

Vieillessement de la population et prise en charge de la dépendance à la Réunion

Frédéric SANDRON

Institut de recherche pour le développement (IRD) – LPED, Université de Provence.

Introduction

L'île de la Réunion présente des caractéristiques démographiques très particulières. Notamment elle a connu une transition démographique parmi les plus rapides du monde. Conséquemment, le processus de vieillissement de sa population sera lui aussi très rapide, ce qui ne sera pas sans poser de nouvelles questions de santé publique aux décideurs locaux, nationaux voire européens dans le cadre de la politique spécifique des régions ultra-périphériques.

Cette communication propose d'analyser, à l'horizon 2030, le phénomène de vieillissement de la population réunionnaise dans ses aspects démographiques et en relation avec les transformations sanitaires et sociales attendues. L'accent sera mis sur les perspectives en matière de santé publique face à la diminution de la cohabitation des seniors avec leurs enfants et à la volonté publique du maintien des personnes âgées à domicile, dans un contexte de forte croissance démographique de la population de 60 ans et plus.

1. Vieillessement de la population : constat et perspectives

En 2005, la population réunionnaise est estimée à 774 600 habitants (INSEE 2006). Avec un indice synthétique de fécondité de 2,4 enfants par femme et une espérance de vie de 76 ans (INSEE 2006), on peut considérer que la transition démographique réunionnaise est en voie d'achèvement. Elle a été exceptionnellement rapide et grandement liée à la modernisation socio-économique de l'île impulsée par la départementalisation en 1946 (Catteau 1998 ; Widmer 2005 ; Sandron 2006). Dans ces conditions, les changements dans la structure des âges sont beaucoup plus rapides que lorsque la transition démographique se déroule sur une période plus longue, comme cela a été le cas pour la France métropolitaine par exemple.

Le processus de vieillissement de la population réunionnaise est entamé depuis longtemps (tableau 1) mais c'est surtout à partir de la prochaine décennie que le vieillissement va s'accélérer (tableau 2). À la fin des années 2020, selon le scénario central des projections de l'INSEE, la part de la population âgée de 60 ans et plus à la Réunion devrait être équivalente à celle de la France métropolitaine de 2007. En termes relatifs, la proportion de cette population de 60 ans et plus va plus que doubler entre 2000 et 2030 à la Réunion tandis qu'elle augmenterait de moins de 50% en métropole.

TABLEAU 1 : PROPORTION DE PERSONNES ÂGÉES DANS LA POPULATION TOTALE À LA RÉUNION, 1967-1999 (%)

	1967	1974	1982	1990	1999
60-74 ans	4,2	4,7	5,7	6,5	7,2
75 ans et +	1,1	1,2	1,7	2,1	2,8
Ensemble (60 ans et +)	5,3	5,9	7,3	8,6	10,0

Source : Recensements INSEE

TABLEAU 2 : PROPORTION DE PERSONNES ÂGÉES DANS LA POPULATION TOTALE À LA RÉUNION ET EN FRANCE MÉTROPOLITAINE, 2000-2030 (%)

	Part des 60 ans et +		Part des 75 ans et +	
	Réunion	Métropole	Réunion	Métropole
2000	10,0	20,6	2,8	7,2
2005	10,8	20,8	3,1	8,0
2010	12,0	22,7	3,4	8,8
2015	14,0	24,6	3,9	9,1
2020	16,2	26,2	4,3	9,1
2025	19,4	27,9	5,0	10,5
2030	22,1	29,3	6,1	12,0
Coefficient multiplicateur 2000-2030	2,21	1,42	2,18	1,67

Source : INSEE, Projections de population 2005-2050 pour la France métropolitaine in *INSEE Première*, n°1089, juillet 2006 ; INSEE in *Actif et al.* 2002, pour la Réunion. Scénario central pour les deux projections.

