

VIEILLISSEMENT DÉMOGRAPHIQUE ET VIEILLESSES EN FRANCE

par Joëlle Gaymu *

*Le visage de la vieillesse a fortement changé.
Qu'en sera-t-il demain ?*

La France fut longtemps la nation la plus vieille du monde et, même si la plupart de ses voisins européens l'ont désormais rejointe voire dépassée, elle reste toujours dans le peloton de tête des pays vieillissants : avec 16 % de personnes âgées de 65 ans et plus, elle est, aujourd'hui, dans la moyenne de l'Union Européenne (16,3 %), l'Irlande (11 %) et les Pays-Bas (13 %) se situant en deçà, l'Italie (18 %) au-dessus mais, toutefois, loin derrière le Japon (22 %) pays le plus vieilli du monde.

La France va continuer à vieillir

Le vieillissement démographique est en premier lieu la conséquence de la baisse de la fécondité. Mais, s'ajoute, depuis l'après-guerre, la baisse de la mortalité comme facteur accélérateur. Il faut dire que la mortalité est si faible de la naissance à la fin de la vie active que les progrès ne sont désormais substantiels qu'aux âges élevés : non seulement, et on ne peut bien évidemment que s'en féliciter, les individus sont plus nombreux à accéder au seuil de la retraite, mais ils y séjournent plus longtemps. Ainsi, par exemple, moins de 60 % des femmes de la génération 1900 étaient encore vivantes à 60 ans, les femmes nées 40 ans plus tard ont eu, dans près de 85 % des cas, la chance de fêter cet anniversaire. De plus, si les premières avaient, à cet âge, une espérance de vie de l'ordre de 21 ans, pour les secondes, cette durée de vie à la retraite pourrait être plus longue de six années !

Les projections de population intègrent cette poursuite de la baisse de la mortalité à laquelle s'ajoutera, dès 2006, l'arrivée au seuil de la retraite des classes pleines du baby-boom comme facteur accélérateur du vieillissement. Les effectifs de 65 ans et plus – soit près de 10 millions actuellement – pourraient être multipliés par 1,6 d'ici 2030 et quasiment doubler d'ici 2050. La croissance des plus âgés pourrait être plus forte encore : plus d'un million de personnes ont aujourd'hui 85 ans ou plus, on pourrait en compter près de 2,5 millions en 2030 et, dans le même temps, la population des centenaires pourrait quadrupler (soit 60 000 contre 15 000 aujourd'hui) (1). En raison de ces évolutions, quelle que soit l'hypothèse de fécondité prise en compte – et par là même l'effectif futur de la population totale –, la France va continuer à vieillir : elle pourrait compter 25 % de personnes âgées de 65 ans et plus en 2030, et près de 30 % en 2050.

* *Démographe,*
INED,
gaymu@ined.fr

(1) C. Brutel,
L. Omelek, *Projections démographiques pour la France, ses régions et ses départements : horizon 2030-2050*, INSEE, collection INSEE Résultats n° 16, 2003, 40 p.+ Cédérom.



Du fait de l'inertie des phénomènes démographiques, nous pouvons avec une grande marge de certitude prévoir l'effectif futur de la population, sa structure par âge... et mettre donc l'accent sur certains problèmes attendus : on ne peut nier que l'avenir démographique appellera des ajustements des systèmes de retraite, de nouveaux besoins en terme de prise en charge de la dépendance, même si les générations futures atteignent les divers stades de la vieillesse en meilleure santé. Mais il est beaucoup plus difficile de prévoir l'environnement économique de la société de demain et par là-même sa capacité à intégrer, plus ou moins péniblement selon son degré d'optimisme, ces nouvelles données démographiques. Autre point d'incertitude, et non des moindres : qui seront, comment vivront les 60 ans et plus de demain ?

