI<sup>e</sup> siècle nous le dira peut-être. Reste que l'exemple unique au monde de la Française Jeanne Calment, décédée en 1997 à l'âge de 122 ans et 164 jours, qui encourageait les spécialistes dans l'idée que l'humanité était destinée à crever de façon imminente les plafonds de la longévité "classique", n'a jamais été imité.

Comme le montre le site américain d'analyses de données "FiveThirtyEight", la vingtaine de doyen(ne)s de l'humanité qui ont succédé à l'Arlésienne sont presque tous décédés entre 114 et 117 ans. "A l'heure où nous entrons dans une époque avec moins de conflits, d'infections, d'accidents, de plus en plus de personnes se voient donner la chance d'exploiter leur supériorité génétique en matière de longévité", note le site, mais toutes semblent se heurter à un plafond de verre autour des 115 ans.

"La moyenne d'âge de l'humanité grandit, mais les supercentenaires disparaissent toujours autour du même âge. La moyenne d'âge du doyen de l'humanité n'a progressé que de deux ans, de 112 à 114 ans, au cours des 40 dernières années", montre le site.

115 ans, la limite de notre espérance de vie ?

En octobre 2016, une équipe de chercheurs du département de génétique de l'Albert Einstein College of Medicine de New York démontrait que "l'accroissement continu de l'espérance de vie maximale se terminera bientôt". Mais le débat sur le sujet est loin d'être clos... d'autant que d'autres médecins, comme le chantre du transhumanisme français Laurent Alexandre, s'attendent à un "tsunami technologique" imminent qui permettrait de reprogrammer tissus, cellules, ADN, repoussant sans limite théorique les frontières de la mort.

—  
Timothée Vilars  
*Journaliste*



N° 16-17 - 11 juillet 2017

## **Viellissement et fragilité : approches de santé publique**

### **Estimation de l'espérance de vie sans incapacité en France en 2015 et évolution depuis 2004 : impact de la diminution de l'espérance de vie en 2015**

Jean-Marie Robine<sup>1</sup> ([jean-marie.robine@inserm.fr](mailto:jean-marie.robine@inserm.fr)), Emmanuelle Cambois<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Laboratoire Mécanismes moléculaires dans les démences neurodégénératives MMDN, UMR\_S 1198 Inserm/Université de Montpellier/EPHE, Montpellier ; Institut national d'études démographiques (Ined), Paris, France

<sup>2</sup> Institut national d'études démographiques (Ined), Paris, France

## **Introduction**

L'espérance de vie (EV) du moment résume en un seul chiffre les conditions de mortalité observées aux différents âges de la vie au cours de l'année pour laquelle le calcul est effectué. En général, ce calcul est fait à partir de la naissance mais il peut être effectué à partir de n'importe quel âge. Ainsi, l'EV à la naissance s'est établie à 85 ans pour les femmes en 2015 et à 78,9 ans pour les hommes, soit une diminution de près de 5 mois pour les femmes par rapport à l'année 2014 et de près de 4 mois pour les hommes. Depuis les années 1970, l'EV augmente régulièrement en France d'environ 2,5 mois par an pour les femmes et de 3 mois par an pour les hommes, réduisant lentement l'écart en défaveur de ces derniers. Sur les 45 dernières années, les diminutions de l'EV d'une année sur l'autre ont été rares et de faible ampleur ; celle de 2015 a été plus forte que les précédentes. Elle est principalement due à l'augmentation de la mortalité des personnes âgées en métropole au cours de l'hiver 2014/2015 à l'occasion d'un épisode grippal. Celui-ci, jugé *a priori* peu dangereux, s'est en fait révélé dévastateur chez les personnes fragiles. L'ensemble des pays de l'Europe du nord-ouest a été concerné par cet épisode.

Dans un pays comme la France, qui combine à la fois une structure de population âgée et une EV élevée, l'accumulation des personnes très âgées, dont une proportion non négligeable est fragile, pourrait entraîner un retour des fluctuations de mortalité, c'est à dire d'importantes variations dans le nombre des décès d'une année sur l'autre. Ainsi, les conditions de mortalité favorables observées en France en 2014, qui ont conduit à un gain remarquable d'EV de 0,4 an pour les femmes et de 0,5 an pour les hommes, ont dû favoriser la survie des personnes très âgées, en particulier les plus fragiles, nonagénaires ou centenaires ; ceux qui ont subi l'épisode grippal de l'hiver 2014-2015 <sup>(1)</sup>.



Dans ce contexte, on s'interroge sur l'évolution de l'espérance de vie sans incapacité (EVSI). La plus forte mortalité de 2015 a-t-elle plus touché des personnes en incapacité, réduisant ainsi davantage les années d'incapacité, ou s'est-elle accompagnée d'une dégradation générale de l'état de santé étendant plutôt la période vécue avec des incapacités ? Dans un premier temps, nous présentons les définitions, données et méthodes utilisées pour produire les indicateurs d'EVSI.

## Définition et données utilisées pour estimer l'EVSI

L'EVSI correspond au nombre moyen d'années vécues sans incapacité dans les conditions de mortalité et de santé du moment. Son complément, l'espérance de vie avec des incapacités (EVI), correspond au nombre moyen d'années vécues avec des incapacités, la somme des deux étant égale à l'EV. On obtient ces deux indicateurs en décomposant les années vécues d'une table de mortalité en années vécues avec et sans incapacité. Pour ce faire, nous avons utilisé la méthode de Sullivan, qui permet d'obtenir ces estimations à partir des données d'une enquête transversale. L'EVSI permet de savoir dans quelle mesure les années de vie gagnées au fil du temps, notamment aux grands âges, s'accompagnent ou non d'une bonne santé fonctionnelle. L'EVSI permet de décrire les dynamiques conjointes de la mortalité et de l'incapacité.

L'EVSI a été choisi, dans le cadre de la Stratégie de Lisbonne (2000-2010), comme un des indicateurs structurels de l'Union européenne (UE) sous le nom d'« années de bonne santé » ou « *Healthy Life Years* (HLY) ». Dans le cadre de la Stratégie Europe 2020 (2010-2020), la Commission européenne s'est donné comme objectif d'augmenter de 2 ans, en moyenne, le nombre d'HLY en Europe. Depuis, l'indicateur fait partie des tableaux de bord de nombreux programmes communautaires.

Le calcul de l'EVSI s'appuie d'abord sur les tables de mortalité qui fournissent, sur la base des effectifs de population et des comptes annuels des décès et des naissances, les EV et le total des années vécues par sexe et âge. Les EVSI s'appuient ensuite sur des données de santé provenant d'enquêtes en population générale. L'indicateur européen HLY s'appuie sur les données de l'enquête européenne EU-SILC (Statistiques de l'UE sur le revenu et les conditions de vie) dont la périodicité est annuelle. Cette enquête, coordonnée par Eurostat, est conduite par l'Insee pour la France.

