

CONSTRUCTIF

Des contributions
plurielles
aux grands
débats
de notre temps

Juillet 2019 • n° 53

La dépendance : problèmes et perspectives

CONVAINCUE QUE LES ACTEURS DE LA SOCIÉTÉ CIVILE ONT UN VRAI RÔLE À JOUER DANS LES GRANDS DÉBATS DE NOTRE TEMPS, ET PRENANT ACTE DE LA RARETÉ DES PUBLICATIONS DE RÉFLEXION STRATÉGIQUE DANS L'UNIVERS ENTREPRENEURIAL, **LA FÉDÉRATION FRANÇAISE DU BÂTIMENT A PRIS L'INITIATIVE DE PUBLIER LA REVUE *CONSTRUCTIF*.**

DEPUIS 2002, AVEC COMME UNIQUE PARTI PRIS LE PLURALISME DES OPINIONS, *CONSTRUCTIF* OFFRE UNE TRIBUNE OÙ S'EXPRIMENT LIBREMENT LA RICHESSE ET LA DIVERSITÉ DES ANALYSES, DES EXPÉRIENCES ET DES APPROCHES DANS LES CHAMPS ÉCONOMIQUE, POLITIQUE ET SOCIAL.

EN DONNANT LA PAROLE À DES ACTEURS DE TERRAIN AUTANT QU'À DES CHERCHEURS DE DISCIPLINES ET D'HORIZONS MULTIPLES, *CONSTRUCTIF* A L'AMBITION DE CONTRIBUER À FOURNIR DES CLÉS POUR MIEUX IDENTIFIER LES ENJEUX MAIS AUSSI LES MUTATIONS ET LES RUPTURES D'AUJOURD'HUI ET DE DEMAIN.

DIFFUSÉE TROIS FOIS PAR AN AUPRÈS D'UN PUBLIC DE PLUS DE 5000 DÉCIDEURS, REPRODUITE INTÉGRALEMENT SUR INTERNET. *CONSTRUCTIF* OFFRE AU LECTEUR DES ÉCLAIRAGES TOUJOURS DIVERS POUR L'AIDER À NOURRIR SA RÉFLEXION, PRENDRE DU REcul ET FAIRE DES CHOIX EN PRISE AVEC LES GRANDS ENJEUX COLLECTIFS.

constructif.fr

Retrouvez tous les numéros de *Constructif* sur son site Internet.

Les contributions y sont en libre accès avec une recherche par numéro, par mot-clé ou par auteur. Chaque auteur fait l'objet d'une fiche avec sa photo et ses principales ou plus récentes publications. Accédez à des contributions étrangères dans leur langue d'origine, mais aussi à des articles développés et à des bibliographies complémentaires. Informez-vous des thèmes des prochains numéros en remplissant un formulaire de contact.



1

Vieillesse et dépendance

- 6 Perspectives du vieillissement et de la perte d'autonomie en France
Laetitia Brabant-Delannoy
- 10 Dépendance : de grandes attentes
Julien Damon
- 15 Encadré • Les propositions issues de la concertation « grand âge et autonomie »
- 16 Évolutions démographiques et prise en charge de la dépendance dans les pays de l'OCDE
Ana Llana-Nozal et Thomas Rapp
- 20 La joie d'être encore vivant
Pascal Bruckner



2

Politiques et pratiques

- 26 Que faire des vieux ? Une question historique
Christophe Capuano
- 31 Faut-il un « cinquième risque » ?
Benjamin Ferras
- 37 Convictions et réalisations de PRO BTP
Hervé Naerhuysen
- 42 L'habitat inclusif
Stéphane Corbin
- 47 La conception universelle au service de l'autonomie de tous
Florent Orsoni
- 51 De la baignoire à la douche : un renoncement difficile
Bernard Coloos et Claire Guidi
- 56 Encadré • Les Ehpad : combien de travaux ?



3

Perspectives

- 58 Militons pour défendre la cause de l'âge
Albert Lautman et Camille Brouard
- 61 Oui, on peut assurer la dépendance !
Pierre Mayeur
- 66 L'assurance privée peut aider au financement de la dépendance
Arnaud Chneiweiss
- 70 L'offre privée au service du bien-vieillir
Sophie Boissard
- 75 Inventer (enfin) la société de la longévité
Serge Guérin
- 80 Transformer regards et politiques sur le grand âge
Monique Iborra
- 83 Quel Ehpad demain ?
Bernard Bonne
- 87 Adapter vraiment la société au vieillissement
Jérôme Guedj

AVANT-
PROPOS

Soutenir l'autonomie, prévenir la dépendance

© David Morganti



La France vieillit. L'inertie démographique et la perspective de la dépendance affectent ses équilibres socio-économiques. Ce qui est vrai aujourd'hui le sera encore plus demain. Le sujet de la perte d'autonomie des personnes âgées concerne toutes les familles. Au cœur d'évolutions cruciales de notre modèle social, il se situe aussi en bonne place des réflexions à conduire et des innovations à produire pour ce qui a trait à l'urbanisme, à l'espace public, à l'habitat.

Qu'il s'agisse d'établissements pour nos aînés ou de la réalisation de leur souhait de se maintenir à domicile, le bâtiment occupe une place importante dans les aspirations des personnes. Améliorer la vie des principaux concernés et tendre vers une politique plus efficace implique d'avoir recours aux compétences et ressources des deux sphères, publique et privée.

Ce dossier de *Constructif* y contribue à sa manière.

Jacques Chanut

Président

de la Fédération Française du Bâtiment

Vieillesse et dépendance

- 6 **Perspectives du vieillissement et de la perte d'autonomie en France**
• Laetitia Brabant-Delannoy
- 10 **Dépendance : de grandes attentes**
• Julien Damon
- 15 **Encadré • Les propositions issues de la concertation « grand âge et autonomie »**
- 16 **Évolutions démographiques et prise en charge de la dépendance dans les pays de l'OCDE**
• Ana Llana-Nozal et Thomas Rapp
- 20 **La joie d'être encore vivant**
• Pascal Bruckner

Perspectives du vieillissement et de la perte d'autonomie en France

**Laetitia
Brabant-Delannoy**

Secrétaire générale adjointe du Haut Conseil de la famille,
de l'enfance et de l'âge (HCFEA).



L'arrivée à un âge avancé des générations du baby-boom et l'allongement de l'espérance de vie entraîneront dans les prochaines décennies un vieillissement marqué de la population. Avec l'âge, le risque de perte d'autonomie des personnes vieillissantes s'accroît. Les projections concernant la dépendance sont néanmoins difficiles à réaliser, l'évolution de certains déterminants restant difficile à prédire. En revanche, les facteurs du « bien-vieillir » sont connus.

Les prochaines décennies seront marquées par un vieillissement important de la population française, résultant, d'une part, de l'arrivée à des âges élevés des générations issues du baby-boom et, d'autre part, de l'allongement de l'espérance de vie dont bénéficieront toutes les générations. Ce vieillissement, dont la dynamique est déjà à l'œuvre, se traduira par une forte augmentation du nombre de personnes âgées de plus de 65 ans et, également, par une augmentation de la proportion de personnes âgées au sein de la population française.

Si une grande majorité de ces personnes pourront profiter en bonne santé de ces années gagnées, d'autres seront confrontées à la perte d'autonomie et auront besoin de l'aide de leurs proches et de professionnels pour se maintenir à leur domicile ou être prises en charge de façon plus intensive en établissement. Le vieillissement de la population constitue, en ce sens, un défi important pour les pouvoirs publics, pour les familles et la société tout entière, qui devra prendre soin de ses aînés et financer ce nouveau risque social.

Un vieillissement sans précédent jusqu'en 2040, moins soutenu au-delà

Selon le scénario central de projection de population de l'Insee¹, la France comptera en 2070 76,5 millions d'habitants (66,9 millions en 2019). La quasi-totalité de cette hausse concernerait les personnes de 65 ans et plus. Le nombre de personnes de plus de 75 ans pourrait doubler en 2070 par rapport à

2013 et celui des 85 ans et plus, presque quadrupler. En termes de croissance, le rythme de vieillissement de la population variera au cours des cinquante prochaines années.

Jusqu'en 2040, l'Insee prévoit un vieillissement soutenu de la population, quelles que soient les hypothèses d'évolution de l'espérance de vie. En effet, l'arrivée en nombre important des générations du baby-boom, nées entre 1946 et 1974, parmi les personnes de 65 ans et plus est certaine. Elle est inscrite dans la pyramide des âges : ayant débuté en 2011, elle se terminera en 2039. À cette date, selon la variante retenue, entre 25 et 28 % de la population aura 65 ans et plus, contre moins d'une personne sur cinq aujourd'hui.

Entre 2040 et 2070, les projections de population de l'Insee sont plus sensibles aux hypothèses d'évolution de l'espérance de vie. Dans tous les cas, le vieillissement se fera à un rythme moins soutenu mais il reste certain.

Projections démographiques de la perte d'autonomie

Si l'on peut se réjouir d'une espérance de vie qui augmente, le vieillissement n'a pas le même impact selon que l'on vieillit en bonne santé ou avec des incapacités. On sait ainsi que les années gagnées ne le sont pas toujours en bonne santé et que le risque de dépendance ou de perte d'autonomie, c'est-à-dire d'avoir besoin d'un soutien pour les actes de la vie quotidienne, s'accroît avec l'âge.

1. Nathalie Blanpain et Guillemette Buisson, « Projections de population à l'horizon 2070 », *Insee Première*, n° 1619, 2016. Le scénario central ou tendanciel de l'Insee prolonge les tendances observées par le passé. L'indicateur conjoncturel de fécondité se maintiendrait à 1,9 enfant par femme, le solde migratoire à + 100 000 personnes par an, la mortalité continuerait à baisser, selon la tendance estimée sur les quinze dernières années.

Jusqu'à 75 ans, le risque de perte d'autonomie est relativement faible : seuls un peu plus de 10 % des bénéficiaires de la prestation d'allocation personnalisée d'autonomie (APA)² sont âgés de 60 à 74 ans. Les bénéficiaires ont en majorité entre 85 et 95 ans. Avec l'âge, la santé perçue (évaluation de son propre état de santé) évolue négativement. Moins d'un tiers des 75-84 ans et environ un quart des personnes âgées de 85 ans et plus se déclarent en bonne ou en très bonne santé.

Moins d'un tiers des 75-84 ans et environ un quart des personnes âgées de 85 ans et plus se déclarent en bonne ou en très bonne santé.

Avec l'âge, les maladies chroniques augmentent : 70 % des 85 ans et plus déclarent souffrir d'une maladie ou d'un problème de santé chronique (contre un tiers de la population de 15 ans et plus). L'avancée en âge constitue ainsi le principal facteur de risque de développer une maladie neurodégénérative (maladies d'Alzheimer et de Parkinson, notamment). Au-delà de 75 ans, la polypathologie est un phénomène fréquent.

Avec l'âge, les limitations fonctionnelles (troubles physiques, sensoriels ou cognitifs) apparaissent et se multiplient. À 85 ans, 70 % des hommes et 80 % des femmes déclarent au moins une limitation fonctionnelle. La moitié cumulent deux, voire trois formes de limitation.

L'ensemble de ces maladies et limitations fonctionnelles sont potentiellement sources d'incapacité et de perte d'autonomie. Le vieillissement de la population conduit ainsi mathématiquement à une augmentation du nombre de personnes âgées en perte d'autonomie.

Faire des projections sur ce nombre dans les prochaines décennies reste cependant un exercice difficile. On observe aujourd'hui deux tendances potentiellement opposées à l'œuvre, qui pourraient se prolonger. D'un côté, ces dernières années ont été marquées par un recul de l'âge moyen d'entrée en perte d'autonomie, se situant autour de 83 ans en 2018, ce qui pourrait compenser partiellement (mais pas complètement) les effets du vieillissement de la population. Mais d'un autre côté, la durée moyenne passée en situation de perte d'autonomie (durée de perception de l'APA) a augmenté. D'environ trois ans et sept mois aujourd'hui, elle pourrait augmenter d'une année à l'horizon 2040.

Au final, l'ensemble de ces tendances combinées pourrait laisser présager d'une société vieillissante

avec de plus en plus de personnes en situation de perte d'autonomie, et pour une durée plus longue. La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) du ministère des Solidarités et de la Santé a réalisé des projections du nombre de personnes âgées bénéficiaires de l'APA. Dans son scénario central, elle l'estime à 1,6 million en 2030 et à près de 2 millions en 2040, contre 1,3 million fin 2016.

Si ces prévisions apparaissent peu enthousiasmantes, il ne faut cependant pas oublier que la majorité des personnes âgées vieillissent aujourd'hui dans de bonnes conditions d'autonomie. Seuls 8 % des personnes de plus de 60 ans sont dépendantes et 20 % des plus de 85 ans, soit une personne sur cinq.

Par ailleurs, il reste à l'avenir de nombreuses inconnues, qui sont autant de facteurs pouvant jouer de façon non négligeable sur les projections du nombre de personnes âgées et sur la part d'entre elles qui seront confrontées à la perte d'autonomie.

Les facteurs du bien-vieillir pour les prochaines générations de personnes âgées

Le vieillissement actuel de la population est le fruit d'une croissance spectaculaire de l'espérance de vie des Français. Celle-ci a gagné au xx^e siècle une trentaine d'années, passant de 45 à 74 ans pour les hommes et de 49 à 82 ans pour les femmes. Elle s'établit en 2018 à 79,5 ans pour les hommes et 85,4 ans pour les femmes, situant la France en troisième position du classement mondial, après le Japon et l'Espagne.

Néanmoins, la France peut mieux faire en matière d'espérance de vie en bonne santé ou sans incapacité (elle est jusqu'à présent en dessous de la moyenne européenne) : celle-ci s'établit en 2017 à 62,6 ans pour les hommes et à 64,9 ans pour les femmes.

Si les dernières décennies nous ont laissé croire que nous pourrions repousser sans cesse les limites de la longévité, il semblerait que le doute soit aujourd'hui permis. Certains parlent d'un ralentissement, d'autres d'une stagnation de l'espérance de vie elle-même et de l'espérance de vie en bonne santé, qui pourrait se poursuivre à l'avenir. Des explications sont avancées, notamment pour les femmes, dont les modes de vie se rapprocheraient de plus en plus de ceux des hommes, qu'il s'agisse des durées de travail, des types d'activité professionnelle ou de la consommation de tabac. Certains experts mettent en avant une montée des inégalités sociales qui serait à l'origine d'un renforcement des inégalités d'espérance de vie observées en fonction de la catégorie socioprofessionnelle ou du niveau

2 . L'APA est une allocation destinée aux personnes âgées de 60 ans et plus en perte d'autonomie, qui ont besoin d'aide pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne (se lever, se laver, s'habiller) ou dont l'état nécessite une surveillance régulière. Elle est versée par les départements et vise à financer les dépenses nécessaires pour rester vivre à son domicile ou pour une prise en charge en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad).

de vie des personnes. Si, en 2018, l'espérance de vie des 5 % des hommes les plus aisés culminait à 84,4 ans, celle des 5 % les plus pauvres plafonnait à 71,7 ans. Chez les femmes, cet écart est plus faible (huit ans). Le niveau de vie en lui-même faciliterait, ou au contraire limiterait, l'accès aux soins.

Certains experts mettent en avant une montée des inégalités sociales, qui serait à l'origine d'un renforcement des inégalités d'espérance de vie observées en fonction de la catégorie socioprofessionnelle ou du niveau de vie des personnes.

À cela pourrait s'ajouter une plus forte exposition (en nombre et en intensité) des populations socio-économiquement défavorisées aux risques environnementaux (pollution de l'air par exemple), ce qui augmenterait le taux de mortalité précoce de ces populations et donc le taux de mortalité global.

En faveur du maintien de la croissance de l'espérance de vie et de l'espérance de vie en bonne santé, on peut, à l'opposé, placer des espoirs dans le progrès médical attendu, notamment dans la lutte contre le cancer ou dans la prévention et le traitement de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées (Mama).

L'évolution du nombre de personnes atteintes de Mama constitue une donnée essentielle du vieillissement de la population. Elle apparaît fondamentale pour déterminer les besoins de prise en charge des personnes âgées. Ces maladies constituent en effet une forme particulière de dépendance et nécessitent, dès lors qu'elles atteignent un stade sévère, une prise en charge souvent spécifique et lourde rendant le maintien à domicile compliqué. Selon la Fondation Médéric Alzheimer, le taux de personnes présentant des troubles cognitifs en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) atteint déjà aujourd'hui 57 % et continue de progresser.

L'Inserm estime que les Mama pourraient augmenter de plus de 75 % d'ici à 2030, avec une projection avoisinant 1,75 million de personnes atteintes, contre 1 million de cas en 2010 (dans l'hypothèse d'une évolution stable de la maladie par âges). Si la recherche médicale progresse dans ce domaine, il semble que les tendances à la progression de

ces maladies, dont le principal facteur de risque est l'âge, ne seront pas infléchies sensiblement et rapidement par la mise sur le marché de nouveaux médicaments. Un traitement curatif de la maladie n'interviendrait au mieux qu'à partir de 2030.

En termes de prévention de ces maladies, des simulations tendent à montrer que, dans les pays à hauts revenus, il serait possible de réduire de 30 % la prévalence sur une période d'au moins dix ans en agissant sur neuf facteurs de risque au cours de la vie : faible niveau d'éducation, perte d'audition, hypertension artérielle, obésité, tabac, dépression, sédentarité, isolement social et diabète. D'une façon plus générale, les politiques de prévention de la perte d'autonomie et de promotion du bien-vieillir pourraient réduire l'ampleur de la perte d'autonomie dans les prochaines années. Les effets de ces politiques dépendent fortement, on le sait, des comportements des individus et de leur capacité à s'en emparer.

La prévention tout au long de la vie, et notamment aux âges médians, apparaît comme un enjeu majeur pour éviter le développement de maladies chroniques, dont le retentissement peut être important en termes de limitations fonctionnelles. Aux âges élevés, la prévention permet de mieux repérer et prendre en compte la fragilité³ des personnes âgées (on pense à la prévention des chutes par exemple) ou de pallier des déficiences (auditives ou visuelles notamment) à fort impact en termes d'autonomie.

Une politique de prévention de la perte d'autonomie, si elle veut avoir des effets et augmenter le bien-être et la qualité de vie des personnes âgées, doit être multidimensionnelle.

Une politique de prévention de la perte d'autonomie, si elle veut avoir des effets et augmenter le bien-être et la qualité de vie des personnes âgées, doit être multidimensionnelle. Elle doit agir sur l'environnement extérieur de la personne (équipements urbains, transports), sur son domicile (sécurisation et aménagement du logement), sur son environnement participatif (lutte contre l'isolement et préservation de la citoyenneté), sur la santé des personnes (promotion de l'activité physique et d'une alimentation équilibrée) et sur le système de soins (adaptation aux spécificités du vieillissement, limitation des hospitalisations). ●

3 . La fragilité est définie comme une réduction systémique des réserves fonctionnelles limitant la capacité de l'organisme à répondre à un stress, même mineur. La littérature épidémiologique montre que la fragilité, associée à la survenue d'événements indésirables de santé (hospitalisation, chutes, etc.), est un important facteur de risque de perte d'autonomie. Les personnes fragiles, à un stade encore réversible, constituent des cibles prioritaires des actions de prévention.

Dépendance : de grandes attentes

**Julien
Damon**

Professeur associé à Sciences Po, rédacteur en chef
de *Constructif*.



Il a publié notamment

- *L'exclusion*, PUF, 2018.
- *Les politiques familiales*, PUF, 2018.

Les Français souhaitent majoritairement, en cas de dépendance, rester vivre chez eux. Ils demandent une implication accrue des pouvoirs publics, concevant, pour une majorité plus réduite d'entre eux, qu'il soit nécessaire de cotiser et d'épargner davantage. Pour le quart de la population impliquée dans l'aide aux dépendants, les demandes de soutien sont également élevées. Ces constats, établis en fait depuis le début des années 2000, ne connaissent pas de grandes variations dans l'opinion.

Une concertation de grande ampleur, sur le thème « grand âge et autonomie », a été menée d'octobre 2018 à février 2019. Il en ressort un rapport officiel faisant le point sur les situations et les évolutions, les politiques et les dispositifs, les besoins et les perspectives¹. Ce document consistant, salué par les experts comme par les opérateurs, rend d'abord compte des fortes demandes de transformation exprimées dans le cadre de la concertation. Il en va d'une priorité au maintien à domicile, de propositions pour l'amélioration de la qualité de la prise en charge en établissement, pour le respect du besoin d'être « chez soi » quel que soit le lieu de vie, pour la simplification du parcours et de l'accompagnement, pour une plus grande égalité de traitement selon les territoires. Ces observations et recommandations, rendues au gouvernement, doivent nourrir les réflexions et les annonces pour renforcer ce secteur singulier de l'action publique qu'est devenue la dépendance.

Afin de prévenir la dépendance et de promouvoir l'autonomie, il importe de mesurer les aspirations et l'opinion des Français à ce sujet. La concertation aura été l'occasion de les écouter, notamment les plus concernés, et de réaliser des expertises et des exercices de synthèse. Cet article propose pour sa part une synthèse des résultats d'une autre grande enquête d'opinion abordant les sujets de la dépendance et de l'autonomie des personnes âgées.

Nombre de sondages ponctuels apportent de l'information utile. Les enquêtes dites barométriques – parce que répétant les mêmes interrogations plusieurs fois, parfois sur un temps très long – fournissent des données encore plus intéressantes, car elles permettent de repérer des évolutions et des continuités. Le ministère des Affaires sociales pro-

duit, depuis 2000, une telle étude. Celle-ci, conduite sous l'égide de sa Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), interroge chaque année un échantillon représentatif de la population française. Cet échantillon, de taille très honorable (3 000 personnes de plus de 18 ans vivant en France métropolitaine), se voit proposer un questionnaire très large sur la protection sociale. Les questions abordent les thèmes de la dépendance. L'enquête de la Drees produit ainsi quelques enseignements extrêmement clairs.

Rester chez soi d'abord

En cas de survenance de la dépendance, prévaut pour les Français une large préférence pour le maintien à domicile. Interrogés depuis une vingtaine d'années sur la question, ils privilégient nettement, pour leurs proches comme pour eux-mêmes, les solutions permettant de demeurer à domicile.

Interrogés depuis une vingtaine d'années sur la question, les Français privilégient nettement, pour leurs proches comme pour eux-mêmes, les solutions permettant de demeurer à domicile.

Confrontés hypothétiquement à la dépendance d'un proche, la part des répondants estimant qu'ils placeraient ce membre de leur famille dans une institution spécialisée a augmenté de 4 points entre 2000 et 2017. La part des répondants se déclarant prêts

1. Rapport remis par Dominique Libault à la ministre des Solidarités et de la Santé en mars 2019 (https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_grand_age_autonomie.pdf).

à accueillir à leur propre domicile ce proche devenu dépendant a, quant à elle, baissé de 5 points. Mais ces deux options ne rassemblent pas la majorité des Français. Ceux-ci mettent toujours en avant l'option du maintien à domicile de la personne devenant dépendante, soit en l'aidant financièrement, soit en l'aidant matériellement. Dans l'éventail des possibles, c'est la modalité d'une implication accrue des personnes elles-mêmes auprès de leurs proches, à leur domicile, qui arrive aujourd'hui en tête. L'option du placement dans une institution spécialisée reste la dernière.

Si l'on ne s'intéresse pas à un proche mais à soi-même, l'option de l'établissement pour personnes

âgées (la maison de retraite ou, dit plus techniquement, l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes – Ehpad) s'avère de moins en moins envisageable. En 2000, elle était déjà minoritaire, avec 55 % des Français ne la considérant pas comme envisageable en ce qui les concernait directement. En 2017, ce sont les deux tiers des Français qui estiment inenvisageable une telle perspective. Dans toutes les questions posées sur la dépendance, c'est ce sujet qui a vu le plus d'évolution, avec une part de Français réticents à la perspective de l'établissement qui progresse de plus de 10 points en près de vingt ans.

LA PRÉFÉRENCE POUR LE MAINTIEN À DOMICILE

	2000	2007	2017
Si l'un de vos parents proches devenait dépendant, que feriez-vous ?			
Vous le placeriez dans une institution spécialisée	14 %	17 %	18 %
Vous l'accueilleriez chez vous	31 %	26 %	26 %
Vous consacreriez une partie de votre revenu à lui payer des aides de manière à ce qu'il reste à son domicile	21 %	23 %	21 %
Vous feriez en sorte de pouvoir vous en occuper à son domicile	28 %	29 %	34 %
Ne se prononcent pas	6 %	5 %	1 %
Pour vous personnellement, à l'avenir, vivre dans un établissement pour personnes âgées serait...			
Envisageable	39 %	39 %	34 %
Pas envisageable	55 %	59 %	65 %
Ne se prononcent pas	6 %	2 %	1 %

Source : Drees.

Note : on n'a repris les résultats que pour trois années, fixant ainsi trois bornes ; tous les résultats annuels alourdiraient inutilement le tableau.

Ces résultats sont largement corroborés par d'autres sondages ou d'autres informations, tirées par exemple de la concertation conduite entre 2018 et 2019. Il ressort que l'entrée en établissement se vit comme un déracinement, une rupture difficile sur bien des plans, avec des conséquences d'ailleurs problématiques sur l'état de la personne ainsi nouvellement logée.

Maintenir à domicile c'est une façon de préserver, jusqu'au bout, si cela peut être rendu possible, un environnement fait de souvenirs, de conditions de vie jugées plus favorables, avec de l'autonomie et de la liberté.

Une attente d'intervention publique

Si les Français aspirent, au grand âge, à demeurer physiquement dans la sphère privée qu'ils ont pu se constituer, ils demandent, à tout âge, un effort accru de

la sphère publique pour mieux traiter la dépendance. Ils sont majoritaires à estimer que c'est à l'État et aux pouvoirs publics en général de prendre en charge financièrement les personnes âgées dépendantes. La question n'est posée que depuis 2014 et on a noté peu de variations. Ce sont ainsi deux tiers des répondants qui avancent la nécessité d'une prise en charge principalement publique des dépendants. Ils ne sont qu'un quart à penser que la responsabilité en incombe d'abord aux descendants et aux familles des personnes qui ne peuvent plus vivre seules sans aide.

Enfin, seul un Français sur dix répond que c'est aux individus concernés de s'assurer et de prévoir.

Quant aux modalités de cette prise en charge, c'est d'abord sur le financement d'un tel effort, par une cotisation, que sont interrogés les Français. Ils l'ont

L'ÉTAT D'ABORD !

	2014	2017
Selon vous, qui doit principalement prendre en charge financièrement les personnes âgées dépendantes (c'est-à-dire ne pouvant vivre seules, sans aide) ?		
L'État et les pouvoirs publics	63 %	66 %
Les enfants ou les familles des personnes âgées dépendantes	25 %	24 %
Les personnes âgées dépendantes elles-mêmes, en épargnant ou en souscrivant une assurance privée	11 %	9 %
Ne se prononcent pas	2 %	1 %

Source : Drees.

été depuis 2000, là aussi sans bouleversement important de l'orientation et de la hiérarchie des opinions. Si une cotisation spécifique était créée afin de couvrir le risque de dépendance², elle devrait – aux yeux des Français – être facultative.

Ce qui est – soit dit en passant – assez étrange pour un risque que l'on appelle à voir davantage socialisé. En tout état de cause, un Français sur deux estime qu'une telle cotisation ne devrait être acquittée que par ceux qui le souhaitent. Un tiers des Français pensent, au contraire, qu'il devrait s'agir d'une véritable cotisation sociale, obligatoire. De façon originale, l'obligation de cotiser pourrait légitimement – selon un Français sur cinq – être modulée en fonction de l'âge. L'obligation de cotisation « dépendance » ne débiterait qu'à partir d'un certain âge. Lequel ? C'est une affaire de paramètres que ne traite pas le baromètre.

Deux tiers des répondants avancent la nécessité d'une prise en charge principalement publique des dépendants.

Sur le plan de l'épargne personnelle, le questionnaire interroge, depuis 2000, sur ce que les Français seraient prêts à faire. On ne leur demande pas une mesure de leur effort possible, mais simplement de dire s'ils pourraient davantage épargner en prévision d'une éventuelle situation de dépendance les concernant. En la matière, on doit relever une majorité de personnes prêtes à épargner plus, mais

avec une certaine érosion, dans le temps, de cette proportion. Du côté des Français qui ne se disent pas prêts à le faire – parce qu'ils n'en ont pas les moyens, ou parce qu'ils n'en voient pas les fondements –, la proportion passe du quart des répondants au début des années 2000 à presque 40 % en 2017. C'est une autre des transformations importantes, dans le temps, de l'opinion.

On doit relever une majorité de personnes prêtes à épargner plus, mais avec une certaine érosion, dans le temps, de cette proportion.

Après les recettes, les dépenses. Pour couvrir le risque de dépendance, il faut certes du financement, mais il faut aussi un instrument. Les Français sont, en l'espèce, interrogés sur la prestation qui pourrait venir compenser les surcoûts liés à la dépendance³, à domicile ou en établissement. Il s'agit, avec cette question, de savoir si la prestation doit être attribuée avec une condition de ressources ou non. Une majorité forte se dégage en faveur d'une allocation qui serait ciblée sur les personnes disposant de faibles revenus. On doit cependant signaler une progression significative de l'opinion selon laquelle l'aide financière par rapport à la dépendance doit être versée à tout le monde. En 2000, 24 % des répondants se prononçaient en faveur de ce que l'on appelle communément, dans le secteur de la protection sociale, l'universalité. Ils sont 30 % en 2017.

2. Il est implicitement évident qu'une telle cotisation irait au-delà de la contribution solidarité autonomie (CSA). Celle-ci, de 0,3 %, à la charge de l'employeur, affectée à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), afin de financer des actions en faveur de l'autonomie des personnes âgées ou handicapées, a été créée en 2004. La question du baromètre avait été posée auparavant et n'a pas été reformulée depuis.

3. Il va là aussi sans dire que l'on n'entre pas précisément dans la dimension technique du dossier. Avant que la question ne soit posée pour la première fois en 2000, existait, depuis 1997, la prestation spécifique dépendance (PSD). Cette PSD, d'ailleurs sous condition de ressources, a été remplacée en 2001 par l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). La question du baromètre conserve cependant toute sa légitimité, car elle porte sur la philosophie plus que sur la nature du dispositif.

COTISATIONS ET PRESTATIONS

	2000	2007	2017
Si on devait créer une cotisation spécifique pour être couvert au cas où l'on devienne dépendant, devrait-elle être...			
Obligatoire pour tous	36 %	32 %	33 %
Obligatoire, à partir d'un certain âge	19 %	19 %	19 %
Uniquement pour ceux qui le veulent	39 %	47 %	47 %
Ne se prononcent pas	6 %	3 %	1 %
Selon vous, une aide financière pour compenser les surcoûts liés à la dépendance des personnes âgées doit-elle être accordée...			
À toutes les personnes se trouvant dans cette situation, quel que soit leur niveau de revenu	24 %	22 %	30 %
Uniquement aux personnes disposant de faibles revenus	73 %	76 %	69 %
Ne se prononcent pas	3 %	2 %	0 %

Source : Drees.

Aider les aidants

Les Français sont également consultés sur leur rôle et leurs attentes en tant qu'aidants. Ils demandent là aussi, pour ceux qui sont concernés, un soutien accru des pouvoirs publics.

D'abord, c'est un peu plus d'une personne sur cinq qui est concernée. On trouve en effet cette proportion de gens déclarant apporter personnellement une aide régulière et bénévole à une personne âgée dépendante, que cette dernière vive chez elle, au domicile de l'aidant ou en établissement.

QUI EST AIDANT ?

	2014	2017
Vous personnellement, apportez-vous une aide régulière et bénévole à une personne âgée dépendante vivant chez vous, chez elle ou ailleurs (institution...) ?		
Oui	27 %	22 %
Non	73 %	74 %
Non car j'ai moi-même besoin d'aide	0 %	3 %
Ne se prononcent pas	0 %	0 %

Source : Drees.

Depuis 2011, on peut repérer une baisse de la part des individus se déclarant aidants. Mais cette baisse se compense, en partie, par l'augmentation du nombre de répondants indiquant qu'ils ne peuvent aider car ils doivent eux-mêmes être aidés.

Au-delà de cette remarque de détail, l'essentiel est dans la proportion des aidants – les trois quarts – qui disent avoir le sentiment de ne pas être suffisamment aidés et considérés, en tant que tels, par les pouvoirs publics. Il s'ensuit de nouvelles demandes aux pouvoirs publics. La première, pour reconnaître et appuyer les aidants, étant l'ouverture

de centres d'accueil de jour pour recevoir les personnes dépendantes dans la semaine. Pour plus du tiers des aidants déclarés, c'est cette option qui doit être prioritaire. Vient ensuite, pour un quart des suffrages, la fourniture d'une aide financière. Ce sont des nécessités d'aménagement du temps de travail ou de formation qui suivent.

En tout état de cause, pour le ramasser dans une conclusion bien rapide, il reste bien des choses à faire ! Et ne pas trop décevoir, surtout après une ambitieuse concertation. ●

Encadré • Les propositions issues de la concertation « grand âge et autonomie »

Par lettre de mission en date du 17 septembre 2018, le Premier ministre a demandé à Dominique Libault, conseiller d'État, directeur de l'École nationale supérieure de la sécurité sociale (EN3S), de conduire une concertation et de faire des propositions de réforme, notamment dans la perspective d'un projet de loi. Le 1^{er} octobre 2018, Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la Santé, lançait cette vaste concertation nationale « grand âge et autonomie » qui s'est achevée en février 2019. Elle aura mobilisé dix ateliers nationaux, cinq forums régionaux, une consultation citoyenne ayant recueilli plus de 1,7 million de votes pour 414 000 participants, cent rencontres bilatérales et des groupes d'expression de personnes âgées, professionnels et aidants.

Le rapport, rendu le 28 mars 2019, contient 175 propositions. De natures diverses, elles se renforcent mutuellement. L'ambition est de créer

un cercle vertueux entre l'attractivité des métiers, l'amélioration de la qualité du service en Ehpad comme à domicile, la transformation de l'offre, un cadre de vie plus adapté, la diminution du reste à charge pour les familles, la prévention de la perte d'autonomie. L'objectif assigné : permettre le libre choix et une meilleure qualité de vie pour les personnes âgées, dont la citoyenneté doit être pleinement reconnue.

Parmi ces 175 propositions, dix ont été mises en avant.

L'ampleur de ces conclusions et propositions a été saluée de concert par les acteurs du secteur. Ces contributions alimenteront les orientations d'Agnès Buzyn, qui a notamment indiqué le cap d'une réforme systémique avec pour objectif la « *couverture du risque de dépendance lié au grand âge financée par la solidarité nationale* ». ●

1. La création d'un guichet unique pour les personnes âgées et les aidants dans chaque département, avec la mise en place de Maisons des aînés et des aidants.
2. Un plan national pour les métiers du grand âge permettant notamment d'agir à la fois sur une hausse des effectifs, une transformation des modes de management, la prévention des risques professionnels, la montée en compétences à travers une politique de formation ambitieuse, le développement de perspectives de carrière en faveur de l'attractivité des métiers du grand âge et d'une meilleure structuration de la filière.
3. Un soutien financier de 550 millions d'euros pour les services d'aide et d'accompagnement à domicile, afin d'améliorer le service rendu à la personne âgée et de revaloriser les salaires des professionnels.
4. Une hausse de 25 % du taux d'encadrement en Ehpad d'ici à 2024 par rapport à 2015, soit 80 000 postes en plus auprès des personnes âgées, pour une dépense supplémentaire de 1,2 milliard d'euros.
5. Un plan de rénovation de 3 milliards d'euros sur dix ans pour les Ehpad et les résidences autonomie.
6. Une amélioration de la qualité de l'accompagnement et une restructuration de l'offre, en y consacrant 300 millions d'euros par an, vers une plus forte intégration entre domicile et établissement, pour des Ehpad plus ouverts sur leur territoire.
7. Une baisse du reste à charge mensuel de 300 euros en établissement pour les personnes modestes gagnant entre 1 000 et 1 600 euros par mois.
8. Une mobilisation nationale pour la prévention de la perte d'autonomie, avec la sensibilisation de l'ensemble des professionnels et la mise en place de rendez-vous de prévention pour les publics fragiles.
9. Une indemnisation du congé de proche aidant et une négociation obligatoire dans les branches professionnelles pour mieux concilier sa vie professionnelle avec le rôle de proche aidant.
10. Une mobilisation renforcée du service civique et, demain, du service national universel, pour rompre l'isolement des personnes âgées et favoriser les liens intergénérationnels.