2. La question de la dépendance

En matière d'étude du vieillissement de la population, il est traditionnel de distinguer les deux seuils de 60 ans et 75 ans, correspondant respectivement et statistiquement parlant à l'âge de cessation de l'activité professionnelle et au début de la phase de déprise, c'est-à-dire d'une « forme de désengagement, avec abandon plus ou moins progressif et plus ou moins bien négocié de certaines activités, en raison de la survenue des incapacités » (Grand *et al.* 2004). Avec l'âge, en effet, la probabilité de dépendance augmente, comme en témoignent les chiffres du tableau 3. L'enquête HID (Handicap-Incapacités-Dépendances) menée en 2004 à la Réunion permet de dénombrer les personnes de 60 ans et plus dépendantes¹ à 11 500, soit 14% des personnes de cette tranche d'âges. Plus précisément, 26% des personnes de 60 ans et plus ne présentent aucune incapacité², 60% témoignent d'une incapacité légère et 14% d'une incapacité plus affirmée, ce dernier groupe formant celui des « dépendants » (Grangé 2005).

TABLEAU 3 : TAUX DE PRÉVALENCE DE LA DÉPENDANCE SELON L'ÂGE ET LE SEXE À LA RÉUNION EN 2004

Âge (ans)	Hommes				Femmes			
	50-59	60-69	70-79	80 et +	50-59	60-69	70-79	80 et +
Taux de prévalence de la dépendance (%)	3	8	19	46	4	5	17	41

Source : Agéfiph, Département, Drass, Insee, Enquête HID 2004 in Nartz *et al.* (2005).

Dans la mesure où les départements, et de manière générale les collectivités décentralisées, jouent un rôle essentiel dans la définition et la gestion des politiques de santé publique en matière de prise en charge de la dépendance³, les spécificités démographiques et épidémiologiques locales revêtent une importance capitale dans leur mise en place. À la Réunion, deux phénomènes majeurs méritent d'être soulignés à cet égard. Premièrement, si le

¹ Pour le mode de construction de l'indicateur de dépendance, se référer au dossier « Handicap et dépendance », n°120, *Économie de la Réunion*, pp.9-24.

² Incapacités ressenties et déclarées lors de l'enquête.

³ Ce point sera détaillé dans les sections 4 et 5.

phénomène de vieillissement va s'accélérer, la proportion de la population de 75 ans et plus parmi les 60 ans et plus va elle-même augmenter plus vite en France métropolitaine qu'à la Réunion d'ici à 2030 (tableau 2), à la fois parce que l'espérance de vie est plus faible d'environ quatre ans à la Réunion et parce que la transition démographique réunionnaise beaucoup plus récente implique que c'est surtout la proportion des 60-69 ans qui va augmenter le plus à cette échéance. Deuxièmement, la transition démographique est accompagnée de la transition épidémiologique et les indicateurs de morbidité et de mortalité indiquent qu'à la Réunion « le processus de vieillissement intervient plus tôt, tout comme la mortalité » qu'en métropole (Grangé 2005).

Ces deux phénomènes, jouant en sens contraire dans l'intensité de la dépendance, ont été estimés grâce à des projections démographiques incluant des indicateurs sanitaires (tableau 4). Parmi les personnes âgées, le nombre plus élevé de femmes et la morbidité supérieure des hommes équilibrent à l'horizon 2030 en termes quantitatifs leur effectif respectif (Nartz *et al.* 2005).

TABLEAU 4 : PROJECTION DES EFFECTIFS DE LA POPULATION ÂGÉE DE 60 ANS OU PLUS DÉPENDANTE À LA RÉUNION

	Hommes	Femmes	Ensemble
2010	6 900	8 000	14 900
2020	10 100	11 100	21 200
2030	14 700	14 500	29 200

Source : Projection Drass 2005 in Nartz *et al.* (2005)

3. Société, famille et dépendance

Au-delà des seuls effectifs prévisibles ou estimés de personnes dépendantes à venir, la mise en place de politiques de santé publique doit s'appuyer sur des éléments de prospective quant à la prise en charge de la dépendance. Les variables afférentes sont nombreuses et variées, quelques-unes parmi les principales sont étudiées brièvement ici.