### Les données sur l'incapacité

Selon la Classification internationale du fonctionnement (CIF), l'incapacité recouvre le large champ des atteintes fonctionnelles et de leurs répercussions sur les activités du quotidien. Les trois concepts clefs sont les déficiences, les limitations d'activité et les restrictions de participation. Les calculs d'EVSI se sont généralement appuyés sur le concept central de limitation d'activité, en prenant garde de distinguer les deux dimensions contenues dans la définition des activités donnée par la CIF, à savoir l'exécution d'une tâche et l'exécution d'une action. Les actions renvoient à des « gestes » élémentaires comme « *marcher 100 mètres* », « *entendre ce qui se dit dans une conversation avec plusieurs personnes* » ou « *se rappeler la date du jour* ». Ces actions ont souvent été utilisées pour mesurer des limitations fonctionnelles physiques, sensorielles ou cognitives précises. Les tâches renvoient à des combinaisons d'actions qui ont un but précis comme « *aller faire ses courses* », « *aller retirer de l'argent au distributeur de billets* » ou « *s'habiller* ». Chacune de ces tâches mobilise des aptitudes physiques, cognitives et sensorielles spécifiques. Les tâches les plus souvent explorées dans les enquêtes santé et/ou incapacité portent sur les activités scolaires pour les enfants, les tâches professionnelles pour les adultes, les tâches ménagères et les soins personnels pour les personnes âgées. C'est à l'ensemble de ces tâches, auxquelles s'ajoutent les activités de loisir et les activités sociales, que se réfèrent en général les personnes interviewées quand on les interroge sur leurs activités habituelles. En ce sens, ces tâches usuelles sont beaucoup plus larges que les tâches traditionnellement regroupées dans les activités élémentaires (AVQ) ou instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ) largement utilisées dans les enquêtes concernant les personnes âgées. *A contrario*, les personnes

interviewées se réfèrent rarement à des actions quand on les interroge sur leurs activités usuelles. Il est donc très important de bien définir l'indicateur utilisé dans les calculs d'EVSI.

L'indicateur d'incapacité, utilisé dans le calcul de l'EVSI retenue par la Commission européenne (*i.e.*, l'indicateur HLY), s'appuie sur une question portant sur les limitations dans les tâches usuelles. Il s'agit d'une des trois questions générales qui forment le mini-module européen de santé contenu dans EU-SILC. « Êtes-vous limité(e), depuis au moins 6 mois, à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement ? » 1. Oui, fortement limité(e), 2. Oui, limité(e) mais pas fortement, 3. Non pas limité(e) du tout »

On dispose de séries annuelles d'EVSI comparables pour la majorité des États-membres depuis l'année 2004 pour les pionniers (essentiellement les pays de l'Europe des 15) ou l'année 2005 pour les autres et au minimum depuis 2008, année où les traductions ont été vérifiées et corrigées avec un protocole scientifique. Toutefois, dans certains pays, les formulations ont pu être modifiées depuis et s'éloigner de la formulation standard. Face à ces différences résiduelles, Eurostat a mis en place un groupe de travail pour examiner l'opportunité de changer à nouveau la formulation; il a été recommandé qu'aucun changement ne survienne avant la fin de la stratégie Europe 2020 en cours et que les changements soient simultanés et coordonnés par Eurostat.

## Les données de mortalité

Bien que l'enquête EU-SILC ne soit réalisée qu'en métropole, les estimations françaises présentées ici sont calées sur les tables de mortalité « France entière » de l'Insee, afin d'être en accord avec les chiffres régulièrement diffusés en France, et en particulier avec le bilan démographique de 2015, mais aussi parce que l'EVSI est un indicateur national ; ce qui par définition inclut tous les territoires français, même si certains n'ont pas été touchés par l'épidémie grippale de l'hiver 2014-2015. Toutefois, un deuxième calcul calé sur les séries françaises d'EV pour la France métropolitaine, également diffusées par l'Insee, est disponible sur demande auprès des auteurs. Tous les calculs ont été effectués dans le cadre du projet européen EHLEIS « *European Health and Life Expectancy Information System* », qui collabore étroitement avec Eurostat au niveau européen et la Direction de la recherche, des études et de la statistique (Drees) en France.

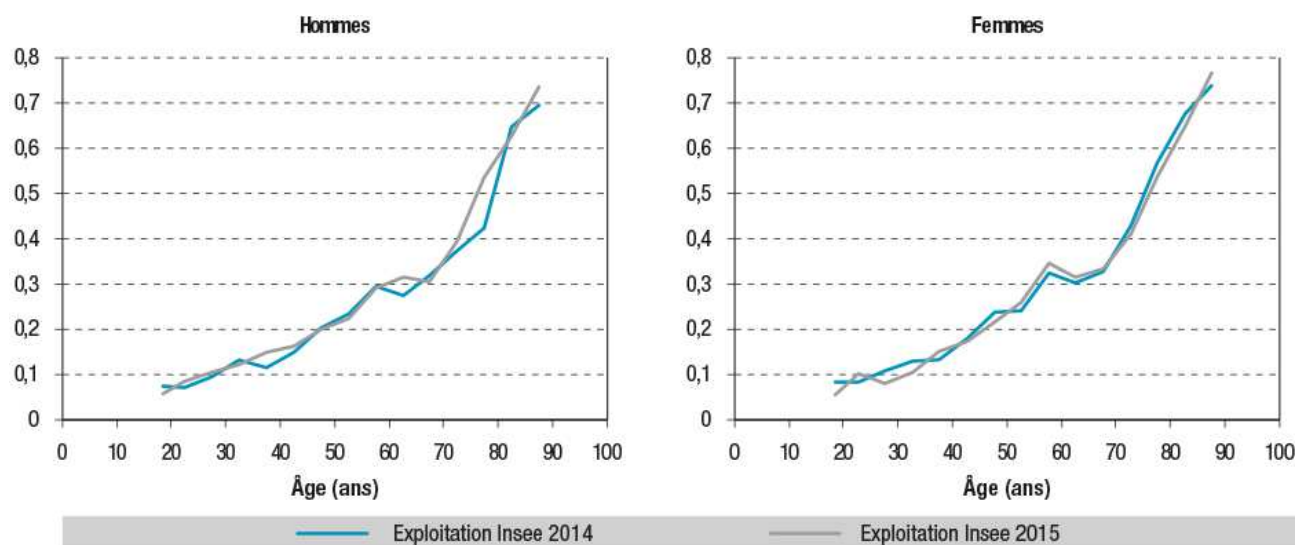
L'ensemble des données nécessaires pour réaliser les calculs d'EV, d'EVSI et d'EVI en France de 2004 à 2014 nous a été fourni par Eurostat, et l'ensemble des données nécessaires pour les calculs de 2015 nous a été fourni par l'Insee. Tous les calculs présentés dans cet article ont été recalés sur les séries françaises d'EV « France entière » diffusées par l'Insee. Les calculs d'EVSI, issus d'EU-SILC, sont normalement réalisés chaque année par Eurostat pour l'année *t-2* en collaboration avec EHLEIS, qui fournit sur son site Internet l'ensemble des estimations et des données de base qui ont servi à les produire. Dans le cadre de la production du rapport annuel français sur « Les nouveaux indicateurs de richesse », le Gouvernement français a demandé à l'automne 2016 des estimations de l'EVSI en France pour l'année *t-1*, c'est à dire pour 2015.

