



issa

INTERNATIONAL SOCIAL SECURITY ASSOCIATION
ASSOCIATION INTERNATIONALE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE
ASOCIACIÓN INTERNACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL
INTERNATIONALE VEREINIGUNG FÜR SOZIALE SICHERHEIT

Forum régional de la sécurité sociale pour l'Europe

Varsovie, Pologne, 3-5 mars 2010

Les enjeux démographiques et la sécurité sociale

Défis de société et capacité d'adaptation:
La sécurité sociale dans un monde vieillissant

Sarah Harper
Professeur de gérontologie
Université d'Oxford
Directrice
Institute of Ageing
Royaume-Uni

Les enjeux démographiques et la sécurité sociale

Défis de société et capacité d'adaptation: la sécurité sociale dans un monde vieillissant

Sarah Harper
Professeur de gérontologie
Université d'Oxford
Directrice
Institute of Ageing
Royaume-Uni

Le vieillissement démographique

D'ici à 2030, la moitié de la population de l'Europe occidentale aura plus de 50 ans, avec une espérance de vie, à cet âge, de 40 ans supplémentaires. Historiquement, cette évolution est sans précédent car jamais auparavant une région du monde n'avait eu plus de la moitié de sa population âgée de plus de 50 ans. Au cours de la deuxième moitié du XXe siècle, les pays les plus développés, en particulier l'Europe, ont connu un vieillissement de leur population à un rythme sans précédent dans l'histoire démographique. Durant les cinquante premières années de ce nouveau siècle, les pays les moins développés et les pays en transition devraient, selon les prévisions, connaître la même évolution. Ce vieillissement des populations est dû à une baisse régulière de la fécondité et de la mortalité dans le monde entier, à l'exception de la région de l'Afrique subsaharienne. L'Europe a atteint la maturité au tournant du millénaire, avec davantage de personnes âgées (plus de 65 ans) que de jeunes (moins de 15 ans). L'Asie devrait l'atteindre d'ici à 2040, et les Amériques peu de temps après.

Ce vieillissement mondial ne survient pas de façon isolée: il s'inscrit dans le contexte de la mondialisation elle-même, c'est-à-dire d'un monde de plus en plus dominé par les flux de capitaux humains et économiques au travers des frontières nationales. Bien entendu, l'un des éléments moteurs de ces flux de capitaux est le déséquilibre démographique naissant imputable à la différence d'accès des régions à la maturité. C'est la raison pour laquelle bien qu'une bonne compréhension de la dynamique de la mondialisation soit essentielle pour résoudre le problème et saisir les opportunités offertes par les sociétés vieillissantes, il est également indispensable de bien comprendre la dynamique du vieillissement mondial en tant que composante de la mondialisation.

L'émergence de sociétés démographiquement mûres

Dès l'an 2000, il y avait davantage de personnes de plus de 60 ans que de jeunes de moins de 15 ans dans l'Europe des 15, et d'ici à 2040, il y aura davantage de personnes âgées que de jeunes en Asie. Selon les prévisions, d'ici à 2050, le nombre des personnes âgées dans le monde sera supérieur à celui des jeunes. Alors qu'en pourcentage, la population mondiale de plus de 60 ans est passée de seulement 8 pour cent en 1950 à 10 pour cent dès l'an 2000, elle a

Sarah Harper

augmenté, numériquement, de 200 à 600 millions d'adultes âgés. D'après les prévisions, d'ici à 2050, le nombre absolu des personnes âgées sera de 2 milliards, soit un autre triplement en seulement un peu plus de 50 ans, alors que le pourcentage des plus de 60 ans aura atteint plus d'un cinquième de la population mondiale totale (21 pour cent). Le nombre des personnes âgées de 80 ans et plus sera celui qui augmentera le plus, passant de 69 millions au nombre incroyable de 379 millions d'ici à 2050.

Bien que mon exposé soit essentiellement axé sur l'Europe, il est important de comprendre la dimension mondiale du vieillissement de la population, car la situation en Europe sera influencée par la dynamique démographique dans les autres régions du monde. En fait, c'est la région Asie/Pacifique, qui compte actuellement 600 millions de personnes âgées, qui vieillit le plus rapidement dans le monde. D'ici à 2050, 20 pour cent de sa population projetée sera âgée de plus de 60 ans, ce qui représentera les deux tiers des 2 milliards de personnes âgées du monde. Ce qui est important, c'est la rapidité avec laquelle la transition s'opère dans les pays les moins développés et les pays en transition confrontés à une rapidité extrême du vieillissement. Alors que dans l'Europe des 15, il a fallu environ 120 ans pour passer d'une population jeune à une population mûre, la maturité ayant été atteinte en 2000, cette modification de la proportion entre les jeunes et les personnes âgées aura eu lieu en Asie en moins de 25 ans. Il a fallu par exemple 115 ans à la France pour que sa population âgée de plus de 65 ans passe de 7 à 14 pour cent de la population totale, alors qu'au Japon cette transition ne s'est opérée qu'en 26 ans.

Tandis que selon les prévisions, l'augmentation, d'ici à 2025, du pourcentage des personnes de plus de 60 ans dans l'Europe des 15 serait d'environ 33 pour cent, elle atteindrait les chiffres prodigieux de 400 pour cent en Indonésie, 350 pour cent en Thaïlande, au Kenya et au Mexique, 280 pour cent au Zimbabwe et jusqu'à 250 pour cent en Inde, en Chine et au Brésil. C'est cette rapidité du vieillissement démographique qui constituera l'un des plus grands défis institutionnels à relever par les économies des pays les moins développés et des pays en transition.

