

**RAPPORT PREPARE PAR MME MICHELINE BERNARD-HARLAUT**

**AU NOM DE LA COMMISSION DE LA SANTE,  
DE LA SOLIDARITE ET DES AFFAIRES SOCIALES**

**ET AVIS N°2002-04 ADOPTE PAR LE CESR LE 2 MAI 2002**

**VIVRE EN ILE-DE FRANCE  
APRES 60 ANS**

---

**Micheline BERNARD-HARLAUT**

**2 MAI 2002**

**RAPPORT PREPARE PAR MICHELINE BERNARD-HARLAUT**

**AU NOM DE LA COMMISSION DE LA SANTE,  
DE LA SOLIDARITE ET DES AFFAIRES SOCIALES**

**VIVRE EN ILE-DE FRANCE  
APRES 60 ANS**

---

**Micheline BERNARD-HARLAUT**

**2 MAI 2002**

## REMERCIEMENTS

Le rapporteur et les membres de la commission de la santé de la solidarité et des affaires sociales adressons nos très vifs remerciements aux personnalités qui ont bien voulu apporter leur contribution à la préparation du présent rapport :

- **LORS D'AUDITIONS (ORDRE ALPHABETIQUE)**

Mme Francine BAVAY Vice-Présidente du Conseil Régional chargée de l'action social, des solidarités et de la commission de la santé, de la solidarité, de la vie sociale et familiale

Professeur Françoise FORETTE Médecin chef à l'hôpital BROCCA

- **LORS D'ENTRETIENS OU PAR LEURS INFORMATIONS ET EXPERIENCES**

M. Nicolas BRUN Chargé de mission santé et affaires sociales à l'Union Nationale des Associations Familiales (UNAF)

M. Yves BUCAS-FRANÇAIS Ancien membre associé de la commission santé

M. DUFLOT Ancien président de la ligue d'Ile de France de la Retraite

Mme Ruth FERRY Directrice de l'Observatoire Régional de la Santé (ORS)

M. Michel FIEVET Président de l'AFTAM

M. Claude FOURNERAUT Ancien président de la commission Santé, Solidarité, de la vie sociale et familiale au CESR

Mme Danièle HOFFMANN Conseillère de Paris adjointe chargée des personnes âgées

M. Philippe LOUCHART Chargé d'études à l'IAURIF

M. Philippe PEPIN Chargé d'études à l'ORS

Mme Arlette VALTIER Présidente de la ligue de l'Ile-de-France de la Retraite Sportive

# SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
<b>PREMIÈRE PARTIE : DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES : LA SOCIÉTÉ COMPTE UN NOMBRE DE PLUS EN PLUS GRAND DE PERSONNES DE PLUS DE 60 ANS.....</b>	<b>5</b>
<b>1.1 LE VIEILLISSEMENT A L'ECHELON NATIONAL SE VERIFIE AU NIVEAU REGIONAL MAIS DES DIFFERENCES SUBSTANTIELLES SONT PERCEPTIBLES .....</b>	<b>5</b>
<b>1.1.1 A L'ECHELON NATIONAL.....</b>	<b>5</b>
<b>1.1.2 A L'ECHELON REGIONAL.....</b>	<b>6</b>
<b>1.1.3 LA FRACTION DES PERSONNES DE PLUS DE 75 ANS EST A CONSIDERER.....</b>	<b>8</b>
<i>1.1.4 La répartition des personnes de plus de 60 ans entre les zones urbaines et rurales est très différente de celle observée pour l'ensemble de la métropole.....</i>	<i>8</i>
<b>1.2 LA TENDANCE GENERALE EST A UN VIEILLISSEMENT DEMOGRAPHIQUE DE LA POPULATION .....</b>	<b>9</b>
<b>1.3 DES CARACTERISTIQUES PROPRES A CETTE CATEGORIE DE POPULATION .....</b>	<b>10</b>
<i>1.3.1 Des spécificités liées à l'âge et au sexe.....</i>	<i>10</i>
<i>1.3.2 Des spécificités socio-économiques .....</i>	<i>11</i>
<b>1.4 L'AGE EST UN SIGNIFIANT EVOLUTIF.....</b>	<b>13</b>
<i>1.4.1 La place dans l'ordre familial est bouleversée.....</i>	<i>13</i>
<i>1.4.2 L'âge biologique et le concept de vieillesse .....</i>	<i>14</i>
<i>1.4.3 Un autre découpage des temps de vie .....</i>	<i>14</i>
<b>1.5 L'IMAGE DEVALORISEE DE LA PERSONNE AGEE.....</b>	<b>15</b>
<i>1.5.1 Le coût supposé de l'âge .....</i>	<i>15</i>
<i>1.5.2 Le rôle de l'héritage culturel .....</i>	<i>16</i>
<i>1.5.3 Le refus de la vieillesse et ses deux faces : jeunisme et rejet .....</i>	<i>16</i>
<b>1.6 L'APPRECIATION QU'ONT LES PERSONNES AGEES DE LEUR SITUATION DANS LA COLLECTIVITE....</b>	<b>17</b>
<b>DEUXIÈME PARTIE : IDENTIFIER ET SOUTENIR LES FONCTIONS SOCIALES DANS LESQUELLES SONT IMPLIQUEES LES PERSONNES DE PLUS DE 60 ANS.....</b>	<b>19</b>
<b>2.1 CINQ POSTULATS .....</b>	<b>19</b>
<b>2.2 LA DIVERSITE DES ROLES DES PERSONNES AGEES EST INDISPENSABLE A RECONNAITRE.....</b>	<b>20</b>
<i>2.2.1 Le rôle au sein des familles.....</i>	<i>20</i>
<b>2.3 LE ROLE AU SEIN DE LA COLLECTIVITE.....</b>	<b>23</b>
<i>2.3.1 Un taux d'activité professionnelle en baisse.....</i>	<i>23</i>
<i>2.3.2 L'engagement syndical et politique.....</i>	<i>24</i>
<i>2.3.3 L'engagement associatif.....</i>	<i>24</i>
<b>2.4 FAIRE CONNAITRE CES FONCTIONS ET DONNER LA MESURE DE LEUR IMPORTANCE SOCIALE.....</b>	<b>26</b>
<b>2.5 L'AIDE NATURELLE.....</b>	<b>26</b>
<i>2.5.1 L'aide naturelle doit être choisie et des relais trouvés auprès de la collectivité.....</i>	<i>27</i>
<i>2.5.2 Les réponses données à l'échelon national ont pris en compte ces exigences .....</i>	<i>28</i>
<i>2.5.3 La politique régionale doit s'orienter dans un plan de mise en cohérence et de soutien des actions locales .....</i>	<i>28</i>
<b>2.6 LE DROIT A L'EDUCATION DOIT ETRE OUVERT TOUT AU LONG DE LA VIE .....</b>	<b>28</b>
<b>2.7 LA MISE EN VALEUR DES TRANSMISSIONS DES SAVOIRS COLLECTIFS .....</b>	<b>29</b>
<b>2.8 FAIRE QUE LES FORMES DE SEGREGATION PAR L'AGE NE DEVIENNENT PAS LA REGLE AU SEIN DES INSTITUTIONS .....</b>	<b>30</b>
<b>TROISIEME PARTIE : NIVEAU DE VIE ET RESSOURCES, CONDITIONS DE L'HABITAT ET PROBLEMES DE SANTE.....</b>	<b>31</b>
<b>3.1 NIVEAU DE VIE ET RESSOURCES.....</b>	<b>31</b>
<i>3.1.1 Une «aisance économique» mais des disparités .....</i>	<i>31</i>
<i>3.1.2 Les modes de consommation.....</i>	<i>33</i>
<i>3.1.3 Les difficultés .....</i>	<i>33</i>
<b>3.2 PATRIMOINE .....</b>	<b>34</b>
<b>3.3 L'HABITAT ET LE CADRE DE VIE.....</b>	<b>35</b>
<b>3.4 LES TRANSPORTS .....</b>	<b>38</b>
<i>3.4.1 Les transports collectifs .....</i>	<i>38</i>
<i>3.4.2 Les autres modes de transport .....</i>	<i>39</i>

<b>3.5 LES PROBLEMES DE SANTE DES PERSONNES AGEES ET LEURS PRISES EN CHARGE .....</b>	<b>39</b>
3.5.1 <i>La difficile appréciation de la morbidité des personnes âgées .....</i>	40
3.5.2 <i>Une faible mortalité en Ile-de-France.....</i>	40
3.5.3 <i>Une approche gériatologique et non exclusivement gériatrique.....</i>	41
3.5.4 <i>Quelle politique régionale de santé ?.....</i>	42
<b>QUATRIEME PARTIE : SYNTHESE ET PROPOSITIONS : DES CHANTIERS A OUVRIR .....</b>	<b>45</b>
<b>4.1 LES QUESTIONS SPECIFIQUES AUX RETRAITES “ACTIFS”.....</b>	<b>46</b>
<b>4.2 LES QUESTIONS SPECIFIQUES AUX «RETRAITES DEPENDANTS ».....</b>	<b>47</b>
4.2.2 <i>La prise en charge des besoins de santé et de la dépendance.....</i>	47
4.2.3 <i>L’habitat des personnes âgées dépendantes.....</i>	48
<b>ANNEXES .....</b>	<b>49</b>

## INTRODUCTION

Que l'on ait 60, 70, 80 ans, que l'on soit en bonne santé ou non, seul ou entouré, urbain ou rural, la même question se pose : comment continuer à rester partie prenante dans la société ? Ce rapport souhaite répondre à cette interrogation.

L'approche sera régionale le plus souvent. Toutefois, seront précisés les niveaux de compétence de l'ensemble des collectivités bien qu'il soit évident que les décisions prises à un échelon peuvent avoir, par ricochet, une répercussion sur un plus vaste territoire.

En effet, avoir 60 ans ou plus, au début du 21<sup>ème</sup> siècle, serait, selon les démographes, une chance considérable. L'espérance de vie de la population s'est sensiblement allongée. Les progrès de la médecine et des techniques diverses devraient rendre les personnes de cette tranche d'âge optimistes sur leur devenir et leur qualité de vie.

Cependant, on constate qu'il existe une réelle difficulté à nommer et donc à définir les plus de 60 ans.

Le vocable « vieux » prisé jusqu'à une période récente est tombé en désuétude et a pris un sens péjoratif. Ce terme fut remplacé par l'expression « troisième âge » à laquelle s'est ajouté le « quatrième âge ». Quant au terme « vieillard », sa connotation négative voire dégradante est évidente.

Le dictionnaire Le Petit Robert dans son édition de 2000 est édifiant, définissant la vieillesse comme la « dernière étape de la vie normale qui succède à la maturité, caractérisée par un affaiblissement global des fonctions physiologiques et des facultés mentales et par des modifications atrophiques des tissus et des organes ».

Certains font référence aux retraités. C'est d'ailleurs la règle administrative qui prend pour repère l'âge légal de la cessation d'activité professionnelle. Mais la retraite demeure un statut social en référence au travail et ne décrit en rien la situation d'une personne de plus de 60 ans. On peut d'ailleurs noter qu'un adulte handicapé devient dès son soixantième anniversaire une personne âgée, à ce changement de vocable s'opère des différences de statut et de ressources.

Récemment, le terme de « seniors » est apparu. Concernant à l'origine les militaires, le monde sportif a réhabilité ce vocable qui a l'avantage de donner une image dynamique voire rassurante, car les seniors sont suivis par les « vétérans ». Ce terme introduit un statut, la « séniorité », à savoir « prééminence et garantie déterminées par l'ancienneté au sein d'un groupe social ». Le monde de la publicité privilégie ce terme.

Pourtant, les publicitaires qui se veulent le reflet de notre société, et alors que le marché des seniors est porteur, savent mal représenter les plus de 50 ans. Ils sont souvent caricaturés ou servent de faire-valoir à la jeunesse. Ainsi, même lorsque les produits les concernent, le casting est tel que les agences « montrent une femme de 40 ans pour toucher une femme de 60 ans parce que c'est ce à quoi elle aspire à ressembler ». <sup>1</sup>

Mais la cible économique est tellement intéressante qu'il est possible d'envisager une évolution. Ainsi une chaîne de télévision dédiée aux « seniors » a-t-elle vu le jour qui pourrait à terme concurrencer les fréquences de radio faisant appel à la nostalgie. Cette nouvelle chaîne câblée se présente comme le « vecteur de communication trans-générationnel », selon les propos de son directeur général.

L'expression « les personnes âgées », euphémisme pour définir une vaste nébuleuse qui englobe tout ce qui a cheveux gris ou blancs, autonome, en perte d'autonomie ou dépendants, est actuellement fort utilisée.

Certains, même, s'essaient à la poésie, tels des économistes anglophiles qui parlent de « grey power ».

Pourtant le dossier du *Courrier des maires et des élus locaux* d'octobre 2000, intitulé *Rajeunissez votre discours sur les seniors* notait combien il est inefficace et illusoire d'avoir une vision homogène des personnes âgées. Une nouvelle segmentation est proposée, celle des « jeunes retraités ». Le conseiller en communication remarque que « les personnes âgées, c'est à dire les plus de 60 ans puisqu'il n'existe pas d'autres critères, exigent de ne plus être cataloguées dans des catégories renvoyant à une image dévalorisante ». Commentaire qui peut sembler évident voire en décalage lorsque l'on sait, par exemple, que la tranche d'âge des 60-70 ans regroupe, après les 50 à 60 ans la plus forte proportion de députés (24 %) à l'Assemblée nationale en 2001.

Ce rapide exposé n'est pas exhaustif et montre qu'est apparue, avec l'augmentation de l'espérance de vie, une nouvelle classe d'âge aux limites imprécises et dont la diversité des situations fait tout l'intérêt.

La société souhaite-t-elle prendre réellement conscience de la révolution démographique à laquelle elle participe et ne redoute-t-elle pas, sauf en termes statistiques ou économiques, de penser vraiment au vieillissement et à son aboutissement inéluctable, la mort ?

L'énigme du Sphinx et son séquençage ternaire de la vie de l'Homme (temps de l'apprentissage, âge adulte et vieillesse) reste ancré dans les esprits.

---

<sup>1</sup> Le Monde 24/25 juin 2001, *la publicité malmène les plus de 50 ans*

A cette difficulté de nommer, s'ajoute celle de comptabiliser. Ainsi, il n'est pas aisé d'avancer des données chiffrées comparables, chaque institut définissant ses classes d'âge en fonction de ses objectifs. De plus, les statistiques peuvent être utilisées de manière simplificatrice.

En revanche, la méthode des indicateurs devrait permettre d'appréhender avec plus de finesse cette population dans sa diversité. La pertinence du critère d'âge, au détriment de données prenant en compte l'Histoire ou les transferts d'héritage culturel, se pose.

Pour autant, la période de vie qui commence vers 60 ans peut voir apparaître progressivement et de manière irréversible handicaps et perte d'autonomie. Il revient aux pouvoirs publics de pallier ces « carences » afin d'éviter une exclusion par l'âge ou le handicap et d'aider chacun à garder sa dignité et sa place dans la société.

Travailler sur un segment d'âge montre également que la notion de vieillesse varie d'une époque à l'autre, d'un pays à l'autre.

Selon un sondage de l'institut Ipsos de 1999, l'apparence physique est un élément important, facteur psychologiquement stimulant et 11 % des 50-75 ans déclarent ainsi dépenser de plus en plus pour leur apparence.

