

Avril 2009

“Politique de l’âge”

Par Michèle Delaunay

Députée de la Gironde

Présidente du groupe de travail “Politique de l’âge”



Groupe SRC
Socialiste,
Radical,
Citoyen

Rapport d'étape et propositions

Editorial	3
Sommaire	5
État des lieux	7
Propositions - auditions	31
Pour un socialisme ami de l'âge	47
Conclusion - ouverture	57
Annexes	63

*“L’intelligence, c’est la réponse nouvelle à la question nouvelle”
Henri Bergson*

Vieillir est une chance, et c’est aussi un des objets de ce rapport de contribuer à envisager l’âge positivement. Certes, il ne va pas sans problèmes, ni sans questions, mais toutes les possibilités sont aujourd’hui ouvertes pour qu’il ne soit pas non plus sans réponses.

En effet, l’allongement de la vie qui a constitué le plus grand progrès du XX^{ème} siècle est aujourd’hui le défi politique majeur du XXI^{ème}. Un tiers de la population occidentale peut être considérée comme « âgée » mais, pour la majorité d’entre eux, ces âgés se portent bien, sont actifs et décidés à demeurer ainsi le plus tard possible. Les acquisitions techniques, au premier rang desquelles l’informatique, sont là pour les aider à demeurer pleinement en prise avec leur temps.

C’est aux politiques d’innover et de trouver, à la question nouvelle de la révolution des âges, des réponses nouvelles. Et c’est aux socialistes de se porter en tête de ce défi social, sociétal et humain, au moins aussi important que de défendre, aux siècles derniers, la veuve et l’orphelin. L’un et l’autre ont changé de visage mais n’ont pas moins besoin des valeurs fondamentales qui nous unissent.

Le rapport « Politique de l’âge » que Jean-Marc Ayrault a bien voulu confier à notre groupe est là pour ajouter une pierre à ce « socialisme ami de l’âge » que nous avons à construire. Il est le fruit d’une année d’auditions et de réflexion. Il s’appuie sur l’expérience dans son territoire, dans sa ville, de chacun des participants – en majorité des participantes ! - et je tiens à remercier particulièrement Danièle Hoffman-Rispal de son apport d’un bout à l’autre à l’élaboration de ce document et à adresser un hommage affectueux à Paulette Guinchard dont l’exemple nous a constamment accompagnés.

La dernière partie de ce document ouvre sur des propositions pour l’exercice local de nos mandats, mais aussi, de manière plus ambitieuse, pour contribuer à changer le regard sur l’âge et à « changer la vie » des âgés. La révolution des âges, il ne faut pas se suffire de l’analyser, il faut la faire. Elle a besoin d’un vocabulaire nouveau, de petites mesures qui ne paraissent pas grand chose, de règlements, de lois, de défenseur(e)s des âgés, tous capables de démontrer que non, décidément, il n’y a pas plus nouveau, plus jeune, plus moderne, plus progressiste que d’avancer en âge !

Michèle DELAUNAY
Présidente du groupe de travail « Politique de l’âge »

I - État des lieux

A - Faits et Chiffres : Etat et spécificités de la pyramide inversée

- 1 - Personnes âgées et retraites
- 2 - Aspects spécifiques du vieillissement

B - Annonces gouvernementales versus propositions et actions concrètes

- 1 - Une politique française de la vieillesse qui ne date pas d'hier
- 2 - Actions et résultats des gouvernements de gauche de 1997 à 2002
- 3 - Annonces gouvernementales depuis 2002
- 4 - Rapports de la MECCS, 2004-2007 : constats et propositions concrètes
- 5 - Bilan 2008

C - Politique de l'âge : un concept à définir

- 1 - De la réalité aux mots, des mots à la réalité
- 2 - Une approche du concept par les bonnes pratiques à l'étranger

II - Propositions, expériences et initiatives issues des auditions

A - Accompagnement et prise en charge

- 1 - Favoriser l'aide et le soutien à domicile
- 2 - Adapter, anticiper et innover en matière de logement
- 3 - Mieux identifier chaque étape du parcours de soins
- 4 - Aider les aidants naturels
- 5 - Appliquer la pyramide de Maslow

B - Initiatives solidaires et citoyennes

- 1 - Regard sur la vieillesse : éviter la stigmatisation, favoriser la compréhension
- 2 - Culture de l'intergénérationnel : favoriser les projets de rencontres

C - Politiques de prévention et de prévision : anticiper l'allongement de la vie

- 1 - Mener des politiques de prévention
- 2 - Développer les professions liées à l'avance en âge
- 3 - Prendre en compte et respecter les spécificités

D - Gouvernance et financement : assurer, simplifier et homogénéiser

- 1 - Favoriser une meilleure gouvernance par les acteurs locaux et nationaux
- 2 - Simplifier et uniformiser la législation en matière de tarification
- 3 - Convergence handicap-grand âge : principe et modalités
- 4 - Régler la question du financement

III - Pour un socialisme ami de l'âge : grands axes et propositions

Préalable aux propositions : un constat partagé

- A - Agir localement
- B - Emploi, activité, citoyenneté, participation sociale : les âgés sont des actifs
- C - Dans les institutions et établissements d'accueil : libertés et vraie vie
- D - Aide aux aidants : repenser le congé filial
- E - Mentalités, comportements : changer le regard sur l'âge
- F - Prévision et prévention

■ Conclusion/ Ouverture

■ Annexes

- ▶ Réunions et liste des personnes auditionnées d'octobre 2007 à janvier 2009
- ▶ Article paru dans les Tribunes socialistes, le 23 octobre 2007

A - Faits et Chiffres : état et spécificités de la pyramide inversée

I - Personnes âgées et retraites

► Centenaires et Retraités

L'Institut National d'Etudes Démographiques (INED) estime à 17 977 le nombre de centenaires en 2015 et à 60 302 en 2050 ⁽¹⁾.

13,8 millions de retraités vivent en France (chiffre de 2006) ; ils représentent plus d'un cinquième de la population. Le nombre de retraités devrait progresser rapidement jusqu'en 2050, date à laquelle on devrait compter 22,3 millions de retraités ⁽²⁾.

D'après les prévisions démographiques de l'Insee, reprises par le Conseil d'Orientation des Retraites (COR) dans son rapport publié en novembre 2007, la population active devrait rester extrêmement stable, autour de 28 millions d'actifs en France entre 2008 et 2050.

Si aujourd'hui le nombre de retraités est environ deux fois moins élevé que le nombre d'actifs, il ne sera qu' 1,25 fois moins élevé en 2050.


► Pauvreté des âgés et reste à charge

On compte aujourd'hui plus de 609 000 allocataires du minimum vieillesse ⁽³⁾.

Depuis le 1^{er} janvier 2008, le minimum vieillesse s'élève à :

- 7 537,29 euros par an pour une personne seule, soit environ 628 euros par mois - soit moins que le seuil de pauvreté qui est de 788 euros - ;
- 1 3521,27 euros par an pour un couple, soit environ 1 126 euros par mois.

Le coût réel moyen de la perte d'autonomie (reste à charge pour les familles) varie entre 1 000 et 2 000 euros par mois ⁽⁴⁾. Selon une enquête réalisée en 2007 ⁽⁵⁾ auprès des résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées ne bénéficiant pas de l'aide sociale à l'hébergement, le reste à charge est en moyenne supérieur à 1 600 euros par mois (1 500 euros d'hébergement et plus de 100 euros de ticket modérateur).



Pour la majorité des Français, sachant que **la moyenne des retraites est à 800 euros, ces frais supplémentaires ne peuvent être financés**, ni par leurs revenus, ni par leur épargne ou par l'aide de leur famille (à laquelle près de 80 % des personnes en Ehpad doivent aujourd'hui faire appel).

► Perte d'autonomie

Seulement 2 % des plus de 60 ans souffrent d'une forte perte d'autonomie, mais le risque augmente avec les années.

Or, on peut s'attendre, d'ici à 2040, à un triplement des plus de 75 ans et un quadruplement des plus de 85 ans.

On compte environ un million d'âgés en perte partielle ou complète d'autonomie en France et 3,7 millions d'aidants non professionnels (famille, voisins) soutenant une personne âgée en perte d'autonomie.

Le Conseil d'Analyse Stratégique estime que le nombre de personnes subissant de forts handicaps passera de 660 000 en 2005 à 940 000 en 2025.

Environ 225 000 nouveaux cas de la maladie d'Alzheimer et autres facteurs de démences sont détectés chaque année (près de 900 000 malades aujourd'hui ⁽⁶⁾).

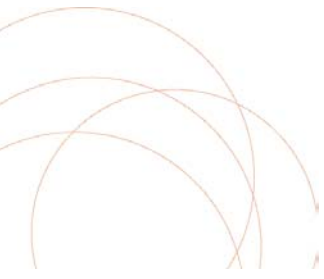
Au 31 décembre 2006, plus d'un million de personnes bénéficient de l'Allocation personnalisée à l'autonomie (Apa); on constate une augmentation de 1,9 % par rapport à fin septembre 2006 et de 6,3 % sur un an ⁽⁷⁾.

Au 30 juin 2008, 675 000 personnes bénéficiaient de l'Apa à domicile. Le montant mensuel moyen du plan d'aide accordé dans ce cadre était de 504 euros, dont 90 euros en moyenne étaient laissés à la charge du bénéficiaire.

Ainsi, le montant global du « *ticket modérateur* » de l'Apa à domicile peut être évalué en 2008 à 729 millions d'euros par an ⁽⁸⁾.

Ce montant ne représente cependant qu'une partie des restes à charge supportés par les familles ; il conviendrait d'y ajouter les dépenses non prises en compte dans le plan d'aide de l'Apa et celles supportées par les personnes âgées en perte d'autonomie qui n'ont pas recouru à l'Apa ou qui n'ont utilisé qu'une partie du plan d'aide.

Pour les personnes accueillies en établissement, le calcul du reste à charge doit prendre en compte la part du forfait dépendance non prise en charge par l'Apa et le tarif journalier d'hébergement.



Au 30 juin 2008, le montant mensuel moyen du reste à charge sur le forfait dépendance est évalué à 150 euros. Le nombre de personnes âgées accueillies en établissement et bénéficiant de l'Apa est de 419 000. Le montant global du « ticket modérateur » du forfait dépendance s'élève alors à 754 millions d'euros par an en 2008 ⁽⁹⁾.

▮ Opinion des Français sur la prise en charge de la perte d'autonomie

Un sondage publié par TNS Sofres en novembre 2007 confirme que les Français se sentent concernés par la prise en charge de la perte d'autonomie et comptent sur l'Etat et la solidarité nationale pour la financer.

« Sans parler d'augmentation des impôts ou taxes, 76 % Français estiment que l'Etat doit assumer la perte d'autonomie des personnes âgées, pour tous (36 %) ou pour les plus démunis (40 %), contre 23 % pour une prise en charge individuelle ».

2 - Aspects spécifiques du vieillissement

▮ Âge et conditions carcérales

Selon le ministère de la Justice, on compte au 1^{er} janvier 2008 2 364 personnes écrouées de plus de 60 ans, soit 3,70 % ⁽¹⁰⁾.


« En 20 ans, le nombre de plus de 60 ans a été multiplié par 5 », constatait déjà en 2000 le rapport de la commission d'enquête du Sénat. Huit ans après, le vieillissement ne cesse de s'amplifier avec ses conséquences parfois dramatiques justifiant les craintes d'une « prison-hospice ».

Les personnes âgées, lorsqu'elles sont en perte d'autonomie, ont des difficultés d'accès à tout ce qui rend la vie en détention moins pénible : la promenade par exemple, faute de pouvoir s'asseoir.

Elles font ensuite partie, pour une large part d'entre elles, d'un groupe de détenus, celui des délinquants sexuels, auxquels les codétenus rendent la vie particulièrement difficile.

Ainsi, les personnes âgées en milieu carcéral cumulent la faiblesse liée à la fragilité de l'âge et la stigmatisation liée à leur délit.

Enfin, il est parfois très délicat pour l'organisation de la prison dans son ensemble, avec ses cellules, ses étages, et ses escaliers, de l'aménager afin d'en faire un lieu de séjour vivable pour les personnes âgées.



Une politique de l'âge ne peut donc être menée sans une réflexion sur les conditions carcérales dans leur ensemble et plus particulièrement sur la possibilité pour un âgé de vivre décemment en prison.

► Âge et immigration

Une part non négligeable des immigrés s'est trouvée enracinée dans des foyers conçus pour des travailleurs alors qu'elle est de plus en plus précarisée. Isolée au sein d'établissements, elle a alors été confrontée à la mixité sociale alors qu'elle connaissait auparavant une relative homogénéité : une partie de cette population immigrée s'est alors particulièrement fragilisée.

Cette fragilité est accentuée par le fait que le retour, « *élément constitutif de la condition de l'immigré* » (Sayad, 1998), n'est souvent plus une issue possible, ni souhaitée.

Jusque dans les années soixante, les flux d'immigration étaient principalement composés d'hommes venus répondre aux besoins de main-d'oeuvre nés de la reconstruction, puis de la croissance. Dans l'ensemble des immigrés, les femmes étaient alors minoritaires.

Après 1974 et l'arrêt de l'immigration de main-d'oeuvre, les migrations pour raisons familiales ont pris une part croissante qui se traduit par une féminisation progressive de la population immigrée.

Entre 1974 et 1999, la population des hommes immigrés reste stable tandis que celle des femmes croît de 26 % (11). Depuis 1999, la population immigrée se répartit équitablement entre hommes et femmes.


La structure par âge de la population immigrée diffère de celle de l'ensemble de la population. Les jeunes y sont peu nombreux puisque, par définition, les immigrés ne naissent pas en France, et les enfants ayant accompagné leurs parents ou les ayant rejoints dans le cadre du regroupement familial sont rares.

Les migrants sont alors plus touchés en moyenne par le manque de liens intergénérationnels et l'isolement. La création de cafés sociaux ou d'appartements-relais, à Paris par exemple, a parfois permis de pallier en partie ces difficultés.

► Âge et handicap (12)

L'approche du handicap par l'âge conduit à distinguer les personnes en situation de handicap de moins de 60 ans et celles de plus de 60 ans.

Les premières sont bénéficiaires de la prestation de compensation du handicap comme voulue par la loi du 11 février 2005 et peuvent légitimement prétendre à



de nombreuses aides techniques et humaines dans le cadre de la prise en charge par les Conseils Généraux de leur handicap. **Les secondes relèvent du dispositif de l'Apa** qui est beaucoup moins compensateur pour ces personnes mais elles n'ont pas d'autres choix que de prétendre à un maximum de 92 heures par mois, ce qui représente en réalité un soutien très partiel comparé aux aides initiales décidées par les Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH).

Par ailleurs, si le Conseil est dans les deux cas, compétent pour le paiement de l'aide fournie, il n'en est pas de même quant à la décision. Dans le cas de la Prestation de Compensation du Handicap, la MDPH est exclusivement compétente, alors que dans le cadre de l'Apa, le Conseil se trouve directement en charge de la décision.

L'enquête de la DRESS dite HID (Handicap- Incapacité- Dépendance) diligentée en 2002, avait montré à l'époque que 267 000 personnes en situation de handicap avaient plus de 60 ans. Avec des critères plus larges et notamment ceux inscrits dans la loi du 11 février 2005, ce chiffre aurait très certainement avoisiné les 400 000 personnes. Aujourd'hui, les progrès de la science aidant, ce chiffre augmentera significativement chaque année.


Mais l'enquête HID avait bien montré que les personnes handicapées vieillissantes subissaient le poids de l'âge dès 40 ans ce qui impliquait **un nombre de personnes vieillissantes de 625 000 personnes.** L'élargissement des critères aurait abouti à un nombre de personnes supérieur à 800 000 en 2002.