Une des mutations sociodémographiques primordiale pour le sujet qui nous intéresse est le phénomène de nucléarisation des ménages, de diminution de leur taille moyenne et en conséquence de l'augmentation de leur nombre puisque la population réunionnaise va continuer de croître au cours des prochaines décennies. Ainsi, le nombre de ménages devrait quasiment doubler entre 2000 et 2030 à la Réunion (tableau 5). Selon l'INSEE, cette progression est imputable aux deux tiers au vieillissement de la population.

TABLEAU 5 : ÉVOLUTION DES MÉNAGES DE 2000 À 2030 À LA RÉUNION

	Nombre de ménages	Taille moyenne des ménages	Proportion de ménages dont la personne de référence est âgée de 60 ans et plus (%)
2000	222 512	3,22	18,9
2005	253 400	3,06	19,4
2010	285 103	2,92	20,8
2015	317 601	2,80	23,2
2020	349 651	2,69	26,1
2025	379 587	2,60	30,3
2030	406 707	2,53	33,7

Source : INSEE, scénario central, in Actif *et al.* 2002.

À la Réunion, la nucléarisation des ménages est un phénomène de grande ampleur du point de vue sociologique dans la mesure où aujourd'hui, le modèle réunionnais dans lequel les personnes âgées sont hébergées par les enfants est encore très vivace (tableau 6) et demeure un pilier de la forte solidarité familiale intergénérationnelle. Au recensement de 1999, plus de la moitié des personnes âgées de 60 ans et plus vivaient dans le même logement qu'un de leurs enfants, et 17% d'entre elles vivaient seules dans leur logement. Sous l'influence de plusieurs variables (montée de l'individualisme, meilleur état de santé des personnes âgées, diminution du nombre d'enfants et donc des accueillants potentiels, possibilité accrue de prise en charge institutionnelle, augmentation des taux d'activité féminine), ce modèle devrait s'effriter peu à peu pour se rapprocher de celui de la métropole et des pays européens.

TABLEAU 6 : SITUATION D'HABITAT DES PERSONNES ÂGÉES DE 60 ANS ET PLUS EN 1999
À LA RÉUNION (%)

	60-74 ans	75 ans et +	Ensemble (60 ans et +)
Seul dans un logement	15,0	22,6	17,1
Avec le seul conjoint dans le logement	26,2	19,1	24,2
Avec ou sans le conjoint dans le même logement qu'un de ses enfants	53,2	45,2	51,0
Avec d'autres personnes sans lien direct de parenté	4,5	8,7	5,7
Dans une communauté (maison de retraite, communauté religieuse)	1,1	4,4	2,0
	100,0	100,0	100,0

Source : INSEE, Recensement 1999.

Cette décohabitation prévisible n'est pas pour autant synonyme de diminution des solidarités mais sans aucun doute de leurs transformations. En outre, à partir des années 2015, le nombre d'aidants potentiels familiaux va diminuer assez rapidement consécutivement au vieillissement de la population qui va s'accélérer à partir de cette période là, comme nous l'avons déjà évoqué. Un indicateur intéressant pour mesurer ce phénomène est le rapport entre le nombre de femmes de 45 à 69 ans et le nombre de personnes de 80 ans et plus (tableau 7). Cet indicateur tire sa légitimité du fait que les femmes de la tranche d'âges 45-69 ans sont les principales personnes concernées par la prise en charge des personnes dépendantes au sein de la famille.

TABLEAU 7 : ÉVOLUTION DU RATIO (NOMBRE DE FEMMES DE 45 À 69 ANS / NOMBRE DE PERSONNES DE 80 ANS ET +) DE 2000 À 2030 À LA RÉUNION

	Nombre de femmes de 45 à 69 ans	Nombre de personnes de 80 ans et +	(1) / (2)
2000	67 637	10 334	6,5
2005	82 774	13 356	6,2
2010	102 792	16 146	6,4
2015	122 242	19 102	6,4
2020	136 163	23 427	5,8
2025	145 023	27 563	5,3
2030	153 482	33 797	4,5

Source : INSEE, scénario central, in Actif *et al.* 2002, calcul de l'auteur.