Si l'on considère la proportion de la population âgée de 65 ans et plus dans les pays les plus "âgés" du monde au tournant du XXe siècle, les 20 premiers de ces pays sont, à l'exception du Japon, tous des pays européens. Au niveau mondial, c'est l'Italie qui compte la plus forte proportion de personnes âgées de plus de 65 ans, ce qui s'explique essentiellement par la faiblesse de ses taux de fécondité. Dans l'Europe des 15, l'Italie est le pays qui a la plus forte proportion de personnes âgées (18,2 pour cent), et l'Irlande la plus faible (11,2 pour cent). L'Australie, le Canada et les Etats-Unis sont à l'autre extrémité de cette échelle (entre 12 et 13 pour cent). Il est intéressant de noter que même les pays de l'Europe orientale présentent des pourcentages plus élevés que le Canada, l'Australie et les Etats-Unis, mais que ces proportions représentent des nombres de personnes âgées très différents. La population la plus importante de personnes âgées dans le monde développé est celle des Etats-Unis, avec 35 millions de personnes de plus de 65 ans; elle est suivie par le Japon avec près de 23 millions de personnes, et l'Allemagne avec environ 13 millions.

L'âge médian d'une société, c'est-à-dire l'âge qui divise la population en parts numériquement égales de personnes jeunes et de personnes âgées, permet d'obtenir une autre mesure encore. Tous les pays du monde développé ont des âges médians supérieurs à 32 ans. Mais les âges médians vont augmenter de façon très nette dans certains pays au cours des 25 prochaines années. L'Italie, le Brésil, la Chine, le Mexique et la Thaïlande, par exemple, vont connaître une augmentation de plus de 10 ans de leurs âges médians. Selon les prévisions, c'est l'Italie qui devrait avoir l'âge médian le plus élevé: 52 ans. Le Japon atteindra l'âge médian de 50 ans, alors que la plupart des autres pays développés, et certains pays asiatiques, atteindront des âges médians supérieurs à 40 ans. La structure démographique de Singapour, par exemple, a changé depuis les années quatre-vingt, avec une baisse régulière de la proportion des enfants

et une augmentation de la proportion des adultes âgés. De ce fait, l'âge médian des résidents dans le pays a augmenté de plus de 10 ans au cours des 25 dernières années, passant de 24,4 ans en 1980 à plus de 35,5 ans aujourd'hui. Hong Kong et la Corée ont à ce jour des âges médians supérieurs à 35 ans.

Les personnes les plus âgées

Le taux d'augmentation du nombre des personnes de plus de 80 ans est lui aussi très significatif. C'est le groupe d'âge qui croît le plus vite dans le monde, avec un taux de croissance annuel de 3,8 pour cent. La faiblesse de la fécondité à l'époque de la première guerre mondiale et la baisse des taux de mortalité pour cette cohorte expliquent en partie cette évolution – les personnes ayant atteint l'âge de 80 ans au milieu des années quatre-vingt-dix faisaient partie d'une cohorte de naissance relativement peu importante. La fécondité a de nouveau augmenté après la première guerre mondiale, si bien qu'au tournant du siècle une cohorte bien plus importante atteignait l'âge de 80 ans. En quatre ans seulement, le taux de croissance du groupe des plus de 80 ans dans le monde est donc passé de 1,3 à 3,5 pour cent. Le taux de croissance annuel projeté de ce groupe d'âge est de 3,9 pour cent jusqu'en 2010, et il resterait supérieur à 3 pour cent jusqu'à au moins 2020. D'ici à 2050, 20 pour cent des personnes de 60 ans et plus devraient appartenir à ce groupe. Actuellement, 40 pour cent des plus de 80 ans vivent en Asie, environ 16 pour cent en Chine seulement, ce qui reflète en partie la très large part de ce pays dans la population mondiale totale; 30 pour cent des plus de 80 ans vivent en Europe et 13 pour cent aux Etats-Unis. Selon les prévisions, le Japon devrait avoir d'ici à 2030 une population comptant – ce qui est extraordinaire – 40 pour cent de personnes âgées de 80 ans ou plus. Face à cette augmentation du nombre des personnes très âgées, la Division de la population des Nations Unies produit aujourd'hui des projections démographiques pour une catégorie d'âge "final" de 100 ans et plus.

D'ici à 2050, la pyramide démographique, dans le monde développé, devrait se stabiliser sous la forme de lignes parallèles, avec environ 10 pour cent de la population dans chaque tranche d'âge de 10 ans entre la naissance et 100 ans; celle des pays en transition et des pays en développement connaîtra un net alignement. Mais au cours des quarante prochaines années, nous continuerons à voir se développer une pyramide très étoffée à son sommet, au fur et à mesure que les adultes puis les personnes plus âgées constitueront la population dominante. Dans les pays développés, cela est dû aux cohortes de l'explosion démographique du milieu du dernier siècle. Dans les pays les moins développés et les pays en transition, on peut considérer que cela est imputable à la génération "des vieilles filles" – c'est-à-dire la cohorte actuelle des jeunes femmes en âge de procréer qui, tout en appartenant elles-mêmes en général à des familles nombreuses avec 5 ou 8 frères ou sœurs, ont choisi de n'avoir qu'un ou deux enfants, voire aucun.