Nous analysons dans cet article l'impact que la diminution de l'EV en 2015 a pu avoir sur l'EVSI et resituons cette évolution dans une tendance de plus long terme.

## Résultats

La figure 1 montre qu'il y a eu peu de changements entre 2014 et 2015 dans la prévalence, par sexe et par âge, des « limitations dans les activités usuelles » en France. La trajectoire avec l'âge des limitations d'activité est globalement exponentielle de 16 à plus de 85 ans. Elle semble, toutefois, se composer de deux segments séparés par un plateau entre les âges de 55 et 69 ans. En termes d'évolution entre 2014 et 2015, on remarque chez les femmes la quasi-superposition des courbes de prévalence (légère baisse avant 50 ans) et, chez les hommes, une augmentation pour les tranches d'âges supérieures à 75 ans. Cette évolution pourrait impacter négativement l'EVSI des hommes.

Figure 1 : Prévalence des limitations dans les activités usuelles, par sexe et âge, en 2014 et en 2015, observée dans l'enquête EU-SILC pour la France



Exploitation des données pour la France de l'enquête européenne EU-SILC réalisée par l'Insee.

De fait, l'EVSI à la naissance, qui atteint 62,6 ans pour les hommes en 2015, a diminué de 0,7 an par rapport à 2014 alors que l'EVI a augmenté de 0,4 an (tableau 1). Si seule la mortalité avait changé, l'EVSI aurait moins baissé et l'EVI n'aurait pas augmenté. Chez les femmes, l'EVSI a augmenté de 0,3 an, atteignant 64,4 ans en 2015 alors que l'EVI a fortement diminué de 0,8 an ; là aussi, si seule la mortalité avait changé, l'EVSI aurait légèrement baissé et non pas augmenté et l'EVI n'aurait que légèrement diminué. La diminution de l'EVSI pour les hommes est due à la diminution de l'EV (-0,3 an) mais aussi à l'augmentation de la prévalence des limitations d'activité en 2015, *a priori* aux âges élevés. L'augmentation de l'EVSI, non significative, pour les femmes entre 2014 et 2015, est due à la diminution de la prévalence des limitations d'activité en 2015, *a priori* constatée surtout avant l'âge de 50 ans, qui a compensé l'effet de la diminution de l'EV (-0,4 an). L'augmentation non significative de l'EVI pour les hommes est due à l'augmentation de la prévalence des limitations d'activité, alors que la diminution de l'EVI chez les femmes est due à la diminution de cette même prévalence chez ces dernières. Compte tenu de la taille de l'échantillon d'EU-SILC en France, (près de 21 000 répondants en 2014), l'intervalle de confiance du calcul des EVSI et des EVI à la naissance est de +/- 0,6 an.

Tableau 1 : Évolution de l'espérance de vie (EV), de l'espérance de vie sans incapacité (EVSI) et de l'espérance de vie avec incapacité (EVI), entre 2013 et 2015, par sexe, France entière, à la naissance

Année	Hommes				Femmes			
	EV	EVSI	EVI	EVSI/EV*100	EV	EVSI	EVI	EVSI/EV*100
2013	78,7	62,9	15,8	79,9	85,0	64,2	20,8	75,6
2014	79,2	63,3	15,9	79,9	85,4	64,1	21,4	75,0
2015	78,9	62,6	16,3	79,3	85,0	64,4	20,6	75,8

Espérance de vie (EV) : série Insee France entière.

Espérance de vie sans incapacité (EVSI) et espérance de vie avec incapacité (EVI) : calculées avec la méthode d'Ehemu (<http://www.ehemu.eu>).

EVSI/EV\*100 = la part de l'EVSI dans l'EV totale en pourcentage.

Il est clair que la baisse de l'EV entre 2014 et 2015 ne s'est pas accompagnée d'une même évolution des EVSI chez les hommes et les femmes. Ainsi, la part de l'EVSI dans l'EV a diminué chez les premiers (de 79,9% à 79,3%), mais augmenté chez les dernières (de 75% à 75,8%). En 2014, les femmes pouvaient espérer vivre 6,2 ans de plus que les hommes : 0,8 année de plus sans limitations d'activité et 5,4 années de plus avec des limitations. Le désavantage des femmes en matière d'années d'incapacité s'est réduit en 2015 puisque désormais elles peuvent espérer vivre 1,9 année de plus sans limitations d'activité et 4,2 années de plus avec des limitations.

Pour mieux comprendre le rôle de la prévalence des limitations dans les activités usuelles dans les résultats d'EVSI et d'EVI de 2015, nous avons dans un scénario très simple appliqué la prévalence observée en 2014 aux tables de mortalité de 2015. Les résultats figurent au tableau 2, où nous distinguons les EV, EVSI et EVI à la naissance, les espérances partielles entre 0 et 65 ans et les espérances à 65 ans.

Tableau 2 : Comparaison de l'espérance de vie sans incapacité (EVSI) et de l'espérance de vie avec incapacité (EVI), en 2015, selon deux scénarios d'incapacité, la prévalence des limitations d'activité correspondant à la prévalence observée, soit (i) en 2015, soit (ii) en 2014, par sexe, France entière, à la naissance

	Hommes					Femmes				
	Mortalité en 2015	Incapacité observée en 2015		Incapacité observée en 2014		Mortalité en 2015	Incapacité observée en 2015		Incapacité observée en 2014	
	EV	EVSI	EVI	EVSI	EVI	EV	EVSI	EVI	EVSI	EVI
EV à la naissance	78,9	62,6	16,3	63,2	15,7	85,0	64,4	20,6	63,9	21,1
EV (partielle, 0-65 ans)	62,7	54,3	8,4	54,5	8,2	63,7	54,6	9,1	54,2	9,5
EV à 65 ans	19,1	9,8	9,3	10,2	8,9	23,0	10,6	12,4	10,4	12,6