Ces statistiques font état des personnes reconnues handicapées par les Commissions Techniques d'Orientation et de Reclassement Professionnel (COTOREP) et les MDPH et non celles dont la perte d'autonomie résulte de leur âge.

Les dispositifs financiers et techniques de compensation du handicap ne doivent plus aujourd'hui être commandés par la barrière de l'âge car la prestation du handicap s'arrête à 60 ans ce qui implique de nouvelles orientations à envisager pour ces personnes.

Or le maintien à domicile n'est plus possible pour nombre d'entre elles faute de moyens financiers suffisants pour compenser leur handicap. Il ne leur reste comme seule alternative que l'entrée en établissements pour personnes âgées.

Par ailleurs, nombre de dispositifs de prise en charge et d'accueil des personnes en situation de handicap en dessous de 60 ans sont essentiellement liés à l'âge ou au travail des personnes. **Le maintien dans les structures est aujourd'hui particulièrement complexe et reste attaché au bon vouloir des MDPH.** Les services de suite et d'accompagnement ou les services d'accompagnement à la vie sociale arrêtent leur prise en charge dès 60 ans ce qui impose de **trouver des solutions alternatives trop peu existantes sur le territoire et trop rarement mises en place faute de services et de moyens.**



Si les dispositifs de l’Apa prennent le relais, cela se fait dans des conditions différentes avec des acteurs et salariés différents rendant encore plus difficile le passage de mise à la retraite ou l’année des 60 ans. Il convient que ces personnes s’adaptent à un nouvel environnement.

► Âge et genre

Au 1^{er} janvier 2008, la population française compte **63,8 millions de personnes dont 51,4 % de femmes**. La population masculine est majoritaire jusqu’à 35 ans ; au-delà de cet âge, les femmes sont plus nombreuses, en particulier aux âges élevés.

Sept années séparent l’espérance de vie à la naissance des femmes (84,4 ans) et des hommes (77,5 ans) ⁽¹³⁾ ; cet écart a cependant tendance à se réduire légèrement au cours des dernières années.

Les Français, et surtout les Françaises, se classent parmi les Européens qui peuvent s’attendre à vivre le plus longtemps. Bien qu’elles soient moins nombreuses à la naissance, les femmes sont majoritaires dans l’ensemble de la population française du fait d’une surmortalité des hommes. 63 % des personnes âgées de plus de 75 ans sont des femmes.

Le phénomène d’isolement lié au vieillissement touche davantage les femmes qui, vivant plus longtemps, perdent plus souvent leur conjoint et se trouvent seules avec des retraites en moyenne plus faibles que celles des hommes.

Au-delà de 80 ans, plus de 60 % des femmes vivent seules contre seulement 21 % des hommes.

Les établissements d’hébergement pour personnes âgées accueillent en 2003 plus de 640 000 personnes dont trois quarts étaient des femmes. Les femmes entrent en institution plus tard que les hommes et y restent plus longtemps de sorte qu’en moyenne, les femmes hébergées dans ces structures sont plus âgées que les hommes (85 ans contre 79 ans).

Du fait de leur âge plus avancé, les femmes accueillies sont également plus fréquemment que les hommes en situation de forte perte d’autonomie.



B - Annonces gouvernementales versus propositions et actions concrètes

1 - Une politique française de la vieillesse qui ne date pas d'hier

La politique française de la vieillesse se structure dans les années 1960-1975, sous l'impulsion de l'Etat gaulliste, autour d'un nouvel enjeu : le mode de vie des personnes âgées (enjeu qui reste plus que jamais d'actualité).

▮ Le rapport Laroque publié en 1962 fixe les grandes lignes de cette orientation en mettant l'accent sur « *l'insertion des personnes âgées dans la société* » et en favorisant le développement d'un ensemble de services et d'équipements pour faciliter le maintien à domicile : amélioration du logement, création de services d'aides ménagères, mise en place de clubs de loisirs afin de lutter contre l'isolement et l'inactivité.

Ce rapport permet ainsi trois avancées non négligeables :

- ⇒ Déplacer l'orientation principale de la politique de la vieillesse du terrain économique vers le terrain social ;
- ⇒ Concerner l'ensemble des personnes âgées et non plus seulement les personnes dites « *économiquement faibles* » ;
- ⇒ Contribuer à définir une nouvelle manière, plus active et dynamique, d'être âgé, celle du « *troisième âge* ». Ce terme connaît une large diffusion dans les années 70 avec le développement des clubs, des universités ou encore des voyages pour le troisième âge.

Si le rapport Laroque a fortement contribué à un changement dans la façon de mener une politique de la vieillesse, on y parle encore du « *problème de la vieillesse* » auquel il est en premier lieu nécessaire de trouver des réponses économiques. De plus, ses recommandations et propositions concrètes n'ont été que partiellement appliquées.

▮ Les caisses de retraites complémentaires ont aussi aidé à la diffusion d'un nouvel art de vivre la retraite.

Se trouvant en concurrence pour la collecte et la gestion de fonds très importants et en expansion rapide, elles ont développé des services qui leur ont servi d'arguments dans la conquête de nouveaux marchés : sessions de préparation à la retraite, ouverture de centres de vacances...

L'inversion du rapport de force et le besoin d'autonomie entre les générations a aussi facilité une prise en charge par des institutions autres que la famille, les unes assurant les loisirs du « *troisième âge* », les autres l'hébergement des plus âgés.

2 - Actions et résultats des gouvernements de gauche de 1997 à 2002

▮ Première loi sur la dépendance, 1997

Le 24 janvier 1997 est votée la loi n° 97-60 « *tendant dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes* », à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une Prestation spécifique dépendance (Psd).

▮ Le rapport « Vieillir en France » de Paulette Guinchard, 1999

En 1999, le gouvernement de Lionel Jospin charge Paulette Guinchard, alors Députée de la deuxième circonscription du Doubs, du rapport « *Vieillir en France : enjeux et besoins d'une nouvelle orientation politique en direction des personnes âgées en perte d'autonomie* ».

Ce rapport dresse un diagnostic de la politique de la vieillesse, jugée inadaptée aux enjeux démographiques et sociaux : besoins insuffisamment pris en charge (notamment au vu du développement des démences séniles et de la maladie d'Alzheimer), recherche médicale et expériences des collectivités territoriales insuffisamment mises en valeur, trop grande diversité des structures décisionnelles.


Le rapport fait ensuite une large place aux propositions pour améliorer la connaissance du vieillissement (création d'un Institut national du vieillissement), organiser une nouvelle prise en charge (et notamment mieux représenter les personnes âgées et leur famille dans les institutions sociales et médico-sociales, renforcer la lutte contre la maltraitance, créer un échelon institutionnel départemental de coordination, développer la qualité dans le secteur du soutien à domicile, instaurer une prestation unique dépendance).

En 2000, le rapport de Jean-Pierre Sueur « *L'aide personnalisée à l'autonomie : un nouveau droit fondé sur le principe d'égalité* » est remis à Martine Aubry, alors Ministre de l'Emploi et de la Solidarité.

En 2001, sur proposition de celle-ci, Paulette Guinchard est nommée Secrétaire d'Etat aux personnes âgées.

▮ La création de l'Apa sous Lionel Jospin, 2001 : le soutien à domicile d'un million de personnes

En 2001, la création de l'Allocation personnalisée à l'autonomie (Apa) par le gouvernement de Lionel Jospin, résultat entre autres du rapport de Paulette Guinchard, constitue un immense progrès dans la prise en charge des personnes âgées puisqu' aujourd'hui plus d'un million de personnes en bénéficient (contre 148 000 pour la prestation précédente). Cette aide a permis aux personnes de rester 3 (voire 4) ans de plus à domicile.



Le financement de cette aide reste néanmoins fragile en raison du désengagement de l'Etat qui ne la finance plus qu'à hauteur de 28 % ainsi que des inégalités démographiques entre les départements.

Le Fond de Modernisation de l'Aide à Domicile, institué également en 2001, a quant à lui contribué à encourager et à soutenir les actions de professionnalisation et les expérimentations dans le secteur de l'aide à domicile. La mise en place des centres locaux d'information et de coordination gérontologique (CLIC) a donné la visibilité nécessaire au dispositif d'ensemble en permettant à chacun de connaître ses droits et les dispositifs de prise en charge existants.

► La création de l'Institut de la Longévité, puis Institut de la longévité et du vieillissement, 2002

Créé en 2002 à l'initiative du Professeur Baulieu sous le nom « *Institut de la Longévité* », ce Groupement d'intérêt scientifique (GIS) est le fruit d'un partenariat scientifique entre le ministère de la Recherche, le CNRS, l'Inserm, l'Ined et l'Association France-Alzheimer, destiné à fédérer des compétences et des moyens pour développer un programme de recherche déterminé sur les questions de vieillissement, à cibler les actions qui seront prioritaires, à assurer une coordination de ces recherches et à donner à ces questions une visibilité nationale. Le Gis se veut aussi une ouverture sur l'Europe pour la mise en place de réseaux d'excellence.

Ce programme est complété par un volet d'études et de recherches en sciences sociales : économiques, démographiques, sciences de la société.

En 2004, avec l'entrée des nouveaux partenaires que sont le ministère de la Santé et le ministère délégué aux Personnes Âgées, le nom du GIS est modifié afin de mieux rendre compte de son objet et du contenu de ses missions : il s'agit désormais de l'Institut de la longévité et du vieillissement (référence notamment à la proposition de Paulette Guinchard en 1999 de créer un Institut national du vieillissement).

Actuellement le budget du GIS vient essentiellement du Ministère de la Recherche. Le CNRS et l'Inserm y participent en mettant, dès sa création, des moyens en personnel et locaux à sa disposition. En 2004, le ministère délégué aux Personnes Âgées a assuré le financement de 2 projets en Sciences de l'Homme et de la Société.

3 - Annonces gouvernementales depuis 2002

► La journée de Solidarité, 2004 : une mesurette sans rapport avec les enjeux

La journée de solidarité, imposée sans concertation par le gouvernement en 2004 suite aux conséquences de la canicule de 2003 (15 000 morts), permet de financer à hauteur de 2,1 milliards d'euros la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

Elle fait peser le poids de la perte d'autonomie sur les salariés qui sont les seuls à travailler une journée supplémentaire sans rémunération. L'instauration de la journée de solidarité par l'article 2 de la loi du 30 juin 2004 constitue clairement une rupture avec le principe de l'égalité des citoyens devant les charges publiques issu de l'article 13 de la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen du 26 août 1789 qui pose : « pour l'entretien de la force publique et pour les dépenses d'administration, une contribution commune est indispensable. Elle doit être également répartie entre tous les citoyens, en raison de leurs facultés ».

Cette forme de solidarité est contraire aux droits fondamentaux de l'Union européenne et aux fondements du droit du travail. Il faut en effet s'interroger sur la compatibilité de l'obligation de travailler faite aux salariés et fonctionnaires par la loi du 30 juin 2004 au regard de l'article 5.2 de la Charte des Droits fondamentaux de l'Union européenne signée et proclamée le 7 décembre 2000 à Nice et posant que « nul ne peut être astreint à accomplir un travail forcé ou obligatoire ». Ce principe reprend entièrement l'article 4.2 de la Convention Européenne des Droits de l'Homme.

Enfin et surtout, cette journée de solidarité ne permet pas de répondre aux besoins grandissants liés à la perte d'autonomie. La réflexion sur le financement de la perte d'autonomie ne doit pas être une occasion de briser les liens qui unissent les générations, mais au contraire de les renforcer.

La discussion approfondie avec les partenaires sociaux sur la base intangible du maintien d'un financement solidaire est primordiale : celle-ci n'a pas eu lieu.



► Plan Solidarité-Grand âge (Philippe Bas), 2006 : un plan ambitieux, des moyens insuffisants

Les cinq grands axes du Plan

- ⇒ Donner aux personnes âgées en perte d'autonomie **le libre choix** de rester chez elles : en développant les services de soins et d'aide à domicile ; en soutenant davantage les aidants familiaux ; en assurant une continuité entre domicile et maison de retraite ;
- ⇒ Inventer la « maison de retraite de demain » et permettre aux personnes âgées vulnérables de mieux y vivre, en augmentant le nombre de soignants, en améliorant la qualité de vie, en maîtrisant les prix ;
- ⇒ Adapter l'hôpital aux personnes âgées, en développant la filière gériatrique et en resserrant des liens tant avec le domicile qu'avec la maison de retraite ;
- ⇒ Assurer pour l'avenir le financement solidaire de la perte d'autonomie, afin de garantir un haut niveau de protection sociale ;
- ⇒ Insuffler une nouvelle dynamique à la recherche et à la prévention.

Ce Plan Solidarité Grand Âge non financé est ambitieux et reflète une écoute des problèmes exposés par l'ensemble des professionnels. Quelques bonnes mesures étaient attendues de longue date comme la création de véritables plateformes gérontologiques permettant de décloisonner le domicile et l'établissement.

Malgré cela, ce plan est insuffisant et très vite critiqué par les associations et les professionnels :

Réponses inadaptées et insuffisantes, qu'il s'agisse du nombre de personnels en établissement ou à domicile, des nécessaires baisses de charges supportées par les personnes âgées et leurs familles en établissement ou des créations d'établissements.

L'Adpa (Association des directeurs au service des personnes âgées) « attend de l'ensemble des responsables politiques qu'ils mesurent les 30 ans de retard français qui ont conduit au décès de 15.000 personnes âgées en 2003 et qu'ils intègrent cette question dans les débats électoraux de 2007 ».

Critique du **Synerpa** (Syndicat national des établissements et résidences privées pour personnes âgées) : « En terme de créations d'établissements, c'est à peine la moitié des besoins véritables que ce plan nous permettra d'atteindre ».



Interrogations sur la faisabilité financière d'un tel programme alors qu'il apparaît d'ores et déjà de 2 à 3 fois inférieur à ce qui avait été chiffré par les professionnels.

Claudy JARRY, président de la **Fnadepa** (Fédération nationale des associations de directeurs d'établissements et services pour personnes âgées), l'a notamment souligné.

Alain LHOSTIS, président délégué du conseil d'administration de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris, « constate que le ministre n'a pas répondu aux inquiétudes des associations de personnes âgées, de leurs familles, des professionnels de santé et des collectivités locales au sujet de la réforme des unités de soins de longue durée (Usld) » qui va, selon lui, « se traduire, dès la fin 2006, par la fermeture de milliers de lits de prise en charge sanitaire des personnes âgées dans les Usld des hôpitaux ». Il souligne également « le flou entretenu sur le financement des promesses annoncées » qui « ne peut que renforcer le sentiment que ces réformes sont loin de prendre la mesure de l'immense défi que représente le vieillissement de la population ».

Insuffisance du volet prévention de la vulnérabilité et de la perte d'autonomie.


Le maximum de coût est absorbé par les années de grande perte d'autonomie. Tout doit être mis en œuvre pour les retarder au maximum et en réduire de ce fait la durée.

Une politique de prévention du « mauvais » vieillissement doit être mise en œuvre (alimentation, activité physique, maintien des liens sociaux...).

