

Vieillir à La Réunion : implications individuelles des évolutions démographiques, économiques et sociales

SANDRON Frédéric*

■ Résumé

Dans le département ultramarin de La Réunion, les mutations démographiques, économiques, sociales et sanitaires ont été extrêmement rapides au cours de la seconde moitié du vingtième siècle. En conséquence, les modalités du vieillissement individuel ont radicalement changé, ne serait-ce que par l'augmentation de l'espérance de vie aux âges élevés, la modification du profil épidémiologique de la population et la prise en charge institutionnelle de la vieillesse et de la dépendance. Cet article propose une synthèse de données statistiques concernant les conditions de vie des personnes âgées à La Réunion selon plusieurs angles : durée de vie, pathologies de la vieillesse, conditions sanitaires et sociales, prise en charge de la dépendance, revenus, logement. Dans l'ensemble de ces secteurs, les indicateurs indiquent des conditions qui s'améliorent nettement au fil des générations, se rapprochant aujourd'hui des standards européens. Néanmoins, il subsiste quelques différences avec la France métropolitaine qui s'expliquent par l'histoire du développement de la société réunionnaise. Les résultats présentés ici doivent être considérés comme une approche globale des conditions du vieillissement individuel dans la mesure où La Réunion est un département qui présente de nombreuses hétérogénéités démographiques, économiques et sociales au niveau communal. Les aspects infra-territoriaux sont donc essentiels et doivent aussi être pris en compte dans le cadre des politiques publiques.

Introduction

À l'île de La Réunion, la départementalisation en 1946 a entraîné des bouleversements démographiques, sanitaires, économiques et sociaux extrêmement rapides. Ainsi, depuis les années 1950, ce sont trente ans d'espérance de vie supplémentaires qui ont été gagnés par la population réunionnaise. À la suite de la transition sanitaire, le profil contemporain de la mortalité est caractéristique de celui des pays développés. D'autres modifications majeures en matière de développement économique, d'habitat et de relations intergénérationnelles ont évidemment accompagné ce processus de modernisation. D'un point de vue administratif et juridique, les politiques sociales et publiques se sont progressivement alignées sur celles de la métropole.

C'est dans ce sillage que la fécondité a connu une baisse spectaculaire entre les années 1960 et 1990. Cette transition démographique extrêmement courte entraîne un vieillissement de la population réunionnaise qui sera l'un des plus rapides du monde puisque la part des personnes âgées de 60 ans et

* Directeur de Recherche à l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD), UMR CEPED (Université Paris Descartes, INED, IRD), En affectation à l'Université de La Réunion, frederic.sandron@ird.fr

plus va passer de 12 à 26 % entre 2010 et 2040 (Insee, 2010a). Dans le contexte d'une petite économie ultrapériphérique densément peuplée, avec un taux de chômage de l'ordre de 30 % et en lien avec des mutations sociales en faveur de la décohobitation entre les générations, la question de la prise en charge des personnes âgées constitue un véritable défi à la fois démographique, économique, social, médico-sanitaire et politique.

La modernisation de la société réunionnaise, la croissance importante de la proportion des personnes âgées et les évolutions dans le processus de vieillissement individuel des personnes, impliquent que vieillir à La Réunion dans les années 2010 est très différent de vieillir à La Réunion dans les années 1950. Dans cette perspective, l'objet de cette communication est d'analyser les changements majeurs survenus au cours des dernières décennies dans la dynamique du vieillissement individuel en mobilisant l'analyse démographique mais aussi les variables économiques, sociologiques, médico-sociales, juridiques et politiques. Cette approche interdisciplinaire sera déclinée sur le long terme à travers l'étude et la synthèse de la littérature et des données existantes. L'importance accrue accordée aux inégalités territoriales et à leur réduction nous incitera à proposer une comparaison avec la situation nationale.

Pour ce faire, une première section résumera brièvement les grandes mutations de la société réunionnaise depuis le milieu du vingtième siècle. Une deuxième section s'intéressera de manière plus spécifique aux changements survenus dans le domaine sanitaire et médical et sur leurs implications quant aux relations entre vieillissement individuel et santé. Dans une troisième section, c'est davantage sur l'évolution de la prise en charge institutionnelle et publique de la dépendance liée au vieillissement que l'accent sera porté. Le contexte économique particulier de l'île de La Réunion nous amènera, dans une quatrième section, à effectuer un zoom sur la situation économique des personnes âgées et leurs conditions de vie pour mieux comprendre les spécificités de cette population.

Les mutations de la société réunionnaise

La société réunionnaise a connu des transformations très importantes dans un laps de temps relativement court. Nous décrivons ici les évolutions majeures survenues depuis le milieu du vingtième siècle dans le domaine économique et des infrastructures (1.1) puis selon leurs incidences démographiques (1.2). Cela nous permettra de mieux comprendre la dynamique de la société réunionnaise dans laquelle évoluent les personnes âgées.

Développement économique et infrastructures

La Réunion est un département français depuis 1946. À cette époque, l'économie de l'île est essentiellement tournée vers la culture de la canne à sucre qui emploie les deux tiers des actifs¹. Les infrastructures existantes sont dévolues avant tout à ce secteur économique. L'activité agricole rythme la vie, y compris pour la scolarisation des enfants, plus importante en décembre qu'en septembre eu égard aux travaux

¹ Pour plus de détails, voir Sandron (2007).

de coupe de la canne. La Réunion est entièrement soumise à cette époque aux caprices des cyclones, celui de 1948 ayant occasionné des dégâts si intenses que 165 personnes sont mortes, 15 000 ont été obligées de quitter leur domicile, la mortalité infantile est passée à 230 pour mille et les champs de canne ont été dévastés. Les conditions de vie au milieu du vingtième siècle sont difficiles. Seul un logement sur dix est construit en dur et neuf foyers sur dix n'ont accès ni à l'eau courante ni à l'électricité. C'est dans ce contexte que les retraités réunionnais d'aujourd'hui sont nés et que les plus âgés y vont vécu leur enfance².