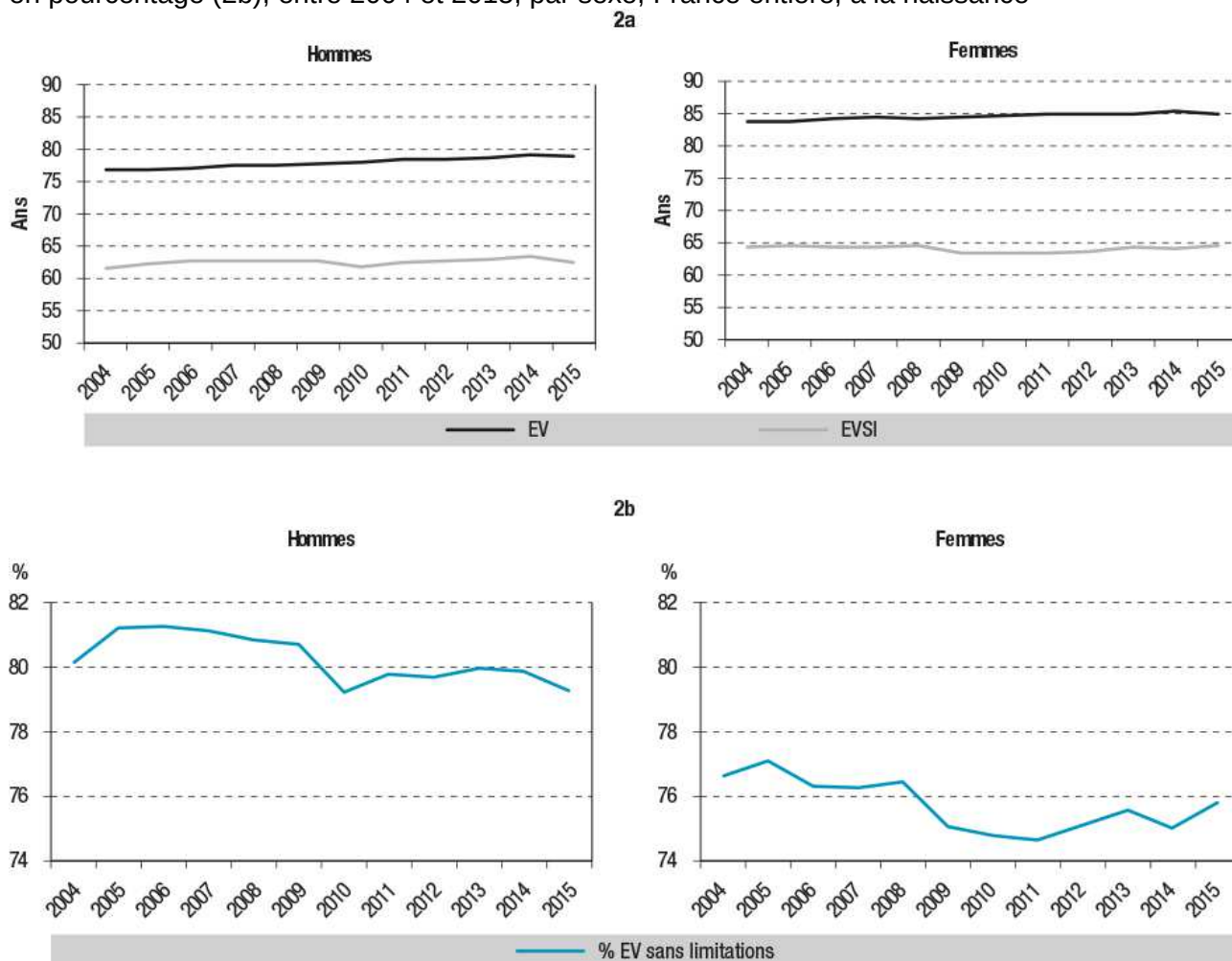
Espérance de vie (EV) : série Insee France entière.

Espérance de vie sans incapacité (EVSI) et espérance de vie avec incapacité (EVI) : calculées avec la méthode d'Ehemu (<http://www.ehemu.eu>).

Chez les hommes et à mortalité égale (celle observée en 2015), l'incapacité observée en 2015 réduit l'EVSI à la naissance de 0,6 an et augmente l'EVI de la même quantité par rapport à l'incapacité observée en 2014. Chez les femmes et à mortalité égale, on observe l'inverse, à savoir que l'incapacité observée en 2015 augmente l'EVSI à la naissance de 0,5 an et réduit l'EVI de la même quantité par rapport à l'incapacité observée en 2014. Ces mouvements sont d'assez faible ampleur avant 65 ans chez les hommes, ne modifiant les EVSI et les EVI partielles que de 0,2 an. Par contre, après 65 ans, l'EVSI est réduite de 0,4 an et l'EVI a augmenté d'autant par rapport à l'incapacité observée en 2014. Chez les femmes, l'EVSI partielle avant 65 ans est augmentée de 0,4 an et l'EVSI à 65 ans augmentée seulement de 0,2 ans.

Sur une plus longue période (figure 2), on note une faible augmentation de l'EVSI en France pour les hommes, passée de 61,5 ans en 2004 à 62,6 ans en 2015 (+ 1,1 an) alors que l'EV à la naissance a augmenté de 2,2 ans. Cela conduit mécaniquement à une augmentation de l'EVI, même si la proportion de l'EVSI au sein de l'EV a peu diminué au cours de la période, passant de 80,2% à 79,3%. Pour les femmes, on note une quasi-stagnation de l'EVSI, passant de 64,2 ans en 2004 à 64,4 ans en 2015 (+ 0,2 an) alors que l'EV à la naissance a augmenté de 1,2 an. Pour les femmes, aussi, l'EVI augmente au cours de la période, même si la proportion de l'EVSI au sein de l'EV à la naissance a peu diminué, passant de 76,6% en 2004 à 75,8% en 2015. La légère modification de la formulation du GALI en 2008 semble ne pas changer les tendances observées car les valeurs estimées pour 2008 sont très proches des valeurs estimées en 2004. Notons, enfin, que pour pouvoir affirmer que deux estimations d'EVSI ou d'EVI sont significativement différentes, il faut qu'elles soient séparées par un intervalle d'au moins 1,2 an compte-tenu des intervalles de confiance de chaque estimation sur la base des effectifs de l'enquête EU-SILC en France. À cet égard, l'estimation de l'EVSI pour les hommes en France en 2015 n'est pas statistiquement significativement différente de l'estimation de 2004, même si les estimations pour 2013 ou 2014 l'étaient.

