

**PROJET DE LOI RELATIF À L'ADAPTATION
DE LA SOCIÉTÉ AU VIEILLISSEMENT**

PROJET D'AVIS

présenté au nom

**de la section des affaires sociales et de la santé
et de la section de l'Aménagement durable des territoires**

par

Mme Monique Boutrand et M. Daniel Prada, rapporteurs

SOMMAIRE

SYNTHÈSE DU PROJET D'AVIS	1
PROJET D'AVIS	7
INTRODUCTION.....	9
II - LE DÉFI DE LA LONGÉVITÉ : UNE OPPORTUNITÉ POUR TOUS	10
A - ÉTAT DES LIEUX DÉMOGRAPHIQUE	10
1. Un vieillissement important et déjà amorcé	10
2. Vieillesse et autonomie	11
3. Des situations différenciées de vieillissement	11
4. Le temps libre : une richesse individuelle et collective	13
B - LE DÉFI DU « VIVRE ENSEMBLE »	14
C - RESTER CITOYEN ET AUTONOME.....	15
III - PREVENIR LE VIEILLISSEMENT	16
A - PROMOUVOIR UNE CULTURE COLLECTIVE DE LA PRÉVENTION	17
B - DES OBSTACLES À LA PRÉVENTION DEMEURENT	20
C - LE SUIVI DE LA PERSONNE ÂGÉE	22
IV - BÂTIR LE VIVRE ENSEMBLE POUR TOUS LES ÂGES.....	23
A - POUR UN URBANISME PRENANT EN COMPTE LA DIMENSION DU VIEILLISSEMENT.....	23
1. La démarche de l'OMS d'une réflexion globale sur le vieillissement	23
2. La délimitation de zones favorables au vieillissement	24
3. Vers une prise en compte du vieillissement dans l'élaboration des documents d'urbanisme	25
4. Où vivent les retraités ?	26
B - TRANSPORTS ET MOBILITÉ	28
1. Territoires et mobilité	28
2. A pied, en voiture, sécuriser les déplacements	28
3. Transports collectifs en ville.....	29
4. Transports urbains et interurbains	30
5. Le transport à la demande.....	30

IV

6. Développer le transport accompagné.....	31
7. Le tourisme des seniors	31
8. Mobilité numérique	32
C - ADAPTER SON « CHEZ SOI »».....	33
1. Rénover l'existant.....	33
2. Logements neufs : le pari du « design universel ».....	36
3. L'adaptation du logement social au vieillissement.....	39
4. Locataires dans le parc privé	44
D - ALTERNATIVES AU LOGEMENT INDIVIDUEL.....	44
1. Les logements-foyers ou résidences autonomie :	46
2. Résidences services	47
3. Habitat intergénérationnel	48
4. Autres exemples d'habitat avec services.	49
5. Colocation seniors et habitat participatif	50
6. Le partage du logement « un jeune/une personne âgée »	51
V - PERMETTRE DE VIEILLIR PLUS LONGTEMPS CHEZ SOI	52
A - LE MAINTIEN À DOMICILE.....	52
1. Les services de soutien intervenant au domicile.....	52
2. Les services concourant au soutien à domicile	53
3. Éviter l'isolement de la personne âgée à domicile	54
B - L'ORGANISATION D'UN PARCOURS DE SOINS COORDONNÉ.....	54
C - L'ÉVALUATION	56
D - ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE (APA)	57
1. Le montant du plan d'aide	58
2. Les disparités régionales.....	60
3. Solvabiliser les besoins.....	62
4. Le problème de la barrière d'âge	63
E - LES DROITS DES PERSONNES ÂGÉES	64
F - LES AIDANTS FAMILIAUX ET LES PROCHES AIDANTS	65
G - COMMENT ASSURER L'ÉVOLUTION ET LA PÉRENNITÉ DES MÉTIERS NÉCESSAIRES À LA PERSONNE ÂGÉE ?	68
H - LA MAISON DE RETRAITE MÉDICALISÉE DE DEMAIN	71
I - ACCOMPAGNER LA FIN DE VIE.....	71

VI - FAIRE DU VIEILLISSEMENT UN ATOUT SOCIAL ET ÉCONOMIQUE.....	71
1. Une économie de proximité.....	71
2. L'émergence d'une nouvelle filière industrielle.....	72
3. Épargne et consommation.....	75
VII - ADAPTER LA GOUVERNANCE À CES ENJEUX EN RESPECTANT LES AVANCÉES DE LA LOI DU 11 FÉVRIER 2005 EN MATIÈRE DE CONVERGENCE DES POLITIQUES DE L'AUTONOMIE	76
1. La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).....	77
2. Les maisons départementales de l'autonomie (MDA).....	78
3. Les Agences régionales de santé (ARS).....	79
4. Créer des zones infra-départementales de l'autonomie.....	79
5. Les organismes complémentaires.....	79
CONCLUSION.....	82
DOCUMENTS ANNEXES.....	85
Annexe n° 1 : Composition de la section des Affaires sociales et de la santé	87
Annexe n° 2 : Composition de la section de l'Aménagement durable des territoires	89
Annexe n° 3 : liste des personnes auditionnées	91
Annexe n° 4 : Liste bibliographique	95
Annexe n° 5 : Glossaire	97
Annexe n°6 : Liste des travaux réalisés par la section des Affaires sociales et de la santé.....	98
Annexe n°7 : Liste des travaux déjà réalisés de la section de l'Aménagement durable des territoires	99
TABLE DES SIGLES	100

SYNTHÈSE DU PROJET D'AVIS

La population française connaîtra d'ici 2035 un important vieillissement, lié à l'arrivée progressive à l'âge de 60 ans des générations du « baby-boom » et à l'augmentation de l'espérance de vie. Les personnes de 60 ans ou plus représenteraient 31 % de la population française en 2035. Pour autant, en 2013, seules 17 % des personnes des plus de 85 ans sont dépendantes. Les autres, même fragilisées et moins mobiles, vieilliront chez elles, ce qui est le plus souvent leur souhait.

Progresser dans l'adaptation du logement est un enjeu majeur, humain et économique, pour prévenir la perte d'autonomie, permettre aux âgés de rester à domicile plus longtemps et limiter le risque de chute, coûteuse à tous points de vue et qui entraîne des départs précoces en institution. La Silver économie, filière économique d'avenir, pourrait générer de nombreux emplois dans l'économie de proximité, le tourisme, la domotique, l'accompagnement des personnes âgées. Or, seuls 6 % des logements sont en France adaptés pour faire face au handicap. Selon l'ANAH, 2 millions de logements devraient être adaptés. Le coût d'adaptation d'un logement au vieillissement varie de 5 000 à 10 000 €.

Notre société doit s'adapter à cette nouvelle donne en imaginant des espaces urbains, des transports, des logements, qui autorisent les personnes âgées à rester dans leur quartier, leur chez « soi », même s'ils deviennent plus vulnérables.

Si l'espérance de vie est élevée, 84,8 ans pour les femmes et 78,4 pour les hommes, l'espérance de vie sans incapacité stagne à 63,5 ans pour les femmes et 61,9 pour les hommes. Dès lors, permettre aux personnes de vivre le plus longtemps possible chez elles, suppose de limiter et/ou de retarder la survenue des incapacités. Une intervention précoce, tout au long de la vie, en matière de bien-être, de santé et d'accompagnement lors des ruptures du parcours de vie contribuent à la réalisation de cet objectif.

Saisi par le Premier ministre, le 18 février 2014, du projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement, le CESE a formulé un certain nombre de propositions.

CHANGER LE REGARD SUR LE VIEILLISSEMENT

✎ Favoriser ce changement par des campagnes nationales de communication en rendant visible la grande majorité des âgés bien portants et actifs, en cessant d'associer vieillesse et dépendance et en valorisant la solidarité entre générations.

✎ Rattacher le secrétariat d'État aux personnes âgées à un ministère plus large de l'égalité et de la solidarité, pour intégrer la question du vieillissement, transversale, dans toutes les politiques publiques, le projet de loi d'orientation et de programmation restant surtout axé sur la sphère médico-sociale.

- ✎ Mettre en place dans chaque région, en lien avec les universités, un gérontopôle pour mieux connaître la répartition locale par âge des populations, et y adapter des réponses aux besoins et formations.
- ✎ Aider les seniors en fin de carrière à anticiper leur projet de vie, de logement, de mobilité par une incitation des organismes de retraite.
- ✎ Recréer des lieux de rencontre, d'activités communes entre générations, permettre à chacun, quel que soit son âge, d'exercer sa citoyenneté.
- ✎ Réaliser les adaptations des métiers nécessaires à ce grand défi, en les revalorisant et en promouvant un rééquilibrage entre hommes et femmes.

RÉPONDRE AUX ENJEUX DU VIEILLISSEMENT DANS LES TERRITOIRES ET FACILITER LES MOBILITÉS

- ✎ Inciter les collectivités territoriales à tenir compte du vieillissement dans leurs politiques et dans l'élaboration des documents d'urbanisme en s'inscrivant dans la dynamique « Villes amies des aînés » prônée par le projet de loi.
- ✎ Identifier les zones favorables au vieillissement, car disposant de services de proximité, de transports en commun et d'espaces verts pour y développer une politique soutenue d'adaptation des logements avec les bailleurs sociaux et les promoteurs privés, en privilégiant une démarche partenariale.
- ✎ Mettre en place au niveau intercommunal une information sur la localisation des logements adaptés, pour favoriser leur repérage par les personnes âgées.
- ✎ Sécuriser les déplacements pédestres *via* de micro-adaptations et encourager les commerçants à s'y associer, le plan national d'action pour les mobilités actives devant y contribuer.
- ✎ Développer en utilisant les technologies de communication l'intermodalité entre les transports en commun, les transports à la demande dans les zones peu desservies et de nouvelles formes d'autopartage et de transport accompagné.
- ✎ Veiller à la participation des âgés : leur représentation dans les commissions communales d'accessibilité prévue par le projet de loi le favorise.

PENSER, CHOISIR, ADAPTER SON « CHEZ SOI »

- ✎ Encourager les seniors à avoir une démarche anticipatrice et à allier si possible les travaux d'adaptation et de rénovation énergétique.
- ✎ Renforcer l'effort d'adaptation des logements existants que le projet de loi envisage de soutenir (80 000 logements privés entre 2014 et 2017), cet objectif restant de faible portée au regard du nombre de logements à adapter, même si l'amélioration du crédit d'impôt qui l'accompagne va dans le bon sens.
- ✎ Inciter les Caisses de retraites à généraliser la proposition à leurs ressortissants de diagnostics habitat/mobilité en y intégrant la précarité énergétique.

✎ Inciter les banques à faciliter les formules de prêts (notamment microcrédits) pour permettre aux âgés d'y adapter leur logement, les coûts des travaux simples d'adaptation d'un logement étant souvent inférieurs à 10 000 €.

✎ Intégrer la dimension du vieillissement dans la construction neuve en faisant des départements les initiateurs de la démarche, dans le cadre d'un schéma départemental, en favorisant la concertation entre acteurs en amont et en promouvant la prise en compte du design universel par les promoteurs.

✎ Envisager dans les règlements d'urbanisme, que puissent être négociées des contreparties à la présence d'un minimum de logements adaptés et un effort particulier pour l'accessibilité de l'immeuble. Construire plus de F2 et F3 dans les zones favorables au vieillissement et exploiter la possibilité de construire en nombre limité des logements modulables.

✎ Valoriser le label Habitat seniors services (HSS) pour favoriser sa diffusion dans le parc social où progresse le nombre des âgés. Identifier dans le parc social les ensembles immobiliers favorables à leur accueil. Prévoir des locaux communs résidentiels (LCR) lors de la construction de logements sociaux, inciter les bailleurs sociaux à former leur personnel, notamment les gardiens, à l'approche du vieillissement.

PROMOUVOIR LES ALTERNATIVES AU LOGEMENT INDIVIDUEL

✎ Encourager la création et la réhabilitation de logements dits intermédiaires entre le logement individuel et une réponse collective et médicale. Plutôt que d'évoquer le « logement intermédiaire », définir un référentiel « logement adapté et accompagné ». La nouvelle dénomination de « résidences autonomie » et l'assouplissement des règles d'accueil envisagé dans la loi va en ce sens.

✎ Mettre en place le « forfait autonomie » institué par le projet de loi, pour permettre d'y faire vivre une animation ouverte sur le quartier et des activités extérieures.

✎ Établir au niveau départemental un état des lieux des logements foyers ou résidences autonomie existants et des besoins d'aménagement et de rénovation.

✎ Créer une certification « résidence service », pour renforcer l'encadrement juridique des résidences services prévu par l'article 15 du projet de loi.

✎ Définir un référentiel de l'habitat intergénérationnel qui permette à titre expérimental de déroger aux règles du décret relatif aux charges locatives pour partager le fonctionnement des locaux communs et de l'animation et à celles des priorités d'attribution des logements pour maintenir la mixité des populations.

✎ Prévoir la présence d'une personne assurant la médiation, l'animation, une « veille bienveillante », pour les expériences innovantes et intergénérationnelles.

PRÉVENIR LE VIEILLISSEMENT

✂ **Anticiper la perte d'autonomie** en faisant de la lutte contre les inégalités sociales une priorité. A l'égard de cet objectif, le titre I du projet de loi « Anticipation de la perte d'autonomie » constitue une véritable avancée ; tout comme la coordination des actions sociales des régimes de retraite de base (CNAV, CCMSA et RSI) en faveur d'une offre commune de préservation de l'autonomie.

✂ Toutefois, l'absence de traitement, dans le rapport annexé, des liens entre la santé, l'autonomie de la personne, les conditions environnementales et le travail demeure un sujet de préoccupation et **le CESE sera vigilant à l'articulation du projet de loi et de la stratégie nationale de santé**, au même titre qu'à la diffusion d'une culture de prévention santé-longévité tout au long de la vie.

✂ **Accompagner le parcours de vie** et plus particulièrement les moments de ruptures. Pour le CESE, une autonomie sans incapacité se prépare dès le plus jeune âge et suppose la mobilisation et la coordination de nombreuses politiques publiques. Le CESE, dans ses différents travaux, rappelle la nécessité de permettre aux jeunes d'accéder à leurs droits sociaux, de mettre en place une « sécurisation des parcours professionnels », de favoriser la préparation à la retraite.

PERMETTRE DE VIEILLIR PLUS LONGTEMPS CHEZ SOI

✂ **Coordonner le parcours de soins.**

L'expérimentation du parcours de santé des personnes âgées (PAERPA) répond à cette nécessité d'organiser et de coordonner le parcours de soins.

✂ **Bien évaluer les besoins d'aide des personnes âgées.**

Cette question est tout à fait centrale et les travaux en cours de révision de la grille AGGIR (Autonomie gérontologique groupes iso-ressources) doivent s'inspirer du système GEVA (Guide d'évaluation des besoins de compensation de la personne handicapée) qui tend à évaluer un véritable projet de vie. Cette évaluation doit être effectuée par une équipe pluridisciplinaire sur le lieu de vie de la personne et, si elle le souhaite, en présence de sa famille.

✂ **Revaloriser et améliorer l'Allocation de perte d'autonomie (APA).**

C'est une mesure positive. Toutefois, outre le fait que cet effort reste insuffisant au regard des besoins réels des personnes âgées en perte d'autonomie, cette réforme apparaît incomplète si elle ne s'accompagne pas d'un réexamen du système de péréquation permettant un rééquilibrage des participations financières de l'État et des départements. En outre, le maintien à domicile ne sera pas possible si des garanties, propres à assurer sa viabilité, ne sont pas apportées aux opérateurs du secteur, notamment en termes de tarification...

⌘ **Rompre l'isolement des personnes âgées.**

La mise en réseaux des associations de bénévoles à travers la Mobilisation nationale contre l'isolement social des âgés (MONALISA) constitue un progrès, dans la mesure où elle ne se substitue pas aux professionnels. Pour autant, pour le CESE, le financement de la formation des bénévoles ne doit pas relever de la Contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA).

⌘ **Permettre aux régimes obligatoires de retraite d'engager des actions de prévention** en faveur des retraités non dépendants (GIR 5 et 6) et d'attribuer des aides techniques.

Par ailleurs, pour développer le recours à ces aides, source d'innovation technologique, sans financer des produits inutiles et coûteux, le **CESE préconise de renforcer l'information des prescripteurs et des bénéficiaires** (plateformes d'information, guide...), d'en renforcer l'évaluation et d'examiner les modalités d'une meilleure prise en charge financière, *via* l'APA et l'Assurance maladie notamment.

⌘ **Supprimer la barrière d'âge pour les personnes handicapées** afin de leur permettre de conserver l'Allocation adulte handicapé (AAH) au-delà de 60 ans.

LES DROITS DES PERSONNES ÂGÉES

⌘ Le CESE partage l'approche du projet de loi fondée sur le **respect des droits fondamentaux**. Afin d'en garantir l'effectivité, le développement d'une culture de la bientraitance à domicile comme en établissement est indispensable.

ASSURER L'ÉVOLUTION ET LA PÉRENNITÉ DES MÉTIERS NÉCESSAIRES À LA PERSONNE ÂGÉE

⌘ **Une politique, de moyen et long terme, de maintien des personnes à domicile repose en partie sur l'attractivité de ces métiers**. Si le CESE soutient toutes les initiatives évoquées dans le rapport annexé (revalorisation des indemnités kilométriques et des plus bas salaires, travail sur le niveau de qualification...) il est plus réservé sur le « baluchonnage », destiné à proposer une modalité de répit aux aidants. En effet, ce dispositif déroge au Code du travail et aux Conventions collectives applicables et pose le problème de l'équilibre entre les droits des salariés, ceux de la personne aidée et ceux de l'aidant. Pour le CESE, ce sujet ne peut être tranché par la loi sans négociation préalable avec les partenaires sociaux.

LES AIDANTS FAMILIAUX ET LES PROCHEs AIDANTS

⌘ **La reconnaissance d'un droit au répit** est essentielle mais le CESE estime que plusieurs mesures sont nécessaires pour le rendre effectif et notamment en l'étendant aux proches aidants non bénéficiaires de l'APA. De même, il invite

les partenaires sociaux à engager des négociations afin de mettre en place la réforme du congé de soutien familial.

LA GOUVERNANCE

Le CESE souligne plusieurs avancées dans le projet de loi même si la représentation des différents acteurs lui semble pouvoir être améliorée :

✂ **la création d'une conférence des financeurs** pour coordonner l'ensemble des financeurs (Assurance maladie, Caisses de retraites, Conseil généraux, ARS...) afin de définir les actions de prévention et l'accès aux aides techniques. Le CESE regrette toutefois que les usagers, les organisations syndicales de retraités et les associations ne soient pas représentés par la structure de concertation départementale des retraités, personnes âgées et handicapées ;

✂ **la création d'un Haut comité de l'âge** remplaçant le Comité national des retraités et personnes âgées (CNRPA) dont les organisations syndicales de retraités étaient membres. Pour le CESE, elles doivent être présentes, es qualité, au sein de la nouvelle instance aux côtés des associations et à part égale avec elles ;

✂ **la création du Conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie**, en remplacement des CODERPA où siégeaient les organisations de retraités. Là encore, le projet de loi ne mentionne pas la présence de ces organisations dans ce nouveau conseil ;

✂ si l'entrée de la CNAMTS, de la CNAV, du RSI et de la CCMSA au sein du conseil de la CNSA est positive, le CESE tient à rappeler que **ce sont les Conseils de ces organismes qui devraient être représentés**. Par ailleurs, un véritable rééquilibrage entre la représentation de l'État et les autres membres du conseil constituerait une avancée réelle en termes de démocratie sociale. Il regrette que la mise en place des Maisons départementales de l'autonomie reste du domaine de l'incitation.

Pour conclure, le projet de loi est ambitieux mais son financement par la seule CASA, soit 645 millions €, n'est pas à la hauteur des enjeux. D'autant que la question du financement des Établissements hospitaliers pour personne âgée dépendante (EHPAD) est reportée à un deuxième temps.

1
2

PROJET D'AVIS

1

INTRODUCTION

2

Le Conseil économique, social et environnemental a été saisi par lettre du Premier Ministre le 18 février dernier pour avis, conformément à la Constitution, sur le projet de loi d'orientation et de programmation relatif à l'adaptation de la société au vieillissement.

6

Cette procédure consultative obligatoire avait été précédée de deux démarches souhaitées par le gouvernement :

8

- une large concertation de tous les acteurs intervenant dans les questions de vieillissement de la société qui a donné lieu à deux mois de débats constructifs et à une conférence finale, dans l'hémicycle du CESE, le 12 février dernier ;

10

11

12

13

14

15

- une sollicitation en amont auprès du Président du CESE invitant les sections concernées par le vieillissement de la société à s'emparer de ce sujet en autosaisine, préparant ainsi la demande gouvernementale officielle.

16

17

18

19

La section de l'aménagement durable des territoires, présidée par Jean-Alain Mariotti, a désigné Monique Boutrand comme rapporteure. La section des affaires sociales et de la santé, présidée par François Fondard, a désigné Daniel Prada comme rapporteur.

20

21

22

23

24

25

26

Les deux sections du CESE ont ainsi anticipé et se sont penchées pour l'une, sur les questions d'anticipation et d'accompagnement de la perte d'autonomie et pour l'autre, sur celle de l'adaptation de la société au vieillissement. Une fois le projet de loi transmis au CESE par le Gouvernement, elles se sont attachées à rassembler leurs travaux pour donner au gouvernement l'avis du CESE sur les différentes dispositions prévues par la loi et sur le rapport annexé.

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

Après un état des lieux démographique, l'avis insiste sur la prévention en matière de santé tout au long du parcours de vie. Il fait ensuite état de la nécessité, pour prendre en compte la vulnérabilité de certaines populations, notamment les personnes âgées, d'adapter l'urbanisme et le logement qu'il soit individuel ou collectif. Le souhait largement exprimé de rester « chez soi », nécessite un soutien à domicile renforcé et l'avis insiste sur la coordination des aides au domicile, l'amélioration nécessaire de l'APA et l'accompagnement de la fin de vie. Ces objectifs sont des enjeux essentiels susceptibles de créer une nouvelle dynamique économique s'ils s'accompagnent d'une formation adaptée et d'une revalorisation de tous les métiers d'aide à la personne. Leur mise en œuvre met en lumière le besoin d'une gouvernance renouvelée et l'avis fait des propositions en ce sens.

1 I - LE DÉFI DE LA LONGÉVITÉ : UNE OPPORTUNITÉ POUR TOUS

2 A - ÉTAT DES LIEUX DÉMOGRAPHIQUE

3 1. Un vieillissement important et déjà amorcé

4 La population française connaîtra dans les vingt prochaines années un
5 important vieillissement. Deux composantes principales l'expliquent. D'une part,
6 l'arrivée progressive à l'âge de 60 ans, depuis 2006 et jusqu'à 2035 environ, des
7 générations nombreuses nées pendant le « baby-boom », alors que, jusqu'à 2006,
8 les personnes de plus de 60 ans étaient constituées des « classes creuses » nées
9 avant la Seconde guerre mondiale ; d'autre part, l'allongement de l'espérance de
10 vie aux âges élevés : en dix ans, l'espérance de vie à 60 ans a progressé de
11 2,9 ans pour les hommes et de 2,1 ans pour les femmes.