À partir de 1946, la départementalisation a été un « véritable choc économique, social, culturel » (Lopez, 1989, p. 152). En moins d'un demi-siècle, La Réunion est passée d'une société agricole à une société de services, d'une société préindustrielle à une société post-industrielle, d'une société rurale à une société fortement urbanisée. Le tableau 1 donne une mesure des changements survenus entre 1946 et 1996.

Tableau 1. Évolution de quelques indicateurs socioéconomiques à La Réunion sur la période 1946-1996

	1946	1996
Part de la population active dans le secteur primaire	65 %	2 %
Taux d'urbanisation	20 %	86 %
Nombre de lycées*	2	24
Nombre de bacheliers dans l'année*	43	4 600
Proportion de logements en dur	8 %	98 %
Proportion de logements ayant l'électricité	12 %	99 %
Proportion de logements ayant l'eau courante	10 %	97 %
Nombre d'enseignants dans le second degré*	100	6 514
Nombre de voitures pour 1 000 habitants	5	260
Kilomètres de routes bitumées	131	2 724
Nombre de téléphones pour 1 000 habitants	10	333

* Pour comparer ces chiffres, mentionnons que la population entre 1946 et 1996 a été environ multipliée par trois

Source : diverses, in Sandron 2007

Le développement économique et social de La Réunion au cours de la seconde moitié du vingtième siècle a été spectaculaire. Aujourd'hui, les standards de vie sont ceux du reste de l'Europe. Néanmoins, de nombreuses inégalités persistent, d'une part, au sein de la population réunionnaise et, d'autre part, entre les départements d'outre-mer et ceux de la métropole (tableau 2). Pour l'Union européenne, les Régions ultrapériphériques (RUP) font l'objet d'un traitement particulier en matière de développement économique. À La Réunion, la pauvreté reste un fléau, ainsi que le chômage, notamment celui des jeunes.

² Voir leur adolescence et une partie de leur vie d'adulte... La doyenne des Réunionnais en 2014 est née en 1906.

Tableau 2. Quelques indicateurs socioéconomiques à La Réunion en 2010, comparaison avec la France métropolitaine

	La Réunion	France métropolitaine
PIB par habitant	18 430 euros	29 805 euros
Taux de croissance annuel moyen en volume du PIB par habitant entre 2000 et 2010	1,9 %	0,5 %
Part d'agriculteurs et d'exploitants agricoles dans la population âgée de 15 ans et plus	1,0 %	0,9 %
Part des cadres, professions intellectuelles supérieures et professions intermédiaires dans la population âgée de 15 ans et plus	15,0 %	22,2 %
Taux de chômage au sens du BIT	28,9 %	9,4 %
Taux de chômage des 15-24 ans au sens du BIT	55,7 %	22,9 %
Part des ménages fiscaux imposés	35,9 %	61,0 %
Taux de pauvreté	42,0 %	13,7 %
Personnes âgées de 16 à 65 ans en situation d'illettrisme	23,0 %	7,0 %

Source : Tableau économique de La Réunion, Insee, 2014

Évolutions démographiques

Selon le schéma classique de la « modernisation socioéconomique », les mutations d'une société dans les domaines économiques et sociaux sont déclencheuses de mutations dans la sphère des comportements démographiques (Vimard, 1997). Pour La Réunion, Breton écrit : « à travers l'étude de l'évolution de sa fécondité apparaissent tous les bouleversements de la société de ce département d'Outre-mer : le rôle et les formes de la famille, le statut et la condition de la femme, le développement de la scolarisation, l'apparition et le développement de nouvelles formes d'unions, le changement de la structure de l'emploi » (2007, p. 43). La baisse de la fécondité réunionnaise intervient durablement vers le milieu des années 1960, date à laquelle le nombre moyen d'enfants par femme est proche de sept (tableau 3). Pour autant, depuis le milieu des années 1990, la fécondité ne baisse plus et son maintien à un niveau relativement élevé d'environ 2,4 enfants par femme aboutit à ce paradoxe apparent que la population réunionnaise continue d'augmenter³, que la part des jeunes y demeure importante et qu'en même temps, cette population vieillit. Par comparaison, en France métropolitaine, l'indice synthétique de fécondité est de l'ordre de deux enfants par femme depuis une dizaine d'années.

Tableau 3. Évolution de l'indice synthétique de fécondité à La Réunion entre 1965 et 2011

	1965	1970	1975	1982	1985	1990	1995	2000	2005	2011
ISF (nombre moyen d'enfants par femme)	6,7	4,6	3,7	3,1	2,8	2,6	2,3	2,5	2,4	2,4

Source : Insee

³ Sur la période 2006-2011, le taux de croissance annuel moyen de la population réunionnaise est de 1,2 % alors qu'il est de 0,5 % pour la France métropolitaine (Insee 2014). Pour la seule croissance naturelle, ces chiffres sont respectivement de 1,3 % et 0,4 %.

L'espérance de vie a augmenté elle aussi de manière spectaculaire. Des années 1950 au début des années 2010, c'est un gain de presque trente ans d'espérance de vie qui a été réalisé (tableau 4). Nous reviendrons sur les causes de cette baisse de la mortalité à La Réunion au cours de la section suivante. Mentionnons néanmoins que si l'espérance de vie réunionnaise tend à rejoindre celle de la métropole, il demeure en 2011 un écart d'environ deux ans entre les Réunionnais et les Français de métropole, et ce pour les deux sexes. De même, il existe un écart très important, bien qu'en réduction, entre les Réunionnaises et les Réunionnais, avec des espérances de vie respectives de 82,9 ans et 76,5 ans en 2011. C'est un point important sur lequel nous reviendrons puisqu'il est à l'origine d'un sex ratio des personnes âgées largement en faveur des femmes. Ainsi, pour les personnes âgées de 75 ans et plus, on compte presque deux femmes pour un homme.