Les éléments moteurs

Le vieillissement de la population mondiale s'explique notamment par la baisse des taux de fécondité totaux. Outre le niveau reconnu comme très faible de la fécondité en Europe occidentale, puisque tous les pays de cette région connaissent des taux inférieurs au niveau de remplacement, et puisque dans les pays de la Méditerranée du sud, en particulier, les taux sont de 1,2 ou 1,3, nous observons le développement d'une évolution semblable en Asie. Singapour et la Corée sont à présent au-dessous de 1,2, et Hong Kong, qui est au-dessous de 1, a aujourd'hui le taux de fécondité total le plus faible du monde. La caractéristique la plus frappante des niveaux d'espérance de vie à la naissance est que non seulement toute personne née dans le monde en développement, à l'exception des pays d'Europe orientale, peut aujourd'hui s'attendre à vivre plus de 75 ans, mais aussi que selon les prévisions l'espérance

de vie à la naissance devrait être élevée dans une bonne partie de l'Asie et de l'Amérique latine. D'abord, à l'exception de l'Afrique, de nombreux pays du monde moins développés présentent aujourd'hui des espérances de vie à la naissance de 70 ans ou plus. En outre, les baisses continues de la mortalité aussi bien dans les pays développés que dans les pays en transition et en développement devraient porter l'espérance de vie à la naissance à 82 et 75 ans respectivement d'ici à l'an 2050, réduisant ainsi l'écart entre ces régions. Ce qui est particulièrement intéressant, c'est l'allongement de l'espérance de la vie active en bonne santé, avec des prévisions actuelles pour l'Europe et les Etats-Unis selon lesquelles aussi bien les hommes que les femmes âgés de 70, 71 ou 72 ans peuvent s'attendre à vivre normalement lorsqu'ils auront dans les 80 ans, en bénéficiant de la plupart de ces années sans incapacité (Manton et coll., 2006). La Russie et l'Europe centrale ont une démographie actuelle et prévue différente du reste de l'Europe et de l'Asie. Bien que selon les projections, les taux de fécondité devraient augmenter, la population russe devrait passer de 144 millions à 104 millions en 2050, et celle de l'Ukraine de 50 à 30 millions au cours de la même période. Une grande partie de cette évolution est imputable aux impacts du mode de vie sur la santé, par exemple à la consommation d'alcool et de tabac (Grogan 2006). Comme cela affecte davantage les hommes que les femmes, il existe également une importante différence d'espérance de vie entre les deux sexes (Nations Unies, 2009).

Les ratios de dépendance

Plusieurs facteurs importants doivent être pris en compte s'agissant des ratios de dépendance: les ratios de dépendance des personnes âgées, le ratio des personnes de plus de 65 ans (et qui sont donc considérées comme non productives) par rapport à celles âgées de 15 à 64 ans (considérées comme productives); les ratios de dépendance de la jeunesse, c'est-à-dire le ratio entre les moins de 15 ans et les personnes âgées de 15 à 64 ans; et les ratios de dépendance totaux, soit ceux des personnes âgées de 15 à 64 ans par rapport aux personnes qui n'appartiennent pas à cette tranche d'âge. Il est possible de discuter de la pertinence de ces grandes catégories d'âge eu égard à la productivité/à la non-productivité, ou de simplement les prendre en considération comme indicateurs indirects.

Dans de nombreux pays, l'augmentation des ratios de dépendance des personnes âgées sera significative. On assistera au cours des dix prochaines années à une tendance rapide à une augmentation de ces ratios dans la plupart des pays industrialisés. En Italie, les ratios de dépendance des personnes âgées doubleront d'ici à 2050 pour atteindre le niveau de 70 personnes âgées dépendantes pour 100 travailleurs. En revanche, lesdits ratios n'augmenteront que légèrement au Royaume-Uni, pour atteindre 67:100. D'ici à 2050, ces ratios dépasseront 70 pour cent en Italie, en Espagne et au Japon, tout en restant inférieurs à 40 pour cent au Danemark, en Islande, au Luxembourg, au Mexique, en Turquie et aux Etats-Unis.

Il importe, toutefois, de moins mettre l'accent sur le vieillissement en tant que tel et sur les augmentations des taux de dépendance des personnes âgées que sur l'impact de la baisse de la mortalité et de la fécondité, dans la mesure où dans certains pays la baisse des ratios de dépendance des jeunes est telle que les ratios de dépendance totaux vont eux aussi décliner. La Chine constitue un bon exemple de cette évolution. Elle connaîtra en fait une baisse de son taux de dépendance total, qui devrait passer d'un record de 80 personnes dépendantes pour 100 travailleurs au cours des années 1960 et 1970 – marquées par le nombre très élevé des jeunes – à 60 personnes dépendantes d'ici à 2050. En fait, la Chine ne compte actuellement – record historique – que 40 personnes dépendantes pour 100 travailleurs, en raison de la baisse rapide de sa fécondité du fait de la politique de l'enfant unique. De même, les Etats-Unis ont atteint leur taux de dépendance total le plus élevé en 1965, avec 95 personnes dépendantes pour 100 travailleurs.

La mondialisation du vieillissement de la population

Comme nous l'avons indiqué auparavant, le vieillissement mondial a lieu dans le contexte de la mondialisation, et il accélère lui-même le flux des capitaux humains et économiques à travers les frontières nationales, en raison des déséquilibres démographiques naissants imputables au différentiel d'arrivée des régions au stade de la maturité. Il est donc nécessaire de comprendre la dynamique du vieillissement mondial en tant que composante de la mondialisation, et de la traiter au niveau mondial/institutionnel, sociétal/institutionnel et individuel. Commençons par ces deux derniers niveaux.