Évolutions démographiques et prise en charge de la dépendance dans les pays de l'OCDE¹

**Ana
Llena-Nozal**

Économiste à l'OCDE.



**Thomas
Rapp**

Économiste à l'OCDE, maître de conférences
à l'université Paris-Descartes.

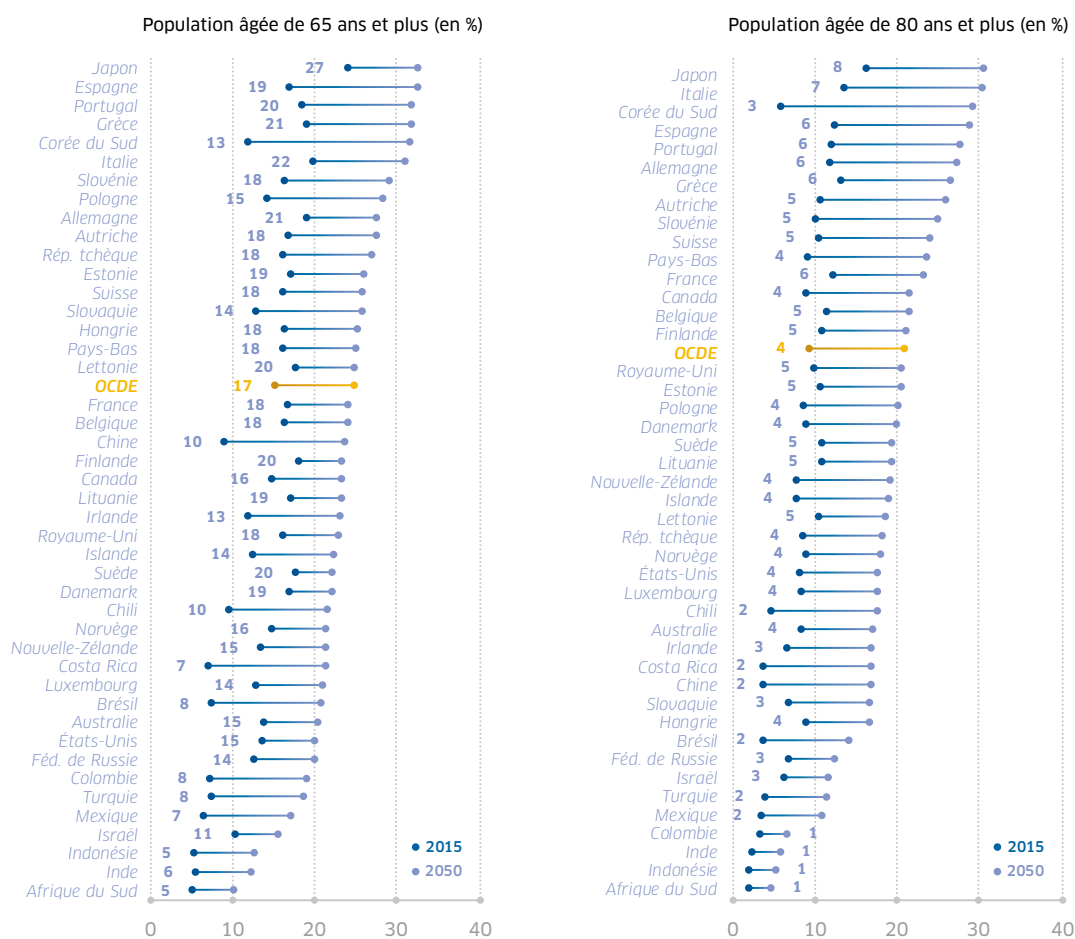


Tous les pays de l'OCDE sont affectés par le vieillissement et s'inquiètent de la prise en charge de la dépendance. Ils sont confrontés à des défis d'intensité variée mais toujours importants, pour ce qui concerne tant le recrutement des personnels que le financement des systèmes de soins de longue durée.

D'ici à 2050, le vieillissement de la population dans les pays de l'OCDE va s'accroître très sensiblement. Dans la majorité des pays,

un quart au moins de la population totale aura plus de 65 ans, et les personnes âgées de plus de 80 ans représenteront un peu plus de 10 % de la population¹.

PART DE LA POPULATION ÂGÉE DE PLUS DE 65 ET 80 ANS



Sources : statistiques de l'OCDE sur la santé 2017; données historiques et projections de l'OCDE de la population 2017.

1. Voir Panorama de la santé 2017. Les indicateurs de l'OCDE, OCDE, 2018 (https://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-fr).

Une croissance attendue des demandes

Si l'espérance de vie à 65 ans s'est beaucoup accrue au cours des dernières décennies (elle atteint 19,5 années en moyenne dans les pays de l'OCDE en 2015), l'espérance de vie en bonne santé reste encore bien inférieure (9,4 années en moyenne en Europe en 2015). Du reste, un peu plus de la moitié des personnes âgées de plus de 65 ans interrogées dans le cadre de l'enquête européenne EU-SILC (26 pays) déclarent rencontrer des difficultés à accomplir des activités de la vie quotidienne à cause d'un problème de santé et expriment donc des besoins pour les soins de longue durée (SLD). Les SLD recouvrent les soins personnels pour les activités de la vie quotidienne (manger, se laver, s'habiller, etc.), l'aide pour le maintien de l'autonomie (portage des repas...) et les soins médicaux infirmiers (aide pour la prise de médicaments, la gestion des plaies, etc.). Ces soins sont généralement reçus dans des établissements d'hébergement médicalisés (en France, ce sont les Ehpad, établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) ou au domicile des personnes.

Plusieurs raisons conduisent à penser que la demande de SLD va fortement s'accroître dans le futur. Tout d'abord, le nombre de personnes ayant recours à ces services va naturellement augmenter à mesure que la population vieillit. Ensuite, on peut penser que l'élévation du niveau de vie dans la plupart des pays de l'OCDE s'accompagne d'attentes plus grandes en termes de qualité de vie et de besoins de services, notamment pour le maintien à domicile. Enfin, l'offre de soins familiaux, qui représente à l'heure actuelle une proportion très importante de l'aide fournie aux personnes âgées, pourrait décliner dans le futur dans plusieurs pays, du fait de la participation croissante des femmes au marché du travail, de la baisse de la taille des familles, de la mobilité accrue des enfants et, enfin,

du vieillissement des aidants familiaux eux-mêmes, qui sont souvent les conjoints.

L'élévation du niveau de vie dans la plupart des pays de l'OCDE s'accompagne d'attentes plus grandes en termes de qualité de vie et de besoins de services, notamment pour le maintien à domicile.

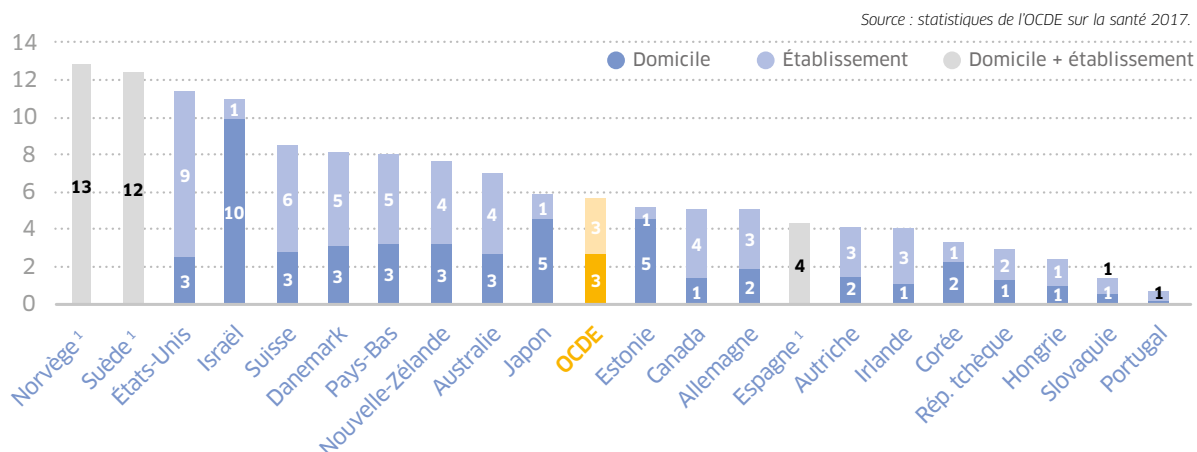
Cet accroissement attendu de la demande de SLD pose des défis importants aux pays de l'OCDE : d'une part, ceux liés au faible développement actuel de l'offre de services et, d'autre part, ceux liés à l'organisation de son financement.

Un défi de recrutement

En premier lieu, l'offre de SLD reste assez peu développée dans la majorité des pays de l'OCDE, qui font face à des problèmes importants de recrutement et de rétention de la main-d'œuvre dans le secteur. Ainsi, entre 2011 et 2016, le nombre de travailleurs pour 100 personnes âgées de plus de 65 ans a baissé ou stagné dans les trois quarts des pays. Et les quelques pays (Israël, Luxembourg, Japon et Allemagne) qui ont été en mesure d'accroître sensiblement ce ratio au cours des dernières années anticipent qu'ils devront poursuivre ces efforts pour faire face aux besoins futurs.

Les difficultés de recrutement et de rétention de la main-d'œuvre s'expliquent notamment par le fait que le secteur de la dépendance souffre d'une image très négative, souvent liée à des conditions de travail

NOMBRE DE TRAVAILLEURS DU SECTEUR DES SOINS DE LONGUE DURÉE POUR 100 PERSONNES ÂGÉES DE 65 ANS ET PLUS (2015 OU ANNÉE LA PLUS PROCHE)



1. Dans le cas de la Norvège, de la Suède et de l'Espagne, il n'est pas possible de distinguer les travailleurs prodiguant des soins en établissements de long séjour de ceux qui interviennent à domicile. Ils ne sont pas inclus dans la moyenne de l'OCDE.

difficiles et à des niveaux de rémunération très bas. Il est donc à l'heure actuelle très peu attractif. Par ailleurs, peu de pays ont mis en place des réformes visant à développer sensiblement leur offre de SLD. Par exemple, une enquête récente (à paraître) menée en 2018 par l'OCDE auprès de 26 pays montre que seulement la moitié d'entre eux a mis en place des mesures pour accroître le recrutement des professionnels du secteur. Il en résulte un déséquilibre parfois important entre l'offre et la demande de soins, qui peut s'avérer préjudiciable pour leur qualité. C'est particulièrement le cas de l'offre de soins à domicile, qui reste très peu développée et très fragmentée dans la majorité des pays de l'OCDE, où en moyenne 70 % des travailleurs du secteur des SLD sont employés par des résidences médicalisées.

Un défi de financement

En second lieu, les besoins croissants de SLD posent la question de leur financement. Au cours de la décennie 2005-2015, le taux de croissance annuel des dépenses de dépendance a été de 4,6 % dans les pays de l'OCDE. Et il est attendu que les dépenses de dépendance, qui représentent en moyenne 1,7 % du PIB des pays de l'OCDE en 2016, augmentent très fortement dans le futur. Selon les prédictions du dernier rapport sur le vieillissement de la population de la Commission européenne, elles pourraient représenter jusqu'à 3,2 % du PIB dans le scénario le moins favorable².

Dans leur grande majorité, les dépenses de SLD dans les pays de l'OCDE sont financées par des dispositifs publics (plus de 80 % en moyenne). En effet, l'assurance dépendance volontaire (privée) est très peu répandue et ne participe que très marginalement au financement des dépenses totales de dépendance. Le reste à charge des ménages représente en revanche une fraction non négligeable du financement de la dépendance dans la plupart des pays de l'OCDE (en moyenne 17,2 % du financement total pour les 22 pays pour lesquels les données sont disponibles).

L'examen des systèmes de financement publics de la dépendance dans les pays de l'OCDE révèle l'existence de trois principaux modèles. En premier lieu, quelques pays (Pays-Bas, Allemagne, Japon, et Corée du Sud) ont introduit des systèmes d'assurance dépendance, qui sont en grande partie financés par des cotisations sociales obligatoires et, dans une moindre mesure, par l'impôt. En second lieu, certains pays ont très majoritairement recours à l'impôt. C'est typiquement le cas des pays scandinaves (Norvège, Suède, Danemark) et de la Finlande, où les besoins de SLD sont entièrement financés par l'impôt. En troisième lieu, quelques pays (par exemple la France ou la Belgique) ont mis en place

des modèles de financement « mixtes », avec un recours important au financement par l'impôt et par l'assurance sociale.

On remarque aussi une très grande hétérogénéité des modalités d'accès aux aides publiques dans les pays de l'OCDE et, souvent, au sein même des pays. Dans certains, les critères d'éligibilité aux aides publiques pour financer les besoins de SLD peuvent varier selon les régions. C'est par exemple le cas en Italie ou en Espagne. Aux États-Unis, l'éligibilité au programme Medicaid dépend de conditions liées aux ressources financières des ménages, qui varient entre les États. Le niveau des aides peut aussi varier au niveau local ou régional, et ce même lorsque les règles d'éligibilité sont déterminées au plan national. C'est par exemple le cas en France, où le niveau de l'allocation personnalisée d'autonomie peut varier sensiblement selon les départements. Dans plusieurs pays (Suède, Norvège, Pays-Bas), l'accès aux soins à domicile est géré à l'échelle des municipalités.

Le niveau des aides peut aussi varier au niveau local ou régional, et ce même lorsque les règles d'éligibilité sont déterminées au plan national.

En conclusion, il paraît nécessaire de mettre en place des politiques de prise en charge de la dépendance ambitieuses, pour répondre aux besoins des personnes âgées et de leur entourage. Selon les prédictions de la Commission européenne, favoriser le bien-vieillir dans nos sociétés devrait permettre de contenir pour partie l'accroissement attendu des dépenses de dépendance. Cette stratégie nécessite le développement d'une offre de SLD de qualité, centrée sur les besoins et les attentes des personnes âgées. Cela passe par une formation accrue des professionnels du secteur à la prévention de la perte d'autonomie chez les personnes âgées, et notamment à la détection de la fragilité. Cela passe également par une amélioration des capacités de recrutement dans le secteur des SLD. Sur cet aspect, les mesures engagées dans les pays de l'OCDE au cours des dernières années ont souvent consisté à promouvoir une meilleure image du secteur, à améliorer les conditions d'accès à la formation des professionnels, à promouvoir de véritables perspectives de carrière et à améliorer les conditions de travail et de rémunération. Enfin, le soutien aux aidants familiaux semble déterminant, puisqu'ils occupent aujourd'hui une place centrale et font souvent face à des difficultés importantes liées à leur situation (dépressions, appauvrissement, etc.). ●

2. « The 2018 Ageing Report », Commission européenne (<http://dx.doi.org/10.2765/615631>).

La joie d'être encore vivant

**Pascal
Bruckner**

Écrivain et philosophe.



Il a publié notamment :

- *Un bon fils*, Grasset, 2014.
- *La sagesse de l'argent*, Grasset 2016.

Progression de l'espérance de vie et recul de la vieillesse bousculent les âges, les générations et les existences. Avant la dépendance, c'est même une sorte de nouvelle adolescence. Pour les quinquagénaires notamment. Avec une invitation fondamentale à profiter des décennies et de tous les moments à venir.

Qu'est-ce qui a changé depuis 1945 dans nos sociétés? Ce fait fondamental : la vie a cessé d'être brève, aussi éphémère qu'un train qui passe pour reprendre une métaphore de Maupassant. Ou plutôt, elle est simultanément trop brève et trop longue, oscillant entre le fardeau de l'ennui et le scintillement de l'urgence. Elle s'étire en d'interminables périodes ou passe comme un songe. Depuis un siècle, en effet, l'espèce humaine joue les prolongations, au moins dans les pays riches, où l'espérance de vie a augmenté de vingt à trente ans. Une permission, variable selon le sexe et la classe sociale, est offerte à chacun par le destin. La médecine, « *cette forme armée de notre finitude* » (Michel Foucault), nous accorde une génération supplémentaire. Immense progrès, puisque à cette volonté de vivre pleinement correspond le recul du seuil d'entrée dans la vieillesse, qui commençait il y a deux siècles à la trentaine. L'espérance de vie qui était de 30 à 35 ans en 1800 est montée de 45 à 50 en 1900 et nous gagnons chaque année trois mois supplémentaires. Une petite fille sur deux qui naît aujourd'hui sera peut-être centenaire. Savoir dès 18 ans qu'on vivra peut-être cent ans bouleverse complètement notre conception des études, de la carrière, de la famille, des amours et fait de l'existence une longue route sinueuse qui musarde, vagabonde, autorise les ratages, les reprises, les écarts. Nous pouvons connaître plusieurs formations, plusieurs métiers, plusieurs mariages. Nous y gagnons une vertu : l'indulgence envers nos propres hésitations et un défi : l'effolement devant les choix.

La porte battante

Cinquante ans, c'est l'âge où commence vraiment la brièveté de la vie. L'on peut espérer la poursuivre en plus ou moins bonne condition deux ou trois décennies. Au milieu de la vie, l'animal humain connaît

une sorte de suspension : plus tout à fait jeune, pas vraiment vieux, en apesanteur. Jadis, le temps était mouvement vers une fin : perfection spirituelle ou accomplissement, il était orienté. L'enfance tendait vers l'adolescence, celle-ci vers l'âge adulte, lequel basculait tout doucement vers la grande maturité et la vieillesse. Voilà qu'une parenthèse inédite s'ouvre, entre ces deux périodes. De quoi s'agit-il en l'occurrence? D'un sursis qui laisse la vie ouverte comme une porte battante. Formidable avancée qui bouleverse tout, les rapports entre générations, le statut du salariat, la question conjugale, le financement des assurances sociales, le coût de la grande dépendance. Une nouvelle catégorie apparaît entre la maturité et le grand âge : celle des « seniors », pour reprendre un terme latin, ces tempes grises, actives, en bonne forme physique et souvent mieux dotées que le reste de la population.

Une nouvelle catégorie apparaît entre la maturité et le grand âge : celle des « seniors », pour reprendre un terme latin, ces tempes grises, actives, en bonne forme physique et souvent mieux dotées que le reste de la population.

C'est le moment où beaucoup, ayant élevé leurs enfants et accompli leurs devoirs conjugaux, divorcent ou se remarient, rêvent d'un nouveau printemps en automne. Partout, les pouvoirs publics songent à remettre cette fraction de la population au travail et ce jusqu'à 65 ou 70 ans. En d'autres termes, il n'y a plus une mais plusieurs vieillesse, comme il y a plusieurs jeunesses, et seule mérite ce

nom celle qui précède immédiatement la mort. Nous avons réussi à reculer l'hiver au plus loin dans les saisons de la vie. Il nous faut procéder à un découpage plus fin de l'échelle des générations.

Mais la brièveté est aussi facteur d'intensité et explique la fébrilité de certains à dévorer les jours restants à pleines dents, pressés de rattraper ce qu'ils ont raté ou de prolonger ce qu'ils ont connu. C'est l'avantage des comptes à rebours : ils nous rendent avides de chaque moment qui passe. Après 50 ans, la vie devrait être requise par l'urgence, habitée d'une variété inépuisable d'appétits. D'autant que nous pouvons à tout moment être emportés par une maladie, un accident. « *De ce que je suis maintenant, il ne s'ensuit pas que je doive être encore après* », disait René Descartes. L'incertitude du lendemain, en dépit des progrès de la médecine, n'est pas moins tragique qu'au XVII^e siècle et n'atténue pas la précarité de chaque jour qui se lève. On se tient sur une ligne de crête qui permet de voir le panorama des deux côtés.

L'été indien

Il faut ici distinguer entre le futur comme catégorie grammaticale et l'avenir comme catégorie existentielle, laquelle implique un lendemain non plus contingent mais voulu et désiré. L'un est subi, l'autre construit, l'un relève de la passivité, l'autre de l'activité consciente. Demain il fera froid ou pluvieux mais, quel que soit le temps, je partirai en voyage parce que je l'ai décidé. On peut rester vivant très tard mais existe-t-on encore, au sens de l'être qui se projette en avant ? « *Le plus lourd fardeau, c'est de vivre sans exister* », dira plus simplement Victor Hugo. Que faire de ces vingt ou trente ans supplémentaires qui nous tombent dessus par inadvertance ? Nous voilà comme des soldats qui allaient être démobilisés et qu'on enrôle pour d'autres batailles. Les jeux sont faits pour l'essentiel, l'heure des bilans semble venue et pourtant il faut continuer.

Les jeux sont faits pour l'essentiel, l'heure des bilans semble venue et pourtant il faut continuer.

La vieillesse constitue un réconfort pour ceux qui ont peur de vivre et se disent que là-bas, au terme d'un long chemin, se tient enfin la terre promise de la consolation où ils pourront baisser les bras et déposer leur fardeau. L'été indien, cette nouvelle arrièresaïson, absolument inédite dans l'Histoire, dément leurs espérances. Ils voulaient se donner congé, ils se doivent de persister.

Ce sursis, vide de tout contenu *a priori*, est à la fois passionnant et angoissant. Il faut remplir cette moisson de jours supplémentaires. Les échéances raccourcissent, les possibles s'amenuisent mais il y a encore de la découverte, des surprises, des amours bouleversantes. Le temps est devenu un allié paradoxal : au lieu de nous tuer, il nous porte, il est le vecteur de l'angoisse et de l'allégresse, « *moitié verger, moitié désert* », comme l'a écrit René Char. Il a ceci de particulier qu'il désarme provisoirement les incompatibles : aujourd'hui, on peut être une chose et une autre, père, grand-père et arrière-grand-père par exemple, vieillard et sportif, mère et porteuse de l'enfant de sa fille et de son gendre. C'est Mathusalem à tous les étages : un homme peut procréer jusqu'à 75 ans et engendrer un nouvel enfant au moment où son aîné lui donne un petit-fils, l'oncle ou la tante auraient alors quarante ans de moins que leur neveu ou nièce, le cadet un demi-siècle de moins que son grand frère. La science, la longévité permettent de véritables permutations temporelles, les lignées s'enchevêtrent au lieu de se succéder tels les câbles d'un central téléphonique, les hiérarchies familiales sont bousculées, c'est un gouffre qui s'ouvre devant nous et balaye tous les repères. Si demain, par hasard, les centenaires devenaient majoritaires, ils considéreraient les septuagénaires comme des gamins mal élevés et s'écrieraient : « *Ah ces jeunes, ils ne respectent rien !* »

C'est Mathusalem à tous les étages : un homme peut procréer jusqu'à 75 ans et engendrer un nouvel enfant au moment où son aîné lui donne un petit-fils, l'oncle ou la tante auraient alors quarante ans de moins que leur neveu ou nièce, le cadet un demi-siècle de moins que son grand frère.

Tel est le sursis : l'omission provisoire du dénouement, une incertitude fondamentale. L'existence n'est plus une flèche qui conduit de la naissance à la mort mais une « durée mélodique » (Bergson), un mille-feuille de temporalités qui se superposent. Plutôt que de rêver d'une suspension des jours, voilà que l'on bénéficie d'un don inespéré. Jouir d'un répit c'est faire le deuil du deuil, comme ces malades du sida que la trithérapie a sauvé *in extremis*. Le bourreau a suspendu sa hache.

Reliquat de vie ?

La vie humaine se déroule exactement à l'inverse d'un roman policier : nous connaissons la fin, nous savons qui est le coupable, nous n'avons aucune envie de le confondre, nous mettons même tout notre talent à ne pas le démasquer. Dès qu'il pointe son nez, nous le supplions : reste caché, nous avons besoin de nombreuses années encore avant de te trouver.

Prendre de l'âge, c'est entrer dans l'ordre du calcul : tout nous est compté, chaque jour qui passe semble une réprimande et raréfie les options, nous obligeant au discernement.

Si le privilège de la jeunesse est de rester indéfinie, elle ne sait pas ce qui va se passer, celui de l'été indien est de tricher avec la conclusion. Il est l'âge de l'équivoque entre la grâce et l'effondrement. Après 50 ans, le temps de l'insouciance est passé, chacun est devenu plus ou moins ce qu'il était censé devenir et se sent libre désormais de persévérer dans son être ou de s'inventer différent.

Cet intervalle disponible invite aussi à la « re-création » de soi¹. Nouvelle adolescence, beaucoup l'ont souligné, à l'âge du déclin : il ne s'agit plus tant de choisir sa vie que de la perpétuer, de l'infléchir ou de l'enrichir. Comment faire bon usage de ce reliquat ? « *This is the first day of the rest of your life* », disent les Anglo-Saxons. Le reste commence dès le premier jour, mais il ressemble alors à de l'opulence et se contracte ensuite. Le temps est comme l'amour chez Platon, fils de pauvreté et d'abondance, il est le mûrissement indispensable, l'attente féconde qui éclot mais aussi l'usure, l'épuisement. Prendre de l'âge, c'est entrer dans l'ordre du calcul : tout nous est compté, chaque jour qui passe semble une réprimande et raréfie les options, nous obligeant au discernement.

Mais l'adolescence paradoxale du quinquagénaire ne débouchera sur aucune raison supérieure. Claude Roy parle magnifiquement de « *cette façon qu'a la vie de ne pas finir ses phrases* ». Il est humain de ne pas l'achever, de la laisser comme une fenêtre entrouverte. Ce sont les autres qui la fermeront et mettront le point final, non sans disputer sur notre sort. La vie est une perpétuelle introduction à elle-même et ce, jusqu'au bout. Nous ne sommes domiciliés dans le temps qu'en étant en permanence expulsés de nous-mêmes, mis à la porte du présent où nous pensions séjourner en hôtes diligents. Nous ne sommes pas propriétaires de nous-mêmes, nous restons les sans-logis de la durée. ●

1. Sur cette redéfinition des âges de la vie, voir le livre fondateur de Michel Philibert, *L'échelle des âges* (Seuil, 1968), ainsi que Marcel Gauchet, *La redéfinition des âges de la vie* (*Le Débat*, n° 132, 2004) et la synthèse d'Éric Deschavanne et Pierre-Henri Tavoillot, *Philosophie des âges de la vie* (Grasset, 2007).

Politiques et pratiques

- 26 **Que faire des vieux ?
Une question historique**
• Christophe Capuano
- 31 **Faut-il un « cinquième risque » ?**
• Benjamin Ferras
- 37 **Convictions et réalisations de PRO BTP**
• Hervé Naerhuysen
- 42 **L'habitat inclusif**
• Stéphane Corbin
- 47 **La conception universelle
au service de l'autonomie
de tous**
• Florent Orsoni
- 51 **De la baignoire à la douche :
un renoncement difficile**
• Bernard Coloos et Claire Guidi
- 56 **Encadré • Les Ehpad : combien de travaux ?**

Que faire des vieux ? Une question historique

**Christophe
Capuano**

Maître de conférences habilité en histoire contemporaine
à l'université Lumière Lyon-II.



Il a publié notamment

- *Que faire de nos vieux ? Une histoire de la protection sociale de 1880 à nos jours*, Presses de Sciences Po, 2018.

Les mêmes questionnements traversent le temps. On trouve toujours des problèmes de budgets et de classements bureaucratiques, des débats sur les équilibres entre solidarité publique et solidarité familiale, sur la place respective du social et du médical, sur les établissements spécialisés (hospices devenus Ehpad) et les prestations pour se maintenir à domicile. Avec une place majeure qu'ont su se ménager les départements.

Nous appréhendons généralement la prise en charge des vieux comme un enjeu très contemporain, lié au vieillissement de notre société et aux nouvelles problématiques de la dépendance. Pourtant, ce n'est pas une nouveauté ! Au cours du XX^e siècle, on retrouve de manière récurrente les mêmes questionnements en matière de lieux de vie, de financements, de catégories administratives, etc. Envisager ces dimensions dans une perspective longue permet de comprendre comment les blocages d'hier jouent aujourd'hui – comme les échecs d'une assurance publique de la dépendance ou d'une politique de maintien au domicile réussie. Ce détour par le passé éclaire aussi la singularité française d'une politique aujourd'hui segmentée (entre handicap et dépendance) plutôt qu'intégrée, et ses conséquences concrètes pour les personnes concernées, selon qu'elles soient au-delà ou en deçà du seuil des 60 ans.

Assister ensemble « vieillards » et « infirmes »

Le terme « vieux » regroupe les personnes entrées effectivement dans la vieillesse avec des incapacités, plus ou moins lourdes – ce qui signifie aussi que l'on peut vivre à un âge très avancé sans être vieux ! Lorsqu'elles deviennent trop graves, ces difficultés font basculer dans la dépendance, ce qui implique l'aide d'autrui pour effectuer certaines tâches ou toutes les tâches du quotidien. Les besoins d'une personne dépendante et ceux d'une personne lourdement handicapée sont alors identiques, quel que soit leur âge. Or, c'est justement ensemble que ces personnes handicapées et âgées

dépendantes sont envisagées par l'assistance puis par l'aide sociale.

Au XIX^e siècle, lorsqu'elle existe dans la commune, l'assistance publique municipale, avec ses bureaux de bienfaisance, apporte quelques secours en nature ou en espèces car ces personnes sont considérées comme les « bons pauvres » : ceux qui se trouvent dans la misère parce qu'ils ne disposent pas d'épargne et ne peuvent travailler en raison de leurs incapacités physiques et/ou de leur âge. À la fin du siècle, les parlementaires républicains décident de mettre en place une grande loi d'assistance sociale afin que ces « *vieillards, infirmes et incurables* » sans ressources puissent bénéficier d'un minimum de secours sur l'ensemble du territoire national. Cela prend la forme de la loi du 14 juillet 1905, mais celle-ci s'inscrit d'emblée dans une logique budgétaire, puisqu'il faut absolument limiter les coûts. D'une part, les sommes attribuées sont calculées au plus bas et suffisent à peine pour survivre, d'autre part les prestations sont surtout versées à domicile. Les placements gratuits en hospices, plus coûteux et saturés, sont réservés aux populations les plus dépendantes. En outre, comme toute mesure d'assistance, l'aide est considérée comme une avance soumise à l'obligation alimentaire des descendants (article 205 du code civil), avec récupération sur succession après décès. Malgré ces précautions, le nombre de bénéficiaires augmente très vite et de façon constante, alors même qu'en 1910 des retraites ouvrières et paysannes (ROP) sont instituées. Les besoins pour ces populations démunies, surtout parmi les personnes âgées, sont en effet immenses. Surtout, les entrées en hospice, les plus

onéreuses, croissent de manière continue, y compris durant l'entre-deux-guerres.

C'est pour stopper cette hausse que l'État crée en 1930, dans les suites de la loi du 14 juillet 1905, une majoration spéciale pour tierce personne. Cette disposition, inaugurée pendant le premier conflit mondial pour les grands invalides de guerre, est transposée dans le champ de l'assistance pour réduire les frais de la solidarité publique. Il s'agit de détourner des hospices les pauvres assistés, sans distinction d'âge mais avec de lourdes incapacités, en leur proposant une indemnité en espèces correspondant au montant théorique de journées d'hospice équivalentes. Avec celle-ci, le bénéficiaire est censé recruter de gré à gré une aide à domicile. Dans les faits, ce recrutement est très rare, en raison de l'absence d'auxiliaires de vie, et c'est généralement un membre de la famille qui apporte une aide au quotidien. En outre, cette mesure se révèle peu efficace car trop isolée (elle ne s'accompagne pas de créations de services à domicile ou d'une politique de réfection de logements) et qu'elle est adoptée dans un contexte de crise économique. Elle est néanmoins prorogée après la Seconde Guerre mondiale, avec un montant réévalué. Même si l'assistance est qualifiée désormais d'aide sociale, considérée comme moins stigmatisante, la logique de cette majoration spéciale est identique et attribuée aux pauvres « infirmes » et « vieillards » en fonction des incapacités (on fixe alors le taux de 80 % d'incapacité), sans distinction d'âge. Elle est avant tout destinée à maintenir ces populations hors les murs. Mais sans service à domicile, cette aide en espèces sert surtout à compenser les maigres ressources des bénéficiaires.

Parallèlement, dans le cadre d'une première politique de la vieillesse, une aide en nature est instaurée à partir de 1962, sous la forme d'une aide ménagère, pour améliorer effectivement le maintien au domicile. Mais le volontarisme de l'État est très limité : cette aide ménagère est destinée aux populations de plus de 65 ans physiquement autonomes, puisqu'elle se limite à une heure par jour au maximum, ce qui se révèle insuffisant lorsque l'état de santé se dégrade. À cet obstacle s'ajoute le problème des logements inadaptés aux personnes en perte d'autonomie, dont l'aménagement est peu envisagé. La logique est une nouvelle fois budgétaire : le maintien au domicile est pensé par les pouvoirs publics comme une solution pour réduire les entrées en établissement, avec le recours à un personnel féminin sous-payé, dont l'activité exigeante est pourtant perçue comme peu qualifiée et est peu valorisée. Jusque dans les années 1970, l'efficacité de ces services à domicile – mis en place grâce aux budgets des collectivités locales et des

caisses vieillesse – est mesurée en journées d'hospice économisées.

Privilégier les besoins des populations fragiles ou les logiques budgétaires ?

Au tournant de la décennie 1970, aucune des solutions adoptées ne semble satisfaisante. Il est alors envisagé, au sein de la Direction de l'action sociale (ministère de la Santé publique et de la Population) et du Commissariat général du Plan, une politique d'action sociale globale pour appréhender de manière intégrée et coordonnée les besoins des personnes âgées et handicapées, avec une politique ambitieuse permettant un libre choix de vie, combinée à une protection sociale universelle. Mais cette voie globale est finalement abandonnée au profit d'une approche catégorielle qui mène à la loi d'orientation sur le handicap du 30 juin 1975.

La définition donnée du handicap par les promoteurs de la loi relève cependant d'une conception très souple « pour éviter les exclusions dans l'avenir », comme le souligne alors Simone Veil, ministre de la Santé, devant le Sénat. Le gouvernement rejette toute distinction fondée sur « la cause du handicap » et ne retient que ses conséquences, ce qui permet d'intégrer les handicaps qui accompagnent le grand âge, conception en adéquation avec la définition du handicap de l'Organisation mondiale de la santé.

Les personnes âgées dépendantes vont alors être assimilées aux personnes handicapées et bénéficier, comme elles, des dispositions de la loi de 1975, qui consacre le principe d'une solidarité nationale en leur faveur.

Les personnes âgées dépendantes vont alors être assimilées aux personnes handicapées et bénéficier, comme elles, des dispositions de la loi de 1975, qui consacre le principe d'une solidarité nationale en leur faveur et de nouveaux droits humains qui en découlent (comme la fin de l'obligation alimentaire ou de la récupération sur succession après décès). Cette orientation est confirmée au nom de la non-discrimination selon l'âge et de la réussite du maintien au domicile. De cette façon, l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP), qui se substitue à la majoration spéciale, est ouverte aux personnes âgées dépendantes qui le souhaitent. Parmi ces dernières, nombreuses sont celles à pré-

férer ce dispositif de la politique du handicap plutôt que l'aide ménagère de la politique de la vieillesse, toujours limitée à trente heures par mois. Avec l'ACTP, les personnes âgées peuvent ainsi construire leur propre plan d'aide à domicile, puisque le versement en espèces leur permet un libre usage dans les faits des sommes attribuées, comme l'emploi d'une auxiliaire de vie ou l'aménagement technique de leur logement. Elles deviennent rapidement les principales bénéficiaires de l'ACTP (la moitié a plus de 75 ans en 1994), ce qui déplaît aux conseils généraux chargés du financement du dispositif (sans droit de regard sur le choix des bénéficiaires) depuis les lois de décentralisation de 1983. Les départements dénoncent – à tort – comme un détournement de la loi de 1975 le fait que ces personnes âgées dépendantes puissent bénéficier des mêmes droits humains et avantages que les handicapés. Leur mécontentement est relayé par le Sénat et entraîne l'exclusion des personnes âgées dépendantes de plus de 60 ans de la politique du handicap en janvier 1997.