Il est donc difficile de répondre à la question : « A partir de quel âge est-on vieux ? » La situation est paradoxale où fin de vie professionnelle ou encore apparition des incapacités physiques peuvent être pris en considération. On pourrait également décider, de manière arbitraire, que l'entrée dans la vieillesse débute x années (restant à définir par les démographes) avant la fin de l'âge d'espérance de vie.

Selon le critère privilégié, l'âge de la vieillesse diffère mais a globalement toujours tendance à reculer. Le sociologue Patrice Bourdelais, propose de relativiser en définissant des « âges équivalents » basés notamment sur l'état de santé et faisant abstraction de l'image que nous nous sommes forgée, mélange inconscient de souvenirs vécus et de lectures. Ainsi, un homme de 70 ans en 2002 équivaldrait à un homme de 60 ans en 1900 et une femme de 60 ans correspond à une femme de 77 ans actuellement.

Ce raisonnement permet non plus d'évoquer un vieillissement de la société mais la transformation de la société.

Comme cette introduction le montre, le choix d'une tranche d'âge demeure fort arbitraire. Cependant pour des raisons de commodités, ce rapport traitera des Franciliens âgés de 60 à 80 ans et ne se trouvant pas dans une situation de dépendance physique mais pouvant l'envisager.



Ce rapport est divisé en quatre parties :

1. Données démographiques
2. Fonctions sociales
3. Niveau de vie, conditions de l'habitat et problèmes de santé
4. Synthèse et propositions

**PREMIÈRE PARTIE : DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES :  
LA SOCIÉTÉ COMPTE UN NOMBRE DE PLUS EN PLUS  
GRAND DE PERSONNES DE PLUS DE 60 ANS**

Le vieillissement à l'échelon européen et national se vérifie au niveau régional mais des différences substantielles sont perceptibles. En 2000, l'Union européenne comptait 61 millions de personnes âgées de plus de 65 ans alors qu'elles n'étaient que 34 millions en 1960. Cependant le rythme d'augmentation de la population de plus de 60 ans est moins rapide en France que dans le reste de l'Union européenne du fait d'un taux de fécondité satisfaisant.

**1.1 LE VIEILLISSEMENT A L'ECHELON NATIONAL SE VERIFIE AU NIVEAU REGIONAL MAIS DES DIFFERENCES SUBSTANTIELLES SONT PERCEPTIBLES**

**1.1.1 A l'échelon national**

Au niveau national, deux observations s'imposent, l'accroissement de la population (qui augmente de presque 9 millions en 30 ans soit 10,4 %) et son vieillissement. Le vieillissement de la population s'observe aux deux niveaux de la pyramide des âges, par le bas avec une baisse de la natalité (diminution de la part des jeunes qui passe de 32,2 à 24,6 % de 1968 à 1999 avec une légère correction notée depuis deux ou trois ans) et par le haut (augmentation des plus de 60 ans qui passe de 18,8 à 21,3 % au cours de la même période) et qui traduit un allongement de la durée de la vie.

On assiste à un glissement progressif des classes d'âges intermédiaires vers les tranches supérieures (la tranche des 20-39 diminue au profit des 40-59 ans) ce qui indique clairement cette tendance à la prolongation de la durée de vie du fait de la baisse de la mortalité à tous les âges.

Tranches d'âge	1968		1975		1982		1990		1999	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
<b>0 à 19 ans</b>	16 008	32,2	16 152	30,7	15 595	28,7	14 987	26,5	14 381	24,6
<b>20 à 39 ans</b>	13 111	26,4	14 684	27,9	16 445	30,3	17 139	30,3	16 468	28,1
<b>40 à 59 ans</b>	11 202	22,6	11 798	22,5	12 219	22,5	13 200	23,3	15 193	26,0
<b>60 à 75 ans</b>	6 818	13,7	7 005	13,3	6 478	11,9	7 261	12,8	7 973	13,6
<b>75 et plus</b>	2 516	5,1	2 960	5,6	3 558	6,6	4 038	7,1	4 505	7,7
<b>Total</b>	49 655	100	52 599	100	54 295	100	56 625	100	58 521	100

Source : INSEE RP 1999 ; les effectifs sont donnés en milliers de personnes

A l'échelon national, la tendance à l'accroissement de la proportion des plus de 60 ans s'accélère à partir de 1990.

### 1.1.2 A l'échelon régional

Bien que la proportion des personnes de plus de 60 ans soit sensiblement plus faible que celle de la France (respectivement 16,6 % et 21,3 %), la progression de cette catégorie de personnes a été d'environ 240 000 individus en plus, soit une augmentation dépassant les 14% entre 1990 et 1999 (période de référence pour l'ensemble des commentaires suivants). Cette proportion est à rapprocher de la progression générale de la population de la région qui est de 291 457 personnes (2,7%) soit un niveau légèrement inférieur à la moyenne nationale (3,3% environ). Le taux de natalité régional est cependant supérieur au taux national, respectivement 14/1000 et 12,9/1000, avec des valeurs maximales d'au moins 16/1000 en Seine-Saint-Denis et dans les Hauts-de-Seine.

Cette proportion moindre de personnes de plus de 60 ans, qui pourrait se lire comme une relative "jeunesse" de la région, ne se retrouve pas dans toutes les tranches d'âge puisque seuls les 20-59 ans, la tranche des "actifs", est plus élevée que la moyenne nationale ce qui n'est pas le cas de la tranche des 0-19 ans qui elle est superposable à celle observée pour l'ensemble de la métropole.

L'augmentation du nombre de personnes de plus de 60 ans se retrouve essentiellement dans les départements de la grande couronne avec des progressions nettes entre 1990 et 1999 dans les départements de l'Essonne, des Yvelines, de la Seine-et-Marne et du Val d'Oise (respectivement + 25%, + 23% +19% et +18%), alors que celles de la petite couronne sont plus modestes (Hauts-de-Seine +4%, Seine-St-Denis +9% et Val-de-Marne +8%). Paris à l'inverse de tous les départements et de l'ensemble de la métropole présente un tout autre profil avec une population totale diminuant entre 1990 et 1999 (-1,3% pour une progression nationale de 3,3%).

Cette baisse est liée à une diminution de la population des personnes de plus de 60 ans (-6,7% soit près de 30 000 personnes), nullement compensée par la présence de jeunes de moins de 20 ans (moyenne parisienne 18,3% pour une moyenne régionale de 25,2% et nationale de 24,6%). Seule la tranche des « actifs » émerge de la population parisienne pour se situer au-dessus des moyennes régionale et nationale (respectivement 62,1%, 58,1% et 54,1%).

Tout se passe donc comme si Paris faisait en sorte de n'être en mesure ni d'accueillir les plus jeunes (et les familles qui font des enfants) ni de retenir en ses murs les plus anciens de ses habitants. Paris serait devenue une ville accessible aux seuls actifs.

	<b>Tableau II : Evolution de la répartition par âge</b>											
	<b>0 à 19 ans</b>				<b>20 à 59 ans</b>				<b>60 ans et plus</b>			
	1990		1999		1990		1999		1990		1999	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Paris	401.580	18,7	388.374	18,3	1.303.742	60,6	1.320.386	62,1	447.007	26,6	417.091	19,6
Hauts-de-Seine	328.138	23,6	337.053	23,6	813.256	58,4	831.521	58,2	250.152	17,9	260.104	18,2
Seine-St-Denis	393.646	28,5	386.910	28	796.616	57,7	787.762	56,9	191.067	13,8	208.256	15
Val-de-Marne	307.446	25,3	304.275	24,8	707.994	52,3	706.922	57,6	199.958	16,4	215.764	17,6
Seine-et-Marne	335.412	31,1	343.581	28,8	597.665	55,4	676.024	56,6	145.867	13,5	173.906	14,6
Yvelines	387.821	29,6	374.637	27,7	747.209	57,1	766.700	56,6	172.537	13,1	212.620	15,7
Essonne	310.640	28,6	307.917	27,2	633.709	58,4	650.274	57,4	140.759	12,9	175.835	15,5
Val d'Oise	321.710	30,6	321.246	29,1	595.348	56,7	627.305	56,8	132.658	12,7	156.673	14,2
Ile-de-France	2.786.393	26,1	2.763.993	25,2	6.195.539	58,1	6.366.894	58,1	1.680.005	15,7	1.820.249	16,6
France	14.986.695	26,5	14.381.440	24,6	30.338.958	53,6	31.661.121	54,1	11.299.373	19,9	12.478.127	21,3

Source : INSEE RP 1990 et 1999 (NB : les minimum et maximum sont en caractères gras)

Une autre observation mérite d'être faite à l'échelon régional qui relativise celle indiquée quant aux tendances évolutives notées sur la période 1990-1999. Paris est le département d'Ile-de-France qui compte proportionnellement le plus de personnes de plus de 60 ans (19,6%), suivi par les Hauts-de-Seine (18,2%) et le Val-de-Marne (17,6%). Les départements de la grande couronne ont une proportion nettement moindre de cette catégorie de personnes (autour de 15%, le Val d'Oise se situant à 14,2%) ; à souligner que ce sont ces départements qui ont le plus grand nombre de moins de 20 ans.

### 1.1.3 La fraction des personnes de plus de 75 ans est à considérer

Selon le CREDOC, l'âge de 72-73 ans est aujourd'hui l'âge des ruptures physiologiques et caractériser cet aspect est essentiel, pour aider les pouvoirs publics sur le plan décisionnel à la répartition des moyens (habitat, aménagement de soins spécifiques, hôpitaux, transports etc). La région Ile-de-France n'est pas la "plus vieille" des régions de la métropole, ceci étant le fait surtout des départements de la grande couronne alors que Paris est exactement au niveau national pour les personnes 75-89 ans (6,9%). En 1999, le département qui avait le moins de personnes de plus de 75 ans était le Val d'Oise, suivi de près par les départements de la grande couronne et la Seine-Saint-Denis.

	60 ET PLUS		60 A 74 ANS		75 A 89 ANS		90 ANS ET PLUS	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Paris	417 091	19,6	246 850	11,6	146 833	6,9	23 408	1,0
Hauts de Seine	260 104	18,2	164 351	11,5	84 319	5,9	11 434	0,8
Seine St-Denis	208 256	15,0	144 391	10,4	58 312	4,2	6 942	0,5
Val-de-Marne	215 764	17,6	139 756	11,4	67 426	5,5	9 807	0,8
Seine-et-Marne	173.906	14,6	119 114	9,6	51 245	4,3	7 147	0,6
Yvelines	212 620	15,7	144 907	10,7	58 233	4,3	8 126	0,6
Essonne	175 835	15,5	121 383	10,7	47 646	4,2	6 807	0,6
Val d'Oise	156 673	14,2	107 023	9,7	44 133	4,0	5 517	0,5
Ile-de-France	1 820 249	16,6	1 096 535	10,7	559 233	5,1	76 757	0,7
<b>France</b>	12 478 127	21,3	8 025 836	13,7	4 042 209	6,9	527 245	0,9

Source : INSEE RP 1999 ; les pourcentages sont donnés par rapport à la population totale de chacun des départements

### 1.1.4 La répartition des personnes de plus de 60 ans entre les zones urbaines et rurales est très différente de celle observée pour l'ensemble de la métropole

Philippe LOUCHART (IAURIF le défi de l'âge, les conséquences du vieillissement de la population, volume 1) qualifie certaines communes de « grisonnantes » : 247 villes sur 1 281 comptent plus de 20 % de plus de 60 ans parmi leur population. Les communes rurales de Seine-et-Marne sont nombreuses dans ce cas et une trentaine de villes de plus de 10 000 habitants est également concernée.

A titre d'exemple nous citerons :

11 arrondissements parisiens ;

4 communes limitrophes (Neuilly Sur Seine, Saint Mandé, Levallois, Vincennes) ;

3 communes plus « lointaines » (Enghien les Bains, Bois Colombes, Le Perreux).

Alors que 70 % des personnes de plus de 60 ans vivent en zone urbaine (unités urbaines de plus de 2 000 habitants) pour l'ensemble de la France, cette proportion s'élève à 96 % pour l'Ile-de-France. Les communes rurales, sont cependant relativement nombreuses en Ile-de-France (720 sur 1300) ne regroupent que 62 000 habitants de plus de 60 ans parmi lesquels 23 000 ont plus de 75 ans. Cette situation particulière de dispersion de cette fraction de population est source de difficultés notamment en matière de transport lorsque la capacité de déplacement individuel est altérée. Beaucoup de ces villes sont grisonnantes parce que la mobilité résidentielle baisse, ce sont souvent des communes « où il fait bon vivre ». Apparaît ainsi un risque de fracture spatiale, le prix du foncier rendant ces communes inaccessibles aux personnes à faibles revenus.

## **1.2 La tendance générale est à un vieillissement démographique de la population**

Pour reprendre les termes du rapport du CES <sup>1</sup>, il est indiqué qu'en se fondant sur un scénario tendanciel (poursuite de la baisse de la mortalité, solde net migratoire annuel de 50 000 personnes, descendance finale par femme de 1,8 enfants ) l'INSEE estime que la part des personnes de 60 ans et plus dans la population atteindrait 27,3% en 2020 et 32,8% en 2035. Au total, selon ce scénario, le nombre des plus de 60 ans augmenterait de près de neuf millions d'ici à 2035, tandis que la population des moins de 20 ans, ainsi que celle des 20-59 ans, diminueraient l'une et l'autre de plus d'un million".

Même si certaines des hypothèses retenues par l'INSEE peuvent ne pas se vérifier, deux tendances majeures sont à souligner :

- 1) L'arrivée progressive à l'âge de 60 ans à partir de 2006 des générations nombreuses issues du *baby-boom* : de ce fait la population âgée de 60 ans et plus, qui augmente actuellement au rythme annuel de 1,1% va, dans les hypothèses du scénario tendanciel, croître à partir de 2006 au rythme de 2,5% par an, et ce jusque vers 2035.

---

<sup>1</sup> M. Bonnet, *les personnes âgées dans la société*, CES, mai 2001

- 2) La poursuite de l'augmentation de l'espérance de vie : selon l'INSEE, l'espérance de vie à la naissance a augmenté de près d'un trimestre depuis un demi-siècle, passant de 63 ans pour les hommes et de 69 ans pour les femmes en 1950 à 75,2 ans et 82,7 ans en 2000, année au cours de laquelle elle a progressé de 3 mois et demi supplémentaires. Même si la précarisation que connaît une partie des jeunes et des adultes pourrait la ralentir, rien ne permet de conclure que cette tendance va s'interrompre.

C'est de la conjonction de ces deux tendances qu'il est attendu les effets démographiques d'ici à 2035.

Compte tenu des modifications que représente l'accroissement prévisible de cette catégorie de population, la société va évoluer. Les réponses qu'il faudra trouver constituent un enjeu majeur pour les temps à venir, sur le plan national et régional, et il est important de s'en préoccuper dès maintenant.

### **1.3 DES CARACTERISTIQUES PROPRES A CETTE CATEGORIE DE POPULATION**

#### **1.3.1 Des spécificités liées à l'âge et au sexe**

L'augmentation de l'espérance de vie intervient particulièrement aux âges avancés de la vie. De 1962 à 1999 le nombre des personnes âgées de 60 à 75 ans augmentait de 30% et celui des 75 ans et plus était multiplié par deux. Les projections de l'INSEE laissent augurer une poursuite du phénomène avec un doublement des personnes de 60 ans et plus, un triplement des 75 ans et plus et un quadruplement des 85 ans et plus.