Au niveau sociétal, le changement démographique aura manifestement d'importantes implications pour l'offre de main-d'œuvre, la structure des familles et des ménages, la demande de services de santé et de protection sociale, la structure de l'épargne et de la consommation, la fourniture de logements et de transports, le comportement en matière de loisirs et au niveau communautaire, les réseaux et l'interaction sociale. Toutefois, au fur et à mesure de la prise de conscience par les décideurs politiques des implications du vieillissement de la population, *l'hypothèse de la charge démographique* a été de plus en plus fréquemment retenue. Les services nationaux de santé, et même les économies, devraient, selon les prévisions, s'effondrer sous la pression de la demande de soins de santé et de pensions, et les familles ne seraient plus là pour compenser le déclin de l'aide publique. Surtout, le vieillissement est considéré comme un défi pour le seul monde occidental, et comme n'ayant que peu de pertinence pour les pays moins développés et en transition, ainsi que pour un phénomène pouvant être compensé par l'immigration en provenance du Sud jeune. Or la réalité est nettement plus complexe, et elle est extrêmement sensible aux changements de politique. Bien sûr, la compréhension de la réalité des problèmes démographiques est vitale, tant pour les particuliers qui ont besoin de réévaluer leur mode de vie à la lumière des nouvelles probabilités en matière de longévité, que pour les gouvernements chargés de la planification et de l'élaboration de cadres politiques appropriés pour faire face aux prochains changements démographiques, ainsi qu'aux problèmes et aux opportunités que présente cette évolution. Les principaux problèmes – les dépenses publiques de pensions, le niveau élevé des ratios de dépendance entre les actifs et les inactifs, l'augmentation des coûts des soins de santé, la moindre disponibilité des soins familiaux et le ralentissement de la consommation imputable à l'augmentation du nombre des personnes âgées et à la diminution du nombre des jeunes, dépendent de façon dynamique des cohortes actuelles et des comportements d'aujourd'hui, et ne sont pas fixes. De plus, il s'agit de phénomènes auxquels l'on peut faire face au niveau politique, avec une volonté politique et économique.

Les défis de société et la capacité d'adaptation au vieillissement de la population

Le vieillissement de la population a donc un impact sur l'ensemble des dispositions de sécurité sociale, depuis les soins de santé et les soins de longue durée, les pensions, les prestations de chômage et d'invalidité, jusqu'aux prestations familiales, sur lesquelles l'évolution des structures familiales a des conséquences. Quelle que soit la demande, qu'elle relève du domaine de la santé ou du domaine financier, le principal défi à relever sera celui de la capacité de la société à s'adapter au vieillissement de la population. Cette capacité comprend:

- la capacité des individus et des ménages à procéder aux ajustements pertinents en matière d'épargne, d'offre de main-d'œuvre, de transferts privés entre les générations et d'investissements dans le capital humain;
- la capacité des institutions à procéder aux ajustements pertinents dans les dispositions en matière d'épargne, d'offre de main-d'œuvre, de transferts publics entre les générations et d'investissements dans le capital humain.

La question des objectifs sociaux et du vieillissement de la population

Au moment où les sociétés s'efforcent de réussir leur ajustement au vieillissement des populations, l'une des principales questions, en matière de politique générale, consiste à savoir comment les objectifs collectifs nationaux influenceront ces ajustements sociétaux nécessaires et comment les ajustements ainsi requis seront facilités ou restreints par les objectifs sociaux existants.

L'objectif d'une meilleure prospérité générale

C'est l'objectif premier de la plupart des pays, dans la mesure où la prospérité générale réduit la pauvreté et permet d'augmenter aussi bien le niveau de vie que le niveau de santé de la population, mais pas forcément la qualité de vie. Certains milieux craignent que le vieillissement de la population ne réduise la croissance économique, et le défi politique à relever consiste à minimiser cet effet. L'optimisation des avantages du "dividende démographique" et l'ajustement des taux de dépendance totaux sont donc importants à cet égard, et peuvent se faire en adoptant des politiques permettant de réguler aussi bien l'entrée des jeunes sur le marché du travail que la sortie des personnes âgées (parallèlement à des politiques de promotion d'une plus forte participation des femmes au marché du travail et à une politique d'intégration des personnes handicapées).

L'objectif de l'équité générationnelle (au sein des générations et entre les générations)

L'objectif consistant à maintenir une équité au sein des générations est sans doute l'un des plus importants objectifs gouvernementaux pour de nombreux systèmes de pensions. Les objectifs liés à l'équité entre les générations sont utilisés pour élaborer des politiques en matière de transferts intergénérationnels. Il faut alors prendre en compte le ratio approprié entre le revenu de retraite moyen et le revenu moyen du travailleur. Cela implique également une reconnaissance de l'impact potentiel de la politique sur le bien-être des différentes cohortes à la naissance, ainsi que la nécessité de déterminer si la politique répartit équitablement la charge du vieillissement de la population entre les cohortes âgées et les cohortes jeunes.

Sur ce point, un facteur important est le concept de l'équité entre les générations et l'éventuelle évolution de ce concept à la lumière du vieillissement actuel des populations.

- Le contrat traditionnel entre les générations est basé sur un système de réciprocité intergénérationnelle dans le cadre duquel les adultes s'occupent des dépendants jeunes (les enfants) puis, lorsque ces dépendants jeunes deviennent adultes à leur tour, ils fournissent aide et soins aux dépendants âgés. Ce système existe encore dans la plupart des sociétés tant au niveau familial (les parents s'occupant des jeunes enfants,

et les enfants s'occupant de leurs parents âgés) qu'au niveau de la société, les adultes actifs sur le marché du travail fournissant, via des transferts publics, une aide aussi bien aux dépendants jeunes qu'aux dépendants âgés – les premiers recevant des soins de santé et une éducation, et les seconds des soins de santé et un soutien du revenu.