► Plan Alzheimer, 2008 : un plan partiellement financé... par les franchises médicales

Ce Plan, présenté en février 2008, par le Président de la République à Sofia-Antipolis comporte 10 mesures phares pour « améliorer le diagnostic », pour « mieux soigner et mieux accompagner », pour « aider plus et mieux », pour « chercher plus vite » :

- ⇒ Élaborer et mettre en œuvre un dispositif d'annonce et d'accompagnement ;
- ⇒ Renforcer les consultations mémoire à forte activité ;
- ⇒ Labelliser sur tout le territoire des « portes d'entrée unique », les « Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer » ;
- ⇒ Mettre en place des « coordonnateurs » sur l'ensemble du territoire ;
- ⇒ Renforcer le soutien à domicile, en favorisant l'intervention de personnels spécialisés ;
- ⇒ Créer ou identifier, au sein des Ehpad, des unités adaptées pour les patients souffrant de troubles comportementaux ;

- 
- ⇒ Identifier un « centre national de référence pour les malades Alzheimer jeunes » ;
 - ⇒ Développer et diversifier des structures de répit ;
 - ⇒ Mettre en place un numéro unique et un site Internet d'information et d'orientation locale ;
 - ⇒ Créer une fondation de coopération scientifique pour stimuler et coordonner la recherche scientifique.

Si l'Etat doit financer le volet « *recherche* », les volets « *soins* » et « *accompagnement médico-social* » le seront en partie par les franchises médicales selon le gouvernement.

On annonce la création de maisons pour l'autonomie. Une question reste en suspens : quels seront leurs liens avec les maisons départementales des personnes handicapées et avec les centres locaux d'information et de coordination, les Clic ? (14).

Ce Plan a aussi pour ambition de favoriser le *case management*, pour reprendre une expression connue au Canada ou au Japon, à savoir prévoir un référent auprès de la personne âgée. Cela existe déjà dans certains départements, mais n'est ni étendu, ni suffisamment financé.

Les départements sont aujourd'hui fortement mis à contribution et les recettes de la Cnsa demeurent insuffisantes pour développer toute l'action nécessaire.

► Cinquième risque ou cinquième branche ?

La création d'un cinquième risque correspondant à un des axes du Plan Solidarité-Grand Age est en cours de discussion au sein de la mission sénatoriale présidée par Philippe Marini, dont le rapport d'étape a été mené par Alain Vasselle (15).

Alors que le 5ème risque était présenté comme une étape marquant un progrès supplémentaire par rapport à l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie (Apa), l'esquisse dressée par le Président de la République constitue en réalité un recul.

Le 18 septembre 2007, le Président de la République déclarait « *Les investisseurs privés doivent investir davantage dans ce secteur (...). La dépendance des personnes âgées est le plus souvent un risque assurable qui peut être couvert en partie par des produits innovants. Ces produits d'épargne longue doivent être fiscalement encouragés* ».

Deux annonces fortes émaillaient ses propos : la « *prise en compte des capacités contributives des personnes ainsi que de leur patrimoine* » et le « *développement de l'assurance individuelle contre le risque de dépendance* ».



Plusieurs associations et collectifs ont dénoncé la « marchandisation » discernée à travers ce discours sur le 5^{ème} risque.

Exemple de la Fnath (Association des accidentés de la vie) :
« *La Fnath ne partage pas la vision qui considère la dépendance des personnes âgées et handicapées comme un « bien marchand » alors qu'il s'agit d'un risque majeur qui doit être pris en charge par la solidarité nationale, essentiellement au sein de la sécurité sociale, seule à même de préserver un accès universel aux prestations et une égalité de traitement pour tous. La privatisation de l'assurance dépendance peut s'avérer dramatique pour les revenus modestes pour lesquels l'incitation fiscale ne présente aucune utilité et constitue la première étape vers une remise en cause de l'ensemble de notre protection sociale* ».

On ne peut par ailleurs que regretter le message transmis par la sémantique choisie par le gouvernement : **vieillir ne constitue pas un risque mais bel et bien une chance !**

4 - Rapports de la MECSS, 2004-2007 : constats et propositions concrètes

MECSS = Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la Sécurité sociale

Mission actuellement coprésidée par M. Jean Mallot et M. Pierre Morange.

► Une initiative parlementaire

La création de la MECSS résulte d'un amendement de M. Jean-Michel Dubernard, rapporteur de la commission spéciale chargée d'examiner le projet de loi relatif à l'assurance maladie, présenté par le Gouvernement, le 16 juin 2004. Cet amendement répondait à la volonté unanime des groupes politiques de renforcer le contrôle parlementaire sur les finances sociales.

Article 38 - Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie

« Il peut être créé au sein de chaque assemblée saisie au fond des projets de loi de financement de la sécurité sociale une mission d'évaluation et de contrôle chargée de l'évaluation permanente de ces lois »

(disposition figurant aujourd'hui à l'article L°111-10 du code de la sécurité sociale).



15 décembre 2004 : Création de la MECSS

La Commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale constitue en décembre 2004 une mission de dix députés appartenant à tous les groupes politiques et présidée conjointement par un député de la majorité et un député de l'opposition.

► Rôle de la MECSS

La Mecss permet au Parlement de mieux suivre l'exécution des lois de financement de la sécurité sociale et de s'assurer que les nouveaux outils législatifs et réglementaires répondent bien aux objectifs financiers retenus.

La Mecss a procédé à 4 études portant sur :

- ⇒ L'organisation et le coût de gestion des branches de la sécurité sociale ;
- ⇒ Le financement des établissements d'hébergement des personnes âgées ;
- ⇒ La tarification à l'activité dans les établissements de santé ;
- ⇒ L'action sociale du régime de sécurité sociale et des collectivités territoriales.

► L'efficacité de la MECSS (en particulier sous la co-présidente Paulette Guinchard) est à souligner. A titre d'exemple : dans les 3 mois qui ont suivi la publication de la MECSS sur le financement des établissements d'hébergement des personnes âgées, le Gouvernement a présenté son Plan Solidarité-Grand âge dont les mesures reprennent certaines observations du rapport de cette mission.

► Le rapport 2007

Le premier rapport de la MECSS présenté par Martine Carrillon-Couvreur en février 2007 examine la complexité de l'action sociale et les conséquences de l'éclatement des compétences. Il formule une série de propositions visant à améliorer la coordination et à décroïsonner le social et le sanitaire mais aussi à donner un nouveau sens à l'action sociale et à améliorer l'effectivité des droits.



Quelques propositions phares du rapport :

- ⇒ Développer une offre de services permettant l'exercice effectif du libre choix du mode d'hébergement pour les personnes âgées ;
- ⇒ Accroître l'effort de créations de places médicalisées en établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes et dans ce sens, prévoir une programmation pluriannuelle ;
- ⇒ Prévoir des incitations tarifaires au développement d'établissements multiservices d'hébergement, d'accueil de jour et d'hébergement temporaire ;
- ⇒ Atteindre, aussi rapidement que possible, le ratio, prévu par le plan « *solidarité-grand âge* », d'un professionnel pour un résident pour les résidents les plus en perte d'autonomie, à l'instar de ce qui est prévu pour les établissements d'hébergement de personnes handicapées ;
- ⇒ Élargir l'offre des services à domicile et les rendre plus accessibles, notamment en développant l'hospitalisation à domicile (HAD) ainsi que les équipes mobiles gérontologiques et de soins palliatifs ;
- ⇒ Accélérer le déploiement de l'aide au retour à domicile après hospitalisation ;
- ⇒ Améliorer la qualité de l'accompagnement en sensibilisant et en formant au « *soigner et prendre soin* » ;
- ⇒ Favoriser la prévention du vieillissement en développant la politique du « *bien vieillir* » ;
- ⇒ Développer l'aide aux aidants en instituant un droit à la formation professionnelle et à la valorisation des acquis de l'expérience, un accompagnement psychologique, l'indemnisation du congé de soutien familial et en prévoyant l'élargissement du crédit d'impôt famille ;
- ⇒ Étudier les effets du « *reste à charge* » des personnes sur les refus de plans d'aide d'allocation personnalisée d'autonomie (Apa) ;
- ⇒ Accroître l'effort de recherche sur les maladies du grand âge.

Ces propositions restent d'actualité.



5 - Bilan 2008

► Encore aujourd'hui, on constate régulièrement :

⇒ **Une maltraitance psychologique** liée à l'image erronée des personnes âgées mais aussi au manque de formation et de personnels dans les établissements ou pour l'aide à domicile ;

⇒ **Une maltraitance financière** perceptible à travers la question des tutelles et le fait qu'un handicapé de moins de 60 ans et un handicapé de plus de 60 ans soient aidés de manière différente (Ex : plan d'aide à domicile) ;

⇒ **Une maltraitance sociale** liée à la place que nous n'avons pas su faire aux personnes âgées dans notre société ⁽¹⁶⁾.

► Une situation alarmante dans les EHPAD (Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes)

Aujourd'hui, les maisons de retraites des pays européens voisins sont dotées de 2 fois plus de personnel que les nôtres, sans parler de la Suède qui compte 4 fois plus de professionnels dans ses établissements.

On est actuellement à 0,4 agent par résident, ce qui est très insuffisant pour les âgés comme pour les personnels. Le ratio est encore plus faible en ce qui concerne les personnels soignants pour lesquels on compte 0,21 agent par résident.

► Un budget annuel toujours insuffisant

Le budget 2008 ne permet pas plus que le précédent de renforcer le personnel soignant, alors que les prises en charge sont de plus en plus lourdes du fait de l'accroissement des pathologies neuro-dégénératives.

Il faut donc s'attendre à une diminution du temps de soins par résident et à une augmentation de la pénibilité du travail. Cela aura des conséquences en terme de qualité de soins et de respect de la « *bien-traitance* » des âgés en établissement.

► Propositions de la MECSS non-appliquées jusqu'à maintenant

La MECSS recommande de :

⇒ Désigner clairement et impérativement l'autorité compétente en matière de financement des investissements des établissements d'hébergement pour personnes âgées ;



- ⇒ Mettre en place un système d'information et d'évaluation fiable prenant la mesure du caractère diversifié de la demande et offrant aux décideurs une typologie permettant de comparer les coûts réels,
- ⇒ Doter l'administration d'un système de suivi de l'évolution des coûts d'hébergement supportés par les résidents des établissements.

Selon le Gouvernement :

- ⇒ La convergence intrasectorielle, suspendue depuis 2006, ne pourra reprendre qu'après la réalisation de toutes les études sur les écarts de coûts entre les secteurs.
- ⇒ C'est à lui de fixer le taux de la fraction tarifée dans le secteur public et non au Parlement. Il souligne aussi le problème de faisabilité politique pour intégrer les honoraires des praticiens et auxiliaires libéraux dans les tarifs.
- ⇒ En matière de pilotage de la réforme, la Mission T2A (Tarification à l'activité dans les établissements hospitaliers, visant à l'harmonisation des modes de financement entre les secteurs public et privé, consistant pour un même soin, à saisir la même information et à payer la même somme dans le public comme dans le privé) est souvent pertinente. La réponse du Gouvernement est pourtant confuse puisqu'il est indiqué que la Mission T2A doit conserver son « *rôle de pilote* » mais que la DHOS (Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins / Ministère de la Santé) est responsable du « *pilotage* »...
- ⇒ Par ailleurs, le Gouvernement refuse de confier le contrôle médico-économique des établissements à la seule assurance maladie.

▮ Propositions notifiées par la MECSS au gouvernement et dont l'application reste à évaluer

- ⇒ Améliorer la qualité du service aux personnes en rendant l'organisation de l'action sociale plus efficiente: pour cela, simplifier, décloisonner, clarifier, coordonner, connaître, évaluer, prévenir, former, financer, redéployer.

Exemples : inciter les départements à déléguer aux maires le pouvoir de coordonner les acteurs locaux de l'action sociale, prévoir une obligation de contractualisation entre les caisses de sécurité sociale du régime et les départements... etc.

- ⇒ Adapter les prestations d'action sociale aux nouvelles demandes (petite enfance, jeunes, personnes âgées, personnes handicapées, allocataires du RSA) et améliorer l'effectivité des droits.



Exemples : étudier les effets du « *reste à charge* » des personnes sur les refus de plans d'aide d'allocation personnalisée d'autonomie (Apa), accélérer la convergence personnes âgées-personnes handicapées, supprimer la barrière d'âge et établir une grille commune d'évaluation.

⇒ Réduire de manière accrue le reste à charge pour les personnes en perte d'autonomie et leur famille.

Les critiques émises à ce sujet par la Mecss ⁽¹⁷⁾ ont été en partie prises en compte par les pouvoirs publics. Le décret n° 2007-1554 du 31 octobre 2007 relatif à la compensation des surcoûts d'exploitation en matière de frais financiers et d'amortissement dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux (pris en application de l'article 86 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007) a ainsi permis la prise en charge par l'assurance maladie d'une partie des intérêts des emprunts immobiliers.

Depuis 2006, les Ehpad ont accès aux prêts locatifs sociaux (PLS), jusque-là réservés aux structures destinées à accueillir des personnes suffisamment autonomes pour accéder à un logement privatif. Ils bénéficient également de l'exonération de la taxe foncière pour une durée de vingt-cinq ans. Par ailleurs, le PLS ouvre droit à l'allocation personnalisée au logement (APL) pour les résidents.

L'article 45 de la loi n° 2007-290 du 5 mars 2007 instituant le droit au logement opposable et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale, a mis en oeuvre un taux réduit de TVA à 5,5 % pour les travaux de transformation, d'aménagement, d'entretien ou de construction pour les établissements agissant sans but lucratif accueillant des personnes âgées et des personnes handicapées.

Enfin, les collectivités locales (départements et communes) et la CNSA interviennent également pour réduire le coût du foncier en offrant les terrains ou bien peuvent verser des subventions d'investissement.

Si l'impact de ces mesures n'est pas négligeable, **le reste à charge demeure trop élevé pour la plupart des familles.**



C - Politique de l'âge : un concept à définir

1 - De la réalité aux mots, des mots à la réalité

Dans la politique de l'âge, il est essentiel que les mots impactent l'action et donc que soit utilisé un vocabulaire précis, réaliste et optimiste.

Une première question concerne la politique de l'âge elle-même, expression à laquelle on pourrait préférer « *politique des âges* » qui nous paraît cependant introduire une section entre les groupes différents d'âge alors qu'au contraire, notre propos est d'insister sur la continuité et le lien.

Parler de « *dépendance* » donne une image négative de la vieillesse. Nous parlerons plutôt, tout au long de ce rapport, de « *besoin, de défaut ou de perte d'autonomie* ».

Le mot « *risque* » a désormais également une connotation négative alors que l'allongement de la vie est à l'évidence une chance comme l'est le « *troisième risque* » de l'assurance sociale qui est la famille.

Dans l'esprit des fondateurs de la sécurité sociale, « *risque* » voulait dire risque de perte ou de diminution de salaire que la solidarité devait pallier. Aujourd'hui, ce n'est pas ainsi qu'on l'entend. On peut donc **s'interroger sur le bon choix de la dénomination « cinquième risque »**.

Enfin, il est intéressant de peser l'usage des différents mots « *vieux* », « *vieillesse* », « *ânés* », « *seniors* », « *âgés* » ou « *personnes âgées* ».


2 - Une approche du concept par les bonnes pratiques à l'étranger

L'Organisation des Nations Unies (ONU), lors de la Conférence Mondiale du Vieillissement de Madrid en mars 2002 ⁽¹⁸⁾, puis lors de la Conférence paneuropéenne du vieillissement de Berlin en septembre de la même année, s'est fixé l'objectif d'une « *société pour tous les âges* » : ce doit être le sens de notre action ⁽¹⁹⁾.

L'observation des bonnes pratiques à l'étranger a cet objet.

► Economie et nouveaux besoins

Au Japon, un nouveau pouvoir, le « *gray power* », est en train d'émerger. « *Rôjinryoku* », ou « *force de l'âge* », est une expression renvoyant aussi bien à la santé physique qu'au dynamisme de ce nouveau troisième âge.



On estime que l'âge ne doit pas empêcher d'être actif dans la société, et les personnes âgées sont pour la plupart très impliquées dans les associations de quartier ou clubs aux buts plus spécifiques (organisations pour l'environnement, clubs de lecture, etc...).