Ce "vieillessement du vieillissement" s'accompagne d'une amélioration de l'état de santé des personnes âgées. Selon les enquêtes santé de l'INSEE et du CREDES (Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé) l'espérance de vie en bonne santé a ainsi progressé de 3 ans contre 2,5 ans d'espérance de vie à la naissance. Reste que cette évolution favorable ne doit pas occulter la gravité de situation des personnes en perte d'autonomie, sans compter la situation préoccupante des personnes handicapées vieillissantes et de leur famille.

L'avancée en âge s'accompagne d'une féminisation : la parité est parfaite jusqu'à 60 ans mais elle passe à 56% des 65-69 ans et à 67% des 80-84 ans. Cet écart s'est un peu réduit durant la dernière décennie, les gains d'espérance de vie à la naissance atteignant 2,5 ans pour les hommes contre 1,8 pour les femmes.

Ces données chiffrées cachent des réalités parfois douloureuses : solitude, isolement, perte de revenus, « choix d'un nouveau mode de vie » auquel on était plus ou moins bien préparé. Ces situations de désarroi peuvent mener à un comportement dépressif, parfois non diagnostiqué, qui accélère la perte d'autonomie.

<b>Tableau IV : Proportions par sexe des personnes de plus de 60 ans</b>		
	<b>Hommes</b>	<b>Femmes</b>
Paris	<b>16,5</b>	<b>22,4</b>
Hauts-de-Seine	15,5	20,7
Seine-Saint-Denis	13,1	16,9
Val-de-Marne	14,9	20
Seine-et-Marne	12,7	16,3
Yvelines	13,9	17,4
Essonne	13,6	17,3
Val d'Oise	<b>12,3</b>	<b>15,9</b>
Ile-de-France	14,3	18,7
France	18,6	<b>23,9</b>

Source : INSEE RP 1999 (NB : les minimum et maximum sont en caractère gras)

Les données dont on dispose à l'échelon régional reproduisent à quelques variantes près la situation nationale. Paris compte proportionnellement plus de personnes de plus de 75 ans que les autres départements, l'écart étant faible avec les départements de la petite couronne alors qu'il s'accroît avec ceux de la périphérie. Un schéma comparable est noté pour ce qui concerne le nombre de femmes.

### **1.3.2 Des spécificités socio-économiques**

- On sait l'inégalité d'espérance de vie selon que l'on a été manœuvre ou que l'on a exercé une profession libérale. Selon les études longitudinales de l'INSEE, en 1980-1999, l'espérance de vie à 60 ans était de 17,1 ans pour un manœuvre contre 21,2 ans pour un cadre moyen ou supérieur. Ces différences ont tendance à s'accroître ; entre 1960-1969 et 1989-1999, le risque de décès entre 60 et 75 ans s'est réduit de 45% pour les ingénieurs et les professions libérales mais seulement de 24% pour les manœuvres, les morts précoces étant encore plus fréquentes dans les catégories les plus défavorisées dont beaucoup n'atteignent même pas l'âge de 60 ans !

Le centre de prévention sanitaire et sociale (CPSS) a édité en mars 2001 une « géographie de la santé en Seine-Saint-Denis qui présente une typologie des paysages socio sanitaires des communes du département. Les résultats basés sur un échantillon de 33 000 personnes étudié de 1997 à 1999 permet une représentation plus fine des disparités du département et de vérifier, ainsi, la corrélation entre précarité et durée de vie.



- Les inégalités en matière de revenus et de patrimoine :

L'analyse globale des revenus des retraités fait apparaître qu'en moyenne le niveau de vie des retraités serait équivalent à celui des actifs, voire même un peu supérieur (travaux de MM. Hourriez et Legris de l'INSEE - 1995) à la moyenne de celui des actifs. Mais cette relative aisance économique moyenne des retraités s'explique, dans une large mesure, par les revenus complémentaires tirés de leur patrimoine. Ils représentent le quart de leurs ressources courantes, contre 10% pour les ménages en activité professionnelle.

Ces chiffres moyens recouvrent cependant des disparités considérables au sein de la catégorie des retraités et il a pu être montré que même si en moyenne le patrimoine tend à s'accroître avec l'âge, l'âge n'explique que 10% des inégalités de patrimoine, le revenu, présent mais aussi passé (surtout celui-ci car il a permis l'épargne), étant nettement le facteur le plus discriminant.

En fait, la retraite reconduit les inégalités sociales de la vie active.

- S'ajoute un écart générationnel : les plus jeunes retraités, ceux qui ont de 60 à 75 ans, ont une pension nettement supérieure à celle des plus de 80 ans ; l'écart est en moyenne de 150 euros par mois, tous métiers confondus. Enfin l'écart entre les sexes n'est pas négligeable : une veuve âgée sur quatre n'a jamais exercé d'activité professionnelle déclarée et ne perçoit qu'une pension de reversion.

A l'échelon régional, la ville de Paris est probablement le département de la région où se concentrent les plus nettes inégalités en matière de revenus et de patrimoine : par exemple, lorsqu'on exprime la part de population active des plus de 60 ans, elle est de 2% à l'échelon national et dans les départements de la petite et grande couronne mais plus du double à Paris (avec sensiblement la même proportion de femmes et d'hommes).

<b>Tableau V : Population active des plus de 60 ans</b>					
	<b>NOMBRE TOTAL D'ACTIFS</b>	<b>Nombre d'actifs de 60 ANS ET PLUS</b>	<b>Part des actifs de 60 ans et plus</b>	<b>PART DES HOMMES EN ACTIVITE DE 60 ANS ET PLUS / ENSEMBLE DES HOMMES EN ACTIVITE</b>	<b>PART DES FEMMES EN ACTIVITE DE 60 ANS ET PLUS / ENSEMBLE DES FEMMES EN ACTIVITE</b>
Paris	991 003	42 219	4,3 %	4,5 %	4,0 %
Hauts-de-Seine	651 004	18 489	2,8 %	3,1 %	2,5 %
Seine-St-Denis	556 628	11 114	2,0 %	2,1 %	1,8 %
Val-de-Marne	542 775	12 790	2,3 %	2,4 %	2,3 %
Seine-et-Marne	525 786	8 308	1,6 %	1,6 %	1,6 %
Yvelines	598 757	13 567	2,3 %	2,4 %	2,1 %
Essonne	507 722	10 006	2,0 %	2,0 %	2,0 %
Val d'Oise	472 889	8 223	1,7 %	1,8 %	1,6 %
Ile-de-France	4 846 564	124 716	2,6 %	2,7 %	2,4 %
<b>France</b>	<b>23 055 202</b>	<b>476 219</b>	<b>2,0 %</b>	<b>1,9 %</b>	<b>2,2 %</b>

Source : INSEE RP 99

## 1.4 L'AGE EST UN SIGNIFIANT EVOLUTIF

### 1.4.1 La place dans l'ordre familial est bouleversée

L'idée de proximité de la mort ne s'éloigne-t-elle pas lorsque, à 60 ans, l'on a encore en vie un de ses parents au moins ? Or cette situation devrait se généraliser dans les prochaines années. Il était autrefois rare qu'une personne ait déjà des petits enfants tout en ayant encore un de ses parents. Selon l'INSEE, à 60 ans, un 1/5 des femmes nées en 1920 était dans ce cas. Cette proportion atteindra près d'1/3 pour celles nées en 1950.

Dans certains cas on assiste même à des familles réunissant cinq générations. Le vécu et la charge symbolique que représente la présence de personnes de deux voire trois générations pour ceux de la génération la plus récente reste encore à écrire, mais il est probable que ce fait nouveau viendra modifier la représentation que l'on a de la famille.

Les travaux de Geneviève Arfeux-Vaucher se penchent sur la dénomination de la génération au sein de la famille réunissant cinq générations. Elle montre la difficulté de prévoir une dénomination spécifique pour les 4<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> générations, ce qui pourrait représenter un manque de repaire chez les enfants qui ne sont pas explicitement renseignés sur le degré de génération.

### 1.4.2 L'âge biologique et le concept de vieillesse

L'approche du vieillissement est en général construite sur l'hypothèse de fixité du seuil d'entrée dans la vieillesse, l'âge légal de la retraite étant le plus souvent retenu. Cette approche est discutée et il est proposé par exemple de parler de seuil selon une autre acception qui serait le moment où la population, à partir de données épidémiologiques objectives, commence à souffrir de réelles incapacités.

Mesuré ainsi, l'âge de la vieillesse n'a cessé de reculer : d'environ 60 ans pour les hommes et 65 ans pour les femmes en 1930, il passe, au début des années 90, à 71 ans pour les hommes et 77 ans pour les femmes. Dans cette acception du terme, la proportion de "personnes âgées" dans la population aurait baissé, passant de 10% en 1980 à 7% environ dans les années 90.

Dans cette logique, la stabilisation de la part des "personnes âgées" au niveau qu'elle atteignait en 1985 nécessiterait, selon les calculs de P. Bourdelais<sup>1</sup>, que l'âge seuil du vieillissement, estimé en 1985 à 75 ans, atteigne 82 ans en 2040, soit un gain d'environ un mois et demi par an.

D'autres travaux<sup>2</sup>, indiquent que l'entrée en institution spécialisée est passée en vingt ans pour les hommes de 72 à 80 ans et pour les femmes de 79 à 84 ans ; de même ceux menés par le CREDOC amènent à considérer que "la vieillesse semble en quelque sorte déplacée. C'est autour de 72-73 ans que se situent les situations de rupture : de fait les 60-70 ans sont maintenant plus proches de l'ensemble de la population que des personnes de plus de 70 ans".

Ainsi, il y a lieu d'établir une distinction entre les deux sens donnés à la notion de vieillissement : il y a, conformément à son acception collective augmentation dans la population totale de la proportion des personnes âgées de plus de 60 ans mais "l'affaiblissement par effet de l'âge", au sens individuel du terme, ne traduit pas la réalité de l'évolution actuelle : l'amélioration de l'état de santé de la population et son rajeunissement relatif, à un âge donné, compensent l'élévation de sa moyenne d'âge.

### 1.4.3 Un autre découpage des temps de vie

Trois périodes étaient admises jusque vers les années 70 : période de la jeunesse et de la formation ; âge adulte et de l'activité professionnelle pleine ; période de retraite marquée par la fin de l'activité, souvent rendue nécessaire par l'état de santé.

---

<sup>1</sup> Patrice Bourdelais, *L'âge de la vieillesse*, Odile Jacob, 1993

<sup>2</sup> Agnès Quinet-Catherin, *Vieillesse et destin de la population âgée en institution*, Thèse de doctorat, Université Lyon II, 1996.

Cette division a été remise en cause ces dernières années, avec un bouleversement pour ce qui touche à la période des retraites. On admet aujourd'hui (Xavier Gaullier, cité dans le rapport de Maurice Bonnet du CES) que se succèderaient un "âge des préretraités" qui peut débiter dès 50 ans et concerne un nombre non négligeable de quinquagénaires, un âge de la retraite qui s'étend de 60 à 75 ans environ, et parfois davantage selon l'état de santé des intéressés, un "grand âge" enfin, qui correspond sensiblement à ce qui est entendu, sous le vocable de vieillissement et qui concerne un nombre croissant d'octogénaires et de nonagénaires. C'est évidemment dans cette tranche d'âge que vont se compter l'essentiel des handicaps physiques liés à l'âge.

Les frontières esquissées sont cependant floues : la retraite qui constituait autrefois une césure franche est aujourd'hui parfois précédée d'une préretraite, d'un travail à temps partiel, d'une retraite progressive ou d'une période durable de chômage. L'amélioration des conditions de vie et de travail, les progrès des sciences et techniques ont permis l'augmentation de la durée de vie et par conséquent du temps de vie à la retraite.

On assiste ainsi à une transformation du sens des termes : la retraite ne se définit plus comme la vieillesse, le retraité comme une personne âgée.

## **1.5 L'IMAGE DEVALORISEE DE LA PERSONNE AGEE**

### **1.5.1 Le coût supposé de l'âge**

L'augmentation du vieillissement de la population entraînera nécessairement une charge financière croissante.

L'espace ouvert par les activités d'utilité sociale après la période de vie professionnelle représente une part non négligeable de l'économie solidaire qui a toute sa place auprès de l'économie marchande. Le bénévolat, en défrichant des nouveaux champs d'activité, est souvent le promoteur de nouveaux emplois. Ses activités, en amont ou en aval de celles des professionnels sont des compléments indispensables, même si ces activités complémentaires ne doivent pas servir de palliatifs aux pénuries dont souffrent certaines professions.

La critique la plus fréquente concerne la surconsommation des biens de santé par les plus de 60 ans et qui coûte cher à la Sécurité Sociale. C'est oublié vite que les retraités participent au financement de l'assurance maladie et qu'ils y participaient déjà bien avant que leur état de santé se dégrade. « La perception de l'âge au seul regard des coûts, quels qu'ils soient est une vision réductrice » elle n'est pas acceptable.

### **1.5.2 Le rôle de l'héritage culturel**

L'accumulation des années conduit inexorablement à la perte de la vivacité physique et à l'effacement de la beauté, valeurs portées par les grands courants de civilisations dont ceux qu'ont alimenté la Grèce ou la Renaissance pour ne parler que de ces deux là. Devenir vieux n'a pas bonne presse et qui d'entre nous, dans des situations de colère n'a pas utilisé les termes de "vieille sorcière" ou de "vieux grigou" comme pour indiquer qu'en autres caractéristiques s'ajoutait la notion de "vieux" pour en marquer encore davantage le caractère péjoratif.

L'idée de mort dans nos civilisations, de sa propre mort s'entend, est en général insoutenable par la charge d'angoisse qu'elle véhicule. Nous l'avons souligné tout au long de ce qui précède, l'allongement de la vie et le meilleur état de santé de la population font que la mort survient surtout lorsqu'on est âgé. Mais tel ne fut pas toujours le cas car voici quelques décennies encore, la mort frappait de manière moins inégale les différents âges : un 1/5 de la génération née en 1900 est ainsi décédée avant l'âge de 5 ans et 1/4 entre 5 et 60 ans.

Dans ce contexte, le vieillard était celui qui malgré les épreuves avait su survivre. On comprend qu'aujourd'hui, où deux décès sur trois surviennent après 70 ans (61%), le fait de prendre de l'âge ne soit plus pris comme une longue entrée dans l'antichambre de la mort.

Vieillesse et mort prochaine se conjuguent, dans une vision que la société nous envoie et que nous négocions à l'échelon de nos propres histoires individuelles.

### **1.5.3 Le refus de la vieillesse et ses deux faces : jeunisme et rejet**

Le jeunisme : les mythes ont toujours alimenté l'idée qu'il était quelque part une puissance pour éloigner de chacun le spectre de la vieillesse et vendre son âme pour gagner une éternelle jeunesse est celui que Goethe proposa dans Faust. Dire que c'est cette croyance qui alimente aujourd'hui les personnes qui se précipitent dans les gymnases de "troisième âge" ou vers les chirurgiens plasticiens est sans doute aller un peu vite. Mais s'entretenir dans l'illusion, celle donnée à soi-même et aux autres, qu'il faille toujours garder, ou en tout cas longtemps, une musculature "sculpturale" ou une peau lisse laisse un peu rêveur et conduit à se poser la question de savoir à qui l'on vend son âme. Pourtant, vouloir rester "jeune" et en bonne santé le plus longtemps possible semble légitime.