- Face au vieillissement de la population, la question consiste à savoir, suite à la baisse de la fécondité et de la mortalité, si les cohortes bénéficiaires (en termes aussi bien de baisse de la fécondité que de baisse de la mortalité) transfèrent le coût de ces avantages aux cohortes futures via le *contrat intergénérationnel traditionnel* ou si elles prennent elles-mêmes à leur charge le coût de leurs avantages au moyen d'un *contrat intergénérationnel adapté*. Ce dernier impliquerait que les cohortes plus âgées prennent à leur charge les coûts de leur vie plus longue, par exemple en versant des cotisations plus élevées, après leur retraite, à leur propre système de protection sociale et/ou en travaillant plus longtemps.

L'objectif du maintien de la cohésion sociale

L'objectif du maintien de la cohésion sociale est réalisé de diverses façons par les différentes sociétés et cultures. En particulier, certains gouvernements mettront beaucoup l'accent sur l'immigration comme instrument politique permettant d'atténuer l'impact économique du vieillissement de la population, et dans une certaine mesure cela reflètera leur histoire en matière de migration ainsi que les impacts sociaux potentiels imputables à l'arrivée d'un grand nombre d'adultes. C'est le cas au Royaume-Uni et aux États-Unis, qui ont une longue histoire d'encouragement des immigrés à venir des pays du monde entier, et qui ont largement utilisé l'immigration pour compenser le vieillissement de leur population. Inversement, le Japon et la Corée, qui n'ont pas de tels antécédents en matière d'immigration, commencent à penser aux impacts sociaux potentiels qu'aurait ce phénomène.

La fourniture d'une sécurité financière

Les responsables politiques doivent mettre en place un cadre général de mesures d'incitation pour orienter les décisions prises aux niveaux individuel et institutionnel. Le problème que pose le vieillissement de la population et qui exige un ajustement des capacités ne va pas sans un certain nombre d'implications politiques. Les régimes de sécurité sociale financés selon le système de la répartition sont confrontés au problème d'un taux de rendement faible, voire négatif, alors que la main-d'œuvre a cessé d'augmenter, et qu'un taux de rendement viable est celui qui est égal au taux de croissance de la masse salariale totale. Les régimes capitalisés et possédant des réserves font face aux effets de l'évolution de la structure d'âge de la population sur les prix des actifs. Les principaux points dont il faut tenir compte à la lumière du vieillissement de la population sont notamment les suivants:

- *l'importance de l'intégration des transferts publics et privés dans les futurs systèmes*, et notamment la bonne compréhension des relations complémentaires entre les transferts intergénérationnels privés et publics, et de la relation entre les transferts ascendants et descendants. Nos travaux de recherche basés sur l'*Oxford Global Ageing Survey*, par exemple, montrent que si les transferts publics réduisent les transferts privés ascendants, c'est-à-dire des enfants adultes à leurs parents âgés, ils ont nettement moins d'effet sur les transferts privés descendants, c'est-à-dire des parents âgés à leurs enfants adultes et à leurs petits enfants;
- *la prise en compte de l'équité intergénérationnelle*, au moyen d'un partage des bénéfices de la croissance entre les travailleurs et les retraités. Cela peut par exemple se faire en maintenant un lien entre les pensions et les salaires, de façon à ce que les

retraités reçoivent une part de la croissance économique de la nation. Cela peut aussi se faire en liant les pensions à l'augmentation des prix, afin que les retraités ne subissent pas une baisse de leur niveau de vie absolu en raison de l'inflation. On peut également lier les pensions à la capacité du système définie par la croissance de la masse salariale totale. On peut enfin faire en sorte que le système intègre plusieurs indices;

- *la recherche de différents cadres permettant d'appuyer et encourager la responsabilité individuelle*: il est également possible de faire valoir, par exemple, que le vieillissement de la population nécessite d'opérer une distinction entre la responsabilité du gouvernement dans le maintien de la population hors de la pauvreté et la responsabilité individuelle d'augmenter son niveau de vie personnel. Il existe, toutefois, des variations considérables dans les dispositions permettant de promouvoir ce type de responsabilité.

Les soins de santé et l'aide sociale

Une deuxième série de problèmes politiques à résoudre concerne la fourniture des soins de santé et de l'aide sociale. L'une des principales questions consiste à savoir si l'amélioration de la santé des personnes âgées dans les pays européens membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) se fait à un rythme suffisant pour compenser le vieillissement de la population. Ce problème est à prendre en compte dans le cadre de l'augmentation considérable du nombre des personnes très âgées, en particulier celle qui aura lieu au cours des trente prochaines années, puisque le nombre des personnes de plus de 80 ans devrait selon les prévisions tripler dans toute l'union européenne d'ici à 2050 (Harper, 2006).

Howse (2010) distingue trois grands problèmes imputables au vieillissement de la population en ce qui concerne la fourniture des soins de santé et de l'aide sociale: l'ampleur du problème de l'état de santé insatisfaisant d'une partie de la population, les types de maladies et incapacités, la capacité à dispenser des soins.

- Le vieillissement de la population aura un effet important et indépendant sur *l'ampleur* totale des maladies et incapacités dans la population et de ce fait exercera une pression pour l'augmentation des dépenses totales de soins de santé;
- le vieillissement de la population modifiera également les *types* de problèmes de santé que les personnes "apportent" au système, et de ce fait exercera une pression en faveur d'une importante réaffectation des ressources de soins de santé et d'une reconfiguration des services;
- l'évolution des ratios de dépendance sera telle que les sociétés vieillissantes éprouveront davantage de difficultés à fournir des soins à leurs membres âgés. Ce problème risque d'être plus grave encore dans les pays où le vieillissement de la population est associé à un déclin absolu de la population en âge de travailler, car cela aura un effet négatif sur les ressources dont dispose le système de soins de santé.