12 Ce phénomène s'amplifiera, marquant une augmentation rapide de la part
13 des seniors dans la population française : en 2035, les personnes de 60 ans ou
14 plus en représenteraient 31 % environ (contre 21 % en 2007). Quant à « *la part*
15 *des plus de 80 ans dans la population, de 4,9 % en 2007, elle doublerait à*
16 *l'horizon 2040. Elle triplerait même dans les DOM* »¹. La France ne fait pas
17 exception en ce domaine parmi les pays développés. Le Japon ou l'Allemagne
18 par exemple connaissent un vieillissement beaucoup plus marqué que la France,
19 ce surtout en raison d'un taux de fécondité nettement plus faible que celui de
20 notre pays. Le vieillissement accentué dans certains départements d'Outre-mer
21 tiendrait pour sa part notamment au départ pour la métropole d'une partie des
22 jeunes, à un retour à l'âge de la retraite de Domiens ayant passé leur vie active en
23 métropole, conjugués avec l'effet du papy-boom et avec l'allongement de la vie.
24 La nécessité de prendre en compte la brutalité de la transition démographique et
25 de l'anticiper en s'y adaptant a été soulignée par le CESE².

26 En 2012, la France comptait 15 millions de personnes de 60 ans et plus
27 (5,7 millions de plus de 75 ans). Selon les projections démographiques, ce chiffre
28 devrait atteindre 24 millions en 2060³, dont 12 millions de plus de 75 ans. Pour
29 la première fois dans l'histoire de l'humanité les personnes âgées seront plus
30 nombreuses que les enfants et d'ores et déjà quatre générations se côtoient. La
31 société doit s'adapter à cette situation qui constitue un formidable progrès social
32 et offre des opportunités économiques nouvelles.

33

¹ DATAR, *Rapport de l'Observatoire des territoires 2011*, p. 41.

² Contribution de la délégation à l'Outre-mer, rapportée par Gérard Grignon, à l'avis sur *La dépendance des personnes âgées*. CESE, juin 2011.

³ Insee, *Projection de population par grand groupe d'âge en 2060*, France métropolitaine, projections de population 2007-2060.

1 **2. Vieillissement et autonomie**

2 Augmentation du nombre des plus âgés ne signifie pas accroissement à
 3 proportion de la dépendance : la majorité des seniors actuels vieillira en bonne
 4 santé. C'est l'un des acquis de la fin du XX^{ème} siècle : la longévité gagnée
 5 s'accompagne d'un recul de la morbidité. En 2013, seulement 8 % des personnes
 6 de plus de 60 ans et 17 % de celles de plus de 85 ans sont dépendantes, avec des
 7 pathologies invalidantes nécessitant une prise en charge lourde⁴. Les autres,
 8 même si les plus âgées d'entre elles seront souvent fragilisées et moins mobiles,
 9 vieilliront chez elles. C'est en tout cas le souhait très largement exprimé. Notre
 10 société doit s'adapter à cette nouvelle donne en imaginant des espaces urbains,
 11 des logements qui autorisent ces personnes vieillissantes à rester dans leur
 12 quartier, leur chez « soi », même si elles sont ou deviennent plus vulnérables.

13 **3. Des situations différenciées de vieillissement**

14 **Comme l'indique le projet de rapport annexé au projet de loi**
 15 **d'orientation, « la vieillesse est plurielle »**⁵. Des différences sensibles existent
 16 en effet parmi les plus de 60 ans. Parmi les 20 ou 30 années vécues en moyenne
 17 par les retraités après 60 ans, trois situations pourront se succéder : le « *retraité*
 18 *actif* », pour qui le début de la retraite est marquée par l'aide apportée aux
 19 enfants, petits enfants ou ascendants, l'engagement civique et/ou associatif, la
 20 reprise d'études pour certains, pour d'autres, souvent des cadres, une nouvelle
 21 activité professionnelle pour quelques années mais aussi les loisirs et les
 22 voyages. Dans une deuxième phase, commencent à être ressentis une fatigue, une
 23 fragilité physique (soucis de santé) ou sociale, voire un certain isolement ; le
 24 cercle des déplacements se réduit. Enfin un « troisième âge » où la solidarité
 25 familiale s'inverse, les personnes âgées, d'aidants, deviennent de plus en plus
 26 aidées, avec le risque, en cas d'accident, d'une difficulté à retrouver l'intégralité
 27 de leurs moyens. C'est souvent à ce stade que peut intervenir la perte
 28 d'autonomie physique ou psychique mais rappelons qu'elle ne touchera qu'une
 29 minorité des personnes de plus de 85 ans, la majorité (plus de 80 %) restant
 30 valides et autonomes.

31 Les évolutions en la matière et les âges auxquels elles interviennent, très
 32 variables, dépendent dans une large mesure des individus : ainsi, certains vivent
 33 difficilement les premières années de la retraite, notamment quand ils
 34 s'identifiaient très fortement à leur profession. Cependant si l'espérance de vie
 35 est élevée, 84,8 ans pour les femmes et 78,4 pour les hommes, l'espérance de vie
 36 sans incapacité stagne et n'est pas suffisante, 63,5 ans pour les femmes et
 37 61,9 pour les hommes⁶. Ces gains d'espérance de vie sont très inégalement
 38 partagés entre les territoires et les catégories socioprofessionnelles. Ainsi,
 39 l'espérance de vie d'une femme cadre à 35 ans est de 52 années et de 49 années

⁴ Document : *Une loi d'orientation et de programmation pour l'adaptation de la société au vieillissement*, services du Premier ministre, (octobre 2013) p. 4.

⁵ Projet de rapport annexé au projet de loi d'orientation, p. 10.

⁶ Institut national des études démographiques, 2010.

1 pour une ouvrière (l'espérance de vie des ouvrières d'aujourd'hui correspond à
2 celle des femmes cadres au milieu des années quatre-vingt). Les hommes cadres
3 de 35 ans peuvent espérer vivre encore 47 années et les ouvriers 41 années⁷. La
4 situation est encore plus préoccupante pour les personnes sans domicile fixe dont
5 l'espérance de vie moyenne est de 49 ans⁸.

6 Il faut également noter que la mortalité prématurée, c'est-à-dire survenue
7 avant l'âge de 65 ans, reste l'une des plus élevées de l'Union européenne
8 (rapport 2011 de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des
9 statistiques, Drees). Ainsi, en 2008, le nombre de décès prématurés s'élevait à
10 108 800 pour la France métropolitaine, soit 20 % de l'ensemble des décès dont
11 27 % des décès masculins et 13 % des décès féminins (Programme de qualité et
12 d'efficience maladie de la Sécurité sociale - 2012)⁹.

13 Par ailleurs, le nombre de décès consécutif à un suicide augmente avec
14 l'âge. En 2010, ce taux est de 29,5 décès pour 100 000 habitants pour les
15 personnes de plus de 75 ans, de 41,5 pour les 85-94 ans, alors que la moyenne est
16 de 14,7 parmi la population générale¹⁰.

17 La situation des territoires, des métropoles, des zones périurbaines, diffère
18 aussi fortement. La proportion de personnes âgées qui y résident, varie du fait du
19 vieillissement naturel lié à la structure par âge de la population mais aussi du fait
20 des dynamiques économiques et des mouvements migratoires de personnes âgées
21 ou d'actifs¹¹. Pour agir de manière efficace, comme le notait l'avis du CESE sur
22 *La réduction des inégalités territoriales : quelle politique nationale*
23 *d'aménagement du territoire ?*, il est nécessaire d'avoir une connaissance fine de
24 la répartition des populations du territoire.

25 A cet égard, **la gérontocroissance (la croissance du nombre de**
26 **personnes âgées dans une population) semble, dans une logique de**
27 **prévention, aussi importante à mesurer que le taux de personnes âgées dans**
28 **une zone donnée à un instant T**. Les départements ruraux enregistreront une
29 forte augmentation du taux d'âgés dans leur population mais en parallèle les
30 départements urbains devront répondre à une très forte augmentation des âgés. A
31 titre d'exemple, la ville nouvelle de Marne-la-Vallée qui a accueilli il y a
32 quelques décennies toute une population jeune, connaîtra à l'horizon 2030 une
33 augmentation de 133 % de ses habitants de plus de 60 ans¹².

34 Cette donnée plus dynamique aidera les décideurs publics à prendre les
35 bonnes décisions en connaissance de cause.

⁷ Insee, *De fortes inégalités sociales face à la mort - 2000-2008*.

⁸ Données 2012 du Collectif Les morts de la rue, *Projet dénombrer et décrire, Améliorer l'exhaustivité et la description des personnes en situation de rue décédées*, Rapport final septembre 2013.

⁹ Source : Inserm CépiDc.

¹⁰ *Suicide : Plaidoyer pour une prévention active*, Didier Bernus, février 2013.

¹¹ Cf. *Les effets différenciés du vieillissement dans les territoires*, rapport de l'Observatoire de la DATAR 2011, p. 35 à 41.

¹² *Les territoires face au vieillissement en France et en Europe*, Gérard-François Dumont, 2011.

1 Le gérontopôle créé à Nantes, particulièrement novateur dans son approche
2 territoriale et globale du vieillissement (formation, recherche et innovations) est
3 un exemple de l'engagement des régions qu'il est souhaitable d'encourager.

4 **Le CESE recommande que chaque région, en lien avec les universités,**
5 **mette en place un gérontopôle pour améliorer la connaissance de la**
6 **répartition des âgés sur son territoire et pour adapter les réponses à ses**
7 **caractéristiques.**

8 **Plusieurs universités ont déjà créé des chaires dans divers domaines**
9 **avec une spécificité « vieillissement de la population ». Le CESE se prononce**
10 **pour que cette démarche concerne bien d'autres formations de tous niveaux**
11 **où une spécialisation ou option « personnes vulnérables » pourrait être**
12 **proposée en fin de cursus de formation.**

13 **4. Le temps libre : une richesse individuelle et collective**

14 Le temps libre est la première richesse que peuvent apporter ces seniors à
15 la société. Dans le cadre de la famille, ils jouent déjà un rôle essentiel de pivot
16 entre enfants, petits enfants (ils assurent près de 30 % de la garde des enfants de
17 moins de 3 ans¹³) et l'aide apportée à leurs parents souvent très âgés, qui
18 complète celle des services à la personne, s'avère indispensable dans nombre de
19 situations. Le temps bénévole mis à la disposition des associations est aussi
20 aujourd'hui essentiel au fonctionnement de nombre de services qui concourent à
21 la cohésion sociale. Pour reprendre les propos de Dominique Thierry, vice-
22 président de France Bénévolat, « *imaginons en France, une grève d'une journée*
23 *de tous les bénévoles de toutes les associations !* »¹⁴, combien alors d'activités
24 salariés et même marchandes seraient gênées, voire bloquées dans leur
25 fonctionnement. Ce temps bénévole ne fait pas, en France, l'objet d'une
26 reconnaissance, alors que, dans certains pays européens, il est mesuré en points
27 de PIB.

28 Au-delà de ce temps donné spontanément en proximité, le bénévolat des
29 seniors reste important, même si les associations constatent un engouement
30 moindre. La solidarité nationale doit rester une priorité des politiques publiques,
31 mais la puissance publique ne pourra répondre seule aux défis du XXI^{ème} siècle.
32 Nombre de retraités récents souhaitent conserver une activité utile et reconnue
33 comme telle mais la crainte de ne pas « savoir où on s'engage » peut freiner les
34 bonnes volontés. A l'image des délégués locaux au service du défenseur des
35 droits, « *des activités d'utilité sociale au service de causes sociales identifiées et*
36 *officiellement reconnues en dehors de la sphère marchande* » pourraient être
37 mieux définies, contractualisées, limitées dans le temps et occupées par des
38 seniors volontaires¹⁵.

¹³ CAF, dossier d'études n°72, 2005, p. 18.

¹⁴ Dans l'ouvrage collectif *L'entrée dans la retraite : nouveau départ ou mort sociale* sous la direction de Dominique Thierry, éditions Liaisons.

¹⁵ Avis du CESE, *Seniors et cité*, rapporté par Monique Boutrand, mars 2009, p.26.

1 Les articles 9 et 10 du projet de loi proposent d'étendre aux
2 volontaires seniors la possibilité de volontariat civique ouvert actuellement
3 aux jeunes.

4 Le CESE souhaite encourager le bénévolat mais émet des doutes sur la
5 création d'un « volontariat civique senior ».

6 Par ailleurs, s'il soutient le souci affiché de développer la mobilisation
7 de jeunes en service civique pour contribuer à rompre l'isolement des
8 personnes âgées, le CESE estime qu'il conviendra d'être vigilant, aux
9 conditions d'exercice du bénévolat, (Art. 8 – Titre I du projet de loi) compte
10 tenu des publics auxquels il s'adresse. Il insiste par ailleurs sur le fait que ce
11 bénévolat ne doit pas se substituer à l'action des professionnels. Le CESE
12 approuve le projet intitulé *Mobilisation nationale contre l'isolement social*
13 *des âgés (MONALISA)* et sera très attentif à sa mise en œuvre.

14 B - LE DÉFI DU « VIVRE ENSEMBLE »

15 Le poids des âgés dans la société peut être source de déséquilibres, voire de
16 **conflits générationnels** importants, s'ils ne sont pas identifiés et **si les**
17 **politiques publiques n'accompagnent pas un changement de paradigme sur**
18 **le regard porté sur le vieillissement.**

19 La culture du jeunisme encouragée par les médias et par le marketing,
20 l'assimilation de la vieillesse à la dépendance, mais également les conditions de
21 vie et de travail des jeunes, ont contribué à éloigner les générations, amplifiant la
22 distance créée par l'éloignement géographique des familles.

23 A la manière de Pierre Rosanvallon, qui propose de créer une collection de
24 livres pour lutter contre le sentiment d'abandon d'une partie de la société et
25 donner la parole « aux invisibles », il faut rendre visible la grande majorité des
26 âgés qui sont bien portants, actifs, utiles à la société et cesser d'associer
27 vieillesse et dépendance : selon les mots de Paulette Guinchard, « *Vieillir est une*
28 *richesse, pas un naufrage !* »¹⁶.

29 Au-delà de l'image, il est aussi nécessaire de favoriser la rencontre. Dans
30 tous les environnements, la solitude grandit. Cet isolement social s'accroît
31 après 75 ans¹⁷. La société doit savoir recréer des lieux naturels de rencontre,
32 d'activités communes, pour que les générations se croisent, s'appriivoisent et ce
33 n'est pas si compliqué... Contrairement à un discours répandu, l'individualisme
34 n'a pas gangréné les relations de voisinage. Dans le quartier, dans le village,
35 dans la cage d'escalier, la solidarité de proximité existe et les exemples
36 foisonnent. Mais cette solidarité a besoin d'être encouragée, accompagnée, pour
37 redonner confiance et mettre en visibilité une image de notre société qui n'est
38 pas aussi sombre qu'on le dit souvent. L'enquête menée par l'association

¹⁶ Points de vue – Les Échos du 06/01/2014 – Paulette Guinchard et Patrick Kanner.

¹⁷ Source CNAV –HSM 2008.

1 Delphis¹⁸, avant la mise en œuvre de leur label, auprès de 250 ménages âgés, a
 2 montré combien cette solidarité de voisinage fonctionnait dans le logement
 3 social mais devait être soutenue par les acteurs publics pour donner toute sa
 4 dynamique. Les pouvoirs publics ont aujourd'hui la tâche impérative de donner à
 5 voir cette réalité

6 **Le rapport annexé au projet de loi invite à « consacrer la place des**
 7 **âgés et reconnaître leur rôle fondamental dans la société ».**

8 **Le CESE regrette que le projet de loi n'évoque pas la nécessité d'un**
 9 **engagement national concret sur ce point et préconise que soient organisées**
 10 **régulièrement des campagnes de communication nationale qui valorisent la**
 11 **solidarité entre les générations.**

12 **Pour le CESE, à l'échelon territorial, un portail Internet pourrait**
 13 **s'attacher à rendre visibles les multiples initiatives locales pour mutualiser**
 14 **les bonnes pratiques.**

15 C - RESTER CITOYEN ET AUTONOME

16 Les actions les plus efficaces pour le maintien de l'autonomie à travers
 17 l'adaptation du logement, par exemple, n'auront de sens que si elles sont le
 18 corollaire d'une capacité à continuer à vivre en société.

19 A quoi sert d'être autonome dans son « chez soi », si plus personne n'y
 20 entre et si la crainte du monde extérieur et une moindre mobilité empêchent de
 21 sortir vers la rue, les voisins, si les personnes âgées se contentent de « *regarder*
 22 *la vie par la fenêtre* » selon les mots de Pierre Jamet, aujourd'hui conseiller
 23 maître à la Cour des comptes et initiateur du projet « Rhône + » ? Le lien social,
 24 l'activité, la perception d'être utile à l'autre sont les éléments essentiels qui
 25 feront de toutes les autres actions (services, domotique etc.) une véritable
 26 prévention pour le maintien de l'autonomie. Être autonome, c'est être un citoyen
 27 actif, pouvoir décider de son quotidien, se sentir utile. A cet égard, l'engagement
 28 dans le monde associatif représente un véritable accompagnement pour les
 29 seniors dans la transition du travail vers une retraite active.

30 Cette capacité à « l'émancipation » ne s'invente pas. Elle doit être
 31 encouragée bien en amont et en particulier au moment de la retraite, quand
 32 s'ouvre un long temps de disponibilité et de possibilité d'activités. A titre
 33 d'exemple, la récente convention CNAV - RSI - MSA (janvier 2014), ainsi que
 34 les centres, déjà anciens, de prévention de l'AGIRC-ARRCO proposent
 35 aujourd'hui à tous leurs ressortissants des bilans en matière de santé, d'approche
 36 psychosociale au moment du départ en retraite et pourraient y ajouter, pour
 37 chacun, une réflexion sur son projet de vie et sur son environnement (logement,
 38 mobilité, utilité sociale).

39 **Le CESE propose que les différents organismes de retraite (régimes**
 40 **principaux et complémentaires), dans la communication qu'ils adressent à**

¹⁸ Créée en 1989, regroupe actuellement 26 sociétés anonymes HLM.

1 **leurs ressortissants au moment du départ en retraite, les incitent à une**
2 **réflexion sur leurs projets d'avenir et les invitent *via* leur portail internet à**
3 **se poser les questions d'activités, de logement et de mobilité à cette étape**
4 **structurante de leur vie.**

5 Cette question de la citoyenneté et du vieillissement traverse toutes les
6 politiques publiques, urbanisme, transports, économie, santé. Le choix en France
7 de la cantonner au sein du ministère des Affaires sociales et de la santé alors que
8 c'est une porte d'entrée pour imaginer une société plus fraternelle et plus durable
9 pour tous ne facilite pas cette prise en compte globale. Des pays voisins ont opté
10 pour une organisation différente : en Allemagne, la question des personnes âgées
11 est liée à celle des autres générations dans un grand ministère de l'égalité des
12 chances.

13 **Le CESE regrette que ce projet de loi d'orientation et de**
14 **programmation reste globalement cantonné à la sphère médico-sociale. Il**
15 **suggère, pour marquer la transversalité de la question du vieillissement, que**
16 **le secrétariat d'État aux personnes âgées soit rattaché à un ministère plus**
17 **large de l'égalité et de la solidarité, afin d'intégrer la question du**
18 **vieillissement dans toutes les politiques publiques.**

19 **II - PREVENIR LE VIEILLISSEMENT**

20 **Le CESE adhère à l'orientation contenue dans le titre I du projet de loi**
21 **« Anticipation de la perte d'autonomie » qui préconise la prévention tout en**
22 **faisant de la lutte contre les inégalités sociales une priorité, inscrite dans le**
23 **rapport annexé au projet de loi d'orientation et de programmation pour**
24 **l'adaptation de la société au vieillissement.**

25 **A la lecture du projet de loi, il paraît fondamental d'insister sur**
26 **l'obligation de s'attaquer aux obstacles à la prévention qui perdurent et de**
27 **prendre des dispositions pour accompagner les ruptures intervenant dans**
28 **les parcours de vie.**

29 **Le CESE est, par ailleurs, extrêmement préoccupé par l'absence de**
30 **traitement, dans le rapport annexé, des liens existants entre la santé,**
31 **l'autonomie de la personne, les conditions environnementales et le travail. A**
32 **ce titre, il sera particulièrement vigilant à l'articulation entre la stratégie**
33 **nationale de santé et l'actuel projet de loi.**

34 **Le CESE approuve les axes de réforme de l'article 6 du projet de loi,**
35 **qui prévoit une coordination des actions sociales des régimes de retraite de**
36 **base (CNAV, MSA et RSI) pour une offre commune de préservation de**
37 **l'autonomie. Le CESE salue pour ce faire le choix du conventionnement**
38 **entre l'État et ces régimes.**

39 **Il tient à rappeler, ci-dessous, les travaux qu'il a conduits ces dernières**
40 **années dans le domaine de la prévention et les préconisations de plusieurs**
41 **de ses avis.**

1 A - PROMOUVOIR UNE CULTURE COLLECTIVE DE LA PRÉVENTION

2 L'environnement, les conditions de vie, les conditions de travail peuvent
3 avoir des conséquences favorables ou défavorables sur la santé et l'autonomie
4 des personnes. La sensibilisation, dès l'enfance, aux moyens à mettre en œuvre
5 pour préserver sa santé et son autonomie doivent être présents tout au long du
6 parcours de vie. Elle doit répondre à un besoin de santé et ne pas être perçue
7 comme une doctrine culpabilisante. Des habitudes alimentaires saines, la
8 pratique régulière d'activités physiques et l'exercice intellectuel à tout âge y
9 concourent. Une éducation à la nutrition doit être délivrée dès le plus jeune âge
10 notamment en milieu scolaire.

11 Des actions de dépistages (déficits visuels, auditifs, bucco-dentaires...)
12 doivent être organisées en faveur des enfants, et ceci dès la naissance, des jeunes
13 adultes, des personnes âgées.

14 Ces actions s'inscrivent dans cette logique de prévention et de bien-être qui
15 conditionne en grande partie la possibilité de bien vieillir.

16 Pour répondre au défi de l'adaptation de la société au vieillissement, c'est
17 donc toute une approche de la personne tout au long de son parcours de vie qu'il
18 faut revoir. Commencer le plus tôt possible, accompagner les personnes tout au
19 long de leur vie et plus particulièrement dans les moments de rupture, telles sont
20 les actions qui permettront à chacun de vieillir dans les meilleures conditions
21 possibles.

22 Le CESE dans ses avis sur *les enjeux de la prévention en matière de santé*,
23 Jean-Claude Etienne et Christian Corne, en février 2012 et *l'avenir de la*
24 *médecine du travail*, Christian Dellacherie, en février 2008, a identifié plusieurs
25 pistes d'actions pour prévenir les risques et engager une action pour améliorer la
26 qualité de vie ultérieure des personnes.

27 • **L'action en matière de santé**

28 - La lutte contre les addictions

29 Pour être efficace, la prévention des comportements addictifs exige un
30 approfondissement de la connaissance de leurs déterminants économiques et
31 sociaux. Des actions d'éducation, de promotion de la santé et d'information
32 doivent donc être mises en œuvre. Toutefois, dans son avis sur *les enjeux de la*
33 *prévention en matière de santé*, 2012, le CESE soulignait *l'urgence, dans*
34 *l'intérêt général et pour l'avenir, de réagir à des situations où des catégories de*
35 *la population sont particulièrement vulnérables en l'occurrence les jeunes*. Cet
36 appel conserve toute sa pertinence.