Construire une segmentation en fonction du seuil d'âge des 60 ans

Assimilées initialement aux personnes handicapées pour des raisons financières, les personnes âgées dépendantes en sont séparées pour ces mêmes logiques, lorsque la prestation au domicile devient trop onéreuse. Présentée comme un juste et naturel retour à l'ordre des choses, cette segmentation rompt pourtant, comme on l'a vu, avec une longue tradition de non-discrimination selon l'âge. Cette séparation écarte également la France des recommandations internationales du Conseil de l'Europe et de son Comité des ministres, qui préconisent de ne retenir que les conséquences du handicap.

Créée en 1997, la prestation spécifique de dépendance (PSD), réservée aux personnes âgées dépendantes, réintroduit quant à elle la notion de récupération sur succession après décès. Elle est un échec et est remplacée en juillet 2001 par l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). La récupération sur héritage est alors supprimée et la prestation, qui se veut universelle, est largement ouverte aux classes moyennes, mais les bénéficiaires doivent financièrement contribuer à leur plan d'aide en fonction de leurs ressources et des choix des conseils généraux. En outre, elle ne remet pas en cause la discrimination selon l'âge ni le seuil des 60 ans, qui ne renvoie pourtant à aucune réalité biologique puisque l'entrée dans la vieillesse se situe en 1993 à 77,2 ans en moyenne pour les femmes et à 70,8 ans pour les hommes. Les conseils généraux sortent grands gagnants de ces évolutions, car ils ont réussi

à imposer leurs vues avec la constitution d'un système qui leur permet de plafonner leurs dépenses, d'isoler les personnes âgées dépendantes dans une catégorie spécifique, de superviser les flux d'entrée et le montant des prestations par le biais d'équipes médico-sociales qu'ils contrôlent.

Après le tournant des années 1970, la segmentation des publics cibles l'emporte donc dans le champ de la protection sociale et l'heure n'est plus à une approche globale des populations bénéficiaires de dispositifs identiques. La construction d'une catégorie spécifique de personnes âgées dépendantes s'inscrit comme la suite logique de cette tendance catégorielle et segmentée.

Cette tension entre « handicap » et « dépendance » est toujours à l'œuvre. La loi du 11 février 2005 sur le handicap, dans son article 13 prévoyait pourtant la fin de toute forme de discrimination en fonction de l'âge : « Dans un délai maximum de cinq ans, les dispositions de la présente loi opérant une distinction entre les personnes handicapées en fonction de critères d'âge en matière de compensation du handicap et de prise en charge des frais d'hébergement en établissement sociaux et médico-sociaux seront supprimées. » Mais cet article n'a jamais été appliqué.

Le traitement divergent en fonction du seuil de 60 ans va cependant à l'encontre d'études qui démontrent la grande proximité des problèmes posés par l'absence d'autonomie, quels que soient l'âge et l'origine des déficiences.

En février 2011, lorsque le chef de l'État, Nicolas Sarkozy, inaugure le chantier politique de la dépendance, il affirme sa volonté de ne pas revenir sur la séparation : « Je n'ai pas l'intention de diluer le handicap dans la dépendance. » Le traitement divergent en fonction du seuil de 60 ans va cependant à l'encontre d'études qui démontrent à la fois la grande proximité des problèmes posés par l'absence d'autonomie, quels que soient l'âge et l'origine des déficiences – motrices, sensorielles, cognitives ou relationnelles (ou tout cela à la fois) – et les avantages qu'il y a à traiter de manière globale ces handicaps pour améliorer la prise en charge, à domicile ou en établissement (Ehpad ou structures spécialisées).

L'impossible cinquième risque ?

Outre cette segmentation en fonction de l'âge, la politique française se singularise par le maintien d'un traitement de la dépendance dans le cadre de l'aide sociale. Plusieurs de ses voisins européens (Pays-Bas, Suède, Allemagne, Belgique, Luxembourg), assimilant ce risque aux soins de longue durée, se sont tournés vers un système assurantiel public depuis les années 1990.

À la logique d'universalité et d'équité territoriale, assurée par les organismes locaux de sécurité sociale, mais critiquée pour son éloignement des allocataires, est donc préférée une logique de proximité.

Le système choisi dans ces pays tient à une approche de la dépendance conçue comme pouvant intervenir à tout âge. Il en résulte, comme en Allemagne, une nécessité de cotisations versées tout au long de la vie, gérées par la branche d'assurance maladie et fonctionnant comme elle. Lorsqu'une telle piste est envisagée en France sous l'impulsion de Simone Veil, ministre des Affaires sociales et de la Santé, en 1994, le risque dépendance devait être cantonné aux seules personnes âgées et financé avec une hausse de la cotisation de l'assurance maladie des retraités. Mais le projet échoue en raison de différents obstacles : volonté de limiter le déficit du régime général de sécurité sociale,

opposition du gouvernement à l'augmentation des prélèvements sociaux en période préélectorale et, surtout, refus des conseils généraux qui ne tiennent pas à voir les organismes locaux de sécurité sociale se renforcer dans ce domaine. Les départements ont fait pression pour être les opérateurs d'une prestation de dépendance qu'ils gèreraient assez librement dans leur territoire, ce qu'ils obtiennent, comme nous l'avons vu plus haut, avec la PSD en 1997 puis l'APA en 2001.

Au début des années 2000, la création d'un cinquième risque reste néanmoins d'actualité. La mise en place de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) en juin 2004 peut laisser penser que l'on s'oriente vers cette solution. Comme en Allemagne, un jour férié est supprimé et la mention « contribution sociale » est indiquée pour alimenter la caisse. En réalité, la composition et le fonctionnement de la CNSA diffèrent de ceux d'un organisme de sécurité sociale et relèvent davantage d'une forme de recentralisation. Dans les faits, ce sont tout de même les conseils généraux qui jouent un rôle pilote, en disposant d'une marge de manœuvre considérable. Le choix de l'assistance puis celui de l'aide sociale ont donc conforté une territorialisation des politiques sociales en France. À la logique d'universalité et d'équité territoriale, assurée par les organismes locaux de sécurité sociale, mais critiquée pour son éloignement des allocataires, est donc préférée une logique de proximité au risque de favoriser l'arbitraire et des traitements inégaux selon les territoires. Il semble difficile d'envisager aujourd'hui une réforme, dans le cadre du chantier de la dépendance, qui remettrait en cause un tel rapport de forces. ●

Faut-il un « cinquième risque » ?

**Benjamin
Ferras**

Enseignant à Sciences Po, haut fonctionnaire au sein
des ministères sociaux¹.



Il a publié notamment

- *La sécurité sociale* (avec Julien Damon), PUF, 2015.
- *L'assurance maladie en question(s)* (avec Maurice-Pierre Planel), Presses de l'EHESP, 2019.

1. Les propos de l'auteur n'engagent que sa responsabilité et non celle des institutions qu'il sert ou a servies.

Serpent de mer du débat spécialisé, l'idée d'un « cinquième risque » hante la réflexion autour de la prise en charge performante de la dépendance. La notion n'a pas forcément grand sens dans l'architecture du système français de protection sociale, mais elle contribue à la bataille culturelle et à la dynamique en faveur de l'autonomie. Cinquième risque ou non, l'ambition consiste à préciser, unifier et renforcer un patchwork d'interventions diverses.

Le débat sur la dépendance des personnes âgées se résume souvent à l'idée – nécessaire ou infondée – de créer un « cinquième risque de protection sociale ». Depuis la création de la prestation spécifique de dépendance en 1997, cette question s'est imposée dans le débat public. Elle constitue, de Jacques Chirac à Emmanuel Macron, le passage obligé – et difficile – de toute parole présidentielle sur le mode de prise en charge – forcément à rénover et à renforcer – des personnes âgées.

Le cinquième risque : une idée aux limites évidentes

Les défis financiers, combinés à une demande de meilleure prise en charge publique des coûts de la dépendance (tant dans la nature des dépenses que s'agissant des coûts supportés par les familles) ont conduit à imposer le débat sur le cinquième risque.

La dénomination retenue plonge le connaisseur des politiques sociales dans un abîme de perplexité. La statistique nationale et européenne dénombre d'ores et déjà pas moins de dix risques de protection sociale¹. Aucun d'entre eux ne correspond à ce risque de dépendance. S'agissant des institutions, on distingue certes quatre branches de sécurité sociale couvrant chacune un ensemble de risques² (regroupés schématiquement ainsi : maladie, famille, accidents du travail et vieillesse). Mais on doit leur ajouter les autres institutions de protection sociale (assurance chômage, retraites complémentaires, organismes complémentaires, collectivités territoriales). En toute rigueur, le « cinquième risque de protection sociale » n'existe pas. Il y aurait soit un « onzième risque » de protection sociale, soit une

nouvelle branche – la cinquième ? – de la sécurité sociale. C'est parfois cette dernière approche qui est avancée de manière globale³ en ce qu'elle concernerait tant le handicap (qui est un des dix risques de protection sociale) que la dépendance.

Le débat public a donc imposé une simplification hérétique dont on peine à cerner la teneur *a priori*. Pour autant, cet horizon conceptuel impossible qu'est le cinquième risque est des plus signifiants. Cette référence reflète une bataille culturelle à l'œuvre pour reconnaître les besoins liés à la dépendance des personnes âgées et la nécessité d'y répondre par une action publique renouvelée. Derrière le slogan, il s'agit de permettre à chaque personne âgée perdant son autonomie d'accéder à un panier de biens et de services pris en charge par la collectivité donc d'assurer l'institutionnalisation et le financement de la politique du grand âge. Toute affirmation d'un nouveau « risque social » passe par un lent travail de construction et de reconnaissance. L'histoire de la sécurité sociale en France souligne que le système actuel de socialisation des risques – qui nous semble aller de soi aujourd'hui – a donné lieu à de nombreux débats avant de s'imposer.

Reconnaître la dépendance : prestation, financement, institutions

Comment donc reconnaître ce nouveau risque social de dépendance ? Il s'agit, tout d'abord, de cerner l'objet, soit les biens et services que l'on entend regrouper sous ce terme. Classiquement, les prestations offertes permettent d'apprécier ce que les acteurs publics entendent prendre en charge : la prestation spécifique de dépendance (PSD) à comp-

1. Soit les risques maladie, invalidité, accidents du travail - maladies professionnelles, vieillesse, survie, famille, insertion et réinsertion professionnelle, chômage, logement, pauvreté - exclusion sociale.

2. Soit la branche maladie (qui couvre également les risques maternité, invalidité et décès), la branche famille (qui prend en charge les prestations familiales mais aussi les aides au logement et les prestations de lutte contre la pauvreté), la branche vieillesse et la branche accidents du travail - maladies professionnelles.

3. Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge, « Premiers éléments sur un "cinquième risque de sécurité sociale" », décembre 2018.

ter de 1997, puis l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) depuis 2004, ont permis de cerner un premier panier de biens et services. La reconnaissance de la dépendance des personnes âgées passe ainsi par la prise en charge par la collectivité des frais liés au séjour en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) ou au maintien à domicile. Cette prise en charge est néanmoins limitée, tant en ce qui concerne les types d'interventions prises en compte qu'en ce qui concerne l'ampleur de la couverture offerte, ce qui conduit notamment à constater un reste à charge financé par les bénéficiaires ou leurs familles.

Cette prise en charge est néanmoins limitée tant en ce qui concerne les types d'interventions prises en compte qu'en ce qui concerne l'ampleur de la couverture offerte.

Au-delà, la spécificité du risque est classiquement actée *via* l'octroi de financements dédiés. Si les dépenses liées à la dépendance sont largement financées par les branches de sécurité sociale (et, au premier chef, la branche maladie) et par les budgets des collectivités territoriales, le financement de la perte d'autonomie a été progressivement renforcé par des recettes propres : contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA) pesant sur les revenus d'activité et liée à la mise en place de la « journée de solidarité » introduite en 2014, ou contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (Casa) pesant sur les revenus de remplacement liés à la retraite ou à l'invalidité, créée en 2013.

Enfin, la prise en charge du risque nécessite également de mettre en place une organisation dédiée. Le « risque dépendance » présente, à cet égard, de nombreuses singularités. La prise en charge des personnes âgées relève classiquement de la compétence des départements, soit l'échelon assurant les missions d'aide et d'action sociales territoriales (précarité *via* le revenu de solidarité active - RSA ; handicap notamment par la prestation de compensation du handicap - PCH ; enfants précaires et isolés par l'aide sociale à l'enfance). Mais cette prise en charge est aussi assurée par l'assurance maladie, qui couvre les besoins spécifiques de soins des personnes âgées dépendantes. La dépense est également portée par l'action sociale des régimes de retraite et par des actions de l'État ou des autres collectivités territoriales. On est ici confronté à un patchwork d'interventions.

La politique passe par l'organisation de l'offre de biens et de services, domaine qui est largement partagé entre les départements et l'État *via* ses agences régionales de santé (ARS). L'autorisation d'une activité (Ehpad ou services à domicile) ou sa tarification relèvent ainsi de compétences exclusives ou conjointes de ces deux entités selon les activités, les structures ou les dépenses. Cette politique conduit aussi à proposer un « cadre de vie » en adaptant les logements et les équipements urbains, en créant des lieux de rencontre pour prévenir l'isolement : sont ainsi mobilisés les acteurs de la politique du logement, les communes et intercommunalités. L'ensemble est vaste et pluriel, donc délicat à déterminer.

La complexité institutionnelle règne. Toutefois, depuis 2004, une approche nationale intégrée a été confiée à une institution spécifique, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Cette caisse originale ne dispose pas, contrairement aux caisses nationales de sécurité sociale, d'un réseau territorial chargé de gérer le risque et de permettre aux bénéficiaires d'accéder aux prestations. Ces rôles sont confiés à l'État et aux départements. La CNSA assure cependant le financement des actions au moyen des ressources affectées à la dépendance. Elle assure également une fonction de facilitateur national, en déployant les actions d'intérêt commun (méthodes et outils) et en pilotant la mise en œuvre des projets et plans définis au niveau national.

La réflexion sur le cinquième risque est centrale en ce qu'elle conduit à revoir tant l'organisation de la prise en charge que les biens et services offerts, les responsabilités des acteurs opérationnels et des régulateurs ou financeurs.

Ce rôle spécifique n'est pas limité à la dépendance, puisque cet organisme exerce aussi ses missions dans le champ du handicap. Cette singularité de la CNSA est reflétée par sa gouvernance particulière : son conseil est composé de représentants de l'État, des départements, des usagers, des organisations patronales et syndicales et d'autres acteurs. La CNSA facilite, coordonne, accompagne et finance ainsi le ou les patchworks d'interventions publiques en matière de dépendance ou de handicap.

Face à ces interventions diversifiées, la réflexion sur le cinquième risque est centrale en ce qu'elle

conduit à revoir tant l'organisation de la prise en charge que les biens et services offerts, les responsabilités des acteurs opérationnels et des régulateurs ou financeurs. Elle induit nécessairement de penser la prise en charge des personnes âgées, soit comme un ensemble spécifiquement circonscrit, soit comme partie d'une politique d'autonomie au bénéfice tant des personnes âgées que handicapées.

Une dynamique incontestable, des manques et incertitudes patents

Contrairement à la prise en charge du handicap, la reconnaissance de la dépendance des personnes âgées demeure récente. L'action organisée et spécifique n'est intervenue réellement qu'à compter de 1997, avec la création de la PSD⁴. Ce mouvement de reconnaissance ne s'est néanmoins depuis jamais démenti : depuis 1997, la protection apportée a régulièrement évolué par la loi⁵ ou par des plans (Alzheimer, sur l'offre en établissements ou de services à domicile). Autre signe de cet intérêt : aucun programme politique ne peut désormais faire l'économie d'un volet « personnes âgées » conduisant à réexaminer – de manière plus ou moins profonde et réaliste – les contours du cinquième risque.

Traiter des défis du vieillissement et de la dépendance constitue désormais un aspect incontournable de l'action publique. C'est aussi à cette aune qu'il convient d'apprécier les travaux de Dominique Libault⁶, dans le cadre d'une approche inédite, associant des analyses d'experts et d'acteurs nationaux ou de terrain et des contributions des usagers, de leurs familles et de l'ensemble des citoyens. Il s'agit de promouvoir une nouvelle ère de la politique du grand âge.

Le secteur du grand âge est fragile économiquement et apparaît peu attractif aux salariés et demandeurs d'emploi alors même que les besoins vont crescendo.

Les manques et incertitudes sont largement connus et documentés. Si l'effort public a été constamment croissant, l'offre et la prise en charge demeurent très variables dans leurs natures et qualités sur l'ensemble du territoire. À cela s'ajoute une difficulté d'accès aux prestations liée à leur complexité et à l'absence de dispositif identifié de prise en charge (pas de « guichet » dédié notamment), une connaissance statistique et une évaluation qui

demeurent faibles, un pilotage – notamment local – qui reste complexe. Enfin, le secteur du grand âge est fragile économiquement et apparaît peu attractif aux salariés et demandeurs d'emploi, alors même que les besoins vont crescendo.

Les 175 propositions du rapport Libault contribuent à une nouvelle étape dans la dynamique de reconnaissance de ce « risque social » récent et donc constituent un nouvel apport dans le cadre de la bataille culturelle et politique à l'œuvre. Ce rapport propose ainsi non un cinquième risque mais « *un risque national à part entière reposant sur un partenariat territorial renouvelé* ».

Mieux prendre en charge et prévenir le risque de perte d'autonomie

Les mots ont un sens. À la notion de « dépendance », correspondant à une approche médicale et centrée sur une situation qui peut effrayer – une perte de maîtrise de soi –, s'est progressivement substituée celle d'« autonomie » ; terme plus positif et suggérant une approche plus large de prise en charge des personnes âgées pour prévenir la perte d'autonomie, soit accompagner la personne âgée dès ses premiers besoins et assurer un soutien affirmé en cas de dépendance plus prononcée. De plus, avec le terme d'autonomie, se pose la question d'une politique unique adressée à deux publics : les personnes âgées et les personnes handicapées.

Répondre aux besoins évolutifs de personnes « en perte d'autonomie » nécessite un changement de mode de prise en charge. La notion de « parcours » est promue de longue date en protection sociale. Ce qui constituait un souhait est désormais possible notamment compte tenu des progrès technologiques : l'exploitation des *big data* peut permettre d'identifier et de prévenir les besoins. Ce registre d'action s'impose pour les personnes âgées. Il se heurte néanmoins au fait que la dépendance est actuellement prise en charge par deux secteurs – sanitaire et social – et donc des acteurs différents. Surmonter ce cloisonnement pour gérer des parcours de vie constitue un des premiers enjeux.

Les besoins sont importants et souvent rappelés de différentes manières. À la mobilisation des personnels des Ehpad succèdent des faits divers dont sont victimes nos aînés les plus fragiles. Si l'amélioration de la couverture et de la prise en charge ne peut que faire l'objet d'un consensus, elle appelle des choix. En l'absence d'argent magique ou de nouvelles sources de financement, donner la priorité au grand âge conduit nécessairement à ne pas répondre à d'autres besoins. Cette priorité justifie-

4. Pour une perspective historique et le lien entre les deux politiques, voir l'ouvrage de référence de Christophe Capuano, *Que faire de nos vieux ? Une histoire de la protection sociale de 1880 à nos jours* (Presse de Sciences Po, 2018), ainsi que son article dans cette livraison de *Constructif*.

5. En particulier en 1997, 2001, 2004, 2005, 2009, 2013 et via la dernière loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015.

6. Dominique Libault, « Grand âge, le temps d'agir », La documentation française, 2019. Ce rapport issu de la concertation « grand âge et autonomie » et remis à la ministre des Solidarités et de la Santé est disponible à cette adresse : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_grand_age_autonomie.pdf.

rait néanmoins d'affecter des ressources identifiées (cotisations ou contributions) aux dépenses et de mesurer strictement tant la soutenabilité de la politique que ses effets.

En l'absence d'argent magique ou de nouvelles sources de financement, donner la priorité au grand âge conduit nécessairement à ne pas répondre à d'autres besoins.

Mais la priorité pour les personnes âgées n'est pas qu'une évidence. En effet, d'ores et déjà, nos aînés bénéficient de soutiens importants de la protection sociale, tant du fait du versement des pensions de retraite que de la prise en charge des frais de santé. Donner cette priorité conduit en outre à comparer les soutiens accordés aux plus âgés et aux personnes handicapées. Ces approches sont loin d'être simples, sachant que les aspirations à l'autonomie ne sont pas le seul fait de ces deux publics : les difficultés rencontrées par les 16-25 ans justifient également une demande de soutien pour faciliter leur autonomie.

Vers une (r)évolution ?

La question de l'efficacité de la dépense publique doit également être posée. Si certains estiment qu'il convient d'encourager et de prendre en compte les couvertures offertes par des assureurs privés, l'analyse conduit à constater son faible développement et le caractère inadapté, sinon illusoire, des couvertures actuelles. Prendre en charge le risque de perte d'autonomie passe nécessairement par un dispositif public.

Il convient donc de s'assurer de la rentabilité des efforts consentis. Or, les manques du dispositif actuel sont patents. Les inégalités d'accès et de prise en charge sont marquées. Les différences constatées actuellement sont le fait de deux dynamiques : d'une part, la mise en place progressive et de manière diversifiée des couvertures et des acteurs de leur prise en charge et, d'autre part, une politique hybride relevant tant de l'intervention nationale que de celle des collectivités territoriales.

La décentralisation de la politique est fort peu maîtrisée : les financements accordés sont estimés – parfois à juste titre – insuffisants par les départements, et la défense de l'autonomie des collectivités conduit à ne pas leur imposer un cadre strict et impératif de couverture des besoins. La prise en charge est donc variable selon les territoires. L'éva-

luation des besoins est critiquée en ce qu'elle serait assurée différemment selon les acteurs ou départements. De fait, on peine en France à distinguer les besoins de territorialisation d'une politique (soit son adaptation aux besoins et contextes locaux) et son caractère territorial. Dans un pays marqué par le jacobinisme, la volonté de territorialiser conduit souvent à décentraliser, donc à créer une politique territoriale sans pour autant lui fixer de cadre clair, compte tenu du principe d'autonomie des collectivités. Dans le cas d'une politique purement territoriale, il est logique que la comparaison des actions entre territoires mette en avant des différences. Le déploiement de politiques territoriales devrait donc conduire à comparer les performances de chaque département afin de permettre d'évaluer la qualité des prises en charge offertes. Il n'en est rien en France : on s'inquiète des variations de prise en charge, mais on ne compare pas les performances territoriales. Au demeurant, la décentralisation n'est que partielle : l'État et l'assurance maladie conservent leurs prérogatives, le « risque dépendance » est ainsi cogéré et les responsabilités de chaque acteur difficiles à percevoir.

Dans un pays marqué par le jacobinisme, la volonté de territorialiser conduit souvent à décentraliser, donc à créer une politique territoriale sans pour autant lui fixer de cadre clair, compte tenu du principe d'autonomie des collectivités.

La mise en place d'un cinquième risque nécessiterait de redéfinir les rôles. Un *leadership* clair devrait être défini. La situation actuelle vise à ménager les susceptibilités, sans garantir l'efficacité. Les expériences étrangères peuvent être source d'inspiration. La décentralisation dans le respect de grands principes d'égalité de traitement est possible, dès lors que la loi fixe des prestations nationales et des socles de fonctions devant impérativement être respectés par les collectivités : nombre de pays d'Europe du Nord ont retenu ces principes. Il est cependant évident que le choix d'une entité publique responsable ne peut se limiter au seul champ de la dépendance : le débat est plus large et porte sur l'existence même des différentes collectivités ainsi que sur les missions et recettes propres qui leur sont confiées. La gouvernance de la dépendance est ici l'otage des débats sur la décentralisation et les rapports entre l'échelon national et les collectivités.

En outre, le cinquième risque pose la question de son périmètre d'application : autonomie des personnes âgées ou des personnes handicapées ? Les liens entre les interventions auprès de ces deux publics sont évidents. Mais la prise en charge de la dépendance des personnes âgées est plus récente et en cours de construction. Au-delà se pose une question politique : le handicap est plus organisé, représenté et institutionnalisé que les personnes âgées. Reconnaître une politique du grand âge nécessiterait de laisser celle-ci se développer de manière autonome. À défaut, l'approche d'un ensemble trop vaste pourrait conduire à ne pas suffisamment prendre en compte les besoins spécifiques de nos aînés.

Dénombrer, mesurer, piloter pour débattre

Enfin, quelles que soient les évolutions retenues, il paraît indispensable de dénombrer, mesurer, piloter et débattre. Le manque de données de base est évident en matière de politique du grand âge : la décentralisation de ces politiques n'a pas été assortie d'une obligation de produire des éléments statistiques standards et à intervalles réguliers. Le pilotage de la politique s'en trouve affecté. L'évaluation est insuffisante : or, la mesure des effets des actions conditionne aussi l'acceptabilité d'une politique financée par des prélèvements obligatoires.

Le manque de données de base est évident en matière de politique du grand âge : la décentralisation de ces politiques n'a pas été assortie d'une obligation de produire des éléments statistiques.

Il est aussi nécessaire, au regard des priorités à établir et de la bataille culturelle pour le grand âge en cours, de débattre. Cela justifie de développer un cadre adapté. Actuellement, l'ébauche du cinquième risque ne donne pas lieu à un débat régulier au Parlement. Au regard des masses financières en jeu, étendre le champ des lois de financement de la sécurité sociale au grand âge, tant pour ses recettes et dépenses que pour les objectifs poursuivis et les moyens de les atteindre, s'impose comme une évidence.

Quelle que soit l'approche retenue, la recherche de simplification, de clarification et d'efficacité d'une dépense publique croissante est incontournable.

La mise en place du cinquième risque demeure donc incertaine, tout du moins si l'on considère comme référence un risque de sécurité sociale porté par un réseau de caisses, gérant des prestations homogènes et financées par des recettes propres. Affirmer le cinquième risque nécessiterait donc des ajustements profonds. Quelle que soit l'approche retenue, la recherche de simplification, de clarification et d'efficacité d'une dépense publique croissante est incontournable. Le grand âge constitue une des nouvelles frontières de la protection sociale française au XXI^e siècle. Le changement passera ou non par un cinquième risque. Mais l'évolution semble incontournable, le « plaidoyer pour les vieux »⁸ ren-contrant, à juste titre, un écho croissant. ●

Convictions et réalisations de PRO BTP

**Hervé
Naerhuysen**

Directeur général de PRO BTP.



La perte d'autonomie dans l'entourage des professionnels du BTP constitue un axe majeur de déploiement de la solidarité professionnelle pour PRO BTP. Le groupe investit et innove afin de favoriser le libre choix du mode de vie et pour permettre aux personnes âgées de vieillir dans les meilleures conditions possible. Prévention, maintien du lien social, aménagement des logements, téléassistance, aide sociale, partenariats ajustés, solutions de répit pour les aidants : c'est toute une diversité de solutions que peut apporter un groupe de protection sociale professionnel.

En 2016, près de 1,3 million de Français étaient bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), ce qui représente environ 8 % des plus de 60 ans du pays. En 2030, ils seront plus de 1,6 million selon le dernier rapport du Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA)¹. Si les études récentes indiquent un recul de l'âge moyen d'entrée en perte d'autonomie, l'espérance de vie résiduelle devrait s'allonger sensiblement. Il est clair que l'accompagnement de la perte d'autonomie est un enjeu de société majeur.

C'est l'honneur de PRO BTP de participer à ce mouvement avec le soutien constant des partenaires sociaux qui composent son conseil d'administration.

Depuis plusieurs années déjà, PRO BTP tente de répondre à cette problématique pour ses adhérents et leur entourage. De ces expériences, plusieurs convictions émergent. D'abord, l'ampleur du sujet ne peut plus être sous-estimée comme elle l'a trop longtemps été, car il concerne tout autant les actifs que les personnes âgées. Pour les entreprises, c'est aussi une préoccupation qui ira croissant. Ensuite, faute des financements publics nécessaires dans un contexte de ralentissement tendanciel de la croissance, la solidarité doit aussi s'organiser à un niveau intermédiaire, sans laisser l'intégralité de cette charge écrasante aux seuls individus, aidant, ou aidés. C'est l'honneur de PRO BTP de partici-

per à ce mouvement avec le soutien constant des partenaires sociaux qui composent son conseil d'administration. Enfin, les espaces de solidarité intermédiaire sont les mieux placés pour détecter et soutenir le foisonnement des initiatives locales qui répondent au plus près du terrain aux besoins qui se dégagent. L'innovation sociale, indispensable pour trouver les réponses adaptées, ne saurait être isolée de son contexte immédiat. Et, si la solidarité nationale trouve logiquement à s'exprimer à travers des prestations financières génériques, le problème qui est aujourd'hui posé en la matière à notre société ne trouvera de solution utile et durable que dans la complémentarité des actions qui sont menées.

Nos actions s'étendent de la prévention à l'adaptation de l'habitat pour améliorer la qualité de la vie courante, sans oublier l'accompagnement au quotidien des aidants.

C'est porté par ces convictions que, fort de sa compétence dans la gestion d'Ehpad et d'établissements sanitaires et de soins de suite, PRO BTP a mis en place un ensemble de solutions destinées à favoriser le libre choix du mode de vie et à permettre aux personnes âgées de vieillir dans les meilleures conditions possible. Nos actions s'étendent de la prévention à l'adaptation de l'habitat pour améliorer la qualité de la vie courante, sans oublier l'accompagnement au quotidien des aidants.

1. « Le soutien à l'autonomie des personnes âgées à l'horizon 2030 », HCFEA 2019 (<https://www.strategie.gouv.fr/publications/soutien-lautonomie-agees-lhorizon-2030>).

Prévenir la dépendance

La prévention de la perte d'autonomie s'articule tout au long de la vie, notamment pour éviter le développement de maladies chroniques dont le retentissement peut être important en termes de limitations fonctionnelles. Chez les plus âgés, la prévention permet de mieux prendre en compte la fragilité, en anticipant les risques de chute par exemple, ou de pallier des déficiences handicapantes en termes d'autonomie, comme la perte de l'audition ou les problèmes de vue. C'est pourquoi les adhérents de PRO BTP bénéficient gratuitement des prestations proposées par les dix-sept centres de prévention Bien Vieillir Agirc-Arrco. Au sein de ces établissements, ils ont la possibilité de réaliser un bilan préventif complet abordant à la fois les aspects médicaux, psychologiques et sociaux avec des professionnels spécialisés. Une fois ce bilan global établi, une ordonnance de prévention leur est délivrée. Elle contient des conseils et incite les personnes à suivre, par exemple, certains ateliers sur l'équilibre et la mémoire ou à pratiquer des activités physiques douces.

Les directions régionales de PRO BTP proposent aux adhérents retraités de 50 ans et plus de participer à des réunions d'information et de prévention animées par des spécialistes tout au long de l'année.

Autre élément majeur pour préserver l'autonomie, le maintien du lien social pour les personnes âgées, qui est trop souvent négligé. L'isolement est en effet un facteur supplémentaire de risque d'entrer en situation de dépendance. Pour cela, les directions régionales de PRO BTP proposent aux adhérents retraités de 50 ans et plus de participer à des réunions d'information et de prévention animées par des spécialistes tout au long de l'année. Ils ont ainsi l'opportunité de devenir des relais actifs, de manière bénévole, pour lutter avec PRO BTP contre l'isolement. Nous comptons aujourd'hui plus de 320 bénévoles qui contribuent ainsi régulièrement au maintien du lien social entre anciens du BTP. Ils viennent en aide à ceux qui en ont besoin en détectant notamment les personnes les plus vulnérables.

PRO BTP dispose, en outre, d'un service d'écoute téléphonique gratuit baptisé Conseil autonomie, dont le rôle est d'apporter un soutien humain permanent et de délivrer des conseils aux personnes

âgées en situation de dépendance ou à leurs aidants. Ils ont au bout du fil un véritable professionnel pour les accompagner dans leurs démarches et les mettre en relation avec les partenaires et/ou services appropriés. Qu'ils aient une question relative à leur situation, aux aides financières dont ils pourraient bénéficier ou encore aux différents services du groupe qui leur sont dédiés, ils entretiennent une relation d'échange et de confiance avec PRO BTP. En 2018, plus de 8 100 personnes ont contacté ce service d'écoute téléphonique, qui a réalisé près de 16 400 diagnostics. Ce dispositif d'écoute permet par ailleurs de mieux saisir les tendances de la société. Ainsi, plus de 82 % des demandes enregistrées concernaient l'aide au maintien à domicile.

Renforcer le maintien au domicile

Pour la majorité des personnes, en effet, rester à domicile le plus longtemps possible est un souhait fondamental. D'après le rapport du HCFEA, près de 59 % des bénéficiaires de l'APA résident à leur domicile, au domicile d'un proche, en accueil familial ou en habitat alternatif, et ils désirent conserver leur logement aussi longtemps que possible à plus de 90 %. Adapter le domicile des personnes âgées est donc devenu un impératif. Conscient de cette problématique, PRO BTP propose à ses adhérents de plus de 75 ans la visite d'un ergothérapeute à domicile. Pour un coût de 15 euros, ce professionnel leur apporte des solutions personnalisées d'optimisation de leur logement tout en tenant compte de leurs besoins : il identifie les difficultés et leur propose des solutions pour améliorer le confort et la sécurité de leur logement pouvant déboucher sur des travaux ou des aménagements. Environ 900 personnes ont fait appel à ce service baptisé Bien chez moi en 2018. En plus des conseils d'un ergothérapeute, une aide financière individuelle peut leur être octroyée, sous condition de ressources, pour réaliser ces travaux à leur domicile. En 2018, PRO BTP a octroyé près de 730 000 euros d'aide sociale à 644 personnes. Si nécessaire, le groupe dispose d'une solution permettant de les loger durant la période des travaux – pour un séjour d'une semaine à trois mois – en accueil de jour dans l'un de nos établissements sanitaires et médico-sociaux.

Adapter le domicile des personnes âgées est devenu un impératif.

Toutefois, les travaux d'aménagement ne sont pas toujours suffisants pour garantir à 100 % le maintien à domicile des personnes en situation de dépen-

dance. Afin de leur assurer davantage de sécurité, PRO BTP a créé le service Fridom. Il s'agit d'un dispositif de sécurisation du domicile avec un service de téléassistance 24 heures/24 et 7 jours/7 destiné à ses adhérents retraités. Il permet ainsi de garantir la sécurité de la personne en perte d'autonomie tout en rassurant les proches, qui peuvent recevoir les informations de capteurs placés au domicile. Près de 1 100 personnes ont bénéficié de nos services de téléassistance en 2018. Et comme beaucoup de nos dispositifs d'action sociale, l'abonnement à la téléassistance Fridom peut être, en partie ou en totalité, pris en charge financièrement par PRO BTP, sous condition de ressources.

Enfin, il faut évoquer le surcoût que représente la perte d'autonomie pour ceux qui la subissent. Au-delà de l'APA, PRO BTP contribue à la solidarité en leur faveur en accordant une réduction sur les cotisations de complémentaire santé de ses adhérents reconnus dépendants et bénéficiaires de l'APA. Elle atteint en moyenne 60 euros par mois. Signe de l'importance du sujet, près de 12 600 personnes en ont profité en 2018.

Ehpad et habitat alternatif

Le maintien à domicile n'est toutefois pas toujours souhaitable et plusieurs initiatives locales tentent de proposer des modalités innovantes d'habitat alternatif. Il s'agit de mettre à disposition un logement à la fois adapté, sécurisé, inséré dans un collectif visant à soutenir les relations sociales pour prévenir la perte complète d'autonomie. L'habitat alternatif apparaît aujourd'hui comme une réponse pertinente au vieillissement de la population et aux attentes des personnes âgées. C'est la raison pour laquelle PRO BTP soutient plusieurs initiatives de ce genre à travers la Fondation BTP Plus. Le groupe a, par exemple, participé à la construction au cœur d'un village alsacien de cinq logements pour personnes âgées avec la mutualisation des aides à domicile. Ce projet, porté par l'association la Clé des champs, a pour objectif de créer une dynamique d'entraide et de relation de proximité avec les locataires. Les logements sont évidemment adaptés à la perte d'autonomie avec des équipements domotiques dernier cri et assurent un cadre de vie serein et sécurisant pour les personnes âgées et leurs aidants. En parallèle, le groupe a soutenu la création d'une résidence intergénérationnelle d'une dizaine de logements à Limoges, dont le concept consiste à faire cohabiter des personnes âgées avec des étudiants. Ces derniers disposent d'un contrat pour épauler les personnes âgées avec lesquelles ils vivent au quotidien, permettant ainsi de lutter contre l'isolement mais aussi de soulager les aidants, parfois trop sollicités.