Toutefois, à trop présenter le fait de rester d'apparence jeune comme un acte de volonté, la vieillesse ne tend-elle pas à apparaître comme le fruit d'un coupable laisser-aller, nourrissant encore l'angoisse du vieillissement ? Sans compter que quoiqu'elles/ils entreprennent, ces volontaristes du jeunisme, il est sûr que le vieillissement viendra en son temps pour flétrir leurs corps. Le seuil est sans doute difficile à trouver pour la juste mesure entre cet entretien physique indispensable, qui est source de bien-être et l'acharnement à lutter contre les rides.

Le rejet des personnes âgées est une réalité. Est-ce une des raisons expliquant que près de 3 000 personnes de plus de 65 ans se sont suicidées en 1998 ?

La France est, après l'Autriche, le pays européen où le taux de suicides des personnes âgées, notamment des hommes, est le plus élevé.

« On valorise les valeurs de la jeunesse, le vieillissement, c'est nécessairement la déchéance, la décrépitude. Cela peut être ressenti par la personne âgée qui finit par se culpabiliser elle-même d'être vieille » Michel Debout (Le Monde 6/02/02)

Les études sont trop peu nombreuses pour expliquer ce passage à l'acte suicidaire, il mérite de sortir de l'indifférence et de la banalisation et conviendrait de s'intéresser d'avantage au suicide des personnes âgées afin de mieux prévenir les gestes de désespoir.

#### **1.6 L'APPRECIATION QU'ONT LES PERSONNES AGEES DE LEUR SITUATION DANS LA COLLECTIVITE**

Le CNRPA (Comité national des retraités et personnes âgées)<sup>1</sup> par une enquête menée auprès de 100 000 retraités, donne une typologie des personnes de plus de 60 ans : il est intéressant de noter que presque la moitié de cette population exprime un sentiment de satisfaction qui, pour une bonne part est tiré des fonctions sociales remplies dans la collectivité. Nous verrons celles-ci dans la deuxième partie. La fraction des personnes mal intégrées, dont une part sont des femmes, n'est cependant pas négligeable (22%).

Il est probable que l'âge et la situation personnelle sont des facteurs importants de l'appréciation des personnes interrogées.

Ce découpage « en catégories » ne laisse guère de place aux nuances qui sont, justement, un des aspects importants d'appréciation de la qualité de vie, de l'histoire de chacun.

---

<sup>1</sup> Enquête prise dans l'ouvrage de R. Rochefort, *Vivre le Papy-Boom*, édition Odile Jacob, septembre 2000

Six classes sont isolées dans cette étude.

	% des sondés
1/ « <i>Le bonheur par la vie associative</i> » retraités jeunes, plus souvent des hommes, anciens cadres, refus du « ghetto » des sociétés.	29 %
2/ « <i>Les aînés heureux</i> » personnes plus âgées que le groupe précédent, sur-représentation masculine, allant des anciens ouvriers jusqu'aux cadres et membres de professions libérales, font confiance aux caisses de retraite et aux journaux de retraités.	18 %
3/ « <i>Des retraités actifs mais inquiets</i> » majoritairement des hommes de moins de 70 ans, anciens employés ou ouvriers, inquiets sur l'avenir de leur retraite et font plutôt confiance aux syndicats de retraités.	16 %
4/ « <i>Des retraités qui s'ignorent comme tels</i> » ne partagent pas le sentiment d'appartenir à des retraités ; retraités plutôt jeunes, majoritairement des femmes. Ce groupe reprend également des femmes très âgées vivant en maison de retraite.	15 %
5/ « <i>Des femmes découragées et déprimées</i> » personnes le plus souvent âgées se sentant marginalisées et inutiles ; la moitié vit seule et globalement elles disposent de ressources modestes.	12 %
6/ « <i>Des voix solitaires, mais pas malheureuses</i> » il s'agit de femmes âgées qui ne se sentent guère utiles, mais pour qui la solitude ne semble pas un poids.	10 %

## **DEUXIÈME PARTIE : IDENTIFIER ET SOUTENIR LES FONCTIONS SOCIALES DANS LESQUELLES SONT IMPLIQUÉES LES PERSONNES DE PLUS DE 60 ANS**

Les fonctions sociales impliquant des personnes de plus de 60 ans prennent actuellement une dimension nouvelle. Cette évolution est liée aux mutations majeures qui caractérisent notre époque : deux sont essentielles à considérer, l'allongement de l'espérance de vie et l'amélioration de l'état de santé des populations.

Vivre deux voire trois décennies après 60 ans n'est plus exceptionnel, ce qui conduit à deux constats :

- 1) l'âge de la retraite intervient à un moment de la vie où l'état de santé est superposable à celui de beaucoup d'actifs,
- 2) celui de la dépendance à l'opposé s'observe dans un temps tardif, statistiquement évalué à quelques quinze années après l'âge de 60 ans.

Ces "nouveaux" temps de vie, le sont peut-être moins par leur nouveauté que par l'ampleur qu'ils prennent, compte tenu du nombre qui ira croissant de personnes intéressées. Ils conduisent à des situations inédites, mal connues et non parfaitement maîtrisées. Certains ont même parlé à leur propos de défi démographique. Ils induisent des questions sociales et économiques qu'un peu artificiellement nous allons envisager en deux parties distinctes, les fonctions sociales d'une part et les questions économiques liées au vieillissement de la population d'autre part.

L'idée centrale qui mérite d'être soutenue ici, est de considérer que loin d'en donner une vision négative du fait des coûts, l'allongement de la durée de vie est davantage à prendre comme un atout pour l'environnement tant économique que social d'un pays.

### **2.1 CINQ POSTULATS**

Pour répondre aux questions abordées dans cette partie, le CES avait dans son rapport présenté par M. Bonnet, formulé cinq postulats qu'il estimait devoir soutenir les attitudes susceptibles d'être retenues ou recommandées, entre autres, aux instances politiques. Le Rapporteur les reprend à son compte.

1- mieux affirmer la place qu'a cette fraction de la population dans la collectivité et le poids spécifique qu'elle prend du fait de l'évolution de la pyramide d'âge.

2- réaffirmer que les droits ne sont pas exclusivement dictés par le modèle "utilitariste" qui submerge la société du fait du poids des actifs et du rôle qu'ils tiennent.

3- respecter le choix de toute personne, retraitée ou non qui s'inscrit dans le droit général propre à chaque membre de la collectivité.



4- restituer la problématique de l'âge dans une approche multidimensionnelle où la notion de continuité est à considérer.

5- admettre qu'il est dans les temps de vie un âge de dépendance et qu'il incombe, sur les plans individuel et collectif de mettre en œuvre une réelle prise en charge de cette perte d'autonomie. Parce qu'elle est une évolution inéluctable de la vie pour un grand nombre. Nous verrons plus loin les réponses que la collectivité donne à cette question (APA, CLIC, instances de concertation CNRPA, CORERPA, CODERPA, leur organisation et leur soutien) et les recommandations qu'il y a lieu de faire sous cet angle.

## **2.2 LA DIVERSITE DES ROLES DES PERSONNES AGEES EST INDISPENSABLE A RECONNAITRE**

### **2.2.1 Le rôle au sein des familles**

Le rapport de Mr Bonnet le décrit sous les termes de rôle micro-social pour l'opposer au macro-social lorsqu'il s'exerce au sein de la collectivité.

#### **a) Le soutien aux ascendants**

Une fraction non négligeable des personnes âgées de plus de 60 ans remplit une fonction importante d'accompagnement de leurs ascendants, parents très âgés, souvent en pertes d'autonomie, fonction allant d'une aide matérielle occasionnelle ou régulière dans la vie quotidienne à un hébergement total : on a pu montrer<sup>1</sup>, en 1992, que la probabilité d'avoir sa mère vivante est passée de 8,6% pour la génération née en 1900 à 34,3% pour celle née en 1950 ; pour ces deux générations, la probabilité d'avoir son père vivant à 60 ans, est passée de 0,7 à 10,6%.

L'Observatoire Régional de l'Emploi et de la Formation en Ile-de-France a réalisé une enquête sur les conditions de vie avec le concours de l'INSEE (cahier n°7 Décembre 1998).

Selon cette enquête, dans le cas de la dépendance, l'aide de l'entourage, principalement le conjoint ou l'un des enfants joue un rôle essentiel : 144 000 ménages<sup>2</sup> sur environ 240 000 ménages qui ont une personne dépendante signalent bénéficier de l'aide d'un proche, soit 60 % des ménages où vit une personne dépendante. Près des 2/3 de ces ménages ne signalent par ailleurs aucune aide extérieure privée ou professionnelle.

---

<sup>1</sup> Travaux de Christiane Delbes et Joëlle Gaymu

<sup>2</sup> on entend par ménage au sens statistique : l'ensemble des occupants d'une résidence principales, qu'ils aient ou non des liens de parenté. Un ménage peut ne comprendre qu'une seule personne.

A cette situation liée à l'allongement de la vie s'ajoutent d'autres facteurs qui amènent à considérer cette fonction d'accompagnement aux ascendants comme précaire ; parmi ceux-ci la diminution du volume des fratries, le développement des familles monoparentales, la mobilité plus grande des jeunes générations, le taux croissant d'activité des femmes, le coût et les conditions des logements qui rendent aléatoires l'accueil.

Aussi la question de la charge supplémentaire qu'entraîne cette fonction d'aide aux ascendants mérite une attention toute particulière en rappelant que la moitié des personnes jugées en perte d'autonomie «importante» ou «très importante» ne reçoive d'aide que de sa famille. Nous reprendrons ces points dans le chapitre III de cette partie.

#### b) Le rôle joué auprès des descendants

Il est multiple et dans sa richesse, il installe des éléments de continuité intergénérationnelle, la fonction décrite plus haut en étant évidemment l'un des aspects.

Etre grands-parents c'est ouvrir au jeune enfant un univers de découverte. De plus, les ruptures qui interviennent dans les familles lors des "refondations" donnent aux grands-parents une fonction de maintien de la cohérence au sein même des familles.

Il n'est pas inutile de remarquer que la loi leur reconnaît cette fonction et leur donne des droits particuliers (droit de visite).

La croissance d'activité des femmes et la difficulté qu'elles rencontrent à l'utilisation des structures collectives (crèches) fait que la garde des petits-enfants est souvent assurée par les grands-parents. On note par exemple que les mères qui ont la progression professionnelle la plus satisfaisante sont celles qui rencontrent auprès de leur propre mère l'aide à la garde et à l'éducation des jeunes enfants la plus importante. On estime ainsi que 85% des grands-mères et 75% des grands-pères remplissent cette fonction régulièrement ou occasionnellement.

De nombreuses associations locales faisant appel aux grands-parents se développent tant en milieu urbain que rural pour assurer garde ou suivi scolaire.

Des initiatives de rapprochement d'enfants et de personnes âgées au sein d'un même lieu (halte-garderie et résidence de personnes âgées) permettent de créer de véritables liens entre les enfants, leurs parents et les résidents.

L'aide à la prise d'autonomie des jeunes adultes a pris depuis la dernière génération (25 à 30 dernières années) une dimension toute différente. Traditionnellement, l'aide financière était apportée par les jeunes adultes en activité vers leurs parents qui avaient un revenu inférieur. La période des Trente Glorieuses fut à cet égard exemplaire dans cette tradition avec des jeunes disposant de revenus en croissance constante dans un marché du travail particulièrement florissant. La crise économique a complètement modifié la situation et inversé le "flux intergénérationnel" des aides financières.

Comme l'a montré le rapport du CES de Mr Hubert Brin<sup>1</sup> les aides financières circulent aujourd'hui dans un sens opposé à celui antérieurement connu : ce sont aujourd'hui les parents, installés dans leur carrière professionnelle ou même déjà retraités qui apportent aux enfants, jeunes adultes, une aide substantielle leur permettant de couvrir une part de leur moyens d'existence. Les flux estimés sont importants, de l'ordre de 135 milliards de francs (20,58 milliards €) selon l'INSEE par an en 1996.

Les formes que prend cette aide sont diverses et vont depuis le versement d'une véritable "pension" régulière (sur un temps certes déterminé) à une aide plus occasionnelle mais souvent importante, notamment lors de l'installation résidentielle (financement de l'apport personnel, caution d'un emprunt ou d'un bail, travaux etc). Comme pour toutes ces redistributions intergénérationnelles, elles sont très évidemment peu superposables d'une famille à l'autre ; leur importance est grande cependant mais elle ne devrait donner prétexte aux pouvoirs publics de ne pas mettre en œuvre de politique pour l'aide à l'insertion des jeunes au début de leur activité professionnelle.

Enfin, la crise économique de ces dernières années a fait que cette aide des personnes de plus de 60 ans vers les plus jeunes s'observe aussi vers les adultes déjà insérés dans la vie professionnelle et qui rencontrent une difficulté dans celle-ci (licenciement ou modification d'activité) : en 1996, cette part d'aide vers cette catégorie de personnes se situait à quelques 20 milliards de francs (3 milliards €) au niveau national.

Au total, l'INSEE estime que 6% du revenu des retraités de plus de 60 ans est orienté vers cette aide intergénérationnelle.

De tout ceci, l'aide aux ascendants et aux descendants, il se dessine pour la génération actuelle des jeunes retraités, un rôle particulier dans la société, certes rempli à des degrés divers et selon le niveau de retraite. Cette caractéristique nouvelle, mutation de nos sociétés, s'inscrit clairement comme une conséquence de

---

<sup>1</sup> *Familles et insertion économique et sociale des adultes de 18 à 25 ans*, mars 2001

l'allongement de la vie et l'amélioration de l'état de santé des personnes. La génération actuelle des jeunes retraités est en quelque sorte la première à bénéficier de cet état de choses et de ce fait, elle est celle qui "commence" quelque chose de différent dans l'évolution des temps à venir.

Du rapport "Les personnes âgées et leurs familles" établi dans le cadre de l'Année Internationale des Personnes Agées, on retient notamment l'appréciation suivante : « *De nombreux couples de retraités forment une vaste génération-pivot qui entretient de jeunes adultes non encore insérés dans le tissu économique et social et des parents très âgés et handicapés dont les niveaux de ressources demeurent insuffisants* ».

Cette appréciation doit s'accompagner de quelques nuances cependant : dans le couple des retraités, l'homme et la femme ne remplissent pas exactement la même fonction d'aide aux ascendants et descendants. Le couple supporte l'aide financière certes mais c'est la femme surtout qui assume le plus largement la charge d'accompagnement des parents âgés et des enfants des jeunes adultes, l'homme ayant sous cet angle un rôle généralement plus modeste.

Cette évolution de la société n'est pas spécifique à l'Ile-de-France mais compte tenu de sa sociologie, les Franciliens sont nombreux à être concernés.