37 - L'action pour renforcer le contrôle sur les médicaments

38 Les médicaments ont contribué au recul de la maladie et à la hausse de
39 l'espérance de vie. Néanmoins le dispositif français de sécurité s'est révélé
40 défaillant. Des études plus spécifiques des effets des médicaments sur le sujet
41 âgé, comme cela existe en pédiatrie, seraient nécessaires. Pour le moins, il serait
42 utile que le référentiel mis en place par l'Haute autorité de la santé (HAS)

1 concernant la prescription médicamenteuse du sujet âgé (PMSA) soit suivi par
 2 les prescripteurs. Ceci permettrait une consommation adaptée aux besoins. La
 3 surveillance du marché et le contrôle du service rendu des médicaments doivent
 4 être renforcés. Par ailleurs, l'offre médicale doit répondre aux besoins réels des
 5 usagers pour permettre une juste consommation qui ne nuise pas à la santé des
 6 personnes âgées pour lesquelles le risque d'iatrogénie est élevé. En effet, la
 7 polymédication est fréquente et souvent nécessaire. Dès 2005, l'enquête
 8 nationale sur les effets indésirables a montré que près de la moitié des accidents
 9 médicamenteux recensés étaient évitables¹⁹. Ceux-ci sont beaucoup plus
 10 fréquents chez les plus de 65 ans²⁰. Pour ces sujets une attention particulière doit
 11 être portée à l'évaluation du risque, au suivi et à la distribution des médicaments.

12 Le médicament générique peut poser problème. Les changements de nom,
 13 de présentation et de conditionnement sont sources d'erreur et de confusion
 14 notamment chez les personnes âgées. C'est peut-être une des raisons de non-
 15 acceptation des génériques par les patients.

16 Aussi le CESE considère que l'inscription, par le pharmacien, du nom du
 17 princeps sur la boîte de médicament générique doit être systématisée et
 18 généralisée. Par ailleurs, il peut être commandé aux pharmaciens d'éviter, dans la
 19 mesure du possible, de changer de marque de générique.

20 - L'action pour la santé au travail

21 Les salariés, leurs représentants, l'employeur, la médecine du travail, le
 22 Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) doivent se
 23 mobiliser pour promouvoir le bien-être au travail. Le travail est un facteur de
 24 construction personnelle et sociale. Il détermine pour une bonne part la
 25 possibilité du bien être dans la société et du bien vieillir.

26 Dans l'entreprise, le médecin du travail, en lien avec le CHSCT dans les
 27 entreprises de plus de 50 salariés, doit combiner :

- 28 - le repérage des risques potentiellement pathogènes liés à
- 29 l'organisation et aux conditions de travail ;
- 30 - la surveillance des travailleurs exposés à des risques particuliers ;
- 31 - le dépistage des pathologies professionnelles ;
- 32 - la veille sanitaire en milieu de travail dans un objectif de santé
- 33 publique;
- 34 - les préconisations et conseils relatifs à l'aménagement des postes de
- 35 travail ;

¹⁹ *Première campagne nationale de prévention de l'iatrogénèse évitable chez la personne âgée, 2005.*

²⁰ Selon la Haute Autorité de santé, l'iatrogénie médicamenteuse a un coût humain très élevé chez le sujet âgé. Elle serait responsable de plus de 10 % des hospitalisations chez les sujets âgés, et de près de 20 % chez les octogénaires en 2005.

1 - le maintien dans l'emploi par la réorientation des salariés en difficulté
2 de santé et par l'accompagnement médical des salariés en situation de
3 rupture professionnelle.

4 Dans l'avis sur *l'avenir de la médecine du travail* précité, le CESE
5 soulignait la priorité à donner par les médecins du travail au suivi médical des
6 salariés qui en ont le plus besoin, la forte interaction de cette mission avec le
7 dépistage et l'évaluation des risques, la mise en place nécessaire d'une
8 organisation et d'un système d'information permettant la traçabilité des
9 expositions et le suivi des salariés tout au long de leur parcours professionnel.

10 Par ailleurs cet avis proposait de développer une pluridisciplinarité pour
11 mobiliser l'ensemble des compétences médicales ou techniques (ergonome,
12 psychologue du travail, toxicologue, épidémiologistes...).

13 Se donner pour objectif de faire reculer la perte d'autonomie passera
14 obligatoirement par la prise en compte du vieillissement de la population active,
15 du maintien d'un taux plus élevé de seniors dans l'emploi jusqu'à l'âge de la
16 retraite, et de l'organisation d'un suivi post professionnel.

17 La mission du médecin du travail pourrait être encouragée en matière de
18 détection (et déclaration), des handicaps, des addictions, des maltraitances
19 éventuelles (pas seulement au travail), et bien sur de campagne de vaccination et
20 d'information sur les vaccinations.

21 Le CESE constate que les visites obligatoires sont passées d'une par an à
22 une tous les deux ans, que seuls sont concernés les salariés (du privé, plus des
23 régimes spéciaux comme par exemple pour l'agriculture) et que les entreprises
24 unipersonnelles (auto-entrepreneurs, gérants mandataires...) ou travailleurs
25 indépendants, échappent à ce suivi préventif.

26 S'agissant des travailleurs indépendants ressortissant du RSI, le CESE note
27 avec satisfaction les progrès menés à travers la Commission de Médecine
28 Prévention de ce régime et son programme « Prévention pro » conduit avec le
29 soutien des organisations professionnelles, visant à proposer aux assurés une
30 consultation préventive gratuite chez leur médecin traitant, dédiée à la prévention
31 et au dépistage des pathologies d'origine professionnelle. En 2013, les
32 vétérinaires, garagistes et boulangers-pâtisseries ont été visés par ce programme ;
33 en 2014, les professionnels du bâtiment seront concernés.

34 • **L'action en matière de recherche et de partage des connaissances**

35 La recherche sur les liens entre environnement et santé doit être poursuivie,
36 cette dimension étant encore insuffisamment étudiée (*Avis du CESE Les enjeux*
37 *de la prévention en matière de santé*, précité). Or, l'état de santé des personnes
38 âgées est souvent le reflet de leurs conditions de vie et de travail. L'utilisation
39 d'une cartographie des pathologies en progression pour faire apparaître les
40 facteurs de risques sanitaires favoriserait le partage des données et des
41 connaissances. Ces dernières en matière d'environnement et de génétique
42 doivent permettre de mieux prendre en compte les risques. Les gérontopôles

1 participent de cette démarche par les projets qu'ils portent, par les liens qu'ils
2 tissent avec les différents acteurs, par leur implication dans la formation et la
3 recherche. La mise en place d'un observatoire des suicides préconisée par notre
4 assemblée dans son avis *le suicide : plaidoyer pour une prévention active*, Didier
5 Bernus, février 2013, est un autre moyen mis à la disposition de la connaissance
6 et de l'action pour prévenir le basculement dans la détresse et soutenir les
7 personnes dans les moments difficiles.

8 **Aussi, la décision prise d'une action spécifique pour prévenir le suicide**
9 **des personnes âgées, évoquée dans le rapport annexé, répond aux**
10 **préoccupations exprimées par notre assemblée.**

11 Le développement d'un «devoir d'alerte» en matière de prévention
12 constituerait par ailleurs un moyen d'informer les autorités et le public des faits
13 majeurs en matière de risques (par exemple, cartographie relative à la présence
14 de métaux lourds dans certaines régions) et d'accroître ainsi la vigilance
15 sanitaire.

16 B - DES OBSTACLES À LA PRÉVENTION DEMEURENT

17 Alors que notre système de santé a longtemps reposé sur la seule logique
18 curative la prévention doit devenir un axe majeur de l'action publique en
19 direction de tous les âges pour promouvoir le bien être tout au long de la vie.

20 Or, la protection maternelle et infantile, la médecine scolaire, universitaire,
21 dont le rôle en matière de prévention et de promotion n'est pas contesté,
22 souffrent de problèmes récurrents de financement qui perturbent leur
23 fonctionnement.

24 La situation démographique des professionnels de ces secteurs, y compris
25 des médecins du travail, est préoccupante et une revalorisation de ces
26 professions, en termes de salaire, d'organisation du travail et filières
27 professionnelles, est nécessaire.

28 Notre assemblée a constaté que la prévention n'était pas suffisamment
29 intégrée à la formation des professionnels de santé. C'est pourquoi le CESE a
30 préconisé d'inscrire la prévention dans les questions soumises au contrôle de
31 leurs connaissances (*les enjeux de la prévention en matière de santé précité*). Par
32 ailleurs, il est impératif de sensibiliser les professionnels au besoin de travailler
33 ensemble et de se coordonner.

34

1 • **Les changements, les ruptures dans les trajectoires de vie**

2 Préparer les changements, accompagner les ruptures, pour éviter les
3 parcours chaotiques et parfois des basculements qui peuvent avoir des
4 conséquences négatives sur l'état de santé, doit être une préoccupation
5 permanente.

6 - Les jeunes

7 Il faut être particulièrement attentif à la situation des jeunes. En 2012,
8 24 % des femmes et 21 % des hommes de 18 à 24 ans vivaient sous le seuil de
9 pauvreté soit un jeune sur cinq. Un jeune sur six n'a pas de complémentaire
10 santé. Cette période de vie est de plus marquée par une recherche d'autonomie.

11 Dans l'après-guerre, la période entre la fin de la scolarité et l'entrée dans la
12 vie professionnelle était courte. Aujourd'hui la durée des études s'est allongée,
13 l'entrée sur le marché du travail est plus tardive et plus difficile.

14 Face à ce constat notre assemblée a étudié les moyens à mettre en œuvre
15 pour permettre aux jeunes d'accéder aux droits sociaux afin d'éviter, entre
16 autres, des ruptures dans leur parcours de vie pouvant préempter l'avenir. Elle a
17 appelé à une politique beaucoup plus ambitieuse d'insertion des jeunes dans la
18 société par le bénéfice d'un parcours de formation et la facilitation de l'accès à
19 l'emploi. Là encore, l'accès des jeunes aux soins, au logement et à l'emploi
20 trouvera un écho certain lorsqu'ils parviendront à un âge plus avancé.

21 - La perte d'emploi

22 Dans cette même perspective de soutien à la personne, afin d'éviter l'entrée
23 dans des situations de fragilité sociale qui peuvent avoir des répercussions aux
24 âges avancés de la vie, il est nécessaire d'accompagner les personnes tout au
25 long de leur parcours professionnel. Une étude de la section des affaires sociales
26 et de la santé intitulée *La stratégie d'investissement social*²¹, a proposé une
27 nouvelle approche pour l'accès aux droits sociaux et à la formation, dénommée
28 aussi par plusieurs acteurs « sécurité sociale professionnelle » ou « sécurisation
29 des parcours professionnels ».

30 - La fin de la vie professionnelle

31 La période qui correspond à la fin de la vie active est décisive pour cultiver
32 le bien-être et le bien vieillir.

33 Le milieu professionnel est l'un des cadres de vie qui peut être mobilisé à
34 cette fin, comme le montre le développement de programmes de préparation à la
35 retraite par les caisses de retraite de base et complémentaire qu'il conviendrait de
36 généraliser. Toutefois, la prévention ne doit pas cibler uniquement le milieu
37 professionnel mais plus largement l'ensemble de cette catégorie d'âge. En effet,
38 en 2012, 47,9 % des personnes âgées de 55 à 64 ans sont actives en France
39 métropolitaine, et seules 44,5 % des 55-64 ans sont en emploi²².

²¹ *La stratégie d'investissement social*, Bruno Palier - février 2014.

²² *Emploi et chômage des 55-64 ans en 2012*, Dares, Analyses, décembre 2013, n° 083.

1 Ainsi par exemple doivent être encouragées les actions des régimes de
2 retraite proposant un bilan de santé global aux nouveaux retraités, à l'instar de
3 l'expérimentation lancée par le RSI depuis fin 2013.

4 - Le veuvage

5 C'est un autre moment difficile dans le parcours de vie. Les caisses de
6 retraite repèrent les fragilités qui peuvent se produire lors du signalement d'un
7 décès ou d'une demande de pension de réversion. Elles contribuent au soutien
8 des personnes par leurs actions sociales. Leur action doit être saluée et
9 encouragée.

10 C - LE SUIVI DE LA PERSONNE ÂGÉE

11 La prévention primaire doit cibler les pathologies fortement corrélées à
12 l'âge mais aussi détecter les facteurs de fragilité (vaccination, nutrition,
13 environnement...)

14 La diminution de la prévalence d'une maladie, la réduction de sa durée
15 d'évolution doivent relever de la prévention secondaire.

16 La prévention tertiaire doit intervenir sur les incapacités installées pour
17 limiter celles qui sont fonctionnelles et éviter les rechutes.

18 La présence chez une personne d'un nombre élevé de pathologies, le plus
19 souvent chroniques, impose une prise en charge qui, pour être efficace, doit
20 articuler les soins et l'accompagnement de la perte d'autonomie. Le médecin
21 traitant est un acteur déterminant de la coordination de l'ensemble des
22 intervenants. Il doit pouvoir être disponible pour mener à bien cette mission. La
23 veille qu'il doit organiser, par et pour le suivi de son patient, peut éviter son
24 basculement dans la perte d'autonomie. L'expertise, l'intervention de
25 professionnels ou d'institutions spécialisées pourront l'épauler pour lui permettre
26 de trouver les réponses adaptées à l'état de son patient.

27 Les actions d'accompagnement des caisses de retraite et institutions de
28 prévoyance doivent aussi être mobilisées dans ce cadre pour apporter des
29 réponses en termes d'accompagnement de la personne.

30 Les réponses à apporter peuvent être diverses (diététique, exercices
31 physiques spécifiques, aménagement du domicile, modification d'habitudes de
32 vie, programmes d'éducation, culture, présence humaine des auxiliaires de
33 vie...).

34 Le seuil du grand âge appelle donc à une vigilance particulière. Un
35 environnement social inadapté peut accroître la fragilité d'une personne. Ainsi
36 l'isolement, l'habitat, le manque de médecins, peuvent devenir des facteurs de
37 perte d'autonomie.

38 Il convient de prévoir le financement des jeunes en service civique sur des
39 missions de lutte contre l'isolement des personnes âgées et de prévention de la
40 dépendance.

1 Le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM), a estimé
 2 dans son rapport *Assurance maladie et perte d'autonomie*, en 2011, que la prise
 3 en compte de l'objectif d'accompagnement de l'autonomie – et particulièrement
 4 de l'autonomie au grand âge – était de nature à promouvoir de nouvelles formes
 5 d'organisation du système de soins et à les expérimenter. Nous partageons cette
 6 analyse. (PAERPA)

7 Aussi, le CESE considère que la médecine de premier recours doit être
 8 confortée, tant dans son modèle d'organisation que dans le rôle dévolu au
 9 médecin traitant. La télémédecine doit être un levier de cette réorganisation de
 10 l'offre de soins notamment en matière de coopération professionnelle.
 11 L'organisation des soins de premier recours doit s'articuler autour de
 12 professionnels de santé coordonnés entre eux. Cette organisation regroupée doit
 13 ainsi favoriser la continuité des prises en charge et la synergie entre les différents
 14 acteurs.

15 **III - BÂTIR LE VIVRE ENSEMBLE POUR TOUS LES ÂGES**

16 L'augmentation du nombre des âgés représente pour la société française
 17 une mutation importante. Le phénomène du vieillissement concernant nombre de
 18 pays, il est possible de s'appuyer sur de « bonnes pratiques » expérimentées
 19 ailleurs, en les adaptant aux caractéristiques de notre pays et à la diversité de ses
 20 territoires. Mais surtout, les expériences innovantes décrites ci-après, conduites
 21 avec succès sur certains territoires (réseau Villes amies des aînés, résidence
 22 intergénérationnelle Simone de Beauvoir à Rennes, label « Habitat Seniors
 23 Services », Rhône+ etc.) doivent leur réussite à une démarche partenariale
 24 conçue globalement et avec l'ensemble des acteurs. Cette chaîne d'acteurs,
 25 chacun d'entre eux travaillant sur son domaine de compétence mais en synergie
 26 avec les autres, le plus en amont possible, s'avère constituer la clé de la réussite
 27 des projets les plus aboutis.

28 **A - POUR UN URBANISME PRENANT EN COMPTE LA DIMENSION DU** 29 **VIEILLISSEMENT**

30 **1. La démarche de l'OMS d'une réflexion globale sur le** 31 **vieillissement**

32 Le réseau des « Villes amies des aînés », né en 2006 à l'initiative de
 33 l'Organisation mondiale de la santé (OMS), invite intercommunalités et
 34 municipalités à une réflexion globale sur le vieillissement. Pierre-Marie Chapon,
 35 référent en France du réseau, soulignait en audition que des villes de 22 pays en
 36 sont aujourd'hui membres et qu'en France, 19 villes y ont adhéré. Un réseau
 37 francophone des « Villes amies des aînés », affilié au réseau mondial OMS, a
 38 aussi été créé en 2012, l'absence de barrières linguistiques favorisant les
 39 échanges. Le réseau est force de propositions, apporte à ses membres une
 40 expertise d'usage et facilite les échanges de bonnes pratiques.

1 L'enjeu est de faire prendre conscience aux élus et services des
 2 collectivités territoriales que **le vieillissement impacte toutes les politiques** et
 3 doit être pris en compte, non dans les seules politiques sociales ou médico-
 4 sociales par l'adjoint en charge des âgés, mais par l'ensemble de l'équipe
 5 municipale, notamment pour le logement, l'urbanisme et le transport. Il faut
 6 aussi **changer le regard porté sur l'âge** et distinguer, dans les évolutions
 7 démographiques en cours, plusieurs catégories d'âges parmi les personnes de
 8 plus de 65 ans.

9 Un autre apport majeur de la démarche prônée par l'OMS réside dans la
 10 conviction **que les aménagements pour améliorer la qualité de vie des aînés**
 11 **bénéficieront à tous les âges** : ainsi, des trottoirs urbains surbaissés aux endroits
 12 appropriés profiteront aussi aux familles avec des enfants en bas âge. Et si
 13 abaisser des trottoirs revient cher *a posteriori*, cela ne coûte guère plus quand
 14 cette adaptation est pensée dès l'origine. Il importe de prendre des décisions
 15 adaptées en temps utile. L'objectif est aussi de **donner la parole aux âgés**, afin
 16 qu'ils accompagnent des projets promouvant une meilleure qualité de vie.

17 Quand une ville intègre le réseau OMS, le choix doit être entériné par une
 18 délibération de l'ensemble du conseil municipal, qui s'engage dans une
 19 démarche participative avec les habitants âgés mais aussi, si possible, avec
 20 l'ensemble de la population. Les projets municipaux en cours doivent être
 21 examinés, afin d'en distinguer points forts et points faibles et de dégager des
 22 problématiques prioritaires où apporter des améliorations. Le *Guide mondial des*
 23 *villes amies des aînés* met en avant pour ce faire huit thématiques : espaces
 24 extérieurs et bâtiments, transports, logement, participation à la vie sociale,
 25 respect et inclusion sociale, participation citoyenne et emploi, communication et
 26 information, soutien communautaire et services de santé²³.

27 Cette démarche n'est pas nécessairement l'apanage des grandes villes.
 28 Sylvain Waserman, maire de Quatzenheim (Bas-Rhin), commune de
 29 850 habitants distinguée en 2010 par le label français « Bien vieillir -vivre
 30 ensemble », observait lors d'un colloque²⁴ que des communes rurales peu
 31 peuplées sont confrontées à un vieillissement important de leur population et ont
 32 tout intérêt à prendre en compte ce phénomène.

33 **Le CESE se réjouit que la démarche de l'OMS et la dynamique qu'elle**
 34 **favorise, soient reconnues dans le rapport annexé au projet de loi. Il**
 35 **approuve la création d'un label « Ville amie des aînés ».**

36 **2. La délimitation de zones favorables au vieillissement**

37 Une ville comme Rennes s'est notamment employée, dans la logique de la
 38 démarche prônée par l'OMS, à définir des quartiers et des « **zones favorables au**
 39 **vieillissement** ». « *Ces zones favorables sont des secteurs correspondant au*
 40 *croisement, dans un rayon de 200 mètres, de commerces et de services de*

²³ Guide mondial des « *Villes amies des aînés* ».

²⁴ Colloque « *Bâtir des villes et des villages amis des âges* », 13 décembre 2013.

1 *proximité, de transports en commun, d'équipements publics et d'espaces verts.*
 2 *Les possibilités de réhabilitation du parc social et de réalisation de programmes*
 3 *neufs sont alors répertoriées »²⁵.*

4 La démarche mise en œuvre à Rennes met en avant trois critères majeurs :
 5 d'une part, **le logement lui-même doit être adapté** et doté d'aménagements et
 6 équipements propices à l'accompagnement du vieillissement, la notion de
 7 logement englobant l'immeuble et ses abords, car « *un logement, même bien*
 8 *aménagé, n'est pas adapté s'il se trouve dans un immeuble sans ascenseur ou*
 9 *dans un immeuble équipé d'ascenseur mais avec des escaliers pour accéder à ce*
 10 *dernier, par exemple* » ; d'autre part, **l'environnement, accessible et aménagé**,
 11 doit comprendre des commerces et services de proximité, un service de transport
 12 en commun (arrêt de bus) accessible par des cheminements sécurisés et la
 13 présence de parcs urbains ou espaces verts. Pour accompagner les acteurs locaux,
 14 commerçants, artisans, etc., la démarche du Centre national d'innovation santé
 15 autonomie et métiers (CNISAM) mérite d'être valorisée pour l'expertise et les
 16 outils qu'elle propose. Enfin, **l'intégration dans la vie sociale du quartier**,
 17 voire du « micro-quartier », est essentielle pour conjurer le risque d'isolement et
 18 de repli sur soi, en favorisant la diversité des âges et le « vivre ensemble » par
 19 des supports tels qu'espaces collectifs conviviaux, jardins partagés et services à
 20 domicile²⁶.

21 **Le CESE propose de mettre en place au niveau intercommunal un**
 22 **système permettant de rassembler les informations sur la localisation des**
 23 **logements adaptés, pour favoriser leur repérage par les personnes âgées et**
 24 **ainsi leur emménagement dans les logements qui se libèrent.**

25 L'échéance de 2015, prévue par la loi de 2005 pour faciliter l'accessibilité
 26 aux handicapés devant être sur certains points reportée, **le CESE appelle à**
 27 **mener sans attendre les actions d'accessibilité nécessaires prioritairement**
 28 **dans les zones favorables au vieillissement.**

29 **3. Vers une prise en compte du vieillissement dans l'élaboration** 30 **des documents d'urbanisme**

31 Il paraît nécessaire d'introduire la composante du vieillissement de façon
 32 systématique dans la réflexion, en amont de l'élaboration des divers documents
 33 d'urbanisme (SCoT, PLH, PLU, PLUI²⁷...), et de favoriser une meilleure
 34 coordination en la matière.

35 Intercommunal, le **Schéma de cohérence territoriale** (SCoT) est le seul
 36 document d'urbanisme « *permettant d'appréhender la problématique du*
 37 *vieillissement de manière transversale sous l'angle de l'habitat, de la mobilité et*

²⁵. CAS *Note d'analyse n°323 « Vieillesse et espace urbain : comment la ville peut-elle accompagner le vieillissement en bonne santé des aînés »*, février 2013, p. 4.

²⁶ Document de travail : *Habitat favorable au vieillissement : la démarche rennaise*.

²⁷ Plan local d'urbanisme intercommunal (PLUI).

1 *des services* »²⁸. Élaboré conjointement avec le Schéma régional d'organisation
2 médico-sociale (SROMS), il pourrait être le cadre d'une stratégie de maillage
3 entre structures sanitaires, médico-sociales, besoins de transports et services de
4 proximité, favorisant la prise en compte du vieillissement.