L'habitat alternatif apparaît aujourd'hui comme une réponse pertinente au vieillissement de la population et aux attentes des personnes âgées. C'est la raison pour laquelle PRO BTP soutient plusieurs initiatives de ce genre.

Néanmoins, lorsque le besoin de soins et d'aide au quotidien pour effectuer les actes essentiels de la vie courante franchit un certain seuil, il n'est pas toujours évident de maintenir chez elle la personne en situation de dépendance. Il est alors préférable de la placer dans des établissements de santé spécialisés. PRO BTP dispose ainsi de neuf maisons de retraite médicalisées, implantées dans de grandes villes ou à proximité, et peut s'appuyer sur des équipes expérimentées qui s'engagent quotidiennement à accompagner les personnes âgées fragilisées. Au sein d'infrastructures modernes, ces équipes s'adaptent à l'évolution des besoins des plus fragiles et de leur entourage. La proximité de nos dix cliniques de soins de suite et de réadaptation assure par ailleurs un suivi médical permanent et sécurisant. Selon notre dernière enquête de satisfaction, réalisée avec Kantar TNS, près de 90 % des pensionnaires sont satisfaits de leur établissement et 95 % s'y sentent bien. Ils plébiscitent notamment la bienveillance de notre personnel, nos équipements, le respect de leurs habitudes de vie ainsi que l'environnement rassurant de nos établissements conventionnés et habilités à l'aide sociale qui ont accueilli plus de 1 700 personnes en 2018.

Informier, accompagner et soulager les aidants

Les aidants sont très souvent la solution la plus évidente pour assurer le quotidien des personnes en situation de dépendance et leur éviter d'entrer dans des institutions médicalisées. Ils sont ainsi plus de 8,3 millions à accompagner leurs proches en perte d'autonomie dans tous les gestes du quotidien, au risque souvent de mettre en danger leur santé et de gravement perturber leur vie familiale et professionnelle. PRO BTP s'est engagé dans l'accompagnement durable des aidants figurant parmi ses adhérents et mène une démarche préventive pour limiter leur fatigue physique, la détérioration de leurs relations sociales et leur fragilité psychologique. Attentif à leurs besoins, PRO BTP a mis en place des réponses concrètes.

Mis en ligne en 2016, notre site Internet Jesuisaidant.com détecte, informe et oriente les aidants. Ils y

ont notamment accès à un service d'accueil téléphonique gratuit, ECO Aidants, qui leur est entièrement dédié afin de leur donner une information personnalisée sur les dispositifs existants, et qui répond aux problématiques identifiées après un diagnostic de la situation du binôme aidant-aidé. Il s'agit aussi de les accompagner dans la mise en œuvre des recommandations qui leur sont faites pour s'occuper de la personne aidée et de leur apporter un soutien dans leurs démarches administratives.

PRO BTP a également développé plusieurs solutions de répit pour leur permettre de se ressourcer, seul ou avec la personne aidée. Celle-ci pouvant être accueillie dans l'un de nos établissements sanitaires médico-sociaux. L'objectif est de limiter autant que possible la fatigue physique et psychologique des aidants. Par ailleurs, avec ses partenaires de l'Alliance professionnelle retraite Agirc-Arrco, PRO BTP a signé un partenariat avec la caisse centrale de la Mutualité sociale agricole (MSA) dans l'objectif de renforcer le développement sur le territoire de Bulle d'air, un service de répit à domicile pour les aidants.

L'objectif est de limiter autant que possible la fatigue physique et psychologique des aidants.

Ces différents services traduisent les besoins variés et les aides indispensables que ressentent les aidants face à ce basculement qui intervient dans leur vie. Pour affronter cette rupture, le Parlement a adopté en 2015 le dispositif de congé de proche aidant qui leur permet, avec l'accord de leur employeur, de disposer de trois mois maximum de congé dans la limite d'un an sur toute leur carrière. Ce congé n'est cependant pas rémunéré, laissant dans l'ombre le problème financier qui accompagne nécessairement ce changement de situation brutal. Pour soulager les salariés confrontés à cette situation, PRO BTP a développé une solution sociale applicable à l'ensemble de ses assurés. Tout salarié du BTP, bénéficiaire d'un contrat Prévoyance chez PRO BTP et en situation de congé de proche aidant peut dorénavant percevoir une indemnisation financière, sur la base d'une analyse individualisée. Sous condition de ressources, le montant de cette indemnisation peut s'élever à 34 euros maximum par jour, soit 1020 euros par mois, pour une durée d'indemnisation de 45 à 90 jours. ●

L'habitat inclusif

**Stéphane
Corbin**

Directeur de la compensation de la perte d'autonomie
à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).



Reposant sur de nouvelles formes d'habitat, issues d'initiatives locales, adaptées aux besoins et aspirations des personnes âgées, l'idée d'habitat inclusif se diffuse. Reconnus et soutenus par les pouvoirs publics, ces réalisations visent à assurer un chez-soi, entre les réponses en établissement et la résidence en entière autonomie. Nombre de projets ont fait la démonstration de la pertinence de l'habitat inclusif, dont l'offre croît. Reste à en stabiliser le modèle, sur le plan économique notamment.

De nouvelles formes d'habitat émergent. Elles partent de la volonté des personnes concernées par l'avancée en âge de choisir leur parcours résidentiel. L'habitat inclusif offre une solution alternative à l'hébergement en établissement et au logement totalement autonome, parfois source d'isolement. Ces projets doivent durablement s'inscrire dans la vie de la cité. Pour les personnes, il s'agit de réconcilier, dans le cadre d'un projet de vie sociale et partagée, le besoin de se sentir chez soi par un logement protecteur et l'accès à des services indispensables à leur vie quotidienne. Les pouvoirs publics soutiennent aujourd'hui fortement cette démarche originale par l'inscription de l'habitat inclusif dans la loi et par la création d'une aide financière appelée « forfait habitat inclusif ».

Toutefois, l'habitat inclusif n'est pas la solution à tous les besoins. Le développement de ce type de projet nécessite la stabilisation de son modèle et la mobilisation de tous : associations, acteurs du logement, professionnels du secteur social et médico-social, collectivités locales et services de l'État.

L'habit inclusif : plusieurs modèles

Depuis quelques années, pour faire face au risque de perte d'autonomie des personnes, de nouvelles formes d'habitat partagé ou d'habitat inclusif se sont développées en France, sous l'impulsion des associations ou des personnes concernées. Initialement, cette démarche part d'une volonté de construire, à droit constant, des réponses inclusives au cœur de la société. À distance de l'accueil en établissement (Ehpad, résidence en autonomie) et du logement en milieu ordinaire ou dans la famille, l'habitat inclusif se caractérise par trois éléments fondamentaux :

- le libre choix de la personne. Elle doit être associée au projet et choisir ce mode de vie qui s'inscrit en dehors de tout dispositif d'orientation sociale ou médico-sociale ;
- un lieu de vie ordinaire inscrit durablement dans la cité. Les personnes, citoyens à part entière, doivent pouvoir se déplacer et avoir un accès facile aux services et commerces de proximité ;
- un projet de vie sociale et partagée. Ce projet s'appuie sur un accompagnement dans la vie sociale et collective et la possibilité de recourir à une offre de services individualisés pour l'aide et la surveillance. La réussite du projet repose sur une mutualisation de services qui peut se réaliser notamment par la mise en commun de prestations individuelles.

À distance de l'accueil en établissement (Ehpad, résidence en autonomie) et du logement en milieu ordinaire ou dans la famille, l'habitat inclusif se caractérise par le libre choix de la personne, un lieu de vie ordinaire, un projet de vie sociale.

Les types d'habitat inclusif peuvent varier selon les besoins et les souhaits exprimés par les occupants. Les modèles d'habitat peuvent prendre la forme de logements individuels regroupés ou disséminés (studios ou petits appartements de type T1 ou T2), constitués autour d'un espace commun ou d'un espace de vie individuel privatif au sein de logements partagés de type colocation.

Les modèles d'habitat inclusif peuvent se constituer sous forme de copropriétés ou sous forme locative (location, sous-location, colocation) dans le parc privé ou le parc social.

Il n'existe pas un modèle unique d'habitat inclusif. Parmi les initiatives très diverses destinées aux personnes âgées, on notera par exemple le projet d'habitat intergénérationnel du Cloître des capucins à Tours, les appartements regroupés Vivre aux vignes à Grenoble, les appartements partagés portés par l'association Ayyem Zamen à Paris ou encore les maisons Âges & Vie à Besançon.

Les projets se développent également dans le champ du handicap, par exemple le projet d'habitat inclusif pour des personnes autistes (Habited, dans le Nord) ou trisomiques (Down Up à Arras).

L'habitat inclusif comme expression de la citoyenneté des personnes âgées

Vieillir chez soi correspond à une volonté forte des personnes concernées et de leurs familles. Dans sa contribution de mars 2019 pour une loi d'orientation autonomie et grand âge, le conseil de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) affirme que la pleine et entière citoyenneté de la personne passe par « *le droit à vivre chez soi quel que soit l'âge, la situation de santé ou de handicap, quel que soit le mode de vie, le lieu de vie, le niveau de vie. Le chez-soi détermine la capacité de la personne à vivre au cœur de la société* ».

La question de l'habitat devient alors centrale pour les personnes en risque de fragilité. Avec l'avancée en âge se pose la question du maintien dans le logement « ordinaire ». Le désir d'un chez-soi ne signifie pas forcément rester dans le même habitat. Comme le précise le sociologue Alain Thalineau, le chez-soi se déplace selon les nécessités et les désirs d'épanouissement personnel pendant tout le cycle de vie¹.

La nécessité de construire de nouveaux « modes d'habiter » pour les personnes âgées est apparue ces dernières années dans le débat public. Une approche plus inclusive de la société passe par le développement d'une offre d'habitat intermédiaire pouvant mieux contribuer au bien-vieillir ou au bien-vivre des populations concernées.

Dans un rapport remis à la ministre déléguée aux Personnes âgées et à l'Autonomie, Luc Broussy nous alertait dès 2013 sur la nécessité de s'interroger sur les différentes formes du domicile si l'on voulait permettre un véritable maintien à domicile des personnes âgées² : « *Le domicile où bien vieillir n'est pas forcément celui où on a vécu la première partie de sa retraite.*

Peut-être faudra-t-il de plus en plus choisir son dernier domicile en fonction de la diminution programmée de son autonomie. Et qu'un choix pertinent, en amont, permettra justement peut-être d'éviter de perdre cette autonomie. [...] Nombreuses sont les solutions envisageables entre le domicile stricto sensu et l'Ehpad. »

Le choix de son chez-soi

Pour satisfaire cette demande croissante, de nombreux partenariats impliquant des bailleurs sociaux, des collectivités territoriales, des associations, des mutuelles ou encore des gestionnaires d'établissements et de services médico-sociaux se sont développés pour construire une offre nouvelle.

L'habitat inclusif se distingue des autres formes d'habitat intermédiaire (résidence autonomie, résidence services seniors) par la taille des projets et par la prise d'initiative. Il s'agit généralement de petits ensembles de logements indépendants associés à des espaces communs, qui permettent de combiner vie autonome et sécurisation de l'environnement. Ils réunissent des personnes souhaitant s'intégrer dans un projet de vie spécifique.

Il s'agit généralement de petits ensembles de logements indépendants associés à des espaces communs qui permettent de combiner vie autonome et sécurisation de l'environnement.

Les réalisations d'habitat inclusif sont diverses mais comportent trois dimensions communes : l'habitat, avec des logements regroupés adaptés aux besoins et à l'évolution de la dépendance; l'accompagnement des personnes (accès aux services à domicile et accompagnement mutualisé); la solidarité et l'inclusion.

Pour Laurent Nowik³, ce type d'habitat devrait pouvoir répondre à trois critères correspondant à trois objectifs : un logement fonctionnel et agréable pérennisant le sentiment du « chez-soi »; un habitat facilitant l'accès aux services, sur place ou à proximité immédiate; un lieu de vie affilié à un collectif visant à soutenir les relations sociales.

Les porteurs de projet d'habitat inclusif doivent concevoir des formes d'habitat très proches de l'idée que l'on se fait d'un domicile à soi, où les locataires définissent un mode de vivre-ensemble qui leur est propre. Les personnes doivent pouvoir choisir à la fois la forme du logement, son environnement proche et les personnes avec qui elles vont vivre.

1. Laurent Nowik et Alain Thalineau (dir.), *Vieillir chez soi. Les nouvelles formes du maintien à domicile*, Presses universitaires de Rennes, 2014.

2. Luc Broussy, « L'adaptation de la société au vieillissement de sa population. France : année zéro ! » 2013.

3. Voir Laurent Nowik et Alain Thalineau (dir.), *op. cit.*

Des projets ancrés dans leur territoire

On aurait tort de définir l'habitat inclusif uniquement comme l'émergence d'un nouveau segment d'une offre sociale ou médico-sociale participant, dans le cadre d'un virage inclusif, au processus de transformation de l'offre. C'est bien plus une démarche ayant pour terreau une double volonté : la volonté des personnes de choisir leur habitat en dehors de toute orientation sociale ou médico-sociale et la volonté de coopération des acteurs diversifiés à développer des projets d'initiative locale.

La prise en compte du territoire, non seulement comme lieu de mise en œuvre mais aussi comme lieu d'élaboration, est une condition de réussite face à la complexité à faire émerger et pérenniser les projets.

Les premières innovations d'habitat portées par la société civile ont pu devenir des références pour d'autres territoires, collectivités et porteurs de projet. Par exemple, on peut souligner la volonté d'essaimage de projets dans le champ du vieillissement portée par le collectif Habiter autrement. Concernant les personnes handicapées, la réflexion commune conduite par l'Arche en France, l'APF-France handicap et la fédération Simon de Cyrène est remarquable pour construire un modèle qui n'oppose pas habitat inclusif et réponse institutionnelle.

De nombreux départements initient des appels à projets mobilisant plusieurs de leurs politiques départementales (logement, autonomie, action sociale).

De nombreux départements initient des appels à projets mobilisant plusieurs de leurs politiques départementales (logement, autonomie, action sociale). La direction de l'habitat et du logement du département d'Indre-et-Loire a, dès 2012, lancé un appel à projets pluriannuel sur « l'habitat du bien-vivre à domicile » pour accompagner les personnes âgées et les personnes en situation de handicap dans leur parcours résidentiel. Plus récemment, le schéma départemental des solidarités humaines 2018-2022 du conseil départemental du Nord s'est fixé comme orientation de « *faire du logement et de l'habitat des leviers pour l'autonomie des personnes* » en mobilisant un véritable écosystème reposant sur les compétences et les ressources disponibles sur les territoires. Il a également lancé en novembre 2018 un appel à projets de soutien au développement de solutions innovantes d'habitat inclusif.

Le portage de l'habitat inclusif par l'État

L'État a souhaité soutenir cette dynamique et faire de l'habitat inclusif une priorité nationale. Pour cela, il a créé un observatoire national de l'habitat inclusif chargé de conduire un programme de travail. Cet observatoire, réuni pour la première fois le 10 mai 2017, est coprésidé par la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), la Direction de l'habitat, de l'urbanisme et des paysages (DHUP) et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Fédérant l'ensemble des partenaires intéressés (associations, représentants des collectivités locales, institutionnels), il a pour mission de promouvoir le développement de formules d'habitat inclusif, grâce à la diffusion d'exemples pratiques ou à la construction et à la mise à disposition d'outils pour les porteurs de projet, notamment un guide d'aide au montage des projets. Il a également organisé une journée nationale de l'habitat inclusif, le 30 novembre 2017, réunissant plus de 200 acteurs.

L'inscription dans la loi de l'habitat inclusif

Le gouvernement a souhaité aller plus loin et sortir l'habitat inclusif du terrain de l'expérimentation et de l'initiative locale en le reconnaissant dans la loi.

La loi du 23 novembre 2018 portant évolution du logement, de l'aménagement et du numérique (Élan) apporte une définition de l'habitat inclusif. L'inscription dans la loi ne vise pas à enfermer ce mode d'habitat dans un segment restreint d'une offre. Le cahier des charges, prévu par la loi, a vocation à rester général afin de permettre la plus grande diversité possible d'habitats inclusifs. La définition législative vise principalement à distinguer l'habitat inclusif du champ des établissements et services médico-sociaux ou d'autres formes d'habitat intermédiaire.

La définition législative vise principalement à distinguer l'habitat inclusif du champ des établissements et services médico-sociaux ou d'autres formes d'habitat intermédiaire.

Par ailleurs, un forfait pour l'habitat inclusif, financé par la CNSA, est créé afin de soutenir le projet de vie sociale et accompagnée de l'habitat inclusif. Il est doté pour 2019 d'une enveloppe de 15 millions d'euros, confiée aux agences régionales de santé (ARS). Le forfait pour l'habitat inclusif est rattaché à la personne, mais il est versé au profit de la

personne morale chargée d'assurer le projet de vie sociale et partagée.

Enfin, la loi prévoit une extension de la compétence de la conférence départementale des financeurs de la prévention de la perte de l'autonomie en matière d'habitat inclusif. Cette dernière doit définir un programme annuel coordonné de financement de l'habitat inclusif sur son territoire.

Les principaux enjeux de cette offre nouvelle

La croissance d'une offre d'habitat inclusif n'est pas sans questionner si elle n'est pas maîtrisée et si elle ne s'inscrit pas dans une démarche de développement durable.

Plusieurs enjeux nous semblent ressortir :

- le choix d'un habitat inclusif n'est qu'une étape dans un parcours résidentiel qui permet de maintenir à domicile des personnes qui le souhaitent. Cette possibilité n'est pas forcément garantie tout au long du vieillissement de la personne ou en cas d'aggravation de ses pathologies. Il faut donc, dès l'origine du projet, imaginer les conditions de maintien dans le logement et de mobilité de la personne;
- le modèle économique d'un habitat inclusif repose principalement sur le recours au forfait pour l'habitat inclusif, pour l'accompagnement au projet de vie

sociale et partagée, sur les prestations individuelles des habitants et sur les ressources propres des personnes. Ce modèle reste très fragile et peut se trouver déstabilisé à chaque départ d'une personne. La mise en commun d'une partie des financements et des temps d'intervention est souvent nécessaire et doit être inscrite dans le projet collectif;

- la réussite d'un habitat inclusif dépend également de l'offre d'accompagnement adaptée aux attentes et aux besoins des personnes disponible sur le territoire. Ces projets d'habitat doivent donc se concevoir dans un environnement ouvert et s'articuler avec l'offre sociale et médico-sociale existante;
- la mobilisation des collectivités locales à toutes les étapes est la condition nécessaire pour un fort ancrage du projet dans son territoire. Cela peut revêtir des formes diverses : soutien à l'investissement, mise à disposition de moyens, implication du centre communal d'action sociale (CCAS).

Ce modèle reste très fragile et peut se trouver déstabilisé à chaque départ d'une personne.

La stabilisation du modèle économique et social de l'habitat inclusif passera par l'interaction constante entre l'initiative locale et les pouvoirs publics. ●

La conception universelle au service de l'autonomie de tous

Florent Orsoni

Directeur du *design lab* Ville durable,
École de design Nantes Atlantique.



Les deux thèmes de l'accessibilité et du handicap ne doivent pas être uniquement traités à partir de contraintes normatives pesantes. Afin de promouvoir l'autonomie et de prévenir la dépendance, il importe de mettre en avant la logique de conception universelle. Il en va de logements et d'espaces publics utilement adaptés, de villes et de vies meilleures, pour les personnes handicapées et pour les aînés, mais en réalité pour tout le monde.

La notion d'accessibilité pour tous a été introduite par la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Elle se traduit par une obligation de mise aux normes de bâtiments recevant du public, et par des exigences renforcées pour l'habitat et pour la voirie.

Cette ambition est souvent associée à une autre notion, celle de conception universelle, traduction française du mouvement *universal design*, développé aux États-Unis et au Japon notamment, ou encore du *design for all* européen. Il s'agit, selon la Convention relative aux droits des personnes handicapées de l'ONU, adoptée en 2006, de « *la conception de produits, d'équipements, de programmes et de services qui puissent être utilisés par tous, dans toute la mesure possible, sans nécessiter ni adaptation ni conception spéciale* ».

Selon l'architecte américain Ronald Mace, fondateur du Center for Universal Design, sept principes guident la conception universelle : utilisation égalitaire ; flexibilité d'utilisation ; utilisation simple et intuitive ; information perceptible ; tolérance pour l'erreur ; effort physique minimal ; dimensions et espace libre pour l'approche et l'utilisation.

Au-delà de ces principes fonctionnalistes qui sont souvent les conditions d'un « bon design », une telle approche universelle pose l'accessibilité comme n'étant pas spécifique aux personnes handicapées, âgées ou non, mais utile au plus grand nombre. Si le principe est vertueux en apparence, il est porteur d'une contradiction qui a expliqué la lenteur de sa mise en application en France.

Le temps contraint de mise aux normes des établissements recevant du public (censée être achevée en 2015) exigeait probablement des réponses immédiates, spécifiques et à moindre coût, comme l'adjonction d'une rampe sur un escalier ou l'ajout d'une entrée secondaire pour permettre un accès aux personnes en fauteuil roulant. Or, la conception universelle aurait pu apporter une réflexion différente sur un changement d'entrée et une redistribution des circulations. On peut dire que l'approche d'accessibilité consistant à « enlever les barrières » a été privilégiée, face à l'urgence liée à l'impossibilité d'accès à certains services.

Le dispositif des agendas d'accessibilité programmée (Ad'AP), institué en 2014, a certainement permis un rattrapage spectaculaire du retard de la France. Mais la conception universelle peut et doit revenir au goût du jour au regard aussi de la prise en compte d'un phénomène démographique majeur : le vieillissement de la population.

La personne âgée n'est pas forcément handicapée ou reconnue comme telle et souhaite encore moins être catégorisée ainsi.

La corrélation entre perte d'autonomie et vieillissement, qu'il s'agisse des questions de vision ou de dégénérescence physique, est attestée. Faut-il pour autant parler de handicap ? La personne âgée n'est pas forcément handicapée ou reconnue comme telle et souhaite encore moins être catégorisée ainsi.

Éviter de faire rimer vieillissement, handicap et désignation négative consiste, dans l'aménagement des espaces, à déployer des équipements faciles d'usage pour tous, pas spécifiquement pour les personnes handicapées. Il s'agit de changer d'approche : de passer du spécifique (accessible) et forcément stigmatisant, à « l'universel », qui permet de gagner en confort pour tous.

Logement : penser adaptabilité plutôt qu'accessibilité

Penser qu'il existe des configurations « universelles » et donc une seule forme d'accessibilité pour le logement des personnes handicapées ou en perte d'autonomie relève d'une méconnaissance profonde de la diversité de la nature des problèmes et des besoins, tant chaque situation est particulière. La question de l'adaptabilité est, à bien des égards, primordiale pour couvrir différentes situations de vie et de handicap. L'état de dépendance, par exemple, nécessite des chambres plus larges pour circuler autour d'un lit médicalisé. Il peut s'agir également de prévoir des possibilités d'accueillir chez soi une personne dépendante tout en garantissant une certaine autonomie, en transformant par exemple deux chambres d'enfants en studio.

Les évolutions sociales générales – extension du travail à domicile, progrès de la location par l'intermédiaire de plateformes – rendent nécessaires la construction de logements évolutifs. L'intérêt de cette approche plus globale (parler d'« évolutivité » de l'habitat par rapport aux situations de vie), plus « universelle » et moins stigmatisante que le vieillissement, permet d'embrasser un large spectre de situations avec des connotations moins négatives voire très positives. Les débats qui ont agité la sphère médiatique autour du logement accessible et adaptable (trop cher, perte d'espace) relèvent au mieux d'un manque d'ambition, ou d'une méconnaissance des situations de vie et des rapides changements économiques qui peuvent entraîner des mutations profondes dans la configuration des logements.

Au sujet de l'adaptabilité, trois principaux défis sont à prendre en compte :

- comment encadrer l'adaptabilité ? C'est la première question à se poser car, dans certains cas, les logements dits « adaptables » procèdent d'une adaptation à coûts passablement importants, quand il faut déposer un plancher surélevé par exemple ;
- comment innover et intégrer de meilleurs matériaux à moindre coût ? Il faut revoir la performance des produits pour que l'adaptabilité soit aisée et sans détérioration du confort ;

- comment mieux faire collaborer les corps de métier et travailler sur les usages ? Le renforcement de la cloison murale pour intégrer une barre d'appui est un exemple connu, mais on connaît moins la nécessité de prévoir des réseaux d'eau pour modifier facilement les configurations des sanitaires et des réseaux électriques pour des appareils d'assistance ou des positionnements d'éclairage. L'accessibilité passe par des questions particulièrement techniques, car il s'agit d'anticiper des évolutions des usages dans le cadre bâti.

Il faut revoir la performance des produits pour que l'adaptabilité soit aisée et sans détérioration du confort.

La prise en compte de besoins fonctionnels est en fait radicalement insuffisante : il faut articuler accessibilité et adaptabilité aux grands enjeux sociétaux, sortir du spécifique au profit d'une flexibilité accrue. En un mot, sortir de la logique de l'accessibilité liée au handicap au profit d'une logique d'adaptabilité incarnant une conception plus universelle. La tentation reste néanmoins grande de proposer, sous prétexte d'adaptabilité, une mise en accessibilité impossible ou très onéreuse. C'est pourquoi la notion doit être mieux définie, objectivée, voire normée. Afin de réussir la transition vers un logement qui permette effectivement de maximiser l'autonomie et de prévenir la dépendance.

L'accessibilité universelle dessine la ville de demain

Aujourd'hui, de nombreux espaces publics sont adaptés à la circulation automobile, et peu à la circulation piétonne. Le manque d'accessibilité est souvent synonyme de manque de sécurité, situation qui amène des personnes âgées à ne plus sortir de chez elles. Au prisme de l'accessibilité, il y a là aussi urgence à repenser la qualité des espaces publics au profit du piéton. On parle bien ici d'une accessibilité aussi « universelle » que possible. Les abaissés de trottoir, profitables aux personnes en fauteuil roulant, sont aussi particulièrement pratiques, pour une catégorie plus large de personnes dites à mobilité réduite (personnes en fauteuil, mais aussi personnes encombrées). De même, les qualités d'éclairage renforcées pour les déficients visuels, ou encore le meilleur marquage des traversées permettent d'associer exigences de sécurité et d'accessibilité.

Les transports en commun profitent également de l'accessibilité plus « universelle » : l'absence de marche à l'entrée du tramway augmente leur cadencement et diminue les temps d'arrêt. Dans une approche plus prospective, les assistants de mobilité ou de livraison, transporteurs robotisés de charges actuellement développés entre autres par La Poste, peuvent profiter d'une meilleure lisibilité des espaces (signalétique) et des facilités de déplacements offertes par les rampes. En un mot, l'accessibilité universelle n'est pas qu'un effet de mode mais bien dans l'air du temps d'une ville plus facile à vivre et largement débarrassée de la congestion automobile.

L'accessibilité universelle n'est pas qu'un effet de mode mais bien dans l'air du temps d'une ville plus facile à vivre.

Dans un registre complémentaire, le virage opéré ces dernières années en faveur de l'accessibilité des musées est spectaculaire¹. Le château de Versailles est particulièrement exemplaire en la matière. Le monument a d'ailleurs accueilli en 2011 un séminaire européen consacré à l'accessibilité du cadre bâti ancien protégé. Là encore, des solutions universelles sont particulièrement riches et renouvellent la visite. Dans le cas des salles du Petit Trianon par exemple, seul le rez-de-chaussée est accessible à tous. Une salle immersive est proposée aux visiteurs qui ne peuvent pas accéder à l'étage, permettant de vivre une expérience différente. Ici, l'accessibilité a été l'opportunité de développer un autre mode de visite. De même, pour les déficients visuels, l'ajout de plans en trois dimensions, nécessaires pour comprendre des espaces complexes, est un atout pour l'explication et la compréhension des espaces. L'accessibilité aux œuvres ne se définit pas comme un accès réservé aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie, mais comme le point de départ d'une réflexion autour d'une offre et d'une compréhension améliorée pour l'ensemble du public.

Ces exemples montrent qu'une vision plus universelle de l'accessibilité dépasse la contrainte réglementaire. De la sorte, on passe d'une logique de rattrapage social à une logique d'investissement global pour une meilleure qualité de vie ou d'expérience. Cette logique constitue souvent le point de départ d'une vision innovante de la ville, des services, des transports. Elle est synonyme d'ouverture et fournit un puissant levier pour réinventer l'offre.

L'accessibilité universelle, vecteur d'innovation

Dans son ouvrage *L'esprit design*², référence en matière d'innovation et de design, le consultant Tim Brown définit l'innovation comme découlant de l'observation des usages et en particulier des « usagers extrêmes ». Si cette formulation est un peu maladroite (on préférera parler d'« usages extrêmes »), elle montre bien que les questions posées par le handicap et, plus globalement, par la perte d'autonomie, révèlent des défaillances et des mauvaises conceptions. Il peut s'agir aussi d'opportunités à saisir. Nombre d'innovations (télécommandes, mais aussi téléphones à qualité sonore améliorée) sont dues à une expertise d'usage liée aux personnes handicapées ou dépendantes.

Travailler pour l'accessibilité consiste à mieux se poser la question d'un service au regard d'une diversité d'usagers et d'inclure ceux-ci dès les premières étapes de la conception. Des tests par des personnes en situation de handicap visuel par exemple permettent d'améliorer la sécurité de produits (notamment des plaques de cuisson dans les cuisines). Ce travail sur les usages, sous forme de tests, implique de nouveaux outils de partage et de suivi, notamment dans le bâtiment, et de nouvelles coopérations, car les besoins dépassent souvent les problématiques de métier. L'adaptation exige par ailleurs de la finesse. Cette approche, nécessairement plus précise et plus exigeante, qui est celle du design d'expérience par l'utilisateur, est nécessaire et constitue un vrai défi à intégrer dans différentes formations.

Les perspectives démographiques imposent de relever dès aujourd'hui tous les défis d'une accessibilité universelle à l'échelle des villes et des produits. Il est urgent de commencer dès maintenant à travailler autrement pour mieux concevoir afin de mieux inclure les différents usagers, au risque sinon de voir exploser des situations de dépendance insoutenables et indignes. Ces défis d'une meilleure prise en charge de la dépendance tombent bien : l'approche de l'accessibilité universelle permet de faire rimer exigence des usagers et qualité des espaces dans une logique centrée sur les besoins de la diversité qui compose la société. Il y a là une vision humaine et de long terme, plus compatible avec des exigences de durabilité qui prennent mieux en compte différents utilisateurs. Et qui confère une vraie valeur ajoutée en termes de qualité de l'habitat, d'expériences sociales ou encore de déplacements urbains. De vie, tout simplement. ●

1. Le site <http://www.accessibilite-patrimoine.fr>, soutenu par le ministère de la Culture, recense les bonnes pratiques dans ce domaine.

2. Tim Brown, *L'esprit design. Comment le design thinking change l'entreprise et la stratégie*, Pearson, 2014.

De la baignoire à la douche : un renoncement difficile

**Bernard
Coloos**

Délégué général adjoint de la Fédération
Française du Bâtiment.



**Claire
Guidi**

Chef du service des études économiques
à la Fédération Française du Bâtiment.



Les perspectives démographiques et l'inéluctable vieillissement appellent de nécessaires adaptations de la société et, au premier chef, de l'habitat. Les aspirations privilégient le maintien à domicile des personnes âgées exposées au risque de la perte d'autonomie. À cet effet, il faut intervenir tôt, afin de proposer un haut niveau d'accessibilité des logements, qui s'incarne dans la possibilité de pouvoir prendre son bain ou, à défaut, une douche. Dans tous les cas, il faut investir et anticiper.

La loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement indique dans son premier article que « l'adaptation de la société au vieillissement est un impératif national et une priorité de l'ensemble des politiques publiques de la Nation ». Les chiffres sont, de fait, révélateurs. L'Insee estime à 9,3 % la population des plus de 75 ans au 1^{er} janvier 2019 en France, y compris Mayotte. Cette part atteindra 17,9 % en 2070¹. On passerait ainsi de 6,2 à 13,7 millions d'habitants « âgés », soit plus d'un doublement en cinquante ans. Rappelons qu'en 1990, la part des plus de 75 ans était de 6,7 %, représentant moins de 4 millions d'habitants (hors Mayotte). Ces chiffres produisent un certain vertige et imposent que des solutions soient trouvées pour répondre à cet enjeu, même si bien entendu toutes les personnes âgées ne sont pas dépendantes. La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) du ministère des Affaires sociales estime qu'en 2015 près de 1,5 million de personnes de plus de 60 ans vivant à domicile étaient en perte d'autonomie, chiffre auquel il faut ajouter 584 000 personnes vivant en établissement, soit un peu plus de 2 millions.

Vieillesse et autonomie, une préoccupation croissante

Le vieillissement s'accompagne de deux phénomènes majeurs au regard du sujet de la dépendance : le maintien à domicile et la dégradation de la santé, même si elle se manifeste, en moyenne, plus tardivement. Au-delà de 65 ans, une personne sur cinq déclare avoir fait une chute dans l'année. L'âge représente, par ailleurs, le principal facteur de risque de maladie d'Alzheimer et d'autres démences. Compte tenu du vieillissement de la population française, le nombre de personnes souffrant de

pathologies neurodégénératives augmentera dans les années à venir.

Si l'on examine la situation des personnes en établissement, on constate une augmentation de l'âge moyen des résidents². Il est passé de 81 ans et 10 mois en 1994 à 85 ans et 9 mois en 2015. Par ailleurs, hors foyers-logements, la part des résidents qui ont besoin d'aide pour réaliser leur toilette (a) et s'habiller (b) s'est également accrue :

- 2007 : 88 % (a) et 79 % (b) ;
- 2011 : 91 % (a) et 83 % (b) ;
- 2015 : 93 % (a) et 86 % (b).

Au-delà de 65 ans, une personne sur cinq déclare avoir fait une chute dans l'année.

Autre élément, l'âge de la « sortie » d'établissement progresse³. À leur sortie, en 2015, les résidents ont en moyenne 87 ans et 4 mois (88 ans et 6 mois pour les femmes et 85 ans pour les hommes), soit neuf mois de plus qu'en 2011 et dix-neuf mois de plus qu'en 2007. Quant à la durée de séjour moyenne, elle reste stable, de l'ordre de deux ans et six mois.

La question du maintien à domicile

Pour des raisons financières, le maintien à domicile devient une question majeure, face au faible nombre de places en établissements et aux coûts très élevés des séjours dans ces structures. Lorsqu'il devient de plus en plus difficile de se mouvoir, faire réaliser des travaux d'adaptation chez soi relève alors d'une nécessité. Force est cependant de

1. « Projections de population à l'horizon 2070. Deux fois plus de personnes de 75 ans et plus qu'en 2013 », *Insee Première*, n° 1619, novembre 2016.

2. *Études et résultats*, n° 485 (avril 2006), 899 (décembre 2014) et 1015 (juillet 2017) et Drees.

3. Terme utilisé par la Drees, qui recouvre les décès (cas le plus fréquent), les entrées dans un autre établissement et les retours à domicile. Il est à noter que les motifs de sortie, et notamment les destinations, influent sur la durée du séjour.

constater que ces travaux sont souvent menés tardivement, voire en urgence, et que pour ces motifs, d'après les professionnels, ils demeurent marginaux au regard des besoins. Selon l'Agence nationale de l'habitat (Anah), 13 701 logements ont été rénovés pour le maintien à domicile en 2018 dans le cadre du programme Habiter facile (14 317 en 2017) ; le montant de l'aide moyenne par logement s'élevant à 3 229 euros (3 201 euros en 2017). Il faut toutefois noter que, d'une part, ce dispositif s'adresse à des ménages modestes et très modestes⁴, et que, d'autre part, il ne traduit pas l'intégralité des travaux, certains étant réalisés sans aide et d'autres pouvant être pris en charge dans le cadre de l'APA (allocation personnalisée d'autonomie) attribuée et versée par les conseils départementaux. Quelle que soit l'incertitude des chiffres, leur faiblesse paraît patente vu le volume potentiel de demandeurs.