4. La politique française de santé publique en matière de dépendance

Grand *et al.* (2004) rappellent qu'en France, c'est surtout à partir de la Seconde Guerre mondiale que la prise en charge des personnes âgées est passée de la sphère privée à la sphère publique avec la généralisation des systèmes de protection sociale. Avec la fin des Trente Glorieuses marquée par les chocs pétroliers des années 1970, la question du financement des retraites et de la santé des personnes âgées est devenue de plus en plus un sujet de réflexion et de débat. Plus récemment, au début du 21^{ème} siècle, l'arrivée des générations du baby-boom à la retraite a encore amplifié l'intérêt accordé au vieillissement de la population de la part des pouvoirs publics.

De par ses aspects démographiques, économique et sociaux, la dépendance a été qualifiée par le Ministre délégué à la Sécurité Sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille comme étant « l'un des enjeux les plus importants des temps actuels » (Bas 2007). Parmi les défis posés aux pouvoirs publics, figurent en bonne place ceux de développer l'offre de services et de soins, aussi bien à domicile qu'en établissement, d'augmenter les effectifs des personnels soignants dans les établissements et de financer durablement la dépendance. Ces objectifs figurent dans les plans de l'action gouvernementale les plus récents, comme le « Plan Solidarité Grand-Age » présenté en juin 2006 ou le « Plan national Bien Vieillir 2007-2009 » présenté en janvier 2007. Une idée forte est de permettre aux personnes âgées de rester dans leur domicile le plus longtemps possible, si tel est leur souhait, dans la mesure où leurs incapacités ne sont pas trop rédhibitoires.

L'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) est le bras armé de cette politique de maintien à domicile. La loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et l'allocation personnalisée d'autonomie stipule dans son article L.232-1 que « Toute personne âgée résidant en France qui se trouve dans l'incapacité d'assumer les conséquences du manque ou de la perte d'autonomie liés à son état physique ou mental a droit à une allocation personnalisée d'autonomie permettant une prise en charge de ses besoins. Cette allocation, définie dans des conditions identiques sur l'ensemble du territoire national, est destinée aux personnes qui, nonobstant les soins qu'elles sont susceptibles de recevoir, ont besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou dont l'état nécessite une surveillance régulière »⁴.

Plus récemment, dans un souci de coordination des actions⁵ autour de la prise en charge de la dépendance, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), établissement public, a été créée par la loi du 30 juin 2004 et mise en place en mai 2005⁶. À partir du 1^{er} janvier 2006, la CNSA est chargée de financer les aides en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées, de garantir l'égalité de traitement sur tout le territoire et pour l'ensemble des handicaps, d'assurer une mission d'expertise, d'information et d'animation pour suivre la qualité du service rendu aux personnes. La CNSA est donc à la fois une

⁴ Journal officiel de la République française, 21 juillet 2001.

⁵ L'importance de la coordination de la politique de prise en charge de la dépendance est soulignée explicitement par Grand *et al.* (2004) lorsqu'ils évoquent le « malaise intense des professionnels qui ressentent une insoluble contradiction entre, d'une part, des surexigences de qualité des clients/usagers, relayées par les pouvoirs publics et, d'autre part, les fortes contraintes budgétaires qui pèsent à la fois sur le dispositif sanitaire et sur le dispositif social. Cette sollicitation croissante du dispositif professionnalisé, dans un contexte de moyens limités, ne pourra être assumée que par une amélioration substantielle de son efficacité (de la productivité !) et probablement aussi de sa coordination ». Dans le même registre, la Cour des Comptes dans son *Rapport annuel au Parlement sur la Sécurité sociale* de 2003 écrivait : « Le morcellement des services (services sociaux, services de soins infirmiers, de gardes à domicile, d'aides ménagères, de tutelle), des structures (court séjour, moyen séjour, long séjour, hôpitaux de jour, maisons de retraite plus ou moins médicalisées) et des financements rend indispensable le développement de la coordination gérontologique ».