Nous allons examiner successivement chacun de ces points.

L'ampleur totale des maladies et incapacités

Pour bien comprendre l'impact du vieillissement de la population sur les systèmes de soins de santé, nous devons apprécier à la fois:

- la relation entre le vieillissement de la population et l'ampleur des besoins de santé;
- la relation entre l'augmentation des besoins de soins de santé et les niveaux des dépenses en soins de santé.

La relation entre le vieillissement de la population et l'ampleur des besoins de santé. Cette relation tient au fait qu'étant donné que les gens survivent de plus en plus longtemps, ils risquent d'être touchés par des problèmes de santé de plus en plus graves, en tout cas plus graves qu'ils n'étaient lorsque les intéressés étaient plus jeunes. Si bien que lorsque les sociétés améliorent l'espérance de vie de leur population, la proportion de leurs résidents victimes de graves problèmes de santé augmente, à moins d'une amélioration compensatrice de la santé des cohortes successives, avec une diminution, au fil du temps, des taux de prévalence spécifiques aux différents âges.

"Si par exemple, il s'avère que les gens survivent plus longtemps parce qu'ils restent en bonne santé plus longtemps, il est possible qu'une augmentation de l'espérance de vie n'ait aucun effet net sur la prévalence des maladies et des incapacités de la population âgée. Puisque la proportion de la population âgée touchée par de graves problèmes de santé resterait en pareil cas la même, tout effet du vieillissement de la population sur l'ampleur des maladies et incapacités dans la population en général dépendrait entièrement de l'augmentation de la taille relative de la population âgée" (Howse, 2010).

De même, bien sûr, si une part importante de la population en général tombe dans les catégories d'âge associées à une nette augmentation du risque de maladies et d'incapacités, l'individu moyen, dans la population générale, aura davantage de problèmes de santé à porter à l'attention du système de soins de santé.

Mais la modification de l'espérance de vie en bonne santé fait aujourd'hui l'objet de contestations. Dans certains pays, en particulier les Etats-Unis, l'espérance de vie en bonne santé s'améliore suffisamment vite pour compenser l'impact de la baisse de la mortalité aux âges avancés, mais dans d'autres l'allongement de l'espérance de vie sans amélioration de la santé peut prendre de telles proportions qu'il aboutit à une véritable épidémie de fragilisation et de précarité. C'est ce qu'ont montré Robine et Jagger (2005), par exemple, s'agissant du nombre croissant de personnes qui survivent mais qui subissent le type de dépendance prolongée et grave liée aux âges très avancés. Même si les améliorations de l'espérance de vie en bonne santé parviennent à suivre le rythme de l'allongement de l'espérance de vie en général, comme le souligne Howse, la modification de la structure d'âge de la population qui résultera du vieillissement des générations de l'explosion démographique augmentera l'ampleur des besoins de soins de santé de la population.

La relation entre les besoins croissants de soins de santé et les niveaux des dépenses de soins de santé. La relation entre l'ampleur de la mauvaise santé dans la population et la consommation des ressources de soins de santé est déterminée ici par une foule de facteurs autres que démographiques. Par exemple, comme l'a fait remarquer Leeson (2004), bien qu'un certain nombre d'études comparatives internationales aient pris en compte les déterminants des coûts des soins de santé, une seule de ces études a démontré que la structure d'âge de la population, c'est-à-dire la proportion de la population âgée de 65 ans et plus prise comme indicateur de la structure d'âge, est un facteur explicatif. Ce sont plutôt les effets plus généraux liés aux revenus, aux caractéristiques du mode de vie et aux nouvelles technologies, de même que les effets des facteurs environnementaux, qui poussent la demande pour de nouvelles applications médicales de pointe. Certes, l'analyse des données de l'OCDE (OCDE 1987) entreprise par Seshamani et Gray (2002) révèle que dans les pays développés, en tout

cas, les coûts des soins de santé par tête, pour les personnes âgées de 65 ans et plus, ont augmenté au même taux que pour les personnes âgées de moins de 65 ans.

La seconde complication importante dans la relation entre le vieillissement de la population et le niveau des dépenses de soins de santé concerne l'importance relative de l'âge et de l'espérance de vie restante ou de la proximité du décès pour déterminer le profil d'âge des dépenses de soins de santé dans l'ensemble de la population. Comme le demande Howse: Pourquoi les dépenses de santé par tête augmentent-elles avec l'âge? Est-ce que c'est parce que les personnes plus âgées sont en moins bonne santé que les personnes plus jeunes? Ou est-ce parce que les dépenses de soins de santé ont tendance à être fortement concentrées sur les dernières années de la vie, et que l'âge est un bon indicateur raisonnable de la proximité du décès? S'agissant de la seconde explication, la principale raison pour laquelle on dépense davantage d'argent pour l'individu moyen âgé de 75 ans que pour l'individu moyen âgé de 50 ans est que le premier risque davantage de souffrir d'un type de maladie menaçant pour sa vie, ce qui entraîne une forte augmentation de l'utilisation des ressources de soins de santé.