Figure 2 : Évolution de la valeur de l'espérance de vie (EV) et de l'espérance de vie sans incapacité (EVSI) à la naissance (2a) ainsi que de la proportion de l'EVSI au sein de l'EV en pourcentage (2b), entre 2004 et 2015, par sexe, France entière, à la naissance



## Discussion et conclusion

De nombreux calculs sur les tendances d'EVSI ont déjà été publiés pour la France ou pour l'Europe, en particulier ces dernières années. Les points forts de ces études sont d'avoir montré que les tendances varient selon les indicateurs d'incapacité utilisés, en particulier entre les indicateurs portant sur les limitations fonctionnelles et les indicateurs portant sur les restrictions d'activité. Ces études ont généralement montré que les années de vie supplémentaires vécues par les femmes étaient le plus souvent des années vécues avec un certain niveau d'incapacité et que, par conséquent, la proportion de l'EVSI au sein de l'EV était plus faible chez ces dernières que chez les hommes. Ces études ont aussi montré une grande variété de résultats entre les États de l'Union européenne. Les travaux de Cambois et coll. ont montré, par la combinaison de plusieurs enquêtes, que la France avait vraisemblablement connu une compression de l'incapacité dans les années 1980, suivie d'une période d'équilibre dynamique entre l'augmentation de l'EV et l'augmentation de l'EVSI dans les années 1990, pour connaître dans les années 2000 une certaine forme d'expansion de l'incapacité, en particulier chez les femmes et avant l'âge de 65 ans. Par rapport à ces travaux, qui ont mobilisé de nombreuses sources, notre étude repose uniquement sur l'enquête EU-SILC qui a été mise en place par la Commission européenne en 2004-2005 pour pouvoir surveiller l'évolution de la qualité des années vécues au sein de l'EV et l'évolution des disparités entre les États-membres.

Même si cette enquête est répétée annuellement, compte-tenu des évolutions espérées de l'EVSI et de la taille des échantillons enquêtés qui déterminent la taille des intervalles de confiance, une dizaine d'années était nécessaire pour que le système de surveillance devienne opérationnel, à condition que les pays aient utilisé une bonne traduction du GALI depuis le début, ce qui est le cas de la France. Cette étude est donc la première analyse d'une série statistique annuelle portant sur l'EVSI, permettant en théorie de déterminer si l'augmentation de l'EVSI au cours des dix dernières années est statistiquement significative ou pas. EU-SILC devrait aussi permettre des comparaisons européennes fines sous réserve que les autres États-membres utilisent une bonne traduction nationale du GALI ; ce qui est le cas pour leur grande majorité, au moins depuis 2008. Nous n'avons toutefois pas inclus ces comparaisons européennes dans cette première analyse.

Chez les femmes, la diminution de l'EV entre 2014 et 2015 s'est accompagnée d'une diminution des années d'incapacité, celle-ci étant due à une baisse de l'incapacité observée surtout avant 65 ans. Chez les hommes, la baisse de l'EV s'est accompagnée d'une augmentation des années d'incapacité, la prévalence de l'incapacité ayant augmenté surtout après 65 ans. Au total, la hausse de la mortalité aux âges élevés en 2015 s'est accompagnée d'une dégradation de la santé fonctionnelle chez les hommes, surtout après 65 ans, alors que chez les femmes, cette même hausse de la mortalité aux âges élevés s'est accompagnée d'une amélioration de la santé fonctionnelle, surtout avant 65 ans. À l'évidence, les dynamiques simultanées de la mortalité et de l'incapacité sont complexes et l'étude des prochaines fluctuations devrait nous aider à mieux comprendre les interactions entre l'évolution de l'EV et l'évolution de la prévalence de l'incapacité.

Parallèlement à l'écart d'EV qui se réduit lentement depuis 2004, passant de 7,1 années de vie supplémentaires en faveur des femmes en 2004 à 6,1 années en 2015, l'écart d'EVSI tendait aussi à se réduire depuis 2004, passant de 2,7 ans en 2004 à 0,8 an en 2014. Les évolutions particulières de 2015 conduisent à inverser cette tendance, avec un écart observé d'EVSI en faveur des femmes de 1,9 an en 2015. S'agit-il d'un résultat conjoncturel lié à la diminution de l'EV en 2015 ou bien d'un retournement plus profond de la tendance ? Seul l'avenir le dira.

Il faut rappeler ici que notre mesure de l'incapacité s'appuie sur les difficultés à réaliser les tâches usuelles et est assez proche du concept de restriction de participation de la Classification internationale du fonctionnement (CIF), même si les tâches usuelles appartiennent formellement au concept de limitations d'activité. Il est vraisemblable que si nous nous étions appuyés sur les difficultés à réaliser certaines actions, proches du concept de déficience même si les actions appartiennent aussi formellement au concept de limitations d'activité, nous aurions trouvé des résultats différents. Le choix des tâches usuelles par rapport au choix d'une sélection d'actions spécifiques s'explique par le fait que la Commission européenne recherchait une mesure globale de la qualité des années vécues qui pouvait lui fournir des indications sur le niveau de participation des populations européennes.

L'analyse des limitations dans les activités usuelles telles que rapportées dans EU-SILC révèle une augmentation exponentielle de la prévalence de ces limitations avec l'âge, globalement de 16 à plus de 85 ans. Cette trajectoire semble, toutefois, se composer de deux segments séparés par un plateau entre les âges de 55 et 69 ans. Cette observation faite sur les données françaises, mais qui se retrouve chez plusieurs États-membres de l'UE, a été en particulier repérée par le Conseil d'orientation des retraites. Elle est sûrement importante pour la gestion des âges au départ en retraite, car on peut faire l'hypothèse que le passage à la retraite et la déclaration d'incapacité sont liés. Au-delà, il faut être très prudent sur le sens de ce lien. Il est clair que ni EU-SILC, ni le calcul des EVSI ne sont des instruments appropriés pour étudier les relations entre l'incapacité et la fin de l'activité professionnelle, et vice versa.

Notons enfin que la méthode de calcul de l'EV utilisée par Eurostat s'écarte sensiblement des calculs réalisés par la plupart des instituts nationaux de statistiques, dont l'Insee en France, qui utilisent les données de mortalité disponibles jusqu'à des âges très élevés. Le calage de nos calculs sur les EV « France entière » de l'Insee écarte donc nos estimations de celles d'Eurostat. C'est le prix à payer pour respecter une cohérence d'ensemble entre les deux indicateurs, EV et

EVSI (qui mesure la part de l'EV libre d'incapacité), alors que l'EV est calculée pour la France par l'Insee et que l'EVSI est officiellement calculée par Eurostat pour tous les États-membres.

En conclusion, la diminution de l'EV en 2015 a bien eu un impact sur le calcul de l'EVSI, mais cet impact a été différencié selon le sexe et il a été faible comparé à l'augmentation de l'incapacité observée pour les hommes entre 2014 et 2015. Pour les femmes, l'impact attendu de la diminution de l'EV a été entièrement compensé, et même plus, par la diminution de l'incapacité observée entre 2014 et 2015. Au total, les valeurs d'EVSI estimées en 2015 ne modifient pas fondamentalement les tendances observées chez les femmes depuis l'année 2008.



## **DOCUMENT 4**

### **Site internet Journal Ouest France**

## **Dépendance. Le coût des dépenses pourrait doubler d'ici 2060**

Publié le 12/10/2017

La dépense publique en faveur des personnes dépendantes augmenterait très fortement d'ici à 2060 pour atteindre 2,07 points de PIB, selon une étude de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), publiée ce jeudi.