⁶ Référence pour ce paragraphe et le suivant : <http://www.cnsa.fr>

« caisse » chargée de répartir les moyens financiers et une « agence » d'appui technique. Elle est dotée d'une enveloppe globale de 14 milliards d'euros en 2006, issue essentiellement du budget de l'État et de l'assurance maladie.

Le système français contemporain de prise en charge de la dépendance s'appuie sur les collectivités décentralisées et notamment les départements. La loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 déjà citée stipule dans son article L.232-13 que « les départements assurent la coordination de l'action gérontologique dans le cadre d'un schéma arrêté conjointement par le président du conseil général et le représentant de l'État dans le département. Le schéma définit les territoires de coordination de l'action gérontologique de proximité et établit les modalités d'information du public et de coordination des prestataires s'appuyant notamment sur des centres locaux d'information et de coordination »⁷. Depuis la création de la CNSA, les départements doivent fournir chaque année un « Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie » (PRIAC), dont l'objet est de programmer les opérations à financer en priorité. La CNSA arbitre, pour chaque département, le montant des dotations annuelles destinées aux établissements et services médico-sociaux, accueillant ou accompagnant des personnes âgées et/ou des personnes handicapées. L'action de la CNSA est donc guidée par un double objectif : répondre à la diversité de besoins croissants en matière de dépendance et assurer la répartition équitable des moyens entre les régions et au sein d'une même région. Selon la CNSA (2006), « les politiques publiques ont autant de chance de réussir qu'elles sont conduites en proximité ».

5. La politique réunionnaise de santé publique en matière de dépendance

Dans ce contexte institutionnel, social et démographique, comment s'inscrit la politique de prise en charge de la dépendance des personnes âgées du département de la Réunion ? D'abord, il faut mentionner que ce dispositif décentralisé ne constitue pas une nouveauté pour l'île puisque, au début des années 1980, la Réunion proposait le premier des Plans Gérontologiques Départementaux de France (Hamon et Catteau 1986). Depuis cette date, plusieurs rapports ou études mettent en avant le rôle fondamental, tant d'un point de vue quantitatif que qualitatif, de la prise en charge par les familles elles-mêmes des personnes âgées dépendantes. Dans le deuxième Schéma Gérontologique de la Réunion adopté en 2000, cette volonté du maintien des personnes âgées dépendantes à domicile est réaffirmée comme une priorité de la politique sociale du département. Ainsi, en 2004, parmi les 8020 bénéficiaires de l'APA, 92% vivent à domicile (Grangé 2005). En 1999, seulement 1,5% des personnes âgées de 60 ans et plus étaient hébergées en institution contre 7,1% en métropole (Catteau 2001). Ces chiffres ne sont pas les seuls reflets d'une structure par âges différente des deux populations puisque pour les personnes âgées de 75 ans et plus, ces taux étaient en 1997 respectivement de 6,8% à la Réunion et 17% en métropole.

Cause ou conséquence de ce qui précède, les capacités d'hébergement des personnes âgées à la Réunion sont bien moindres que celles de la France métropolitaine, puisque (hors section de cure médicale) le taux d'équipement, c'est-à-dire le nombre de lits pour mille habitants de 75 ans et plus, est de 52,8 à la Réunion contre 129,7 en métropole (Hoarau 2001). On peut porter une vision négative sur ce constat en évoquant un sous-équipement ou au contraire se féliciter que la solidarité familiale et une politique volontariste ancienne permettent un maintien à domicile des personnes âgées dépendantes. Mais dans un contexte où l'espérance de vie est de quatre ans inférieure à la Réunion qu'en métropole, seule une étude beaucoup plus fine peut apporter des éléments supplémentaires de jugement. Une analyse prospective sur l'évolution de ce taux d'équipement a été faite selon trois scénarios (Hoarau 2001) : ne serait-ce que pour maintenir en 2020 le même niveau d'équipement qu'en 2000, plus de 1 100