Le rapport de Dominique Libault de mars 2019⁵ indique d'ailleurs que « selon la dernière étude de l'Anah de 2013, seuls 6 % des logements sont adaptés à la dépendance. Comparé aux pays d'Europe du Nord, le rapport est 2 à 3 fois moindre (12 % en Allemagne et au Danemark, 16 % aux Pays-Bas) ».

Le maintien à domicile devient une question majeure, face au faible nombre de places en établissements et aux coûts très élevés des séjours dans ces structures.

Pourquoi une telle situation ? Dans un contexte où l'on a gagné près de quatre années de vie en vingt ans, la première raison est sans doute qu'il est difficile de se voir vieillir. Chacun peut l'éprouver pour soi ou pour ses proches. Il apparaît que, vu le nombre somme toute restreint de personnes en établissements d'hébergement pour personnes âgées (728 000 résidents en 2015), la dégradation liée au vieillissement se vit à domicile. Près de six bénéficiaires de l'APA sur dix fin 2016 (59 % du 1,3 million au total) relèvent de cette catégorie. Près d'un bénéficiaire « à domicile » sur cinq souffre d'une forte perte d'autonomie (19 % sont en GIR 1 ou 2⁶). Le tableau de répartition de l'APA fin 2017 montre que 33 % des bénéficiaires en GIR 1 vivant à domicile ont plus de 90 ans.

RÉPARTITION DES BÉNÉFICIAIRES DE L'APA AU MOIS DE DÉCEMBRE 2017, PAR GIR ET PAR TRANCHES D'ÂGE, À DOMICILE ET EN ÉTABLISSEMENT

Tranches d'âge	Domicile				Établissement (en %)			
	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4
Moins de 65 ans	0 %	1 %	1 %	2 %	1 %	1 %	2 %	2 %
De 65 ans à 69 ans	2 %	4 %	4 %	5 %	3 %	3 %	3 %	4 %
De 70 ans à 74 ans	6 %	7 %	6 %	8 %	4 %	4 %	5 %	5 %
De 75 ans à 79 ans	11 %	11 %	10 %	12 %	7 %	7 %	6 %	6 %
De 80 ans à 84 ans	21 %	20 %	20 %	22 %	14 %	15 %	13 %	12 %
De 85 ans à 89 ans	26 %	26 %	28 %	28 %	25 %	26 %	26 %	26 %
De 90 ans à 94 ans	21 %	22 %	22 %	17 %	27 %	27 %	28 %	29 %
95 ans ou plus	12 %	10 %	8 %	5 %	20 %	16 %	17 %	16 %

Source : Drees, enquête Aide sociale 2017 ; chiffres arrondis à la décimale.
Champ : France métropolitaine et Drom (hors Mayotte).

4. Le montant maximum de l'aide s'élève à 7000 ou 10000 euros selon les ressources (<http://www.anah.fr/proprietaires/proprietaires-occupants/bien-vieillir-chez-vous-avec-habiter-facile/>).

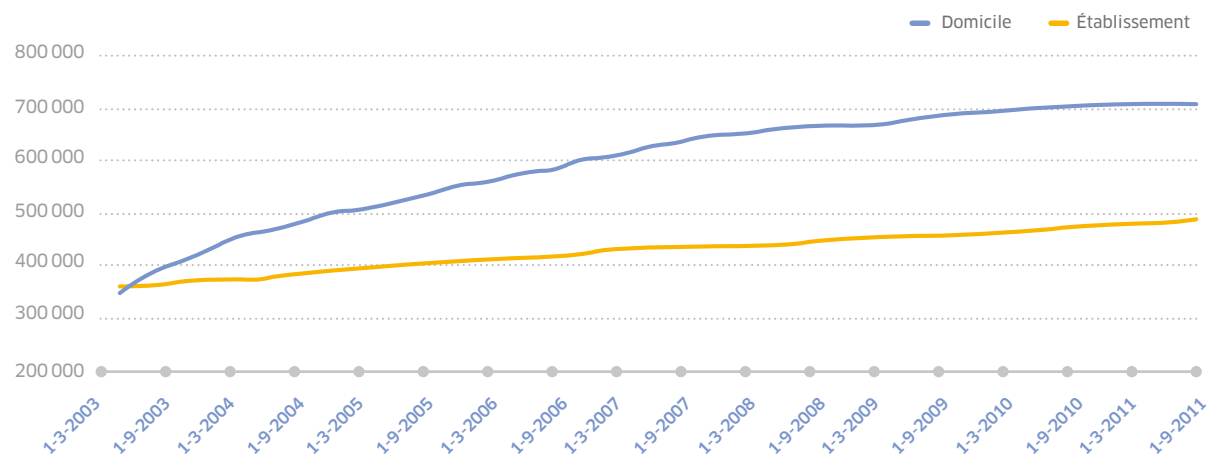
5. Voir les autres articles de ce dossier qui s'y réfèrent.

6. Le GIR - groupe iso-ressource - apprécie le degré de perte d'autonomie des personnes, sur une échelle de 1 - les plus dépendants - à 6. Seules les personnes en GIR 1 à 4 sont éligibles à l'APA.

Un graphique confirme par ailleurs qu'en huit ans, le nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile a aug-

menté de 120 % contre « seulement » 39 % pour les bénéficiaires en établissement.

ÉVOLUTION DU NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES DE L'APA À DOMICILE ET EN ÉTABLISSEMENT ENTRE 2003 ET 2011



Source : Drees, enquête annuelle sur les bénéficiaires de l'aide sociale départementale et enquête trimestrielle sur l'APA.

Ces éléments montrent l'importance du sujet du maintien à domicile, d'autant plus que, si l'on regarde les revenus, peu de différences apparaissent globalement entre les bénéficiaires de l'APA disposant de ressources faibles et ceux disposant de ressources plus élevées.

Comment agir ?

La loi de décembre 2015 s'est préoccupée du sujet. Face à l'importance accordée au fait de bien vieillir chez soi, elle vise à revaloriser et améliorer l'APA à domicile. Elle mentionne un risque de perte d'autonomie constamment présent dans la politique de l'âge. « L'anticiper, le retarder, l'amoiner, c'est aussi y faire face. [...] La solidarité nationale doit, avec la même exigence, permettre d'affronter les difficultés à demeurer au domicile et le choix ou la nécessité d'entrer en maison de retraite. [...] L'objectif de la réforme proposée sur l'APA à domicile est de rendre possible l'exercice d'un vrai libre choix par les personnes âgées en perte d'autonomie et donc de permettre à celles qui le souhaitent, et le peuvent, de rester à domicile. »

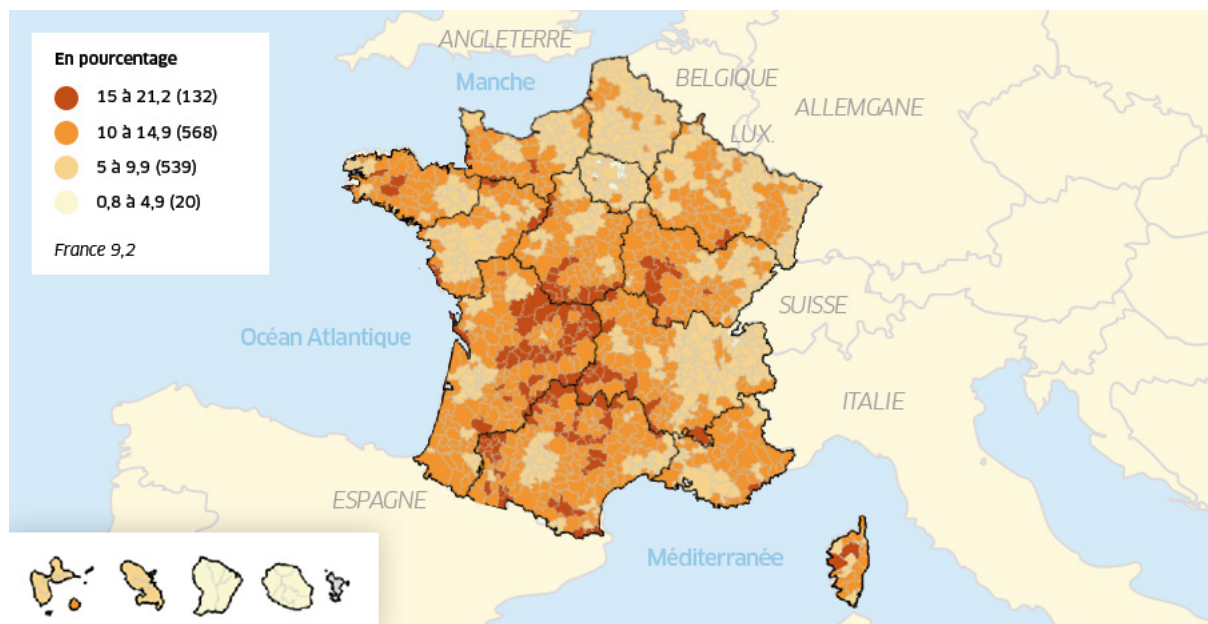
Pour permettre le maintien à domicile, il faut cependant trouver les moyens d'anticiper. Malgré les réserves personnelles évoquées plus haut, il faut s'interroger sur la manière de le faire. Le site dédié aux personnes âgées et à l'accompagnement de leurs proches (<https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/>) donne un panorama des actions et

aides possibles, notamment en matière de logement. Le rapport Libault propose quelques autres pistes, comme l'étude de l'introduction dans les contrats d'assurance habitation d'une offre de financement de l'adaptation du logement, l'évaluation, avant fin 2020, du dispositif de logement inclusif prévu par la loi Élan ou l'identification des logements sociaux à destination des personnes âgées dans le décompte réalisé au titre de la loi SRU.

La solidarité nationale doit, avec la même exigence, permettre d'affronter les difficultés à demeurer au domicile et le choix ou la nécessité d'entrer en maison de retraite.

Pour le parc privé, il apparaît essentiel de répondre à cet enjeu majeur par une offre adaptée en matière de coûts et de délais. La réponse à apporter mérite d'ailleurs d'être analysée de près selon les territoires. Une carte montre, à l'échelle des EPCI (établissements publics de coopération intercommunale), que la part des plus de 75 ans dans la population peut s'étaler globalement de 1 à 21 % en 2015. Quelques territoires ruraux sont particulièrement concernés par le sujet.

PART DES 75 ANS ET PLUS DANS LA POPULATION, EN 2015, PAR EPCI



Source : Observatoire des territoires, CGET.

Concrètement : la baignoire ou la douche ?

Face à ces éléments, le choix d'une douche ou d'une baignoire n'est plus une question anecdotique. Renoncer à son bain quand on vieillit devient une vraie question de société. Encore faut-il que la douche nouvellement installée soit accessible ! Peut-être faudrait-il imaginer un système dégressif d'aide aux travaux en fonction de l'âge de réalisation : plus on conduirait les travaux d'adaptation de son logement tôt, plus l'aide serait importante. Les partenaires sociaux réunis au sein d'Action logement ont d'ailleurs bien saisi les enjeux puisque, dans le cadre du plan d'investissement volontaire de 9 milliards d'euros annoncé en janvier 2019, 2 milliards sont destinés à « *aménager un habitat plus inclusif* ». Pour que les salariés âgés puissent rester le plus longtemps possible dans leur logement, les partenaires sociaux proposent le financement de travaux d'adaptation, l'objectif étant de verser une subvention prioritairement pour adapter les salles de bain.

Fin avril 2019, Julien Denormandie, ministre chargé de la Ville et du Logement, a relayé l'initiative d'Action logement. Les ex-salariés modestes dépendants ou âgés de plus de 70 ans pourront prétendre à une subvention allant jusqu'à 5 000 euros pour adapter leurs sanitaires afin de prévenir les chutes. Action logement paiera directement l'entreprise pour

les travaux. « *C'est un type de subvention inédit : 1 milliard d'euros est dédié à l'adaptation de près de 200 000 salles de bains pour transformer les baignoires en douche* », détaillait le ministre le 30 avril⁷.

L'anticipation peut aussi passer par le développement des nouveaux outils liés à la maison connectée, puisque l'on voit se développer de nombreux produits (moquette ou autres capteurs intelligents) pour alerter les proches en cas de chute ou de difficulté. Ces alertes se révèlent de plus en plus utiles. Il convient, à cet égard, de noter la multiplication des produits qui concourent au même objectif. Il faudra faire des choix, notamment vu la consommation d'énergie de ces capteurs et de l'intelligence artificielle qui les sous-tend dans certains cas. Ces alertes ne remplaceront toutefois pas les besoins concrets en matière d'usage des espaces du quotidien, et donc leur transformation pour permettre de vieillir dans de bonnes conditions.

Dans un contexte où l'on prône le libre choix entre maintien à domicile, avec un accompagnement renforcé, et entrée en établissement, il est important de consacrer un effort important aux travaux de confort dans les logements. D'autant que, faut-il le rappeler, la concertation « grand âge et autonomie », qui s'est achevée début 2019, a fait ressortir le maintien à domicile comme une attente prioritaire. ●

7. Voir « Action logement dévoile ses nouvelles aides aux salariés », *Les Échos*, 2 mai 2019.

Encadré • Les Ehpad : combien de travaux ?

Près de la moitié des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) – 3 071 sur un total de 6 884 – ont été construits avant 1981. Plus globalement, fin 2015, la construction ou la dernière rénovation de leurs bâtiments dataient de plus de vingt-cinq ans dans près d'un quart des cas. Ce vieillissement s'avère particulièrement marqué dans le secteur public et pour les Ehpad habilités à l'aide sociale, qui le plus souvent n'amortissent pas les frais de construction. Ce vieillissement se traduit notamment en termes de confort pour les occupants : les Ehpad privés lucratifs offrent quasiment exclusivement des chambres individuelles avec sanitaires privatifs, 11 % des places en Ehpad publics proposent encore des chambres partagées et 25 % n'ont pas de douche privative.

Un travail lourd de rénovation, voire de restructuration du parc doit assurément être conduit. Cela fait d'ailleurs partie des recommandations du rapport rendu en mars 2019 par le haut fonctionnaire Dominique Libault à la ministre des Solidarités et de la Santé Agnès Buzyn¹. La proposition 55 consiste à « *lancer un plan de rénovation des établissements, en particulier publics, de 3 milliards d'euros sur dix ans. Ce plan intégrera des exigences accrues en termes de qualité architecturale et valorisera la réalisa-*

tion de petites unités de vie (15-20 personnes) au sein des établissements ».

Ce chiffre de 3 milliards d'euros, qui correspond à un triplement de l'effort public, s'obtient en retenant les hypothèses de 150 000 places à rénover, pour un coût moyen de 100 000 euros par place, et d'un effet de levier de 5 de l'aide publique sur des financements privés. En d'autres termes, le besoin de travaux pour une remise à niveau du parc immobilier des Ehpad et des résidences autonomie est estimé à environ 15 milliards d'euros (soit 0,7 point de PIB).

À cet effort, il convient d'ajouter celui qui consistera à résoudre, à l'avenir, le problème de la localisation des Ehpad. On constate, par exemple, une forte augmentation du nombre de personnes âgées le long des deux littoraux océanique et méditerranéen, alors que leur proportion y est déjà importante. Or, le relativement faible nombre d'enfants par ménage et leur éloignement, notamment pour les personnes ayant migré à l'occasion de leur retraite, pèseront sur les solidarités familiales. Et ce alors même que ces territoires font partie à l'heure actuelle des moins pourvus en places d'Ehpad, avec les frontières nord et est de la France. Les besoins en construction de nouvelles places d'Ehpad, qui restent à chiffrer finement, y seront indéniablement élevés. ●

1. Dominique Libault, « Grand âge, le temps d'agir », La documentation française, 2019 ; 154 pages et annexes.



Perspectives

- 58 **Militons pour défendre la cause de l'âge**
• Albert Lautman et Camille Brouard
- 61 **Oui, on peut « assurer » la dépendance !**
• Pierre Mayeur
- 66 **L'assurance privée peut aider
au financement de la dépendance**
• Arnaud Chneiweiss
- 70 **L'offre privée au service du bien-vieillir**
• Sophie Boissard
- 75 **Inventer (enfin) la société de la longévité**
• Serge Guérin
- 80 **Transformer regards et politiques
sur le grand âge**
• Monique Iborra
- 83 **Quel Ehpad demain ?**
• Bernard Bonne
- 87 **Adapter vraiment la société au vieillissement**
• Jérôme Guedj

Militons pour défendre la cause de l'âge

**Albert
Lautman**

Directeur général de la Fédération nationale
de la Mutualité française (FNMF).



**Camille
Brouard**

Directeur adjoint de la direction du service
aux mutuelles de la FNMF.



La Mutualité française, au cœur des solidarités, souhaite des réformes pour mieux soutenir l'autonomie et prévenir la dépendance. D'abord, permettre le libre choix, autant que faire se peut, entre domicile et établissement. Ensuite, mieux préserver le capital autonomie, notamment à travers un habitat adapté. Puis aider vraiment les aidants. Enfin, financièrement, réduire le reste à charge des personnes concernées.

La prise en compte du grand âge et la nécessité de solutions pour favoriser l'autonomie constituent un véritable serpent de mer pour les pouvoirs publics. Maintes fois annoncée, la grande réforme censée répondre aux défis de la transition démographique, avec une longévité accrue de la population, n'a toujours pas eu lieu. La mise en place de solutions à court terme s'impose pourtant : plus de 2 millions de personnes ont aujourd'hui plus de 85 ans, elles seront deux fois plus nombreuses en 2040.

La Mutualité française a décidé de se saisir de ce dossier à la suite de son congrès de Montpellier, en juin 2018. C'est en effet à cette occasion que le président de la République, Emmanuel Macron, a annoncé une réforme du grand âge et de l'autonomie.

La Mutualité bénéficie d'une vue sur l'ensemble de la chaîne : qu'il s'agisse du soin, de l'accompagnement à domicile ou du financement.

La Mutualité française bénéficie d'une expertise assez unique dans le paysage de la protection sociale. Elle fédère à la fois des mutuelles remplissant des missions assurantielles couvrant la majorité des personnes de plus de 65 ans et des établissements de soins, dont 217 Ehpad, 46 résidences autonomie et 182 services et antennes de soins et d'accompagnement à domicile. La Mutualité bénéficie donc d'une vue sur l'ensemble de la chaîne : qu'il s'agisse du soin, de l'accompagnement à domicile ou du financement.

Dans une contribution publiée fin décembre 2018¹ qui a depuis suscité un grand nombre de réactions, la Mutualité a orienté ses propositions autour de quatre convictions : la liberté de choix, en permettant aux personnes âgées de pouvoir rester aussi longtemps qu'elles le souhaitent à leur domicile ; la préservation du capital autonomie, grâce en particulier à la prévention ; la reconnaissance des aidants ; la diminution des restes à charge.

La liberté de choix le plus longtemps possible

Ces convictions résultent de l'observation de profonds changements de société. La génération des baby-boomers est celle qui a vu l'accroissement de la durée de vie de ses parents, les limites du système actuel, et qui, en raison de ses habitudes de consommation, place la liberté au cœur de ses préoccupations. Désormais, une personne âgée souhaite rejoindre une institution, un Ehpad, que l'on appelait naguère une maison de retraite, le plus tard possible. C'est à son domicile que l'on vieillit, le temps de vie en Ehpad ayant considérablement diminué.

La France se caractérise par un taux élevé d'hébergement en Ehpad : 41 % contre 12 % au Canada et 32 % en moyenne dans les pays européens. Au-delà du fait que cette situation semble, d'une certaine manière, à contre-courant d'un souhait assez ancré, celui de vieillir chez soi, il existe une forte disparité de situations selon les territoires : les taux d'équipement et les politiques sociales varient en effet assez fortement d'un département à l'autre.

La Mutualité française plaide donc pour l'émergence d'un nouveau type d'organisation médico-sociale. L'Ehpad deviendrait ainsi un établissement pivot s'intégrant dans l'offre de soins de premier recours,

1. Ces propositions sont publiques et consultables à l'adresse suivante : https://www.mutualite.fr/content/uploads/2018/12/Contrib-Gd_Age_16p.pdf.

accessible à toute personne ayant besoin d'une expertise gériatrique, d'une solution d'hébergement transitoire, par exemple à l'issue d'une hospitalisation – celle-ci aggravant fortement les risques de dépendance. L'Ehpad deviendrait davantage une plateforme connectée au domicile des personnes âgées. Il coordonnerait l'activité de l'ensemble des professionnels chargés du soin et de l'autonomie des personnes âgées. Cet « Ehpad hors les murs » créerait les conditions d'une liberté de choix, en permettant d'organiser les soins (notamment de spécialistes de plus en plus rares au sein des territoires) et l'accompagnement, autour du domicile.

La préservation du capital autonomie et de la qualité de vie

Préserver le capital autonomie, c'est affirmer la nécessité d'anticiper d'éventuelles dégradations de l'état de santé par une mise « sous contrôle » de l'environnement et des facteurs favorisant la perte d'autonomie. En effet, celle-ci ne survient pas d'un seul coup, elle résulte le plus souvent d'une succession d'événements que l'on peut prévenir et accompagner : les chutes, l'isolement, un déménagement, la perte d'un proche. Tous ces événements, connus, sont des moments clés. La prévention doit donc être au cœur du modèle. Pour la Mutualité, il existe des actions concrètes à mobiliser autour de chacun de ces moments. C'est donc une approche pragmatique qu'elle a privilégiée.

Celle-ci se décline notamment à travers l'émergence d'habitats aménagés pour tenir compte de l'évolution de la mobilité, le développement de réseaux de proximité afin de repérer les fragilités, la revalorisation des métiers de l'accompagnement et, enfin, une meilleure coordination des actions de prévention sur le territoire.

Accompagner et soutenir les aidants

Nous le constatons de plus en plus autour de nous, un nouveau type d'acteur de l'autonomie apparaît : l'aidant. Dans un cas sur deux, il s'agit d'une personne en activité professionnelle qui, en plus de ses heures de travail, effectue plusieurs fois par semaine (voire par jour) le trajet vers le lieu de vie d'une personne âgée pour lui rendre différents services : ménage, courses, soins, aide administrative. Dans neuf cas sur dix, ces aidants ressentent stress et fatigue, huit sur dix peinent à concilier vie personnelle et professionnelle. Et pourtant, rien n'existe pour les accompagner.

La Mutualité française plaide pour que le rôle des aidants soit reconnu et pour qu'ils bénéficient, dans le cadre de leur complémentaire santé, de services tels que l'accès gratuit à un soutien psychologique, la

participation à des frais d'aménagement du domicile, le développement de dispositifs d'offre de répit.

Enfin, l'aide aux aidants pourrait s'inspirer d'exemples étrangers. Il existe, en effet, dans certains pays des *case managers* qui apportent une aide concrète aux patients en les orientant dans l'ensemble du parcours de soins, en les dirigeant vers les dispositifs d'aides, etc. Alors que sept Français sur dix âgés de 45 ans et plus se disent mal informés sur leurs droits et l'offre d'accompagnement, nous militons pour la création de services départementaux de l'autonomie et de « coordonnateurs autonomie ». À l'instar des *case managers*, ils seraient chargés de faciliter l'accès à l'information et d'orienter vers les services de proximité adaptés aux besoins des personnes âgées. Ils faciliteraient en somme la vie de milliers d'aidants.

Financer la perte d'autonomie et diminuer le reste à charge

Il est aujourd'hui très onéreux de rejoindre un Ehpad. Son coût moyen représente 2 450 euros par mois en France, contre 1 300 euros en Suède et 3 000 euros en Allemagne. Au-delà, c'est bien la question du reste à charge qui pose un problème. Très faible en Suède ou au Danemark (autour de 200 euros), il atteint 2 000 euros en France pour les dépendances les plus élevées (dites GIR 1 et 2)², une situation comparable à celle de l'Allemagne.

Sur ce point, au-delà du souhait d'un investissement plus fort de la solidarité nationale, la Mutualité française a suggéré une solution qui a particulièrement attiré l'attention : pourquoi ne pas s'inspirer de ce qui existe au sein d'autres structures, en l'espèce les crèches, et imaginer un tarif qui dépende des revenus des résidents ? Le tarif serait ainsi modulé et prendrait en compte la capacité contributive de chacun.

La Mutualité a le sentiment que, pour l'essentiel, l'esprit de ses propositions a été repris dans le rapport rendu par Dominique Libault en mars 2019³. Elle en a salué le contenu et l'équilibre, tout en regrettant les choix opérés sur la question du financement. La Mutualité poursuivra donc son travail par une action militante de la cause de l'âge. Nous sommes en effet convaincus que l'absence de réforme découle d'un paradoxe : tout le monde observe l'évolution en cours, les limites d'un système naguère efficace et, pourtant, c'est une logique de stricte orthodoxie budgétaire qui a pour l'instant primé.

Avec l'arrivée prochaine au grand âge des baby-boomers, il y a aujourd'hui une urgence à trouver une nouvelle forme d'organisation et de financement de la prise en charge de cette génération. ●

2. Le GIR – groupe iso-ressource – apprécie le degré de perte d'autonomie des personnes, sur une échelle de 1 – les plus dépendants – à 6. Seules les personnes en GIR 1 à 4 sont éligibles à l'APA.

3. Dominique Libault, « Grand âge, le temps d'agir », La documentation française, 2019 (https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_grand_age_autonomie.pdf).

Oui, on peut assurer la dépendance!

**Pierre
Mayeur**

Directeur général de l'Organisme commun des institutions
de rente et de prévoyance (Ocirp).



Assurer la dépendance s'avère risqué et compliqué. Mais c'est le cas de tout aléa, surtout s'il est de long terme ! Pour les classes moyennes, qui ne bénéficient ni de pensions élevées ni pleinement de l'aide sociale, le recours à une assurance privée complémentaire peut permettre de couvrir des charges potentiellement élevées, singulièrement en cas de dépendance totale. Organisation et tarification seront fonction des aménagements voulus par les pouvoirs publics mais aussi des fondamentaux du métier d'assureur.

Depuis maintenant près de vingt ans, les gouvernements successifs font référence au « cinquième risque », expression faisant référence à un dispositif national de sécurité sociale... mais se gardent bien de le mettre réellement en place ! D'un autre côté, les tenants de l'assurance dépendance ont pu également faire entendre leur voix, à travers des projets d'assurance obligatoire au premier euro, proposés notamment par AXA à la fin des années 2000. Pourtant, la question même de l'« assurabilité » de la dépendance est fréquemment posée. Aussi est-il important, pour une bonne compréhension, de bien poser les termes du débat.

Que faut-il assurer ?

En fait, le gros du coût de la dépendance est déjà pris en charge par la puissance publique en France. Ce coût est estimé en 2014 à 30 milliards d'euros, soit 1,4 % du PIB. Sur ces 30 milliards d'euros, la majeure partie – 23,7 milliards – est prise en charge par l'assurance maladie et par les départements, qui financent l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile, l'allocation personnalisée d'autonomie en établissement et l'aide sociale à l'hébergement (ASH). L'APA recouvre ainsi, sous la même appellation, deux réalités très différentes : le domicile et l'établissement. Le montant de l'APA à domicile – variant en fonction des revenus de la personne âgée – a été augmenté de manière conséquente par la loi du 28 décembre 2015, relative à l'adaptation de la société au vieillissement, dite loi ASV. Mais le montant de l'APA en établissement est insuffisant pour prendre en charge les coûts demandés aux personnes âgées, sauf pour les plus démunies ayant recours à l'ASH.

Selon le rapport rendu en mars 2019 par Dominique Libault¹, les besoins de financement dans les années à venir se concentrent sur le renforcement du taux d'encadrement en établissement, la revalorisation des métiers de l'aide à domicile et la baisse du reste à charge pour les personnes modestes. Plus précisément, la proposition a été faite de se concentrer sur les personnes disposant de revenus à la retraite entre 1 000 et 1 600 euros, à travers la proposition d'une allocation dégressive en fonction de revenu, permettant d'afficher « une baisse du reste à charge mensuel de 300 euros en établissement pour les personnes modestes gagnant entre 1 000 et 1 600 euros par mois ».

Mais rien n'est réellement prévu pour les personnes disposant de plus de 1 600 euros de revenus.

Mais rien n'est réellement prévu pour les personnes disposant de plus de 1 600 euros de revenus. Dans ces conditions, on comprend mieux que la 164^e des 175 propositions du rapport soit de « favoriser le développement de produits d'assurance privée facultative, en mettant en place un cadre clair et homogène pour ces contrats afin de sécuriser les souscripteurs et de favoriser leur développement ».

Pourquoi une assurance privée serait-elle souhaitable ?

On peut observer, en préalable, qu'aucun dispositif, public ou privé, ne peut donner l'assurance que toutes les dépenses liées à la perte d'autonomie

1. Dominique Libault, « Grand âge, le temps d'agir », La documentation française, 2019 (https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_grand_age_autonomie.pdf).

pourront être prises en compte à l'euro près. La compensation de ce type de dépenses ne peut être que forfaitaire.

Le rapport Libault écarte la piste d'une assurance obligatoire, celle-ci pouvant rimer avec prélèvements obligatoires. Estimant que le marché reste à ce stade peu mature, le rapport insiste sur tous les moyens d'épargne à la disposition des Français : mobilisation du patrimoine immobilier, recours aux dispositifs d'épargne retraite et d'assurance vie, etc.

Une assurance privée « perte d'autonomie », complémentaire à l'allocation personnalisée d'autonomie rebaptisée « prestation autonomie », peut ainsi se développer, principalement à destination des classes moyennes, celles qui auront à la retraite plus de 1 600 euros de revenus, sans pour autant vivre dans l'opulence. D'une certaine manière, cette assurance privée permet ainsi de garantir aux personnes que leur patrimoine mobilier (assurance vie) ou immobilier (résidence principale ou secondaire) ne sera pas affecté lors de la phase de dépendance. Ce patrimoine pourra ainsi être transmis aux héritiers sans être diminué ou dévalorisé.

Pourquoi l'assurance dépendance fait-elle peur, y compris parfois aux assureurs ?

Dans le domaine de l'assurance, il est impossible de connaître à l'avance le prix de revient du contrat, qui dépendra du taux de « sinistralité » et du montant moyen des sinistres que l'assureur devra indemniser. C'est « le cycle de production inversé de l'assurance ». La dépendance ne fait pas exception au cadre général. Simplement, s'agissant d'un risque susceptible de se réaliser de très longues années après le début de la phase de cotisation, la dépendance accentue encore davantage cette inversion. Elle constitue un risque de long terme, qu'il convient de piloter avec d'autant plus de souplesse que l'assureur ne dispose pas de la capacité de rétablir l'équilibre d'un contrat aussi rapidement que, par exemple, un assureur santé qui peut, quasiment d'une année sur l'autre, réagir – augmenter les cotisations et/ou diminuer les prestations – en fonction d'une sinistralité observée comme « dérivante ».

On peut également ajouter que l'apport lié à la capitalisation des placements, autre caractéristique de l'activité même d'assurance, est d'autant plus déterminant que le risque est long. La problématique biométrique (calculs en fonction de trois variables : mortalité, survenance, longévité) – fondamentale – se double de celle – tout aussi complexe – de devoir prévoir un rendement financier de long terme. Les capitaux propres, en plus des provisions techniques financées par les cotisations des assurés, doivent

donc être élevés pour gérer les éventuelles dérives futures. Ce constat est d'autant plus marqué qu'il n'est à ce jour pas prévu, dans le cadre du référentiel Solvabilité 2, d'aménagements de même ordre que ceux consentis dans le cadre des engagements de retraites supplémentaires.

Pour résumer, assurer la dépendance est un exercice difficile... mais est-ce pour autant impossible ?

Quelles conditions pour rendre la dépendance pleinement assurable ?

Il convient tout d'abord à bien définir le « champ assurantiel ». De quoi s'agit-il ? Il faut ici reconnaître une différence majeure entre la dépendance totale et la dépendance partielle. La dépendance totale correspond – heureusement – à une fraction minoritaire des personnes âgées dépendantes. On peut la définir à la manière de La Palice : la dépendance totale, c'est l'incapacité absolue d'être autonome. La dépendance totale correspond aux GIR 1 et 2, soit moins de 500 000 personnes, dont les deux tiers sont en établissement. Dans le champ de la dépendance dite totale, le débat qui demeure entre la grille des pouvoirs publics² et la grille défendue par les assureurs (actes de la vie quotidienne ou AVQ)³ semble largement relever de la querelle byzantine. Le point des situations de démence reste toutefois à trancher.

On peut la définir à la manière de La Palice : la dépendance totale, c'est l'incapacité absolue d'être autonome.

La « dépendance partielle » (GIR 3 et 4) relève d'un concept beaucoup plus flou : une personne âgée peut être autonome sur un certain nombre de points (se laver, se vêtir), mais avoir besoin d'une assistance extérieure sur d'autres actes de la vie quotidienne (se déplacer). De ce point de vue, on peut comprendre le souhait des assureurs de ne pas être... dépendants d'une grille dont l'interprétation peut varier selon les départements et dans le temps, particulièrement pour la reconnaissance du plus bas degré de dépendance permettant l'attribution de l'APA, le GIR 4.

Comme il semble difficile de justifier des critères d'évaluation différents entre les assureurs publics et les assureurs privés, le sens de l'Histoire est celui de s'aligner sur la grille Aggir. C'est la logique du cadre homogène appelé de ses vœux par le rapport Libault. Il pourra être alors souhaitable de limiter le recours à l'assurance privée à la dépendance totale (DT), correspondant à des situations nécessitant un

2. La grille nationale Aggir permet de mesurer le degré de perte d'autonomie et donc l'attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie. Le GIR – groupe iso-ressource – apprécie le degré de perte d'autonomie des personnes, sur une échelle de 1 – les plus dépendants – à 6. Seules les personnes en GIR 1 à 4 sont éligibles à l'APA.

3. Les actes de la vie quotidienne (AVQ), au nombre de six. Une échelle de 1 à 4 mesure ensuite le degré d'incapacité à réaliser ces AVQ.

engagement financier conséquent. L'inclusion des cas de dépendance partielle peut naturellement être proposée, mais renvoie en pratique à des rentes systématiquement minorées.

Raisonner sur trois variables

Le risque assurantiel – et donc la possibilité d'élaborer une tarification – repose sur trois indicateurs clés, des données essentielles dépendant elles-mêmes de trois lois biométriques (mortalité, survenance, longévité) : le nombre de personnes âgées dépendantes ; l'âge d'entrée en perte d'autonomie ; la durée de leur survie en situation de perte d'autonomie.

Certes, ces trois données ne sont pas connues à l'avance, mais elles ne constituent pas non plus – pour jouer sur les mots – des « inconnues » complètes. Et il suffit d'observer les évolutions pour déceler une quelconque dérive.

En ce qui concerne le nombre de personnes âgées dépendantes, on peut déjà affirmer sans risque d'être démenti que toutes les personnes âgées dépendantes de 2070 sont déjà nées. L'estimation de leur chiffre global varie entre 1,4 et 1,7 millions en 2030 et entre 2 et 2,8 millions en 2060.

On peut déjà affirmer sans risque d'être démenti que toutes les personnes âgées dépendantes de 2070 sont déjà nées.

S'agissant de l'âge d'entrée en perte d'autonomie (totale), les études s'accordent sur le constat que cet âge – aujourd'hui 85 ans en moyenne – va continuer de croître. L'évolution sera peut-être ralentie par rapport aux trente dernières années, mais elle restera positive.

Sur la durée de survie en situation de perte d'autonomie (totale), la prudence impose là aussi de retenir une augmentation régulière. On peut noter que la durée moyenne de séjour en Ehpad – qui donne une indication sur la durée de perte d'autonomie totale – est restée stable (deux ans et cinq mois) entre 2010 et 2016. Des études ont montré une stagnation, voire une diminution de l'espérance de vie sans incapacité dans les pays développés sur la période récente s'étendant de 1995 à 2012. Ce critère, sans être assimilable à la perte d'autonomie, constitue en tout état de cause une alerte sur une possible dérive de la durée de fin de vie en situation de dépendance totale.