Ce changement du mode de vie des personnes âgées coïncide avec l'apparition d'un nouveau marché désigné sous le nom de « *Silver Market* », que l'on doit considérer comme un des moteurs de l'économie du XXI^{ème} siècle.

Les consommateurs âgés sont exigeants, en particulier dans le domaine des loisirs.

Les secteurs du sport, des loisirs (théâtre, enseignements universitaires, langues étrangères...) et du tourisme connaissent une augmentation de leur clientèle âgée.

Les nouvelles technologies permettent un soutien à domicile plus fréquent grâce à l'adaptation des logements aux besoins de chacun.

Loin d'être passives et en défaut d'autonomie, les personnes âgées sont en réalité très actives et contribuent, par leur demande nouvelle et leur travail (bénévole ou salarié), à l'économie japonaise. Cette image dynamique de l'ensemble des personnes âgées n'est pas encore assez visible et valorisée en France. Les personnes âgées ont pourtant des revenus équivalents à ceux des actifs depuis plusieurs années et leur demande soutient largement les marchés de l'automobile, des services à domicile... (20).

► Activité et emploi des seniors

Le volontariat intergénérationnel est pratiqué dans plusieurs pays souhaitant assurer une meilleure cohésion sociale.

En Allemagne, ce volontariat a été mis en place par le ministère pour la famille, les Seniors, les femmes et les jeunes.

Au Japon, les organisations de « Volontaires d'Argent », Japan Silver Volunteers (JSV) Inc sont nées de l'idée de Watanabe Takeshi, le premier Président de la Banque Asiatique de développement. Fondé en 1977, ce programme a pour objectifs d'utiliser les talents, savoirs et expériences des personnes âgées pour soutenir les pays en voie de développement et les économies émergentes grâce aux volontaires, de promouvoir l'amitié entre les peuples au moyen d'échanges internationaux et de donner aux personnes âgées un sens à leur vie.

Par ailleurs, le taux d'emploi des seniors (ici en 2005) n'est pas aussi faible dans les pays voisins (voir tableaux ci-après) (21).

Contrairement à la Finlande et aux Pays-Bas, la France n'est pas parvenue à augmenter le taux d'emploi des 55-64 ans (38,1 % en 2008). Elle a tendance à s'enfermer dans une « *culture de la sortie précoce* », à l'inverse de pays comme la Suède ou le Japon dans lesquels il existe un consensus sur le maintien des personnes âgées sur le marché du travail par une « *culture du droit au travail à tout âge* » (22).

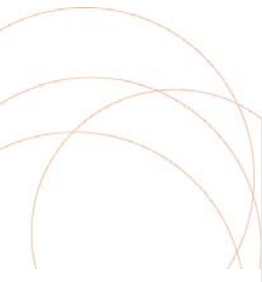
Taux d'emploi des 55-64 ans dans la zone euro (en pourcentage, source : Eurostat, 2005)			
Pays	Total	Hommes	Femmes
Allemagne	45,4	53,5	37,5
Autriche	31,8	41,3	22,9
Belgique	31,8	41,7	22,1
Espagne	43,1	59,7	27,4
Finlande	52,7	52,8	52,7
France	37,9	40,7	35,2
Grèce	41,6	58,8	25,8
Irlande	51,6	65,7	37,3
Italie	31,4	42,7	20,8
Luxembourg	31,7	38,3	24,9
Pays-Bas	46,1	56,9	35,2
Portugal	50,5	58,1	43,7
Total zone euro	40,4	49,7	31,5

Taux d'emploi des 55-64 ans dans l'Union Européenne hors zone euro (en pourcentage, source : Eurostat, 2005)			
Pays	Total	Hommes	Femmes
Chypre	50,6	70,8	31,5
Danemark	59,5	65,6	53,5
Estonie	56,1	59,3	53,7
Hongrie	33,0	40,6	26,7
Lettonie	49,2	59,1	41,7
Lituanie	49,5	55,2	45,3
Malte	30,8	50,8	NR
Pologne	27,2	35,9	19,7
République tchèque	44,5	59,3	30,9
Royaume-Uni	56,9	66,0	48,1
Slovaquie	30,3	47,8	15,6
Slovénie	30,7	43,1	18,5
Suède	69,4	72,0	66,7
Total UE	42,5	51,8	33,7

► Logement

Les colocations de personnes âgées deviennent une solution alternative au départ en maison de retraite de plus en plus courante dans les pays nordiques. L'aménagement des appartements (chambres avec kitchenette et salle de bains) a un coût relativement faible par rapport au coût de la maison de retraite et à Dresde par exemple, le loyer est compris entre 270 et 380 euros. Le gouvernement allemand cherche à développer ce système depuis 2005.

Au Royaume-Uni, il s'agit du concept Abbeyfield.



L'idée est née au cœur de Londres au milieu du vingtième siècle. A l'heure actuelle, plus de 10 000 personnes vivent dans des maisons Abbeyfield à travers le monde.

Cette formule est souvent accessible à des revenus modestes car l'investissement de départ provient de fonds publics ou de dons.

Il s'agit d'une formule de vie communautaire où la solidarité entre les habitants joue un rôle important. Une autre clé du dispositif est le volontariat. Un groupe de volontaires collabore au fonctionnement de la maison et est attentif à insérer les habitants dans la vie sociale du quartier. Afin de garantir le bon fonctionnement logistique de la maison et des services communs, il arrive qu' « un maître » ou « une maîtresse de maison » soit engagé(e).

Ce type de projet est géré par les habitants eux-mêmes et les volontaires. Ce sont les deux composantes de base du conseil d'administration de l'association, propre à chaque maison.

En Belgique, il existe également de nombreux types de colocations de seniors.

L'Antenne Andromède située en milieu urbain existe depuis une vingtaine d'années. Elle est menée sous la tutelle d'un Centre public d'aide sociale, équivalent des Centres communaux d'action sociale en France. Les habitants se choisissent par cooptation. Le projet couvre six appartements occupés par cinq résidents. L'aide professionnelle est flexible.

Une réunion entre ces professionnels et les résidents a lieu très régulièrement et un travailleur social visite fréquemment les différentes unités. Cette formule d'accueil est intéressante également sur le plan financier et se trouve donc souvent accessible aux personnes à revenus modestes.

3 - Une politique pour tous les âges et tous les domaines

Comme on le comprend en étudiant chaque obstacle et chaque besoin lié à la question de l'âge, **la politique de l'âge doit aller au-delà d'une politique à destination des âgés. Elle doit toucher toutes les générations et l'ensemble d'une politique gouvernementale** (droits de l'Homme, économie et croissance, logement, emploi, immigration, condition carcérale, égalité entre les genres...etc.).

Il faut repenser le système de segmentation de la société ; une personne de 65 ans peut être handicapée et en besoin d'autonomie mais peut aussi avoir une vie active et dynamique et avoir des attentes aussi importantes qu'une personne de 30 ans.

La segmentation, la distinction par l'âge ne peut qu'être source de discrimination, de jeunisme ou d'âgisme.

Propositions issues des auditions

Réunions et liste des personnes auditionnées > voir annexes

Les auditions menées entre octobre 2007 et janvier 2009 ont permis de collecter un grand nombre de données structurées autour des 4 axes principaux de la politique de l'âge :

- L'accompagnement et la prise en charge ;
- Les initiatives solidaires et citoyennes ;
- L'anticipation de l'allongement de la vie par des politiques de prévention et de prévision ;
- La gouvernance et le financement.

L'ensemble de ce matériel est présenté de manière extensive car chaque proposition peut trouver une application dans la politique locale ou nationale. Toutes ne sont pas retenues parmi les propositions phares de notre groupe.


A - Accompagnement et prise en charge

1 - Favoriser l'aide et le soutien à domicile

Si l'Apa a été une avancée non négligeable dont les socialistes peuvent être fiers, il faut poursuivre les efforts en matière d'accompagnement et de soutien à domicile en assurant un système efficace et un maillage territorial équilibré.

A l'échelon national :

⇒ Prolongement de l'Apa (question de son organisation et de son financement) en se fondant sur les données issues du rapport de la Mission d'Evaluation et de Contrôle de la Sécurité Sociale (MECSS) (23).



La MECSS (24) avait souhaité en 2007 que les travaux visant à assurer la convergence des politiques en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées prévues pour 2010 soient accélérées. Il conviendrait de supprimer la barrière d'âge, d'instituer des équipes pluridisciplinaires d'évaluation unique et une grille commune d'évaluation aux personnes âgées et aux personnes handicapées.

Un tel dispositif ne peut se faire que par une volonté politique forte au niveau de l'IGAS et du Ministère des affaires sociales. Or, l'Etat actuellement joue un rôle résiduel dans la prise en charge directe des personnes handicapées et des personnes âgées et dans les politiques à mettre en œuvre. Il laisse ainsi le soin aux Conseils Généraux dans le cadre de leur compétence en matière d'aide sociale de définir ses propres moyens et ses propres actions par le biais des règlements départementaux d'aide sociale même s'il est vrai qu'un cadre législatif et réglementaire existe.

Aussi, il convient que l'Etat élabore un véritable plan d'aide aux personnes handicapées vieillissantes avec des directives précises et des financements adéquats. Faute d'une telle action nationale, il sera constaté au niveau local, des traitements différents des personnes comme cela avait pu être constaté dans le cadre des dispositifs d'aide aux personnes âgées antérieurs à l'Apa (PCD). Le Gouvernement de Lionel JOSPIN avait à l'époque rendu obligatoire l'instauration de l'Apa et des grilles GIR afin d'appliquer une prise en charge unique, équivalente et égalitaire sur le territoire. Un tel mécanisme doit impérativement être repris dans le cadre du handicap des personnes vieillissantes afin de permettre une prise en charge identique à tout le territoire et pour toutes les personnes.

Il convient donc que la convergence entre personnes âgées et personnes handicapées soit rapidement mise en place par l'état, avec un prolongement et un accompagnement du dispositif Apa élargi aux critères de la prestation du handicap.

⇒ Atténuation des différences aujourd'hui trop grandes entre les dotations aux associations d'aides à domicile au milieu rural et urbain en mutualisant les moyens.

⇒ **Qualification des aides à domicile** sur ce qu'ils/elles ont besoin de savoir faire.

⇒ **Travail étudiant au domicile, mais sous conditions** de contrat, de coordination, d'un encadrement, d'une véritable formation et d'une activité réelle.

⇒ **Titularisation sous conditions strictement définies de personnes allocataires du RSA en permettant aux services d'aide à domicile de s'engager à les embaucher** au bout de deux ou trois mois d'exercice, voire de les amener à passer leur diplôme d'auxiliaire de vie sociale.

⇒ Possibilité pour chaque personne d'avoir une aide à domicile suffisamment tôt (évite ou retarde le glissement vers le défaut d'autonomie + facteur de socialisation).



⇒ **Augmentation des moyens donnés aux SSIAD** (Services de soins infirmiers à domicile) de former et de mettre en place le matériel et les techniques très performants qui existent déjà (douche au lit, toucher-massage...). Cela permet une prévention de la perte d'autonomie et le soutien à domicile plus longtemps ⁽²⁵⁾.

⇒ **Travail à l'homogénéité des instruments sur l'ensemble du territoire.**

⇒ **Mise en place d'un référent unique** pour la personne âgée.

A l'échelon local :

⇒ **Élargissement du rôle des centres locaux d'information et de coordination gérontologiques (CLIC)** qui coordonnent l'ensemble des interventions ⁽²⁶⁾.

⇒ Réfléchir à la pertinence ou non d'avoir deux structures avec les mêmes missions : MDPH et CLIC.

Il faut élargir les compétences des départements qui voient leur rôle et leurs missions fortement encadrés par des dispositions réglementaires ou législatives. Il faut décloisonner l'action sociale en la matière et mobiliser autour de démarches dynamiques et attractives l'ensemble des acteurs pouvant offrir des solutions aux personnes handicapées vieillissantes. Ainsi, il apparaît que les CLIC ⁽²⁷⁾ doivent être fortement mobilisés sur ce sujet et il faut définir une politique globale d'accompagnement de la perte d'autonomie. Plusieurs propositions peuvent être formulées :

- ▶ Accélérer la mise en œuvre de la compensation des personnes handicapées ;
- ▶ Accélérer la convergence grand âge/ handicap ;
- ▶ Développer une offre de services permettant l'exercice effectif du libre choix d'hébergement des personnes ;
- ▶ Assurer la continuité de l'accompagnement ;
- ▶ Decloisonner les établissements d'hébergement ;
- ▶ Favoriser le soutien à domicile.

Les CLIC peuvent être un des vecteurs de l'action en la matière au regard d'une part de leur souplesse de fonctionnement et de composition des personnes et d'autre part, en raison de leur connaissance des personnes âgées. Par ailleurs, ils pourraient être un relais efficient et efficace aux MDPH pour prendre en charge la politique à mettre en œuvre des personnes handicapées vieillissantes. Il est souhaitable de garantir aux personnes âgées confrontées à un problème un point d'entrée unique pour répondre aux problèmes qu'elles rencontrent. Le CLIC avec un numéro d'appel départemental favoriserait ainsi une réponse immédiate et permettrait le maillage plus homogènes des territoires.

Il pourrait également être envisagé une fusion des MDPH et des CLIC afin d'obtenir un interlocuteur unique ⁽²⁸⁾.



⇒ Projets à l'échelon des communautés de communes et des Msa (réseaux de services partagés) (29) ;

⇒ Système avancé de repas portés à domicile (30) et initiatives inter-générationnelles (ex. à Nevers : l'ouverture une fois par mois de la cuisine intercommunale aux âgés) ;

⇒ Services d'astreinte, alertes 24h/24 et 7j/7, téléalarmes, remplacements au pied levé et services de garde itinérante (passages ponctuels de 10-15 mn pour un lever, un coucher, un repas, fermer les volets... etc.), permettant de répondre à l'urgence ;

⇒ Numéro d'appel gratuit et simple « Alerte Vieillesse » (31) ;

⇒ Installation gratuite d'une ligne entrante pour les personnes les plus démunies imposée aux opérateurs, avec appel gratuit aux numéros d'urgence et à un ou deux numéros locaux de personnes référentes (32) ;

⇒ Tolérance en matière de stationnement avec des véhicules identifiables et arrêts minute pour les équipes d'aides à domicile.

2 - Anticiper et innover en matière de logement


Les logements sont souvent loin d'être adaptés aux besoins des âgés en perte d'autonomie. Anticiper l'allongement de la vie, c'est aussi, comme cela se fait au Japon par exemple, développer les nouvelles technologies et les différents instruments permettant à chacun de rester plus longtemps à domicile. Il s'agit aussi d'un réel facteur de création d'emplois stables et durables.

⇒ Dans tout programme immobilier, des logements « 3A » (Accessibles, Adaptables, Abordables) avec prise en compte des contraintes locales (Ex : à Paris).

⇒ Mixité des âges : Ex : Villa Sainte Camille, village de vacances qui accueille des jeunes en difficulté et des touristes. Ce projet permet un décloisonnement, une interpénétration se créant spontanément; assurer un cadre réglementaire pour ce type de projet.

⇒ Initiatives citoyennes et solidaires d'habitations partagées : Ex : maison/colocation autogérée et durable (Maison des Babayagas à Montreuil, Colocation à Merignac, Association « Lo Paratge » dans le Périgord, le « Village Générations » en Côte d'Or...).

⇒ Appartements « Family » dans toutes les villes : inciter les bailleurs sociaux à réserver certains étages à des personnes moins jeunes avec possibilité qu'une personne logée à titre gracieux ait un rôle d'aide et de lien.