⁷ Journal officiel de la République française, 21 juillet 2001.

nouveaux lits seraient nécessaires. Si rien n'est fait en ce domaine, le taux d'équipement chuterait alors à 24,7. Or, malgré les fortes solidarités familiales déjà mentionnées ici, rien n'indique que la prise en charge par les familles des personnes âgées dépendantes puissent continuer à se faire de manière aussi importante dans le futur, sous l'effet de la décohabitation, de la baisse de la proportion d'aidants familiaux potentiels, d'une probable progression des taux d'activité féminine etc.

Dans cette réflexion sur les politiques de prise en charge de la dépendance, d'autres spécificités de l'île de la Réunion doivent être prises en compte. L'évolution des comportements est évidemment difficile à prévoir mais sous l'influence de la transition épidémiologique et d'une ouverture croissante sur l'extérieur, on peut raisonnablement penser que les comportements en matière de santé vont évoluer de plus en plus vers ceux de la métropole et donc tendre vers une exigence plus forte en matière de bien-être médical et sanitaire. C'est le cas par exemple pour la consommation de médicaments, dont la structure et le volume tendent à se rapprocher de ceux de la métropole, ou pour la représentation de la vieillesse et ses pathologies. Catteau (2002) écrit à ce sujet que « les personnes âgées d'aujourd'hui font traiter ce qui autrefois leur semblait une fatalité liée à l'âge ». Un autre point saillant, tant du point de vue démographique que socio-économique, est celui de la migration, essentiellement avec la métropole, dont les flux ont été d'ampleur très inégale et de sens différents au cours des dernières décennies. Les deux incertitudes en la matière ayant une incidence sur la prise en charge de la dépendance des personnes âgées portent sur le taux de retour pour leur retraite des Réunionnais travaillant en métropole ou à l'étranger et le degré d'attractivité de l'île dont les caractéristiques pourraient en faire un lieu de villégiature pour les retraités de la métropole ou d'ailleurs, comme c'est le cas pour d'autres espaces insulaires européens.

Conclusion

Conséquences immédiates du processus de départementalisation en 1946, les mutations économiques, démographiques et sociales observées à l'île de la Réunion sont profondes. Dans ces trois domaines, les indicateurs tendent à se rapprocher au fur et à mesure de ceux de la métropole. Mais là où cette dernière a opéré le schéma historique de la modernisation sur une période pluriséculaire, les changements observés à la Réunion se sont effectués en quelques décennies, avec des implications qui doivent être prises en compte dans une optique de recherche, de décision et d'action. D'un point de vue démographique, par exemple, on sait que les transitions rapides induisent des changements moins progressifs dans la structure des âges, ce qui a des incidences directes et de poids sur les politiques publiques, et en particulier pour les politiques de santé et de gérontologie.

Le vieillissement rapide de la population réunionnaise qui va survenir au cours des prochaines décennies représente un défi en matière de politique de prise en charge de la dépendance des personnes âgées. Ceci est d'autant plus vrai que la morbidité est pour l'instant plus élevée à la Réunion qu'en métropole. La Réunion possède néanmoins des atouts organisationnels et institutionnels, forte de son expérience pionnière en matière de Schéma gérontologique départemental.

À la Réunion, comme dans l'ensemble du territoire français, la coordination de cette politique semble le maître mot du futur. Un point important qui semble se dessiner est celui de l'imbrication croissante des aides institutionnelles et des aides familiales à la dépendance. Financée par les fonds publics, faisant appel de manière croissante à des professionnels, l'aide aux personnes âgées reste encore néanmoins très souvent gouvernée par la famille. Mais le schéma se complexifie puisque les aides familiales sont maintenant elles-mêmes appuyées par

un soutien institutionnel⁸. Il faut aussi raisonner avec les offres du secteur privé ; Casman et Thomsin (2002) posent à cet égard la question de la concurrence ou de la complémentarité entre aide familiale et aide à domicile *via* les services marchands. Ils indiquent combien « la solidarité intergénérationnelle est plus que jamais au cœur des relations entre le public et le privé ».