Tableau 4. Évolution de l'espérance de vie à la naissance à La Réunion entre 1953 et 2011

	Vers 1953	Vers 1961	Vers 1967	Vers 1974	1981-1982	1986-1987	1995	2000	2006	2011
E_0 (ans)	50,4	57,4	60,6	64,5	68,7	73,5	74,5	75,1	77,0	79,7

Source : Insee

Le vieillissement démographique, c'est-à-dire l'augmentation de la proportion des personnes âgées de 60 ans et plus dans la population, est consécutif, d'abord, à la baisse de la fécondité, ensuite, à l'allongement de la vie. C'est au début des années 1970 que commence le vieillissement de la population réunionnaise et dans les années 2000 qu'il s'accélère (tableau 5). En 2013, les personnes âgées de 60 ans et plus représentent 13,6 % de la population, alors qu'elles sont 24,1 % en métropole. L'écart devrait se réduire au fil du temps puisque ces valeurs sont respectivement 25,8 % et 31,0 % pour le scénario central des projections de population à échéance 2040. L'augmentation récente du vieillissement de la population à La Réunion correspond à l'arrivée à l'âge à la retraite des générations nombreuses nées dans les années 1950 et 1960 (Insee, 2010b). Les projections de l'Insee, selon le scénario central, indiquent 273 700 personnes âgées de 60 ans et plus en 2040, pour un total d'un peu plus d'un million d'habitants, alors qu'elles sont 114 400 en 2013 pour un total de 841 000 habitants (Insee 2014).

Tableau 5. Évolution de la proportion des personnes âgées de 60 ans et plus dans la population réunionnaise entre 1954 et 2040

	1954	1961	1967	1974	1982	1990	1999	2013	2040
Part des 60 ans+ (%)	5,3	5,3	5,3	6,0	7,0	8,6	10,0	13,6	25,8

Source : Insee, recensements, estimation pour 2013, projections scénario central pour 2040

Une conséquence de cette transition démographique et du vieillissement de la population réunionnaise est que les personnes âgées constituent un groupe de plus en plus nombreux et qu'elles bénéficient d'une attention croissante de la part des pouvoirs publics. Ce constat est parfois occulté par l'image de jeunesse des populations ultramarines (Breton *et al.*, 2009).

Vieillesse, santé et dépendance

Le développement et la modernisation socioéconomique de La Réunion ont été accompagnés par une transition épidémiologique et par des progrès importants dans le domaine sanitaire et médical. Nous en mesurons ici la portée sur des données globales (2.1) puis porterons notre attention sur les implications individuelles de ces évolutions en matière de vieillissement et de dépendance (2.2).

Évolutions dans le domaine sanitaire et médical

En 1946, la situation sanitaire et médicale à La Réunion est désastreuse. La mortalité infantile est supérieure à 150 pour mille et l'espérance de vie inférieure à cinquante ans. Pour une population d'environ 240 000 habitants, on compte seulement une trentaine de médecins généralistes, trois chirurgiens, neuf dentistes, dix-sept pharmaciens, aucun médecin spécialiste (Sandron, 2007). Le profil épidémiologique est celui des pays en développement, les principales causes de mortalité sont les maladies infectieuses et parasitaires ainsi que les maladies liées aux carences alimentaires. Le paludisme est la cause de 40 % des décès (Catteau et Catteau, 1999).

Le développement économique de l'île a radicalement changé cette situation en un laps de temps relativement court au regard d'une comparaison internationale. La création de routes, l'adduction d'eau potable, l'électrification, la construction d'hôpitaux, la mise en place de la sécurité sociale et d'un système de soins moderne ont abouti à des progrès rapides en matière d'indicateurs sanitaires (tableau 6). Grâce à des campagnes de lutte intensive contre le paludisme menées entre 1949 et 1952, le nombre de décès annuels liés à cette cause chute de 1 779 en 1948 à 18 en 1952 et quatre les années suivantes (Denys et Isautier, 1991).

Tableau 6. Évolution de quelques indicateurs sanitaires et médicaux à La Réunion entre 1946 et 1996

	1946	1996
Nombre de médecins pour 1 000 habitants	0,14	1,74
Espérance de vie (ans)	48	74,6
Mortalité infantile (pour mille)	160	6,5

Source : diverses, in Sandron, 2007, p. 38

Le profil épidémiologique de La Réunion s'est donc transformé en un demi-siècle pour être comparable à celui des autres pays industrialisés. Pour l'époque contemporaine, les causes principales de mortalité sont les maladies de l'appareil circulatoire et les tumeurs. Avec moins de 2 % des décès imputables aux maladies infectieuses et parasitaires, on peut acter la quasi disparition de ces dernières au profit des maladies dégénératives. Barbieri et Catteau (2007) ont réalisé une analyse approfondie des causes de mortalité par âge sur la période 1997-1999. Les maladies cardio-vasculaires, les cancers et les maladies de l'appareil respiratoire sont les causes principales de décès des personnes de 65 ans et plus, avec des différences entre les sexes dans la survenue des différentes pathologies. De manière générale, l'écart entre l'espérance de vie des femmes et celle des hommes est très élevé, même s'il tend à se réduire. Alors qu'il était de 5,9 ans au début des années 1950, cet écart a atteint 9,8 ans dans les années 1986-1987.

Il est redescendu en 2011 à 6,4 ans, chiffre similaire à la France métropolitaine. Cette situation s'explique en partie par des différences de comportements selon les sexes, notamment en matière d'alcoolisme, de pratiques à risque et de suicide. Selon l'Insee (2014), en 2011, plus d'un tiers des décès à La Réunion ont eu lieu prématurément puisque 42 % des décès masculins sont survenus avant 65 ans, contre 32 % des décès féminins. Ces chiffres sont largement supérieurs à ceux de la France métropolitaine où 26 % des décès masculins et 13 % des décès féminins sont survenus avant 65 ans.