⇒ **En partenariat avec les bailleurs**, des aménagements à destination des âgés dans les projets immobiliers. Il peut s'agir de réserver des appartements aux plus de 60 ans ou de louer à tarif préférentiel un pourcentage de logements à des jeunes qui se proposent d'être famille d'accueil pour un âgé.

⇒ Favoriser sous forme d'expérimentation **le développement d'associations basées sur des principes d'échanges de services entre personnes âgées et étudiants**. L'étudiant est logé à très bas coût en échange de services rendus à l'âgé.

Ce système existe en Espagne depuis 15 ans déjà. En 4 ans, 8 associations sont nées en France, dans 12 départements, s'installant plutôt dans de grandes agglomérations (Lyon, Nantes, Angers, Montpellier, Grenoble, Lille, Nîmes, Bordeaux, Arras et Paris).

Ce système permet de régler des besoins sociaux des deux côtés (logement étudiant et lutte contre l'isolement de l'âgé), redonne du sens à la vie des personnes et favorise la cohésion sociale.

Le rapport Anciaux préconisait déjà cette forme de colocation mais les difficultés persistent : on manque d'âgés qui osent franchir le pas et il existe un flou au niveau du cadre juridique/réglementaire. Quand l'âgé est en locatif, cela peut être considéré comme une forme de sous-location. Ce système ne relève ni d'un contrat locatif ni d'un contrat de travail et n'entre dans aucune case du droit actuel.

Une autre difficulté réside dans l'absence de financement solide, les prévisions ne pouvant être faites que sur 6 mois actuellement. La CAF peut faire des économies en matière d'Aide Personnalisée au Logement (APL) par ce système associatif. Pourtant, aujourd'hui, seule une association (celle de Grenoble) est soutenue par la CAF.


Il faut aussi envisager de travailler avec les bailleurs sociaux et d'autres organismes. A Grenoble, un partenariat avec le CROUS a été mis en place pour trouver rapidement un logement de remplacement à l'étudiant au cas où la personne âgée ne souhaite plus sa présence ⁽³³⁾. A Paris, des rencontres avec l'ensemble des bailleurs sociaux ont aussi eu lieu dans le cadre du schéma gériatrique.

3 - Mieux identifier chaque étape du parcours de soins

La définition d'étapes sur le parcours de soin est aujourd'hui confuse. Les âgés, les aidants naturels comme les professionnels de santé en subissent les conséquences.

⇒ **Maintien des Unités de Soins de Longue Durée (USLD) et meilleure définition de leurs missions propres.**

Il ne faut pas fermer les USLD mais les humaniser et les réserver pour la fin de vie et les personnes non stabilisées (ne pas confondre long séjour en USLD et EHPAD) ⁽³⁴⁾.



⇒ **Allègement pour les auxiliaires de vie sociale** des soins qui ne relèvent pas de leurs attributions en encourageant le développement des Ssiad (Services de soins infirmiers à domicile) et définition claire des rôles des infirmiers : est-ce par exemple à eux de s'occuper des toilettes des âgés ? (35).

4 - Aider les aidants naturels

Les aidants naturels sont souvent exclus de l'accompagnement dans les Ehpad et à l'inverse, livrés à eux-mêmes lorsqu'ils font le choix de l'aide à domicile : on constate une absence totale d'interpénétration (36). L'aide aux aidants est pourtant, comme en témoigne l'investissement des bénévoles et de la famille au Québec, un point fondamental d'une politique liée à l'allongement de la vie.

⇒ **Politique d'information et de formation pour les âgés et leur entourage.** On ne fait pas une politique de l'enfance sans parler aux parents : l'inverse doit être aussi vrai (37).

⇒ **Service accolé aux Ehpad pour les conjoints.** Au Japon et au Québec, de nombreuses solutions ont été envisagées en ce sens.

⇒ **Ehpad au coeur des villes,** lorsque l'espace le permet, pour éviter les longs trajets pour les familles et l'isolement qui en découle pour les personnes âgées en établissement (38).

⇒ **Statut et allocation aux aidants naturels,** comme en Grande Bretagne, afin qu'ils puissent, entre autres, cotiser pour leur retraite pendant qu'ils accompagnent un parent âgé (39).

Si la loi visant à créer une allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie proposée par Gaëtan Gorce et Jean Leonetti adoptée le 17 février 2009 est une grande avancée, de nouvelles initiatives sont envisageables sur ces questions.

⇒ **Congé filial rémunéré** permettant de s'occuper pendant quelques mois d'un parent âgé et possibilité d'un « *détachement* » temporaire rémunéré avec garantie de retour à l'emploi. Le congé filial existe depuis la Conférence interministérielle des Familles, sur la même base que le congé fin de vie (3 mois, renouvelable), mais aucune indemnisation n'est prévue, notamment en termes de cotisation retraite (40).

5 - Appliquer la pyramide de Maslow

En France, l'Ehpad est normé et ne répond pas à l'ensemble des besoins d'un individu. Les maisons de retraites privées doivent répondre à des principes de mixité sociale.



Pyramide de Maslow

⇒ **Hiérarchisation des bénéficiaires d'une vie en maison de retraite en fonction de la pyramide de Maslow** : il convient d'abord de répondre aux besoins en matière de logement et de soins, puis d'aller plus loin en abordant le sens de la vie, le rôle de la personne âgée dans la société...etc (41).


⇒ **Respect de principes clairs de mixité sociale** au sein des établissements.

⇒ **Mixité des prix** : faire en sorte qu'une partie des places soient habilitées à l'aide sociale et réservées. Cela doit représenter 30 à 40 % au moins des capacités.

⇒ **Classification des établissements en créant un label « Haute Qualité de Vie »** périodiquement renouvelable (comme les étoiles dans l'hôtellerie ou les épis pour les chambres d'hôtes) (42).

Ce projet suppose de définir des critères objectifs de satisfaction du label et d'organiser son obtention et son renouvellement (quelle structure ? quels évaluateurs ?).

Critères envisageables : libre choix d'une chambre individuelle, possibilité d'apporter des meubles et des objets personnels, qualité des structures communes, lien téléphonique, connexion internet, jardin, possibilité d'avoir un animal de compagnie après avis du personnel, activités physiques et récréatives, isolement de la structure ou au contraire proximité de centres de vie (commerces, poste...), possibilité d'aller et venir, salle à manger pour recevoir sa famille...



La structure responsable de l'attribution et du contrôle de qualité pourrait être le Conseil qui attribue aussi l'agrément.

⇒ Pour le foncier (20 % des charges), promotion des partenariats public-privé pour réduire le coût du terrain et diminuer l'impact de l'immobilier sur les tarifs des nouvelles structures (43).

B - Initiatives solidaires et citoyennes non-institutionnelles

1 - Regard sur la vieillesse : éviter la stigmatisation, favoriser la compréhension

La jeunesse ne peut se souvenir de la vieillesse et la vieillesse biaise le souvenir de la jeunesse (44). Il faut changer le regard que les uns et les autres portent sur l'âge.

⇒ Sollicitation du regard et de contributions de jeunes en matière de politique de l'âge (45).

⇒ Formation des jeunes à l'avancée en âge

Pallier l'absence de confrontation à la mort liée au fait que 80 % des décès surviennent en milieu hospitalier ou en établissement par des initiatives destinées à apprivoiser les enfants et adolescents.


Ex : Prix littéraires « Chronos » (1^{er} bouquin primé par les enfants : « *Bonjour Madame la Mort* ») (46).

⇒ Initiatives intergénérationnelles : Ex : à Paris, installation de crèches dans plusieurs EHPAD, ce qui a permis de multiplier les rencontres entre générations et a abouti à des échanges informels de bons procédés : aller chercher les enfants à la crèche contre prendre en charge certaines personnes âgées en perte d'autonomie. L'enfant en bas âge n'a lui pas peur de la vieillesse... (47).

⇒ Campagnes d'information pour faire prendre conscience que l'allongement de la vie n'est pas seulement une question inquiétante et un coût mais une chance, ainsi qu'un moteur pour l'économie et l'emploi (48).

⇒ Éducation au respect de toute vie dans sa dignité inaliénable en valorisant la vie dans les cursus scolaires. Comme on présente les risques des maladies sexuellement transmissibles (MST) dès le collège, valorisation de l'âge, de l'expérience, du lien entre les générations et de l'entraide.

⇒ « *Comme la libération des femmes, nous avons connu la libération des personnes âgées mais aussi la fragilisation de certaines d'entre elles par des maladies liées à l'avance en âge* », nous a dit Geneviève Laroque, Présidente de la Fondation Nationale de gérontologie.



La prise en compte du changement de la structure démographique doit se faire tant au niveau de l'emploi, du travail qu'à celui de la formation ou de la prise en charge des personnes.

De nouvelles questions se posent alors : celle de l'aménagement du lieu, du temps et de la pénibilité du travail et celle de l'intégration des « *jeunes vieux* » (55-70 ans) au sein de l'entreprise, sous forme de tutorats par exemple.

2 - Culture de l'intergénérationnel : favoriser les projets de rencontres

Anticiper l'allongement de la vie, c'est lutter contre l'opposition systématique des « jeunes » et des « vieux », développer les projets facteurs d'alliance entre les générations.

⇒ **Exemples d'initiatives intergénérationnelles** : La Souris (projet informatique permettant à des enfants et des personnes âgées d'apprendre ensemble à utiliser l'outil informatique et internet), accueil de jour (maison proche de la maison de retraite), gestion de crèches et halte-garderies (lieux de contact), ateliers de grands-parents (Ex : le Cabri à Toulouse, lieu permettant aux personnes âgées de transmettre leurs savoirs-faire), Papothèque (Tours) (échanges de paroles entre les générations sur des connaissances pratiques et confection d'objets) (49).

⇒ **Lieux de rencontre neutres** (ni des écoles, ni des maisons de retraites), **lieux de vie dans la ville, dans les quartiers**, destinés à permettre ce lien. Articuler les projets et les rencontres autour d'un axe précis et faire en sorte qu'intervenants, personnes âgées et jeunes acceptent de se remettre en cause au fil du projet.


S'appuyer sur les CLIC = lieux de concertation, de rencontre qui ont un rôle certain à jouer dans les projets intergénérationnels.

⇒ **Soutien aux personnes en perte d'autonomie par des volontaires du service civil** : façon d'impliquer les jeunes dans des missions de nature sociale dans les collectivités territoriales et /ou les associations. Ex : à Bordeaux, partenariat Unis-Cité/ Villa Pia.

Voir l'évaluation qui a été faite du volontariat européen pour calquer au mieux le service civil sur ce modèle (50).

⇒ « **Cafés des âges** » labellisés par l'Association « **Vieillir, c'est vivre!** » et inspirés des cafés gérontologiques en Belgique : moments privilégiés d'échanges et de débats entre toutes les générations. En 3 ans, plus de 400 cafés ont déjà été créés (51).

⇒ **Contrats « Vivre ensemble à travers les âges »** pour l'intergénérationnel avec des engagements budgétaires sur trois ans (comme on l'a fait pour assurer la pérennité des contrats « *petite enfance* ») (52).



⇒ **Conseils des sages ou conseils intergénérationnels** dans chaque ville pour ceux qui le souhaitent en restant vigilant sur les phénomènes de « *ghettoisation* » (53).

⇒ Aux différents échelons (local, régional, national), **Bibliothèques de la Mémoire** où seraient déposées les mémoires des citoyens, écrites par eux-mêmes ou par des bénévoles, avec photos... etc. (recherche en ligne, mine pour les familles et les historiens...) (54).

C - Politiques de prévention et de prévision : anticiper l'allongement de la vie

1 - Mener des politiques de prévention

Si dans certaines villes, l'enjeu de la prévention a été traité pour faire face à la révolution des âges, nous manquons encore de réflexes pour retarder la période de maladie et de perte d'autonomie.


⇒ **Politiques d'incitation au sport et politiques nutritionnelles** qui doivent faire partie de la prévention des maladies (pour toutes les générations).
Ex : Partenariat du Conseil de la Gironde et de l'Institut de santé publique, d'épidémiologie et de développement (ISPED) sur la nutrition des personnes âgées en institution.

⇒ **Formation à la retraite** (aide à passer le cap) avec participation active des entreprises.
Ex : Guide d'accompagnement à la retraite TEMPO réalisé par la Ville de Nantes.

2 - Développer les professions liées à l'avance en âge

Il subsiste un véritable problème de reconnaissance, de valorisation des métiers d'aide à la personne âgée ainsi qu'une absence d'intégration des bénévoles dans les établissements.

⇒ **Réflexion sur les aidants naturels** : par trop de professionnalisation, on a tendance à se couper de l'action bénévole et à négliger l'approche relationnelle de la politique à destination des personnes âgées (55).
A titre d'exemple, les Québécois n'ont pas du tout la même approche de la professionnalisation. Dans certains établissements, près de 70 bénévoles peuvent intervenir de façon très organisée : ils sont recrutés, formés et encadrés dans cette optique.



⇒ **Campagnes d'information sur les professions liées à l'avance en âge** : dire que ce sont des métiers nouveaux, des métiers d'avenir, des métiers modernes qui ont un sens (56).

⇒ **Valorisation des filières de formation orientées vers l'aide à la personne**, en vue de satisfaire une demande croissante d'emplois faiblement qualifiés, pour un service de qualité aux personnes âgées (57).

⇒ **Encouragement à l'usage de la télémédecine et des technologies innovantes** tout en veillant à placer ces technologies dans un cadre respectueux des libertés individuelles.

⇒ **Création de postes d'infirmières de nuit dans les Ehpad**, afin d'assurer la permanence des soins, d'éviter les coûts de transports et le déplacement inutile des personnes âgées (58).

3 - Prendre en compte et respecter les spécificités

S'il est important de ne pas faire de communautarisme, il faut se pencher sur les problématiques propres à certaines catégories d'âgés.

⇒ **Prise en compte des problèmes particuliers aux femmes** : des femmes vivent avec 500 euros par mois à la campagne, elles n'ont pas ou peu travaillé, parfois beaucoup, mais ont de toutes petites retraites (59).

⇒ **Réexamen du système des retraites** afin d'éviter cette discrimination.

⇒ **Atténuation des différences** (en matière de transport par exemple) entre monde rural et monde urbain.

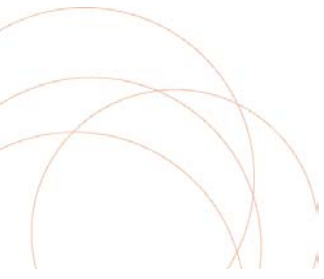
⇒ **Approche culturelle de l'âge** : étudier la façon dont on vieillit culturellement (approche différente en fonction des valeurs et des cultures et cultes...)

⇒ **Prise en compte des nouveaux équilibres sociaux** liés à la conception de la famille et à son évolution (familles monoparentales, recomposées...).

⇒ **Respect de l'intimité et des différences**

Les personnes homosexuelles se trouvent, en vieillissant et surtout à l'entrée en établissement, confrontés à des problèmes de reconnaissance de leurs spécificités. Ils posent notamment la question d'établissements spécifiques... (60).

Ce sujet est à traiter avec une grande prudence : nous ne devons pas entrer dans un système communautariste, ghettoïsant, qui risque d'isoler les populations, mais travailler à la formation accrue des personnels au respect quotidien de ces différences.



D - Gouvernance et financement : assurer, simplifier et homogénéiser

1 - Favoriser une meilleure gouvernance par les acteurs locaux et nationaux

Aujourd'hui, il existe un fossé beaucoup trop important entre le monde rural et le monde urbain en matière de prise en charge et la diversité des situations vécues n'est pas assez prise en considération.