Un paysage familial transformé

L'allongement de l'espérance de vie transforme le paysage démographique de la famille durant la retraite : beaucoup plus souvent qu'hier, l'entrée dans la grand-parentalité se fait aujourd'hui en présence d'au moins l'un de ses propres parents et cette évolution est appelée à se poursuivre. Les familles à quatre générations (en ligne directe) se sont multipliées au cours des dernières décennies. Ainsi, dans la génération 1920, moins de 17 % des femmes appartenaient à 60 ans à une famille à quatre générations ; pour les femmes de la génération 1930 cette proportion atteint 26 %, celles de la génération 1950 pourraient être 38 % dans ce cas (2). Chance ou handicap ? Chance évidente que de voir naître et grandir ses arrière-petits-enfants, chance aussi d'aborder sa propre vieillesse en présence de ses parents. Mais, cette chance peut devenir charge lorsque l'état de santé des bisaïeux se dégrade. Aujourd'hui, les 50-60 ans, piliers de la solidarité familiale, sont fortement mobilisés. Ainsi, par exemple, 53 % des personnes sévèrement dépendantes (3) non institutionnalisées sont aidées exclusivement par leurs proches, 30 % supplémentaires étant soutenues à la fois par leur famille et des professionnels (4). Les générations qui demain aborderont la retraite agiront-elles de même ? Dans quelle mesure la société pourra-t-elle suppléer les éventuelles défaillances des familles ?

Par ailleurs, l'un des principaux déterminants de la vie après 60 ans est la situation matrimoniale. Le plus souvent l'itinéraire des aînés est le suivant : vie en couple après le départ des enfants, puis décès du conjoint et par là-même vie en solitaire du survivant et, le grand âge venu, prise en charge par la famille ou entrée en institution. Mais, compte tenu de la surmortalité masculine, de l'écart d'âge entre époux et des plus fortes chances de remariage des hommes, le parcours décrit ci-dessus est beaucoup plus fréquemment suivi par les femmes, alors que les hommes vivent plus souvent en couple jusqu'à leur décès : aujourd'hui, parmi les 60 ans et plus, un homme sur dix contre quatre

(2) **S. Pennec** : « La place des familles à quatre générations en France », *Population*, n°1, 1996, p. 31-60.

(3) Confinées au lit ou au fauteuil ou aidées pour la toilette ou l'habillage.

(4) **P. Breuil-Genier** « Aides aux personnes âgées dépendantes : la famille intervient plus que les professionnels », *Economie et Statistiques*, n° 316-317, 1998.

VIVRE SEUL

Paroles de personnes âgées

« J'ai 79 ans. Je vis à Paris, dans un appartement au 4^e sans ascenseur. Je le loue depuis 1960. Je suis partiellement paralysée des jambes. J'ai perdu mon mari alors qu'il n'avait que 46 ans. Nous avons eu deux fils qui sont loin. Avant je parlais quelques temps chez eux, mais aujourd'hui je ne peux plus. Et puis ils ont leur propre vie.

Les services de la mairie envoient chaque jour une femme de ménage chez moi. Mais ce ne sont jamais les mêmes. Le livreur de repas est toujours le même, alors nous avons sympathisé. Il me monte mon courrier, ou me descend mes poubelles. Il a sauvé quatre personnes pendant la canicule, en prévenant les pompiers lorsqu'il trouvait des personnes inanimées à leur domicile. Il connaît bien les mémés.

La kiné vient régulièrement me donner des soins. Lorsque j'ai besoin de médicaments, elle n'hésite pas à s'en charger. Sinon, c'est la pharmacienne qui vient me les livrer.

J'ai travaillé 45 ans, et ce dès l'âge de 16 ans. Je gagne peu pour ma retraite, comparé à toutes ces années où j'ai travaillé. Je suis très fière d'avoir eu un vrai travail à moi. Mais je ne touche pas grand chose aujourd'hui. Pour ma toilette, j'aurais besoin de l'aide d'une infirmière, mais il faudrait qu'elle soit prise en charge. Lorsque l'on ajoute les frais non remboursés du kiné, de mon médecin, des piqûres, je ne peux pas me payer une infirmière, non vraiment pas, même avec l'APA. »

* * *

« Je m'appelle Jean, j'ai 84 ans, et je vis dans le 20^e arrondissement. Cela fait 17 ans que je vis dans mon studio, situé au 3^e étage avec ascenseur.

Chaque jour est identique : je me lève le

matin vers 7 heures ; je prends mon chocolat et j'attends que l'aide soignante arrive pour me laver et m'aider à m'habiller. Si personne n'est encore venu à 10 heures, je sors quand même au café ; et tant pis si elle doit venir me chercher là-bas. Je vais aussi acheter le pain tous les jours. Le midi, je mange au restaurant, et le soir, je me débrouille.