Implications individuelles

En 2011, un Réunionnais âgé de 60 ans a une espérance de vie de 21,2 ans si c'est un homme et de 25,5 ans si c'est une femme (Insee 2014). En France métropolitaine, ces chiffres sont respectivement de 22,7 ans et 27,2 ans. Comme nous l'avons vu, ces progrès en matière de longévité ont été concomitants à la modification importante de la structure des causes de décès. Comme dans l'ensemble des pays développés, la prévalence des démences liées à la maladie d'Alzheimer à La Réunion est en forte hausse. En France métropolitaine, à la fin des années 2000, on estime à environ 850 000 le nombre total de patients déments dont possiblement 70 % de type Alzheimer. Ces démences concernent 1,3 % de la population générale et 8,5 % des personnes âgées de 65 ans et plus (Démonet, 2013). À La Réunion, selon l'enquête nationale PAQUID menée en 2006, 3 600 personnes de 75 ans et plus seraient atteintes de la maladie d'Alzheimer et syndromes apparentés. Selon l'association Réunion Alzheimer, en 2014, 8 000 personnes, dont la moitié non diagnostiquées, seraient concernées par la maladie d'Alzheimer⁴. Plusieurs facteurs favorisant l'apparition de la maladie d'Alzheimer sont surreprésentés à La Réunion, laissant apparaître une prévalence supérieure à la métropole : hypertension artérielle, diabète, surpoids et obésité, accidents vasculaires cérébraux, tabac, alcool, environnement social dégradé (ORS, 2008).

Si les Réunionnais vivent de plus en plus vieux, en revanche, de manière comparative avec la France métropolitaine, ils vieillissent plus jeunes. Selon l'ARS, « les situations d'incapacité et de dépendance apparaissent plus précocement, et le processus de vieillissement intervient plus tôt à La Réunion. Dès 50 ans, les Réunionnais apparaissent en moins bon état de santé que les métropolitains. Les déficiences motrices, viscérales et intellectuelles ont des taux de prévalence supérieurs de 20 points à ceux des métropolitains, en particulier aux âges les plus avancés » (2012, p. 9). Ainsi, à âge égal, la mortalité par accidents vasculaires cérébraux (AVC) est deux fois supérieure à La Réunion, ce qui entraîne des handicaps précoces.

Du point de vue des personnes âgées à La Réunion, cela a comme conséquence qu'elles se trouvent plus souvent en situation de dépendance que dans le reste de la France métropolitaine. En 2011, les personnes âgées de 75 ans et plus sont 43 % à percevoir l'Allocation personnalisée d'autonomie⁵ alors qu'elles sont 20 % en France métropolitaine (Insee, 2013).

⁴ <http://www.reunion-alzheimer.org/>

⁵ La dépendance des personnes âgées se mesure en France avec la grille AGGIR (Autonomie Gérontologique Groupe Iso-Ressources) qui permet un classement du degré de la perte d'autonomie en six groupes. Les GIR 1 et GIR 2 concernent les personnes « fortement dépendantes » qui nécessitent une prise en charge par un tiers, les GIR 3 et GIR 4 concernent les personnes « modérément dépendantes » qui nécessitent une aide régulière, les GIR 5 et GIR 6 sont attribués aux personnes « peu ou pas dépendantes ». Les personnes âgées de 60 ans et plus classées en GIR 1 à 4 peuvent bénéficier de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA).

Politique et prise en charge du vieillissement

Face au vieillissement de la population française, une des évolutions majeures de la seconde moitié du vingtième siècle est l'élaboration de politiques publiques en faveur des personnes âgées et la réflexion menée autour de la prise en charge de la dépendance. Avec une pyramide des âges beaucoup plus jeune qu'en métropole, à l'instar des autres départements d'Outre-mer, nous verrons comment ces politiques ont été appliquées à La Réunion (3.1.) avant de montrer quelles sont les spécificités de l'île en matière de prise en charge de la dépendance des personnes âgées (3.2.).

Les politiques gérontologiques

L'objet des politiques publiques en gérontologie est d'assurer une qualité de vie la meilleure possible, de diminuer les incapacités et de réduire les inégalités sociales en santé (Aquino, 2012). Pour Jeandel, il s'agit pour ces politiques de relever le défi de « l'égalité d'accès au vieillissement réussi » (2005, p. 35). Cette conception rejoint celle en vogue du parcours de soins et du resserrement de l'action autour de la personne en lieu et place d'une organisation sanitaire centrée sur la pathologie. Ceci est d'autant plus essentiel dans le domaine gériatrique que l'avancement en âge s'accompagne de pathologies multiples et complexes (Berthel et Peter-Bosquillon, 2012). De manière préventive, des mesures efficaces en termes de santé publique ont fait leurs preuves pour améliorer la qualité du vieillissement grâce à la réduction des risques liés à l'alcool et au tabac ainsi qu'à des mesures en faveur d'une nutrition équilibrée et de l'exercice physique (Toussaint, 2012).

Cette évolution vers une politique de prévention des risques s'est faite de manière graduelle depuis un demi-siècle. Assurer un minimum de ressources aux personnes retraitées, prendre en charge la dépendance, prévoir les risques sociaux liés au vieillissement puis mieux prévoir le vieillissement lui-même sont les paradigmes successifs de la politique française (Déchamp-Le Roux, 2012). Le parallèle peut être fait à La Réunion, où Drozin (2001) a dressé la chronologie des politiques sociales selon trois étapes de 1946 à 2001 : faire face à l'urgence sanitaire et sociale (1946-1963), assurer l'accès aux droits sociaux (1963-1982) et, à partir de 1982 avec la décentralisation, instaurer un nouveau cadre pour plus d'égalité et de reconnaissance sociales. C'est au début des années 1980 qu'un des premiers plans gérontologiques français est mis en place à La Réunion, époque à laquelle le vieillissement de la population est effectivement déjà commencé (Hamon et Catteau, 1986). Les orientations vont alors dans le sens d'un maintien à domicile, priorité qui sera sans cesse réaffirmée au fil des années (ARS, 2011b).