Bien qu'il soit clair que les dépenses de santé *par tête* augmentent effectivement très nettement lorsque les gens ont atteint la soixantaine, des analyses répétées des données liées à l'âge et relatives aux dépenses de santé ont montré que la proximité du décès est plus importante que l'âge en tant que tel comme indicateur de prévision de la consommation des ressources de santé (par exemple Zweifel et coll., 2004; Seshamani & Gray, 2004). En d'autres termes, les dépenses de soins de santé *sont* fortement concentrées sur les dernières années de la vie, à un point tel que certains analystes ont fait valoir que le vieillissement *en tant que tel* n'a pratiquement pas d'effet sur la façon dont la consommation des ressources de soins de santé augmente avec l'âge (par exemple Zweifel, 1999). Gray va même encore plus loin, par exemple, puisqu'il suggère que la relation entre l'âge et les dépenses de santé est probablement même inverse si l'on tient compte de la proximité du décès (Gray, 2005). Le vieillissement de la population ne fait que reporter les dépenses sur des âges progressivement de plus en plus avancés, plutôt que d'augmenter significativement les dépenses totales de soins médicaux (Heller, 2003). Pour conclure, nous voyons que les augmentations prévues des coûts des soins médicaux et de santé ne sont donc pas le résultat du nombre croissant des personnes âgées en tant que tel, mais des *cadres politiques en vigueur* au sein desquels sont encourus ces coûts.

Les types de maladies et de handicaps

Examinons à présent les types de maladies auquel il faut s'attendre au XXI^e siècle ainsi que le rôle du vieillissement de la population dans les tendances en la matière. On s'attend à une baisse de la fréquence des maladies infectieuses graves et inversement à une plus grande fréquence des maladies chroniques de longue durée et complexes, ainsi que de l'invalidité: il va falloir faire face à ce que l'on appelle la charge des maladies chroniques (Nolte & McKee, 2008). Que ce soit du fait du vieillissement de la population, qui est probablement le principal facteur déterminant dans les pays européens membres de l'OCDE, ou du fait de l'augmentation du nombre des sociétés plus riches, qui elle, est probablement le principal facteur déterminant dans de nombreuses économies en transition, il est clair que la plus grande fréquence des maladies chroniques sera induite, dans toutes les sociétés modernes, par des éléments de ces deux facteurs (Stuckler, 2008). De plus, la plupart des pays européens membres de l'OCDE connaissent aujourd'hui une épidémie des maladies propres aux âges avancés, en particulier la démence. Quelles que soient les causes de cette augmentation, il faudra à l'avenir réaffecter les ressources de santé et les ressources sociales jusque là consacrées aux maladies infectieuses et aux maladies graves, en raison non seulement de la transition épidémiologique que constituera la maîtrise des maladies infectieuses mais aussi de l'évolution démographique, à savoir la baisse de la fécondité et de la mortalité à des âges plus

jeunes, et il faudra réorienter toutes ces ressources vers la prévention et la lutte contre les maladies chroniques de fin de vie.

La capacité à soigner

Le troisième facteur concerne l'impact du vieillissement de la population sur la capacité d'une société aussi bien à faire en sorte qu'il existe suffisamment de travailleurs pour entretenir la population âgée qu'à obtenir des recettes fiscales pour financer ce système. "*La plupart des pays riches disposent de mécanismes bien développés permettant de répartir les coûts du financement des soins de santé de façon telle que la personne en bonne santé vienne en aide au malade, le jeune à la personne âgée et le riche au pauvre*" (Hurst, 2000). Howse (2010) conclut que l'évolution des taux de dépendance va modifier la répartition générationnelle des coûts du financement des systèmes de soins de santé. De plus, l'évolution démographique entraînera un déclin aussi bien des soins familiaux informels, de par une réduction de la disponibilité des membres de la famille les plus jeunes à fournir ces soins, que des soins formels dans la mesure où l'apport de migrants venus de l'étranger et fournissant des soins de santé se réduira au fur et à mesure que leurs propres sociétés commenceront à vieillir. Cela se produira de plus à un moment où la transition épidémiologique fera passer au premier plan les soins pour maladie chronique, qui nécessitent une main-d'œuvre nombreuse.

Principaux enseignements politiques

Les sociétés âgées du Nord économiquement développées se sont appuyées pour soutenir leurs économies sur un capital humain constitué de travailleurs migrants venus du Sud plus jeune et plus pauvre. La baisse considérable des taux de dépendance totaux aujourd'hui observée tant en Asie qu'en Amérique latine signifie que cette immigration ne sera plus une option viable dans les décennies à venir. Si la substitution des migrants par de nouvelles technologies peut réduire la nécessité d'une croissance du marché de travail, de nombreux pays n'en reconnaissent pas moins aujourd'hui le besoin de retenir les travailleurs âgés sur ce marché, non seulement pour alléger la charge des pensions mais aussi pour conserver des compétences et une expérience précieuses à la lumière de la pénurie mondiale de compétences à laquelle on peut s'attendre. Les politiques qui facilitent une vie active saine, le soutien des activités physiques et mentales, ainsi que la capacité et la volonté de conserver et améliorer les compétences, sont un important élément constitutif du maintien des adultes productifs âgés sur le marché du travail et dans le secteur des soins informels, ainsi que de la réduction de la charge des dépendants âgés.