## **2.3 LE ROLE AU SEIN DE LA COLLECTIVITE**

### **2.3.1 Un taux d'activité professionnelle en baisse**

La classe d'âge des 60-64 ans se caractérise par une forte réduction du taux d'activité passant en l'espace d'une génération de 65,7% à 16,5% pour les hommes. Ce phénomène s'explique notamment par la réduction de l'âge légal de la retraite et par le développement du système de pré-retraite. L'Ile-de-France s'inscrit dans cette tendance globale, de manière toutefois moins marquée pour Paris. La France se démarque des autres pays européens par la proportion importante de personnes en cessation d'activité avant 60 ans. Cette tendance affecte plus particulièrement les femmes. Choisie ou non, cette forme de mise en retraite prématurée est parfois dénommée le « mal français ».

Ce départ précoce des salariés les plus âgés du marché du travail constitue pour notre pays une situation grave et préoccupante pouvant entraîner des futurs déséquilibres d'ordre aussi bien social, individuel que financier. La formation en continue des salariés tout au long de leur vie professionnelle pourrait permettre de modifier, voire d'inverser, cette tendance.

Le récent rapport de Bernard Quintreau (CES mars 2002) rappelle que la France est en tête pour les départs précoces : 58,5 ans en moyenne pour les hommes, 56,5 ans pour les femmes. Ce rapport à la suite de ceux du Conseil d'Orientation des Retraites (COR) et du Conseil d'Analyse Economique (CAE) préconise une revalorisation du

travail senior pour « un parcours de vie plus fluide ». L'image des plus âgés, en dehors du problème économique qui sous tend une telle proposition serait un élément positif pour un autre regard de la société.

### **2.3.2 L'engagement syndical et politique**

Ayant une perception globale de l'insertion des salariés, les confédérations syndicales accueillent en leur sein des personnes retraitées, le plus souvent d'anciens syndiqués qui poursuivent l'action syndicale. Cette approche donne une dimension intergénérationnelle aux préoccupations générales défendues, en indiquant que des conditions de vie des retraités ou de ceux qui ne le sont pas encore ont un socle commun qui est de conduire les personnes vers une vie décente à tous les âges de la vie. C'est dans cette perspective que devra s'ouvrir le dossier des retraites.

L'important engagement des retraités dans les structures électives est ancien, lié pour une part à leur plus grande disponibilité. A titre d'exemple, plus du quart des maires sont des retraités. Cet engagement se retrouve à l'échelon national où près du tiers des représentants de l'Assemblée nationale a plus de 60 ans, soit 179 députés dont 24 femmes. Cette relative sur-représentation des personnes de plus de 60 ans va à l'encontre de l'idée selon laquelle un rajeunissement de l'âge moyen des représentants des citoyens permettrait une meilleure expression démocratique. Pour autant cette sur-représentation des personnes de plus de 60 ans n'entraîne pas la création de mouvements (syndicaux ou politiques) de défenseurs des seuls retraités comme cela s'observe dans certains pays européens.

### **2.3.3 L'engagement associatif**

L'engagement des retraités dans le monde associatif est un phénomène de masse. Près de 50% des personnes de plus de 60 ans sont adhérentes d'une association.

Les franciliens de plus de 60 ans ne sont guère différents de ceux des autres régions. Adhérer à une association est un mode de participation sociale qui témoigne d'un souci d'ouverture aux autres qui contredit l'idée reçue d'un 3<sup>ème</sup> âge synonyme de repli sur soi. L'association contribue ainsi au maintien d'une sociabilité qui continue la sociabilité professionnelle et permet de se prémunir contre un sentiment de solitude ou contre l'isolement.

#### **a) La multiplicité des engagements et des formes d'associations**

L'implication des retraités dans la vie associative est variable, depuis la simple adhésion à une association jusqu'à l'engagement avec des responsabilités.

L'activité associative s'inscrit dans des domaines des plus divers.

Diverses grandes catégories se distinguent (sans prétentions à l'exhaustivité)

1) celles qui se centrent sur les personnes, leurs besoins et leur socialisation (club de 3<sup>ème</sup> âge, à contenu culturel, de rencontres autour d'activités diverses dont le sport adapté, les jeux de société ...).

2) celles qui présentent une activité orientée vers les autres dans le souci de leur insertion dans la collectivité (soutien à la création d'entreprises, à la formation et l'insertion dans le monde du travail, à l'aide aux personnes en difficulté, au soutien, à l'accès aux droits, à l'accompagnement des personnes en fin de vie dans une structure hospitalière ...).

3) celles qui ont pour objet de développer et gérer des formes particulières d'organisations économiques mutualistes ou coopératives.

4) celles qui s'inscrivent dans une visée caritative et humanitaire. Bien que ces associations ne soient pas spécifiques aux retraités, ces derniers demeurent fort actifs.

5) enfin celles dont l'affichage se situe dans un cadre revendicatif pour la catégorie sociale que sont les retraités.

b) L'engagement associatif est en croissance importante chez les personnes de plus de 60 ans.

Selon une étude du CREDOC, le pourcentage de sexagénaires membres d'une association est passé entre 1979 et 1998, de 26 à 40%.

20 millions de Français sont adhérents d'une association dont près de la moitié en tant que bénévoles. Le tiers de ces bénévoles est représenté par des retraités ou préretraités. L'intensité de ce bénévolat est à souligner : les retraités s'impliqueraient en moyenne 24 heures par mois soit un volume global annuel de 36 millions de journées à temps plein. L'implication des hommes est plus nette que celle des femmes qui est cependant en croissance. L'engagement est davantage le fruit des jeunes retraités et poursuit souvent un investissement antérieur.

c) Le bénévolat

Outre la disponibilité de temps, l'engagement syndical et associatif peut entraîner une charge financière complémentaire, créatrice d'une certaine forme d'inégalité entre les bénévoles, la collectivité devrait mieux mettre en valeur l'engagement bénévole qui est réellement constitutif du lien social quand elle propose d'intégrer l'idée de "bénévolat valorisé".

## **2.4 FAIRE CONNAITRE CES FONCTIONS ET DONNER LA MESURE DE LEUR IMPORTANCE SOCIALE**

Les personnes âgées, même lorsqu'elles ont besoin d'aides matérielles et/ou humaines pour assurer certains gestes nécessaires à leur vie courante veulent demeurer des citoyens à part entière. Elles souhaitent rester membres actifs de leur cité sans se voir souvent reprocher leur âge, alors que leur capacité reste vive et leur disponibilité importante.

Elles refusent d'être marginalisées. Leur expérience et leurs connaissances sont un apport indispensable pour tous.

Toutes les prévisions se recoupent : les personnes âgées seront de plus en plus nombreuses dans les années à venir. Aussi sera t-il encore plus important que leur parole soit entendue et que leurs droits soient reconnus.

## **2.5 L'AIDE NATURELLE**

Le jeu interactif qui lie les générations entre elles est un fondement de nos sociétés. Dans cette fonction s'inscrit "l'aide naturelle" comme l'ordre normal des liens qui font les familles et sous cet angle, on peut considérer qu'il ne peut s'agir que de questions touchant à la sphère privée de celles-ci. C'est l'opinion de certains qui défendent l'idée que l'intervention de la collectivité dans cette notion d'aide naturelle ne mérite pas d'être posée et en discute la pertinence.

L'aide aux ascendants et descendants dont les grandes lignes ont été esquissées plus haut s'inscrit dans la générosité et l'affirmation des identités qui se perpétuent entre les générations. Mais lorsque la mise en œuvre de cette générosité "naturelle" rencontre des limites, que son expression confine à la pénalisation et à l'épuisement de l'aidant, que faut-il faire ? De surcroît on le sait bien, des inégalités existent dans la capacité qu'ont des parents à assumer leurs propres parents âgés, diminués physiquement, alors qu'une aide vers leurs enfants est aussi leur actualité.

Deux termes nous semblent essentiels à retenir :

- 1) l'aide naturelle ne peut être imposée au sens où elle ne serait pas choisie
- 2) l'aide collective doit s'articuler avec la capacité des aidants à assurer une aide naturelle, pour prévenir leur épuisement, qu'il soit financier, physique ou psychique.

### **2.5.1 L'aide naturelle doit être choisie et des relais trouvés auprès de la collectivité**

Quel sens a l'aide "normale" si elle ne procède pas d'une acceptation, à la fois dans les contraintes qu'elles entraînent et dans le bonheur qu'elle procure ? Si donc les familles sont conduites, à un moment donné, à interroger la collectivité sur un concours d'assistance et de complémentarité à l'aide déjà donnée au sein de la famille, (logement qui permet le rapprochement familial, aide psychologique). Dans cette demande s'apprécie les souhaits de la famille, l'état de santé des personnes intéressées (aidants et aidés) les conditions de vie de sorte que se dessine par exemple, le choix entre un maintien à domicile et l'accueil en établissement.

L'approche polyvalente du Comité National des Retraités et Personnes Agées (CNRPA), des Comités régionaux (CORERPA) et départementaux (CODERPA), abordant tout à la fois les questions traitant de la santé, du social, de l'habitat ou encore des transports, est la plus à même à d'appréhender les personnes de plus de 60 ans dans toute leur diversité. L'ensemble des collectivités territoriales tiennent compte de leurs avis et souhaits.

Les assises des retraités et personnes âgées créées en 1982 se sont toujours efforcées de représenter l'ensemble des retraités et de faire connaître leurs besoins dans la diversité des situations vécues. Le vote de la loi sur l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie (APA) et les Comités Locaux d'Information et de Coordination (CLIC) en sont les derniers exemples.

C'est donc avant tout à l'échelon local, au niveau des communes et départements qu'il convient de recevoir la demande et de procéder dans un esprit de responsabilité réciproque à l'évaluation du besoin sous ses aspects quantitatif et qualitatif. La Région a le devoir de traduire dans un ensemble cohérent les questionnements reçus à l'échelon local pour donner des réponses qui se doivent de constituer un tissu homogène traçant une politique régionale claire en tenant compte des choix nationaux.

Une étendue de moyens a vu le jour au fil de ces dernières années pour répondre à cette préoccupation d'aide collective articulée avec l'aide naturelle : développement des services publics de proximité (restauration, aides ménagères ...), aide voire hospitalisation à domicile des personnes en perte d'autonomie, création de structures intermédiaires entre maintien à domicile et accueil, etc. Il est certain que les services rendus seront d'autant plus utiles et appréciés qu'ils seront suffisamment nombreux pour faire face à une demande en perpétuelle augmentation.

D'autres moyens correspondant à des situations particulières mériteraient d'être envisagés notamment lorsque le maintien à domicile d'une personne âgée conduit l'aidant à réduire son activité ou l'interrompre avec la perte de droits sociaux qui accompagne cette éventualité.



Une politique de transports collectifs souples doit être mise en place pour mieux permettre aux aidants de se rendre auprès des personnes hébergées dans les établissements. Ce sont autour de toutes ces situations rencontrées que devrait s'élaborer la politique régionale.

### **2.5.2 Les réponses données à l'échelon national ont pris en compte ces exigences**

Dans l'esprit des idées avancées dans ce qui précède, une réponse a été donnée par le gouvernement en créant l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA). Cette aide de nature collective, proportionnée à la perte d'autonomie, s'inscrit bien en complément de l'aide "naturelle" de l'allocataire. Cette allocation permet notamment de rétribuer une ou plusieurs personnes pour venir aider dans les actes de la vie courante, de façon continue et régulière. De plus, elle ne donne pas lieu à une récupération auprès des héritiers sur succession ou donation C'est aux Conseils généraux qu'il convient de mettre en place cette nouvelle allocation.

### **2.5.3 La politique régionale doit s'orienter dans un plan de mise en cohérence et de soutien des actions locales**

Cette action se place dans le sens des évolutions des nouvelles dévolutions de pouvoirs qui devraient intervenir en faveur des Régions. Nous l'avons esquissé dans ce qui précède ; nous résumons quelques points :

- 1) analyse des actions locales en matière de mise en œuvre de l'APA et mise en cohérence des pratiques locales ; le rôle du CORERPA a été souligné.
- 2) activation de réseaux dans lesquels tous les organismes officiels et associatifs sont impliqués ou méritent de l'être.
- 3) rôle moteur dans la conduite de réflexions autour de questions aussi diverses que la garde de parents âgés, le bénévolat.
- 4) action concertée avec ce que pourra être le rôle d'une agence régionale de santé pour ce qui concerne l'organisation des aides et hospitalisation à domicile, des réseaux en matière de soins, des structures d'accueil, intermédiaires ou non.

## **2.6 LE DROIT A L'EDUCATION DOIT ETRE OUVERT TOUT AU LONG DE LA VIE**

Le concept d'éducation indispensable tout au long de la vie est passé dans les esprits sinon dans les faits : l'évolution des connaissances a pris un tel développement qu'une actualisation permanente s'impose, serait-ce pour partager avec les autres une même culture et un même langage. Toutes les personnes ont droit, tout au long de leur vie, à cette ouverture culturelle, surtout lorsqu'elles en expriment le besoin et il serait dommage de ne concevoir l'éducation que sous l'angle de la formation vers une profession donc tournée avant tout vers les actifs.

Comme dans toutes les propositions d'éducation, mais plus particulièrement pour les adultes qui ont déjà derrière eux une expérience de vie, la proposition du choix des enseignements ne peut être qu'interactive, et aussi variée que possible en donnant une place prédominante à ceux parmi les "auditeurs" volontaires qui expriment le désir d'être l'enseignant ou le tuteur d'actions d'enseignement à mener.

L'expérience montre qu'une large proposition de modules d'enseignement de culture générale reçoit le meilleur accueil mais des formations plus techniques peuvent également être proposées (Internet).

Enfin, une mention doit être faite sur la préparation de la retraite. A cet effet, des réseaux se sont constitués qui accueillent et informent ceux qui abordent cette nouvelle phase de vie.

## **2.7 LA MISE EN VALEUR DES TRANSMISSIONS DES SAVOIRS COLLECTIFS**

Nous en avons au préalable souligné l'importance, notamment dans les transmissions trans-générationnelles. Cette importance existe aussi à l'échelon de la collectivité d'abord au niveau de l'histoire du pays et les aînés soulèvent un intérêt évident lorsqu'ils se déplacent dans les écoles pour raconter aux enfants, leur histoire ou celle de leur région ou de leur pays d'origine. Dans l'instruction civique, place doit être donnée à ces transmissions pour faire émerger une réflexion et enrichir la culture actuelle d'un passé porteur de valeurs. Les aînés et les associations qui animent ces actions ont un rôle éminent à jouer.

Un autre aspect des transmissions des savoirs se repère dans le monde professionnel. De génération en génération se transmettent les savoirs-faire des métiers et l'idée de compagnons dans bien des professions, notamment les métiers manuels, résume bien cette situation, même si là encore des transformations sont intervenues avec l'introduction de nouvelles techniques. Cette transmission des savoirs collectifs est mise à mal, dans une certaine mesure aujourd'hui, lorsqu'on se coupe de personnes qui sont éloignées du monde du travail parce que des raisons économiques, les structurations d'entreprise par exemple, l'exigent.

L'idée de promotion de la formation professionnelle à tous les âges fait son chemin. C'est dans une telle optique que pourront perdurer ces savoirs, leur perte constituant un gâchis à l'échelon individuel et collectif.

## **2.8 FAIRE QUE LES FORMES DE SEGREGATION PAR L'AGE NE DEVIENNENT PAS LA REGLE AU SEIN DES INSTITUTIONS**

Une critique est faite par les plus jeunes, et qui peut être admise pour légitime lorsqu'ils soutiennent que les retraités qui ont du temps et n'ont plus de carrière à défendre, monopolisent les représentations dans les institutions (assemblées élues, structures de décision diverses, associations). La question de la sur-représentation des personnes de plus de 60 ans et des limites d'âge est posée.