La prise en charge de la dépendance

Au 1^{er} janvier 2013, La Réunion compte 21 maisons de retraite pour un total de 1 400 lits. On dénombre 16 établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) disposant de 1 249 lits, auxquels il faut ajouter 105 lits en soins longue durée (ARS, 2014). Ramené à la population des personnes âgées de 75 ans et plus, ce niveau d'équipement est largement inférieur à celui observé en France métropolitaine (tableau 7). Les personnes âgées dépendantes réunionnaises sont donc bien moins fréquemment hébergées en institution que celles de la métropole. En revanche, elles disposent d'un taux d'équipement en places de services de soins à domicile relativement proche.

Tableau 7. Taux d'équipement pour 1 000 habitants de 75 ans et plus à La Réunion au 1^{er} janvier 2013

	Réunion	France métropolitaine
Taux d'équipement en structure d'hébergement complet pour personnes âgées (lits maisons de retraite, lits hébergement temporaire, lits unités de soins longue durée USLD)	51,1	124,0
Taux d'équipement en places de services de soins à domicile (Services de soins infirmiers à domicile SSIAD + Services polyvalents d'aide et de soins à domicile SPASAD)	17,9	19,7
Taux d'équipement en lits médicalisés (EHPAD+USLD)	45,8	99,6

Source : DREES, ARS, FINES in ARS (2014, p. 19)

Ce résultat signifie-t-il pour autant que les personnes âgées ne peuvent pas être hébergées en institution lorsqu'elles le souhaitent ? L'Agence de santé Océan Indien a examiné cette question en analysant les demandes dans les établissements réunionnais pour l'année 2010. La conclusion est la suivante : « La comparaison des listes d'attente avec les capacités autorisées (installées et en cours d'installation) permet de montrer qu'il n'existe pas d'écart significatif entre l'offre disponible et les besoins estimés » (ARS, 2011a, p. 5). Deux interprétations complémentaires peuvent être proposées. Premièrement, la faible demande pourrait être liée à la précarité financière des personnes âgées et de leur famille, comme nous le verrons dans la section suivante. L'aide sociale départementale est en effet mobilisée environ neuf fois sur dix pour le placement en EHPAD, ce qui signifie que les places en EHPAD sont en très grande majorité à la charge du Département (ARS, 2011b). Deuxièmement, cause et conséquence de la faible demande d'hébergement en institution, les solidarités familiales semblent plus actives à La Réunion qu'en France métropolitaine en matière de prise en charge de la dépendance des personnes âgées. Cependant, la cohabitation entre les générations diminue et la tendance est à la nette diminution de la taille moyenne des ménages. À l'horizon 2020, les projections estiment que la taille moyenne d'un ménage réunionnais sera de 2,6 personnes, alors qu'elle était de 3,8 en 1990 (Insee, 2011a). Le vieillissement de la population et la transformation des modes de vie sont les deux principaux facteurs explicatifs de cette situation.

Les personnes âgées à La Réunion vivent donc en grande majorité à leur domicile même dans le cas d'une perte d'autonomie. Dans le cas de la maladie d'Alzheimer, il est estimé que 75 % des malades vivent à domicile⁶. La décohabitation croissante entre les générations ne signifie pas pour autant la perte des solidarités familiales. Les trois quarts des personnes âgées voient un ou plusieurs de leurs enfants au moins une fois par semaine, et pour celles qui vivent seules, la moitié reçoivent de la visite au moins une fois par semaine (Insee, 2011b). L'échange intergénérationnel a lieu dans les deux sens puisque 15 % des personnes âgées gardent un de leurs petits-enfants au moins une fois par semaine. Cette décohabitation et ces transformations des liens familiaux et des formes de solidarité sont caractéristiques de l'évolution des sociétés européennes, pour lesquelles, selon Attias-Donfut et Ogg, « on peut donc parler d'individualisation croissante, dans le sens d'une plus grande importance donnée aux besoins d'épanouissement personnel et de liberté individuelle (et non dans celui du triomphe des intérêts égoïstes) » (2009, p. 12).

⁶ <http://www.reunion-alzheimer.org/>

Les conditions de vie des personnes âgées

À l'image de celles de la population réunionnaise dans son ensemble, les conditions de vie des personnes âgées ont connu des améliorations notables depuis la départementalisation. Nous en proposons ici un bilan pour la période contemporaine en étudiant les revenus des personnes âgées (4.1) ainsi que leurs conditions de logement (4.2).

Les revenus des personnes âgées

La progression globale depuis un demi-siècle de l'économie réunionnaise est indéniable. Entre 1974 et 1999, le taux de croissance annuel moyen du PIB a été de 5 % (Insee *et al.*, 2004). Pour autant, cette croissance économique s'est opérée de manière concomitante à une forte augmentation du chômage, qui a atteint en 1998 le taux de 38 % au sens du BIT. Cela signifie qu'une partie importante des retraités d'aujourd'hui n'ont pas cotisé durant leur période de vie active, ou alors ont peu cotisé, notamment les femmes qui avaient des taux d'activité plus faibles et travaillaient plus souvent à temps partiel que les hommes. Il s'ensuit une grande hétérogénéité dans les pensions de retraite. En particulier, les femmes, dont l'espérance de vie est supérieure à celle des hommes et dont les taux d'activité ont été plus faibles, deviennent plus vulnérables financièrement lors du décès de leur mari.

En 2008, les personnes retraitées à La Réunion perçoivent pour 45 % d'entre elles le minimum vieillesse (Insee, 2011c) alors qu'elles sont 4 % en France métropolitaine⁷. En dynamique, cette proportion a néanmoins tendance à chuter puisque au début des années 2000, la moitié des retraités réunionnais étaient allocataires (Insee, 2014). Les générations qui arrivent aujourd'hui à l'âge de la retraite ont davantage que leurs aînés des carrières complètes assorties de cotisations. En statique, il faut relever que la proportion des allocataires du minimum vieillesse à La Réunion augmente avec l'âge. Ainsi, en 2008, si 27 % des 65-69 ans sont allocataires, ce chiffre atteint 63 % chez les 80-85 ans et 80 % chez les plus de 90 ans (Insee, 2011c). La proportion de Réunionnais sous le seuil de pauvreté national⁸ se retrouve selon la même logique puisque, si la moitié des 65 ans ou plus sont concernés, il existe des disparités en fonction de l'âge (tableau 8).