⇒ **Meilleure implication de la commune**, qui est à la fois prestataire et organisatrice auprès des personnes âgées, dans cette gouvernance (61).

⇒ **CLIC comme le premier maillon** d'un travail qui doit se faire en commun, avec les moyens suffisants donnés aux Conseils Généraux (62).

⇒ **Remplacement de la grille AGGIR** (en cours actuellement) qui ne correspond plus aux situations très diverses vécues par les personnes âgées en perte d'autonomie (aux Etats-Unis, il existe plus de 300 items) (63) par un outil d'évaluation plus scientifique et multidimensionnel (64).

2 - Législation en matière de tarification : simplification et uniformisation

Le système de tarification manque encore d'une véritable prise en compte des contraintes spécifiques des établissements publics. Il faut considérer la réalisation d'activités non rentables dans le modèle économique de tarification pour des raisons propres à la nature des activités ou aux contraintes d'aménagement du territoire.

⇒ **Simplification du système de distribution des crédits.**

La réforme de la tarification a permis certaines avancées mais le système de distribution de crédits est trop complexe.

⇒ **Equivalence des moyens donnés aux différentes structures d'accueil des personnes âgées et/ou en perte d'autonomie** : le différentiel peut actuellement aller de 1 à 3 (système de soins de plus en plus inégalitaire, prise en charge à deux vitesses) (65).

3 - Convergence handicap-grand âge : principe et modalités

Avec l'Apa, on obtient un maximum de 92 heures par mois d'aide à domicile en gré à gré pour les personnes en perte d'autonomie,



un quota nettement insuffisant pour de nombreux âgés. Le soutien à domicile s'avère alors impossible, même avec la famille proche. Parallèlement à cela, on a une prestation de compensation handicap qui offre 372 heures par mois aux moins de 60 ans. Ne s'agit-il pas du même citoyen ? Ne s'agit-il pas du même niveau de défaut d'autonomie ? (66).

⇒ **Application du principe de convergence handicap-grand âge**, essentiel car les établissements hébergeant des personnes handicapées disposent de deux fois plus de moyens que ceux pour les personnes âgées et ce, même si 80 % des plus de 85 ans sont en bonne santé. Les personnes âgées qu'on appelle « *en perte d'autonomie* » doivent être reconnues handicapées. Les établissements sont actuellement gênés par trop de frontières (handicap-grand âge...) dans la délivrance des prestations de services (67).

⇒ **Mesure et prise en compte des déficiences de chacun**, de l'environnement et parmi tout cela de l'âge (mais ne pas tenir compte exclusivement de l'âge !!) (68).


Martine Carrillon-Couvreur

Concernant la convergence entre les personnes âgées et handicapées, il convient d'être précis. Tout d'abord, si il faut que cette convergence soit établie avant 2010, il faut aussi qu'elle permette une prise en charge totale du handicap des personnes âgées sans pour autant léser les personnes handicapées non vieillissantes. C'est donc un nouveau dispositif qu'il convient de trouver.

L'unique dispositif actuel qui ne prend pas en compte la barrière de l'âge est l'accueil familial à titre onéreux. Le développement de ces familles d'accueil doit guider chaque Conseil car il permet d'offrir des solutions immédiates et parfois en urgence aux problématiques rencontrées localement.

C'est pourquoi la première mesure à entreprendre serait de permettre aux personnes handicapées vieillissantes de pouvoir rester dans les structures d'accueil et d'hébergement où elles ont vécu pendant de longues années ce qui assurerait une juste prise en compte des projets de vie comme voulu dans le cadre de la loi du 2 janvier 2002, et ce qui éviterait tout déracinement de ces personnes.

Les Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS) se sont engagées à dégager 10 % de leurs places à des personnes de plus de 60 ans. Cette action doit être étendue rapidement à toutes les structures d'accueil comme les foyers de vie, foyers d'accompagnement et de soutien, les foyers d'hébergement pour personnes travaillant en Etablissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT).



Mais il restera de nombreuses personnes en situation de handicap qui auront besoin du fait de leur âge d'établissements spécialisés. Il y a donc nécessité de former les équipes des établissements pour personnes âgées à cette problématique. Il y a également nécessité de posséder sur l'ensemble du territoire des maisons spécialisées à l'accueil des personnes handicapées. La question du handicap lié à des troubles psychiatriques doit être également posée.

Enfin, les associations qui sont en charge des personnes doivent pouvoir participer à cette réflexion qui doit être collective et voir comment elles peuvent apporter de nouvelles solutions pour continuer de prendre en charge les personnes dont elles s'occupent en temps ordinaire.

4 - Régler la question du financement

On ne peut se contenter de financer les besoins liés à l'allongement de la vie sans penser et définir, à un niveau déterminé de la chaîne, l'utilisation concrète des moyens.

⇒ **Désignation claire et impérative de l'autorité compétente en matière de financement** des investissements des établissements d'hébergement pour personnes âgées (69).

⇒ **Désignation d'un chef d'orchestre et d'un référent unique** : la CNSA peut donner une enveloppe aux conseils généraux avec une exigence de contrôle par ses soins (70).

⇒ **Financements supplémentaires faisant appel à la solidarité nationale** : « accroître la dépense socialisée » en faveur de la prise en charge financière de la perte d'autonomie si les mesures préconisées se révèlent insuffisantes pour répondre aux objectifs (71).


⇒ **Regard économique et réflexion d'ordre systémique sur l'anticipation de l'allongement de la vie.**

En partant de l'utilisation des moyens, on aborde tous les sujets touchant à la politique de l'âge (culture, logement...).

Avant de définir le montant des enveloppes, la question du financement doit donc se poser en ces termes : comment va-t-on utiliser ces enveloppes ?

Pour l'Apa, par exemple, les prévisions économiques n'ont pas été faites et cela a posé problème.

Au Japon, les règles de financement et de dépenses sont inscrites dans la loi (72).



Grâce au King's Fund à Londres (73), parallèlement à une approche professionnelle de la qualité des soins se développe une approche gestionnaire.

Le King Edward's Hospital Fund for London, créée en 1897 est une association caritative indépendante dont l'objectif initial était d'utiliser les donations dont elle était destinataire pour aider au développement des hôpitaux londoniens. Ses missions se sont progressivement étendues et son rôle est désormais de stimuler les bonnes pratiques et l'innovation dans tous les domaines relatifs aux soins et de former à la gestion des institutions sanitaires et sociales.

Le King's Fund a progressivement pris une place très particulière au sein des institutions de santé britanniques. Indépendant des structures nationales, impliqué dans l'évaluation, en particulier du National Health Service (NHS), il dispose d'un vaste réseau de contacts au sein des établissements de santé mais aussi des Collèges professionnels qui coordonnent, chacun dans leur discipline, les audits cliniques.

Ce statut privilégié explique en partie la place que cet organisme a pris dans la démarche d'audit d'organisation lancée en 1989 au Royaume-Uni. Le développement de standards nationaux pour l'évaluation de l'organisation hospitalière est désormais confié à une petite équipe pluridisciplinaire de médecins, infirmières et directeurs : le King's Fund Organisation Audit.

Grands axes et propositions

■ **Préalable aux propositions : un constat partagé**

Nos valeurs fondamentales (autonomie, solidarité publique et interpersonnelle, développement et progrès des individus), les deux grands axes du socialisme (humanisme et collectif) ont toute leur force dans la politique de l'âge.

Encore faut-il, comme nous avons tenté de le faire, concevoir l'âge dans sa durée, dans sa continuité autant que dans ses fractures, c'est-à-dire comme un immense progrès et une chance, une authentique révolution sociale et sociétale, qui constitue ainsi un défi politique.


Ce n'est pas le logiciel socialiste qu'il faut changer, mais il est nécessaire d'y faire entrer des données totalement nouvelles dont nous n'avons sans doute pas encore pris la mesure.

On se préoccupait aux siècles passés de la veuve et de l'orphelin. L'un et l'autre sont bien loin : les orphelins viennent d'au-delà de nos frontières, les veuves ont gagné trente ans de vie et ne ressemblent en rien aux « *dames noires du Vercors* ».

Ce socialisme « *ami de l'âge* » s'applique à tous les échelons. Du « *socialisme municipal et départemental* », où beaucoup de Mairies et Conseils généraux se sont d'ores et déjà signalés par une vraie politique de gauche en matière de vieillissement, à l'échelon national où problèmes de financement et projets de lois justifient un fort investissement parlementaire.

Face au projet de création d'un « *cinquième risque* », annoncé pour 2009, nous avons à poser les éléments du débat (rôle des assurances privées et modalités de ce rôle, question du recours sur patrimoine) et à anticiper les propositions du gouvernement, déjà perceptibles au travers du rapport d'étape « *Construire le cinquième risque* » de la mission sénatoriale présidée par Philippe Marini.

L'anticipation de l'allongement de la vie, la prévision et la prévention du vieillissement ne tiennent qu'une maigre part, quand bien même elles apparaissent, dans nos motions et nos déclarations.



L'âge est pourtant une préoccupation constante des Français, pour leurs parents ou grands parents, pour eux-mêmes, et ils sont dans l'attente de nos propositions et de notre capacité à bousculer les schémas anciens.

A l'exemple de **Paulette Guinchard**, nous devons montrer que la politique de l'âge est une priorité socialiste et la marquer de nos valeurs.

Les grands axes

Dans les villes :

Logement et urbanisme, toutes les déclinaisons du programme 3A (Accesible, Abordable, Adapté).

Dans la vie publique :

Emploi, activité, citoyenneté, participation.

Dans les mentalités et les comportements :

Une image active de l'âge.

A l'échelon personnel et public :

Anticipation, prévision, prévention.

Au plan national :

Prééminence de la solidarité.

A l'intérieur de ces grands axes :


Le choix de quelques propositions phares faciles à rendre visibles et lisibles.

A - Agir localement

Il est aujourd'hui indispensable d'intégrer un programme à la fois volontariste et innovant à tous les échelons de la politique locale (commune, département, région).

On peut schématiser le grand nombre de réalisations possibles autour de la dénomination d'un « **programme 3A** » (Accessible, Abordable, Adapté ou Adaptable). Cette dénomination a l'intérêt de suggérer une unité dans la grande diversité des propositions et concrétisations possibles. Elle doit aussi être déclinée au regard des attentes des personnes concernées : Attractivité, Acceptabilité, Désirabilité.

Ceci concerne en premier lieu l'habitat, les transports, l'accès aux loisirs et aux activités.



Tous les choix d'une municipalité, d'un Conseil ou régional doivent être précédés par ces trois questions :

Le projet est-il accessible (situation géographique, éloignement, modes d'accès) aux âgés ?

Le projet est-il financièrement abordable aux revenus réduits des âgés ?

Le projet est-il adapté (ou adaptable quand il s'agit par exemple d'un appartement) aux âgés ?

Est-il acceptable ou désirable ?

Au total, l'âge doit être, comme la santé ⁽⁷⁴⁾, au coeur des décisions locales.

La politique de l'âge doit être innovante et capable de bousculer des schémas anciens et des pesanteurs administratives

Dans nombre de nos auditions, il a été fait part de la bonne volonté des structures administratives, mais de leur **paralysie devant des décisions sans antériorité**. C'est le cas, par exemple, de l'aide financière nécessaire à l'édification de la maison des Babayagas qui relève d'une initiative individuelle ; c'est le cas aussi des projets de colocations intergénérationnelles qui demandent de **formaliser des chartes et d'exercer un contrôle garantissant qu'il y ait bien des bénéficiaires de part et d'autre**.

La politique de l'âge connaît de ce fait **une part de recherche et d'expérimentation**, pleinement justifiée par la rapidité de l'allongement de la vie. La possibilité d'un caractère expérimental faisant l'objet d'un financement pour ce type de projet est à prévoir dans le cadre législatif. (TP)



B - Emploi, activité, citoyenneté, participation sociale : les âgés sont des actifs

Les âgés, quel que soit leur niveau d'activité, selon leurs forces, doivent être considérés, appréciés, encouragés, valorisés comme des actifs. Cela ne doit en aucun cas éluder la question de la pénibilité qui doit être traitée en priorité.

Propositions :

- ⇒ **Prendre en compte la pénibilité du travail** et mettre en place des dispositifs de retraite anticipée pour les personnes concernées.
- ⇒ **Renforcer le contenu des obligations de négocier** dans les entreprises sur la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC) (cf. Plan de relance du PS)
- ⇒ **Proposer des mesures en faveur de l'emploi des seniors** : aménagement du temps et du lieu de travail, signature d'accords de branche et taxe significative sur les entreprises ne respectant pas ces accords et pratiquant abusivement la mise en retraite anticipée.
- ⇒ **Permettre à ceux qui le souhaitent et qui le peuvent une activité rémunérée** (ex. tutorats au sein de l'entreprise) après l'entrée en retraite sans porter atteinte aux pensions, sans ouvrir la porte aux « petits boulots » comme aux Etats-Unis et en refusant le développement de l'emploi précaire. Cette activité ne doit pas être une nécessité pour compenser une maigre pension mais une source d'épanouissement pour une personne souhaitant rester active.
- ⇒ **Encourager l'engagement associatif, le soutien scolaire, les gardes d'enfants, l'accompagnement d'autres personnes âgées...**



C - Dans les institutions et établissements d'accueil : libertés et vraie vie


Un(e) femme, un homme qui se sont battus toute leur vie contre les épreuves, les maladies, les séparations se sentent dévalorisés à la simple idée d'entrer en établissement où ils ne disposeront que de très peu des objets qui leur sont chers, ne pourront pas choisir l'heure ni la composition de leurs repas, voire ne pourront plus aller et venir librement.

L'axe de nos propositions est de faire des lieux d'accueil et des institutions des lieux de vie intégrés dans le quartier et dans la cité et où la personne âgée soit, au maximum de ses capacités, autonome, impliquée, concernée.

Propositions :

Pour le bien-être des personnes âgées et du personnel en établissement

- ⇒ Exiger la liberté d'aller et venir, qui ne puisse être limitée que par une véritable expertise médicale > équilibrer sécurité et liberté.(TP)
- ⇒ Favoriser l'auto-gestion des établissements avec intégration des personnes âgées et de l'ensemble du personnel au projet d'établissement (cf. Conseil de vie sociale mis en place par la loi de 2002).
- ⇒ Multiplier les connexions avec le quartier (Ex : Reposance au Mans).
- ⇒ Créer un lien interne et avec l'extérieur, notamment par la mise en place d'un atelier Wifi. (TP)
Rappel : « *la liberté de recevoir ou de communiquer des informations ou des idées sans qu'il puisse y avoir ingérence d'autorités publiques, et sans considération de frontières* » est inscrite dans la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne.
- ⇒ Développer les chartes éthiques au sein des établissements (Ehpad, Maisons de retraites citoyennes, privées...) qui permettront aussi la valorisation de ces métiers.
La multiplicité de critères souhaitables pour les établissements pourrait être formalisée dans une charte « *Haute Qualité de Vie* » (HQV) avec un label décerné – ou non – aux établissements qui y répondent.
- ⇒ Former le personnel à laisser s'exprimer les liens affectifs et à respecter l'intimité des résidents et des couples.
- ⇒ Former le personnel aux approches nouvelles de l'âge et du grand âge (ex.Humanitude (75)).