5 **Le Programme local de l'habitat (PLH)**, également intercommunal, **doit**
6 **déterminer « les principaux axes d'une politique d'adaptation de l'habitat en**
7 **faveur des personnes âgées et handicapées »**. Le Haut Comité pour le logement
8 des personnes défavorisées (HCPLPD) souligne toutefois la nécessité, dès le
9 diagnostic, de « *systématiser la prise en compte de l'ensemble des besoins liés*
10 *au vieillissement dans les PLH* »²⁹.

11 **Le Plan local d'urbanisme (PLU)**, définit les orientations générales
12 d'aménagement et d'urbanisme pour l'ensemble de la commune en fixant les
13 règles d'occupation des sols.

14 Ces documents d'urbanisme permettront ainsi de déterminer des secteurs
15 prioritaires pour prévoir des emplacements favorables aux logements adaptés au
16 vieillissement et réserver des espaces collectifs dédiés à la convivialité. Leur
17 élaboration sera aussi l'occasion de prévoir la réponse publique à apporter en cas
18 d'événements climatiques graves qui affecteraient particulièrement les citoyens
19 les plus vulnérables dont les âgés.

20 Le CESE propose, comme dans l'avis sur *La transition énergétique dans*
21 *les transports*, **de transférer aux intercommunalités la compétence**
22 **d'élaborer et de réviser le plan local d'urbanisme** (permis de construire,
23 permis d'aménager)³⁰.

24 **Les articles 16 et 17 du projet de loi prévoient d'intégrer la**
25 **problématique du vieillissement dans les SCoT et de systématiser la prise en**
26 **compte de la gérontocroissance dans les PLH et les PLU. Le CESE**
27 **approuve cette démarche.**

28 **4. Où vivent les retraités ?**

29 Près de 30 % des seniors et personnes âgées résident dans les villes centres,
30 40 % en périphérie des pôles urbains et 25 % dans les zones rurales³¹, cette
31 répartition variant cependant fortement selon les catégories sociales. **Les**
32 **ménages retraités les plus aisés habitent en forte proportion les grandes**
33 **zones urbaines, tandis que les plus modestes sont surreprésentés dans les**
34 **espaces périurbains et ruraux. Cette polarisation devrait s'accroître avec**

²⁸ Article « *Du territoire de vie au territoire décisionnel : enjeux d'acteurs, enjeux d'échelle et d'organisation* », Rapport *Les défis territoriaux face au vieillissement* de Pierre-Marie Chapon, Florent Renard et Sylvia Rosales-Montano, La Documentation française, 2012.

²⁹ HCPLPD, rapport *Habitat et vieillissement : vivre chez soi, mais vivre parmi les autres !* octobre 2012, p. 71.

³⁰ Avis sur *La transition énergétique dans les transports*, rapporté par Sébastien Genest et Bruno Duchemin, 2013, p. 17-18.

³¹ *Bâtir une ville pour tous les âges*, p. 15. Op. cit.

1 l'arrivée à l'âge de la retraite des générations d'actifs modestes qui se sont
2 installées en périphérie notamment à cause du moindre prix du foncier.

3 Pour autant, dans ces zones périphériques, se sont de plus en plus
4 constitués des lieux centres à l'image des centres-bourgs des villages qui offrent
5 commerces, services et animations et autour desquels peuvent se développer des
6 quartiers favorables au vieillissement. Pour les collectivités territoriales, **il**
7 **importe de les repérer pour y promouvoir des politiques d'adaptation du**
8 **logement permettant ainsi de diversifier l'offre et de proposer aux habitants**
9 **de zones pavillonnaires éloignées, des possibilités de rester dans un**
10 **environnement connu même s'ils doivent déménager.**

11 **Dans l'espace rural**, 40 % des résidences principales ont été construites
12 avant 1915, contre 25 % sur l'ensemble de la France, et un quart des
13 propriétaires occupants est confronté à la précarité énergétique. En outre, les
14 ressources des personnes âgées habitant en zone rurale sont inférieures au niveau
15 moyen des retraités³². Le cumul des difficultés a incité de nombreuses
16 collectivités locales à innover : maisons d'hébergement temporaire des Petits
17 frères des pauvres, plate-forme de services divers (expériences de téléassistance
18 avancée dans le Limousin), utilisation des véhicules de la poste pour portage de
19 repas, etc.

20 Ainsi, l'espace rural français est devenu un terrain d'expérimentation pour
21 le bien vieillir : un rapport québécois³³ a mis en évidence plusieurs dizaines
22 d'expériences en France et invitait la province de Québec à s'en inspirer.

23 **Les âgés sont plus souvent propriétaires que la moyenne des autres**
24 **générations (72 % de propriétaires contre 58 %)³⁴**. Ils sont peu présents dans le
25 secteur du locatif libre. Leur nombre par contre augmente dans le logement
26 social ; l'Union sociale pour l'habitat (USH) explique cette évolution par la
27 tendance de certains anciens propriétaires à revenus modestes de quartiers
28 périurbains à se rapprocher des centres-villes ; leur bien immobilier ayant perdu
29 de la valeur, ils ne sont plus en mesure d'acquérir un nouveau logement et optent
30 pour le logement social.

31 Au moment du départ à la retraite, on observe un phénomène de
32 déplacement vers la province, surtout vers le Sud et l'Ouest, qui a des
33 conséquences pour les communes d'accueil. Hormis ce phénomène surtout
34 francilien, la mobilité résidentielle se réduit en moyenne avec l'âge : selon une
35 étude de l'Agence nationale pour l'information sur le logement (ANIL), chaque
36 année, seulement 2 % des ménages dont une personne a 65 ans et plus change de
37 logement, contre 28 % des ménages de moins de 30 ans³⁵. Actuellement, on

³² Rapport *Bien vieillir à domicile : enjeux d'habitat, enjeux de territoires*, Muriel Boulmier, 2010.

³³ *L'atténuation du vieillissement démographique en milieu rural - inventaire des expériences étrangères et québécoises*, Majelle Simard, juillet 2006.

³⁴ Rapport du Haut comité pour le logement des personnes défavorisées, octobre 2012, p. 18.

³⁵ Source enquête logement 2006, exploitation USH, citée dans *Le logement des jeunes, ANIL habitat actualité* novembre 2011, p. 10.

1 observe une autre période de mobilité après 80 ans, lorsqu'à l'occasion d'un
 2 incident ou d'un accident de la vie, les personnes âgées sont contraintes de
 3 quitter leur logement pour rejoindre un habitat plus sécurisé. Il est souvent trop
 4 tard pour avoir, à ce stade, un véritable choix et c'est alors un déménagement
 5 vers un Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
 6 (EHPAD), d'où l'importance d'avoir une réflexion en amont et un vrai
 7 diagnostic de son logement et des aménagements souhaitables.

8 B - TRANSPORTS ET MOBILITÉ

9 1. Territoires et mobilité

10 En France, les sociologues constatent « *la montée en puissance de la valeur*
 11 *mobilité, gage d'émancipation, d'ouverture des possibles relationnels et*
 12 *professionnels* »³⁶. Cependant, la question de la mobilité des personnes âgées se
 13 pose différemment selon les capacités physiques, les ressources financières et le
 14 lieu d'habitation, engendrant des inégalités territoriales³⁷. Le vieillissement des
 15 zones périphériques et rurales entraînera des phénomènes particulièrement
 16 difficiles à gérer³⁸.

17 L'accès aux services de proximité est très hétérogène selon les territoires ;
 18 dans les zones peu denses, le mode de vie est fortement dépendant de la voiture.
 19 L'observatoire sanitaire et social d'Auvergne³⁹ a calculé que « *le temps d'accès*
 20 *aux services de santé en France est de 5 à 7 minutes, alors qu'il est de*
 21 *25 minutes en Auvergne* ».

22 **Compte tenu de l'importance que revêt la liberté de déplacement pour**
 23 **la santé, l'autonomie et la participation à la vie sociale, il y a lieu d'insister à**
 24 **nouveau sur l'intérêt de généraliser le « Diagnostic Habitat »** subventionné
 25 **par certaines caisses de retraite en y intégrant la mobilité.**

26 En ce qui concerne les déplacements quotidiens, selon les enquêtes de
 27 Béatrice Chaudet⁴⁰ auprès d'âgés autonomes vivant à Lyon en résidence non
 28 médicalisée, ceux-ci sortent deux à trois fois par semaine, principalement à pied,
 29 dans un rayon de 500 m à 1 km maximum. Les motifs de sortie sont d'abord
 30 d'aller à la boulangerie, au marché, à la pharmacie.

31 2. A pied, en voiture, sécuriser les déplacements

32 Pour sortir, se déplacer, les personnes âgées privilégient la voiture et souhaitent
 33 conduire le plus longtemps possible.

³⁶ Revue *Gérer et Comprendre*, n°113 Septembre 2013, article *Réseau ferré, mobilités spatiales et dynamiques des territoires* par Pierre Messulam et Macima Baron.

³⁷ Avis *La réduction des inégalités territoriales : quelle politique nationale d'aménagement du territoire ?*, rapporté par Paul de Viguerie, 2013

³⁸ Audition de Marie-Catherine Beaudoux, Directrice de l'atelier de Prospective Veolia Transdev.

³⁹ *L'isolement des personnes âgées et des personnes handicapées en milieu rural*, 2007.

⁴⁰ Béatrice Chaudet, *Handicap, vieillissement et accessibilité : exemples en France et au Québec*, Thèse de l'Université d'Angers, 2009.

1 **En outre, dans les villes de plus de 100 000 habitants, les personnes**
 2 **âgées pourront bénéficier des conseils en mobilité et mieux faire entendre**
 3 **leurs besoins dans les Plans de Déplacements Urbains (articles 19 et 20 du**
 4 **Projet de Loi). Le CESE considère que ces mesures vont dans le bon sens.**

5 **4. Transports urbains et interurbains**

6 A cette échelle, il apparaît nécessaire de développer une offre de transport
 7 plus souple et plus individualisée.

8 Comme l'expose le rapport du Conseil d'analyse stratégique⁴¹, dont les
 9 préconisations sont particulièrement adaptées à la problématique de la mobilité
 10 des âgés dans les zones mal desservies par les transports collectifs, c'est à
 11 l'échelle locale qu'il faut appréhender les besoins de déplacement, en prenant en
 12 compte le nombre de personnes âgées, aujourd'hui mais aussi demain, pour
 13 organiser les mobilités de proximité à l'échelle du bassin de vie.

14 Le manque de coordination entre opérateurs constitue un frein puissant à la
 15 création d'une chaîne de transport porte-à-porte efficace.

16 Pour tirer parti de toutes les possibilités des technologies de l'information
 17 et donner à l'utilisateur une information en temps réel, des centrales d'information
 18 multimodales peuvent diffuser une information dynamique sur l'offre de
 19 transport public, mais aussi sur les dispositifs de covoiturage et d'autopartage et
 20 les possibilités de passer de l'un à l'autre.

21 Des expériences existent déjà, en Alsace, dans l'Oise et dans les Côtes
 22 d'Armor. Citons également la MSA du Maine-et-Loire, qui encourage le
 23 covoiturage et les navettes collectives, notamment pour les personnes âgées.

24 **Dans un avis récent, le CESE appelle les pouvoirs publics, à l'échelon**
 25 **national et local, à encourager le développement d'une offre d'information**
 26 **instantanée multimodale comprenant les offres de covoiturage et**
 27 **d'autopartage⁴². A cet égard, l'instauration de portails d'information sur les**
 28 **intermodalités disponibles en temps réel sur le département et pour les âges**
 29 **est une bonne initiative.**

30 **5. Le transport à la demande**

31 Particulièrement adapté aux zones peu ou pas desservies par des transports
 32 collectifs, le Transport à la demande (TAD) doit être développé, articulé aux
 33 autres modes de déplacement.

34 A cet égard, la France pourrait s'inspirer des Pays-Bas, qui ont réussi à
 35 desservir une bonne partie de leur territoire grâce à Regiotaxi, un service
 36 interrégional de transport par taxi minibus, dédié aux personnes à mobilité

⁴¹ CAS *Les nouvelles mobilités dans les territoires périurbains et ruraux*, Olivier-Paul Dubois-Taine, Rapports & documents n°47 (2012).

⁴² Avis du CESE, *La transition énergétique dans les transports*, rapporté par Bruno Duchemin et Sébastien Genest, p.21.

1 réduite (personnes âgées et handicapées). Un pass est émis par les municipalités
 2 sur la base d'un certificat médical. Ce service à la demande, qui fonctionne de 7h
 3 à minuit et permet de voyager de porte à porte à tarif réduit, est aligné sur les
 4 tarifs des transports publics. C'est un service délivré par un opérateur privé mais
 5 financé par l'État néerlandais depuis 1998. Les distances parcourues sont en
 6 moyenne de 55 km ; les bénéficiaires ont 75 ans et plus.

7 En France, la SNCF s'emploie à développer une offre de TAD après la
 8 fermeture de lignes ferroviaires, mais ces services à la demande pourraient être
 9 considérablement développés si l'intermodalité était pensée dans un souci de
 10 décloisonnement et de réponse ajustée aux besoins, préalablement recensés à
 11 l'échelle des bassins de vie. Comme le préconise Pierre Messulam, directeur
 12 général adjoint de Transilien chez SNCF, faciliter les déplacements avec plus de
 13 souplesse et de services porte-à-porte suppose également de développer une offre
 14 train+taxi, comme l'organisent déjà certains départements, de promouvoir
 15 l'autopartage et le covoiturage, de développer les taxis partagés.

16 En ce domaine, l'initiative Citizen Mobility a fait office de précurseur.

Citizen Mobility : Créée en août 2011 avec l'aide de la MACIF et de la ville de Paris, cette Société coopérative et participative (SCOP) offre un service de taxis partagés, donc moins chers et s'inscrit dans une démarche plus écologique. En outre, pour assurer le déplacement de personnes âgées isolées à faible revenus, cette SCOP est en train de développer ce service à partir d'un site dédié à la « senior mobilité » en région parisienne

17 **6. Développer le transport accompagné**

18 **Pour les personnes qui n'osent ou ne peuvent plus se déplacer seules, le**
 19 **transport accompagné doit être développé, en s'inspirant d'expériences**
 20 **validées telles que « Sortir + » dont les initiateurs ont été auditionnés⁴³.**

21 L'initiative « Sortir + » lancée en 2005 par l'AGIRC-ARRCO, concerne
 22 les personnes âgées de 80 ans et plus qui, une fois identifiées par la CNAV ou la
 23 CARSAT au plan local, reçoivent un courrier informatif. Les participants
 24 intéressés contactent le groupe référent de leur département qui reçoit leur
 25 participation financière (10 %) et lui envoie les chèques type « Chèque emploi
 26 service universel (CESU) », l'AGIRC-ARCO finançant les 90 % restants.
 27 « Sortir + » bénéficie aujourd'hui à 45 000 personnes.

28 Cette initiative pourrait être portée par d'autres organismes de retraite ou
 29 des mutuelles.

30 **7. Le tourisme des seniors**

31 Le tourisme des seniors est une réalité aux retombées économiques
 32 importantes. Dans les pays européens⁴⁴, c'est l'un des secteurs d'activité

⁴³ Anne de Saint-Laurent, Directrice de l'action sociale AGIRC-ARRCO

1 économique qui bénéficie le plus de l'accroissement du nombre de seniors. Selon
 2 une récente étude d'Eurostat, les plus de 65 ans génèrent désormais un quart des
 3 recettes touristiques au niveau européen, contre 15 % en 2006. La durée de leurs
 4 séjours est plus longue que les autres groupes d'âge. En France, le Programme
 5 Seniors en Vacances développé par l'Agence nationale pour les chèques
 6 vacances connaît un véritable essor : 45 000 personnes en ont bénéficié en 2012,
 7 soit 31 % de plus que l'année précédente.

8 30 659 d'entre elles, non imposables, ont bénéficié d'une aide financière de
 9 l'Agence nationale pour les chèques-vacances (ANCV). Un séjour de 5 jours
 10 revient, pour celles-ci, à 150 euros hors transport. Fruit d'un partenariat ANCV-
 11 CNAV, ce programme sera conforté, notamment en faveur des âgés dépendants,
 12 comme l'annonce le projet de rapport annexé au projet de loi.

13 En Espagne, on peut déjà mesurer l'impact d'un programme similaire qui a
 14 été développé depuis 1985. Les bénéficiaires, âgés de 65 ans ou plus, doivent
 15 remplir des conditions de ressources et être autonomes. En 25 ans, le programme
 16 a bénéficié à plus de 6 millions de seniors.

17 **Le rapport annexé au projet de loi, prévoit d'inclure un volet « Silver**
 18 **tourisme » dans la Silver économie. Le CESE souligne l'importance de cet**
 19 **enjeu pour renforcer l'attractivité de la France comme destination de**
 20 **tourisme pour seniors d'autres pays.**

21 8. Mobilité numérique

22 Communiquer, échanger, bavarder avec un proche même très éloigné ne
 23 nécessite plus obligatoirement de sortir de chez soi. Les technologies de la
 24 communication le permettent déjà. Demain, de plus en plus de services passeront
 25 par l'usage de tablettes numériques, un équipement en passe de devenir essentiel
 26 pour vieillir chez soi sans être coupé du monde et des services dont chacun a
 27 besoin. Ces outils intelligents peuvent en effet servir à de multiples applications :
 28 rester en contact avec ses proches - se parler en se voyant les uns les autres est
 29 très apprécié - ou appeler son aide-soignante, mesurer son diabète, organiser un
 30 déplacement... Comme le notait Fleur Pellerin⁴⁴, « *le numérique permet de*
 31 *repousser les limites de l'autonomie* ». L'expérience de la plate-forme de
 32 téléassistance avancée dans les départements du Limousin - développée dans le
 33 présent avis - est à cet égard tout-à-fait convaincante.

34 **Le projet de rapport annexé au projet de loi indique que « la**
 35 **revalorisation de l'APA ou une meilleure solvabilisation des aides techniques »**
 36 **doit permettre aux personnes aux ressources trop limitées d'avoir accès à**
 37 **ces équipements** favorisant la coordination et sans doute la rationalisation des
 38 coûts de l'aide à domicile.

⁴⁴ *Relever le défi politique de l'avancée en âge - Perspectives internationales*, rapport Pinville remis à M. le Premier ministre, Janvier 2013.

⁴⁵ World Open Forum 2012.

1 **Le CESE considère qu'il s'agit d'un enjeu important dans une logique**
 2 **d'égalité et d'aide au maintien à domicile.**

3 C - ADAPTER SON « CHEZ SOI »»

4 L'adaptation du logement⁴⁶ est un enjeu majeur qui contribue à prévenir le
 5 vieillissement, permet aux âgés de rester à domicile plus longtemps dans de
 6 bonnes conditions de sécurité et prévient le risque de chutes. **Cet enjeu est**
 7 **avant tout humain**, car rester plus longtemps à leur domicile est le choix
 8 exprimé par la grande majorité des âgés, mais il est aussi économique, car le
 9 départ prématuré de nombre d'entre eux en EHPAD, à la suite d'un accident,
 10 représente un coût important pour l'assurance maladie et plus largement pour la
 11 collectivité. Ainsi, selon l'Institut national de prévention et d'éducation pour la
 12 santé (INPES), sur 450 000 chutes qui interviennent chaque année, 62 % se
 13 produisent au domicile de personnes âgées, entraînant des départs précoces en
 14 institution. Selon l'Institut de veille sanitaire (INVS), plus des trois quart des
 15 décès consécutifs à des chutes concernent des personnes âgées de plus de
 16 75 ans⁴⁷.

17 **1. Rénover l'existant**

18 Selon l'enquête Share de 2006-2007, 6 % seulement des logements sont
 19 adaptés et équipés en France pour faire face au handicap, soit un niveau proche
 20 de la situation moyenne dans l'Union européenne, mais inférieur à celui des
 21 Pays-Bas (16 % de logements adaptés) et du Danemark (12 %), pays ayant
 22 réalisé des efforts très importants en ce domaine. L'Agence nationale de l'habitat
 23 (ANAH) estime le nombre de logements occupés par des ménages de 60 ans et
 24 plus en France ayant besoin d'être adaptés à 2 millions. Parmi eux, 1,1 million
 25 sont éligibles aux aides de l'ANAH, dont 830 000 occupés par leur propriétaire
 26 et 240 000 par des locataires⁴⁸.

27 Progresser dans l'adaptation des logements est un enjeu majeur. Or, si la loi
 28 de 2005 impose que les nouveaux logements soient, quasi sans exception,
 29 accessibles à tous, « *les contraintes concernant le stock des logements sont, au*
 30 *contraire, pratiquement inexistantes* »⁴⁹, comme le relève le CAS. Il n'y a ainsi
 31 pas d'obligation d'installer un ascenseur dans un immeuble d'habitation ancien,
 32 même si la majorité des résidents sont des âgés, et la copropriété ne peut être
 33 obligée à réaliser des travaux concernant les parties communes⁵⁰. Le coût

⁴⁶ Les travaux d'adaptation au vieillissement mis en avant par l'ANAH peuvent fournir une base de définition du logement adapté.

⁴⁷ *Mortalité par accident de la vie courante en France métropolitaine*, Linda Lasbeur et Bertrand Thélot, Institut de veille sanitaire, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* n°8, mars 2010, p. 67.

⁴⁸ CAS, « *L'adaptation du parc de logements au vieillissement et à la dépendance* », *Note d'analyse* n° 245, p. 2. (2011).

⁴⁹ CAS *Note d'analyse* n° 245 p. 2. (2011), p. 5.

⁵⁰ CAS, *Note d'analyse* n°245

1 d'adaptation d'un logement au vieillissement varie entre 5 000 et 10 000 €. De
2 plus, beaucoup de ces logements souffrent par ailleurs de précarité énergétique.
3 Si les nouvelles générations de retraités ont des revenus moyens proches de ceux
4 des actifs, nombre de retraités propriétaires disposent de revenus limités, ce qui,
5 avec le refus fréquent d'accepter la réalité de leur fragilité, les incite à différer les
6 travaux nécessaires.

7 Différents dispositifs d'aides existent : l'ANAH subventionne ainsi à 50 %
8 les travaux d'adaptation dans la limite de 20 000 € hors taxe pour les
9 propriétaires occupants, avec un plafond de revenu ; si l'aide est importante,
10 *« les règles actuelles ont l'inconvénient de ne pas permettre le financement en*
11 *prévention, l'aide étant accordée sur la base d'une évaluation du GIR »*⁵¹ ; pour
12 les copropriétés, l'ANAH subventionne à hauteur de 70 % les travaux
13 d'accessibilité, et ce dans la limite de 15 000 € de travaux.

14 L'ANAH peut en outre apporter son concours dans le cadre d'Opérations
15 d'amélioration programmée de l'habitat (OPAH), avec le concours de
16 collectivités.

17 D'autres types d'aides ont été mises en place notamment par les
18 communes, des départements, ainsi que par certaines caisses de retraite pour les
19 personnes en GIR 5 et 6. Existe par ailleurs un crédit d'impôt couvrant 25 % des
20 dépenses, celles-ci ne pouvant excéder 5 000 € pour une personne seule et
21 10 000 € pour un couple au titre de dépenses d'installation ou de remplacement
22 d'équipements conçus pour les personnes âgées, les ménages non imposables
23 pouvant bénéficier d'un crédit d'impôt.