Tableau 8. Proportion des personnes sous le seuil de pauvreté national à La Réunion en 2008 selon l'âge

	65-69 ans	70-74 ans	75 ans +	Population Réunion	Population France métropolitaine
Proportion de la population sous le seuil de pauvreté national (%)	46	51	57	49	13

Source : Insee (2011d)

⁷ http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/2010_plfss_pqe_retraite_3_2.pdf/

⁸ En France, le seuil de pauvreté est une mesure relative de la pauvreté. Le seuil de pauvreté est ainsi fixé à 60 % du niveau de vie médian de la population. Le seuil de pauvreté national s'établit à 911 euros en 2008 (Insee 2011d).

Logement et modes de vie

Parmi les bénéficiaires de l'Allocation personnalisée d'autonomie à La Réunion, 94 % vivent à domicile, alors qu'ils sont 61 % en France métropolitaine (ARS, 2011a). Il est donc essentiel de s'intéresser aux conditions de logement et de vie des personnes âgées.

L'Insee Réunion a étudié spécifiquement le logement des personnes de 50 ans et plus, dénommées ici « seniors » (2010b)⁹. Le premier constat est que l'accès à la propriété est fonction positive de l'âge. Dans la tranche d'âges 50 ans et plus, ce sont 69 % des seniors qui sont propriétaires, contre 55 % pour les 35-49 ans. Au-dessus de 65 ans, ils sont 72 % à posséder leur propre logement. Ensuite, l'accès à la propriété est souvent synonyme d'habitat individuel puisque 95 % des seniors propriétaires ont acquis une maison. Enfin, pour les 27 % de seniors locataires, six sur dix occupent des logements sociaux. Dans ce cas, ils sont davantage logés dans des appartements que dans des maisons.

Ce modèle de l'habitat individuel, la « case créole », était le seul avant le développement urbain qu'a connu l'île de La Réunion. Il n'est donc pas étonnant que les personnes âgées qui ont acquis ou hérité de ces maisons y demeurent encore. La superficie dont disposent les seniors est en moyenne plus élevée que pour les plus jeunes, alors que leurs ménages sont plus petits. L'Insee (2010b) indique que si 18 % des ménages réunionnais vivent dans des logements trop petits, les seniors ne sont que 6 % dans ce cas, soit trois fois moins. Le revers de la médaille est que ces logements, plus anciens, sont aussi les moins bien dotés en termes de confort moderne. La moitié des seniors vivent en effet dans des logements construits avant 1981, alors que c'est seulement le cas pour moins d'un quart des moins de 50 ans. Si les logements « sans confort »¹⁰ ont quasiment disparu, en revanche les seniors sont plus que les autres (63 %) confrontés à des défauts au sein de leur logement : humidité sur les murs, absence de protection des fils électriques, infiltration d'eau, absence d'eau chaude. Malgré tout, et c'est sans doute un signe éloquent des transformations sociales et économiques de La Réunion, les seniors sont satisfaits à 90 % de leurs conditions de logement. On peut conjecturer que la comparaison qu'ils font avec les conditions de logement de leurs propres parents ou grands-parents est largement en faveur de la période actuelle.

Cette description a concerné le logement individuel des seniors réunionnais. Il ne faudrait pas pour autant considérer qu'entre ce type d'hébergement et la prise en charge de la dépendance en EHPAD, il n'existe pas un continuum (Argoud, 2011 ; Nowik et Thalineau, 2013). L'hébergement dans des logements spécialement dédiés aux personnes âgées, les services apportés aux aidants familiaux des personnes dépendantes, le rôle des nouvelles technologies dans l'aide au maintien à domicile sont des pistes récentes qui sont explorées dans tous les pays vieillissants. À La Réunion, si ces différents dispositifs sont encore marginaux (Sandron, 2013), il n'en reste pas moins qu'ils sont en constante progression et que certains d'entre eux sont plus développés qu'en France métropolitaine. C'est le cas par exemple des familles d'accueil rémunérées pour accueillir une personne âgée à domicile. En 2012, ce sont ainsi 466 familles d'accueil agréées qui hébergent 863 personnes âgées (Département de La Réunion, 2013).

⁹ Plus précisément, cette étude concerne les 105 000 résidences principales réunionnaises dont le chef de ménage est âgé de 50 ans ou plus.

¹⁰ C'est-à-dire auquel manque au moins un des éléments de confort suivants : électricité, douche ou baignoire, eau courante (Insee, 2010b).

L'attrait pour un mode de vie plus individuel à La Réunion se traduit directement dans les manières d'habiter. Alors que les seniors de 50 ans et plus étaient 11 % à vivre seuls en 1982, ils sont 17 % en 2008 (Insee, 2010b). Outre les facteurs démographiques et sociologiques déjà mentionnés, il faut ajouter pour expliquer ce phénomène la progression du divorce et du célibat. Autre manifestation du déplacement des solidarités familiales, si 12 % des seniors vivaient en 1990 avec d'autres membres de leur famille (frère ou sœur, enfant marié, etc.), ils ne sont plus que 8 % dans ce cas vingt ans plus tard. Dans le cas où vivre seul deviendrait impossible, les personnes âgées préfèrent bénéficier d'une aide à domicile que d'être une charge pour leurs enfants. Ceci est surtout vrai pour les jeunes retraités de 60-69 ans qui sont 13 % à envisager de vivre chez un membre de leur famille en cas de perte d'autonomie, tandis qu'ils sont 24 % chez les personnes âgées de 70 à 79 ans (Insee, 2011b).

Conclusion. Vieillir à La Réunion

Au terme de ce tour d'horizon sur les évolutions en matière de vieillissement individuel à La Réunion, trois points clés méritent d'être mis en avant.