- 
- ⇒ Permettre la pluralité d'interventions à l'instar des établissements québécois et canadiens


Pour promouvoir les professions liées à l'avance en âge

- ⇒ Lancer une campagne d'information auprès des jeunes/ Messages à faire passer : ce sont des métiers nouveaux, des métiers d'avenir, des métiers modernes qui allient relations humaines et polyvalence et qui ont un « sens ».
- ⇒ Valoriser les filières de formation orientées vers l'aide à la personne pour un service de qualité aux personnes âgées.
- ⇒ Permettre à de jeunes travailleurs de s'insérer sur le marché du travail en les formant aux métiers de services d'aide à domicile, etc., et en les encadrant. A titre d'exemple, en Belgique, il y a en moyenne une assistante sociale pour 25 aides familiales.
Etablir des quotas obligatoires dans chaque établissement.
Rappel : la loi du 30 juin 1975 annonçait la parution d'un décret imposant des normes en personnel en établissement et 33 ans après, il n'est pas encore paru...

Par trop de professionnalisation, on a tendance à se couper de l'action bénévole et à négliger l'approche relationnelle des âgés. Aucune politique n'a été mise en place pour résoudre ce problème et la « *Maison de retraite de demain* », « *ouverte sur la cité* », prévue par le Plan Solidarité Grand âge en 2006 n'a pas vu le jour.

Propositions :

- ⇒ Mener une vraie réflexion sur l'implication possible des aidants naturels.
- ⇒ Associer les bénévoles en les faisant intervenir de façon organisée dans les établissements, comme au Québec, en les recrutant, en les formant et en les encadrant.
- ⇒ Mettre en place des forums d'information sur les emplois et le bénévolat dans le secteur aide à la personne.
- ⇒ Intégrer au cours d'éducation civique une partie sur l'importance de l'engagement bénévole et favoriser les interventions des associations d'aide à la personne face aux collégiens et lycéens.
- ⇒ Développer le service civil volontaire.

- 
- ⇒ Favoriser les liens entre entreprises et associations pour la mise en place de projets communs permettant notamment aux salariés de s'investir dans ce secteur par l'intermédiaire de leur comité d'entreprise s'ils le souhaitent.
 - ⇒ Proposer un projet de type « *Baluchon Alzheimer* » respectueux des salariés, du code du travail, mais suffisamment efficace pour permettre la prise en charge ponctuelle des malades à domicile et, entre autre, le départ en vacances des aidants naturels. (TP)

D - Aide aux aidants : repenser le congé de soutien familial

Aujourd'hui, l'Apa attribuée au parent dépendant permet de rémunérer l'aidant familial dans la limite de 85 % du taux horaire du salaire minimum interprofessionnel de croissance, sur la base de 35 heures de travail hebdomadaire.

L'aidant familial peut aussi prendre un congé de soutien familial, mais sans rémunération. D'autres pays vont jusqu'à assimiler les enfants à des professionnels, rémunérés en tant que tels, en les intégrant dans les dispositifs de prise en charge.


Propositions :

- ⇒ Favoriser un congé filial (journée ponctuelle pour s'occuper d'un parent malade). (TP)
- ⇒ Offrir la possibilité d'un « *détachement* » temporaire rémunéré avec garantie de retour à l'emploi et maintien des droits sociaux (76).
- ⇒ Ouvrir des lieux de rencontres et d'échanges pour les personnes s'occupant d'un parent âgé et leur proposer des formations.

E - Mentalités, comportements : changer le regard sur l'âge

L'âge est une continuité et pour cela nous avons choisi ici le terme de politique « *de l'âge* » et non « *des âges* ».

Pour autant, l'âge connaît des ruptures, des fléchissements, une vulnérabilité accrue avec le temps qui passe. Il n'est pas question de l'ignorer mais de le rendre familier et humain.



C'est un axe majeur de notre action de rendre cette progression, cette avancée en âge familière et positive. Avec autant d'énergie qu'on lutte contre une image dégradée de la femme, il faut lutter contre toutes les formes d'âgisme et de jeu-nisme.

Dans le langage, les livres, les journaux et les magazines, l'ensemble des médias, chacun doit être mis en face de sa responsabilité. Il faut inventer des mots, trouver des formes et des personnes pour incarner l'âge qui fait envie plutôt que l'âge qui fait peur.

F - Prévision et prévention

Si l'âge en lui-même suit son inéluctable déroulement, le vieillissement peut à la fois être prévu, anticipé, et, dans une mesure variable, prévenu.

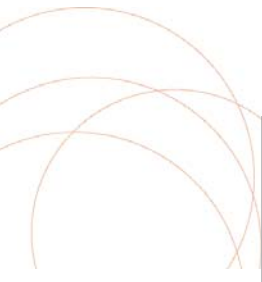
Cette double capacité est très inégale d'une personne à l'autre, en particulier parce-qu'elle dépend aussi des conditions socio-culturelles et du montant des revenus. Elle suppose un niveau d'information important et également les moyens matériels (logement, alimentation, activités physiques et loisirs) de mettre en œuvre ces outils de prévention. Le plus grand frein cependant est l'isolement et la solitude, le manque de liens affectifs et sociaux.

Les facteurs scientifiquement reconnus de prévention du mauvais vieillissement sont :

- ▮ **Le maintien de liens affectifs et sociaux** contribuant au « *goût de vivre* » ;
- ▮ **L'activité** ; le jardinage se situe de ce point de vue au premier rang car il suppose de se mobiliser mais aussi de s'intéresser. Planter constitue une anticipation sur l'avenir, et cela de manière positive ;
- ▮ **L'alimentation** prise avec plaisir, suffisante, diversifiée, équilibrée.

Ces facteurs schématiques, comme ils le sont obligatoirement dans une étude scientifique, recouvrent tout ce que le bon sens laisse prévoir.

L'autonomie est une sorte de muscle qu'il convient d'entraîner. Ainsi, en confinant une personne âgée à son domicile ou dans un établissement, sans lui laisser l'initiative et la responsabilité de sortir et d'agir, on précipite son vieillissement.



Propositions en matière de prévision :

- ⇒ Imposer les normes Haute Qualité d'Usage (HQU) à l'ensemble des logements neufs dans le code de la construction. (TP)
- ⇒ Favoriser l'application des normes Haute Qualité de Vie (HQUV) dans les Eco-Quartiers.
- ⇒ Favoriser l'application de la norme HQU dans la fabrication des outils de bricolage, jardinage, cuisine et la mise en place des équipements...

Propositions en matière de prévention :

Le politique peut agir :

Par l'information


- ⇒ Soutien des campagnes d'information et des initiatives d'associations ou de groupes sur tous les points cibles.
- ⇒ Généralisation de la préparation à la retraite : au sein de l'entreprise et par des forums.

Concernant l'alimentation

- ⇒ Attention à la qualité et à la diversité des menus dans les établissements, participation des âgés à leur élaboration.
- ⇒ Écoles de cuisine, écoles du goût.
- ⇒ Dégustations de vins.
- ⇒ Prises de repas hebdomadaires à l'extérieur (ex. école du quartier).

Par l'incitation à l'activité physique

- ⇒ Piscines chauffées deux degrés de plus en direction des âgés un après midi par semaine.
- ⇒ Jacuzzis privés dans les piscines où les âgés peuvent se retrouver.
- ⇒ Cours de gym douce et de gym aquatique à tarifs préférentiels.
- ⇒ Soins de beauté dans les établissements pour personnes âgées.
- ⇒ Consoles Wii.
- ⇒ Jardinage : jardins partagés, jardins intergénérationnels, maisons du jardinier, politique de balcons fleuris, jardinières offertes en cadeau de la municipalité :

- 
- formation des aides à domicile à cet aspect : encourager la personne âgée à entretenir un petit jardin, une jardinière, un balcon ;
 - participation des âgés au soin du jardin en établissement, mini potagers, bacs fleuris...

Par le maintien et le développement des liens familiaux, culturels et sociaux

- ⇒ Lieux de rencontre et liens par internet.
- ⇒ Repas festifs réguliers.
- ⇒ Actions de mémoire particulière et collective.
- ⇒ Théâtre, opéra, cinéma, musée, médiathèque...

conclusion - ouverture

Solidarité nationale, financement et cinquième risque Être force d'opposition



n ne peut évoquer le grand âge et la perte d'autonomie sans se poser la question du financement qui y est liée.

Le rapport d'étape de la Mission sénatoriale présidée par Philippe Marini publié en juillet 2008 marque certaines orientations concernant la prise en charge de la perte d'autonomie.

On y constate à la fois la complexité et la fragmentation du système de prise en charge de la perte d'autonomie, la multiplication des financeurs et des niveaux, la persistance annoncée d'importants écarts de moyens entre certains secteurs, les graves lacunes non résolues de l'Apa, des inégalités géographiques dans les montants et l'accès aux aides et aux soins et une fragmentation des actions et tâches entre prestataires.

Des questions fondamentales émergent alors :

Quel doit être le contenu du cinquième risque/ de la cinquième branche ?

Qui doit le gérer et à quel niveau ?

Comment assurer la pérennité de son financement ?

Quelques extraits révélateurs sur la manière dont la Mission sénatoriale et le Président de la République envisagent le cinquième risque :

« L'idée, évoquée avec insistance par certains observateurs et consistant à augmenter le taux de CSG, ne serait ni souhaitable, ni « indolore » pour notre économie et pour le pouvoir d'achat des Français » (77)

écrit-on dans le rapport Marini (déclaration sans chiffres à l'appui).

« Des redéploiements de ressources ainsi que de nouvelles économies semblent inévitables » (78).



Et le Président de déclarer en septembre 2007 déjà :

« Les investisseurs privés doivent investir davantage dans ce secteur (...). La dépendance des personnes âgées est le plus souvent un risque assurable qui peut être couvert en partie par des produits innovants. Ces produits d'épargne longue doivent être fiscalement encouragés » (79).

Le 7 octobre dernier, Alain Vasselle et Philippe Marini présentent aux assureurs le rapport d'étape de la Mission sénatoriale. Ils proposent, notamment, que l'Apa, à taux plein, soit servie avec une prise de gage sur le patrimoine des plus aisés. Le Sénateur Marini dit alors songer déjà à « *une assurance dépendance obligatoire* ».

Ce cinquième risque doit, selon le Parti socialiste, être principalement financé de manière solidaire par l'ensemble des contribuables ou assurés

Afin de défendre efficacement cette position, il nous faudra être force de proposition sur les possibilités de financement.

Quelques questions face auxquelles il nous faudra porter des réponses solides pour amender le projet de loi à venir et le réinscrire dans le cadre de la solidarité nationale :

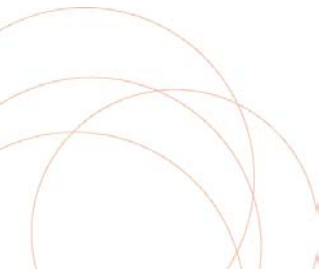
**Pourquoi la récupération sur succession n'est-elle pas une solution ?
Le retour sur les droits de succession est-il à envisager ?**

**Exiger la clarté sur le financement de l'Apa :
S'agit-il d'une prestation nationale ?
Doit-elle être gérée par les Départements ?
Avec ou sans le concours financier d'autres organismes ?**

« *Chacun selon ses moyens, chacun selon ses besoins* » (principe énoncé par le Conseil National de la Résistance et toujours valable).

Si on constate une égalité des besoins pour tous, les capacités contributives, elles, sont différentes.

Jusqu'où peut-on alors aller dans l'intervention des assurances privées tout en gardant un système universel de solidarité ?



Comment défendre au mieux la progressivité des cotisations, à nos yeux la plus juste en matière de transferts sociaux ?

Comment encadrer les contrats d'assurance dépendance, notamment de leur régime financier pour garantir la pérennité d'un financement complémentaire en favorisant une gestion prudente du risque par l'assureur ?

(TP) Travail parlementaire programmé

(1) http://www.ined.fr/fr/pop_chiffres/france/structure_population/nombre_centenaires/

(2) COR, 2008.

(3) Insee, 2008.

(4) Audition Joëlle Legall

(5) Rapport 2007 de la DGCCRF (Direction de la concurrence et répression des fraudes) qui a enquêté auprès de 238 maisons de retraite.

(6) Information hospitalière, février 2008.

(7) Ministère de la Santé et des Solidarités, avril 2007.

(8) Drees – « L'allocation personnalisée d'autonomie et la prestation de compensation du handicap au 30 juin 2008 » - Etudes et résultats n°666– octobre 2008.

(9) Idem

(10) L'administration pénitentiaire en chiffres au 1er janvier 2008, Ministère de la Justice.

(11) Regards sur la parité, Insee Références, Février 2008

(12) Martine Carrillon-Couvreur

(13) Regards sur la parité, Insee Références, Février 2008

(14) Intervention de Martine Carrillon-Couvreur, le 2 octobre 2008.

(15) <http://www.senat.fr/noticerap/2007/r07-447-2-notice.htm>

(16) Audition Eric Kariger

(17) Rapport d'information n° 3091 sur le financement des établissements d'hébergement des personnes âgées - XI^e législature - Paulette Guinchard

(18) Où Paulette Guinchard représentait la France et où la France - comme les autres pays présents - s'est engagée à réunir annuellement une Conférence interministérielle du Vieillessement, conférence qui n'a jamais été réunie depuis.

(19) http://www.age-platform.org/FR/IMG/Brochure_Society_FR.pdf

(20) Séminaire de questions sociales de l'ENA : les effets du vieillissement sur les revenus et la consommation <http://www.ena.fr/index.php?module=doc&action=getFile&id=290&actiarbo=563-476-605-612->

(21) <http://www.journaldunet.com/management/repere/emploi-seniors-europe.shtml>

(22) Anne-Marie GUILLEMARD : L'Âge de l'emploi. Les sociétés à l'épreuve du vieillissement, Paris, Armand Collin, 2003

(23) Intervention de Martine Carrillon-Couvreur, le 2 octobre 2008.

(24) Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale : Rapport N°3739 présenté par Martine Carrillon-Couvreur, députée, sur l'action sociale du régime de sécurité sociale et l'action sociale des collectivités territoriales

(25) Audition Claire Duguit

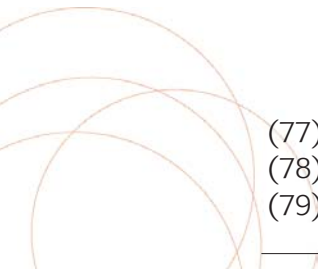
(26) Réunion du 2 octobre 2008, Martine Carrillon-Couvreur

(27) Centre local d'information et de coordination

(28) Remarque de Danièle Hoffman-Rispal



- (29) Réunion du 2 octobre 2008, Martine Carrillon-Couvreur
- (30) Réunion du 2 octobre 2008
- (31) Proposition issue du symposium de l'IRIMEP
- (32) Audition du 13 mai 2008
- (33) Audition Michèle Dupont
- (34) Audition de Joëlle Legall
- (35) Audition du 13 mai 2008
- (36) Audition Yves Journal
- (37) Audition Gilles Duthil
- (38) Audition Joëlle Legall
- (39) Danièle Hofmann-Rispal
- (40) Danièle Hofmann-Rispal
- (41) Audition Jérôme Pellissier et Audition Richard Claverie
- (42) Label HQV, Michèle Delaunay et Proposition issue du Symposium de l'IRIMEP
- (43) Proposition issue du Symposium de l'IRIMEP
- (44) Audition Geneviève Laroque
- (45) Intervention de Martine Faure
- (46) Audition Geneviève Laroque
- (47) Intervention Danièle Hofmann-Rispal
- (48) Audition Richard Claverie
- (49) Audition François Edouard
- (50) Intervention Martine Carrillon-Couvreur
- (51) Audition Jean-Michel Caudron
- (52) Audition Jean-Michel Caudron
- (53) Audition Jean-Michel Caudron
- (54) Proposition issue du Symposium de l'Irimep
- (55) Audition Yves Journal
- (56) Audition Yves Journal
- (57) Proposition issue du Symposium de l'Irimep
- (58) Audition Joëlle Legall
- (59) Intervention Pascale Crozon
- (60) Jean Lonjarret, Commission Age et Solidarité d'Homosexualités et Socialisme (HES)
- (61) Audition Yves Journal
- (62) Intervention Martine Carrillon-Couvreur
- (63) Audition Joëlle Legall
- (64) Travaux de Florence Leduc : Démarche d'Evaluation d'une Situation Individuelle et de Réponse, <http://www.agevillagepro.com/article-5770-1-DESIR---Demarche-d-evaluation-d-une-situation-individuelle-et-de-reponse.html>
- (65) Audition Yves Journal
- (66) Audition Joëlle Legall
- (67) Audition Yves Journal
- (68) Audition Geneviève Laroque
- (69) Rapport de la MECSS, 2007
- (70) Audition Eric Kariger
- (71) Rapport de la MECSS, 2007
- (72) Audition Gilles Duthil
- (73) <http://www.kingsfund.org.uk/>
- (74) Réseau Villes-Santé de l'OMS
- (75) Audition Jérôme Pellissier
- (76) Danièle Hofmann-Rispal



(77) Rapport de la Mission sénatoriale sur le cinquième risque, p. 137

(78) Rapport de la Mission sénatoriale sur le cinquième risque, p. 138

(79) Déclaration du 18 septembre 2007.