Cette critique éveille, du moins chez les plus âgés, le sentiment que la venue des plus jeunes dans les instances est souhaitée. On invoque sur ce constat les questions de culture dominante de l'époque, d'habitudes nouvelles, de préoccupations pour des sujets différents.

Quoiqu'il en soit, la question de l'âge comme critère de légitimité de représentation dans une structure est difficile à admettre car toute personne, quel que soit son âge, est dans son droit de pouvoir participer à l'élaboration du contrat social. Et pourquoi prendre l'âge et non d'autres critères, comme l'origine territoriale, la position sociale, le niveau de revenus ou de la pension, etc. A la suite du CES, on devrait retenir que les limites d'âge, réglementaires ou légales, sont contraires au principe d'égalité et nient l'apport qu'une catégorie de la population peut offrir à la collectivité.

La question pertinente serait donc que l'on retienne moins l'âge des personnes exerçant des responsabilités au sein des institutions que la durée d'exercice dans ces fonctions. "Pour caricaturer, s'il est légitime qu'un centenaire puisse être membre d'une structure de décision, il est en revanche regrettable qu'un quadragénaire puisse exercer cette même fonction pendant un nombre important de mandats consécutifs, jusqu'à devenir centenaire". (extrait tiré du rapport du CES).

## **TROISIEME PARTIE : NIVEAU DE VIE ET RESSOURCES, CONDITIONS DE L'HABITAT ET PROBLEMES DE SANTE**

Cet ensemble de questions rejoint le thème central des problèmes du vieillissement et de l'économie, autrement dit de *l'incidence du vieillissement de la société sur sa prospérité*. C'est en ces termes d'ailleurs que l'OCDE dans un rapport récent<sup>1</sup> envisage la question pour souligner la difficulté d'y apporter une réponse claire. Le Conseil d'analyse économique (CAE) reprend dans son dernier rapport la question du vieillissement et ses rapports à l'économie<sup>2</sup> : la France se trouverait dans une exception relativement heureuse du fait de la croissance sans précédent de sa population qu'en projection on suppose jusqu'en 2030-2040, satisfaisante (avec un seuil de renouvellement des populations assuré au moins jusqu'à cette échéance), alors même que le rapport inactifs/actifs augmente. Le CAE retient aussi que le poids des retraites et de la dépendance sera certes ressenti mais qu'en revanche la hausse des dépenses de santé s'annonce plus modérée compte tenu du constat selon lequel on se soigne à tous âges et que même si les personnes âgées dépensent plus que le reste de la population, elles sont aussi moins nombreuses que cette population.

### **3.1 NIVEAU DE VIE ET RESSOURCES**

#### **3.1.1 Une «aisance économique» mais des disparités**

Selon le sociologue Bernard Legris, le «niveau de vie est le revenu du ménage, corrigé en fonction de la taille du ménage».<sup>3</sup> Le revenu considéré est la somme de tous les revenus du ménage (revenus d'activité, pensions diverses, revenus patrimoniaux). C'est souvent grâce aux revenus complémentaires tirés du patrimoine, que certains ont pu se constituer tout au long de leur vie, que le niveau moyen des retraités est équivalent voire légèrement supérieur, selon les études, à celui des actifs. Cette «aisance économique» relative masque en fait des disparités qui prolongent celles de la vie professionnelle. Il n'en reste pas moins que la région Ile-de-France compte une proportion de «pauvres» relativement faible avec des allocataires du Fonds de solidarité vieillesse de 4,5%<sup>4</sup> en 1997 (personnes de plus de 65 ans) alors qu'elle était plus du double pour l'ensemble de la métropole

---

<sup>1</sup> OCDE : Documents de travail sur le vieillissement ; 2000

<sup>2</sup> Voir compte rendu dans le journal Le Monde du 26/02/2002 de Serge Marti

<sup>3</sup> Bernard Legris, *les inégalités de revenus chez les personnes âgées*, la documentation française, octobre 1997

<sup>4</sup> La population âgée en Ile-de-France ORS Ile-de-France 1998

Selon toute vraisemblance, le niveau de vie moyen des retraités ne devrait pas faiblir dans les quinze ans qui viennent. Les effets de l'arrivée à l'âge de la retraite d'une proportion croissante de femmes ayant effectué une carrière complète est un élément à prendre en compte. Un facteur d'amélioration de la situation de certains ménages retraités est la montée des couples bi-pensionnés, même si l'augmentation du nombre de divorces pourrait en limiter l'incidence.

L'étude relative aux ménages pauvres franciliens<sup>1</sup> confirme ces évolutions. En 1978, la moitié des ménages franciliens à faibles revenus était des ménages de retraités. En 1996, ils ne représentent plus que 15 % de ceux-ci. L'amélioration des niveaux de retraite a résorbé l'ampleur des difficultés. En 1978, la moitié des retraités non salariés et 27 % des retraités ex-salariés vivaient en deçà du seuil de pauvreté ; vingt ans plus tard ces proportions sont respectivement de 21 % et 7 %. Ce mouvement de baisse pourrait se poursuivre avec l'avancée en âge des nouvelles générations de retraités.

Reste que le niveau de la retraite reproduit les inégalités sociales et les aléas de la vie active : ceux qui ont connu des carrières mixtes et/ou des discontinuités dans leur profession en raison du contexte de chômage de masse bénéficient et bénéficieront de faibles retraites, même s'ils se rangent pas dans la catégorie des «pauvres» évoquée plus haut. Un autre effet s'ajoute depuis 1993<sup>2</sup>, pour jouer en défaveur des personnes qui n'ont pas eu de carrière continue et qui est introduit avec la baisse du taux de remplacement pour les retraités du secteur privé.

Ces disparités s'accroissent souvent lorsque des bouleversements interviennent dans le couple, le veuvage notamment davantage rencontré avec les femmes. On estime en effet qu'une perte importante de revenus (plus de 10%) intervient en ce cas, même si la réversion de la pension intervient. Actuellement, en Ile-de-France, une veuve âgée sur quatre n'a jamais exercé d'activité professionnelle déclarée et ne perçoit que la pension de réversion, les femmes d'artisans étant particulièrement exposées à cette situation. Enfin, toutes les intéressées indiquent la difficulté des démarches à entreprendre sans compter les multiples conditions imposées au règlement des dossiers. Tous ces points soulignent encore, s'il en était besoin, l'urgence d'une égale politique d'accès aux formations et aux métiers pour les hommes et les femmes comme l'a souligné très récemment le CESR.

---

<sup>1</sup> INSEE/IAURIF, Géographie sociale et pauvreté, *Les ménages pauvres franciliens et leurs conditions de logement*, volume 1, mars 2001

<sup>2</sup> La réforme de 1993. Le décret du 27/08/93 allonge la durée d'assurance requise (de 150 à 160 trimestres) pour obtenir une pension à taux plein et élargissant la période de référence (des 10 aux 25 meilleures années) pour le calcul du salaire moyen servant à déterminer la pension.

### **3.1.2 Les modes de consommation**

Les seniors ont un poids économique réel. Ils représentent un marché dont se soucient entreprises et agences publicitaires. Leur consommation diffère peu de celle de la tranche d'âge qui la suit. Généralement dégagés d'une consommation contrainte par le poids des enfants, ils passent, lorsqu'ils le peuvent, à une consommation "aisée" qui se ralentira progressivement sous l'effet du vieillissement. Loisirs et biens d'équipement sont leurs achats principaux auxquels il faut ajouter les produits de cosmétologie et les vêtements. Habités pendant leur vie active à une certaine qualité de vie, ils n'y renoncent pas, une fois la retraite venue.

Selon l'étude du CREDOC de 1999, *l'évolution des opinions et des comportements des seniors depuis vingt ans en France*, 80 % des 60-69 ans disposent d'une voiture. Ils seraient même les premiers acheteurs de voitures neuves. 64 % des sexagénaires partent en vacances, à la fin des années 90 (soit une augmentation de plus de 14 points en 18 ans contre plus de 5 points pour l'ensemble de la population).

Ces signes d'un mode de vie proche de celui de l'ensemble de la population montrent une évolution du comportement où la retraite ne signifie plus retrait de la société. On les décrit cependant plus réfléchis dans leur comportement de consommateurs, peut-être du fait d'une disponibilité plus grande. Ils seraient plus attentifs à la qualité et peu favorables à la nouveauté dont ils ne perçoivent pas toujours la réelle valeur ajoutée. Enfin, on les dit plus sensibles en général, aux problèmes d'environnement.

### **3.1.3 Les difficultés**

La globalisation statistique de cette tranche d'âge ne doit pas faire oublier cependant qu'une grande disparité de ressources existe aussi pour cette population.

Le surendettement affecte également la population des personnes de plus de 60 ans.

Les seniors ont appris à consommer pendant la période des Trente glorieuses et n'ont pas la même perception du crédit que les générations précédentes. Le crédit est devenu une pratique courante. Selon l'Observatoire de l'endettement des ménages, la proportion des 60-74 ans endettés, hors crédit immobilier, est passée de 6,3 % en 1989 à 14,2 % en 1998. De nombreux organismes bancaires ont, d'ailleurs, relevé la limite d'âge d'acceptation des dossiers moyennant en contre partie d'une augmentation des taux ou des assurances.

Endettés ne veut pas dire surendettés. Les statistiques sur le surendettement sont peu nombreuses et parfois contradictoires. Jean Christophe Le Duigou dans un rapport du CES sur *endettement et surendettement des ménages* (2000) montre, en réalisant une enquête à partir d'une population cible qui a un dossier en commission de surendettement où qui estime ses charges beaucoup trop élevées, que 21,6% résident en Ile-de-France et parmi eux 16,7 % sont des retraités. Le crédit immobilier arrive en premier (17,3%), mais le multi-endettement est presque aussi important (15%), lié principalement au crédit « revolving ».

Des difficultés naissent parfois aussi d'une caution imprudemment donnée à une personne, au sein de la famille dans certains cas, et qui peut conduire à la saisie d'un bien.

Les associations de consommateurs qui tiennent des permanences dans les Maisons de Justice et de Droit sont fréquemment interrogées à ce sujet parfois après signature du cautionnement.

### **3.2 PATRIMOINE**

Les revenus issus du patrimoine sont parmi ceux qui conditionnent le plus le niveau de vie. La question de la propriété du logement est particulièrement instructive. L'accession à la propriété d'une résidence principale demeure un moyen d'épargne couramment utilisé dès l'entrée dans la vie professionnelle stable. Bien que la constitution d'un patrimoine (immobilier et autre) s'opère tout au long de la vie, il se forme plus particulièrement au cours des dernières années de la vie professionnelle, lorsque la charge des enfants tend à s'atténuer.

De ce fait, les retraités détiennent une part importante du patrimoine de l'ensemble des ménages. Des chiffres sont intéressants à rapporter : en 1998, 72% des placements financiers effectués par l'ensemble des ménages venaient de ceux âgés de plus de 60 ans ; les personnes de plus de 75 ans (7% de la population) réalisaient 31% des placements totaux et 76% de l'épargne des 60-74 ans étaient consacrés aux placements financiers. En 1994, les retraités détenaient la moitié du patrimoine net des ménages, soit en moyenne le double des autres ménages. Les projections estiment que les personnes de plus de 60 ans posséderont les 2/3 du patrimoine à l'horizon 2020. Enfin rappelons que les plus de 60 ans représentent la moitié des personnes assujetties à l'impôt de solidarité sur la fortune.

A l'image de la situation nationale décrite ci-dessus, les seniors franciliens détiennent 60% du patrimoine, majoritairement composé de valeurs immobilières (résidences principales et secondaires). Le patrimoine immobilier est parfois source de revenus (investissement pierre). Bien que les chiffres sur le patrimoine boursier des plus de 60 ans soient imprécis, l'évolution au cours des deux dernières décennies est intéressante à noter. 73% des 60-74 ans sont actuellement propriétaires (résidences principales et secondaires) alors qu'ils n'étaient que 62% en 1982.

### 3.3 L'HABITAT ET LE CADRE DE VIE

#### 3.3.1 La majorité des Franciliens de plus de 60 ans continuent à vivre à domicile

95 % des personnes vivant en Ile-de-France vivent à leur domicile après 60 ans<sup>1</sup>. Si les personnes de plus de 60 ans ne représentent que 17% de la population francilienne, ils occupent plus du quart des résidences principales. Leurs logements sont généralement plus spacieux que ceux des autres ménages.

Notons toutefois que 14 % des ménages dont la personne de référence a 90 ans ou plus ne disposent pas de tout le confort<sup>2</sup> ce qui rend notamment problématique le maintien à domicile médicalisé. Les conditions d'hébergement des ménages de 60 à 74 ans s'assimilent aux ménages de moins de 60 ans avec environ 5% de ménages vivant dans des logements ne bénéficiant pas de tout le confort.

Bien que la proportion du parc inconfortable se soit réduite de façon spectaculaire depuis 25 ans (30 % en 1975 et 5 % en 1999), il n'en reste pas moins qu'il existe un "parc social de fait" quand les propriétaires trouvent à louer en l'état. Les loyers ne sont pas toujours bon marché pour les produits proposés et ce sont des populations modestes qui occupent de tels lieux : 51 % seraient des chômeurs ou des inactifs et 29 % des retraités.

Deux tiers de ces logements anciens et de petites tailles se trouvent à Paris, dans les communes proches et dans certaines communes rurales. Quel que soit le type de logement, un aménagement intérieur qui évite les accidents domestiques et les chutes est souhaitable. Le Comité Français pour l'Éducation à la Santé (CFES) a mené une large campagne sur ce thème. Mais la seule information ne suffit pas : le partenariat entre les collectivités locales, les associations et les professionnels du bâtiment pourrait mener à une plus grande prise de conscience des 60 ans. En effet, fort peu connaissent les modalités qui leur permettraient d'obtenir des subventions nécessaires.

Que les personnes de plus de 60 ans vivent très majoritairement à domicile est encourageant et répond aux soucis affichés par la collectivité de soutenir le maintien à domicile des personnes âgées. Encore faut-il, lorsque les conditions de ce maintien s'altèrent, que des moyens soient réunis pour qu'il devienne compatible avec une vie décente.

Le droit à un logement décent ne doit pas être une simple déclaration. Un recensement plus précis permettrait de mettre en place des dispositifs d'aide à la réhabilitation, qui est difficile parfois lorsque l'exiguïté des lieux est telle qu'elle ne permet pas techniquement d'apporter les améliorations de confort souhaitables. Paris est particulièrement concerné par cette question.

---

<sup>1</sup> IAURIF / INSEE, *Atlas des Franciliens*, tome 2, 2001

<sup>2</sup> la base de l'élément de confort : *existence de WC et salle d'eau dans le logement*



### 3.3.2 Les autres formes d'hébergement

Il existe différents types d'habitat en communauté destinés à cette catégorie de population. Tous répondent à des définitions précises :

#### a) Les logements foyers

481 logements foyers sont répertoriés en Ile-de-France ce qui correspond à près de 27 000 places. Ils regroupent des logements autonomes assortis d'équipements ou de services collectifs (restauration, blanchissage, salle de réunion, infirmerie, etc.). L'hébergement est à la charge des personnes âgées qui peuvent bénéficier de l'aide sociale et de l'allocation logement. Le taux d'équipement francilien atteint 48 places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus, contre 42 en moyenne en France.