La dernière partie du puzzle en ce qui concerne l'impact du vieillissement de la population sur les dispositions futures de sécurité sociale, notamment les soins de santé et l'aide sociale, concerne l'acceptation par l'électorat européen des politiques gouvernementales de promotion de la responsabilité indépendante à un âge avancé et pour les personnes ayant atteint cet âge. L'enquête GLAS (*Oxford Global Ageing Survey*) apporte un certain nombre d'indications à cet égard. Les pays européens ayant fait l'objet de cette enquête avaient tous une longue histoire et une culture contemporaine de soutien gouvernemental aux personnes âgées. Alors que pratiquement les deux tiers des personnes arrivant à l'âge de la retraite indiquent qu'elles considèrent que leur gouvernement devrait prendre la responsabilité de s'occuper d'elles durant leur vieillesse, il est largement accepté qu'en réalité les gouvernements ne seront plus capables de le faire. En fait, seuls environ 25 pour cent de ces Européens estiment qu'ils seront soutenus par le gouvernement dans leur vieillesse. Comme le disent Leeson et Harper (2007), les Européens semblent de plus en plus mûrs dans leur approche de la résolution des problèmes liés au vieillissement de la population – et de l'augmentation de leur propre longévité. Ils réalisent de plus en plus que le fait de travailler

plus longtemps et d'épargner davantage sera un élément constitutif vital de leur sécurité financière au fur et à mesure qu'ils vieilliront.

Les principaux enseignements politiques à tirer à la lumière du vieillissement de la population concernent essentiellement l'adoption d'approches générales du marché du travail, de la sécurité sociale ainsi que des soins de santé et de l'aide sociale, qui devraient être de grande envergure, cohérentes et à plusieurs piliers intégrés.

Ces approches

- autoriseraient et encourageraient des vies de travail plus longues grâce à une formation, une éducation et une amélioration des compétences tout au long de la vie, ainsi qu'à la fourniture d'environnements de travail adaptés aux travailleurs âgés;
- garantiraient que les transferts privés familiaux/entre les ménages soient intégrés, lorsque cela est possible, dans les systèmes de sécurité de la vieillesse;
- encourageraient et favoriseraient un meilleur état de santé et une vie active plus saine afin de réduire les maladies chroniques et les coûts des soins de santé, et garantiraient la promotion d'une vie active contributive aussi longue que possible;
- permettraient un accès à l'éducation tout au long de la vie afin de s'assurer que tous les citoyens soient préparés physiquement, mentalement, socialement et financièrement à faire face à la prise d'une responsabilité individuelle croissante dans leur vieillesse.

Les fondements des politiques permettant de faire face au vieillissement des populations sont en place dans la plupart des pays européens. Ces pays arrivent aujourd'hui au moment où les taux de dépendance des personnes âgées vont être élevés, et leurs programmes de sécurité sociale vont également être confrontés à des taux de dépendance totaux importants qui les amèneront, entre autres, à adopter des politiques visant à réguler l'entrée des jeunes sur le marché du travail et la sortie des personnes âgées de ce marché, à promouvoir le vieillissement actif, et à adopter des mesures de santé publique et des systèmes de formation tout au long de la vie pour encourager les citoyens à vivre le plus longtemps possible sans incapacité.

Références

- Gray, A. 2005. "Population ageing and health care expenditure". *Ageing Horizons* 2: 15–20.
- Grogan, L. 2006. "Alcoholism, Tobacco, and Drug Use in the Countries of Central and Eastern Europe and the Former Soviet Union". *Substance Use & Misuse* 41(4): 567-571.
- Harper, S. 2006. *Ageing Societies: Myths, Challenges and Opportunities*. Hodder Arnold. London.
- Heller, P.S. 2003. *Who Will Pay? Coping with Aging Societies, Climate Change, and Other Long-Term Fiscal Challenges*. Washington DC: International Monetary Fund.
- Howse, K. 2010. "What kinds of policy challenge does population ageing generate for health systems?" IARU Working Paper, Oxford.
- Hurst, R. 2000. "To revise or not to revise". *Disability and Society*, 15 (7), 1083-7.
- Leeson, G.W. 2004. *The Demographics and Economics of UK Health and Social Care for Older Adults*. Oxford: Oxford Institute of Ageing, University of Oxford.
- Leeson and Harper, 2007. *Future of Retirement*, HSBC.

- Manton, K.G.; Gu, X.; Lamb, V.L. 2006. "Long-term trends in life expectancy and active life expectancy in the United States". *Population and Development Review* 32: 81-105.
- Nations Unis. 2009. Rapport mondial sur le développement humain - Fédération de Russie.
<http://hdr.undp.org/fr/rapports/mondial/rmdh2009/chapitres/francais>.
- Nolte, E.; McKee, C.M. 2008. "Measuring The Health Of Nations: Updating An Earlier Analysis". *Health Affairs* 27(1): 58-71.
- Robine, J.-M.; Jagger, C. 2005. "The relationship between increasing life expectancy and healthy life expectancy". *Ageing Horizons* (3):14-21. 9.
- Seshamani, M.; Gray, A. 2002. "The impact of ageing on expenditures in the national health service". *Age and Ageing*, 31: 287-294.
- Seshamani, M.; Gray, A. 2004. "Time to death and health expenditure: an improved model for the impact of demographic change on health care costs". *Age Ageing* 33(6): 556-561.
- Stuckler, D. 2008. "Population causes and consequences of leading chronic diseases: A comparative analysis of prevailing explanations". *The Milbank Quarterly* 86(2):273-326.
- Zweifel, P.; Felder, S. et coll. 1999. "Ageing of population and health care expenditure". *Health Economics* 8(6): 485-96.
- Zweifel, P.; Felder, S.; Werblow, A. 2004. "Population Ageing and Health Care Expenditure: New Evidence on the "Red Herring". *Geneva Papers on Risk and Insurance: Issues and Practice*, vol. 29, no 4, pp. 652-666, octobre 2004. Disponible au SSRN: <http://ssrn.com/abstract=605153>.