Concernant la problématique financière précédemment évoquée, le risque de taux joue, selon l'analyse et l'expérience – avec la baisse constatée depuis 2013 –, un rôle bien plus déterminant à court, voire à moyen terme pour l'équilibre des contrats dépendance que l'observation de la moindre inflexion sur l'évolution de l'augmentation de l'espérance de vie sans incapacité. Sur du long terme, proposer ainsi un taux technique supérieur à 1 % constitue une prise de risque importante pour l'assureur, et qui peut amputer durablement les possibilités futures de revalorisation.

L'horizon de la dépendance peut représenter un frein. Cotiser à 25 ans pour un risque susceptible de se réaliser plus de soixante ans plus tard peut laisser dubitatif. Mais ce « contre-argument horizon » n'est pourtant pas mis en avant lorsqu'il s'agit de retraite supplémentaire, alors même que les problématiques sont similaires. La possibilité de réversion en retraite supplémentaire peut même donner à celle-ci un horizon encore plus long. Pourquoi limiter ainsi l'horizon de l'assurance ?

Dans un article fondateur⁴, François Lusson concluait au caractère assurable de la dépendance totale : il est possible d'« affirmer à ce jour que la DT est pilotable ; lorsque le risque est accepté de manière permanente conformément aux conditions contractuelles, et observé sur des effectifs significatifs, les observations suivent de manière prévisible, avec une volatilité limitée, des lois statistiques de mieux en mieux cernées. Avec humilité et endurance, le risque peut désormais être appréhendé sur des bases robustes (pour peu que la chaîne de traitement du risque soit elle-même pérenne et donc l'acceptation surveillée au plus près des termes du contrat, ce qui reste souvent à démontrer). »

L'assurance dépendance : une assurance pour rien ?

Un autre reproche adressé à l'assurance dépendance est qu'il s'agit d'une assurance qui peut tourner « à vide ». Si la personne n'est jamais dépendante, à quoi auront servi ses cotisations ?

Cette contestation est tout de même particulièrement étonnante : lorsque l'on cotise en tant qu'actif à un contrat de prévoyance décès, il faut espérer que cette cotisation, sur une longue durée (plus de quarante ans), ne serve finalement... à rien. Mais cette cotisation est bien utile « si jamais ». Dans le cas de la dépendance, le « si jamais » est effectivement loin d'être certain – la majorité des personnes ne seront jamais dépendantes, ou sur une extrême fin de vie à l'hôpital. Mais « si jamais » on devient

4. François Lusson, « L'équilibre actuariel de long terme en assurance dépendance en France », *Analyse financière (SFAF)* n° 47, mai-juin 2013, p. 64.

dépendant – au-delà des moyennes qui peuvent ne vouloir rien dire – la durée peut être longue et les coûts élevés. La réalisation de ce risque se constate à la fois en cas de maintien à domicile, avec l'intervention quasi permanente de prestataires, ou d'un coût d'hébergement pour toute une catégorie de la population « trop aisée » pour bénéficier ou souhaiter bénéficier de l'aide sociale à l'hébergement, (soit aujourd'hui plus de 80 % des personnes âgées concernées), mais « pas assez riche » pour bénéficier d'un stock d'épargne suffisant pour faire face. Ce sont bien ces coûts dont la couverture nécessite d'être mutualisée, ce qui correspond à un des objectifs majeurs de l'assurance. Et ce sont bien ces coûts que, dans la mesure du possible, les assurés souhaitent éviter ou éviter à leur famille de payer « plein pot », de manière finalement tout à fait comparable à ce qui peut exister dans d'autres secteurs de l'assurance.

Un étage complémentaire d'assurance privée, s'appuyant sur un premier étage pris en charge par la puissance publique avec l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), peut ainsi trouver toute sa place demain en France.

Un étage complémentaire d'assurance privée, s'appuyant sur un premier étage pris en charge par la puissance publique avec l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), peut ainsi trouver toute sa place demain en France. On peut bien sûr proposer des contrats individuels dépendance à l'âge de 60-65 ans, au moment où il est peut-être plus facile de préparer cette longue partie de la vie que sera la vie à la retraite. Mais l'objectif de diminuer la cotisation le plus possible, tout en préservant la capacité de restituer des rentes dépendance d'un montant conséquent, plaide pour commencer plus jeune. Dans ce cas, l'assurance collective, permettant de faire participer (même faiblement) l'employeur et de prendre en compte la problématique des aidants, beaucoup plus immédiatement perceptible, est une excellente réponse. Une réponse particulièrement adaptée aux classes moyennes... celles justement les plus impactées par le coût de la dépendance. ●

L'assurance privée peut aider au financement de la dépendance

**Arnaud
Chneiweiss**¹

Délégué général de la Fédération française de l'assurance (FFA).



1. L'auteur s'exprime ici à titre personnel.

Les perspectives démographiques et financières de la dépendance ne relèvent pas d'une science exacte, mais les ordres de grandeur sont connus. Alors que la France consacre plus de 1,4 % de son PIB à ce domaine, il faudra augmenter substantiellement cet effort, jusqu'à le doubler à l'horizon d'un demi-siècle. Dans ce contexte, les assureurs ont des produits et propositions pour couvrir le grand âge qui doivent se combiner avec les ressources publiques afin de faire face à l'ampleur des besoins.

La bonne prise en charge des personnes en perte d'autonomie occupe une place croissante dans nos préoccupations. Parce que dans notre société vieillissante, nous sommes de plus en plus nombreux à être concernés par la situation d'un proche en situation de perte d'autonomie. Parce que traiter correctement et dignement (ou pas) nos aînés en dit long sur nous-mêmes et la société dans laquelle nous vivons. Fin 2017, près de 1,3 million de personnes bénéficiaient de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), soit 8 % de la population française âgée de 60 ans et plus¹. Parmi elles, environ 460 000 personnes étaient en « dépendance lourde ».

Les projections démographiques sont claires : le nombre de personnes de 85 ans et plus devrait atteindre 4,8 millions en 2050, soit 3,2 fois plus qu'aujourd'hui. Quant au nombre de personnes dépendantes, il pourrait dépasser 2,2 millions, dont environ 850 000 personnes en dépendance lourde, avec un phénomène d'accélération entre 2030 et 2040, quand arriveront à ces âges avancés les générations du baby-boom.

L'ampleur des besoins financiers

Les travaux menés dans le cadre de la « concertation Libault »² donnent une idée de l'ampleur des besoins à venir. En 2014, on estimait à au moins 30 milliards d'euros par an, soit 1,4 % du PIB, le coût de la dépendance. Il s'agit de dépenses de santé (12,2 milliards), d'aides spécifiques à la prise en charge des personnes âgées (10,7 milliards) et de dépenses d'hébergement directement liées à l'état de dépendance (7,1 milliards). Cette estimation sous-évalue l'ampleur réelle des dépenses : les

dépenses hospitalières ne sont pas comptabilisées faute d'être bien identifiées, ni celles de « gîte et couvert en hébergement » – 4,4 milliards de plus. Surtout, l'aide informelle des 3,9 millions d'aidants – souvent les conjoints – pourrait être valorisée à plusieurs milliards d'euros.

Les incertitudes sont grandes sur l'ampleur des besoins financiers à venir : quels progrès médicaux allons-nous constater, notamment en ce qui concerne la maladie d'Alzheimer ? Quels gains d'espérance de vie en bonne santé (alors que ceux-ci semblent stagner sur la période récente dans nos sociétés développées) ? L'aide informelle massive des aidants familiaux pourrait-elle régresser dans le cadre d'une société où les solidarités refluent ? Jusqu'où allons-nous réussir à renforcer le taux d'encadrement dans les Ehpad en revalorisant les métiers concernés ?

Les incertitudes sont grandes sur l'ampleur des besoins financiers à venir : quels progrès médicaux allons-nous constater, notamment en ce qui concerne la maladie d'Alzheimer ? Quels gains d'espérance de vie en bonne santé ?

Cependant, malgré toutes ces incertitudes, des fourchettes crédibles ont été établies. Elles montrent la nécessité de trouver de nouveaux financements dans des proportions importantes, du fait notamment de l'accélération du vieillissement de

1. Les définitions de la dépendance peuvent varier. Nous citons ici les chiffres de l'APA, mais la Drees du ministère des Solidarités estime la population des personnes dépendantes en 2015 à 2 millions, soit 14 % de la population des plus de 60 ans. On peut expliquer la différence entre les deux évaluations par le non-recours aux prestations APA et par des différences d'appréciation sur l'évaluation de la dépendance partielle.

2. Dominique Libault, « Grand âge, le temps d'agir », rapport remis à la ministre des Solidarités et de la Santé en réponse à une mission confiée par le Premier ministre.

la population, du besoin de rénover les Ehpad et d'améliorer le taux d'encadrement dans ceux-ci. À l'horizon 2030, il faudra trouver chaque année entre 11 et 25 milliards d'euros (soit 1 point de PIB de plus selon la fourchette haute); à l'horizon 2060, entre 30 et 53 milliards (soit 2 points de PIB de plus selon la fourchette haute). Dans la situation de nos finances publiques (ratio dette/PIB proche de 100 % quand il était de l'ordre de 34 % il y a trente ans), qui peut penser que nous pourrions faire face à ce défi en comptant sur les seules ressources publiques?

Il n'y aura pas une solution unique, mais une palette de solutions, alliant ressources publiques et privées.

Mobiliser le patrimoine disponible

La première réponse, de bon sens, consiste à dire qu'il faut d'abord mobiliser l'éventuel patrimoine financier et immobilier des personnes concernées.

Pour donner une première idée des sommes nécessaires pour faire face aux dépenses liées à la dépendance sur un plan microéconomique, le rapport Libault évalue le reste à charge moyen en établissement à 1850 euros par mois (rester à domicile coûte nettement moins cher). Ce n'est qu'une moyenne – les coûts sont bien plus élevés en Île-de-France – et on peut débattre du concept exact de reste à charge. Nous savons par ailleurs qu'une personne reste, toujours en moyenne, 4,1 ans en Ehpad³. Cela nous montre qu'une somme d'environ 90 000 euros est nécessaire pour faire face au coût de la dépendance, « en moyenne », avec toute la prudence qui doit accompagner cette évaluation soumise à un écart type important.

Pour les personnes en situation intermédiaire, les classes moyennes, la souscription d'une assurance dépendance avec un label de qualité peut être particulièrement pertinente.

Comment faire pour réunir une telle ressource financière? Les personnes les plus aisées pourront puiser dans leur assurance vie, leur épargne retraite ou toute autre forme d'épargne financière (livrets...). Les personnes les plus pauvres devront être soutenues par la solidarité nationale. Pour les personnes en situation intermédiaire, les classes moyennes, la souscription d'une assurance dépendance avec un label de

qualité peut être particulièrement pertinente. Nous y reviendrons, car il faut rester encore un moment sur les questions de mobilisation du patrimoine.

À propos du patrimoine financier, le rapport Libault plaide fort justement⁴ pour développer les sorties sous forme de rente viagère, notamment dans le cas de l'épargne retraite. En effet, en cas de sortie sous cette forme, par opposition à l'autre choix possible désormais d'un plan d'épargne retraite suite à la loi Pacte, la sortie complètement en capital, l'assureur pourra proposer une option, par exemple le doublement de la rente en cas de dépendance lourde.

À propos du patrimoine immobilier, nous savons que les personnes âgées sont souvent riches « en stock » d'un bien immobilier, mais pauvres « en flux » de revenus financiers. L'idée exprimée dans le rapport Libault de développer les formes de « viagers mutualisés » est intéressante. Le viager traditionnel est un marché qui demeure limité, en partie pour des raisons de réputation. Le projet serait d'inciter les investisseurs institutionnels – dont les assureurs, qui ont la capacité de faire des placements de long terme – à s'impliquer dans ce type de produits, suivant les expériences menées par la Caisse des dépôts et consignations, en faisant l'interface entre une masse de propriétaires âgés désireux d'obtenir un revenu de leur bien immobilier et une masse de ménages souhaitant accéder à la propriété.

Rendre l'assurance dépendance plus attractive

Le marché de l'assurance dépendance est aujourd'hui de taille modeste : moins de 800 millions d'euros de primes⁵. Sur cet ensemble, 83 % des cotisations collectées le sont par des sociétés d'assurances, 12 % par les mutuelles santé et 5 % par les institutions de prévoyance.

Pour tenter de rendre l'assurance dépendance plus attractive, un label spécifique, la garantie assurance dépendance (GAD), a été développé depuis 2013 pour faire émerger des pratiques de qualité. Il prévoit notamment le versement d'une rente d'au moins 500 euros par mois en cas de survenue de la dépendance lourde.

Déjà 166 000 assurés ont souscrit un contrat ainsi labélisé depuis son lancement. Des travaux sont en cours pour améliorer encore les caractéristiques du label, répondant par avance à l'appel du rapport Libault visant à faire émerger « un standard de la couverture dépendance »⁶.

3. Il s'agit, précisément, de la durée totale de perception de l'APA pour les personnes dont le dernier lieu de résidence est un établissement. Là encore, il s'agit d'une moyenne. Une personne sur quatre ne restera qu'au plus 1,7 an mais une autre personne sur quatre y restera au moins 6,3 ans. Concernant les dépendants lourds, la durée moyenne de perception de l'APA en établissement est de 3,1 ans.

4. Proposition 165 : « Les rentes viagères offertes par les produits d'épargne retraite constituent l'outil de mobilisation du patrimoine financier le plus adapté pour faire face au risque de longévité, qui pèse sur les personnes notamment en cas de dépendance longue. »

5. Pour donner un ordre d'idée, les cotisations collectées au titre des complémentaires santé s'élèvent à 37 milliards d'euros en 2018.

6. Proposition 164.

Quelles sont les critiques souvent entendues à propos de l'assurance dépendance ?

- Il s'agirait d'une assurance « à fonds perdus », par conséquent moins utile que le fait d'épargner dans le cadre de l'assurance vie ou de l'épargne retraite. On peut répondre à cela que les assurances sont souvent « à fonds perdus », et tant mieux pour l'assuré si le sinistre ne se produit pas ! Au-delà, les assureurs ont contré cette critique depuis longtemps et vont amplifier leur effort. Dès la souscription du contrat d'assurance dépendance, des services de prévention peuvent être proposés : diagnostic de l'état intellectuel et physique de la personne, diagnostic de l'état du logement. En fonction des besoins, des services de prévention, coaching, aide à la personne, aide aux aidants, y compris orientation administrative, se mettent en place. Les progrès de la domotique et des nouvelles technologies doivent pouvoir faciliter l'aménagement du logement pour prolonger le maintien à domicile. En la matière, les assureurs s'appuient sur des sociétés d'assistance ou des sociétés spécialisées qui apportent ces services d'aide à la personne concrets et personnalisés.

Dès la souscription du contrat d'assurance dépendance, des services de prévention peuvent être proposés : diagnostic de l'état intellectuel et physique de la personne, diagnostic de l'état du logement.

- Il s'agirait d'une assurance ne jouant que dans les cas extrêmes.
Si seule la dépendance lourde est couverte, une frustration peut naître chez les personnes dépendantes et dans leur entourage, en constatant que le bénéficiaire du contrat n'est « pas assez dépendant » pour toucher la rente prévue au contrat. Il est vrai que la dépendance lourde est un état beaucoup plus objectif que la dépendance partielle, dont l'appréciation peut varier entre différents évaluateurs appliquant des critères différents. Les assureurs privés ont toujours souhaité suivre une grille d'évaluation relative aux actes de la vie quotidienne, la jugeant plus pertinente sur le plan médical et moins soumise à des critères publics aléatoires (critères plus sociaux que médicaux, situation plus ou moins aisée des finances publiques). Ils souhaitent désormais

inclure de façon optionnelle la couverture de la dépendance partielle dans les produits labélisés.

- Quelle valeur pour la rente viagère ?

Les assurances dépendance sont souvent souscrites vers l'âge de 60 ans. Les personnes ne deviendront dépendantes que vingt à vingt-cinq ans plus tard. Quelle sera alors la valeur de la rente promise lors de la souscription et que permettra-t-elle d'acheter alors que nous savons que la hausse des prix des services de santé est plus rapide que l'inflation générale ? En réponse à cette critique, les assureurs travaillent à proposer une option de revalorisation de la rente, par une indexation des garanties suivant l'objectif d'inflation de la Banque centrale européenne. En travaillant selon ces axes, en repoussant par ailleurs l'âge de la sélection médicale (50 ans dans le label GAD aujourd'hui), les assureurs pourront proposer des produits plus qualitatifs et reconnus⁷.

Faut-il couvrir toute la population ?

Suite à la publication du rapport Libault, la question est posée de savoir si et comment l'ensemble de la population française pourrait être couverte, au moins par une garantie de base, l'assurance privée facultative pouvant enrichir la couverture de ceux qui le souhaitent et le peuvent. Le rapport Libault estime que « le besoin de financement public supplémentaire net s'élève à 9,2 milliards d'euros en 2030 » (s'ajoutant aux 24 milliards actuels) et propose d'atteindre l'objectif en combinant l'utilisation de plusieurs ressources publiques (Fonds de réserve pour les retraites, nouveau prélèvement social succédant à la CRDS...).

Un rapport sénatorial paru début avril 2019⁸ s'est prononcé à l'inverse pour une assurance obligatoire par répartition, sans trancher sur la nature publique ou privée de cette assurance.

C'est un débat essentiel qui s'engage ainsi avec une double question : faut-il tenter de couvrir l'ensemble de la population ? Et si oui, quelle est la meilleure façon de le faire : par l'impôt ou par une couverture assurantielle ?

Tous les acteurs doivent faire preuve de créativité et d'imagination pour tenter de trouver la meilleure combinaison de ressources publiques et privées afin de faire du grand-âge « un moment privilégié, serein et apaisé », pour reprendre les mots de la ministre, Agnès Buzyn. Et les différents acteurs devront apporter leurs idées dès les prochains mois, puisqu'un projet de loi sur la perte d'autonomie devrait être présenté à l'automne 2019. ●

7. Le rapport Libault évoque également la contribution possible de l'assurance habitation. Cette piste paraît moins prometteuse, dans la mesure où aujourd'hui l'âge du souscripteur d'une multirisque habitation (qui protège l'ensemble du ménage y résidant) n'est pas pris en compte dans la tarification. Mais des aménagements légers du logement en cas de dépendance lourde peuvent sans doute être imaginés par des acteurs du marché, en se fondant sur l'assurance habitation.

8. Commission des Affaires sociales, avec pour rapporteurs Bernard Bonne (LR, Loire) et Michelle Meunier (PS, Loire-Atlantique).

L'offre privée au service du bien-vieillir

**Sophie
Boissard**

Directrice générale du groupe Korian.



Intensification des besoins et nécessité de répondre aux demandes des personnes âgées appellent renforcement et diversification des offres. Korian, premier groupe européen de soins et de services pour les personnes âgées, s'emploie à la réinvention de ces établissements et au déploiement d'autres réponses. Nouvelles offres, coordination des intervenants, organisation de plateformes, ouverture sur les territoires et mobilisation des technologies numériques incarnent ces évolutions nécessaires.

La société française vit une mutation historique majeure liée à l'allongement de la durée de vie : aujourd'hui cinq générations d'une même famille peuvent vivre en même temps. C'est une chance, bien sûr, et c'est aussi une grande responsabilité sociétale pour pouvoir proposer un accompagnement de qualité aux seniors. En la matière, notre pays dispose d'un savoir-faire, d'une expertise et d'acteurs notamment privés, dont Korian, qui en font une référence internationale. Cette avance de la France s'est traduite par la structuration progressive d'un parcours de vie pour chaque phase de l'existence des seniors. Élément clé de ce parcours, emblématique au point parfois d'en occulter les autres composantes, la maison de retraite est amenée à évoluer. Korian s'est engagé depuis 2016 dans la réflexion et la transformation concrète de l'Ehpad en l'intégrant au sein d'une offre élargie de solutions, de services et de soins répondant aux attentes et aux besoins des personnes âgées. Cette offre dédiée conjugue trois champs complémentaires et cohérents pour répondre aux enjeux du bien-vieillir.

La clinique SSR et le défi des maladies chroniques

Le premier champ est celui des maladies chroniques, avec nos cliniques de soins de suite et de réadaptation (SSR). En effet, le développement sur le long terme des maladies chroniques constitue une question de santé qui va concerner une part toujours plus importante de la population. Aussi, pour nombre de seniors, disposer d'un réseau de cliniques spécialisées proches de leur domicile va être essentiel pour leur santé. C'est pourquoi Korian développe et étoffe son réseau de cliniques SSR en France et en Europe avec des spécialités comme le suivi des maladies

respiratoires, dont la BPCO (bronchopneumopathie chronique obstructive, qui se caractérise par une obstruction des voies aériennes et touche principalement les fumeurs), des maladies du système nerveux comme celle de Parkinson ou l'accompagnement des personnes touchées par un cancer.

Pour nombre de seniors, disposer d'un réseau de cliniques spécialisées proches de leur domicile va être essentiel pour leur santé.

Ces pathologies exigent l'intervention et le suivi par de nombreux professionnels (médecins spécialistes, kinésithérapeutes, infirmiers) en SSR puis une fois de retour à domicile. Cette multitude d'intervenants demande une parfaite coordination pour que l'accompagnement soit le plus efficient possible. Pour cela, nous sommes notamment associés avec la start-up Move in Med. Ensemble, nous mettons déjà en œuvre la plateforme digitale POP (Parcours objectif patient) pour la BPCO. Une infirmière coordinatrice de la clinique SSR suit chaque patient, *via* cette plateforme partagée et sécurisée, depuis son entrée dans l'établissement et après son retour à domicile. Elle organise, en lien avec celui-ci ou ses proches autorisés à accéder à la plateforme, les rendez-vous médicaux. Elle réalise aussi le suivi avec des questionnaires régulièrement envoyés au patient pour s'assurer qu'il va bien, éventuellement planifier de nouveaux rendez-vous médicaux et lui rappeler les bonnes pratiques. Grâce à cet accompagnement personnalisé et au recueil d'informations, l'objectif est

de prévenir en amont les épisodes de rechute et les traiter plus rapidement et plus efficacement.

La nécessaire réinvention des Ehpad

Le deuxième champ est celui de l'accompagnement des personnes âgées fragilisées ou en perte d'autonomie, qui ne veulent ou ne peuvent plus vivre à domicile. Pour elles, pour leurs familles, la maison de retraite médicalisée constitue une solution avec ses soins et ses services leur offrant une qualité de vie en phase avec l'évolution de leur état. Au fil de la dernière décennie, l'augmentation de la durée de vie a eu deux conséquences directes : une entrée toujours plus tardive en établissement, avec davantage de pathologies, et une perte d'autonomie toujours plus aiguë. C'est pourquoi, l'activité de l'Ehpad a dû s'adapter. Elle s'est concentrée sur la grande dépendance. Cette évolution appelle un accompagnement spécialisé, sur mesure, par des équipes spécifiquement formées.

Au fil de la dernière décennie, l'augmentation de la durée de vie a eu deux conséquences directes : une entrée toujours plus tardive en établissement, avec davantage de pathologies, et une perte d'autonomie toujours plus aiguë.

De fait, une maison de retraite en 2019 n'a plus grand-chose à voir avec celle d'il y a vingt ou trente ans. Cette dernière était alors plus proche d'une résidence services pour des retraités cherchant d'abord à créer ou à recréer des liens sociaux avec des personnes de leur génération et à bénéficier de prestations relevant de l'hôtellerie classique. Pourtant, la dotation en personnels soignants par les pouvoirs publics n'a pas suffisamment suivi cette hausse des besoins. À ce titre, les conclusions du rapport Libault, paru fin mars 2019¹, recommandent d'augmenter ces dotations de soignants, ce qui est un signal positif. Ce changement du rôle de l'Ehpad explique pourquoi il est trop souvent caricaturé comme un lieu où les personnes âgées sont isolées et coupées du monde. Or, il ne l'est en aucun cas puisque tous les jours des familles, des proches, des médecins traitants, des kinésithérapeutes, des animateurs, des visiteurs s'y rendent. Pour Korian, la maison de retraite médicalisée telle que nous la connaissons aujourd'hui doit être réinventée.

De l'Ehpad à la plateforme

Elle doit être réinventée dans sa fonction d'abord, en devenant une véritable plateforme polyvalente. À la maison de retraite médicalisée s'ajouteront des chambres pour des courts séjours ou des séjours de répit pour les aidants, une résidence services, un cabinet de consultation médicale avec de la télé-médecine, un cabinet de kinésithérapie, une agence de soins et de services à domicile, une salle de cours d'activité physique adaptée. L'objectif est de créer au sein d'un territoire un centre de ressources de soins et de services pour toutes les générations de seniors. En réunissant ces offres et en simplifiant la coordination entre tous les acteurs du parcours, ce centre facilitera la vie des personnes âgées avec des transitions douces entre le domicile, la résidence services et la maison de retraite, pour qu'elles ne soient pas vécues comme des ruptures douloureuses. Ce lieu unique évitera notamment les déplacements réguliers pour aller d'un professionnel à un autre, en particulier dans les zones rurales où l'accès à la santé et aux services pèse sur la vie des habitants. Et pour contribuer plus encore à la qualité de vie et à la dynamique des territoires, un café-restaurant ouvert à tous (résidents, familles et tous les autres clients), un salon de coiffure ou tout autre commerce de proximité pourraient être créés. Ce concept, fréquent dans d'autres pays, favorise aussi les échanges intergénérationnels si positifs pour la préservation de l'autonomie, et change le regard sur les établissements pour personnes âgées en les intégrant au cœur de la vie quotidienne des agglomérations.

L'objectif est de créer au sein d'un territoire un centre de ressources de soins et de services pour toutes les générations de seniors.

La maison de retraite doit être réinventée, dans sa forme ensuite, car elle est d'abord un lieu de vie et, rappelons-le ici sans tabou, le dernier domicile des personnes qui viennent y résider. Si l'hébergement et l'hôtellerie ont, eux aussi, fait un bond qualitatif considérable, notamment dans le secteur privé, nous avons engagé chez Korian un programme de création de la nouvelle génération de maisons de retraite. Ni hôpital ni hôtel, cet espace dédié est inclusif. Il s'intègre et intègre les seniors dans la vie de la société dont ils sont membres à part entière. Pour cela, nous avons demandé au cabinet d'architectes Saguez de concevoir des sites en phase avec

1. Dominique Libault, « Grand âge, le temps d'agir », La documentation française, 2019.

les aspirations des aînés d'aujourd'hui et de demain. Ils ont pensé des établissements en cœur de ville, ouverts sur l'extérieur et connectés aux besoins des habitants, avec des commerces en rez-de-chaussée et des services, possédant les codes de l'habitat contemporain (terrasses sécurisées, utilisation de matériaux et matières naturels, grandes ouvertures vitrées pour apporter la lumière du jour, végétalisation) et ceux de la douceur de la maison selon le principe danois du *hygge*, qui désigne l'atmosphère chaleureuse du foyer. En accord avec les exigences de notre siècle et les attentes de nos sociétés, nous avons voulu qu'elles soient les plus respectueuses de l'environnement, dans leur construction comme dans leur fonctionnement. C'est pourquoi nos nouvelles réalisations sont conçues avec la société Carbone 4 pour réduire le plus possible leur empreinte carbone. Avec ce concept, nous voulons être en pointe et incarner la transformation de notre offre.

Le point commun entre cette mutation du fond et de la forme est la digitalisation au service de nos patients et de nos résidents comme de nos équipes. Notre maison de retraite connectée Castel Voltaire à Châtillon (Hauts-de-Seine) incarne cette mutation. Avec ses chambres domotisées, dotées de box multiservices, ses écrans immersifs dans la salle à manger et ses tablettes qui équiperont l'ensemble des personnels pour gagner du temps dans les procédures et en disposer davantage pour la relation humaine, Castel Voltaire préfigure la vie en maison de retraite des années à venir.

Investir, anticiper et innover

Cet engagement global représente un investissement que seul un acteur privé comme Korian peut mettre en œuvre à l'échelle européenne. Notre apport à l'évolution des pratiques tient à notre capacité à investir durablement, grâce à des actionnaires engagés sur la durée à nos côtés. Cette spécificité est l'un de nos atouts, que nous sommes fiers de revendiquer.

Anticiper les besoins et attentes des personnes âgées, les inclure davantage, contribuer à la vie des territoires : ce sont ces exigences qui nous ont également guidé pour développer Âges & Vie. Cette solution innovante d'hébergement et d'accompagnement non médicalisés est spécialement conçue pour des personnes qui ne souhaitent plus vivre seules. Ce sont de petites unités résidentielles de huit logements privés (meublés et aménagés selon le goût de la personne) spécialement réalisés et évolutifs en fonction de la santé (barres d'appui, lit médicalisé, etc.). Un service d'aide et d'accom-

pagnement à domicile est assuré en permanence par des auxiliaires de vie, dont certaines logent sur place avec leur famille. Chaque résidence possède un grand espace commun d'activités partagées et de détente, une salle à manger et une cuisine, où les repas sont préparés sur place avec le concours des résidents qui le souhaitent. Cette offre d'habitat inclusif conjugue les avantages de la vie privée dans des logements individuels avec les bénéfices de la vie commune, avec ses échanges et les liens intergénérationnels favorables au maintien de l'autonomie. C'est un chaînon supplémentaire dans le parcours de vie des seniors pour des personnes suffisamment autonomes qui veulent une sociabilité et une sécurité que leur domicile ne leur apporte plus lorsqu'elles se retrouvent seules. En ce sens, Âges & Vie correspond au changement progressif de la notion même de domicile. Aujourd'hui, nous quittons plus facilement une habitation quand elle ne répond plus directement à nos besoins.

Cette offre d'habitat inclusif conjugue les avantages de la vie privée dans des logements individuels avec les bénéfices de la vie commune, avec ses échanges et les liens intergénérationnels favorables au maintien de l'autonomie.

Ces résidences sont implantées sur tout le territoire en milieu rural, périurbain ou urbain, toujours près des services et commerces de proximité (maisons médicales, pharmacies, supérettes), ce qui facilite les liens avec les acteurs de santé locaux qui peuvent organiser plus facilement leur venue. Cette situation en cœur de bourg ou en centre-ville développe les échanges avec la participation aux activités et festivités : marchés, sorties, activités associatives, visites des enfants des écoles, animations, etc.

Comme pour nos nouvelles maisons de retraite, nous avons voulu que nos prochaines résidences concrétisent notre engagement responsable. Nous allons ainsi favoriser les constructions avec une ossature en bois issu de forêts avec une gestion durable. Nous avons ainsi signé, en mai 2018, un contrat avec la firme spécialisée Ossabois. Fort du succès rencontré, Âges & Vie et Korian passeront d'ici à 2024 de 50 à 250 résidences dans toute la France pour 4 000 résidents, avec la création de 1 200 emplois.

Le domicile : clé de voûte du bien-vieillir

Le troisième champ est, sans doute, le plus déterminant pour les seniors : le domicile. En effet, rester chez soi le plus longtemps possible dans les meilleures conditions est le vœu le plus partagé par les personnes âgées. Malgré cette attente et l'urgence d'y répondre, le secteur demeure très en deçà de son potentiel. En cause, un système de financement trop complexe, différent selon les départements, qui ralentit considérablement la possibilité d'opérer pour les acteurs privés.

En cause, un système de financement trop complexe, différent selon les départements, qui ralentit considérablement la possibilité d'opérer pour les acteurs privés.

La conséquence est que les services à domicile sont insuffisamment attractifs pour les seniors comme pour celles et ceux qui pourraient y travailler, alors que c'est un gisement d'emplois de proximité parmi les plus importants. De plus, les formations dispensées sont trop souvent inadaptées aux personnes âgées et aux entreprises qui recrutent.

Face à ce constat, Korian a intégré, fin 2018, le réseau Petits-Fils au sein de Korian Domicile. Fondé en 2007 par deux jeunes entrepreneurs qui ne trouvaient pas les services proposés à la hauteur pour leurs grands-parents, Petits-Fils forme ses salariés et les rétribue davantage que la moyenne du secteur pour s'assurer du plus haut niveau de professionnalisme dans le service et dans l'attention aux personnes. Notre conviction est que le domicile est la clé de voûte du bien-vieillir, là où se joue sans doute le plus la préservation de l'autonomie, en réunissant les conditions nécessaires, notamment avec l'apport des technologies. Nous nous y engageons avec la même volonté d'en réinventer le modèle en partant de la personne servie et de la confiance qu'elle nous accorde.

À travers ces exemples, Korian contribue à la transformation de l'accompagnement des seniors dans les pays européens où nous sommes implantés (Allemagne, Belgique, Espagne, France, Italie et Pays-Bas). Être au service de personnes âgées ou fragiles nous engage à l'excellence dans la qualité de services et de soins. C'est notre raison d'être en tant qu'acteur privé et elle nous oblige à l'innovation dans laquelle nous investissons en permanence. Ce cercle vertueux porte le progrès continu de l'offre de Korian depuis quinze ans maintenant. ●

Inventer (enfin) la société de la longévité

**Serge
Guérin**

Sociologue et consultant, professeur à l'Inseec.

Il a publié notamment

- *Les quincados*, Calmann-Lévy, 2019.
- *La silver économie* (avec Dominique Boulbès), La Chartre, 2018.



Société vieillissante et, à bien des égards, fragile, la France entre dans l'ère de la longévité. Une effervescence d'initiatives locales ne fait pas encore une politique parfaitement adaptée. Mais les ferments sont là, à condition de dépasser les coupures classiques et d'organiser les coutures et continuités. Notamment pour ce qui concerne l'habitat.

La société de la longévité est toujours en attente d'une véritable politique des âges dans laquelle structuration et sécurisation du financement de la perte d'autonomie trouveraient leur place. Et non l'inverse!

Tableau démographique

À force de tergiverser, la situation devient urgente. Il y a, d'un côté, la question des jeunes seniors, c'est-à-dire les 12 millions de plus de 65 ans, qui pose surtout l'enjeu de la prévention et du risque de précarisation; et, de l'autre, celle des aînés, les plus âgés qui sont en risque de forte perte d'autonomie. Les problématiques et les approches sont très différentes entre ces deux pôles, mais pour autant, les passerelles sont là. Rappelons simplement que, de plus en plus, les jeunes seniors doivent se mobiliser pour soutenir des parents très âgés. Pour la première fois depuis la généralisation des retraites, compter deux générations de retraités (au moins...) dans une même famille devient banal. Notons d'ailleurs que, selon les prévisions de l'Insee, d'ici à 2030 on comptera 4 millions de personnes de plus de 65 ans supplémentaires.

Pour la première fois depuis la généralisation des retraites, compter deux générations de retraités (au moins...) dans une même famille devient banal.

Mais la question démographique va surtout toucher à l'enjeu du grand vieillissement qui peut s'accompagner de la perte d'autonomie, parfois sévère. Rappelons que le risque de perte d'autonomie commence à partir de 75 ans, et est plus grand encore après

85 ans. Or, le nombre de plus de 75 ans augmentera très sensiblement dès 2021, avec l'arrivée à cet âge des plus âgés des baby-boomers. Entre 2013 et 2070, le nombre des plus de 75 ans va s'accroître de 8 millions. Dans le même temps le nombre des plus de 85 ans va quadrupler¹.

Les personnes dites fragiles forment plus de la moitié de la population totale!

À ce tableau, ajoutons qu'un nombre croissant de personnes, parfois jeunes ou très jeunes, touchées par le handicap ou la maladie chronique invalidante, doivent faire face à un fort déficit de capacités qui réduit leur autonomie. Rappelons aussi que notre pays compte 12 millions de personnes faisant face à un handicap, 15 millions de malades chroniques (parfois ce sont les mêmes), un nombre croissant de personnes victimes d'addiction aux drogues dures et d'autres – souvent non diagnostiquées – en grande fragilité psychique, sans compter plusieurs millions d'anciens malades devant affronter une situation économique et personnelle fragilisée. Bref, les personnes dites fragiles forment plus de la moitié de la population totale! Il faudrait prendre en compte aussi les 8,5 millions d'aidants d'un proche et l'entourage familial plus large, lui aussi impacté.