Il existe deux types de logements foyers : le logement-foyer classique regroupant en un même lieu les logements et les services collectifs et "le foyer soleil" composé d'un foyer de type classique et de logements loués dans des immeubles avoisinants mais qui bénéficient de l'équipement collectif du foyer proprement dit.

A l'origine, les logements foyers étaient destinés à accueillir des personnes valides mais le manque de place dans les structures plus médicalisées a conduit ces foyers à se doter d'une structure médicale susceptible de servir de relais à un recours à l'hospitalisation.

#### b) Les maisons de retraite

574 maisons de retraite sont répertoriées pour un ensemble de 44 300 places, se répartissant entre les structures publiques (16 000 places) et privés (28 300 places) conventionnées ou non. La tarification de l'ensemble de ces établissements est fixée par les Conseil généraux qui de ce fait «habilitent» l'aide sociale.

#### c) Les sections de cure médicale

Les maisons de retraite et les logements-foyers, lorsque leur conception et leur organisation le permettent, peuvent comporter une section de cure médicale. Celle-ci est destinée à l'hébergement et à la surveillance médicale des personnes hébergées lorsque leur état de santé le réclame, dans le cas par exemple d'une affection somatique ou psychique stabilisée qui nécessite un traitement d'entretien et une surveillance médicale ainsi que des soins paramédicaux. On répertoriait en 1996 en Ile-de-France 16 000 lits de "cure médicale" soit une proportion de 28,8 pour mille personnes de plus de 75 ans pour 36,7 pour mille pour l'ensemble de la métropole. Le forfait de cure médicale couvrant les dépenses de soins est pris en charge par l'assurance maladie. Enfin, dans les établissements qui ne sont pas dotés de sections de cure médicale, deux cas de figure se présentent : les soins médicaux et paramédicaux sont soit assurés pour partie par un personnel qualifié permanent rémunéré sur le budget de l'établissement, soit dispensés uniquement par des interventions à l'acte, par infirmiers et médecins attachés, en externe à l'établissement.

#### d) Les services de soins de longue durée

Ce sont les services hospitaliers. Ils accueillent, sur critères médicaux, des personnes ayant perdu leur autonomie de vie et nécessitant une surveillance médicale constante.

76 services de soins de longue durée sont répertoriés, la plupart situés en grande couronne (51% des places) alors que seulement 33 % des Franciliens de plus de 75 ans vivent dans cette partie de la région. Ils offrent 10 320 places. Les Parisiens âgés de plus de 75 ans représentent 30 % de cette classe d'âge dans la région, mais ne trouvent que 15 % de place d'hébergement possible à Paris même. Enfin, il faut rappeler que beaucoup d'établissements de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris et quelques structures du Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris sont situés hors de Paris et accueillent en majorité des Parisiens âgés. Dans le cadre de son nouveau plan stratégique, une réflexion est actuellement en cours au sein de l'AP-HP, pour une restructuration hospitalière. Une des hypothèses retenues serait de transformer une partie de son patrimoine en maisons de retraite pour les Parisiens vieillissants.

Ce panorama appelle trois remarques :

- 1) les capacités d'hébergement pour les personnes âgées ont suivi une augmentation insuffisante et si le taux d'équipement est acceptable en logement foyer, il est inférieur aux besoins pour les maisons de retraite et surtout très au-dessous de la demande pour les lits de cure médicale et le long séjour, avec une inadéquation dans l'implantation géographique.
- 2) le CROSS de l'Ile-de-France (1998) a émis de nouvelles recommandations aux établissements lors des créations, extensions ou restructurations pour ce qui concerne l'architecture (dimension minimale des chambres, commodités, etc...) et le personnel pour ce qui touche à l'encadrement global (0,60 au lit) et infirmier (0,30 au lit). L'évaluation de ces recommandations est à entreprendre.
- 3) l'URHIF<sup>1</sup> dans son rapport initie une réflexion sur le type d'établissement pour personnes âgées qui pour l'avenir devra guider la démarche. Alors que "l'hôpital est un lieu de réparation où le temps joue contre les soignants et où la mort est une anomalie, (...) l'établissement pour personnes âgées est placé dans un défi différent : il doit saisir la globalité et la complexité sans oublier le particulier, le spécifique et l'efficace. La réparation est nécessaire mais seconde, le temps est allié, la mort l'issue logique...". Et de conclure sur ces établissements qui seront "ni domicile, ni hôtel, ni club de 3<sup>ème</sup> âge, ni hôpital mais sûrement un peu des quatre à la fois". Certes la voie n'est

---

<sup>1</sup> Rapport URHIF : *politique pour les personnes âgées*, 1997

pas simple mais fera-t-on l'économie de cette réflexion sur cette question qui arrive inéluctablement compte tenu des évolutions démographiques ?

Le manque de places, à Paris et en petite couronne, est régulièrement dénoncé par le CORERPA. Les prix sont plus élevés que dans les autres régions : 11 400 Franciliens de plus de 60 ans ont été recensés dans une autre région faute d'avoir pu trouver un hébergement à un coût abordable.

### **3.3.3 La question des migrants vieillissants**

Problème posé à l'échelon national, la région Ile-de-France est particulièrement concernée, étant donné l'importance du flux migratoire dont elle fut l'objet. La région Ile-de-France compte en effet 257 Foyers de Travailleurs Migrants (FTM), soit plus du tiers du nombre total de foyers en France. Selon le recensement de population de 1999, 15 à 20 % des personnes résidant en FTM ont 60 ans ou plus. Cette population a doublé en dix ans. La grande majorité de cette population est à la retraite. Ce sont presque exclusivement des hommes seuls qui n'ont pas de famille en France. Ils sont pour beaucoup d'origine rurale. Majoritairement d'origine maghrébine, on compte aussi des Africains subsahariens, peu d'Asiatiques.

La migration lorsqu'elle se produit, n'est imaginée que provisoire à la fois par les migrants et par les pays d'origine et d'accueil, mais la réalité est souvent différente. A mesure que le temps passe dans le pays d'accueil, le retour devient difficile. D'autres facteurs interviennent : la famille du pays d'origine a changé, les conditions sociales et politiques ce sont modifiées, et une certaine socialité s'est construite progressivement avec le pays d'accueil.

Des associations attirent l'attention des pouvoirs publics sur la question du logement et du vieillissement des travailleurs migrants en foyer.

## **3.4 LES TRANSPORTS**

Les transports demeurent une priorité du Conseil régional. Ils constituent par excellence le moyen du maintien du lien social, notamment pour les personnes âgées à la condition qu'ils soient adaptés à cette population.

### **3.4.1 Les transports collectifs**

Même si le motif professionnel disparaît, la mobilité des Franciliens âgés évolue mais ne se réduit pas pour autant. L'utilisation des transports collectifs tend à se modifier avec une préférence nette pour les transports de surface (autobus) même si la durée du trajet est plus longue. C'est peut-être lié à un sentiment de sécurité plus grand mais aussi à la difficulté fréquente d'accéder au réseau souterrain.

Si de réels efforts sont réalisés pour rendre ce mode de transport de surface attrayant, ils doivent être poursuivis. Michel Hermelin et Danièle Heugot, dans leur rapport, soulignent que les efforts d'amélioration demandés par certains bénéficient à l'ensemble de la population, mais surtout à ceux qui en font leur mode privilégié de déplacement.

Les transports en grande couronne ont une image peu attrayante (horaires, sécurité et manque d'inter-modalités) qui explique en partie la désaffectation pour ce mode de transport, à l'avantage de la voiture. Une réflexion avec le STIF sur les tarifs, proposés aux « seniors », différents des abonnements traditionnels, attirerait peut-être davantage de voyageurs âgés.

### **3.4.2 Les autres modes de transport**

La voiture demeure un mode de transport privilégié lorsque l'habitat est situé en Grande couronne. Conséquence d'un urbanisme conçu pour les personnes motorisées, de nombreux lotissements implantés en milieu périurbain sont d'un accès difficile sans moyen de locomotion propre.

Ce phénomène d'éloignement est un facteur d'isolement pour ceux qui ne veulent ou ne peuvent plus conduire, notamment du fait de l'âge. Peu de solutions réalistes sont apportées : les taxis pourraient être un mode de transport plus largement utilisé par les plus de 60 ans ; mais c'est une solution onéreuse, souvent perçue comme un luxe, souvent peu inscrite dans la pratique de déplacement. De plus, la région est vaste et aller d'une banlieue à l'autre demeure peu commode.

De même que l'utilisation des taxis est un moyen reconnu par les services sociaux, une réflexion régionale pourrait s'orienter vers l'utilisation de ce mode de transport comme un recours utile aux plus âgés dans certaines conditions.

## **3.5 LES PROBLEMES DE SANTE DES PERSONNES AGEES ET LEURS PRISES EN CHARGE**

En préalable à ce chapitre on retiendra l'extraordinaire modestie de la contribution des autorités sanitaires de la région lors de la révision du dernier SROS<sup>1</sup> (schémas régionaux d'organisation sanitaire) pour ce qui touche aux personnes âgées. Le souci de ces dernières n'apparaît en effet qu'au décours d'une périphrase lorsque sont évoqués les problèmes des pathologies cardiaques. Et alors que treize des régions placent la question des personnes âgées comme élément de préoccupation compte tenu des évolutions démographiques actuelles et prévisibles, aucun point d'analyse de ce problème n'a été retenu par les autorités régionales franciliennes qui participèrent à cette révision.

---

<sup>1</sup> La révision des schémas régionaux d'organisation sanitaire, direction des Hôpitaux, novembre 1999

Comme si aucun aspect ne méritait d'attention particulière, dont par exemple le manque de places médicalisées pour personnes âgées en Ile-de-France, l'une des questions préoccupantes, ainsi que l'a souligné l'ORS<sup>1</sup> (Observatoire régional de santé). Cette situation d'exception qui marque la région d'Ile-de-France interpelle le CESR et le conduit à interroger les pouvoirs publics sur les raisons de l'absence de la prise en compte de cette question.

### **3.5.1 La difficile appréciation de la morbidité des personnes âgées**

Engagé depuis 1970 dans des études sur l'évolution de l'état de santé, le CREDES (Centre de recherche d'étude et de documentation en économie de la santé) s'interroge sur la façon dont évolue l'état de santé des personnes âgées, sur l'amélioration ou à l'inverse la multiplication des maladies générant incapacités et besoins d'aide à la vie quotidienne. Dans une étude de 1998, Catherine Sermet<sup>2</sup> indique que s'il existe une plus grande prévalence des maladies chroniques avec l'âge (progression de celles-ci entre 1970 et 1991, en particulier des maladies cardio-vasculaires, des affections ostéo-articulaires, et des troubles mentaux pour prendre les grandes pathologies), ce constat s'accompagne parallèlement d'une réduction de l'incapacité des personnes âgées résidant à leur domicile (les facteurs d'incapacité sont établis à partir de données sur la capacité de la toilette, l'habillage, etc.). L'auteur souligne cependant la difficulté d'interprétation de ce paradoxe car les indicateurs de santé et leur évolution chez les personnes vivant en institution ne sont pas ou mal connus.

On peut en effet imaginer que les personnes âgées, lorsque leur état de santé se détériore au point de devenir "incapables" se retrouvent en institution et quittent donc leur domicile d'où le décompte moindre de celles-ci. Ces données soulignent en tout cas le caractère relativement satisfaisant de la prise en charge des maladies chroniques car si elles deviennent plus fréquentes, elles sont mieux soignées ce qui permet le maintien dans un état de santé correct qui retarde le temps des incapacités donc le passage vers les institutions d'hospitalisation. La place des préventions est évidemment essentielle à considérer dans le maintien de cet état de santé satisfaisant. Mais cette étude souligne aussi la nécessité de mise en place, en France et à l'échelon des régions, d'un système d'observation de l'état de santé permettant, par des mesures répétées de divers indicateurs, de suivre l'évolution sanitaire des populations.

### **3.5.2 Une faible mortalité en Ile-de-France**

Un peu moins de 80 000 décès par an ont été enregistrés en Ile-de-France entre 1990 et 1999, soit un taux brut de mortalité de 7,4 contre 9 pour mille pour l'ensemble de la France. Ce taux relativement bas s'explique en partie par la structure par âge

---

<sup>1</sup> *Les équipements pour les personnes âgées en Ile-de-France* (fiche 4.2) ORS Ile-de-France

<sup>2</sup> *Evolution de l'état de santé des personnes âgées 1970-1996* n°12 Juin 1998 - CREDES

favorable (la région la plus jeune de la métropole). Cependant, en éliminant les effets de structure par âge de la population, la région d'Ile-de-France se situe parmi les régions françaises à faible mortalité.

Une analyse géographique plus fine révèle cependant des disparités au sein de la région, avec des taux de surmortalité qui suivent les disparités économiques : la mortalité est basse dans une zone couvrant les arrondissements parisiens de l'Ouest, le sud des Hauts-de-Seine et la partie orientale des Yvelines alors qu'elle s'élève à l'ouest de la Seine-Saint-Denis et se prolonge au nord dans le Val d'Oise et à l'ouest dans les Hauts-de-Seine. Globalement, l'espérance de vie est de 71,8 ans en Seine-Saint-Denis et de 74,5 ans en Yvelines.

Tous âges confondus, deux groupes de pathologie d'importance comparable (les maladies circulatoires et les tumeurs) sont responsables de près de 60% des décès en Ile-de-France. Les progrès réalisés dans les domaines de la prévention et du traitement de certaines maladies cardiovasculaires ont permis une baisse régulière de ces pathologies qui, si elles demeurent encore la première cause de décès devant les cancers, se concentrent de plus en plus chez les personnes très âgées. Ces progrès sont particulièrement sensibles en Ile-de-France mais certains médecins notent l'inégalité de prise en charge des accidents aigus cardiaques des personnes âgées<sup>1</sup>.

Les cancers représentent la première cause de décès pour les Franciliens et la seconde pour les Franciliennes : les hommes sont surtout victimes du cancer du poumon et de cancers digestifs, alors que les femmes sont surtout touchées par les cancers du sein et de l'intestin.

### **3.5.3 Une approche gériatrique et non exclusivement gériatrique**

Comme nous l'avons déjà indiqué à propos des CLIC, la création de réseaux de coordination gériatrique organisant le maillage du territoire devrait prendre une place importante pour aborder les questions médicales et sociales. La médecine privilégie souvent la clinique au détriment du psychologique, d'où la nuance sémantique entre gériatrie et gériatrie.

Aussi, des programmes volontaristes durent-ils être lancés pour sensibiliser les médecins sur la douleur comme étant une dimension qui méritait d'être considérée et traitée. De cette médecine technicisée vient cette vision particulière du vieillissement considéré non comme une évolution normale, mais plutôt comme pathologie qui ne tient pas compte de l'environnement affectif, social et économique.

---

<sup>1</sup> Voir un article du Figaro du Dr Martine Perez, 6 février 2002

L'idée de coordination gérontologique insiste sur cette approche en soulignant l'intégration de tous les acteurs, qu'ils soient médicaux ou non, dans la perspective d'une liaison étroite entre eux. Toutes ces questions sont traitées dans le document récemment publié par l'OMS<sup>1</sup>.