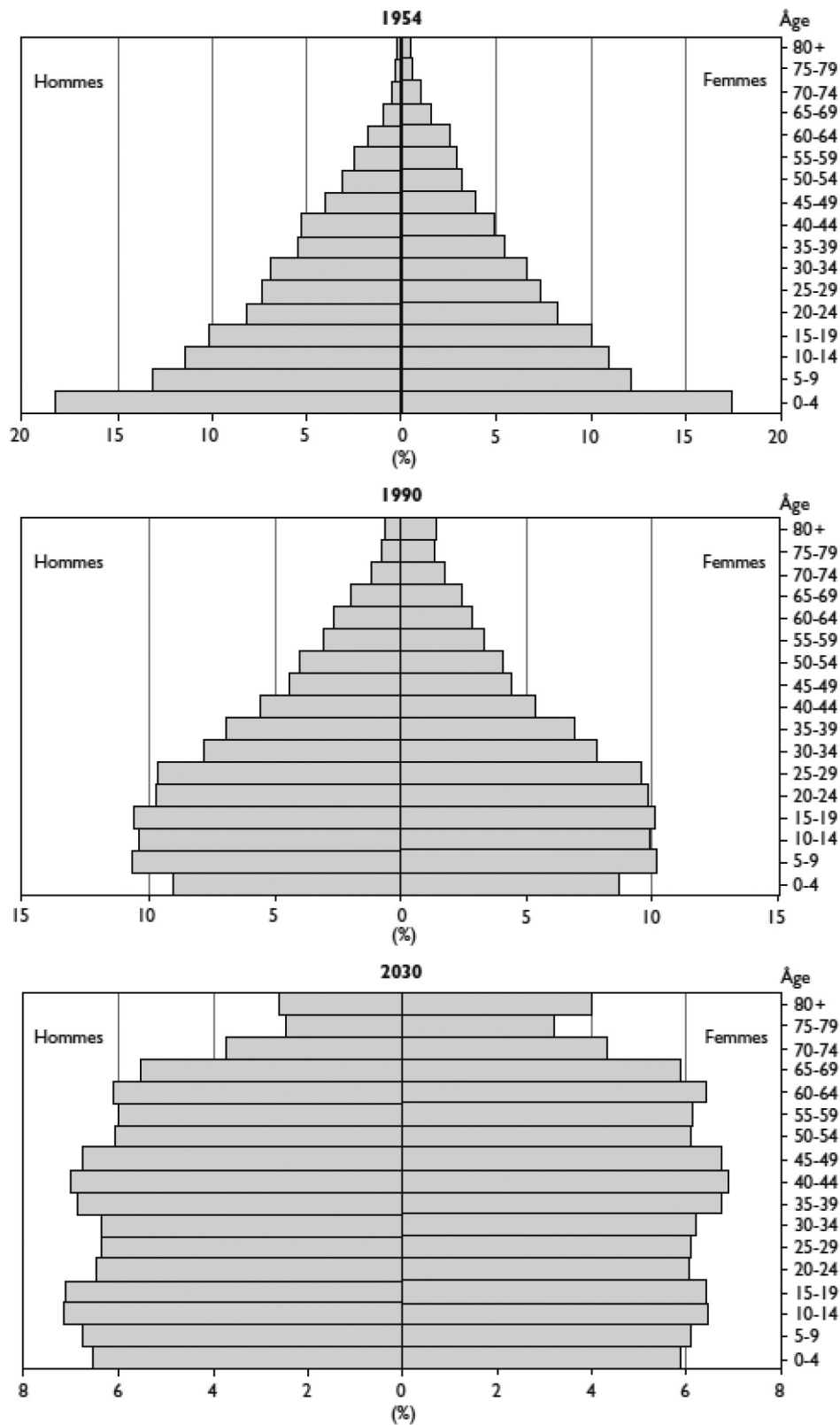
Premièrement, on vieillit davantage dans La Réunion des années 2010 que dans celle des années 1950. Ce constat peu original prend néanmoins tout son sens dans la rapidité de cette transition démographique. À la lumière de l'examen de la partie haute des pyramides des âges successives de La Réunion (figure 1), il est aisé de remarquer la forte progression de la proportion des personnes âgées de 60 ans et plus.

Deuxièmement, corollaire de ce qui précède, on vieillit dorénavant à La Réunion dans de meilleures conditions. La rectangularisation de la courbe de survie (Meslé et Vallin, 2002) et celle de la pyramide des âges au fil des décennies indiquent une structure démographique typique des pays développés ayant achevé leur transition sanitaire.

Troisièmement, les données présentées l'ont été à l'échelle de l'île. Or, une hétérogénéité est constatée si l'on décline ces résultats selon une perspective infra-territoriale (Compas, 2013). La part des personnes âgées de 60 ans et plus dans la population varient de 8,7 % à 15,9 % selon les communes¹¹. Toujours à l'échelle communale, on compte entre 34 % et 61 % de personnes âgées allocataires de l'APA (Insee, 2011c). Du point de vue des politiques publiques, de par les prérogatives données aux collectivités locales sur la prise en charge de la dépendance des personnes âgées et face aux situations contrastées en la matière, ceci invite à mettre en avant à La Réunion le rôle central de la relation entre vieillissement de la population et politiques territorialisées.

¹¹ Nos calculs sur la base des données de recensement de l'Insee en 2010.