Les dépenses de prise en charge des personnes âgées dépendantes, financées par les pouvoirs publics et les ménages, pourraient doubler en part de PIB d'ici à 2060, selon une étude de la Drees publiée jeudi.

Les dépenses totales liées à la dépendance étaient de 30 milliards d'euros en 2014, précise la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques des ministères sociaux. Plus des trois quarts de ce montant (23,7 milliards d'euros) sont financées par les pouvoirs publics, le reste (6,3 milliards d'euros) reposant sur les ménages.

Ces montants recouvrent les dépenses de santé, la prise en charge de la perte d'autonomie et les frais d'hébergement.

### **Un pic entre 2030 et 2045**

Selon le scénario de référence choisi pour cette étude, la dépense publique augmenterait très fortement d'ici à 2060 pour passer de 1,11 point de PIB à 2,07 points, et la dépense totale doublerait presque, de 1,4 point de PIB à 2,78 points.

Les plus fortes évolutions de la dépense publique seraient observées de 2030 à 2045, pour des raisons démographiques. La part des personnes âgées dépendantes pourrait passer de 8 % des plus de 60 ans actuellement à près de 10 % en 2060.

La prise en charge publique de la dépendance augmenterait également de façon soutenue entre 2015 et 2020, en raison de la réforme de 2016 revalorisant l'Allocation personnalisée à l'autonomie (APA) versée aux personnes âgées résidant à domicile. La réforme de 2017, qui a étendu aux personnes inactives non imposables (en particulier des retraités) le crédit d'impôt pour services à la personne, contribuerait également à la hausse.

### **Hausse des aides**

L'APA versée aux personnes âgées résidant en maison de retraite devrait également connaître une croissance soutenue d'ici à 2060, liée à une forte progression des personnes hébergées dans ces établissements.

Sauf nouvelle amélioration des aides publiques existantes, la part des dépenses restant à la charge des ménages passerait de 0,29 point de PIB en 2014 à 0,72 point en 2060. Cette forte hausse est toutefois à nuancer par le fait que les personnes âgées dépendantes seraient plus nombreuses, souligne l'étude.

Ainsi, exprimées en point de PIB par personne dépendante, les dépenses restant à la charge des ménages progresseraient d'un peu moins de 25 % à l'horizon 2060.



## DOCUMENT 5

LE MONDE ECONOMIE | 20.01.2016 | Par Frédéric Cazenave

### La France à l'épreuve du grand âge

La loi sur l'adaptation de la société au vieillissement ne relève pas le défi du choc démographique. Des enjeux sociétaux et financiers au cœur du huitième débat sur la perte d'autonomie organisé par l'Ocirp, France Info, LCP et « Le Monde », le 21 janvier, à Paris.

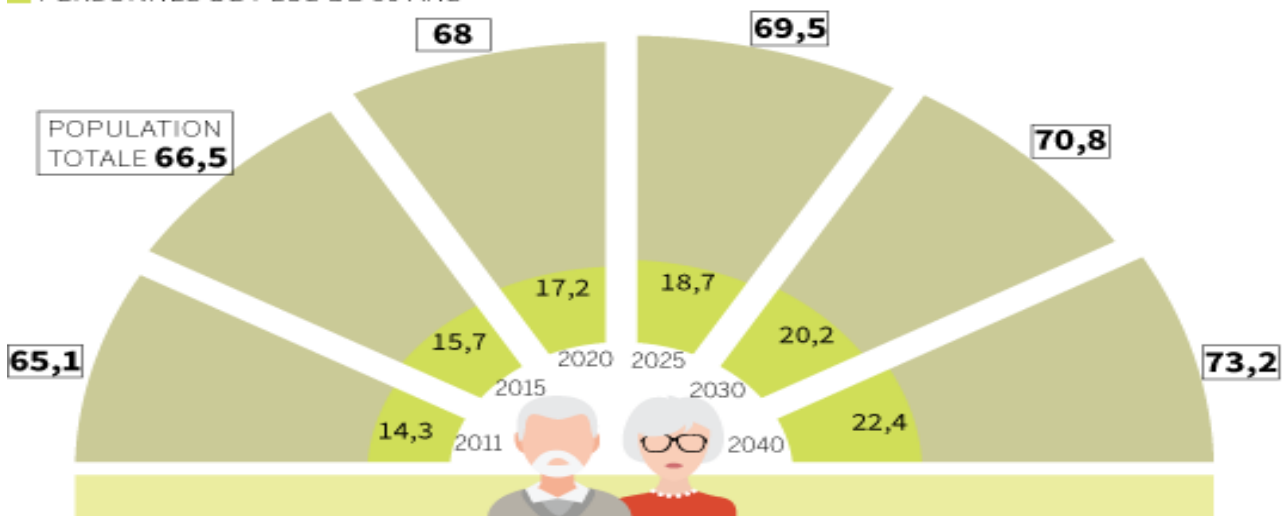
**Dix ans de débats et autant de commissions, des linéaires de rapports et d'avis d'experts. Et au final une loi sur l'adaptation de la société au vieillissement, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier, qui, faute de moyens, ne répond pas au défi du choc démographique.**

La France compte déjà davantage de personnes de plus de 60ans que de moins de 20ans. Et cette tendance va s'accélérer du fait de l'augmentation de l'espérance de vie : le nombre des plus de 85ans (1,4million actuellement) va quasiment quadrupler d'ici à 2050.

Heureusement, la grande majorité vieillit et vieillira dans de bonnes conditions. Mais ce n'est pas le cas de tous. Aujourd'hui, 1,2million de personnes âgées souffrent de perte d'autonomie. Ce chiffre doit doubler d'ici à 2060. Pour elles, la loi ne va pas changer grand-chose, même si elle présente déjà le mérite d'exister.

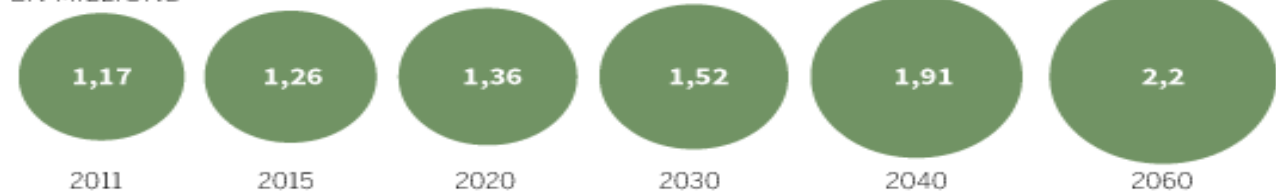
#### Avec le vieillissement de la population...

■ PERSONNES DE PLUS DE 60 ANS



#### ... le nombre de personnes âgées dépendantes va doubler

EN MILLIONS



*«Ne minimisez pas les avancées de ce texte. L'allocation personnalisée d'autonomie à domicile progresse de 13 %, alors que jamais elle n'avait augmenté. Notre loi rend les aidants visibles, instaure un droit au répit, met l'accent sur la prévention et l'adaptation des logements...»,* défend Laurence Rossignol, la secrétaire d'Etat chargée de la famille, de l'enfance, des personnes âgées, et de l'autonomie.