24 Ces aides diverses favorisent les financements d'adaptation des logements,
25 mais le montage des opérations est complexe et les personnes âgées ou leurs
26 familles n'en ont pas nécessairement connaissance. Une diversité de
27 compétences, ergothérapeutes, architectes, artisans... doit être associée lors de la
28 conception du projet pour apporter un accompagnement complet à la personne
29 âgée. Une enquête du CREDOC auprès de bénéficiaires de l'action sociale de la
30 CNAV montre que les deux tiers d'entre eux ignoraient l'existence d'aides
31 financières pour ces travaux⁵². Un effort pour les faire connaître est donc
32 indispensable.

33 **Les articles 6 et 7 du projet de loi prévoient la coordination entre les**
34 **différents acteurs pour améliorer l'efficacité de ces aides, ce qu'approuve le**
35 **CESE.**

36 **Le rapport annexé au projet de loi fait du soutien à l'effort**
37 **d'adaptation des logements privés comme instrument de prévention, sa**
38 **première priorité. Cette priorité sera notamment portée par l'ANAH dans**
39 **le cadre d'un plan autonomie pour l'adaptation de 80 000 logements privés**
40 **sur la période 2014-2017.**

⁵¹ Rapport du HCPLPD, p. 29.

⁵² Credoc *Consommations et modes de vie* n°245, novembre 2011, p. 4.

1 **Le CESE insiste sur la nécessité d’encourager les seniors à avoir une**
 2 **démarche anticipatrice et allier autant que possible les travaux d’adaptation**
 3 **et les travaux de rénovation énergétique.**

4 Cet objectif de 80 000 logements adaptés sur 5 ans apparaît toutefois
 5 relativement faible au regard du nombre total de résidences principales, dont il
 6 représente de l’ordre de 0,3 %, et de l’augmentation du nombre de personnes
 7 âgées de plus de 65 ans qui devrait être de l’ordre de 1,2 M sur la période 2014-
 8 2017. **Cet effort, qui intervient il est vrai dans un contexte budgétaire très**
 9 **contraint, ne contribuera en lui-même que trop faiblement à augmenter la**
 10 **part de logements adaptés au vieillissement, ce d’autant que l’ANAH est de**
 11 **façon récurrente un parent pauvre dans les choix budgétaires nationaux.**

12 Cet effort peut jouer toutefois un rôle de signalement important pour inciter
 13 des propriétaires âgés qui en ont les moyens financiers à entreprendre eux aussi,
 14 dans toute la mesure du possible de manière préventive, les adaptations
 15 nécessaires dans leur logement.

16 Celui-ci viendrait ainsi amplifier le rôle que jouent déjà en la matière
 17 certaines caisses de retraite, comme l’AGIRC-ARCCO, qui propose à ses
 18 ressortissants un diagnostic « *Bien chez soi* », avec une participation forfaitaire
 19 de 150 € correspondant à la prestation d’un ergothérapeute⁵³.

20 **Le CESE recommande d’inciter l’ensemble des caisses de retraite à**
 21 **proposer des diagnostics habitat/mobilité, intégrant la précarité**
 22 **énergétique, à leurs ressortissants dès la retraite de ceux-ci, pour évaluer les**
 23 **conditions d’adaptation de leur logement et permettre aux seniors d’avoir**
 24 **une vision sur les décisions à prendre pour un avenir confortable et sécurisé.**

25 **Le CESE préconise le lancement par le gouvernement d’un plan de**
 26 **communication national pour inciter les seniors à avoir recours à ce**
 27 **diagnostic et à entreprendre les travaux nécessaires. La mise en place d’un**
 28 **portail national déclinant toutes les aides possibles, avec communication**
 29 **régulière sur ces possibilités, y contribuerait.**

30 **L’amélioration du crédit d’impôt pour l’adaptation du logement prévu**
 31 **par le rapport annexé au projet de loi va dans ce sens.**

32 Dans l’existant, vu l’ampleur du défi (94 % des logements non adaptés en
 33 France), le rapport annexé à la loi dans son paragraphe 1.1.1 évoque plusieurs
 34 possibilités pour « faciliter le financement des travaux d’adaptation ». D’une
 35 part, le viager hypothécaire, forme améliorée par la loi de 2006 mais très peu
 36 utilisé et, d’autre part, le « viager intermédié » imaginé par la Caisse des Dépôts
 37 et l’USH qui garantirait par la présence du bailleur social, des risques liés à la
 38 transaction.

39 L’utilisation de ces produits fait débat aujourd’hui.

⁵³ Entretien avec Mme Saint-Laurent, directrice générale de l’Action sociale AGIRC-ARCCO.

1 **Compte tenu des montants évoqués pour des travaux simples**
 2 **d'adaptation d'un logement, souvent inférieurs à 10 000 €, le CESE**
 3 **considère que les formules de prêts (microcrédits ou prêts viagers**
 4 **hypothécaires) devraient être facilitées par les établissements bancaires**
 5 **pour permettre aux âgés d'y accéder facilement et encourager ainsi**
 6 **l'adaptation d'un nombre beaucoup plus importants de logements privés.**

7 **2. Logements neufs : le pari du « design universel »**

8 La construction de logements neufs adaptés au vieillissement constitue un
 9 autre enjeu important. Le nombre de logements neufs construits par an est
 10 actuellement de l'ordre de 1 % du parc et les évolutions permises par ces
 11 constructions neuves sur le parc total de logements seront donc relativement
 12 lentes. Mais le logement constitue un investissement de long terme, construit le
 13 plus souvent pour 100 ans. C'est donc la France et l'habitat de demain que la
 14 construction des logements futurs permet de bâtir.

15 Le design universel est à cet égard un concept dont la prise en compte par
 16 les promoteurs revêt une importance certaine pour l'adaptation d'un nombre
 17 croissant de logements neufs au vieillissement, à des coûts relativement faibles.
 18 Cette notion désigne des produits - en l'espèce des logements - adaptés au plus
 19 grand nombre, de manière à pouvoir convenir à l'ensemble de la population, à
 20 tous les âges de la vie. La relative standardisation qui en découle, par les
 21 économies d'échelle qu'elle permet, tend à réduire les surcoûts engendrés⁵⁴.

22 Or, comme le notait déjà le CESE dans son avis sur *Le logement autonome*
 23 *des jeunes*, rapporté par Claire Guichet, entre 1970 et 2006, les deux tiers de
 24 l'accroissement du nombre de logements en France ont été constitués de maisons
 25 individuelles, notamment sous la forme de pavillons dans le périurbain, en
 26 périphérie des villes ou à la campagne. Ce parc immobilier risque fort de ne pas
 27 correspondre aux besoins d'une population vieillissante, pour qui pouvoir
 28 accéder facilement aux services de proximité deviendra difficile.

29 Le CESE souligne donc, comme il l'avait déjà noté dans son avis sur *La*
 30 *transition énergétique dans les transports*, l'importance de densifier les centres-
 31 villes et les bourgs-centres et d'y orienter une part importante des nouvelles
 32 constructions.

33 De même, la taille moyenne des logements construits au cours des trente ou
 34 quarante dernières années s'est fortement accrue pour atteindre 90 m² environ,
 35 (les logements d'une et deux pièces formaient seulement 18,2 % du parc des
 36 résidences principales en 2006 (ENL 2006) et ce alors même que la taille
 37 moyenne des ménages se réduisait fortement).

38 **La taille des logements à construire fait pour autant débat.**
 39 Selon Alain Jacquot, la diminution de la taille des ménages ne signifie pas
 40 nécessairement qu'il serait souhaitable de construire des logements plus petits.

⁵⁴ Rapport de Martine Pinville au premier ministre, *op. cit.* p. 26 et 27.

1 En effet, à mode de cohabitation donnée, la surface par personne tend à
 2 augmenter avec l'âge, or, la population vieillit. A âge donné, une personne seule
 3 consomme par tête plus de surface habitable car elle souhaite conserver une
 4 « capacité à recevoir », or, la proportion de personnes seules s'accroît. Enfin, à
 5 âge et mode de cohabitation donnés, la surface par personne tend à augmenter au
 6 cours du temps, sous l'effet de la progression du niveau de vie⁵⁵.

7 Il ne s'agit donc pas, pour ce qui concerne la réponse aux besoins des
 8 personnes âgées dont le nombre s'accroîtra très fortement, de construire
 9 massivement des studios !

10 Pour autant, trop de promoteurs immobiliers continuent de concevoir des
 11 programmes avec, comme produit standard, des F4 comprenant un séjour et trois
 12 chambres, pour répondre au modèle de la famille type de deux parents et deux
 13 enfants, alors que **le vieillissement rendrait nécessaire la construction de**
 14 **davantage de F2 et de F3 dans des « zones favorables au vieillissement »**. Ces
 15 logements nouveaux et adaptés correspondraient à la demande de seniors
 16 désirant, au début de leur retraite, trouver des logements plus conformes à leurs
 17 besoins tout en préparant leur propre vieillissement, ou à ceux 70 ans et plus de
 18 déménager pour se rapprocher du centre-ville ou du centre-bourg.

19 La loi du 11 février 2005 a créé pour les logements neufs de
 20 nombreuses obligations légales, avec notamment une accessibilité généralisée
 21 des parties communes à tous. Selon le *Rapport annuel 2009 du Conseil d'État*,
 22 les coûts estimés par le ministère du Logement du renchérissement des coûts de
 23 construction résultant de ces nouvelles normes représenteraient environ 6 % des
 24 coûts de construction⁵⁶. Une solution pourrait consister, comme l'a proposé le
 25 CAS, à maintenir les obligations prévues par la loi de 2005 pour les parties
 26 communes, tout en n'imposant plus de produire des logements adaptés que pour
 27 un pourcentage approprié des programmes de construction⁵⁷.

28 **La démarche Rhône +**

29 Depuis 2010, le Conseil général du Rhône a engagé une démarche visant à
 30 réunir des bailleurs sociaux ainsi que des promoteurs privés, autour d'une charte
 31 du logement adapté. La démarche « Rhône + » s'est fondée sur le constat que les
 32 logements adaptés bénéficient trop souvent aux personnes qui en ont besoin
 33 pendant une période relativement courte, quatre ans en moyenne, au regard du
 34 coût des aménagements effectués. Les locataires suivants retirent en effet le plus
 35 souvent les équipements, engendrant un gaspillage, alors que d'autres ménages
 36 de personnes âgées ou handicapées en auraient eu besoin.

37 Le Conseil général du Rhône s'est ému de cette dépense mal utilisée.
 38 N'ayant pas de compétence en matière d'urbanisme, il a initié une démarche de

⁵⁵ Alain Jacquot, « Combien de logements construire chaque année ? », *Constructif* n°32 (juin 2012) et Avis du CESE *Le logement autonome des jeunes*, p. 43).

⁵⁶ Cf. *Rapport annuel 2009 du Conseil d'État : Droit au logement, droit du logement*, cité par CAS, *Note d'analyse* 245, p. 5.

⁵⁷ CAS, *Note d'analyse* n°245.

1 réflexion coordonnée entre les différents acteurs (collectivités locales,
2 promoteurs immobiliers, bailleurs sociaux) pour imaginer un cahier des charges
3 de logements adaptés dans un programme équilibré qui permette la
4 solvabilisation du projet.

5 Pour favoriser l'inclusion des âgés dans la société, il a été jugé préférable,
6 plutôt que de bâtir des immeubles dédiés, de regrouper au sein d'un immeuble
7 quelques logements adaptés, ce qui rend opérationnelle l'organisation de services
8 dès lors que plusieurs personnes souhaitent en bénéficier.

9 L'équilibre semblait atteint avec 20 à 25 % de logements adaptés par
10 immeuble, les parties communes étant elles-mêmes conçues pour faciliter la
11 mobilité (ce qui augmente la qualité de vie de l'ensemble des habitants), au sein
12 d'un environnement favorable doté de commerces et de services.

13 Après expérimentation, le Conseil général s'est attaché à définir une charte
14 du « vivre chez soi » respectant un cahier des charges définissant les
15 caractéristiques techniques d'adaptation du logement dès sa construction et fondé
16 sur les normes d'accessibilité de la loi de 2005. La Charte y ajoute des critères
17 complémentaires, notamment quant à la localisation, et vise donc des immeubles
18 de centre bourgs. L'objectif est de mettre en œuvre à terme cette politique sur
19 l'ensemble du territoire rhodanien, les maires du département qui le souhaitent se
20 faisant le relais de la Charte en demandant aux promoteurs qui réalisent des
21 opérations sur leur commune de l'appliquer.

22 La démarche se veut pragmatique : il ne s'agit pas d'équiper l'intégralité
23 des immeubles, des sous-sols aux derniers étages ; le cahier des charges peut être
24 allégé pour la réhabilitation des logements anciens ; les logements doivent
25 comporter au moins deux chambres, notamment pour recevoir si besoin un
26 accompagnant de nuit ; l'équipement en matériels les plus modernes mettant en
27 œuvre télémédecine, télésurveillance etc. doit être anticipé ; équiper un logement
28 isolé loin des centre-bourgs, sans accès à des services de proximité, ne serait pas
29 efficace.

30 Quand l'adaptation est prise en compte dès le départ pour un nombre de
31 logements limité et pour l'essentiel des parties communes (hors sous sol),
32 l'expérience du Rhône montre que ce choix n'engendre pas de surcoûts
33 importants pour les constructeurs. A titre d'exemple, pour assurer cet équilibre
34 financier, il pourrait être envisagé, dans les règlements d'urbanisme, que puisse
35 être négociée une réduction de places de parking contre un effort particulier pour
36 l'accessibilité de l'immeuble à l'extérieur et dans les parties communes et la
37 présence d'un minimum de logements adaptés.

38 L'engagement des partenaires du Conseil général (promoteurs immobiliers,
39 bailleurs, associations, collectivités, institutions de retraite et de prévoyance,
40 organismes financiers etc.) a déjà conduit à appliquer la charte à 80 programmes
41 immobiliers en cours de construction, correspondant à près de 500 logements
42 adaptés dans le parc public et le parc privé, qui seront livrés d'ici 2016 sur une

1 quarantaine de communes du Rhône sans que le Conseil général ait à verser de
2 subvention pour ces opérations.

3 M. Pierre Jamet, initiateur du projet « Rhône + » lorsqu'il était directeur
4 général des services du Conseil général du Rhône, estimait en audition que la
5 décision du pourcentage de logements adaptés devait être laissée aux communes,
6 selon leurs possibilités et les caractéristiques de chacun des territoires, même s'il
7 faut tendre vers une moyenne de 20 % au regard de l'importance de
8 l'anticipation et de la préparation de la dépendance. Plutôt que d'imposer une
9 norme législative, **il serait plus judicieux d'imposer une obligation de**
10 **schémas départementaux.**

11 La démarche initiée par le Conseil général avec la charte Rhône + témoigne
12 de l'importance de la concertation en amont pour aboutir à une solution adaptée
13 au territoire et acceptée par les partenaires. **Pour le CESE, la coopération mise**
14 **en œuvre en la matière apparaît l'une des clés de la réussite.**

15 **A l'image du Conseil général du Rhône, le CESE, comme le préconise**
16 **le projet de rapport annexé au projet de loi, suggère que les départements**
17 **soient les initiateurs de la démarche et mettent en place des Programmes**
18 **d'intérêt général en matière d'adaptation des logements (à l'instar des plans**
19 **d'insalubrité ou de rénovation thermique).**

20 **3. L'adaptation du logement social au vieillissement**

21 Si les personnes âgées sont légèrement sous-représentées dans le parc
22 social comparé aux autres catégories de la population, leur part s'est accrue ces
23 dernières années. A terme, le HCPLPD estime que, de 20 % aujourd'hui, la part
24 des plus de 65 ans locataire du parc social s'élèvera à 35 % en 2035⁵⁸.

25 a) Qui sont-ils, pourquoi cette augmentation ?

26 Les locataires âgés du parc social sont en premier lieu les personnes qui y
27 ont vieilli. Elles ont, pour la plupart, accédé au parc il y a longtemps avec de
28 jeunes enfants. Ces derniers ont quitté le foyer familial, un des deux conjoints est
29 parfois décédé mais la personne âgée est restée dans son domicile. Auparavant,
30 le logement social faisait partie d'un parcours résidentiel aujourd'hui grippé, qui
31 conduisait la majorité des jeunes ménages à accéder dans un second temps à la
32 propriété ou à emménager dans un logement du parc locatif privé correspondant
33 davantage à leurs aspirations. Les prix tant des loyers du secteur privé que des
34 biens immobiliers ayant subi de très fortes hausses, les habitants du parc social y
35 sont restés. 47 % des locataires du parc social de plus de 65 ans ont des revenus
36 inférieurs à 930 €/mois, 80 % d'entre eux ont moins de 1 380 €.

37 Les personnes de plus de 65 ans représentent 7 % des nouveaux entrants.
38 Soit elles ont du vendre leur bien immobilier devenu inadapté ou bien la baisse
39 de leurs revenus les conduit à chercher un logement moins cher, soit encore,

⁵⁸ *Habitat et vieillissement : vivre chez soi mais vivre parmi les autres*, 17^{ème} rapport du Haut Comité pour le logement des personnes défavorisées –octobre 2012.

1 confrontées à des problèmes de santé, elles ont du s'orienter vers un logement
2 plus adapté, notamment en ce qui concerne l'environnement. C'est le cas des
3 personnes habitant dans un périurbain éloigné des commerces et des services et
4 désirant se rapprocher des centres-bourgs.

5 La présence dans le parc social de personnes âgées n'ayant pas quitté leur
6 logement génère une sous-occupation de logements sociaux de grande taille,
7 conçus pour des familles. 16 % des logements du parc social occupés par des
8 plus de 65 ans sont, de ce fait, sous-occupés. La loi Molle de 2009 garantit
9 d'ailleurs le maintien dans les lieux pour les plus de 65 ans qui désirent rester
10 dans leur domicile. Elles y ont leur repère, ont tissé du lien social avec leur
11 voisinage et, souvent fragilisées, sont rétives à l'idée de déménager. Malgré
12 l'encouragement de certains bailleurs sociaux à opérer une mutation au sein du
13 parc social, notamment pour accéder à un logement plus adapté au vieillissement
14 ou à la taille plus conforme à leurs besoins, le taux de rotation des logements est
15 en diminution. Les obstacles aux mutations sont nombreux : réticence des
16 occupants, manque de petits logements dans le parc social et prix du relogement,
17 même si nombre d'organismes HLM sont de plus en plus vigilants et proposent
18 des logements au loyer a minima identique au logement quitté par la personne
19 âgée, voire moindre.

20 *b) Le rôle des bailleurs sociaux dans l'accompagnement du* 21 *vieillessement*

22 Les bailleurs sociaux ont globalement (mais très inégalement) pris la
23 mesure du phénomène du vieillissement. Certains s'avèrent être à la pointe de
24 l'innovation urbaine et sociale.

25 Si l'adaptation des logements, dans les constructions neuves de l'habitat
26 social, est programmée en amont, son coût est assez faible. Elle profite de
27 surcroît à un public plus large que le public cible : ouvertures pratiques pour les
28 poussettes, les courses etc. dans l'esprit du design universel facilitant la vie de
29 tous. L'impulsion de l'État est nécessaire⁵⁹ mais l'initiative locale doit être
30 privilégiée. Les collectivités locales ont un rôle important à jouer dans la prise en
31 compte du vieillissement, en particulier lors de l'élaboration des documents
32 d'urbanisme. Elles doivent accompagner les bailleurs sociaux dans la
33 connaissance et la gestion locative des personnes âgées de leurs territoires et
34 favoriser les réseaux de partage d'expériences innovantes. La démarche du
35 Conseil général du Rhône (Rhône +) ci-dessus citée est à cet égard exemplaire.

36 Les expériences intergénérationnelles et les résidences et/ou logements
37 dédiés se multiplient : pavillons individuels adaptés au vieillissement à proximité
38 des commerces et services à Longwy ; immeuble construit par l'OPHLM de
39 Haute-Savoie mixant petits et grands logements évolutifs en fonction de la
40 composition des ménages, dont certains logements communiquent entre eux,

⁵⁹ Le HCLPD propose un programme national d'incitation à la construction de logements sociaux ou privés pour les personnes âgées en centre-bourg page 40.

1 permettant à une famille de vivre en grande proximité avec un aîné ; « papy
2 loft » en Normandie autour d'un espace-club, implanté en centre-bourg ; quartier
3 intergénérationnel à Nancy dans lequel est inséré un EPHAD etc. Les projets
4 intergénérationnels regroupant des logements dédiés dans un environnement
5 mixte sont moins stigmatisants et favorisent des liens sociaux plus diversifiés
6 que des constructions totalement dédiées aux aînés

7 Certains bailleurs sociaux sont allés plus loin dans la démarche en se
8 regroupant au sein d'une association (Delphis⁶⁰) qui, en 2005, a créé un label
9 Habitat seniors services (HSS) visant à mettre en place un dispositif complet de
10 maintien à domicile pérenne, *via* des adaptations techniques des logements et des
11 parties communes mais aussi grâce à une palette de services aux résidents pour
12 un maintien à domicile de qualité. Le label se veut l'outil d'une politique
13 préventive qui cible avant tout les seniors autonomes, en instaurant un cahier des
14 charges techniques (différent selon que le logement est neuf ou ancien) avec une
15 gestion locative et de proximité adaptée (côté bailleurs) et des services
16 optionnels fournis par des tiers (associations, partenaires du soin à domicile,
17 etc.). Tous les personnels du bailleur social travaillant directement ou
18 indirectement avec les seniors doivent être formés à la problématique du
19 vieillissement et de sa prévention. La mise en œuvre du label fait l'objet
20 d'évaluations régulières par des organismes indépendants agréés (type AFNOR)
21 et par des enquêtes auprès du public visé. Un système de pilotage vise à ce que le
22 logement adapté soit réattribué prioritairement à une personne âgée lorsqu'il est
23 libéré. La signature d'une charte de bon voisinage est encouragée, chacun
24 s'engageant à de menus services aux âgés de leur immeuble (petit bricolage,
25 changement de consommables etc.).

26 Le label Dephis, souple d'application mais plus large que la loi de 2005
27 quant au public concerné (les personnes âgées sont bien plus nombreuses que les
28 personnes handicapées), peut pour sa part être développé sur 40 à 50 % du
29 patrimoine existant. Tous les logements anciens ne peuvent en revanche faire
30 l'objet d'une adaptation (localisation géographique inappropriée, configuration
31 des lieux impossible à modifier etc.).

32 **Le CESE considère qu'un tel label devrait être étendu, au bénéfice du**
33 **plus grand nombre, dans l'esprit du design universel.**

34 Le fait d'engager des dépenses pour l'accessibilité et l'adaptation des
35 logements aux personnes en situation de handicap permet d'être exonéré de la
36 Taxe foncière sur les propriétés bâties (TFPB). L'État compense pour partie la
37 perte des recettes des collectivités à hauteur de 90 %. Ce système est très incitatif
38 pour les bailleurs sociaux, qui justifient *a posteriori* les dépenses engagées et
39 n'ont donc pas besoin d'une autorisation préalable. Toutefois, les interprétations
40 réglementaires divergent selon les centres des finances publiques. Cette aide peut

⁶⁰ L'association Delphis réunit aujourd'hui 27 SA de HLM gérant environ 5 % du parc, soit plus de 250 000 logements.

1 être concurrencée par celles octroyées dans le cadre de travaux générant des
2 économies d'énergie.