Figure 1. Pyramide des âges de la population réunionnaise en 1954, 1990, 2030



Source : Insee, scénario central des projections pour 2030

Bibliographie

- Aquino J.-P. 2012. Vieillesse et politiques publiques, *Gérontologie et société*, HS 1, p. 273-279.
- Argoud D. 2011. De l'hébergement à l'habitat : une évolution ambiguë, *Gérontologie et société*, 136, p. 13-27.
- ARS. 2011a. *Évaluation de la file d'attente des personnes âgées en vue d'une admission en établissement à La Réunion en 2010*, Direction de la Stratégie et de la Performance, Agence de Santé Océan Indien, 7 p.
- ARS. 2011b. *Débat interdépartemental sur la dépendance, Île de La Réunion*, Agence de Santé Océan Indien, La dépendance débat national, Préfet de la Région Réunion, dossier de presse, 12 mai, 19 p.
- ARS. 2012. *Projet de santé Réunion Mayotte. Le plan stratégique de santé 2012-2016*, Agence de Santé Océan Indien, 73 p.
- ARS. 2014. *Statiss 2013. Statistiques et indicateurs de la santé et du social*, Agence de Santé Océan Indien, 32 p.
- Attias-Donfut C., Ogg J. 2009. Évolution des transferts intergénérationnels : vers un modèle européen ?, *Retraite et société*, 58, p. 11-29.
- Barbieri M., Catteau C. 2007. La mortalité : évolution et structure, in *La population réunionnaise* (F. Sandron ed.), Paris, IRD Editions, 216 p., p. 73-126.
- Berthel M., Peter-Bosquillon M.-C. 2012. Impact des évolutions démographiques sur les organisations sanitaires, *Gérontologie et société*, 142, p. 15-30.
- Breton D. 2007. Natalité, fécondité et comportements reproductifs, in *La population réunionnaise* (F. Sandron ed.), Paris, IRD Éditions, 216 p., p. 43-70.
- Breton D., Condon S., Marie C.-V., Temporal F. 2009. Les départements d'Outre-Mer face aux défis du vieillissement démographique et des migrations, *Population & sociétés*, 460, 4 p.
- Catteau P., Catteau C. 1999. Révolution épidémiologique et démographique à La Réunion, In *1946 : La Réunion, Département. Regards sur La Réunion contemporaine* (E. Maestri ed.), Paris, L'Harmattan, 638 p., p. 73-84.
- Compas. 2013. Des départements d'Outre-mer marqués par les difficultés sociales et les inégalités, *Compas Études*, 9, 8 p.
- Déchamp-Le Roux C. 2012. La prévention des risques liés au vieillissement : un nouveau pacte social ?, *Gérontologie et société*, HS, p. 81-91.
- Démonet J.-F. 2013. Diagnostic de la maladie d'Alzheimer, In *Traité sur la maladie d'Alzheimer* (B. Vellas, P. Robert eds.), Paris, Springer-Verlag, 438 p., p. 3-26.
- Denys J.-C., Isautier H. 1991. La maintenance de l'éradication du paludisme dans l'île de La Réunion (1979-1990), *Annales de la Société belge de Médecine tropicale*, 71, p. 209-219.
- Département de La Réunion. 2013. *Schéma Départemental d'Organisation Sociale et Médico-Sociale. Personnes Âgées*, Département de La Réunion, 114 p.
- Droz G. 2001. Les politiques sociales en matière d'action sociale à La Réunion depuis 1946 : un survol historique, *Journées partenariales de l'action sociale*, Octobre, La Réunion, 34 p.
- Hamon C., Catteau P. 1986. Habitat et conditions de vie des personnes âgées à la Réunion, Actes du 1^{er} Colloque international francophone de gérontologie des îles de l'océan Indien, 2-8 juillet, Société Gérontologique de l'Île de la Réunion, Saint-Denis de la Réunion, p. 15-29.
- Insee. 2010a. « Projections de population 2010. Horizon 2040 : la croissance de la population ralentit et le vieillissement s'accélère », *Informations rapides Réunion*, n° 167, 4 p.

- Insee. 2010b. Personnes âgées : démographie et conditions de vie, *Économie de la Réunion*, n° 137, pp. 11-19.
- Insee. 2011a. Projection de ménages en 2020. Des ménages plus petits et plus nombreux, *Insee Partenaires*, 14, 6 p.
- Insee. 2011b. Migrations, famille et vieillissement. Des défis pour La Réunion de demain, *Insee Partenaires*, Ined-Insee, 12, 6 p.
- Insee. 2011c. Les allocataires du minimum vieillesse en 2008, *Informations Rapides Réunion*, 183, 4 p.
- Insee. 2011d. Niveaux de vie des personnes âgées en 2008, *Informations Rapides Réunion*, 184, 4 p.
- Insee. 2013. Indicateurs sociaux départementaux. Une situation sociale hors norme, *Insee Partenaires*, n° 25, 4 p.
- Insee. 2014. *Tableau économique de la Réunion 2014*, Insee Réunion, 169 p.
- Insee, AFD, Iedom, Cerom. 2004. *Une double transition presque réussie. Chômage, productivité et politique d'emploi à La Réunion*, Insee, AFD, Iedom, Cerom, 45 p.
- Jeandel C. 2005. Les différents parcours du vieillissement, *Les Tribunes de la santé*, 7, p. 25-35.
- Lopez A. 1989. La santé en transition à La Réunion (1946-1986), *Annales de Géographie*, 546, p. 152-178.
- Meslé F., Vallin J. 2002. Montée de l'espérance de vie et concentration des âges au décès, *Dossiers et recherches*, 108, INED, 20 p.
- Nowik L., Thalineau A. 2013. L'habitat intermédiaire des personnes âgées : un logement adapté ? Une mise en sécurité ? Un maintien dans le monde social ?, Colloque *Vieillir chez soi – vivre entre soi ? Les habitats intermédiaires en question*, Université François-Rabelais de Tours, 22-24 mai, 10 p.
- ORS. 2008. *Tableau de bord. La maladie d'Alzheimer et les troubles apparentés à La Réunion*, Observatoire régional de la santé de La Réunion, 12 p.
- Sandron F. 2007. Dynamique de la population réunionnaise 1663-2030, in *La population réunionnaise* (F. Sandron ed.), Paris, IRD Éditions, 216 p., p. 27-41.
- Sandron F. 2013. Vieillir chez soi à La Réunion. Dynamiques sociales et logiques institutionnelles en matière d'habitat des personnes âgées, Colloque *Vieillir chez soi – vivre entre soi ? Les habitats intermédiaires en question*, Université François-Rabelais de Tours, 22-24 mai, 12 p.
- Toussaint J.-F. 2012. Bien vieillir : à quelles conditions ?, *Gérontologie et société*, HS 1, p. 41-53.
- Vimard P. 1997. *Transitions démographique et familiale. Des théories de la modernisation aux modèles de crise*, Paris, ETS, Orstom, Documents de recherche, 3, 31 p.