Je fais mes comptes, mon courrier administratif, je vais faire ma lessive en laverie. Il n'y a que pour me laver et m'habiller que j'ai besoin d'aide. Je ne peux pas me relever tout seul, et l'année dernière je suis tombé trois fois ; je n'ai aucun problème de santé, sauf l'arthrose.

J'adore aller au café tous les jours, pour discuter avec le garçon de café, mais surtout avec les dames. Parfois, elle veut bien discuter, mais parfois non.

J'ai une sœur qui habite à 100 km, mais je ne la vois que rarement. Elle ne vient pas me voir et moi je ne peux plus prendre le train. On s'appelle de temps en temps.

J'ai une amie portugaise que je connais depuis deux ans, je l'ai rencontrée à la pharmacie. Elle vient me voir tous les samedis, et elle m'aide pour les courses. Avec elle, je peux parler, me confier.

La concierge a le double de mes clés, mais ce n'est pas moi qui ai choisi de les lui donner... Avec les voisins, c'est chacun pour soi. C'est « bonjour - bonsoir », c'est tout, c'est bref.

Mes journées se ressemblent toutes. Je vais au café pour passer le temps... Je me force à marcher tous les jours, parce que quand je sors, ça va. Le dimanche je ne sors pas, tout est fermé. Alors je suis content quand le lundi arrive, car je peux ressortir. »

Recueilli par les Petits frères des pauvres



femmes sur dix sont veuves. Même beaucoup plus tardivement, parmi les 85 ans et plus, les hommes mariés restent les plus nombreux, alors qu'à ces âges le veuvage touche près de 80 % des femmes.

Toutefois, fait remarquable, le veuvage est en constante régression au cours du temps. Il faut voir là la conséquence du recul, à chaque âge, de la probabilité de décéder pour chacun des membres du couple ; l'âge d'entrée dans le veuvage se trouve ainsi différé : en 1962, les hommes devenaient veufs en moyenne à 66 ans et les femmes à 62 ans, aujourd'hui ces âges sont respectivement égaux à 72,5 et 69,2 ans. Autrement dit, les diverses étapes de la retraite sont franchies plus fréquemment mariés.

Cette baisse du risque de veuvage à chaque âge est naturellement extrêmement positive, car si isolement conjugal ne signifie pas, bien évidemment, isolement social, sans conteste, cette situation fragilise les individus. L'on sait, en effet, que les couples arrivent mieux à assumer les tâches domestiques quotidiennes, du fait du partage et de la spécialisation des rôles : seuls 9 % des 80 ans ou plus vivant à deux ne font jamais leurs courses (36 % des veuves du même âge), 6 % leur ménage (23 % des veuves) (5). De plus, en cas de dépendance, le conjoint est le premier pourvoyeur d'aide permettant, ainsi, de retarder, voire d'éviter l'institutionnalisation. Enfin, vivre à deux a un effet protecteur sur la santé tant physique, surtout pour les hommes, que psychique et, d'une façon plus générale, ce mode de vie favorise la bonne intégration sociale, en termes de sociabilité comme de participation à l'univers des loisirs et de la consommation.

De plus en plus de retraités vivant seuls

Mais cette plus forte propension à franchir les diverses étapes de la retraite à deux peut très bien aller de pair avec une croissance, paradoxale a priori, de la proportion de retraités vivant seuls. C'est, en effet, ce que l'on constate en France depuis des décennies, car lorsque l'on a perdu son conjoint, l'isolement résidentiel est de plus en plus souvent préféré à la cohabitation avec d'autres proches. En 1962, environ 22 % des 60 ans et plus habitaient avec un proche (6) contre moins de 9 % en 1999. Ce détachement résidentiel entre les générations vaut à tous les âges et surtout dans l'extrême vieillesse, où la fraction de population concernée par ce mode de vie est la plus importante. Ainsi, par exemple, en 1962 plus de la moitié des femmes de 85 ans et plus habitaient avec un proche, 28 % vivaient seules, aujourd'hui les proportions sont inversées : respectivement 18 et 49 %.

Certes, il y a de toute évidence parmi ces solitaires âgés et surtout très âgés, de réelles situations de détresse : passé 80 ans, plus de 11 % des personnes sont très isolées (7). Mais, la coha-

(5) M.-G. David, C. Starzec « Aisance à 60 ans, dépendance et isolement à 80 ans », *INSEE Première*, n° 447, avril 1996.