Soit, mais les 700 millions d'euros mobilisés paraissent bien maigres face aux besoins. *«Les sommes mises sur la table sont nettement insuffisantes pour soulager les familles en les aidant à financer une place en établissement ou à maintenir leur proche à domicile»,* regrette Joël Jaouen, président de France Alzheimer.

Le texte fait l'impasse, en effet, sur deux questions essentielles : celle du financement de la perte d'autonomie et celle du coût des maisons de retraite. *«Pour diminuer le reste à charge en établissement, il faut pouvoir mobiliser 1,5 milliard d'euros par an. Tant que l'Etat n'a pas retrouvé de marges de manœuvre budgétaires, cela semble difficile»,* justifie M<sup>me</sup> Rossignol.

### **«La préoccupation grandit»**

Ce constat ne devrait pas rassurer les Français : 78,6 % considèrent que la perte d'autonomie des personnes âgées est un sujet important, et une écrasante majorité (84,2 %) plaide pour une réforme assurant un financement pérenne, selon le baromètre réalisé par l'Organisme commun des institutions de rente et de prévoyance (Ocirp), France Info et *Le Monde*, publié à l'occasion du huitième débat sur la perte d'autonomie organisé à la Maison de la radio, à Paris, le 21 janvier.

*«La préoccupation des Français sur cette question grandit, car les jeunes seniors sont aujourd'hui des aidants. La perte d'autonomie, ils la voient à l'œuvre, ils en mesurent les conséquences financières et psychologiques. Cela les inquiète aussi car ils se demandent comment leurs enfants, qui ont du mal à entrer sur le marché du travail et devront rester en activité plus longtemps, pourront à leur tour les prendre en charge»,* explique Sandra Hoibian, directrice du pôle évaluation et société au Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie (Crédoc).

*«Il faut une régulation publique des tarifs des établissements, de leur gestion. La loi ne traite malheureusement pas ce sujet...»,* Philippe Crevel, économiste

Difficile à vivre, la perte d'autonomie tourne rapidement au casse-tête financier. Une personne placée dans un établissement privé non lucratif devra déboursier – après déduction des aides – 1 478 euros chaque mois, selon le cabinet d'audit KPMG, qui réalise tous les ans un observatoire des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). Soit bien plus que les 1 306 euros de pension de retraite moyenne. Et encore, la facture est nettement plus salée dans des structures privées lucratives.

*«Il faut une régulation publique des tarifs des établissements, de leur gestion. La loi ne traite malheureusement pas ce sujet. Ces structures doivent aussi améliorer leurs services, et donc leur image, en embauchant davantage de personnels, en mettant l'accent sur les soins alternatifs...»,* souligne l'économiste Philippe Crevel.

En attendant, il n'est pas étonnant que les familles tout comme les pouvoirs publics promeuvent le «bien vieillir à domicile». Par choix, bien sûr (77 % des Français souhaitent passer leurs vieux jours chez eux plutôt que d'intégrer un établissement) et pour des raisons économiques, le reste à charge étant nettement moins élevé.

## 6 milliards d'euros d'aide informelle

Mais si cette solution est moins coûteuse, c'est grâce aux conjoints, aux enfants, qui s'éreintent en se transformant en auxiliaires de vie. Sans bruit, les aidants participent au financement de la dépendance. Sans eux, le système ne tient pas.

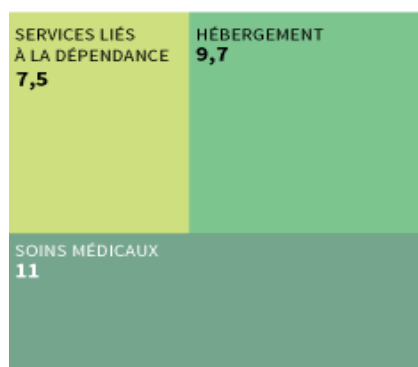
«Une étude a évalué à 6 milliards d'euros par an l'aide informelle des aidants. Cela nous donne une bonne idée, même si ce chiffre est à prendre avec précaution car dans les heures qu'ils déclarent dédier à leur proche, il y a des heures d'aide effective et d'autres durant lesquelles ils ne se consacrent pas exclusivement à leur proche», explique Marie-Eve Joël, professeur à l'université Paris-Dauphine.

Pourtant, la solidarité nationale joue déjà. Les dépenses publiques consacrées à la perte d'autonomie atteignent 21 milliards d'euros par an. Malgré cet effort de la collectivité, et sans compter le coût de l'aide informelle, les familles concernées en sont pour leur poche de plus de 7 milliards d'euros, car si les soins sont presque intégralement remboursés, ce n'est pas le cas des dépenses d'hébergement.

Or, cet effort va aller croissant. Non seulement les dépenses vont naturellement gonfler avec le vieillissement de la population – pour atteindre 51,6 milliards d'euros en 2060, soit 2,6 % du PIB – mais la part à la charge des ménages grimpera pour en représenter quasiment un tiers, soit... 16,5 milliards, selon les prévisions de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees).

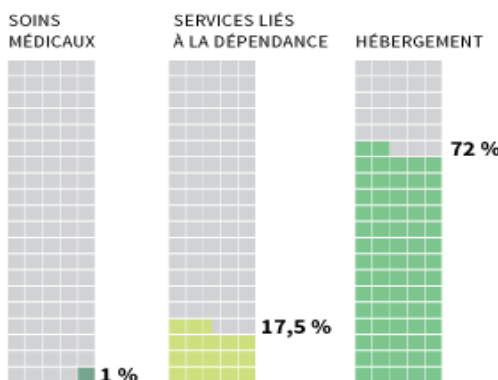
### La perte d'autonomie : un coût de 28,2 milliards d'euros...

EN 2011

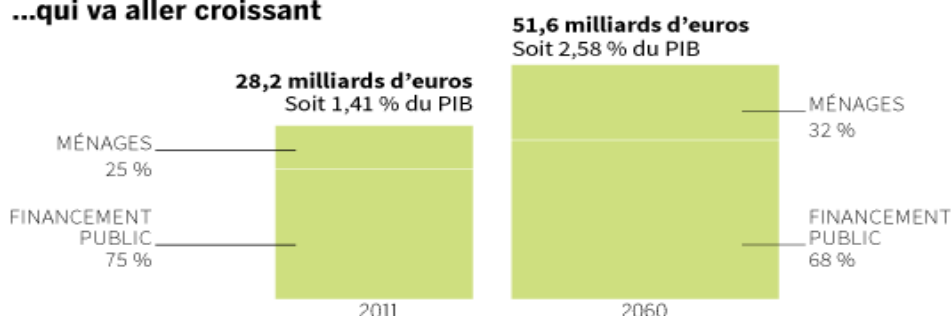


### ...supporté à 25 % par les familles...

PART À LA CHARGE DES MÉNAGES, EN 2011



### ...qui va aller croissant



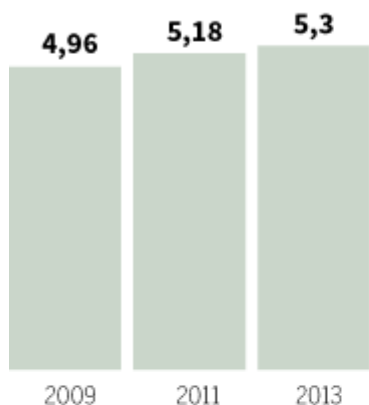
Les sommes en jeu sont telles que «les besoins de financement du risque dépendance seront, selon toute vraisemblance, supérieurs à ceux de la retraite après 2050», révélait une étude sur le marché de l'assurance dépendance publiée par l'Insee en février 2015.