Auditions

Réunions et liste des personnes auditionnées d'octobre 2007 à janvier 2009

2 octobre 2007

« Anticipation de l'allongement de la vie : le défi du XXI^{ème} siècle »

Première réunion du groupe de travail (en présence de Luc BROUSSY, délégué national du PS aux personnes âgées)

3 octobre 2007

« L'importance de la convergence handicap/grand âge et du vocabulaire utilisé »

Audition de Pascal CHAMPVERT, Co-Président de l'Association « Vivre et Vieillir ensemble en citoyens » et Directeur de l'Association de directeurs d'établissements pour personnes âgées (ADPA)

6 novembre 2007

« Santé durable et culture de l'intergénérationnel »

Deuxième réunion « Echanges » du groupe de travail

4 décembre 2007

« Lieux de rencontres intergénérationnelles, Soutien aux aidants familiaux et Service civil »

Audition de François EDOUARD, Secrétaire de la Fédération Nationale des Associations de l'Aide Familiale Populaire (FNAAFP)

15 janvier 2008

« Clarifier et élargir les modalités de prise en charge, reconnaître le métier d'aidant comme un métier moderne, favoriser le développement du bénévolat »

Audition d'Yves JOURNEL, Président du Syndicat National des Etablissements et Résidences privés pour personnes âgées (Synerpa) et Florence ARNAIZ-MAUME, Déléguée du Synerpa



29 janvier 2008

« Nouveau regard sur la vieillesse et Cafés des âges »

Audition de Jean-Michel CAUDRON, Consultant en ingénierie gériatrique, Coordinateur de l'Association « *Vieillir c'est vivre* » et Président du Réseau « Alliance des générations » et Geneviève LAROQUE, Présidente de la Fondation nationale de gériatrie

1^{er} avril 2008

« Autogestion citoyenne et solidaire sans ghettoïsation »

Audition des Babayagas, Thérèse CLERC, Suzanne GOUEFFIC et Monique BRAGARD, fondatrices d'une maison autogérée, citoyenne et solidaire à Montreuil et de Jérôme PELLISSIER, psychogériatrie et chercheur sur l'âgisme

15 avril 2008

« Besoins des personnes âgées/ des aidants et financement du cinquième risque »

Audition de Joëlle LEGALL, Présidente de la Fédération Nationale des Associations de Personnes Âgées et de leur Famille » (FNAPAEF), et Gilles DUTHIL, Président du SilverLife Institute

6 mai 2008

« Regards sur la vieillesse et vie en établissement »

Audition d'Annie De VIVIE, Créatrice et Présidente d'Age Village, premier portail d'actualités, de conseil et de services d'accompagnement du vieillissement à destination des familles et des professionnels de gériatrie et Responsable de l'Institut Gineste-Marescotti en Ile de France

13 mai 2008

« Regards croisés et propositions des professionnels de santé dans les établissements de personnes âgées : anticipation, accompagnement et soutien à domicile »

Audition de :

- ▮ Eric KARIGER, Chef de service gériatrie au CHU de Reims, Spécialiste de la maladie d'Alzheimer, Vice-président du Conseil général de la Marne en charge des affaires sociales ;
- ▮ Richard CLAVERIE, Co-fondateur de « BeauSoleil », maisons de retraite médicalisées ;



- ▮ Claire DUGUIT, Responsable de l'ARADOPA (Association Rémoise d'Aide à Domicile des Personnes Agées) ;
- ▮ Sylvia LEBOEUF, Infirmière coordinatrice au Service de Soins Infirmiers à Domicile de la Croix Rouge française ;
- ▮ Catherine NORE, Responsable du Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) de Vitry-le-François, service rattaché à l'hôpital ;
- ▮ Henri HUBERT, Président de l'IRIMEP (Institut de Recherche International pour une Médiation Economique et Politique).

27 mai 2008

« *Âgisme, cinquième risque et Humanitude* »

Audition de Jérôme PELLISSIER, psychogérontologue et sociologue spécialiste de l'âgisme, formateur au concept d'Humanitude en établissement

27 janvier 2009

« *Cinquième risque ou cinquième branche ?* »

Audition de :

- ▮ Bernard ENNUYER, Sociologue, Directeur d'un service d'aide à domicile, Association « Les Amis », Paris XVIIème, Membre du Collectif « Une société pour tous les âges » et du réseau « Alliance des générations »
- ▮ du Professeur Jean-Claude HENRARD, Médecin gérontologue, Professeur émérite de santé publique, membre du Collectif « Une société pour tous les âges » et du réseau « Alliance des générations »
- ▮ Marie-Pascale MONGAUX, Directrice de l'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées et Dépendantes « Les Aubépins » à Maromme, membre du réseau « Alliance des générations ».

5 mars 2009

Présentation en Groupe et relecture du rapport d'étape.

Allongement de la vie : le défi politique du XXI^{ème} siècle ou la révolution dont nous n'avons pas pris la mesure

par **Michèle DELAUNAY**

Députée de la Gironde, Présidente du groupe de travail
"Politique de l'âge" (*)

En un siècle, la durée de la vie a doublé. Le progrès majeur du XX^{ème} siècle devient le défi majeur du XXI^{ème}. Progrès médical et social d'hier, l'allongement de la vie est aujourd'hui un défi politique.

Aux Etats-Unis, une spécialité nouvelle a vu le jour : la gérontologie sociale. Son objet est d'analyser l'impact de l'allongement de la vie à tous les niveaux et dans tous les secteurs de la vie sociale et sociétale. C'est aussi l'objet de cette revue en forme de réflexion. Elle n'est certainement pas exhaustive et il est certain que des conséquences encore aujourd'hui imprévues se manifesteront, tellement le bouleversement des rapports humains est profond et survenu dans un temps relativement court.

L'allongement de la vie bouscule radicalement les équilibres familiaux

On se mariait autrefois pour 20 ou 30 ans ; l'espérance de vie théorique d'un mariage a elle aussi doublé. Ceci, ajouté à l'allègement des dogmes religieux et sociaux, fait que l'on se marie souvent deux fois, voire plus. Ce point creuse l'inégalité entre hommes et femmes : les femmes vivent plus longtemps mais se remarient moins aisément après 40 ou 50 ans et ne fondent pas de nouvelle famille. Les générations par ailleurs se superposent et il n'est pas rare d'en voir coexister 4 et bien souvent 5 ; l'ordre des décès ne suit plus obligatoirement la chronologie prévisible et des parents âgés voient souvent mourir leurs enfants et petits enfants.

Parallèlement, on assiste à la dispersion, voire à l'éclatement des familles. Ces générations multiples n'habitent plus ensemble. A l'empilement des âges, s'ajoutent la décomposition et la recomposition des familles, du fait de la naissance d'enfants d'unions successives.

Les temps de vie s'égalisent

Le temps de la retraite sera bientôt aussi long que le temps de vie active; le temps des études ou de la formation s'allonge (de moins en moins de jeunes commencent à travailler à 15 ou 16 ans, beaucoup, au contraire, ne commencent qu'à 30 ans). On arrivera bientôt à trois tiers temps. Ce nouvel équilibre (déséquilibre?) entre les âges de la vie a une implication financière majeure. Sans réflexion et révision des dispositifs actuels, un actif aura bientôt à sa

charge deux personnes et ne disposera que du tiers de son salaire. Certains vont jusqu'à prédire une « révolution générationnelle », et une « guerre » entre les différents âges de la vie.

L'allongement de la vie modifie le calendrier entre les sexes

Les femmes sont « mûres » plus tôt, non fertiles plus tôt, leur vie est plus longue; les rapports entre les sexes en sont, de manière pas toujours consciente, affectés. De plus, les charges entre les sexes sont également accusées : ce sont pour 80 % les femmes qui s'occupent des parents âgés (même taux que pour les enfants).

L'allongement de la vie modifie grandement la pratique et la consommation médicale

De nouvelles spécialités et de nouvelles pathologies apparaissent ou gagnent en importance (urologie et cancer de la prostate, démences et géronto-psychiatrie, maladies dégénératives, cancérologie). La consommation en médicaments et en actes médicaux augmente en proportion du vieillisse-

ment ; de même les affections chroniques et/ou lourdes. Une nouvelle économie médicale et paramédicale prospère (prothèses, implants...). La recherche et la santé publique voient grandir l'importance de nouvelles branches : l'analyse des facteurs de longévité et la prévention du vieillissement et de la perte d'autonomie est indispensable.

L'âge du départ en retraite et le financement des pensions constituent l'interrogation la plus spectaculaire liée à l'allongement de la vie

En 1945, l'âge de départ en retraite a été fixé à 65 ans et cela a été justement considéré comme un progrès. On a oublié aujourd'hui qu'à cette époque l'espérance de vie était de... 62,5 ans. Le même différentiel imposerait aujourd'hui de faire valoir ses droits autour de 85 ans ! Le problème du financement est donc posé en caractères gras. Une étude du CREDOC estime que pour absorber le choc financier que représente l'allongement de la vie d'ici 2050, il faudrait doubler les cotisations sociales ou diminuer de 40 % les versements ; ou encore, retarder de dix ans le départ en retraite ;

ou enfin, créer 18 millions d'emplois.

Cette question du financement n'est pas la seule. L'âge du départ en retraite pose bien d'autres questions : l'évaluation de la pénibilité des métiers et de l'espérance de vie différente entre ouvriers et cadres supérieurs, le taux d'emploi des seniors (un actif sur trois en France aujourd'hui entre 55 et 60 ans), et bien sûr la participation des retraités à la vie sociale et citoyenne.

Car l'allongement de la vie n'est pas, heureusement, qu'un nombre d'années. Il s'accompagne d'un meilleur état de santé et on peut sans hésiter dire que la vieillesse a beaucoup rajeuni. Ce qui suppose des besoins d'activités, de voyages, de consommation de tous ordres qui sont à l'origine d'une nouvelle économie (cf. infra).

Cette amélioration de l'état de santé est d'ailleurs une des pistes susceptibles de diminuer ou du moins de répartir autrement le coût de la vieillesse. Il est indispensable, par une politique de prévention de la perte d'autonomie, de retarder au maximum la période de grande perte d'autonomie, la plus

consommatrice de financement et d'aides.

Les obligations envers les parents deviennent de plus en plus lourdes et complexes

Des enfants peuvent avoir plusieurs générations à charge. Ces enfants peuvent n'être pas du même lit et l'importance de la charge financière et des soins à donner peut être génératrice de tensions. Pour pallier le défaut ou l'absence d'enfants, de nouvelles solidarités interpersonnelles voient le jour et s'organisent (maisons partagées, aides mutualisées..).

De nouveaux secteurs d'économie et d'emploi apparaissent ou se développent

A de nouveaux besoins répondent de nouveaux produits. Leur prévision constitue pour les entreprises un secteur d'innovation et de création (sanitaires adaptés ou modulables, petits véhicules..). Parallèlement, en matière sociale, l'aide à la personne devient un nouveau gisement d'emploi qu'il s'agit de professionnaliser et de valoriser.

Ville et logement doivent anticiper l'allongement de la vie

L'accessibilité, l'adaptabilité et la mobilité doivent présider aux projets d'urbanisme et d'architecture. Des équipements inadaptés fabriquent de la dépendance tant sur le plan des logements que dans les villes. Il faut concevoir des maisons et des appartements évolutifs, où la domotique et les technologies nouvelles apportent des solutions nouvelles. Les villes ont plus que jamais besoin de pôles et de commerces de proximité, de plate-formes de services publics et d'urbanisme intergénérationnel.

La politique des transports est bien évidemment elle aussi concernée : accessibilité des transports en commun, politique de stationnement pour les petits véhicules, services de minibus pour les personnes âgées...

Malgré ces aménagements, l'allongement de la vie pose aussi le problème de la solitude. Plus d'un tiers des plus de 75 ans vivent seuls, dont les deux tiers sont des femmes. Les faibles revenus


aggravent l'isolement. Le lien informatique constituera sans doute un apport pour les générations aujourd'hui vieillissantes.

Le vocabulaire lui-même rend compte de toutes ces interrogations

Allongement de la vie est un mot plus juste que vieillissement, à l'échelle de la population comme à l'échelle personnelle. Vieillesse ne comporte pas la dimension d'amélioration globale de l'état de santé relativement aux mêmes âges autrefois.

L'« espérance de vie » ne doit pas être située par rapport à la mort, mais bien comme une nouvelle forme de vie et d'activité.

La qualification des « personnes âgées » pose des problèmes insondables aux rédacteurs de documents politiques : « troisième âge », « seniors », « anciens », « aînés », aucun ne rend compte de manière juste et positive du fait que la vieillesse a rajeuni en proportion du gain de vie. On pose de plus en plus la question « A quel âge est-on « vieux » ? Une des réponses est : on devient



vieux huit ans avant sa mort. Avouons que ce n'est pas d'une application prospective très aisée. On définit aussi trois âges à l'intérieur du troisième âge : l'âge de la retraite à partir de 60 ans, l'âge des premiers besoins d'aide à partir de 75, et le grand âge à partir de 85 ans.

La politique de l'âge constitue aujourd'hui un champ nouveau de l'action politique. Il fait prioritairement partie des domaines que les socialistes doivent porter et qu'ils doivent nourrir des valeurs fondamentales qui sont les leurs. Ainsi nous montrerons que nous savons revoir ces

fondamentaux à l'épreuve des défis du XXI^{ème} siècle. □

(*) Article paru dans les Tribunes socialistes, le 23 octobre 2007



**Groupe de travail présidé par
Michèle DELAUNAY**

Membres :

Delphine BATHO
Christophe BOUILLON
Martine CARRILLON-COUVREUR
Pascale CROZON
Guy DELCOURT
Laurence DUMONT
Martine FAURE
Valérie FOURNEYRON
Daniel GOLDBERG
Pascale GOT
Danièle HOFFMAN-RISPAL
Henri JIBRAYEL
Colette LANGLADE
Patrick LEBRETON
Alain NÉRI
Marie-Renée OGET
Marie-Françoise PEROL-DUMONT
Martine PINVILLE
Simon RENUCCI
Christophe SIRUGUE

Conseillère parlementaire
Murielle FAYOLLE

Collaboratrice parlementaire
Charlotte MARSAC

Contact : mdelaunay@assemblee-nationale.fr
Tél. : 01 40 63 03 62

Groupe Socialiste de l'Assemblée nationale
126 rue de l'Université
75007 - PARIS

Maquette - réalisation - conception : Martine TARTARE
Reprographie : Assemblée nationale