(6) Situations domestiques qui sont essentiellement de la cohabitation multigénérationnelle.

(7) Elles ne participent à aucune activité collective, n'ont pas l'occasion de séjourner chez des amis ou parents, n'ont aucun contact avec leur famille ou des amis et ne fréquentent pas leurs voisins. Cf. G. David, C. Starzec, opus cité.

VIEILLISSEMENT ET DÉPENSES DE SANTÉ

Incertitudes et arbitrages nécessaires

Jusqu'à quel point le gain en années de vie supplémentaires peut-il se réaliser sans détérioration de la qualité de vie : état de santé, dépendance, maladies chroniques... ? Quels remaniements apporter aux dispositifs existants et comment maîtriser leurs coûts ?

État des lieux

De façon générale, subsistent de fortes disparités et inégalités face à la mort, à la maladie et aux incapacités. Cette hétérogénéité des situations – en termes de ressources, de précarité, de parcours professionnel, de mortalité et d'incapacités, de dépendance, d'environnement familial et amical... – persiste également au sein de la population âgée malgré l'amélioration moyenne de ses revenus.

Depuis une quinzaine d'années, les politiques publiques marquent les représentations de la vieillesse, avec une vision, parfois réductrice, assimilant vieillesse à dépendance ou à maladie. Le vieillissement influencerait les dépenses de santé. Or, d'après différentes études (OCDE, DREES), l'impact du vieillissement a été limité ces vingt dernières années : 0,5 point sur 2,8 de croissance annuelle des dépenses de santé pour la décennie 1990. Deux facteurs principaux expliquent la relation entre l'âge et les dépenses de santé : la morbidité ou l'état de santé des personnes (1), la détention d'une couverture maladie complémentaire (2).

Comment préparer l'avenir ?

Loin d'être « mécaniques », les implications du vieillissement sur les dépenses de santé dépendent largement des choix économiques et sociaux, et de l'évolution de l'état de santé de la population âgée. Or, la connaissance de cette évolution demeure encore très embryonnaire (3).

En outre, différents *scenarii* sur l'évolution de la qualité des années de vie gagnées s'affrontent (4). Deux facteurs conditionnent également l'évolution des dépenses de santé et l'état de santé. Le premier est la capacité d'évolution et de transformation des systèmes de santé et des systèmes de protection sociale vers une approche plus préventive et moins réparatrice (5). L'autre renvoie aux orientations qui seront données aux systèmes de santé et au souci porté à leurs effets sur les inégalités d'accès aux services sociaux et de santé (6). Les variations du ratio de dépense de soins des 65 ans et plus à celle des 0-64 ans – de 2,8 en Allemagne à 5,3 au Japon – témoignent de l'impact de ces choix.

Finalement, le lien entre vieillissement et dépenses de santé apparaît comme une question ouverte, affaire de choix et d'arbitrages sociaux. Ces arbitrages méritent d'être explicités, analysés, et discutés collectivement pour renouveler réellement les politiques de santé et les politiques sociales.

Valérie Fargeon

Université Pierre Mendès-France, Grenoble
valerie.fargeon@upmf-grenoble.fr

(1) Les dépenses de santé générées par une pathologie supplémentaire sont croissantes.

(2) Dont l'influence est positive sur la dépense de soins. À noter pourtant que la dernière année de vie coûte environ cinq fois plus cher que les autres, quel que soit l'âge de décès.

(3) Même si la mise en œuvre depuis 2002 du projet européen SHARE (*Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*) devrait constituer une source de données précieuse sur ces aspects.

(4) Scenarii qui dépendent eux-mêmes en partie de l'évolution des conditions de vie et de travail et de l'état de la société, en matière d'exclusion...

(5) Avec plus de décloisonnement et une plus grande intégration des dimensions sanitaires, médico-sociales et sociales pour faire face au défi de la « transition épidémiologique » ou au passage des maladies aiguës, infectieuses à des maladies chroniques (vieillesse, cancers, Sida...)