D'où l'urgence de s'atteler à la tâche. «Après l'actel, une loi en demi-teinte, il faut maintenant passer à l'actell, en ouvrant, enfin, le chantier du financement de la perte d'autonomie, plaide Jean-Manuel Kupiec, le directeur général adjoint de l'Ocirp. Nos dirigeants ne partent pas de zéro, ils ont à leur disposition pléthore de rapports sur le sujet.»

Les exemples étrangers ont été auscultés sous toutes les coutures : l'Allemagne a depuis longtemps ajouté un étage à son assurance-maladie, salariés et retraités payant des cotisations dont les recettes sont fléchées sur les dépenses de dépendance. Les pays nordiques financent une couverture particulièrement complète via l'impôt, et le Japon a mis en place un système mixte alimenté par l'impôt et la souscription d'une assurance obligatoire à partir de 40ans.

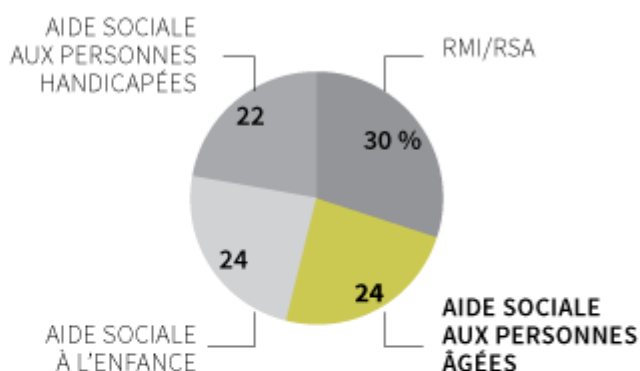
### L'allocation personnalisée d'autonomie progresse...

EN MILLIARDS D'EUROS

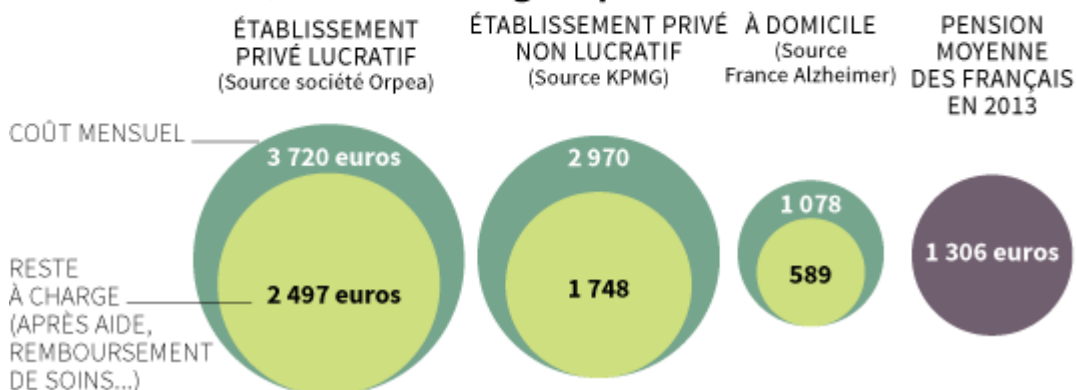


### ...et pèse lourd dans les dépenses sociales des départements

SUR LES 29,1 MILLIARDS D'EUROS D'AIDES SOCIALES DES CONSEILS GÉNÉRAUX EN 2013



### Pour les familles, un reste à charge important



Infographie Elisa Bellanger, Frédéric Cazenave

SOURCES : INSEE, DREES

En France, toutes les options imaginables ont été analysées au fil des ans : mise en place d'un cinquième risque de sécurité sociale – promesse abandonnée de Nicolas Sarkozy, en février 2012 –, taxe sur les successions ou les donations, hausse de la CSG ou des cotisations sociales, nouvelle Journée de solidarité, mobilisation du patrimoine des particuliers, notamment immobilier en développant le viager... Bref, la palette est large, mais rien n'a jamais été tranché.

Il faut dire qu'après l'alourdissement de la fiscalité au début du quinquennat de François Hollande et le «ras-le-bol fiscal» qui s'est ensuivi, prononcer le mot impôt donne de l'urticaire aux Français. «Quant à augmenter les cotisations des actifs, cela provoquerait inévitablement une levée de boucliers des entreprises qui se plaignent à longueur de journée du coût trop élevé du travail en France», prévient Philippe Crevel.

*«L'élection présidentielle de 2017 doit être l'occasion de porter un grand débat sur l'autonomie, une sorte de conférence de consensus intégrant les citoyens, pour trancher cette question du financement »*, Laurence Rossignol

Pourtant, il n'y a pas trente-six solutions. *«Pour diminuer le coût supporté par les ménages, il faut mutualiser cette charge financière au niveau de l'ensemble des Français et non sur les seuls souffrant de perte d'autonomie. Cela passe soit par une hausse des prélèvements obligatoires, soit en rendant l'assurance dépendance... obligatoire. Il faudrait dans ce cas que la puissance publique régule le marché et décrive un contrat type. Mais si rien n'est fait, c'est le patrimoine des personnes dépendantes et de leur famille qui sera davantage utilisé à l'avenir»*, explique Roméo Fontaine, maître de conférences à l'université de Bourgogne et chercheur associé à la Fondation Médéric Alzheimer.

C'est cet arbitrage éminemment politique entre une logique de financement public et une logique assurantielle qui devra être rendu. Quand? Laurence Rossignol repousse la question aux prochaines échéances électorales : *«L'élection présidentielle de 2017 doit être l'occasion de porter un grand débat sur l'autonomie, une sorte de conférence de consensus intégrant les citoyens, pour trancher cette question du financement. A mon sens, il vaut mieux faire davantage appel à la solidarité nationale, donc à l'impôt, pour renforcer l'APA [allocation personnalisée d'autonomie], sinon c'est l'assurance individuelle qui prendra du poids. Or un système assurantiel est source d'inégalités.»*