BIBLIOGRAPHIE

- ACTIF N., LARDOUX J.-M., MEKKAOUI J., 2002, « La population en 2030 », *INSEE Résultats*, n°19, INSEE, Saint-Denis, 84 p.
- BAS P., 2007, Discours d'ouverture, Deuxième Conférence annuelle sur la dépendance, 24 janvier, Paris, 5 p.
- CASMAN M.-T., THOMSIN L., 2002, « Le rôle de la famille dans l'accueil et le soutien aux personnes âgées. Essai de définition socio-spatiale de la problématique » in Gendreau F., Tabutin D., Poupard M. (eds.), *Jeunesses, vieillesse, démographies et sociétés*, Academia Bruylant, L'Harmattan, Louvain-la-Neuve, pp.355-369.
- CATTEAU C., 1998, « Analyse de la mortalité et de la natalité à la Réunion » in Actes du Séminaire du 27 novembre 1998 de l'Institut Austral de Démographie, Observatoire du Développement de la Réunion, Saint-Denis de la Réunion, pp.59-78.
- CATTEAU C., 2001, « État de santé, offre de soins à la Réunion », Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, *Série Statistiques*, n°20, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Saint-Denis, 33 p.
- CATTEAU C., 2002, « La situation de la santé à la Réunion en 2020 à la Réunion. Essai de projection » in Actes du Séminaire du 8 octobre 2002 de l'Institut Austral de Démographie, Observatoire du Développement de la Réunion, Saint-Denis de la Réunion, pp.61-71.
- CNSA, 2006, *Rapport annuel 2006*, Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, Paris, 73 p.
- GRAND A., BOCQUET H., ANDRIEU S., 2004, « Avant-propos » in Grand A., Bocquet H., Andrieu S. (eds.), « Vieillesse et dépendance », *Problèmes politiques et sociaux*, n°903, La Documentation Française, Paris, pp.5-10.
- GRANGÉ C., 2005, « 11500 personnes dépendantes en 2004 », *Économie de la Réunion*, n°120, pp.14-16.
- 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, pp.15-29.

⁸ Par exemple, en 2007, il doit être mise en place une formation gratuite pour les aidants familiaux, opération financée par la CNSA et la Délégation interministérielle à l'innovation.

- HOARAU S., 2001, « Les impacts socio-économiques du vieillissement », *Études et synthèses*, Observatoire du développement de la Réunion, n°58, Saint-Denis de la Réunion, 66 p.
- INSEE, 2006, *Tableau économique de la Réunion 2006-2007*, INSEE, Saint-Denis de la Réunion.
- NARTZ E., CATTEAU C., LARDOUX J.-M., 2005, « Les personnes âgées dépendantes en 2030 », *Économie de la Réunion*, n°120, pp.16-17.
- RACAULT S., 1998, « Vieillissement démographique et projections de population » in Actes du *Séminaire du 27 novembre 1998 de l'Institut Austral de Démographie*, Observatoire du Développement de la Réunion, Saint-Denis de la Réunion, pp.159-170.
- SANDRON F., 2005, « L'aménagement du territoire réunionnais face au vieillissement de la population », Communication présentée au *Colloque européen Vieillissement et territoires*, 13-15 septembre, Paris, Université Paris-IV, 10 p.
- SANDRON F., 2006, « Implications du vieillissement de la population réunionnaise sur le marché du travail », Communication présentée au *Colloque international AIDELF, Population et travail : Dynamiques démographiques et activités*, 18-23 septembre, Aveiro, Portugal, 12 p.
- WIDMER I., 2005, « La Réunion et Maurice », *Cahiers*, n°155, INED, Paris, 291 p.