(6) Part des dépenses publiques de santé, évolutions des modes de prise en charge médicale et sociale avec le développement des réseaux de santé, évolutions des technologies médicales.



bitation des générations d'autrefois, souvent idéalisée, n'était pas nécessairement le reflet d'un choix, et « séparation de lieux de vie » ne signifie bien évidemment pas « absence de contacts ». Des liens solidaires unissent les différentes strates familiales, même si elles habitent de moins en moins souvent ensemble.

C'est dans des déterminants sanitaires et sociaux qu'il faut chercher l'explication de cette distance résidentielle prise entre les générations.

Un fort désir d'indépendance

Mentionnons tout d'abord le plus fort désir d'indépendance des jeunes et des anciens. Lorsque, par exemple, on interroge ces derniers sur leur désir de partager le même toit que leurs enfants, rares sont ceux qui répondent par l'affirmative. Par ailleurs, la cohabitation de plusieurs générations qui, il y a peu de temps encore, était de rigueur parce que nos sociétés étaient plus rurales et les entreprises familiales plus nombreuses est devenue difficile, voire impossible. Ce sont, en effet, les anciens agriculteurs qui privilégient le plus, aujourd'hui encore, ce mode de vie avec des proches : tel est, aujourd'hui, le cas, par exemple, de près de 27 % des femmes de 80 ans et plus ayant exercé cette profession (contre 16 % pour l'ensemble).

En outre, l'amélioration de la santé et des conditions de vie des anciens facilite leur indépendance. Ainsi, leurs ressources financières ont progressé de manière spectaculaire. Parce qu'arrivent depuis quelques années à 60 ans des générations mieux couvertes par les régimes de retraite, et ayant bénéficié de l'expansion économique de l'après guerre, globalement, les personnes âgées ne sont plus pauvres. Au contraire, même, le revenu moyen des aînés par unité de consommation dépasse désormais celui de l'ensemble des Français.

Parmi les autres facteurs d'amélioration de la qualité de vie des anciens, citons le développement de la politique de maintien à domicile et la modernisation de leur logement. En 1982, 49 % seulement des logements dont la personne de référence avait 60 ans, ou plus, disposaient de tout le confort (c'est à dire, d'installations sanitaires, de W.C. intérieurs et du chauffage central), en 1999, on en dénombrait plus de 80 %.

Ces quelques illustrations l'auront fait comprendre, le visage de la vieilleuse a bien changé, tous les facteurs précédemment énoncés conjuguent leurs effets pour faire en sorte que les personnes âgées puissent désormais plus facilement choisir leur mode de vie et, en particulier, rester chez elles aussi longtemps qu'elles le souhaitent ou... qu'elles le peuvent.

(8) Entre 4 et 5 % des personnes âgées de 60 ans et plus vivent et, vivaient hier, en collectif.

Délaissée au début de la retraite, la vie en institution (8) n'a en effet progressé qu'aux grands âges. Ainsi, 13,1 % des 85 ans et plus étaient concernés en 1962, 21,1 % en 1999. Ne faut-il pas voir dans ces tendances la disparition de « l'institutionnalisation sociale » ? Conséquence de l'amélioration des conditions de vie des anciens et d'une sélection de plus en plus forte par l'état de santé, c'est désormais le plus tardivement possible, avec l'apparition de lourds handicaps, que les anciens partiraient en maison de retraite ou seraient pris en charge par leur famille.

Plusieurs générations constituent la fraction la plus âgée de notre population, autant donc d'histoires spécifiques qui, au fil du temps, nous donnent du monde de la retraite une image fort changeante : peu de points communs entre les retraités d'hier et ceux d'aujourd'hui. Les anciens franchissent de plus en plus souvent à deux les diverses étapes de la retraite, ils sont de moins en moins souvent hébergés par des proches, préférant vivre seuls dans leur logement, et les plus jeunes délaissent la vie en institution.

On peut légitimement s'attendre à la poursuite, au moins dans un avenir proche, de ces tendances. En effet, la baisse de la mortalité aux grands âges, dont on peut légitimement prévoir la poursuite, devrait continuer de repousser l'entrée dans le veuvage et le renouvellement des générations améliorera sans doute encore l'autonomie des anciens (9). Toutefois, plus l'âge augmente et plus le maintien à domicile nécessite un soutien. Or, l'incertitude sur les modalités futures du financement des retraites reste totale. La position relative des aînés vis-à-vis des actifs et, par là-même, leur capacité financière à faire appel aux aides professionnelles est en jeu. De plus, si, dans ce domaine, durant les dernières décennies, il y a eu une réelle volonté politique d'assistance, cette solidarité collective ne risque-t-elle pas de s'effriter quelque peu devant l'ampleur du coût de la protection sociale ? Le vécu de la fin de vie s'en trouverait alors changé du tout au tout.