3 **Le CESE estime que les aides fiscales dont bénéficient les bailleurs**
4 **sociaux pour l'adaptation des logements aux handicapés doivent être**
5 **étendues aux aménagements réalisés pour accompagner le vieillissement.**

6 c) Inciter le développement de l'adaptation des logements sociaux

7 Pour élargir les actions des bailleurs sociaux en faveur de l'adaptation,
8 **il serait utile d'identifier dans le parc social les ensembles immobiliers**
9 **favorables à l'accueil des âgés** au regard de l'environnement et des possibilités
10 offertes par le bâti et d'organiser la traçabilité des logements adaptés et pour les
11 réaffecter au public cible, lorsqu'ils ont été libérés. Si le Code de la construction
12 et de l'habitation ne permet pas le fléchage des attributions, par exemple en
13 fonction de l'âge ou de l'autonomie des demandeurs, certains bailleurs sociaux
14 œuvrent intelligemment en ce sens. Le rapport *Concertation sur les attributions*
15 *des logements sociaux* remis en 2013 à la ministre du logement⁶¹ recommande
16 l'élaboration de conventions intercommunales, inter-bailleurs et attributaires
17 organisant les mutations internes. Le rapport Broussy⁶² préconise pour sa part la
18 création d'une banque de données des logements adaptés auprès de la Maison
19 départementale de l'autonomie (MDA), en partenariat avec l'ANAH.

20 **La possibilité de construire, en nombre certes limité, des logements**
21 **modulables** (par exemple, deux F3 transformables en un F4 et un F2), **voire de**
22 **logements communicants, mériterait d'être exploitée** dans les zones
23 propices au vieillissement, afin de pouvoir adapter *a posteriori* facilement et
24 presque sans coût l'habitat à l'évolution de la situation des résidents ou à un
25 changement de résidents.

26 La colocation est possible dans le logement social depuis la loi Molle de
27 2009 pour le public âgé/jeune mais aussi entre étudiants et apprentis (dans le
28 cadre d'un contrat unique d'une année). Le fait qu'elle soit prévue légalement
29 donne droit aux aides au logement pour le colocataire.

30 Pour espérer leur développement, **il convient aussi de réfléchir, dès la**
31 **conception des logements, à ce type de formules pour lesquelles les besoins**
32 **sont différents de ceux auxquels répondent les grands logements familiaux**
33 **classiques.**

34 d) Développer le lien social, les services à la personne et les actions
35 de proximité dans le parc social

36 Il importe que les bailleurs sociaux recrutent des personnels aux
37 compétences spécifiques occupant les fonctions de responsables des services aux
38 aînés et/ou forment leur personnel aux problématiques du vieillissement et de

⁶¹ Concertation sur les attributions de logements sociaux, rapport des groupes de travail remis à Cécile Duflot, ministre de l'Égalité des territoires et du logement le 23 mai 2013.

⁶² *L'adaptation de la société au vieillissement de sa population – France année zéro !*, Luc Broussy, janvier 2013.

1 prévention. A cet égard, **les formations comme celles dispensées par Delphis,**
2 **qui s'adressent à l'ensemble des personnels du logement social travaillant de**
3 **près ou de loin avec des âgés, doivent être développées et encouragées. En**
4 **tout état de cause, la problématique du vieillissement doit être prise en**
5 **compte dans l'ensemble de la gestion locative.**

6 En premier lieu, **cette formation doit être assurée auprès des gardiens**
7 **d'immeubles.** Ils ont un rôle de proximité essentielle dans la préservation du lien
8 social et la prévention. Ils assurent une présence rassurante auprès des aînés et
9 sont aptes à repérer les absences suspectes ou les modifications de
10 comportements. Ils peuvent rendre de petits services et effectuer les menus
11 travaux qu'un locataire « classique » réalise lui-même. La réglementation
12 actuelle ne leur permet pas cependant d'effectuer des travaux dans les logements
13 notamment pour des raisons de compétence et de concurrence déloyale avec les
14 artisans. **Des contrats de service peuvent être signés entre les bailleurs et les**
15 **personnes âgées qui s'acquittent alors d'un supplément de charges qui doit**
16 **toutefois rester modique** (autour d'une dizaine d'euros mensuels). Un rapport
17 au ministre du logement et de la ville a été rendu en 2008 pour la revalorisation
18 du métier de gardien d'immeuble dont l'utilité sociale ne fait guère de doute.
19 Un panel de propositions allant de la formation professionnelle au logement
20 décent du gardien, au calcul et à la revalorisation de son salaire et au paiement de
21 petits travaux chez les locataires par chèque emploi service universel ont été
22 émises, dont la plupart peuvent être appliquées aux gardiens de logements
23 sociaux. Certains bailleurs sociaux offrent d'ailleurs des formations sur les états
24 des lieux, les réparations locatives et des formations en informatique. Le label
25 HSS comporte un volet formation à l'approche du vieillissement, destinée aux
26 gardiens.

27 De même, pour développer le lien social et intergénérationnel, les bailleurs
28 sociaux adhérents à Delphis cheminent vers **une attribution prioritaire des**
29 **logements sociaux aux signataires de charte de bon voisinage** qui prévoit des
30 échanges de services entre personnes âgées et autres locataires.

31 Les pièces d'usage collectif sont précieuses pour favoriser le lien social
32 entre les habitants : qu'on y gère en commun la vie courante de l'immeuble,
33 groupe d'immeubles ou petites maisons d'habitat social, qu'on y réalise des
34 activités de loisir, des repas de fête etc., avoir un lieu permettant de réunir les
35 personnes du quartier, toutes générations confondues, constitue un moteur du
36 dynamisme social, du développement de la convivialité et de la solidarité.

37 Rendue un moment obligatoire, à partir d'un certain nombre de logements
38 programmés que ce soit dans le parc privé ou le parc social, **la construction de**
39 **Locaux communs résidentiels (LCR)** appelés jadis « mètres carrés sociaux »
40 est désormais facultative. Pourtant, même s'ils ont connu des difficultés dues
41 entre autres au problème de financement de leur fonctionnement, **le CESE**
42 **considère essentielle leur fonction, au cœur du quartier et de la vie sociale.** A
43 l'heure où les bailleurs sociaux se réinvestissent très fortement dans le lien

1 social et impulsent de nouveaux métiers de la gestion locative allant dans ce
 2 sens, ces espaces communs doivent être de nouveau programmés lors de la
 3 réalisation de logements sociaux et notamment dans les programmes d'habitat-
 4 services. Les bailleurs doivent alors, comme recommandé par le label HSS,
 5 s'impliquer en tant qu'animateurs à part entière des LCR et veiller au bon
 6 déroulé des conventions les liant avec les associations, collectifs d'habitants,
 7 municipalités, etc. en les adaptant périodiquement si besoin est.

8 Les locaux communs sont soumis à partir de 30m² à la réglementation
 9 « Établissement recevant du public » dont les normes sont très strictes.
 10 Renchérissant le coût des programmes, cette contrainte constitue aussi un frein
 11 sérieux au développement de ces locaux de convivialité.

12 Un fonds d'innovation sociale a été mis en place par les acteurs de l'habitat
 13 social. Il fait du lien social un thème majeur au cœur de ses préoccupations de
 14 services mais aussi au cœur des partenariats noués avec diverses associations.
 15 Les bailleurs sociaux ont pris conscience qu'au-delà de la gestion des impayés
 16 ou de l'accompagnement des locataires en difficultés, le développement des
 17 services à la personne, associés ou non au logement, en font des acteurs à part
 18 entière des territoires. Parmi les projets bénéficiant du fonds de l'innovation
 19 sociale, certains sont étroitement liés au handicap et au vieillissement.

20 **Le CESE approuve l'affirmation dans le rapport annexé à la loi de**
 21 **l'importance de mobiliser les bailleurs sociaux et l'annonce d'une**
 22 **convention nationale entre l'État et l'USH pour définir une stratégie**
 23 **commune autour de ces objectifs.**

24 **4. Locataires dans le parc privé**

25 Les seniors sont peu locataires dans le secteur libre (10,1 % des 60-69 ans
 26 et 11,2 % des plus de 70 ans, contre 20,4 % en moyenne pour l'ensemble de la
 27 population). La question de l'adaptation y est plus complexe. Si le locataire fait
 28 des aménagements à ses frais, le propriétaire peut lui demander en fin de bail de
 29 remettre l'appartement à l'état initial, rendant l'opération doublement coûteuse.
 30 Il semble difficile d'imposer aux propriétaires de tels aménagements, ce qui
 31 conduirait probablement ces derniers à hésiter à louer à des personnes âgées.

32 Pour ce parc privé, souhaitons que la dynamique du design universel
 33 conduise progressivement l'ensemble des propriétaires à faire des travaux
 34 d'aménagements qui facilitent l'accès pour tous.

35 D - ALTERNATIVES AU LOGEMENT INDIVIDUEL

36 Dans le volet « Habitat collectif pour personnes âgées » du projet de loi, la
 37 section 1 s'attache à redéfinir les logements dits intermédiaires et ce en rupture
 38 avec les politiques publiques conduites depuis plusieurs décennies qui avaient
 39 négligé ce maillon. En effet, contrairement à la plupart de ses voisins européens,
 40 face au phénomène de l'allongement de la durée de vie, la France depuis vingt
 41 ans, a construit ou réhabilité massivement des maisons de retraite, médicalisé un

1 certain nombre de logements-foyers construits dans les années 70, en bref
 2 proposé aux âgés et à leur famille, une réponse surtout sanitaire. A l'inverse, le
 3 Danemark par exemple a décidé d'arrêter toute construction de maison de
 4 retraite nouvelle en 1987 ! L'effort public a été concentré sur le logement et le
 5 maintien à domicile et, dans ce pays, le nombre de personnes de plus de 75 ans
 6 en établissement est passé de 16 % en 1987 à 6 % aujourd'hui⁶³.

7 En France, l'offre intermédiaire entre le logement individuel et une réponse
 8 collective et médicale a été délaissée. Ainsi, environ 20 % des personnes âgées
 9 accueillies en EHPAD aujourd'hui sont valides et se sont résolues à entrer en
 10 établissement par manque d'alternative, par défaut d'accueil intermédiaire adapté
 11 à leur attente qui était d'abord celle d'un entourage sécurisé mais pas médicalisé

12 Pour eux, pour leur famille mais aussi pour la sécurité sociale, ce choix
 13 contraint est très couteux et de plus les conduit souvent plus vite vers la
 14 dépendance.

15 Dans le rapport annexé au projet de loi d'orientation et de programmation,
 16 est encouragée la création de logements dits intermédiaires qui pourront prendre
 17 les formes décrites ci-après. Pour le CESE, il conviendrait de nommer autrement
 18 cette forme d'habitat à développer car il ne s'agit pas de logement intermédiaire
 19 entre le domicile occupé pendant la vie active et un établissement type EHPAD
 20 qui serait inévitablement le lieu de fin de vie. Rappelons que la majorité des âgés
 21 « meurent en bonne santé » et chez eux. Ce logement, qui pourrait être appelé
 22 « **logement adapté et accompagné** » plutôt qu'intermédiaire, sera autant que
 23 possible, pour les âgés, leur lieu de vie jusqu'à la fin de leurs jours. En dehors de
 24 pathologies graves, une diminution de l'autonomie, quand elle survient, pourra
 25 dans ce type de logements, être accompagnée par les services à domicile et la
 26 solidarité de proximité. Le pari dans ce contexte d'habitat est aussi que la vie
 27 citoyenne continuée grâce à la présence d'un entourage familial et sécurisé,
 28 repousse l'advenue de maux dont l'origine est souvent liée à l'isolement.

29 Ces différents types d'habitat constituent une réponse adaptée aux
 30 personnes encore valides qui se sentent isolées ou fragilisées et qui choisissent
 31 de quitter leur domicile pour « *habiter autrement* ».

32 **Réhabiliter cette offre de logements constitue une véritable politique**
 33 **de prévention et de soutien à l'autonomie pour accompagner l'allongement**
 34 **de la vie.**

35 **Plutôt que d'évoquer le « logement intermédiaire », le CESE propose**
 36 **de définir un référentiel « logement adapté et accompagné » qui garantirait**
 37 **pour les usagers, pour les bailleurs, pour les financeurs, un socle minimal**
 38 **d'accessibilité et de services associés en proximité qui soient inclus dans les**
 39 **charges collectives liées au logement.**

⁶³ Données de l'ambassade de France au Danemark.

1 **1. Les logements-foyers ou résidences autonomie :**

2 Les logements-foyers sont des établissements à caractère social qui
3 relèvent de la loi n°2002-2. L'accompagnement est assuré souvent 24h sur 24 et
4 convient aux âgés qui ont besoin d'un entourage de proximité, voire d'une aide
5 légère. Certains bénéficient d'une dotation « forfait soins courants » qui leur
6 permet de disposer de quelques emplois de soignants et de répondre ainsi à des
7 besoins ponctuels.

8 Encore bien valides, certaines personnes peuvent se trouver dans une
9 situation de rupture : deuil, déménagement contraint ou autres qui oblige à
10 quitter son domicile. C'est alors souvent la peur de la solitude, la recherche d'un
11 environnement sécurisé, la demande de la famille qui souhaite être rassurée, qui
12 conduit à choisir un hébergement du type logement-foyer. Le logement dans un
13 tel établissement constitue un domicile privé, loué vide et meublé par les soins
14 de la personne où chacun peut bénéficier de services de proximité à la carte
15 (repas, laverie, animation, etc.).

16 Alors qu'ils apportent une offre pertinente, la spécificité des logements-
17 foyers a été occultée par le discours sur la nécessaire médicalisation et ils
18 manquent aujourd'hui de visibilité.

19 Il ne reste en 2013 que 2 300 logements-foyers, quand il y en avait
20 2 900 dans les années 2000, et un certain nombre d'entre eux ne sont plus
21 adaptés et ne peuvent être réhabilités.

22 Ces résidences appartiennent pour la très grande majorité à des bailleurs
23 sociaux, à des collectivités territoriales ou à leur Centre communal d'action
24 sociale (CCAS). Aujourd'hui, **il est nécessaire d'établir un état des lieux de**
25 **ces établissements.** Ceux qui ne peuvent être adaptés pour accueillir des âgés
26 (présence d'étages sans ascenseur par exemple) pourraient être réhabilités pour
27 offrir des petits logements à d'autres types de population.

28 A l'occasion de cette réhabilitation, la CNSA, *via* les fonds dédiés et les
29 départements devront encourager tous les projets qui s'ouvrent vers
30 l'intergénérationnel et qui offrent une plate-forme de services ouverte vers
31 l'extérieur. Mixer l'habitat et les populations en réaffectant certains logements à
32 des jeunes travailleurs ou des familles, ouvrir les espaces collectifs qui existent à
33 des activités extérieures, en bref accueillir la vie du quartier et offrir ainsi aux
34 âgés qui s'y seront installés la possibilité de conserver une vie sociale même
35 quand leur mobilité est diminuée.

36 Des bonnes pratiques existent déjà : par exemple, des associations se
37 réunissent dans les locaux collectifs des logements-foyers, des Associations pour
38 le maintien d'une agriculture paysanne (AMAP) y installent leurs rendez-vous
39 hebdomadaires ou encore, exemple original, un mini-parc animalier installé dans
40 le logement-foyer de Lewarde (Pas de Calais) attire les enfants du quartier, etc.

41 C'est une offre originale qu'il faut maintenir et à laquelle il est nécessaire
42 de redonner de la visibilité.

1 Plus que des bases réglementaires contraignantes du type « taux de GIR
2 moyen pondéré » plafonné, il serait souhaitable de laisser aux directions de ces
3 établissements la responsabilité du bon équilibre entre la satisfaction des besoins
4 des personnes accueillies et la capacité à y répondre avec les services de soins
5 locaux, dans le souci du bien-être de tous.

6 Les départements pourront alors encourager ce mode de fonctionnement
7 par l'attribution d'un « forfait autonomie », prévu dans le projet de loi, qui
8 permettrait de financer la coordination des différentes interventions tournées vers
9 la vie sociale du quartier.

10 **Le CESE suggère d'établir au niveau départemental un état des lieux**
11 **des établissements existants et des besoins d'aménagement et de rénovation.**

12 **Le CESE approuve la nouvelle dénomination de « résidences**
13 **autonomie » pour ce type de logements collectifs (article 11/10è III) et en**
14 **particulier l'assouplissement des règles d'accueil envisagé dans la loi.**

15 **Sous réserve d'un projet d'établissement tourné vers la vie du quartier**
16 **et/ou ouvert à un accueil intergénérationnel et d'une offre de services à la**
17 **carte, le « forfait autonomie » institué par le même article 11 semble**
18 **particulièrement pertinent pour permettre de coordonner ce projet,**
19 **essentiel dans le soutien de l'autonomie.**

20 **2. Résidences services**

21 Le concept inventé aux États-Unis dans les années 60, rassemblait des
22 logements, plutôt regroupés en lotissements, réservés aux seniors qui
23 recherchaient un « entre-soi ».

24 Ce type d'habitat se développe en France soit sous forme de lotissement ou
25 de village retraite soit sous forme de résidences avec services, placées très
26 généralement sous les règles de la copropriété. Les copropriétaires qui y résident,
27 outre leur choix de logement, comptent bénéficier d'un certain nombre de
28 prestations de services et de commodités. Leur facturation est tarifée à l'usage ou
29 aux tantièmes de copropriété selon leur nature.

30 Si des opérations immobilières ont parfois abouti à des réalités décevantes
31 pour les aînés et leurs familles, si des dysfonctionnements ont existé alors que
32 l'encadrement juridique de ces résidences présentait des failles, des dispositions
33 juridiques et leurs décrets d'application ont apporté une clarification et une
34 sécurité aux copropriétaires. Néanmoins, une attention particulière doit être
35 exercée afin de respecter les droits des locataires.

36 **L'article 15 du projet de loi conforte l'encadrement juridique de ces**
37 **résidences services et propose une meilleure information et participation des**
38 **résidents à leur gestion.**

39 **Le CESE est favorable à la création d'une certification « résidence**
40 **service » qui garantirait l'information donnée aux âgés et aux investisseurs**
41 **intéressés.**

1 Il existe une clientèle de classe moyenne ou supérieure intéressée par cette
 2 offre de logements car elle préserve l'autonomie et la liberté des habitants tout en
 3 assurant leur sécurité. Cette demande contribue au développement de projets un
 4 peu partout sur le territoire.

5 **3. Habitat intergénérationnel**

6 L'habitat intergénérationnel est une résidence collective qui, dans son
 7 projet, a choisi de proposer les appartements à des populations ciblées de façon à
 8 mixer les générations et la composition des ménages. Les habitants sont informés
 9 du projet collectif avant leur arrivée et y souscrivent en signant une charte du
 10 « bien vivre ensemble » explicitant le fonctionnement et les droits et devoirs de
 11 chacun.

12 Ce type d'habitat rassemble des jeunes salariés ou étudiants, des familles
 13 avec enfants et des personnes âgées. Les logements y sont adaptés pour pouvoir
 14 accueillir des personnes à mobilité réduite et l'ensemble est situé dans un
 15 environnement où existent commerces et services. La présence d'une personne
 16 (homme ou femme) pour répondre aux menus besoins, animer les lieux collectifs
 17 pour créer du lien, y est essentielle. Ce type d'habitat, proposé par de plus en
 18 plus de bailleurs sociaux sous la pression de la demande qui émane des
 19 collectivités territoriales entre autres, est très abordable financièrement.

Habitat et Humanisme :

Les fondements d'une démarche intergénérationnelle

La mission d'Habitat et Humanisme est de loger en les accompagnant, des personnes fragilisées de tous âges: des jeunes adultes isolés (salariés, apprentis, étudiants), des familles monoparentales, des âgés isolés.

Les objectifs de l'accompagnement HH :

Pour les âgés : favoriser le « bien vieillir », voire retarder ou rendre inutile le départ vers un EHPAD.

Pour les familles monoparentales : favoriser le « bien grandir » pour les enfants, le « bien s'épanouir » pour les mamans.

Pour les jeunes : favoriser le « mieux vivre » et l'insertion dans la société

Les clés de la réussite.

- Le contexte intergénérationnel doit être dynamique et stimulant et proposer un équilibre entre les fragilités.
- Chaque résident doit être à la fois contributeur ET bénéficiaire.
- Il faut prendre en compte les temporalités différentes : passage temporaire pour les jeunes, temps plus long pour les âgés.
- La charte est un outil indispensable pour susciter le « vivre ensemble ».

Malgré des freins juridiques et administratifs, des dérogations aux règles d'hébergement différentes selon les publics, qui contraignent à des solutions « bricolées », Habitat et Humanisme a réussi à ouvrir à ce jour cinq résidences intergénérationnelles et souhaite développer ce type d'habitat.

20 Même si nombre d'expériences se sont développées en France depuis
 21 10 ans, chaque projet demande une énergie importante en termes d'ingénierie et
 22 un temps très long en amont pour vaincre les obstacles juridiques et mettre en
 23 œuvre les partenariats essentiels au bon fonctionnement.

1 Ce type de logements intermédiaires symbolise pourtant aujourd'hui la
2 solidarité de proximité qui préserve l'autonomie de chaque locataire tout en
3 apportant l'avantage de la proximité d'un voisinage attentif et bienveillant.

4 Il serait intéressant que **soit défini un référentiel de ce type d'habitat**
5 **intergénérationnel offrant du « logement collectif accompagné »** et autorisant
6 sous forme d'expérimentation à sortir des contraintes réglementaires liées aux
7 dispositifs différents selon les populations et aux différents codes de l'habitat
8 applicables (usage des locaux collectifs par exemple actuellement soumis aux
9 règles d'établissements recevant du public –ERP), contraintes qui bloquent la
10 bonne volonté des bailleurs pour que de nombreux projets se développent.

11 **Le CESE regrette que le projet de loi n'évoque pas la nouvelle forme**
12 **d'habitat intergénérationnel qui se développe. Il souhaite que soit défini un**
13 **référentiel pour ce type d'habitat qui permette à titre expérimental de**
14 **déroger aux règles du décret relatif aux charges locatives pour partager le**
15 **fonctionnement des locaux communs et de l'animation et à celles des**
16 **priorités d'attribution des logements pour maintenir la mixité des**
17 **populations.**

18 **4. Autres exemples d'habitat avec services.**

19 a) Les béguinages

20 Nés en Flandre au Moyen-âge, les béguinages, habitations regroupées
21 autour d'une cour ou d'un jardin, au cœur des villages, accueillait des
22 communautés religieuses ouvertes à des activités extérieures. Reprenant
23 l'architecture de ces béguinages et leur climat de solidarité et d'entraide, un
24 bailleur social du Nord (Norevie) a remis au goût du jour cette forme très
25 ancienne d'habitat regroupé, déjà développé depuis plusieurs décennies dans le
26 nord de l'Europe. Soutenus en général par un partenariat avec les collectivités
27 territoriales qui mettent à disposition le foncier, ces béguinages sont constitués
28 souvent de petites maisons individuelles en briques rouges, de plain-pied et
29 réparties autour d'une cour avec une salle « de convivialité » généralement
30 accessible par des coursives (passages abrités). La présence d'une personne qui
31 assure de menus services auprès des habitants, est essentielle au fonctionnement
32 du béguinage. S'agissant de logements sociaux, les loyers restent très abordables
33 même s'il faut y ajouter des charges liées à l'animation. A l'image de ceux du
34 Moyen-âge, ces béguinages cultivent les relations avec le village en favorisant
35 les rencontres intergénérationnelles. Ce mode de vie contribue au maintien de
36 l'autonomie et la plupart des locataires y finissent leurs jours. Le Conseil général
37 du Pas-de-Calais a même créé un label « béguinage » pour encourager la
38 diffusion de cette forme d'habitat. Bien qu'associée à la culture du Nord, les
39 béguinages se développent aujourd'hui dans l'ensemble du pays.