Pour nous en tenir aux aspects purement médicaux, les réseaux de soins<sup>2</sup> comme alternative à des pratiques renouvelées sont à l'ordre du jour et répondent à trois enjeux :

- 1) un enjeu organisationnel : le réseau doit permettre d'inventer et de tester de nouveaux processus de prise en charge, de nouveaux modes d'organisation des soins ;
- 2) un enjeu économique : comme toute structure de production, le réseau doit permettre de produire plus ou mieux à enveloppe financière constante ;
- 3) un enjeu partenarial : le réseau de soins doit permettre de faire émerger de nouvelles formes de rapports entre les acteurs du système de soins et évidemment les personnes et leur entourage.

Mais le réseau n'a de sens que s'il s'inscrit dans un système non figé, ce qui suppose son évaluation permanente.

Dans cet esprit le Professeur R. Moulias, chef de service de gérontologie à l'Hôpital Charles Foix dans un rapport de l'URHIF<sup>3</sup> qui considère que : "L'évaluation gérontologique est le meilleur moyen de préserver le maintien à domicile malgré les maladies invalidantes (...), c'est aussi le meilleur moyen de choisir un placement accepté par le malade, d'autant mieux que la famille sera déculpabilisée et collaborera. Et d'autant plus que cela se fait à froid et non en crise". La CNAV est intervenue dans la promotion de réseau gérontologique mais le bilan de cette action reste encore à faire.

### **3.5.4 Quelle politique régionale de santé ?**

Le Haut comité de la santé publique<sup>4</sup> remarque « qu'à la lumière des expériences récentes, les modalités prévues pour instituer un débat entre ARH (Agence régionale de l'hospitalisation), URCAM et conférences régionales de santé n'ont pas vraiment dépassé une approche centrée sur l'allocation des ressources induite par la

---

<sup>1</sup> *Vieillesse et santé : un document de réflexion OMS*, Débats préparatifs de la Deuxième Assemblée des Nations Unies sur le Vieillesse 2002.

<sup>2</sup> Voir le Bulletin d'information en économie de la santé : questions d'économie de santé n°37 Juin 2001

<sup>3</sup> URHIF – Union Régional de l'Hospitalisation en Ile-de-France

<sup>4</sup> *La santé en France*, Haut Comité de santé publique. Janvier 2002

régulation centrale pour appréhender une acception globale de la santé incluant la prévention et la prise en compte de l'ensemble des déterminants de l'état de santé ».

Le Haut Comité poursuit en indiquant que « la multiplication des instances régionales a complexifié encore un peu plus l'organisation du système de santé et a débouché sur une plus grande opacité. Elle tend à renforcer au niveau régional les phénomènes de compétition et les tensions aussi bien entre institutions qu'au sein de chacune d'elles, par exemple pour l'État entre DRASS et ARH ou pour l'assurance maladie entre URCAM et CPAM ».

Jusqu'à présent, le renforcement du niveau régional en matière d'organisation et de gestion du système de santé s'est effectué dans le cadre d'un processus de déconcentration et non de décentralisation. Le niveau régional devrait constituer le lieu propice à une coordination des priorités des politiques de santé. Cette politique viserait la mise en œuvre de programmes de santé transversaux et ferait coexister différents processus institutionnels qui feraient appel à des savoir-faire spécifiques.





## **QUATRIEME PARTIE :**

### **SYNTHESE ET PROPOSITIONS : DES CHANTIERS A OUVRIR**

Un tel titre peut sembler provocateur puisqu'il laisse supposer qu'il faille reconsidérer tout le système sans tenir compte des réalisations. Tel n'est pas le cas. Ce rapport, dans ses différentes parties, nous a amené à décrire des comportements, des aspects positifs et évidemment à pointer des dysfonctionnements qui grippent le système. Par ailleurs, malgré le constat de l'hétérogénéité de cette population, il est toutefois possible de distinguer en deux situations : l'autonomie et l'indépendance.

Une première donnée commune qui caractérise les personnes de plus de 60 ans tient en l'arrêt de l'activité professionnelle et peu d'entre eux poursuivent celle-ci au-delà de 60 ans.

La seconde caractéristique concerne le moment où progressivement des handicaps apparaissent puis pour beaucoup vient la dépendance (perte d'autonomie) avec le nécessaire recours à la famille et à la collectivité au sens large du terme.

La dépendance se produit à des âges variables, pouvant précéder l'âge légal de la retraite ou à l'inverse survenir à un âge très avancé voire ne jamais s'observer, même si les démographes nous disent qu'il existe un « âge probable » pour celle-ci. Entre ces deux bornes, la plus grande part de la population de retraités est constituée de personnes qui disposent d'un revenu provenant de la retraite, du patrimoine ou de prestations sociales, des personnes actives qui jouissent d'une santé correcte, en tout cas entretenue dans les mêmes conditions que celle des actifs, même si les maladies chroniques ont une plus grande prévalence avec la progression de l'âge.

Autrement dit, la majorité des retraités présente des caractéristiques sociales en tout point superposables à celles de la population des actifs avec ses couches sociales, ses clivages. C'est le même éventail social qui existent avant la retraite et perdurent après celle-ci.

Deux groupes semblent émerger dans cette population des personnes de plus de 60 ans, celui qui garde une autonomie physique et psychologique et celui qui ne l'a plus. Si les spécificités et les questions qui touchent aux «retraités dépendants» sont aisément discernables celles se rapportant aux «retraités autonomes» sont moins précises, elles ne leur sont pas particulièrement spécifiques et intéressent l'ensemble de la société.

#### 4.1 LES QUESTIONS SPECIFIQUES AUX RETRAITES “ACTIFS”

Les questions de santé et de l'offre de soins, les problèmes de prévention (lutte contre le tabagisme, l'alcool, le dépistage des cancers, les soins bucco-dentaires etc), de logement ou de prestations sociales ne leur sont en rien spécifiques. Le niveau de retraite est évidemment au centre de leur préoccupation mais là encore cette dernière est partagée par les actifs. La même observation est à faire pour les autres sources de revenus.

L'activité des retraités, essentiellement dans le monde associatif, est à souligner même s'il ne leur est pas exclusif, car elle est la principale forme d'activité qui s'observe au sein de cette population, avec la poursuite d'une vie syndicale et politique pour un plus petit nombre. La mise en valeur de cette activité est primordiale dans la mesure où elle représente un levier essentiel d'entretien et de prolongement du lien social.

Développer la connaissance de la part prise par les personnes de plus de 60 ans dans cette activité, montrer ce qu'elle représente dans l'organisation de certaines formes de solidarités est un terrain mal couvert aujourd'hui, comme est mal connu d'ailleurs ce que constitue le champ couvert par l'économie sociale et solidaire, qu'elle soit le fait des actifs ou non. L'importance de la transmission familiale et collective est à souligner et doit être mise en valeur.

La valorisation de cet engagement vers le monde associatif vise à mieux faire connaître cette activité par la collectivité. C'est aussi le moyen d'en diffuser toutes les facettes auprès des retraités. Car si beaucoup s'engagent, nombreux sont ceux qui, soit par un autre choix de vie, soit par un sentiment d'exclusion déjà ressenti dans la vie professionnelle, n'adhèrent pas.

La préparation à la retraite est un champ dans lequel les retraités ont un rôle essentiel à jouer en relais avec l'autorité publique. Cette action doit être dirigée prioritairement vers ceux qui atteignent l'âge de la retraite mais elle doit concerner l'ensemble de la population adulte. La préparation à la retraite suppose d'abord d'organiser des missions d'information sur les droits et sur l'ensemble du dispositif de cessation choisie d'activité, progressive ou non : les services sociaux ont à ce titre une responsabilité éminente dans l'accueil et l'information du futur retraité, services sociaux de l'État, des collectivités territoriales, des caisses de retraite et des autres intervenants de la protection sociale, des services sociaux des entreprises enfin.

Ces différents services devraient concentrer leur offre au niveau d'un guichet unique. Ils seront d'autant mieux à même de remplir leur mission qu'ils trouveront des réseaux d'intervenants placés auprès des personnes pour leur apporter le soutien et les conseils nécessaires à la nouvelle étape de vie qui s'ouvre. Le lien à établir ou renforcer entre les services sociaux et les réseaux qu'animeront les retraités est un

enjeu important à soutenir d'autant qu'il contient en soi toute la richesse évoquée avec le monde associatif, l'organisation de l'éducation tout au long de la vie.

L'ensemble des médias surtout régionaux et locaux ont aussi un rôle à jouer dans cette action de valorisation et de sensibilisation.

## **4.2 LES QUESTIONS SPECIFIQUES AUX «RETRAITES DEPENDANTS »**

### **4.2.1 Leur place de citoyen et le respect des droits**

Établie par la commission Droits et Liberté de la Fondation Nationale de Gériatrie et le Ministère du Travail et des Affaires Sociales, la charte définit, dans 14 articles, les principes essentiels qui fondent le respect de la personne âgée, dépendante, dans l'exercice de ses droits et libertés et le plein exercice de sa citoyenneté. Au centre de ces principes de respect de la personne se retrouvent, le libre choix du mode et du lieu de vie, la liberté de conscience et la préservation de la participation à la vie publique, la protection juridique des biens, le respect de la fin de vie etc... La loi du 2 Janvier 2002 sur les institutions sociales et médico-sociales précise et affine ces dispositions.

La prise en compte de maltraitances mises à jour par certaines associations (dont ALMA<sup>1</sup>) fait partie du respect dû aux personnes surtout lorsqu'elles deviennent vulnérables, maltraitance qui s'exerce moins dans les établissements qu'au sein des familles (36 % en institutions, 64 % à domicile selon l'enquête d'ALMA de novembre 2001).

Pour faire appliquer la loi et garantir l'exigence de respect des personnes, il est nécessaire de se donner les moyens de contrôle et d'augmenter les effectifs des personnels.

### **4.2.2 La prise en charge des besoins de santé et de la dépendance**

Nous l'avons déjà très largement esquissé dans ce qui précède. L'APA constitue une avancée importante et devra concerner un nombre important de personnes comparé à celui retenu par les prestations antérieures. De plus, elle s'adresse à toutes les personnes dépendantes, en établissement ou non. Son articulation avec l'aide familiale, surtout pour les personnes qui restent à leur domicile ou à celui de leurs enfants, devrait représenter une amélioration très significative des prises en charge mais à la condition que son application et son extension fassent l'objet de la plus grande attention.

---

<sup>1</sup> Allo Maltraitance

La prise en compte des problèmes de santé des personnes sera d'autant mieux assurée qu'un réseau gérontologique sera mis en place pour prendre en charge les personnes dépendantes. Il s'agit d'une organisation regroupant tous les professionnels qui interviennent auprès de la personne et coordonnent leurs activités. Si le réseau gérontologique est particulièrement adapté pour les personnes dans leur maintien à domicile, il est également indispensable pour les personnes se trouvant en établissement.

La volonté des pouvoirs publics et de nombreux professionnels de promouvoir de ces nouveaux modes d'exercice est affichée, mais les initiatives prises sont encore trop peu nombreuses dans notre région. Il faudra aussi que des modes de financement pérennes soient établis pour assurer leur fonctionnement sur un temps suffisamment long qui permette une réelle évaluation.

Plus globalement, la question de l'organisation des soins à l'échelon régional devrait être une question centrale. Le chevauchement des compétences entre l'Etat et les différentes structures placées aux échelons intermédiaires et avec les caisses d'assurance maladie apporte d'avantage de confusion que de lisibilité.

#### **4.2.3 L'habitat des personnes âgées dépendantes**

Le problème du logement des personnes âgées dépendantes vivant à leur domicile rejoint celui du logement en général. Toutefois, le niveau d'inconfort est particulièrement problématique dans la mesure où il peut compromettre l'organisation de la médicalisation à domicile. Cette dernière question devrait être placée au centre des actions des pouvoirs et organismes publics en charge des politiques du logement. La demande de maintien à domicile des personnes âgées est forte, mais cette exigence est renforcée par le manque de places dans les établissements spécialisés.

Le problème de l'hébergement des personnes âgées dépendantes est une question extrêmement sensible en Ile-de-France, il est largement déficitaire en nombre de lit et son implantation géographique crée des isolements forcés. La sensibilisation des autorités publiques sur ce point est urgente. La modernisation des structures, le développement de capacités d'accueil, de section de cure médicalisée en leur sein avec l'implantation de réseau gérontologique dans leur environnement doivent faire l'objet d'étude pour déboucher sur des solutions rapides. Des programmes réalistes, menés en concertation avec les autorités locales, les autorités publiques habilitées (l'AP-HP) devraient voir le jour pour sortir de la situation problématique qui est celle de l'Ile-de-France et spécialement celle de Paris et de la petite couronne.

## ANNEXES

- GLOSSAIRE
- Les Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC)
- Communiqué sur l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)
- L'Objectif général du Programme Régional de Santé (P.R.S)

### GRAPHIQUES :

- Pyramide des âges en 1999
- Evolution de la population francilienne des plus de 60 ans depuis 1962
- Evolution de la pyramide des âges
- La population des plus de 60 ans par sexe
- Résidence principales : statuts d'occupation
- Etat matrimonial des plus de 60 ans
- Proportion de personnes de 60 ans ou plus dans l'ensemble de la population

## GLOSSAIRE

**ALMA** : Allo maltraitance

**APA** : Allocation personnalisée d'autonomie

**ARH** : Agence régionale de l'hospitalisation

**CAE** : Conseil d'analyse économique

**CFES** : Comité français pour l'éducation à la santé

**CLIC** : Centre local d'information et de coordination gérontologique

**CNAV** : Caisse nationale d'assurance vieillesse

**CNRPA** : Comité national des retraités et personnes âgées

**CODERPA** : Conférence départementale des retraités et personnes âgées

**COR** : Conseil d'orientation des retraites

**CORERPA** : Conférence régionale des retraités et personnes âgées

**CPAM** : Centre primaire d'assurance maladie

**CREDES** : Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé

**CREDOC** : Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie

**CROSS** : Comité régional d'organisation sanitaire et sociale

**FTM** : Foyer des travailleurs migrants

**FAQS** : Fonds d'aide à l'amélioration des soins

**INSEE** : Institut national de la statistique et des études économiques

**OMS** : Organisation mondiale de la santé

**ORS** : Observatoire régional de la santé

**SROS** : Schémas régionaux d'organisation sanitaire

**STIF** : Syndicat des transports d'Ile-de-France

**URCAM** : Union régionale des caisses d'assurance maladie

**URHIF** : Union régionale de l'hospitalisation en Ile-de-France

## **Les Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC)**

Les CLIC sont expérimentés depuis juin 2000 ;

- ils ont été prévus dans le cadre de la politique de maintien à domicile des personnes âgées
- environ 1 millier de CLIC sont prévues pour couvrir l'ensemble du territoire (se en Ile-de-France)
- ils ont pour but de coordonner les aides, les services et les soins et font ce qui a un rapport avec la qualité de la vie
- ils doivent contribuer à la mise en cohérence des dispositifs existants
- ils doivent s'attacher à résoudre les situations complexes et / ou urgentes à partir d'un lien de proximité "facilement repérable, où exposer ses inquiétude et obtenir des informations et des conseils appropriés ainsi que les aides correspondant à ses besoins"
- chaque CLIC devrait concerner une population de 7 000 à 10 000 personnes âgées de 60 ans et + en milieu urbain.

*Source : « Actualités Sociales Hebdomadaires » N°2171 16 juin 2000.*