Changement démographique, changement social

La transition démographique implique, bien sûr, le vieillissement et la longévité, mais aussi la hausse des maladies chroniques et, plus largement, la croissance du nombre de personnes en situation de fragilité physique, psychique, morale ou sociale. Il faudra bien choisir entre le déni et le traitement du défi. Le

1. Insee Première, n° 1619, novembre 2016.

premier, idéologiquement dominant, repose sur une culture d'injonctions hygiénistes, de discours sur la responsabilité individuelle, et sur des représentations sociales hypernégatives de l'avancée en âge comme de la fragilité. Le second implique de poser les bases d'une politique du *care*, passant par la valorisation des métiers du soin, le soutien concret aux aidants bénévoles d'un proche, la priorité donnée à la prévention et le changement de regard sur la fragilité. C'est une transformation des esprits, qui concerne notamment et très directement le monde de l'entreprise en sa capacité à valoriser les salariés qui assument en même temps un rôle d'aidant bénévole d'un proche (enfant, compagne-compagnon, parent...). Un aidant sur deux est en activité professionnelle, soit plus de 4 millions d'actifs. Et dans plus de 20 % des entreprises, l'absentéisme provient plus du soutien à un parent que de l'accompagnement d'un enfant.

Il faudra bien choisir entre le déni et le traitement du défi.

L'allongement de l'existence associé à l'évolution des modes de vie et des attentes des populations, y compris des plus âgées, implique d'élargir le champ de la perte d'autonomie au-delà du médical par la prise en compte de la culture du service, des attentes personnalisées ou de la volonté de chacun de pouvoir décider du traitement de sa propre santé. Notons que déjà, même dans les Ehpad, 50 % des personnels n'exercent pas dans le soin mais dans l'animation ou la restauration. Le recours croissant, des jeunes comme des seniors, aux médecines complémentaires et alternatives s'explique en très large partie par cette exigence et symbolise une évolution dans le rapport social aux institutions en général, à celles de la santé et du médicament en particulier.

Initiatives, innovations et réformes

Le contexte des finances publiques oblige, par ailleurs, à encadrer les dépenses alors même que la demande est, et sera, en forte hausse². Dans cette perspective, face à la transition démographique, un des leviers majeurs d'amélioration des conditions de vie et d'accompagnement des aînés comme des seniors résidera sans doute dans la mutualisation des moyens, dans la mobilisation du tissu social (PME, associations, bénévoles, institutions, collectivités) et, dans certains cas, des personnes et/ou de leurs proches concernés. Au-delà des apports du numérique, du suivi médical à distance, une partie des réponses peut venir d'une autre mobilité : aller vers les personnes. La multiplicité des initiatives pouvant être portées par certaines collectivités est à l'ordre du jour. Ainsi de l'apprentissage du numé-

rique dans la région Centre, ou de services itinérants de sensibilisation à l'adaptation des logements. Signalons des collectivités territoriales comme Amiens Métropole, les départements de la Gironde ou du Var qui, avec le soutien de Saint-Gobain, développent un camion de prévention, un véhicule équipé qui permet d'aller dans les villages et les bourgs pour évoquer la prévention sous toutes ses formes, l'apprentissage de l'Internet ou un accompagnement aux démarches administratives, mais aussi l'amélioration de la performance énergétique du logement. Toutes ces initiatives s'inscrivent dans une démarche à la fois globale et de proximité pour construire une société de la longévité accessible. Une approche qui fait le lien entre transition énergétique et transition démographique. L'innovation, c'est aussi parfois simplement d'informer autrement, se rapprocher des gens.

Repenser la protection sociale de demain, c'est aussi prendre la mesure des transformations des modes de vie, la complexité des organisations familiales et la diversité des situations de travail (multiactivité, multistatut, succession de périodes d'emploi, de formation et de chômage). Finalement, l'enjeu ne serait-il pas de protéger et accompagner individuellement la personne sur toute sa vie, sans préjuger de son statut et de sa situation personnelle ?

La multiplicité des initiatives pouvant être portées par certaines collectivités est à l'ordre du jour.

Dans cette optique, et alors qu'une réforme des retraites est annoncée, les structures mutualistes et les caisses de retraite ne devront-elles pas assumer tout au long de la vie cet accompagnement social et un soutien personnalisé à la santé ? Même si la majorité des Français se sentent bien informés, en termes de risque de santé lié à l'âge (66 %) et de modes de vie à privilégier pour bien vieillir (58 %), savoir anticiper les difficultés du grand âge reste une demande majoritaire³.

Vers des plaques tournantes du soin et de l'accompagnement des aînés

Réussir une politique de la longévité implique de renforcer les politiques de mobilité, pour aider à lutter contre l'isolement des plus âgés (27 % des plus de 80 ans affirment ne voir personne au moins un jour sur deux⁴) et d'adaptation de l'habitat pour faciliter la vie à domicile et réduire les risques d'accident, et d'abord de chute. Cette politique contribuerait aussi à améliorer l'activité des artisans de proximité, et donc l'emploi, et renforcerait le dynamisme écono-

2. « Quelle politique publique pour la dépendance ? », note du Conseil d'analyse économique, n° 35, octobre 2016.

3. Sondage Opinion Way pour la MGEN, mars 2019.

4. Baromètre Ipsos pour la Fondation Korian pour le bien-vieillir, septembre 2018.

mique des territoires. Pour faire face au vieillissement de la population, en particulier dans les bassins de vie éloignés des métropoles, il est vital de sortir d'une logique binaire d'opposition entre le domicile et l'Ehpad. Logique à la fois intenable humainement, au regard de l'image des Ehpad et de la difficulté de trouver des personnels de soins comme d'accompagnement hôtelier formés et mobilisés, et délicate économiquement, du fait du coût de l'accompagnement. L'enjeu serait d'assurer le continuum entre le chez-soi et, si besoin, la maison de retraite médicalisée. Entre les deux, une variété de solutions existe déjà et va continuer de se développer. Cela va dans le sens de l'évolution des aspirations des générations et de la diversité sociale et culturelle en hausse de la société française.

Pour faire face au vieillissement de la population, en particulier dans les bassins de vie éloignés des métropoles, il est vital de sortir d'une logique binaire d'opposition entre le domicile et l'Ehpad.

Aujourd'hui, on connaît donc une multitude d'initiatives, comme le bailleur social aquitain Logévie qui propose des résidences thématiques permettant à des habitants de se retrouver à partir d'un goût commun – une première résidence autour de la musique, une deuxième autour du jeu – ou encore le soutien à la cohabitation intergénérationnelle, mais aussi les premiers développements de colocation générationnelle, comme DomoFrance à Bordeaux. Signalons aussi la diversité des approches autour de l'habitat intergénérationnel, les initiatives d'élaboration de petites unités d'habitat adapté portées par les communes ou les particuliers, ou celles d'habitat regroupé, soutenues par la Cnav, permettant de réunir plusieurs personnes dans des logements individuels en leur offrant des locaux et activités communs.

Habitats et bâtiments en évolution

De multiples initiatives se font ainsi jour, portées par des individus, des bailleurs sociaux, des mutuelles, des communes. Citons encore la mutuelle Mutlog qui, avec le soutien de la ville de Limoges, a développé son concept de résidence bigénérationnelle Aimer, où cinq logements individuels sont habités par des aînés autonomes et un logement est réservé pour une colocation d'étudiants en santé. L'idée est à la fois de favoriser le lien social, de changer les regards, en particulier de futurs soignants, et de réduire les charges pour les étudiants.

De son côté, Âges & Vie réalise des petits ensembles de logements accueillant des aînés en perte d'autonomie et des familles dont au moins un membre est auxiliaire de vie. Cela permet de supprimer les temps de transport et de mutualiser les interventions, rendant moins lourd le coût pour la collectivité.

Citons encore Souvigny-de-Touraine (Indre-et-Loire), où la ville, avec l'implication de la MSA, a su réaliser un ensemble cohérent sur le même terrain composé d'une Marpa⁵ et d'un groupe scolaire, permettant ainsi de mutualiser certains équipements et services et de renforcer le lien entre les aînés et les enfants, les familles et les professionnels. Surtout, les acteurs (secteur HLM, promoteurs, milieu associatif, individus, collectivités territoriales) inventent régulièrement de nouvelles approches plus douces, moins onéreuses, plus en continuité avec les désirs et les besoins des personnes.

Les acteurs (secteur HLM, promoteurs, milieu associatif, individus, collectivités territoriales) inventent régulièrement de nouvelles approches plus douces, moins onéreuses, plus en continuité avec les désirs et les besoins des personnes.

Deux autres exemples de ce foisonnement d'initiatives où des familles et des collectivités locales, de taille parfois très modeste, se lancent dans la réalisation de maisons pour accueillir des proches âgés : la réalisation près d'Angers par l'association d'habitants Habit'âge de quatre maisons adaptées permettant à des aînés du bassin de vie de pouvoir vivre dans un chez-soi, ou l'engagement de la municipalité de Québrillac (1 200 habitants), près de Rennes, pour un ensemble de logements destinés aux seniors, et conçu avec eux, faisant du lien social et de la prise en compte des attentes des personnes concernées le cœur du projet.

Éléments d'une vraie politique de la longévité

Plus largement, en termes de prévention et d'accompagnement du parcours de vie des aînés, le développement de l'accueil de jour et du passage à une logique de plateforme gériatrique et de soins participerait d'une politique de la longévité bien mieux adaptée aux besoins et désirs des personnes et aux territoires concernés. C'est la notion d'« Ehpad hors

5. Maisons d'accueil et de résidence pour l'autonomie, résidences services pour personnes âgées en milieu rural, labélisées par la MSA.

les murs ». Le terme de maison de retraite ouverte sur l'extérieur serait d'ailleurs moins anxiogène.

Peut-être faudrait-il renommer les Ehpad, dont l'image est injustement catastrophique ? Par exemple maisons d'accueil des aînés et de l'autonomie (M3A) ?

Ce type d'approche répond aux attentes des personnes. Il s'agit de penser le lieu d'accueil comme une plaque tournante de soins et de liens. L'établissement permet l'exercice regroupé de la médecine, de la prévention et de l'accompagnement, sur place et à domicile. Les approches de la e-santé pouvant aussi favoriser, sans déplacements, un suivi régulier et certaines interventions. Si dans de très nombreux territoires, l'aspect gériatrique restera majoritaire, il n'empêche que le soin est aussi généraliste. Notons que la stratégie gouvernementale Ma santé 2022 souligne très clairement la volonté de labéliser les premiers hôpitaux de proximité, dont une des missions sera le soin aux aînés, avec un objectif à terme de plus de 500 établissements sur le territoire.

***Peut-être faudrait-il renommer
les Ehpad, dont l'image est
injustement catastrophique ?
Par exemple maisons d'accueil des
aînés et de l'autonomie (M3A) ?***

Reste que toute politique en faveur du soutien aux plus vulnérables pose la question essentielle de la valorisation des métiers du *care*, du recrutement et de l'accompagnement des personnes. Aujourd'hui ces fonctions sont assurées à 85 % par des femmes, parfois en situation de fragilité familiale, culturelle et/ou économique. Si l'on évoque toujours les centaines de milliers d'emplois potentiels de ce secteur, on oublie souvent la problématique de son déficit d'attractivité. Dans de nombreux bassins de vie, dans le monde rural comme dans les métropoles, l'accompagnement des aînés en grande fragilité est complexifié par la question du manque de personnel et de compétences.

Au-delà, réussir une société de la longévité nécessitera de pouvoir s'appuyer sur la mobilisation de tous, en particulier des personnes âgées elles-mêmes. ●

Transformer regards et politiques sur le grand âge

**Monique
Iborra**

Députée LREM de la Haute-Garonne.



Il est temps d'agir avec force en matière de grand âge. Exemples étrangers, enseignements des expériences passées, résultats de la grande consultation auprès des Français. Tout concourt désormais à une dynamique ambitieuse, qu'une loi prochaine devrait incarner.

Il est enfin temps de réagir et de ne pas se laisser envahir par un certain fatalisme. Ce fatalisme consiste à laisser entendre que prendre de l'âge serait finalement presque systématiquement vécu comme un passage « physiologique », naturel et heureux quand on se réfère aux jeunes personnes qui ne sont pas arrivées jusque-là. La conséquence d'une telle petite musique serait de rendre, sans forcément en avoir conscience, les personnes âgées presque invisibles dans notre société. Réunies ailleurs, dans une autre sphère que celle des actifs, qu'on isole, qui s'isolent.

Il est temps de réagir collectivement. Et pour cela nous devons transformer, nous devons réformer. Transformer notre vision, qui n'est pas forcément celle d'autres pays européens. Certains d'entre eux, de ce point de vue, pourraient nous donner des leçons. Car, quelles que soient les options politiques, ils ont su transformer la nature des liens intergénérationnels, transformer l'offre et l'adapter au parcours des personnes âgées, en ajustant la prise en charge afin d'assurer un parcours de soins et de santé sans rupture.

Le temps de réagir et d'agir

Transformer l'offre de soins, c'est privilégier très tôt, sans attendre les premiers signes de perte d'autonomie, toutes les actions préventives, qu'elles soient collectives ou individuelles, pour vivre longtemps, oui, mais autonome et dans la dignité.

Il est temps de réagir. Non pas que rien n'ait été fait ces dernières années, mais cette préoccupation ancienne ne doit toutefois pas masquer l'évolution des priorités ni le caractère cyclique de l'investissement politique dans ce champ. Elle ne doit pas non plus nous amener à sous-évaluer la crise dans laquelle se trouvent les Ehpad actuellement. Ainsi,

sans prétendre à l'exhaustivité, on peut constater que la construction de la politique du vieillissement s'est effectuée par étapes, peu nombreuses mais surtout aux résultats souvent ambivalents, peu lisibles par ceux qui devraient en bénéficier.

La politique du vieillissement s'est effectuée par étapes, peu nombreuses mais surtout aux résultats souvent ambivalents.

Il est temps d'agir. Reconnaître ceux que nous appelons les aidants, reconnaître les professionnels en contact quotidien avec les personnes hébergées, car ils sont souvent leurs seuls visiteurs. Il est temps que les politiques publiques ne se contentent plus d'hébergement, ou du nombre de places dans les établissements. Certes, dans certains cas, à première vue, des places pourraient être homologuées comme dans les hôtels étoilés. Mais l'ensemble reste éloigné, en vérité, des désirs des personnes. Celles-ci souhaitent d'abord un accompagnement bienveillant, presque affectueux, en tout cas généreux et qui demande donc de la disponibilité de ceux et celles qui les côtoient.

L'ensemble reste éloigné, en vérité, des désirs des personnes.

Il est temps d'agir. Pour réduire là aussi les inégalités et la fracture sociale qui se révèlent d'autant plus difficiles à supporter qu'elles ajoutent à la perte de dignité. Un grand nombre de personnes aujourd'hui ne peuvent plus honorer les dépenses imposées par une prise en charge insuffisante. La perte d'autono-

mie est donc un risque social que nous devons prévenir et prendre en charge. La Suède, le Danemark et l'Allemagne font mieux que nous en matière de recul de la perte d'autonomie.

Un nouveau modèle

Nous devons donc affronter la réalité démographique de la hausse du nombre de personnes potentiellement en perte d'autonomie. Mais nous devons revoir notre modèle, aujourd'hui à bout de souffle.

Nous devons revoir notre modèle, aujourd'hui à bout de souffle.

Nous devons valoriser l'accompagnement sous toutes ses formes. Il s'agit là du premier objectif à rechercher dans un nouveau modèle, qu'il soit à domicile ou en établissement. Fondamentalement, il convient de sortir du choix binaire entre établissement et domicile. Il nous faut repenser le modèle des Ehpad. Il nous faut revoir, avec lucidité et courage, le financement par une réduction significative du coût du séjour en établissement, en particulier pour les personnes aux revenus les plus modestes. Il faut assurer une garantie de soins et d'accompagnement, quel que soit l'établissement et son statut. Pour cela un cahier des charges, un pilotage et un financement public de la qualité seront nécessaires.

Une loi en 2019

Le président de la République a annoncé en mars 2018 une loi pour mieux prendre en compte et en charge le grand âge dans notre pays. Une large concertation, que j'appelais de mes vœux dans mon rapport de mars 2018¹ (proposition n° 29 : « *Ouvrir un débat national sur les nouvelles ressources du financement de la politique de l'autonomie des personnes âgées, en vue d'aboutir d'ici cinq ans* »), a eu lieu. Elle s'est achevée au sortir de l'hiver. Avec 414 000 participants, 18 000 propositions postées par les Français ont fait l'objet de 1,7 million de votes. Cinq forums régionaux ont participé en métropole et dans les Drom.

Dix ateliers ont été mis en place sous la coordination de Dominique Libault, président du Haut Conseil du financement de la protection sociale et directeur de l'École nationale supérieure de sécurité sociale (EN3S).

Membre du conseil d'orientation de cette opération de grande envergure, j'ai pu me rendre compte de l'ampleur et du sérieux de cette consultation voulue par Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la Santé. La loi sera présentée à l'automne. Nous aurons besoin de tous pour la mener à bien dans son application et son opérationnalité. Ce sera, si nous réussissons collectivement à l'appliquer, sans doute, une loi que nous pourrions qualifier de sociétale, au-delà de ses aspects financiers ou organisationnels. C'est mon souhait. ●

1. Monique Iborra et Caroline Fiat, « Des réformes nécessaires pour construire l'Ehpad de demain », rapport d'information n° 769, Assemblée nationale, mars 2018.

Quel Ehpad demain ?

**Bernard
Bonne**

Sénateur LR de la Loire.



Améliorer la politique de prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées, c'est établir des relations tarifaires simplifiées. C'est remettre l'aide-soignant au centre et conférer un rôle nouveau au médecin coordinateur, avec recours accru à la télémedecine. C'est mettre plus en avant le projet de la personne que celui de l'établissement. Enfin, c'est investir dans la diversification des Ehpad eux-mêmes et dans le développement des résidences autonomie, structures intermédiaires entre l'établissement et le domicile.

Simplifier le modèle gestionnaire

Un des principaux problèmes rencontrés actuellement par les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), potentiellement générateur de dépenses publiques non justifiées, a trait à leur dualité de financement entre les agences régionales de santé (ARS) et les conseils départementaux. Ce partage des financements est très largement artificiel : la mesure des besoins en soins des résidents en Ehpad s'appuyant pour une large part sur le GIR¹ moyen pondéré (GMP), elle prouve que la médicalisation des établissements est indissociable de l'état de dépendance des personnes accueillies.

Le maintien de cette ambiguïté engendre pour les gestionnaires d'établissement et de service d'importantes complexités administratives, amplifiées dans les cas de faible coordination entre l'ARS et le conseil départemental.

L'urgence de remédier à cette dualité de financement a bien été perçue. Suivant la recommandation émise dans mon rapport de mars 2018², la Direction générale de la cohésion sociale a proposé la fusion des sections soins et dépendance dans les Ehpad, afin de mettre fin à ce cloisonnement, à ce partage assez arbitraire, difficilement perceptible à la fois par les gestionnaires et surtout par les résidents et les familles.

Reste néanmoins entière la question du tarifaire. Je propose, dans un rapport sénatorial d'avril 2019³, une expérimentation fondée sur plu-

sieurs territoires volontaires, au sein desquels la compétence tarifaire serait exclusivement exercée par l'ARS ou par le conseil départemental.

De très nombreux personnels (médecin, infirmier, aide-soignant, accompagnateur, animateur, etc.) interviennent en Ehpad. Le poste prépondérant dans les dépenses de personnel est, de très loin, celui d'aide-soignant. Il constitue le vivier de personnel le plus important et *a fortiori* celui dont les tâches font l'objet des ajustements et des redéfinitions les plus sensibles selon le profil des publics accueillis. Les établissements recourent d'autant plus volontiers à la pluralité des compétences de ce poste qu'il est mobilisable à la fois pour les tâches de soins et pour celles d'aide à l'autonomie. Sa polyvalence est explicitement consacrée par la dualité de son financement.

Le poste prépondérant dans les dépenses de personnel est, de très loin, celui d'aide-soignant.

Le poste d'aide-soignant est indubitablement celui dont la charge de travail est la plus sensible aux besoins en soins et en aide à l'autonomie des résidents. Il paraît donc indispensable que les agences régionales de santé et les conseils départementaux se saisissent de la souplesse offerte par le code de l'action sociale et des familles, qui permet de cofinancer ces postes, afin de construire des clés de répar-

1. La grille « autonomie gérontologique groupes iso-ressources » (Aggir) permet de mesurer le degré de perte d'autonomie. Le GIR – groupe iso-ressource – apprécie ce niveau de dépendance, sur une échelle de 1 – les plus dépendants – à 6.
2. « Ehpad : quels remèdes ? » rapport d'information fait au nom de la commission des Affaires sociales, n° 341, 7 mars 2018 (<https://www.senat.fr/rap/r17-341/r17-341.html>).
3. « Diminuer le reste à charge des personnes âgées dépendantes : c'est possible ! » rapport d'information des sénateurs Bernard Bonne et Michelle Meunier, fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et de la commission des Affaires sociales, n° 428, 3 avril 2019 (<http://www.senat.fr/rap/r18-428/r18-428.html>).

tition du financement des aides-soignants, variable selon les établissements et les publics accueillis.

Contrer l'écueil du « tout médical »

La médicalisation des Ehpad est une inflexion entièrement assumée par les gouvernements successifs. Elle s'explique en grande partie par le caractère quantitatif du développement de l'offre, qui privilégie la création de places. Les établissements ne sont nullement incités à diversifier l'offre qu'ils proposent : la création d'une place médicalisée assure un surcroît de dotation globale de soins, alors que la diversification des hébergements fait appel à un autre type de financement, moins sécurisé.

Un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales voyait, dans le maintien de l'intervention exclusive du médecin traitant auprès du résident, le signe manifeste d'une « *approche individuelle et libérale des soins, fondée sur l'idée de maison de retraite comme substitut au domicile* », alors que le rôle du médecin coordonnateur s'inscrirait davantage dans une « *logique institutionnelle, collective et coordonnée* »⁴. Je m'inscris en faux contre cette vision et j'appelle à ce que soit fortement remis en cause le cliché selon lequel l'attachement au médecin traitant (le « médecin de famille ») serait demeuré de nos jours le signe d'un lien maintenu entre l'Ehpad et le monde extérieur. Ainsi, l'attribution par la loi de financement de la sécurité sociale, sur l'initiative du Sénat, d'un pouvoir de prescription au médecin coordonnateur va dans le bon sens.

J'appelle à ce que soit fortement remis en cause le cliché selon lequel l'attachement au médecin traitant (le « médecin de famille ») serait demeuré de nos jours le signe d'un lien maintenu entre l'Ehpad et le monde extérieur.

Depuis septembre 2017, deux actes de télémedecine en Ehpad ont été intégrés à la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP), pris en charge par l'assurance maladie : la télé-expertise et la téléconsultation. Ils apportent une solution bienvenue au problème de la couverture médicale des Ehpad. L'économie induite pourrait s'avérer très significative : le coût supporté par les régimes d'assurance maladie pour les actes de télémedecine paraît bien moins élevé que ceux qu'ils assument

actuellement, au titre des soins dispensés dans des établissements de santé et des transports sanitaires engendrés par les hospitalisations inutiles.

Pour autant, ils présentent un risque élevé d'inefficacité en raison de l'exclusion dans laquelle est maintenu le médecin coordonnateur. Ce dernier n'est mentionné que pour le cas de la télé-expertise, à l'égard de laquelle il dispose d'un simple droit d'information sous réserve de l'accord du résident.

Mieux organiser le parcours de la personne âgée

Au projet de l'établissement, qui régit l'admission ou le refus d'accueil de la personne, doit se substituer le projet personnalisé de celle-ci, qui doit seul désormais guider le redéploiement de l'offre.

Des formes d'accueil intermédiaires – soutien infirmier à domicile, accueil de jour (AJ) et hébergement temporaire (HT) – peuvent être proposées ou demandées par les personnes concernées. Cela peut leur permettre de mieux vivre un départ du domicile, réservant l'Ehpad pour les cas extrêmes.

La construction d'un modèle de prise en charge intégré assure autant la diversification de l'offre que l'homogénéité de la couverture territoriale.

Tout l'enjeu est d'inciter un gestionnaire d'établissement à développer plusieurs activités correspondant à plusieurs degrés de prise en charge. Un même gestionnaire peut ainsi assumer la charge d'un Ehpad, de plusieurs formes d'hébergement intermédiaire, d'un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et/ou d'un service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD). La construction d'un modèle de prise en charge intégré assure autant la diversification de l'offre que l'homogénéité de la couverture territoriale.

L'intérêt de la diversification de l'activité du gestionnaire d'établissement ne se limite pas à la personne accueillie. Il est aussi susceptible de retombées positives sur le personnel. Les associations représentatives du personnel m'ont fait part du profit que pourrait apporter au personnel médical l'opportunité de varier leurs tâches entre soins en établissement, soins en structure intermédiaire et accompagnement à domicile. J'y vois même une

4. « Financement des soins dispensés dans les Ehpad. Évaluation de l'option tarifaire dite globale », Igas, 2011.

des voies de lutte contre le défaut d'attractivité que subissent les métiers de la prise en charge du grand âge, en raison d'un cantonnement excessif à l'Ehpad.

Les résidences autonomie, anciens foyers-logements, sont une forme d'hébergement complémentaire de celle proposée par les Ehpad. Elles ont été conçues pour répondre aux besoins de personnes âgées dont le degré d'autonomie ne permet plus de se maintenir à domicile, mais ne justifie pas pour autant une entrée en Ehpad. Elles offrent une solution d'hébergement intermédiaire entre celui-ci et les résidences services non médicalisées de type maison d'accueil et de résidence pour l'autonomie (Marpa).

Ces résidences obéissent à des règles d'organisation et de financement extrêmement différentes, dont j'estime qu'elles dessinent un cadre intéressant. Elles ouvrent des perspectives très prometteuses pour l'offre d'hébergement en général : ouverture sur l'extérieur, financeur public unique et partenariat accru entre établissement et services.

De façon générale, le déploiement de ces structures intermédiaires appelle la mise en place de partenariats stratégiques territoriaux, afin d'assurer un maillage de structures le plus coordonné possible entre domicile, services et établissements.

Il serait très profitable qu'une structure pilote (un établissement d'accueil ou un établissement hospi-

talier doté d'un service de gérontologie) soit dotée de pouvoirs de coordination à l'égard de l'ensemble des acteurs de la prise en charge, afin d'organiser des parcours pertinents.

Le déploiement de ces structures intermédiaires appelle la mise en place de partenariats stratégiques territoriaux, afin d'assurer un maillage de structures le plus coordonné possible.

Cet objectif, régulièrement réaffirmé sans toutefois rencontrer de véritable effectivité, n'a pour l'heure connu qu'une seule réalisation en 2000 : l'agrément de réseaux gérontologiques expérimentaux promus par la caisse centrale de la mutualité sociale agricole (MSA). Depuis, le législateur s'est contenté de mettre à la disposition des gestionnaires plusieurs outils susceptibles de favoriser leur coordination, sans les assortir de véritable incitation. Il s'agit principalement des groupements de coopération et des possibilités de partenariats expérimentaux ouvertes par l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018. Intéressants dans leur principe, ces outils sont aujourd'hui insuffisamment mobilisés. ●

Adapter vraiment la société au vieillissement

**Jérôme
Guedj**

Ancien député et ancien président du conseil général de l'Essonne. Consultant, coanimateur du *think tank* Matières grises, enseignant à Sciences Po.



La dépendance n'est pas qu'affaire de pistes de financement. L'adaptation de la société au vieillissement requiert assurément de nouvelles ressources et des dispositifs améliorés. Une telle ambition, qui doit impliquer autant la puissance publique que la sphère privée, appelle également un questionnement et un investissement des entreprises. Tant pour ce qui concerne leurs productions et réalisations que leurs organisations. Les maires, de leur côté, doivent agir davantage en faveur de l'âge, pour ce qui relève de l'habitat comme de l'espace public.

Bonne nouvelle : le pays s'intéresse enfin aux enjeux du vieillissement. Il aura fallu un légitime mouvement de grève dans les Ehpad, les maisons de retraite médicalisées, au début de l'année 2018 pour que la société s'interroge sur les moyens que nous consacrons à l'accompagnement du grand âge, dans ces établissements comme au domicile. Pour la première fois, le mot Ehpad a figuré en une du *Monde*, sous la plume de Florence Aubenas. Aujourd'hui, plus un discours public sans qu'il ne soit fait mention des Ehpad, de la dépendance, des personnes âgées fragiles et de ceux qui en prennent soin. Saisissant contraste avec l'année 2017, où ces questions furent étonnamment absentes du débat présidentiel, illustrant ce déni intime de chacun d'entre nous face à son propre vieillissement, qui depuis trop longtemps se prolonge en un déni collectif et donc politique face à ces enjeux.

Les maisons de retraite ont été modernisées, leurs moyens de médicalisation ont été considérablement accrus.

Certes, au lendemain de la canicule de 2003 et ses 15 000 décès prématurés, et en prolongement de la création de l'APA (allocation personnalisée d'autonomie) en 2001, une première vague d'efforts publics avait été engagée dans la décennie 2000. Les maisons de retraite ont été modernisées, leurs moyens de médicalisation ont été considérablement accrus. Il est sage de se souvenir du chemin

parcouru en moins de vingt ans dans la qualité de la prise en charge, à l'heure où l'Ehpad *bashing* est devenu sport national. Assurément, ce n'était pas mieux avant. Mais les moyens pour vieillir dignement à domicile, qui demeure l'aspiration majoritaire, comme le renforcement des moyens humains en établissement, n'ont pas suivi le rythme de l'évolution des situations de dépendance. Et la question du reste à charge des familles, écho direct aux attentes en matière de pouvoir d'achat, est devenue prégnante, s'invitant quasi systématiquement dans les réunions et revendications du grand débat national, avec une convergence inattendue entre gilets jaunes, blouses blanches et cheveux gris.

Des pistes de financement

Le président de la République avait répondu en juin 2018 au mouvement de grève dans les Ehpad par une annonce massive, en ressuscitant la piste de la création d'un nouveau risque de protection sociale consacré à la prise en charge de la perte d'autonomie. Une consultation nationale et le rapport de Dominique Libault remis en mars 2019 à Agnès Buzyn¹ ont dressé un utile état des lieux et dessiné plusieurs dizaines de pistes d'amélioration stimulantes, avant une loi promise pour l'année 2020. Mais comme, en France, tout commence et tout finit par un débat fiscal, c'est aujourd'hui autour du niveau et surtout des modalités de financement de cette réforme que la question se cristallise. Actuellement, le pays consacre 24 milliards d'euros de dépenses publiques chaque année pour la dépendance. Le rapport Libault table sur une nécessaire augmentation de cette dépense publique de 35 %

1. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_grand_age_autonomie.pdf.

à l'horizon 2030, soit 9,2 milliards d'euros de plus (et, dès 2024, plus 6,4 milliards, dans une fourchette des besoins à financer que l'on peut juger plutôt basse). Aujourd'hui, les passions se déchaînent sur les sources de financement possibles. Le rapport Libault a confirmé l'immaturité d'un financement principalement assis sur des assurances privées. Dès lors, la question des modalités d'un financement public se pose. Ce financement pourrait prendre la forme d'impôts ou de cotisations supplémentaires : une nouvelle « journée de solidarité » (mais ce prélèvement obligatoire nouveau pour les entreprises comme pour les salariés ne rapporte que 1,2 milliard d'euros pour la dépendance, raisons pour lesquelles le rapport Libault écarte cette piste); l'augmentation des droits de succession sur les héritages les plus importants; une contribution sur le capital (« une journée de solidarité sur le patrimoine »). Ou il pourrait prendre la forme d'un allongement du temps de travail (avec l'étonnante possibilité avancée par le Premier ministre, mais non évoquée dans le rapport Libault, de repousser l'âge légal de départ à la retraite pour financer la dépendance, en liant de manière incongrue deux sujets distincts – les retraites et la dépendance).

En 2024, près de 20 milliards seront devenus disponibles et nul doute qu'un consensus politique pourrait se construire pour utiliser une partie de ces ressources (de l'ordre de 10 milliards) pour financer la dépendance.

Autant de pistes dont les difficultés de faisabilité politique comme de rendement budgétaire contrastent singulièrement avec la proposition de réaffectation des ressources dédiées au remboursement de la dette sociale. En 2024, la Cades (Caisse d'amortissement de la dette sociale, créée en 1996) aura rempli sa mission : rembourser la totalité de la dette accumulée de la Sécu avant et après 1996, soit près de 245 milliards d'euros. Elle a pu le faire grâce aux ressources qui lui étaient affectées : la contribution à la réduction de la dette sociale (CRDS), au taux de 0,5 % sur l'ensemble des revenus, et une fraction de la CSG (0,6 %). Ainsi, en 2024, près de 20 milliards seront devenus disponibles et nul doute qu'un consensus politique pourrait se construire pour utiliser une partie de ces ressources (de l'ordre de 10 milliards) pour financer la dépendance. Ce qui présente l'avantage de ne pas augmenter les pré-

lèvements. C'est d'ailleurs cette proposition, que je défends de longue date, qui est privilégiée par le rapport Libault.

Une nécessaire mobilisation collective

Ce légitime débat sur les modalités de financement ne doit cependant pas occulter l'essentiel. Si la question de l'ampleur des financements publics à mobiliser est cruciale, elle n'est pas la seule pour réussir la révolution de la longévité. Il convient de partir des besoins des personnes âgées et de leurs proches, dont la parole doit être plus et mieux entendue. Et surtout d'entraîner la société tout entière. Car le meilleur vieillissement est celui dont les effets invalidants sont anticipés, et ainsi potentiellement évités. C'est le sens d'une politique qui privilégie la prévention et qui s'appelle adaptation de la société au vieillissement.

Le meilleur vieillissement est celui dont les effets invalidants sont anticipés et ainsi potentiellement évités.

Ce changement de paradigme, qui a donné son nom à la loi votée en 2015, n'en est qu'à ses débuts. Il est indispensable, sinon nous connaissons une crise du vieillissement. Tous les acteurs publics et privés, notamment les entreprises, ont à juste titre posé depuis plusieurs années la question de la transition énergétique et climatique, examinant si et comment leur activité était « éco-responsable » et comment l'impératif de développement durable impactait les biens et services qu'ils proposaient, voire pouvait constituer un levier de croissance et de progrès. De même, la transition digitale a évidemment bousculé l'ensemble des organisations qui ont cherché à en anticiper les conséquences et les opportunités. En revanche, la transition démographique demeure l'impensé des politiques publiques et privées, alors même que ses effets seront tout aussi massifs. Et tous seront concernés : logement, mobilité, grande distribution et commerce, accès aux soins, loisirs et culture, assurance. Tous les opérateurs publics et privés doivent revisiter leur action à l'aune du vieillissement. Dans notre rapport « Les personnes âgées en 2030 »², nous avons insisté sur la triple massification du vieillissement : celle des retraités actifs et autonomes; celle des personnes âgées fragiles; celle des personnes âgées dépendantes. Et sur la demande diversifiée que cette triple massification va générer. Dans une société où les prescripteurs demeurent les *millennials*, mais où l'essentiel de

2. Jérôme Guedj, Luc Brousy, Anna Kuhn-Lafont, « Les personnes âgées en 2030 », Matières grises, septembre 2018 (https://www.ehpa.fr/pdf/think_tank_rapport.pdf).

la consommation procède des plus de 55 ans dans bien des secteurs (assurances, santé, alimentation, équipement du foyer, loisirs), et dans un pays attaché à l'égalité d'accès aux services publics, il n'est pas tenable de ne pas anticiper ce besoin d'adaptation et de laisser en marge une partie croissante de la population. Et les acteurs privés doivent jouer un rôle aussi essentiel que la puissance publique.