Joëlle Gaymu

(9) Plus de femmes auront eu une activité professionnelle, plus de personnes seront diplômées...

UNE ALLOCATION BONNE POUR L'AUTONOMIE... ET L'ÉCONOMIE

La réalité des volumes financiers consacrés en France à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie, ainsi que certains de ses impacts, peuvent s'apprécier à l'échelle d'un département.

En Meurthe-et-Moselle, territoire représentatif démographiquement, avec ses 713 779 habitants (dont 50 632 ont dépassé le cap des 75 ans), des départements dont l'espace, en majorité rural, est structuré par plusieurs villes importantes, 46,8 millions d'euros auront été dépensés en 2005 pour les 10 928 bénéficiaires de l'A.P.A. 15 millions proviennent du budget national (1), 31,8 millions sont à la charge du département. Les deux tiers environ du montant total concourent à des services à domicile (6 414 bénéficiaires), le reste au cofinancement de séjours en établissements pour personnes âgées (4 514 bénéficiaires).

Le succès social, mais aussi la lourdeur financière, de l'A.P.A. sont attestés par ce chiffre-repère : en 2001, la dépense pour la Prestation Spécifique Dépendance (P.S.D.) n'était en Meurthe-et-Moselle que de 8,165 millions d'euros ! L'augmentation extrêmement rapide de la dépense annuelle pour l'A.P.A. depuis 2002 devrait dans le proche avenir être ralentie mais non enrayée. De nombreux élus et experts regrettent que le dispositif global de financement de l'A.P.A. laisse dans les faits « les budgets des départements assumer seuls les fluctuations de la dépense afférente » (2).

Les bénéficiaires de l'A.P.A. appartiennent pour une minorité non négligeable (22 % des titulaires vivant à domicile, 10 % de ceux qui vivent en établissement) à la tranche d'âge 60-75 ans. Le plafond mensuel (corrélatif aux revenus des personnes) de leur allocation s'élève à 1 125 euros pour les personnes les plus dépendantes et à 482 euros pour les

moins dépendantes. Le montant mensuel moyen d'un « plan d'aide à domicile » est de 488 euros, 95 % des sommes engagées l'étant pour une aide humaine facilitant la vie quotidienne (3), tandis que l'allocation pour les personnes en établissement atteint en moyenne 337 euros.

L'impact de l'A.P.A. sur l'emploi local peut être jugé comme considérable. En Meurthe-et-Moselle, la mise en place de l'A.P.A. a permis la création de 700 postes par les associations ou organismes divers intervenant dans l'aide à domicile (sous la formule de « prestataire » ou de « mandataire »), soit 400 ETP (équivalent temps plein). Les créations ou les régularisations des emplois « directs » ne peuvent être décomptées, mais viennent en sus, de même que les créations ou consolidations d'emplois, moins importantes en nombre, en établissements.

Pour l'ensemble de la France, 873 000 personnes (770 000 en 2002) sont titulaires de l'A.P.A. (4). 43 % sont modérément dépendantes ; 59 % vivent à domicile (5).

Vincent Berthet

*d'après données départementales
élaborées par Marie-Annick Helfer,
Conseil général de Meurthe-et-Moselle*

(1) Financés notamment par une fraction de la Contribution Sociale Généralisée.

(2) In *Rapport sur l'A.P.A.* de la Commission des affaires sociales du Sénat. Les variations entre départements quant au ratio dépenses APA / potentiel fiscal départemental sont considérables : 4 % dans les Hauts-de-Seine, près de 100 % dans la Creuse (avant une partielle péréquation).

(3) Proportion conforme à la moyenne nationale.

(4) Cet effectif n'est supérieur que de 10 % à l'estimation du nombre de bénéficiaires potentiels « personnes âgées en perte d'autonomie » utilisée par le gouvernement français lors de la mise en place de l'A.P.A., au terme de l'enquête nationale « Handicap-Invalidité-Dépendance » de 1999-2000.

(5) Au 31.03.2005. Source : agevillage.com