1 b) Les MARPA

2 Les Maisons d'accueil rurales pour personnes âgées (MARPA) implantées
3 dans les bourgs-centres constituent un bel exemple d'hébergement alternatif
4 construit dans un environnement familial. Initiées par la MSA, il s'agit de petites
5 unités de vie de 15 à 20 résidents qui conservent un maximum d'autonomie
6 individuelle. Elles visent à rompre l'isolement des personnes âgées mais aussi à
7 favoriser, par des coûts de construction réduits et de petites équipes de
8 permanents, l'accès à des établissements de qualité aux personnes à plus faible
9 revenu. Des espaces communs leur permettent de profiter d'un cadre de vie
10 communautaire et convivial stimulant les relations sociales. En septembre 2013,
11 178 MARPA réparties dans toute la France, accueillent près de 4 000 résidents⁶⁴.

12 Il convient de souligner l'intérêt de la démarche participative qui préside
13 généralement à la création d'une MARPA.

14 **5. Colocation seniors et habitat participatif**

15 Phénomène nouveau, à l'image des jeunes travailleurs ou étudiants, la
16 colocation entre seniors se développe. Si les expériences restent peu nombreuses
17 en France du fait de la difficulté à trouver un ensemble immobilier qui permette
18 la réalisation du projet, la demande émerge et cette forme d'habitat déjà très
19 développée dans certains pays voisins a probablement un avenir⁶⁵.

20 Dans la même démarche, des projets voient le jour dans le cadre de
21 « l'habitat participatif » souvent présenté comme la « 3^{ème} voie du logement ».
22 Ce mode de production de l'habitat ouvert à tous les âges, à tous les niveaux de
23 ressources permet de concevoir un programme qui allie logements privatifs et
24 espaces collectifs. Cette forme d'habitat s'est développée dans certains pays
25 d'Europe : à Oslo, 40 % du parc immobilier est aujourd'hui géré par des
26 coopératives de citoyens. En Allemagne, les immeubles participatifs représentent
27 actuellement 20 % des logements neufs.

28 Même si ce phénomène reste marginal en France (une vingtaine de projets
29 réalisés) et se cantonne pour le moment à des aînés plutôt aisés et culturellement
30 prêts à faire le pas, cette formule permet, en les mutualisant, de réduire les
31 dépenses de logement et celles liées à son adaptation. Elle répond aussi au
32 souhait de rompre l'isolement, d'être entouré de personnes qu'on a choisies et
33 avec lesquelles on partage un projet de vie commun. Ces expériences pourraient
34 dans les décennies à venir se multiplier d'autant que la loi pour l'Accès au
35 logement et un urbanisme rénové (Alur) offre un statut nouveau en créant des
36 « Sociétés d'habitat participatif » et devrait permettre d'acquérir plus aisément
37 l'immobilier nécessaire à ce type de projets.

⁶⁴ MSA – Journée nationale inter-régimes du bien vieillir – 8 novembre 2013 – dossier de presse.

⁶⁵ Pour confirmer cette tendance, notons la sortie récente d'un ouvrage à l'attention de ceux qui s'interrogent sur un éventuel projet de colocation : « *Manuel de survie des seniors en colocation* » de Christiane Baumelle et Maud Riemann, édition TLP.

1 L'expérience des « babayagas » à Montreuil, largement médiatisée avait
2 montré la difficulté à construire et à faire aboutir de tels projets collectifs.

3 Les aînés qui se regroupent espèrent trouver entre eux la solidarité et
4 l'entraide nécessaire pour bien vieillir. La philosophie de ces expériences encore
5 marginales reste ouverte sur le quartier et la vie sociale qui les entoure.

6 **6. Le partage du logement « un jeune/une personne âgée »**

7 Le logement intergénérationnel sous la forme d'un échange de services
8 entre une personne âgée et un étudiant se développe mais reste encore marginal.
9 Depuis la loi MOLLE de 2009, le locataire d'un logement social peut sous-louer
10 son appartement. Cette possibilité est encadrée strictement : le sous-locataire doit
11 être une personne âgée ou handicapée ou encore un jeune de moins de 30 ans.
12 S'il permet de lutter contre l'isolement et la solitude pour la première et offre une
13 solution de logement à bas prix pour le second, cette forme de colocation exige
14 d'être encadrée et organisée avec la médiation d'un organisme tiers, telle
15 l'association Parisolidaire, qui a développé trois types de chartes pour rassembler
16 personne âgée et jeune dans un même logement en échange de menus services
17 et/ou de moments de convivialité.

18 Cette formule d'hébergement ne peut en aucun cas se substituer aux
19 services classiques d'aide à domicile. « *Cette nouvelle forme d'habitat constitue*
20 *d'avantage une solution à la marge qu'une véritable réponse au logement des*
21 *jeunes ou à la prise en charge de la dépendance et ne saurait faire l'objet d'une*
22 *politique publique* »⁶⁶.

23

24 Pour conclure ce point sur les alternatives au logement individuel, notons
25 que les différentes expériences de logements « adaptés et accompagnés »
26 évoquées ci-dessus ont l'avantage de pouvoir se développer au cœur des villes
27 mais aussi dans les petits bourgs ruraux sous réserve de la présence *a minima*
28 d'un commerce de proximité et de services à domicile.

29 Pour la plupart de ces expériences, résidences intergénérationnelles,
30 béguinages etc., la présence d'un ou d'une personne assurant la médiation,
31 l'animation, une « veille bienveillante », s'avère indispensable. Ces emplois ont
32 des profils très divers mais un métier mal connu, mal nommé aujourd'hui,
33 mériterait d'être valorisé et développé pour les occuper : celui d'Aide médico-
34 psychologique (AMP). Autant masculin que féminin, il offre des compétences
35 qui répondent bien aux attentes des âgés autonomes vivant dans ces logements
36 « adaptés et accompagnés ».

37 Tous les bailleurs rencontrés le confirment : la solvabilisation de ces
38 emplois essentiels à la « bonne santé » du projet reste complexe. Aujourd'hui
39 dans la plupart des cas, le financement est assuré par un montage entre différents
40 partenaires (collectivités territoriales, CAF, CARSAT, etc.) car le décret qui

⁶⁶ Avis du CESE, *Le logement autonome des jeunes*, rapporté par Claire Guichet, février 2013.

1 définit les charges afférentes au logement ne permet pas d'y inclure cette
2 prestation pourtant essentielle.

3 Cet engagement national requiert d'adapter nombre d'emplois et de métiers
4 à ce grand défi. Il est l'occasion de les revaloriser et de promouvoir un
5 rééquilibrage entre les hommes et les femmes, particulièrement dans les métiers
6 de l'accompagnement des âgés.

7 **Pour le CESE, permettre de vieillir dans un « chez soi » doit devenir**
8 **une priorité pour toutes nos politiques publiques de l'échelon national à**
9 **l'échelon local. Cet objectif est accessible et son coût demeure modéré et**
10 **d'autant plus acceptable qu'il permet d'éviter des dépenses de santé futures.**
11 **Sa réalisation demande surtout de l'anticipation, du bon sens et de la**
12 **volonté politique.**

13 IV - PERMETTRE DE VIEILLIR PLUS LONGTEMPS CHEZ SOI

14 A - LE MAINTIEN À DOMICILE

15 Au terme de maintien à domicile, le CESE préfère celui de soutien à
16 domicile car la personne âgée doit pouvoir décider de ses choix de vie et de son
17 lieu de vie.

18 Dans la majorité des cas⁶⁷, la personne âgée veut rester vivre à son
19 domicile, là où s'est construite son histoire, son identité, là où elle a ses repères,
20 là où elle peut côtoyer d'autres générations qui implique une politique
21 coordonnée de soutien à domicile.

22 Cependant, la réalité ne rejoint pas toujours le rêve et les risques
23 d'isolement social et/ou géographique et de précarité énergétique sont réels. (Un
24 quart des plus de 65 ans dépensent plus de 10 % de leur revenu pour se chauffer -
25 Insee 2006. 35 % des plus de 60 ans déclarent se sentir seuls souvent ou très
26 souvent ; 17 % ont régulièrement des journées où ils ne parlent à personne),
27 enquête Bensadon 2006.

28 1. Les services de soutien intervenant au domicile

29 C'est avec cette personne, avançant en âge et pour elle, que les
30 professionnels doivent apprendre à travailler ensemble pour rendre possible ses
31 projets de vie.

32 L'aide à domicile est très souvent en première ligne et pourtant son rôle
33 social et son action soignante ne sont pas reconnues.

⁶⁷ D'après une étude de la Drees, *Dépendance des personnes âgées et handicap : les opinions des Français entre 2000 et 2005*, Études et résultats, n°491 mai 2006 : « 80 % des personnes âgées souhaitent rester à domicile le plus longtemps possible ». Selon le sondage « Bien vieillir à domicile », étude d'Opinion Way pour l'Observatoire de l'intérêt général réalisé auprès de 1 006 individus représentatifs de la population du 22 au 23 mars 2012 : « dans le cas où leurs capacités physiques se dégraderaient avec l'âge, 90 % des Français préféreraient adapter leur logement qu'intégrer un établissement spécialisé ».

1 En cas d'incapacités, la possibilité de rester vivre à son domicile repose
 2 d'une part, sur l'adaptation du logement, et, d'autre part, sur le choix de la
 3 personne d'être accompagnée à domicile, par des salariés du particulier
 4 employeur en mode direct ou mandataire, ou avec le soutien de prestataires,
 5 financés en tout ou partie par les régimes obligatoires de retraite ou l'Allocation
 6 personnalisée d'autonomie (APA) et des services d'accompagnement à domicile
 7 (repas, télé-alarme, télé-assistance...).

8 Les services de soins à domicile (infirmier, aide-soignant, ergothérapeute,
 9 psychologue), voire des services polyvalents d'aide et soin à domicile (SSIAD)
 10 et des infirmiers libéraux, par des actes de soins type nursing et médicaux
 11 complètent ce dispositif⁶⁸.

12 Lorsque l'état de santé s'altère, des services complémentaires peuvent
 13 intervenir comme l'hospitalisation à domicile, des équipes médicales mobiles
 14 hospitalières ou encore des gardes de jour et de nuit, des gardes itinérantes de
 15 nuit. Néanmoins, il faut souligner l'insuffisance de ces services et pour certains
 16 d'entre eux leur coût élevé.

17 **2. Les services concourant au soutien à domicile**

18 L'hôpital de court et moyen séjour est un maillon important du soutien au
 19 domicile. Toutefois l'hôpital, qui prend en charge essentiellement les maladies
 20 aiguës est mal préparé pour accompagner une personne âgée. Une formation
 21 pour l'accompagnement de la personne âgée devrait être dispensée à tous les
 22 personnels soignants. Le temps d'accompagnement nécessaire à une personne
 23 moins mobile, plus lente, plus désorientée n'est pas pris en compte dans le temps
 24 des soignants. La Tarification à l'activité (T2A) ne prend pas suffisamment en
 25 compte la singularité d'une personne âgée. Par ailleurs, une entrée ou une sortie
 26 d'hospitalisation mal préparée peut conduire à des pertes de capacités pour une
 27 personne âgée. Le passage par l'hôpital peut en effet créer des situations
 28 difficiles lors de la sortie, parfois par méconnaissance des procédures de l'aide à
 29 domicile par l'équipe hospitalière.

30 Les contacts sont donc absolument nécessaires entre l'équipe médico-
 31 sociale de l'hôpital, la personne âgée, sa famille et l'équipe de l'aide à domicile.
 32 Au cœur de ces contacts se situe le médecin traitant, acteur essentiel de la
 33 coordination de tous les intéressés. Mais la famille a aussi besoin d'avoir un
 34 interlocuteur au sein même de l'hôpital. L'assistante sociale, exerçant en milieu
 35 hospitalier, formée à la problématique des aidants, pourrait être cet interlocuteur.

⁶⁸ En 2008, une étude a été lancée par la Direction générale de l'action sociale (DGAS) sur 36 services polyvalents d'aide et soin à domicile et 2 200 patients afin de déterminer les items qui caractérisaient les besoins en soins requis des patients. L'étude menée en 2008 a montré des différences dans la répartition des ressources entre les services. Si le coût moyen à la place (10 525 €) est proche de la valorisation à la place dans l'ONDAM (10 500 €), on constate une disparité dans les dotations. Les coûts varient de 1 136 € à 36 659 €. Un tiers des SSIAD ont une dotation inférieure au coût moyen (10 500 €) et plus d'un tiers des SSIAD ont une dotation au moins supérieure de 10 % à leurs coûts.

1 Elle pourrait faciliter l'organisation des contacts avec l'ensemble des autres
 2 acteurs, de santé et de l'aide à domicile, au moment de la sortie de
 3 l'hospitalisation. Il importe que la transmission d'un courrier entre le médecin
 4 hospitalier et le médecin traitant soit effective.

5 Les accueils de jour ainsi que les hébergements temporaires dits aussi de
 6 répit contribuent également au soutien à domicile (cf. supra).

7 Les pharmaciens, par les conseils qu'ils donnent aux personnes âgées ou en
 8 détectant leur fragilité sont eux-aussi, des acteurs essentiels leur permettant de
 9 poursuivre leur vie à leur domicile. Ils sont en mesure de surveiller les
 10 automédications excessives ou désordonnées, ainsi que les questions liées au
 11 conflit de prescriptions ou à la mauvaise observance des traitements.

12 **3. Éviter l'isolement de la personne âgée à domicile**

13 L'éclatement géographique, les évolutions des contours de la famille
 14 constituent des facteurs d'augmentation du risque d'isolement de la personne
 15 âgée.

16 B - L'ORGANISATION D'UN PARCOURS DE SOINS COORDONNÉ

17 Dans son avis sur *la dépendance des personnes âgées*, présenté par
 18 Monique Weber et Yves Vérollet, en juin 2011, le CESE a formulé plusieurs
 19 préconisations dans ce domaine et notamment :

- 20 - la création d'un guichet unique d'information et d'orientation
 21 permettant de conseiller les personnes âgées et les familles à propos
 22 des services médicaux, paramédicaux, sociaux ou d'hébergement
 23 qu'ils peuvent solliciter ;
- 24 - la création d'une nouvelle fonction de coordination pour intervenir
 25 auprès des cas complexes pouvant être assuré par un professionnel de
 26 santé ou du secteur social intervenant au plus près de la personne ;
- 27 - l'organisation et le développement d'une filière gériatrique afin que
 28 la personne puisse accéder à une prise en charge sans rupture
 29 (évaluation gériatrique des besoins et des pathologies, orientation
 30 rapide, médicalisation adaptée à la pathologie et accompagnement
 31 social).

32 Par leur connaissance de la personne âgée, les gériatres concourent de
 33 manière significative à cette prise en charge. Néanmoins, il faut souligner que
 34 corrélativement à l'augmentation du nombre de personnes âgées, la question du
 35 nombre de gériatres reste posée. **Le CESE recommande que les médecins**
 36 **gériatres puissent travailler en équipe pluridisciplinaire.**

37 Le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie
 38 (PAERPA), pour les personnes de 75 ans et plus s'inscrit dans une telle logique.

39 Ce projet, en cours de préparation dans les régions, a pour objectif
 40 d'accroître la pertinence et la qualité des soins et des aides dont bénéficient les

1 personnes âgées, et d'améliorer ainsi, sur un plan individuel, leur qualité de vie
2 et celle de leurs aidants. Il doit permettre d'adapter les pratiques professionnelles
3 au parcours de santé et de créer les conditions favorables à la transversalité et à
4 la coordination des acteurs, à la fois en ville, dans les établissements sanitaires et
5 médico-sociaux.

6 Cette coordination rassemble, sous l'égide du médecin traitant qui a la
7 charge de l'organiser, un infirmier (libéral ou coordinateur de services de soins
8 infirmiers à domicile-salarié des SSIAD, centres de santé et des Services
9 polyvalents aide et soins à domicile - SPASAD), un pharmacien d'officine et, le
10 cas échéant, un ou plusieurs autres professionnels de santé (masseur-
11 kinésithérapeute par exemple), dans le respect du libre choix de son praticien par
12 le patient.

13 Dans le cadre de cette expérimentation qui a vocation à devenir un
14 prototype, plusieurs questions sont posées, notamment celle de l'investissement
15 dans un tel dispositif. Dans cette perspective, une tarification au forfait serait à
16 étudier.

17 Il conviendrait également de définir le périmètre du territoire concerné par
18 le parcours de soins : peut-il être le même pour tous ? Quel financement
19 mobiliser pour le médecin traitant qui devra organiser la coordination ? Enfin,
20 sur quels critères répondre aux besoins ?

21 **Le CESE considère que l'expérimentation du PAERPA constitue une**
22 **piste de réponse particulièrement intéressante à la nécessité d'organiser et**
23 **de coordonner le parcours de soin.**

24 Il existe principalement quatre facteurs qui sont à l'origine de
25 l'hospitalisation de la personne âgée : le médicament, la dénutrition, la
26 dépression et les chutes. Il est donc nécessaire d'apprendre à repérer en amont les
27 signes avant-coureurs et les risques, pour prévenir ces hospitalisations. Il est
28 nécessaire de mettre en place un plan personnalisé de santé et de faire
29 l'éducation thérapeutique du patient et de son entourage.

30 La prise en charge de la perte d'autonomie doit tenir compte de la diversité
31 des territoires ruraux (zones périurbaines, zones rurales dynamiques, zones en
32 déshérence). Afin de répondre le plus efficacement possible aux problématiques
33 rencontrées par les personnes âgées concernées, il convient de mener des
34 diagnostics locaux permettant de qualifier et de quantifier les besoins faisant
35 appel à une réponse professionnelle et d'adapter ou de créer les offres pérennes
36 dans divers domaines : la prévention en santé, l'accès aux soins, l'aide à
37 domicile, l'accès aux services, la mobilité, etc. Cette démarche pourrait se
38 matérialiser dans un cadre partenarial et conventionnel entre les différents
39 acteurs locaux (citoyens, élus, organismes, associations, etc.).

1 C - L'ÉVALUATION

2 L'évaluation sert à définir un plan d'aide personnalisé (aide à la personne,
3 adaptation du logement, aides techniques...) afin de compenser une perte
4 d'autonomie, de continuer à vivre de manière autonome et d'exercer le plein
5 exercice de ses droits de citoyen.

6 L'évaluation actuelle des personnes âgées (grille AGGIR pour les plus de
7 60 ans) définit un degré de perte d'autonomie (GIR = groupe iso ressource) qui
8 déclenche un plan d'aide. Six niveaux ont été définis : de GIR 6, niveau le plus
9 faible de perte d'autonomie à GIR 1 la perte d'autonomie la plus lourde. Les
10 personnes évaluées en GIR 5 et 6 sont pris en charge par les régimes obligatoires
11 de retraite et en GIR 1 à 4 par les Conseils généraux.

12 **Le CESE souhaite que le projet de loi puisse clairement confier aux**
13 **régimes obligatoires de retraite l'attribution des aides techniques et actions**
14 **de prévention pour les retraités non dépendants (GIR 5 et 6).**

15 Le plus souvent l'évaluation *in situ* est faite par une personne seule qui se
16 réfère aux déclarations de la personne évaluée, même si une équipe
17 pluridisciplinaire examine ensuite la situation de la personne âgée en s'appuyant
18 notamment sur le dossier médical rempli par le médecin traitant.

19 Ce système d'évaluation centré sur l'autonomie fonctionnelle ou l'état de
20 maladie n'est pas totalement satisfaisant. En revanche, l'évaluation dans le cadre
21 de la grille GEVA (construit pour les personnes en situation de handicap âgées
22 de moins de 60 ans) permet de prendre en compte les différents aspects relatifs à
23 la situation de la personne nécessaire à la compensation de son handicap. Elle
24 comporte une approche de ses facteurs personnels, de son environnement et des
25 interactions qui existent entre les deux. Dès lors, la proposition de faire du
26 Guide d'évaluation des besoins de compensation de la personne handicapée
27 (GEVA) une grille de compensation de tous les handicaps indépendamment de
28 l'âge des personnes, mérite réflexion. La définition du handicap dans la loi de
29 2005 peut en effet s'appliquer à toute personne quel que soit son âge : « *constitue*
30 *un handicap, au sens présent de la loi toute limitation d'activité ou restriction de*
31 *la participation de la vie en société subies dans son environnement par une*
32 *personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou*
33 *plusieurs fonctions physiques, sensorielles ou mentales, cognitives ou*
34 *psychiques, d'un polyhandicapé ou d'un trouble de santé invalidant.* ».

35 **Le CESE préconise donc, dans le cadre des travaux en cours sur la**
36 **révision de la grille AGGIR, de s'inspirer du système GEVA qui tend à**
37 **évaluer un véritable projet de vie. Cette évaluation devrait être effectuée**
38 **par une équipe pluridisciplinaire ; la personne étant entendue dans le cadre**
39 **de son lieu de vie en présence de la famille si elle le souhaite. L'équipe**
40 **pluridisciplinaire proposerait ensuite un plan personnalisé d'aide prenant**
41 **en considération les besoins, les aspirations, le projet de vie.**

1 Il est également nécessaire que cette grille permette le suivi de l'évolution
2 des besoins d'aide. Elle devrait être l'unique référence pour tous les acteurs y
3 compris les financeurs.

4 **Le CESE apprécie positivement que le projet de loi instaure une**
5 **évaluation multidimensionnelle permettant de mieux appréhender la**
6 **situation de la personne. Cette disposition va dans le sens de sa**
7 **préconisation et implique de réexaminer le contenu de la grille AGGIR.**

8 Ces éléments ne doivent pas occulter les questions de pilotage des outils
9 (rôle de la CNSA dans ce domaine) mais aussi de formation des professionnels
10 chargés de l'évaluation et de la diffusion d'une culture commune de l'évaluation
11 et des bonnes pratiques. Ces éléments sont également un gage d'égalité de
12 traitement sur le territoire.

13 D - ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE (APA)

14 L'allocation personnalisée d'autonomie a été créée par la loi du 20 juillet
15 2001.

16 Son objectif est de permettre à la personne âgée en perte d'autonomie
17 d'accéder aux dispositifs d'aide humaine et matériel nécessaires à
18 l'accomplissement des actes de la vie quotidienne. L'APA s'adresse aux
19 personnes âgées de 60 ans ou plus reconnues dépendantes au sens des groupes
20 iso-ressources (GIR 1 à 4) de la grille AGGIR et vivant de façon stable et
21 régulière en France, à domicile ou dans un établissement.

22 Elle peut servir à financer des installations spécifiques ou l'intervention
23 d'une auxiliaire de vie sociale. Pour les personnes âgées résidant en
24 établissement, l'APA couvre le tarif dépendance requis par l'EHPAD (hors ticket
25 modérateur).

26 Gérée par les Conseils généraux, l'APA garantit une double solidarité :
27 solidarité de proximité avec l'intervention du Conseil général et des organismes
28 de sécurité sociale, solidarité nationale avec l'affectation d'une fraction de la
29 contribution sociale généralisée et la participation des régimes obligatoires
30 d'assurance vieillesse. Elle n'entraîne aucune récupération sur les successions ou
31 les donations.

32 Toutefois, le rapport entre prestations prises en charge et montant de l'aide
33 peut connaître des disparités importantes entre départements, liées au coût de
34 certaines prestations, à la disponibilité des prestations sur le territoire, à la
35 politique des départements.