Les entreprises interrogées

Pourtant, la prise de conscience est balbutiante. Un sondage³ confirme ce décalage, voire cet aveuglement. Les dirigeants d'entreprise de plus de 50 salariés sont majoritairement convaincus du fait qu'à l'horizon 2050, les consommateurs seront différents de ceux d'aujourd'hui (63 %) et que la population sera plus âgée (60 %). Ainsi, ils identifient clairement le vieillissement démographique comme un enjeu important pour les années à venir (94 %), et pour leur entreprise en particulier (70 %). Mais cette conscience de l'enjeu ne débouche pas sur une anticipation ou une adaptation de leur activité : 60 % des dirigeants déclarent qu'il est difficile pour les entreprises de l'anticiper, et 65 % d'y répondre de manière adaptée. Seuls 28 % d'entre eux indiquent que leur entreprise a déjà mis en place une stratégie pour s'adapter au vieillissement, principalement en développant de nouvelles gammes ou offres dédiées aux consommateurs seniors (34 %). Surtout, loin de voir là une potentialité de croissance, la plupart des dirigeants considèrent que le vieillissement démographique entraînera une difficulté pour l'économie dans son ensemble (56 %). Mais ils ne voient dans la transition démographique pas plus une difficulté (21 %) qu'une opportunité (20 %) pour leur entreprise, la majorité d'entre eux jugeant que cela n'aura pas une grande incidence sur leur activité (58 %).

Loin de voir là une potentialité de croissance, la plupart des dirigeants considèrent que le vieillissement démographique entraînera une difficulté pour l'économie dans son ensemble.

Tout est donc à construire. Les acteurs les plus mobilisés sont évidemment ceux dont le vieillissement constitue un levier de croissance premier. Ce sont les acteurs de la « silver économie » qui se structurent depuis quelques années, et qui développent des réponses innovantes pour accompagner les plus fragiles et les dépendants. Mais chaque

entreprise devrait se poser la question. Non pas de savoir si elle est *silver friendly*, dans une approche strictement marketing. Tous s'accordent d'ailleurs à considérer que les seniors eux-mêmes sont réticents à privilégier des biens et des services désignés comme spécifiques, jugeant l'approche trop stigmatisante (« le vieux, c'est l'autre »). L'enjeu est ailleurs. Dans la conception de biens et de services accessibles à tous, pour lesquels l'âge ne constitue pas un obstacle d'appropriation et d'emploi. Il est question ici de design universel, de biens et services pensés et conçus intrinsèquement pour tous les âges, tous les usages, tous les partages. Ce qui suppose aussi de les construire avec ces futurs usagers âgés, dans leur diversité. Penser aux plus fragiles dans la conception d'un produit, d'un service, d'un aménagement bénéficie au plus grand nombre.

Il est question ici de design universel, de biens et services pensés et conçus intrinsèquement pour tous les âges, tous les usages, tous les partages.

Penser l'impact du vieillissement sur l'entreprise, c'est aussi accompagner et soutenir ses propres salariés quand ils deviennent aidants de leurs parents devenus dépendants. C'est aussi questionner la manière dont la communication de l'entreprise s'adresse aux plus âgés, dans la publicité, le marketing, les mots.

Le volontarisme local avant la contrainte normative

Il y a ici un formidable potentiel de développement, à l'origine duquel les acteurs publics et privés doivent être. De manière volontaire plutôt qu'imposée. À terme, il faudra peut-être passer par la contrainte. Comme il a fallu dans le cadre de la transition énergétique des normes HQE, peut-être faudra-t-il un jour pour la transition démographique des normes « HQ vieux », pour être certain, par exemple, que les nouveaux logements livrés intègrent les dispositifs de prévention des chutes (la première cause d'accident domestique chez les personnes âgées, à l'origine de plus de 7000 décès par an). Mais je suis convaincu que le volontarisme des acteurs pour répondre à une demande sociale croissante et inéluctable sera plus efficace que la contrainte normative. C'est vrai également à l'échelle locale, parce que le vieillissement s'inscrit d'abord et avant tout dans un territoire, celui de la proximité, de

3. « Conscience, anticipation, action : quelle posture des dirigeants d'entreprise face au vieillissement démographique ? » enquête Harris Interactive pour Malakoff Médéric. Enquête réalisée par téléphone du 17 au 27 janvier 2017 ; échantillon représentatif de 353 dirigeants d'entreprises (DG, DGA, DRH, DAF, directeurs marketing...) de 50 salariés et plus.

son village, de son quartier, de son voisinage, pour l'accès aux soins, aux transports, aux commerces et aux services publics, ce sont les maires qui seront en première ligne pour y répondre. Et de la même manière qu'ils ont tous inventé des politiques de la jeunesse dans les années 1970, ils seront à la pointe pour construire des politiques de la vieillesse, plus imaginatives qu'un colis de Noël ou un banquet des seniors. C'est comme ensembleurs et aménageurs de l'espace public qu'ils seront le plus sollicités, et qu'ils peuvent faire la différence. Des solutions globales doivent leur être proposées, pour accompagner la nécessaire adaptation des logements, diversifier le parcours résidentiel (avec des solutions innovantes de résidence autonomie, de résidence services, de colocation, d'habitat partagé). Ainsi par exemple, voir la ville avec un œil de vieux conduira inmanquablement à réintroduire dans l'espace urbain les bancs publics, qu'on a ôtés au nom de la sécurité et de la tranquillité publiques, mais qui sont si indispensables pour la déambulation des plus âgés (comme le sont aussi les toilettes publiques).

Voir la ville avec un œil de vieux conduira inmanquablement à réintroduire dans l'espace urbain les bancs publics, qu'on a ôtés au nom de la sécurité et de la tranquillité publiques, mais qui sont si indispensables pour la déambulation des plus âgés (comme le sont aussi les toilettes publiques).

Claude Lévi-Strauss, à la fin de sa longue et dense vie, dans un propos devant des médecins et gériatres que m'a rapporté Olivier Guérin, le président de la Société française de gériatrie et de gérontologie, qualifiait l'allongement de l'espérance de vie de « *phénomène anthropologique aussi important que la sédentarisation au néolithique* ». Il nous revient d'être au rendez-vous, au moment où les premières générations de baby-boomers arrivent aux âges avancés. ●

NOTES



Les auteurs de *Constructif*



- A.** Marc Abélès - Jean-Philippe Acensi - Gérard Adam - Michel Aglietta - Christophe Aguiton - Hippolyte d'Albis - Alain Albizati - Jean-Louis Albizati - Howard Aldrich - Laurent Alexandre - Carol Allain - Guillaume Allègre - Luc Alloin - Mohamed Altrad - Jean-François Amadiou - Frédérique Amaoua - Jean-Marc Ambrosini - Christophe André - Fanny Anor - Paul-Henri Antonmattei - Benoist Apparu - Jacques Arnould - Nicolas Arpagian - Jean-Pierre Arrignon - Luc Arrondel - Jean Arthuis - François Ascher - Gérard Aschieri - Philippe Askenazy - François Asselin - Henri Atlan - Jacques Attali - Loïc Aubrée - Antoine d'Autume - Jean-Marc Ayrault - Georges Azouze.
- B.** André Babeau - Olivier Babeau - Christophe Babinet - Christian Babusiaux - Franck Badaire - Dominique Baert - Christian Baffy - Georges Balandier - Bob Baldwin - Aydemir Balkan - Jean-Pierre Balligand - Francesco Bandarin - Ludvine Bantigny - Pascal Barbier - Dominique Barella - Jacques Barraux - Isabelle Barth - Nicolas Barthe - Jacques Barthélémy - Édouard Bastien - Charles de Batz - Franck Baudino - Thomas Bauer - Philippe Baumard - Patrick Bayle - Alain Bazot - Claire Bazy-Malaurie - Jean-Claude Beacco - Jean-Pierre Beaudoin - Alain Beaujard - Jean-Léon Beauvois - Alain Béchade - Ulrich Beck - Catherine Becquelin - Valérie Becquet - Charles Beigbeder - Christian Béliçon - Edwige Belliard - Sandrine Benaïm - Francine Benguigui - Taoufik Ben Mabrouk - Jean-Louis Benoît - Fouad Benseddik - Alain Bentolila - Pervenche Beres - Karine Berger - Jean Bergougnoux - Vincent Berjot - Guy Bernfeld - Jean-Michel Besnier - Bernard Besson - Jean-Claude Besson-Girard - Jean-Paul Betbèze - Jacques Bethemont - Alain Bethfort - Xavier Beulin - Didier Bezace - Pierre Bezbak - Jean-Luc Biacabe - Dominique Bidou - Bernard Bigot - Régis Bigot - Harrie Bijen - Philippe Bilger - Nicolas Binet - Jean-Yves Bion - Frédéric Bizard - Alain Blanc - Christian Blanc - Éric Blanc - Didier Blanchet - David Blanchon - Frédéric de Blay - Jean-Paul Bled - Alain Bloch - Philippe Bloch - Christophe Blot - Nathalie Blum - Dominique Bockelée-Morvan - Trevor Boddy - Lennart Bodén - Sophie Body-Gendrot - Thierry Bogaert - Jean-Joseph Boillot - Gérard de Boisboissel - Jean-Pierre Boisivon - Sophie Boissard - Christian de Boissieu - Bernard Bonne - Frédéric Bonnet - Laure Bonneval - Catherine Bonvalet - Jean-Louis Borloo - Serge Bosc - Franck Bouaziz - Patrick Boucheron - Charles-Édouard Bouée - Daoud Bougezala - Daniel Bougnoux - Nicolas Bouillant - Gérard Boulanger - Nicolas Bourcier - Dominique Bourg - Isabelle Bourgeois - Nicolas Bourriaud - Yamini Bourriaud-Kumar - Jean-Michel Boussemart - Sophie Boutillier - Christine Boutin - Laurent-Olivier Bouttier - Gilles Bouvelot - Nicolas Bouzou - Louafi Bouzouina - Antoine Bozio - Laetitia Brabant-Delannoy - Éric Brangier - Philippe Braud - Alice de Brauer - Raphaël Brault - Jacques Brégeon - Hubert Bresson - Vincent de Briant - Sophie Brindel-Beth - Nathalie Brion - Christian Brodhag - Gabriel de Broglie - Camille Brouard - Jean Brousse - Jacques-Philippe Broux - Pascal Bruckner - Jean-René Brunetière - Nicolas Buchoud - François Buelens - Dinu Bumbaru - André Burguière.
- C.** Dominique de Calan - Monique Canto-Sperber - Christophe Capuano - Frédéric Caramello - Bernard Carayon - Xavier Carcelle - Catherine Carely - Catherine Carré - Nathalie Carré - Olivier Carré - Marie-Claire Carrère-Gée - Fred Cartmel - Pierre Caspar - Jean-Laurent Cassely - Jean-Charles Castel - Jean-Paul Caudal - Claude Cazalot - Korsak Chairasmisak - Thierry Chambolle - Florent Champy - Lucas Chancel - Jacques Chanut - Francis Charhon - Éric Charmes - Yves Charpenel - François Charpentier - Jean-Michel Charpin - Christian Charpy - Philippe Chartier - Richard B. Chase - Frédéric Chassagne - Bertrand Château - Alain Chatriot - Aymeric Chauprade - Jean Chaussade - Christian Chavagneux - Pierre Chemillier - Régis Chemouny - Florence Chérel - Jean-Claude Chesnais - Jean-Marie Chevalier - Anne Cheyvialle - Mathias Chichportich - Yazid Chir - Arnaud Chneiweiss - Thierry Chopin - Vincenzo Cicchelli - Éric Clairefond - Bernard Clavierie - Philippe Clerc - Christian Cléret - Jean-Arnold de Clermont - Christian Cochet - Mariella Colin - David Colle - Gérard Collomb - Bernard Coloos - Jean-François Colosimo - Emmanuel Combe - André Comte-Sponville - Serge Contat - Jean-François Copé - Christine Corbille - Stéphane Corbin

- Gérard Cornilleau - Didier Cossin - Jean-Marie Cotteret - Brice Couturier - Carole Couvert - Étienne Crepon - Jacques Creyssel - Yves Crozet - Serge Cunin.

- D.** Catherine Dabadie - Olivier Dabène - Anna Cristina D'Addio - Éric Dadian - Xavier Dalloz - Jean-Jacques Damlamian - Julien Damon - Didier Danet - Jean-Marc Daniel - Jean-Pierre Daniel - Philippe Danjou - Maurice G. Dantec - Philippe Dard - Carlos da Silva - Yves Dauge - Nicolas Daumont - Pierre Davezac - Laurent Davezies - Valérie David - Étienne Davignon - Didier Davydoff - Michèle Debonneuil - Olivier Debouzy - Catherine Delacour - Éric Delbecque - Bertrand Delcambre - Jean-Paul Delevoye - Élisabeth Delorme - Claire Delpech - Jacques Delpla - Claude Delpoux - Jean Delsey - Pierre Delval - François Demarcq - Geert Demuijnck - Éric Denécé - Eudoxe Denis - Suzanne Déoux - Dominique Deprins - Richard Descoings - Christine Desmoulins - Vincent Desportes - Jean-François Despoux - Benjamin Dessus - Denis Dessus - Bernard Devert - Philippe Dewost - Pascal Dibie - Michel Didier - Jochen Diekmann - Jean-Louis Di Giovanni - Marie-Laure Dimon - Jean-Luc Domenach - Arnaud Dotézac - Henri Dou - Yann Doublier - Hubert Doubre - Sean Dougherty - Patrick Doutreligne - Michel Drancourt - Jean-Claude Driant - Michel Droin - Georges Drouin - Cécile Dublanche - Albert Dubler - Pierre Dubois - Sophie Dubuisson-Quellier - Patrick Duchâteau - Bruno Ducoudré - Cécile Duflot - Christian Dufour - Marc Dufumier - Alain Duhamel - Éveline Duhamel - Gérard-François Dumont - Élisabeth Dupoirier - Alain Dupont - Veronika Duprat-Kushtanina - Guilhem Dupuy - Vincent Dusseaux - Olivier Dussopt - Renaud Dutreil.
- E.** Christian Eckert - Frédéric Edelmann - Emmanuel Edou - Steven Ekovich - Hakim El Karoui - Myriam El Khomri - Michel Eltchaninoff - Xavier Emmanuelli - Sandra Enlart - Dominik H. Enste - Christophe Eschlimann - Emile Esposito - Philippe Estingoy - Alain Etchegoyen - François Euve - François Ewald - Theresa Eyerund - Philippe Eymery.
- F.** Kamil Fadel - Isabelle Falque-Pierrotin - Patrick Fauconnier - Benoît Faure-Jarrosson - Olivier Favereau - Pierre Fayard - Jacques Fayette - Alain Fayolle - Bernard Fernandez - Denis Ferrand - Benjamin Ferras - Javier Ferrer Dufol - Patrick Ferrère - Luc Ferry - Patrick Festy - Maxime Filandrov - Alain Finkielkraut - Jean-Paul Fitoussi - Xavier Fontanet - Jean-Louis Fonvillars - Christian Forestier - Bruno Fortier - Aurélien Fortin - Martial Foucault - Michel Foucher - Robert Fouchet - André Fourcans - Éliane Fourgeau - Stefan Fraenkel - Alain Franchi - Ludovic François - Patrick de Fréminet - Lawrence M. Friedman - Jean-Louis Frot - Andy Furlong.
- G.** Charles Gadea - Jean Gadrey - Serge Galam - Franck Galland - Camal Gallouj - Jacques-Henri Garban - Chiara Gariazzo - Jean Garrigues - José Gascon - Pierre Gattaz - Marcel Gauchet - Pascal Gauchon - Denis Gautier-Sauvagnac - Romain Geiss - François Gemenne - Jacques Généreux - Wouter van Gent - Patrice Geoffron - Susan George - Maryvonne Gérin - Olaf Gersemann - Alain Gest - Laurent Ghekière - Thami Ghorfi - Guy Gilbert - Jean-Patrick Gille - Pauline Girardot-Buffard - Christophe Giraud - Jean-Marie Giret - Jean-Dominique Giuliani - Jean de Glinasty - André Glucksmann - Olivier Godard - Michel Godet - Olivier Godet - Valérie Gomez-Bassac - Michel Gostoli - Sylvie Goulard - Bernard de Gouvello - François Goven - Sylvie Grando - Jean-Jacques Granelle - Claude Greff - Alfred Grosser - Emiliano Grossman - Guillaume Gruère - Jérôme Guedj - Michel Guénaire - Pascal Guénée - Serge Guérin - Claire Guidi - Xavier Guilhrou - Michel de Guillenchmidt - Jean-François Guillot - Christophe Guilluy - Michel Guisembert.
- H.** Raphaël Hadas-Lebel - Michael Haddock - Claude Hagège - Cliff Hague - David Halabisky - Gérard Hamel - Leslie Hannah - Christian Harbulot - Laurence Hartmann - Jürgen Hartwig - Guy Hascoët - Pierre Hassner - Rainier d'Haussonville - Paul-Christian Hautecler - Serge Hefez - Nathalie Heinrich - Laurence Herbeaux - Régis Herbin - Véronique Hertrich - Michel Hervé - Philippe Herzog - Sandra Hoibian - Jean-Yves Hocquet - Andrea-Rosalinde Hofer - Jacques Hogard - Dominique Hoorens - Renate Hornung-Draus - Jean-Charles Hourcade - Danuta Hubner - Patrice Huerre - Bernard Hugonnier - Jean-Paul Hugot - Jean-Marc Huissoud - François Hurel - François-Bernard Huyghe.
- I.** Monique Iborra - Theodor Ickler - Didier Intes - Alain d'Iribarne - Olivier Itéanu.
- J.** Tim Jackson - Denis Jacquat - Nicolas Jacquet - Alain Jacquot - Yannick Jadot - Christophe Jaffrelot - François Jakobiak - Jacques Jeanteur - François Jeger - Claude Jolly - Hubert Joly - Évelyne Joslain - Gaston Jouffroy - Thierry Jousse - Hugues de Jouvenel - Jean Jouzel - Alain Juillet - François Jullien - Philippe Jung - Alain Juppé - Philippe Jurgensen - Hervé Juvin.
- K.** Sylvain Kahn - Arnaud Kalika - André Kaspi - Gildas de Kerhalic - Jean de Kervasdoué - Thomas Kirsbaum - Théo Klein - Djamel Klouche - Gaspard Koenig - Annie Krieger-Krynicky - Christophe Kullman.
- L.** Daniel Labetoulle - Anne Lacaton - Frédéric Lacave - Sylvain Laclias - Fabrice Lacombe - Gérard Lacoste - Yves Lacoste - Alexandre Lacroix - Cécile Ladjali - Yves Laffoucrière - Sylvain Lafrance - Éric Lagandré - Ali Laïdi - Zaki Laïdi - Jacques Lair - Gérard Laizé - Alain Lamassoure - Alain

Lambert - Jean-Clarence Lambert - Élisabeth Lambert-Abdelgawad - Patrick de La Morvonnais - Eneko Landaburu - Olivier Landel - Frédéric Landy - Jack Lang - Simon Langlois - Éric Lapiere - Bernard Laponche - Fabrice Larceneux - René Lasserre - Serge Latouche - Martin Lauquin - Albert Lautman - Richard Lavergne - Élisabeth Laville - Jean-Paul Lebas - Daniel Lebègue - Gilles Le Blanc - Hervé Le Bras - Armel Le Compagnon - Yann LeCun - Thomas Le Gac - Jean-Yves Le Gall - Alain Le Gentil - Patrick Légeron - Jacques Le Goff - Jean-François Le Grand - Edwin Le Héron - Jean-Michel Le Masson - Georges Le Noane - Emmanuel Le Roy Ladurie - Véronique Le Ru - Hervé Le Treut - Daniel Lebègue - Bernard Leblanc-Halmos - Séverine Lèbre-Badré - Arnaud Lechevalier - Gilles Lecointre - Dominique Lecourt - Alain Lefebvre - Benoît Lefèvre - Christian Lefèvre - Jean-Michel Lefèvre - Florence Legros - Daniel Lehmann - Jean-Michel Le Masson - Claire Lercier - Emmanuel Lemieux - Bertrand Lemoine - Françoise Lemoine - Philippe Lemoine - Noëlle Lenoir - Corinne Lepage - Christian Lequesne - Philippe Le Roux - Michel Lesage - Didier Leschi - Jean-Noël Lesellier - Jean-Daniel Lévy - Thérèse de Liedekerke - Marie-Noëlle Lienemann - Alain Lipietz - Didier Livio - Ana Llana-Nozal - Hans-Hartwig Loewenstein - Albert Longchamp - Marie-Caroline Lopez - Eduardo Lopez Moreno - Solveg Loretz - Pascal Lorot - Jacques Lorthioir - Jacques Lucan - Bruno Lucas.

M. Egidio Luis Miotti - Michel Lussault - Adrian Macey - Myriam Maestroni - Michel Maffesoli - Jean Louis Magakian - Selma Mahfouz - Joseph Maïla - Jean de Maillard - Olivier de Maison Rouge - Hervé de Maistre - André Malicot - Alexandre Mallard - Thierry Mallet - Jacques Manardo - Maurice Manceau - Denis Mancosu - Claude Mandil - Thierry Mandon - David Mangin - Alberto Manguel - Roger Maquaire - Christian Marbach - Richard Marceau - Philippe Marcel - Julien Marchal - Pascal Marchand - Michel Marchesnay - André Marcon - Jean-Paul Maréchal - Françoise Marion - Jacques Marseille - Yves-Michel Marti - Jean-Louis Martin - Manuela Martini - Guy Marty - Bernard Masingue - André Masson - Hervé Mathe - Thierry Mathé - Catherine Mathieu - Tristan Mathieu - Alain Maugard - Louis Maurin - Pierre Mayeur - Fabrice Mazerolle - François de Mazières - Neil McGarvey - Philippe Méhaut - Anne-Claire Méjean-Vaucher - Alexandre Melnik - David Ménascé - Yves Mény - Georges Mercadal - Gérard Mermet - Norbert Métairie - Laurent Meunier - Yves Michaud - Michel Micheau - Nicolas Michelin - Jérôme Michon - Didier Migaud - Dominique Mignot - Franck Mikula - Marc Milet - Philippe Minard - Dom Hugues Minguet - Nicolas Minvielle - François Miquet-Marty - Jacques Mistral - Philippe Moati - Nicolas Moinet - François Moisan - Dominique Moïsi - Christophe Montcerisier - Gérard Moreau - Yannick Moreau - Florence Morgiensztern - Edgar Morin - Yannick Morin - Michel Moullart - François Moutot - Gérard Moysse - Denis Muzet.

N. Hervé Naerhuysen - Muriel Nahmias - Natalia Narotchnitskaïa - Jean-Yves Naudet - Emmanuelle Nauze-Fichet - Charlotte Nessi - Colette Neuville - Flavien Neuvy - Denys Neymon - Jacques Nikonoff - Vincent Noce - Christine Noïville - Dominique Nora - Pierre Nora - Lars Nordgren - Peggy Nordmann - Xavier North - Nicole Notat - Gilles Nourissier - Jean-Paul Noury.

O. Tom O'Dell - Christian Odendahl - Lucie Odent - Michel Offerlé - Ruwen Ogien - Jean-Pierre Orfeuil - Florent Orsoni - Carlo Ossola - Jacques Oudin - Robert Oulds.

P. Ulrich Paetzold - Jean Paillex - René Pallincourt - Alain Papaux - Thierry Paquot - Laurence Parisot - Laetitia Passot - Olivier Pastré - Rémy Pautrat - Vincent Pavanello - Xavier Pavie - Nicolai Pavlovitch Kochman - Gérard Payen - Thierry Pech - Josep Maria Pelegrí - Philippe Pelletier - Muriel Pénicaud - Fabienne Péraldi-Leneuf - Jacques Percebois - Patrick Peretti-Watel - Pierre-André Périsol - François Perrault - Jean-Claude Perreau - Bernard Perret - Constance Perrin-Joly - Nicolas Perruchot - Jean-Pierre Petit - Jean-Marie Petitclerc - Bernard Petitjean - Camille Peugny - Jean-Marc Peyrical - Jacques Pfister - Évelyne Pichenot - Pascal Picq - Jérôme Pierrat - Marc Pigeon - Dominique Piotet - Michel Piron - Olivier Piron - Olivier Pironet - Francis Pisani - Jean Pisani-Ferry - Jean-Robert Pitte - Jean-Pierre Plancade - Sophie Pochic - Guillaume Poitrinal - Henri Poncet - Noël Pons - Guy Poquet - Hugues Portelli - David Portes - Pascal Portier - André-Yves Portnoff - Brigitte Pousseur - Aurélien Preud'homme - Thierry Priestley - France Prioux - Denise Pumain - François Pupponi - Iryna Pylypchuk.

Q. Jean-Claude Quentin - Bernard Quintreau.

R. Christophe Radé - Jack Ralite - Éric Rambaud - André Ramos - Paul Ramos - Thomas Rapp - Xavier Raufer - Philippe Raynaud - Olivier Razemon - Jean-Jacques Rechenmann - Roland Recht - Dominique Redor - Barbara Reduch-Widelska - Olli Rehn - Bernard Reichen - Romain Remaud - Philippe Remy - Mary-Françoise Renard - Vincent Renard - Cécile Renouard - Thierry Repentin - Raphaëlle Rérolle - Claude Revel - Joël Rey - Aymon de Reydellet - Rudy Ricciotti - Jacques Richard - Didier Ridoret - Georges Rigaud - Jacques Rigaud - Stéphanie Riou - Pierre Rivard - Michèle Rivasi - Robin Rivaton - Jean-Pierre Rive - Christophe Robert - Richard Robert - Jean-Yves Robin - Yves Robin - Jean-Pierre Roche - Max Roche - Robert Rochefort - Agnès Rochefort-Turquin - Claude Rochet - Charles Rojzman - Bruno Rondet - Fabien Roques - Pierre Rosanvallon

- Nathalie Roseau Jean-Yves Rossi - Valérie Rosso-Debord - Bernard Roth - Luc Rouban - Jean-François Roubaud - Luc Rouge - François Rougnon - Michel Rousseau - Denis Roux - Jean-Michel Roux - Xavier de Roux - Jean-François Roverato - Pierre Royer - Édouard de Royère - Céline Rozenblat - Jean-Yves Ruaux - Xavier Ruaux - Simon Rubinsohn - Andreas Rüdinger.

S. Tokia Saïfi - Frédéric Saint-Geours - Ghassan Salamé - Frère Samuel - Bernard Sananès - Thierry Sanjuan - Philippe Sanson - Michel Sapin - Jacques Sapir - Jean-Paul Sardon - Dominique de Sauza - Patrick Savidan - Jean-Louis Schilansky - Philippe Schleiter - Laus-Peter Schmid - Philippe Schmit - Michel Schneider - Daniel Schraad-Tischler - Christian Schubert - François Schuiten - Raymond Sené - Jean-Louis Serre - Anjali Shanker - Olivier Sidler - Irina Sidorova - Denis Sieffert - Patrick Simon - Pierre Simon - David Simmonet - Alain Sionneau - John D. Skrentny - Hugo Soutra - Anne Souvira - Frédéric Speziale - Michel Spiro - Bernard Spitz - Fabien Squinazi - Étienne St-Jean - Guy Standing - Ted Stanger - François Stasse - Henri Sterdyniak - Christian Stoffaës - Nicolas Stoop - Vaclav Stransky - Bernard Strauss - Michael Stürmer - Romain Su - Alain Surrans - Rémi Sussan.

T. Benoîte Taffin - Claude Taffin - Alexandre Taithe - Roger Talbot - Paul-André Tavoillot - Pierre-Henri Tavoillot - Viviane Tchernonog - Bruno Teboul - Brice Teinturier - David Teller - Thibault Tellier - Pascal Terrasse - Bruno Tertrais - Sylvain Tesson - Jacques Testart - Frédéric Teulon - Shashi Tharoor - Claude Thélot - Bernard Théobald - Hervé Théry - Irène Théry - Maurice Thévenet - Erell Thévenon-Poullennec - Jacques Theys - Patrick Thiébart - Frédéric Tiberghien - Xavier Timbeau - Serge Tisseron - André Torre - Marcel Torrents - Olivier Torres - Marc Touati - Patricia Toucas-Truyen - Philippe Tourtelier - Jean-Philippe Toussaint - Jean-Paul Tran Thiet - René Trégouët - Frank Trentmann - Marie Treps - Michèle Tribalat - Laurence Tubiana - Jean Tulard.

V. Hélène Valade - Philippe Valletoux - Martine Valo - Philippe Van de Maele - Cécile Van de Velde - Peter van der Knaap - Hugues Vanel - Wouter van Gent - Jean Vanoye - Jean-Philippe Vassal - Thierry Vedel - Mechthild Veil - Elkin Velásquez - Pierre Veltz - Agnès Verdier-Molinié - François Vergnolle de Chantal - Pierre Verluise - Daniel Vernet - Yves Vérolet - Nicolas Véron - Jérôme Vial - Pierre Victoria - Alain Vidalies - Georges Vigarello - Pascal Viginier - Jean-Paul Viguier - Alain Villemeur - François-Yves Villemin - Antoine Violet-Surcouf - Louis-Charles Viossat - Michel de Virville - Jean-Marc Vittori - Jean Volff - Kurt Volker - Jean-Claude Volot - Bernard Vorms.

W. Anne-Catherine Wagner - Jean-Claude Wallach - Samuel Watchueng - Laurent Wauquiez - Pascale Weil - Christine Whitehead - Edward Whitehouse - Johan Willemsen - François de Witt - Frédéric Worms - Ernst Worrell - Christoph Wulf - Eckhard Wurzel.

Y. Pierrick Yalamas - Gaël Yanno - Ken Yeang - Christopher Young.

Z. Jean-Benoît Zimmermann - Yves Zlotowski -

THÈMES DES PRÉCÉDENTS NUMÉROS

N° 1, janvier 2002 : Demain des villes plus sûres? / Bâtiment et risques sanitaires : des remèdes / Temps libre et nouveaux modes de vie • **N° 2, mai 2002** : Investir : la Bourse ou la pierre? / Défense et illustration du patrimoine industriel • **N° 3, novembre 2002** : Seniors : quels enjeux? / L'esthétique, un défi pour le bâtiment • **N° 4, février 2003** : Décentralisation : les clés du dossier / Météo, climat : où va-t-on? • **N° 5, juin 2003** : L'Europe à vingt-cinq / Mécénat et fondations : des partenariats d'intérêt mutuel • **N° 6, novembre 2003** : Le développement durable en débat / L'impact des cycles économiques sur l'activité • **N° 7, janvier 2004** : Se former tout au long de la vie • **N° 8, mai 2004** : Les premiers pas de l'intelligence économique en France / Mieux évaluer et contrôler les politiques publiques • **N° 9, novembre 2004** : Énergie : un risque de pénurie? / Économie : quel devenir pour les entreprises artisanales? • **N° 10, février 2005** : Jusqu'où ira la « judiciarisation » de la société? / La transmission d'entreprise, une affaire de psychologie • **N° 11, juin 2005** : Réformer l'État : pour quoi faire? / La montée de la défiance • **N° 12, novembre 2005** : Internet : prodige ou poison? / Défendre la langue française • **N° 13, février 2006** : Patrimoine bâti : préserver, transformer ou détruire? / Communautés et démocratie : la citoyenneté en question • **N° 14, juin 2006** : La nouvelle donne démographique mondiale / Financement de la protection sociale : quelles solutions? / Les élites sous le feu des critiques • **N° 15, octobre 2006** : Le bâtiment en perspective • **N° 16, février 2007** : Les rouages de l'opinion / Les nouvelles politiques urbaines • **N° 17, juin 2007** : L'élan du secteur des services / L'art comme lien social • **N° 18, novembre 2007** : Logement : comment sortir de la crise? / Le débat d'idées, facteur de progrès pour l'entreprise • **N° 19, février 2008** : Mondialisation : gagnants et perdants / Pouvoirs et contre-pouvoirs : à chacun ses armes • **N° 20, juin 2008** : Les ruptures entre générations / Une politique industrielle nationale est-elle encore nécessaire? • **N° 21, novembre 2008** : Pays émergents et nouveaux équilibres internationaux / Éducation, politique, santé, génétique... : les multiples facettes de la sélection • **N° 22, mars 2009** : Quel nouvel ordre économique, social et financier après la crise? • **N° 23, juillet 2009** : Changement climatique et développement durable • **N° 24, novembre 2009** : Les stratégies marketing de demain / Les normes comptables IFRS en question • **N° 25, février 2010** : Retraites : quelles réformes? • **N° 26, juin 2010** : Le devenir des métropoles / L'éthique retrouvée? • **N° 27, novembre 2010** : Le principe de précaution en accusation? / Immobilier non résidentiel : redémarrage sur fond de dettes • **N° 28, février 2011** : L'Union européenne dans une mauvaise passe? / Les nouvelles frontières du « low cost » • **N° 29, juin 2011** : Le bâtiment : regards, enjeux, défis • **N° 30, novembre 2011** : Les corps intermédiaires en perspective • **N° 31, janvier 2012** : Les débats de la décroissance / L'impact de l'image d'une profession • **Hors-série, mars 2012** : Sommet de l'Immobilier et de la Construction • **N° 32, juin 2012** : Les paradoxes de la Russie / Besoins en logements : éléments d'une controverse • **N° 33, novembre 2012** : Radiographie des classes moyennes • **N° 34, mars 2013** : Les nouvelles formes de proximité / Mieux affecter l'épargne des Français • **Hors-série, juin 2013** : L'immobilier est-il un handicap pour la France? • **N° 35, juin 2013** : Densifier la ville? • **N° 36, novembre 2013** : Place aux jeunes! • **N° 37, mars 2014** : Prix de l'énergie : où va-t-on? / Les architectes français, mal-aimés des maîtres d'ouvrage publics? • **N° 38, juillet 2014** : Criminalité économique : quelles parades? • **N° 39, novembre 2014** : La France peut-elle se réformer? • **N° 40, mars 2015** : Union européenne : les conditions de la croissance • **N° 41, juin 2015** : Maîtriser l'innovation technique • **N° 42, novembre 2015** : Les nouvelles limites du vivant • **N° 43, mars 2016** : Les promesses de l'eau • **N° 44, juin 2016** : Les chantiers du travail • **N° 45, novembre 2016** : Politique de la ville : réussites et échecs • **N° 46, mars 2017** : Politique de la ville : des pistes de progrès • **N° 47, juin 2017** : Les entrepreneurs • **N° 48, novembre 2017** : L'espace français éclaté • **N° 49, mars 2018** : Taxation de l'immobilier : risques et enjeux • **Hors-série, juin 2018** : Paritarisme : vers une indépendance financière? • **N° 50, juillet 2018** : Entreprises : quels modèles demain? • **N° 51, novembre 2018** : La transparence dans la vie économique • **N° 52, mars 2019** : Europe : quelles frontières?

La dépendance : problèmes et perspectives

Juillet 2019 • n° 53

Vieillesse et dépendance

- 6 Perspectives du vieillissement et de la perte d'autonomie en France
• Laetitia Brabant-Delannoy
- 10 Dépendance : de grandes attentes
• Julien Damon
- 15 Encadré • Les propositions issues de la concertation « grand âge et autonomie »
- 16 Évolutions démographiques et prise en charge de la dépendance dans les pays de l'OCDE
• Ana Llana-Nozal et Thomas Rapp
- 20 La joie d'être encore vivant
• Pascal Bruckner

Politiques et pratiques

- 26 Que faire des vieux ? Une question historique
• Christophe Capuano
- 31 Faut-il un « cinquième risque » ?
• Benjamin Ferras
- 37 Convictions et réalisations de PRO BTP
• Hervé Naerhuysen
- 42 L'habitat inclusif
• Stéphane Corbin
- 47 La conception universelle au service de l'autonomie de tous
• Florent Orsoni
- 51 De la baignoire à la douche : un renoncement difficile
• Bernard Coloos et Claire Guidi
- 56 Encadré • Les Ehpad : combien de travaux ?

Perspectives

- 58 Militions pour défendre la cause de l'âge
• Albert Lautman et Camille Brouard
- 61 Oui, on peut assurer la dépendance !
• Pierre Mayeur
- 66 L'assurance privée peut aider au financement de la dépendance
• Arnaud Chneiweiss
- 70 L'offre privée au service du bien-vieillir
• Sophie Boissard
- 75 Inventer (enfin) la société de la longévité
• Serge Guérin
- 80 Transformer regards et politiques sur le grand âge
• Monique Iborra
- 83 Quel Ehpad demain ?
• Bernard Bonne
- 87 Adapter vraiment la société au vieillissement
• Jérôme Guedj