36 En dépit de la diversité des sources de financement, la solvabilisation de
37 l'aide reste encore très insuffisante et l'implication des familles reste souvent
38 nécessaire.

39 L'État concourt au financement de l'APA par des dotations versées au
40 Conseil généraux via la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

1 Il est à noter que ces dotations ont progressé de 0,9 % en moyenne annuelle, soit
2 beaucoup moins que les dépenses brutes (+ 5,9 % en moyenne annuelle).

3 **1. Le montant du plan d'aide**

4 L'APA est une prestation universelle dont le montant et le mode de calcul
5 varient en fonction des ressources, du niveau d'incapacité, de l'accueil à
6 domicile ou en établissement. Lors de la création de l'APA, de nombreux
7 parlementaires demandaient un financement paritaire de l'État et des Conseils
8 généraux. Aujourd'hui, l'État ne finance que 30 % de cette prestation, 70 %
9 restant à la charge des Conseils généraux.

10 Le montant du plan d'aide est limité par un plafond national fixé pour
11 chaque GIR. 26 % des bénéficiaires de l'APA ont un plan d'aide « saturé » c'est
12 à dire égal au plafond de l'allocation : le besoin d'aide évalué par le Conseil
13 général excède alors le montant maximal de la prise en charge. Les plans d'aide
14 saturés concernent majoritairement des personnes en GIR 1 ou isolées (seules ou
15 éloignées des services médicaux) ce qui renforce l'acuité de cette question.

16 Tableau 2 : Montant mensuel maximum du plan d'aide APA à domicile
17 au 1^{er} avril 2013

Groupe iso-ressources	
GIR 1	1 304,84 €
GIR 2	1 118,43 €
GIR 3	838,82 €
GIR 4	559,22 €

18 La tarification des établissements est tripartite : un tarif « dépendance »
19 financé par l'APA (en partie), un tarif soins financé par l'Assurance maladie et
20 un tarif hébergement financé essentiellement par la personne accueillie ou sa
21 famille. Il existe trois tarifs dépendance : GIR 1 et 2, GIR 3 et 4, GIR 5 et 6.

22 Fin décembre 2012, 1 228 000 personnes bénéficiaient de l'APA ;
23 735 000 à domicile, 493 000 en établissement. Soit 5,1 milliards d'euros pour les
24 dépenses brutes des Conseils généraux : 3,3 milliards pour l'APA à domicile,
25 1,8 pour l'APA en établissement.

26 Entre 2003 et 2009, ce sont les bénéficiaires de l'APA à domicile qui ont le
27 plus progressé (+ 11,5), alors que sur cette période ce sont les dépenses d'APA
28 en établissement qui ont le plus augmenté (+ 6,7 %).
29

1 Tableau 3 : Montants moyens mensuels à domicile de l'APA et
 2 de la participation financière des bénéficiaires selon le degré de dépendance
 3 en décembre 2009

	Montant moyen du plan d'aide	Montant payé par les Conseils généraux	Participation financière de la personne	Part des bénéficiaires acquittant un ticket modérateur	Participation financière des bénéficiaires acquittant un ticket modérateur
GIR 1	1 013	833	180	72 %	249
GIR 2	790	636	154	76 %	202
GIR 3	585	477	108	76 %	142
GIR 4	356	293	63	78 %	81
Moyenne	500	408	92	75 %	120

4 Source : Études et résultats-Drees- n° 780 – octobre 2011

5

6 Tableau 4 : Montant mensuel moyen en établissement pour personnes âgées
 7 pour la seule tarification dépendance, hors hébergement

	Montant moyen du tarif dépendance	Montant payé par les Conseils généraux	Participation financière de la personne
GIR 1-2	563	400	163
GIR 3-4	352	200	152
Moyenne	478	320	159

8 Source : Études et résultats-Drees- n° 780 – octobre 2011.

9 A domicile, la progression des dépenses brutes d'APA (en euros constants)
 10 résulte de l'augmentation du nombre de bénéficiaires. En revanche, trois facteurs
 11 contribuent à alléger les dépenses : les montants moyens versés au titre de l'APA
 12 diminuent chaque année, la participation des bénéficiaires augmente, ainsi que la
 13 proportion de personnes moins dépendantes.

14 En établissement, trois facteurs soutiennent la hausse des dépenses :
 15 l'accroissement du nombre des bénéficiaires, l'augmentation des tarifs
 16 dépendance et la proportion de personnes lourdement dépendantes.

17 Les mesures prévues par le projet de loi vont dans le bon sens. Financées à
 18 hauteur de 375 millions d'euros dans le cadre de la CASA, elles se traduiront par
 19 une diminution du ticket modérateur jusqu'à 60 % pour les plans d'aide entre
 20 350 et 550 euros ; jusqu'à 80 % pour les plans d'aide supérieur à 550 euros en
 21 fonction des ressources.

22 **Le CESE partage le constat des limites atteintes par l'APA établi par**
 23 **le rapport annexé et adhère à l'idée d'une amélioration de cette prestation.**
 24 **Il en approuve les grandes lignes, en notant, toutefois, que les moyens sont**
 25 **trop limités. La perspective d'une plus grande équité sur le territoire, par la**
 26 **recherche d'une plus grande homogénéité des pratiques en matière**
 27 **d'évaluation et de construction des plans d'aide, évoquée dans ce rapport,**
 28 **est par ailleurs nécessaire. Cependant, le CESE remarque que cette réforme**
 29 **serait incomplète si le système de péréquation, permettant de rééquilibrer la**

1 **participation financière de l'État et des départements, n'était pas**
2 **réexaminé.**

3 **2. Les disparités régionales**

4 La dépense moyenne d'APA à domicile par habitant de plus de 75 ans et
5 par département varie de 1 à 5. Ces disparités sont en partie liées à la répartition
6 géographique de la pauvreté. Les départements où le taux de pauvreté des
7 personnes de 65 ans et plus est élevé présentent un taux de bénéficiaires de
8 l'APA supérieur à la moyenne, l'une des explications tient au fait que la
9 probabilité d'être dépendant, à sexes et âges équivalents, est plus élevée chez les
10 personnes les moins diplômées. Ces disparités entre départements s'expliquent
11 également par les migrations des populations âgées qui sont nombreuses à
12 prendre leur retraite dans certains départements ou peuvent être amenées, si la
13 dépendance survient, à se rapprocher géographiquement de leurs proches.

14 Le CESE considère que le système actuel de péréquation, fondé sur quatre
15 variables (nombre de personnes âgées de plus de 75 ans, dépense constatée
16 d'APA, potentiel fiscal, nombre de bénéficiaires du RMI et du RSA), ne garantit
17 pas une égalité de traitement entre les départements. Il peut produire des
18 inégalités sur les niveaux des plans d'aide versés par les départements et par
19 conséquent entre les citoyens. Il nuit au caractère universel de l'APA. Par
20 ailleurs, il explique pour partie le glissement de la participation de l'État au
21 financement de l'APA de 50 % à l'origine à 30 % actuellement. Le rapport de
22 l'IGAS⁶⁹ portant sur la gestion de l'APA proposait de renforcer le pilotage de sa
23 gestion, tant au niveau du Conseil général qu'au niveau national, notamment en
24 s'appuyant sur des données statistiques partagées, en renforçant la transparence
25 sur la nature et les tarifs des services, en isolant sur une ligne budgétaire propre
26 les dépenses relevant de choix du Conseil général, en marge de l'application
27 stricte des règles d'attribution de l'APA, et en révisant les procédures de
28 péréquation nationale.

29 Le secteur de l'aide et de l'accompagnement à domicile connaît de graves
30 difficultés financières en raison de la réduction des capacités financières de ses
31 contributeurs, et plus particulièrement des Conseils généraux, alors même que
32 les besoins d'aide à domicile vont croissants.

33 Certains Conseils généraux sont contraints de demander aux associations
34 pour équilibrer leurs comptes :

- 35 - soit une contribution supplémentaire aux personnes âgées pouvant
36 aller jusqu'à 2 € de l'heure ;
- 37 - soit de réduire le nombre d'heures du plan d'aide.

38 Dans tous les cas, ces contraintes financières conduisent à de profondes
39 inégalités territoriales.

⁶⁹ *La gestion de l'allocation personnalisée d'autonomie. Synthèse des contrôles de la mise en œuvre de l'APA réalisés dans plusieurs départements*, IGAS, juillet 2009.

1 Le fonds de restructuration géré par les ARS avec des fonds de la CNSA a
2 permis de débloquent successivement 50 millions d'euros en 2012, 50 millions
3 d'euros en 2013 et 30 millions d'euros supplémentaires en 2014.

4 Si ce fonds a fait la preuve de son utilité, il ne règle pas le problème de la
5 reconnaissance des prix de revient par les conseils généraux. Pour toutes ces
6 raisons, la loi de programmation et d'orientation doit revoir le système de
7 péréquation relevant la participation de l'État via les fonds de la CNSA.

8 **Le CESE préconise que le renforcement du financement de l'APA soit**
9 **accompagné d'un certain nombre de garanties pour prendre en compte des**
10 **difficultés importantes du secteur :**

- 11 - permettre de répondre aux besoins des usagers ;
- 12 - fixer des tarifs plancher pour solvabiliser les services proposés par les
13 opérateurs dans le respect des conventions collectives et la
14 valorisation des métiers.

15 Des spécificités géographiques s'observent. Elles sont corrélées aux
16 disparités importantes en termes d'équipement de structures d'hébergement. De
17 nombreux bénéficiaires de l'APA à domicile vivent dans le Sud et dans le Nord
18 où l'on observe un faible taux d'équipement en structures pour personnes âgées,
19 à l'inverse les régions de Bretagne et Pays de la Loire ont une proportion de
20 bénéficiaires de l'APA à domicile faible, liée à un fort taux d'équipement. Afin
21 de s'assurer du « libre choix » de la personne, et compte tenu des études qui
22 soulignent la corrélation entre la faiblesse du nombre de places en établissements
23 et le plus grand nombre de maintien à domicile, **le CESE préconise de**
24 **privilégier l'augmentation de l'offre de places en établissement, à prix**
25 **accessible, dans ces régions.**

26 • **La situation en Outre-mer**

27 Dans les départements d'Outre-mer la proportion de bénéficiaires de l'APA
28 à domicile est très élevée : 91 %, en grande partie par manque d'hébergement.

29 La contribution de la délégation à l'Outre-mer, intitulée *la dépendance des*
30 *personnes âgées de 60 ans et plus dans les départements et collectivités d'outre-*
31 *mer : un défi majeur* présentée par Gérard Grignon, soulignait que « *les taux*
32 *d'équipements en établissements pour personnes âgées dans les collectivités*
33 *d'Outre-mer sont notablement inférieurs aux taux de la métropole.*

34 *C'est le même constat pour les taux d'équipement en lits médicalisés*
35 *destinés aux personnes âgées dépendantes. Au 1^{er} janvier 2010, ce dernier taux*
36 *est égal à 101,3 lits pour 1000 habitants en métropole âgés de 75 ans et plus*
37 *contre 19,3 pour La Réunion, 21,7 pour la Guadeloupe, 23,9 pour la Martinique*
38 *et 52,7 pour la Guyane.*

39 *De toute évidence, les données disponibles montrent la nécessité*
40 *d'envisager un plan de rattrapage pour la plupart des collectivités d'Outre-mer*
41 *étant donné l'écart entre le taux d'équipement en métropole et ceux constatés*
42 *dans les territoires ultramarins ».*

1 **3. Solvabiliser les besoins**

2 Afin de permettre aux personnes âgées de bénéficier de la totalité des plans
3 d'aide définis, le CESE préconise la réévaluation du barème national.

4 **Le projet de loi va se traduire par une revalorisation des plafonds.**

5 + 400 euros en GIR 1 ; + 250 euros en GIR 2 ; + 150 euros en GIR 3 ;

6 + 100 euros en GIR 4.

7 Le CESE approuve cette revalorisation.

8 Par ailleurs, la diminution des plans d'aide génère une plus forte
9 participation des bénéficiaires. Les besoins non satisfaits, mettent les personnes
10 concernées dans la précarité et le non-respect de leur dignité. Ceci, alors même
11 que les différentes réformes ont accentué la tendance à la baisse du niveau des
12 pensions des futurs retraités, par l'effet conjugué de la modification des
13 modalités de revalorisation, le nombre d'années pris en compte pour le calcul de
14 la retraite, ainsi que l'augmentation du nombre d'années cotisées.

15 Enfin, les études montrent une tendance à la diminution du nombre des
16 aidants, (surtout des aidantes) en raison de la progression du taux d'activité
17 féminine, du nombre d'enfants à élever, de l'éloignement géographique entre
18 autres pour cause de mobilité professionnelle, de la séparation des couples. Ces
19 facteurs influent sur l'offre d'aide et d'accompagnement familial ou bénévole qui
20 tend à diminuer alors que la demande augmente : les aidants peuvent avoir à
21 prendre en charge leurs parents et leurs propres enfants (études, chômage). Ils
22 peuvent être retraités, de grand âge et connaître des soucis de santé. Sans
23 compter qu'une famille peut avoir à s'occuper de deux ou trois personnes en
24 perte d'autonomie.

25 Afin de solvabiliser le besoin d'aide, le CESE préconise d'examiner le
26 « reste à vivre » de la personne (ce qui lui reste après avoir payé les services de
27 santé qui lui sont nécessaires) plutôt que son « reste à charge ». Le « reste à
28 vivre » soulève la question du niveau des moyens nécessaires à la vie
29 quotidienne.

30 Par exemple, en ce qui concerne le handicap, les textes⁷⁰ garantissent aux
31 personnes hébergées en maisons d'accueil spécialisé un reste à vivre équivalent à
32 30 % du montant mensuel de l'Allocation aux adultes handicapés AAH quel que
33 soit l'augmentation du forfait hospitalier.

34 Déjà en 2011, dans son avis sur la dépendance, le CESE pour répondre à de
35 tels constats avançait trois priorités :

- 36 - la réduction du reste à charge des familles tant à domicile qu'en
37 établissement ; dans ce dernier cas par une modification des clés de
38 répartition des dépenses entre les trois sections tarifaires

⁷⁰ Article L 334-1 du code de l'action sociale et des familles modifié par l'article 58 de la loi du 24 décembre 2009 de financement de la Sécurité sociale pour 2010 et décret 2010-15 du 7 janvier 2010.

- 1 (hébergement, soins et dépendance). Certaines dépenses ne devant
2 pas être incluses dans le prix de l'hébergement ;
3 - un système d'aide plus redistributif ;
4 - une augmentation de l'aide pour les personnes les plus dépendantes.

5 Conscient de la nécessité de trouver des ressources complémentaires, le
6 CESE avait dégagé des pistes de financement, même si toutes n'avaient pas fait
7 l'objet d'un consensus.

8 Depuis l'adoption de cet avis, le gouvernement a instauré la Contribution
9 additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA) par un prélèvement de
10 0,3 % sur les seuls retraités imposables. Le CESE en prend acte et note le
11 caractère paradoxal de ce nouveau mode de prélèvement qui s'apparente à ceux
12 effectués dans le domaine de la Sécurité sociale, dont la branche maladie finance
13 déjà 85 % de la prise en charge de la perte d'autonomie, sans pour autant être
14 considéré comme devant relever de l'Assurance maladie.

15 **4. Le problème de la barrière d'âge**

16 L'article 12 du projet de loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité
17 des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes
18 handicapées, indique que les personnes de moins de 60 ans peuvent prétendre à
19 la prestation de compensation du handicap (PCH), alors que celles de 60 ans et
20 plus bénéficient de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

21 La Prestation de compensation du handicap (PCH) est plus élevée et couvre
22 plus de domaines que l'APA : aides humaines, aides techniques, aides liées à
23 l'aménagement du logement et du véhicule de la personne handicapée, de même
24 qu'à d'éventuels surcoûts dus à son transport, aides spécifiques ou
25 exceptionnelles, aides animalières.

26 Ce seuil des 60 ans, constitue une « réelle barrière liée à l'âge » générant
27 une situation inégalitaire et créant de réelles difficultés à ceux qui la franchissent.

28 Or, l'article 13 de la loi « handicap » du 11 janvier 2005, prévoit que
29 « *Dans un délai maximum de cinq ans, les dispositions de la présente loi opérant
30 une distinction entre les personnes handicapées en fonction de critères d'âge en
31 matière de compensation du handicap et de prise en charge des frais
32 d'hébergement en établissements sociaux et médico-sociaux seront
33 supprimées.* »

34 En 2010, dans son analyse de la question de la barrière d'âge pour la prise
35 en charge des patients handicapés le docteur Elisabeth Fery-Lemonnier estime
36 que *la PCH correspond à une dépense d'environ 1 000 euros pour chacun des
37 500 000 bénéficiaires, alors l'APA concerne environ 1,1 millions de personnes.*

1 La mise à niveau des deux prestations *aurait un coût estimé à 4,8 milliards*
2 *d'euros.*⁷¹

3 Néanmoins, le CESE considère que les conditions d'application de la loi
4 supprimant la barrière d'âge doivent être examinées.

5 Par ailleurs, il existe une catégorie d'individus que la loi définit comme en
6 situation de handicap et que la Maison départementale des personnes
7 handicapées reconnaît comme telles. A l'instar des personnes valides,
8 l'espérance de vie des personnes en situation de handicap augmente sans pour
9 autant que la spécificité de leur situation soit prise en compte.

10 En effet au-delà de 60 ans, les personnes handicapées basculent de
11 l'allocation aux adultes handicapés (AAH) vers l'allocation de solidarité aux
12 personnes âgées (ASPA) et subissent de fait une baisse des minima sociaux ;
13 elles perdent soit le bénéfice du logement en foyer souvent lié à une activité en
14 ESAT, soit le soutien des services à la vie sociale en cas de logement autonome ;
15 dans ces circonstances, elles n'ont d'autres choix que de retourner vivre chez
16 leurs parents ou d'intégrer un EHPAD.

17 **Le CESE préconise, pour répondre à leurs besoins, de conserver**
18 **l'AAH au-delà de 60 ans et de permettre aux personnes handicapées de**
19 **vieillir à domicile, c'est-à-dire soit en logement autonome accompagné d'un**
20 **SAVS, soit en foyer dont les équipes seraient renforcées au niveau médical.**

21 E - LES DROITS DES PERSONNES ÂGÉES

22 Une société dans laquelle on vieillit bien est conditionnée par le respect du
23 droit fondamental d'être considéré comme un citoyen à part entière, quel que soit
24 son âge. Quand une personne, du fait de son âge, ne peut pas accéder aux mêmes
25 droits que les autres une discrimination est créée qui relève de la compétence du
26 défenseur des droits. Le CESE considère que la réponse à ce problème relève
27 moins de l'attribution de droits spécifiques à la personne âgée que de l'effectivité
28 de ses droits de citoyen, y compris par une action en justice, pour les faire
29 respecter.

30 **Le CESE partage donc l'approche du projet de loi fondée sur le**
31 **respect des droits fondamentaux.**

32 Si une personne présente des altérations de ses facultés personnelles,
33 physiques ou mentales, qui l'empêchent d'exprimer sa volonté, le juge des
34 tutelles peut être saisi par la personne elle-même, par la famille ou par le
35 procureur de la République afin de mettre en place des mesures de protection
36 (tutelle, curatelle, sauvegarde de justice).

⁷¹ *La prévention et la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux en France* - Rapport présenté au Ministre de la santé et des sports (juin 2009). Pour M. Ennuyer, auditionné par la section en janvier 2014, le doublement de l'APA pour les personnes à domicile classées en GIR 1 à 3 représente une dépense de 2 milliards d'euros.

1 Toute personne, même vulnérable, doit pouvoir décider de ses choix de vie,
2 de rester vivre à son domicile après en avoir évalué le risque ou de le quitter pour
3 un établissement. Permettre l'autonomie des personnes âgées est une des
4 responsabilités de la collectivité publique.

5 Cependant, si le droit au risque, consciemment assumé, peut être considéré
6 comme un élément de la liberté individuelle, il n'en demeure pas moins qu'il
7 conduit à devoir mener une réflexion sur son lien avec les notions de sécurité et
8 de responsabilité. Car si la personne âgée est concernée au premier chef par cette
9 question, la famille et les professionnels le sont également. Le CESE souhaite
10 que la réflexion sur ce sujet délicat soit poursuivie et approfondie.

11 **Le CESE salue les avancées réelles, ouvertes par le projet de loi dans le**
12 **domaine des droits des personnes âgées.**

13 Pour le CESE, il importe également que les professionnels, de l'aide à
14 domicile ou en établissement, soient correctement formés afin de pouvoir guider
15 les personnes et les aider à garantir l'effectivité de leurs droits.

16 Lutter contre les actes de maltraitance implique de développer une
17 politique de promotion de la bientraitance au domicile de la personne âgée
18 comme en établissement. Un manque de personnel et un temps insuffisant pour
19 accompagner la personne peuvent produire une autre forme de maltraitance dite
20 passive.

21 Des actions sont menées en ce sens. Elles visent à la diffusion d'une
22 véritable culture de la bientraitance pour sensibiliser les personnels mais aussi les
23 familles. Les recommandations du défenseur des droits, la diffusion de guide de
24 bonnes pratiques, les échanges d'expériences lors de réunions d'équipes
25 professionnelles, la formation des personnels et des directeurs d'établissements,
26 la communication avec la famille participent à l'engagement pour faire reculer
27 l'indifférence et la maltraitance. L'identification des risques, leur gestion quand
28 ils se réalisent, l'évaluation des pratiques qui l'ont rendu possible, sont aussi des
29 outils à développer.

30 **Ces actions s'inscrivent dans l'esprit du projet de loi qui invite à les**
31 **amplifier.**

32 F - LES AIDANTS FAMILIAUX ET LES PROCHES AIDANTS

33 La famille, les aidants, essentiellement des aidantes, sont confrontés, dans
34 la plupart des cas, sans y avoir été préparés, à devoir jouer un rôle complexe qui
35 se situe entre travail matériel, relation d'aide et lien affectif.

36 Le projet de loi va permettre le financement public de dépenses de soutien
37 et de formation des aidants et des bénévoles associatifs.

38 **Le CESE approuve cette orientation de politique publique.**

39 **Il préconise cependant que, dans le projet de loi, la notion de proche**
40 **aidant soit complétée par celle d'aidant familial. La coexistence de ces deux**
41 **termes dans la définition de l'article 37 de la loi donnerait ainsi une image**

1 **fidèle de la réalité de l'aide non professionnelle dispensée auprès des**
2 **personnes âgées.**

3 Par ailleurs, il importe de lutter contre les stéréotypes et le sentiment de
4 culpabilité des personnes.

5 8,3 millions de personnes⁷² cumulent activité professionnelle et activité
6 d'aidant. Ce nombre augmentera certainement du fait de l'allongement de la
7 durée de vie. Or la conciliation entre le rôle d'aidant d'une personne en perte
8 d'autonomie et l'implication dans la vie professionnelle ne va pas de soi. L'un et
9 l'autre requièrent un investissement personnel qui peut être très élevé voire
10 envahissant. Ces deux rôles entrent potentiellement en concurrence.

11 La délégation aux droits des femmes et à l'égalité préconisait dans sa
12 contribution présentée par Geneviève Bel « *de faciliter le maintien de l'activité*
13 *professionnelle des aidants grâce à des solutions d'aménagement du temps de*
14 *travail, dans la mesure du possible ; de prévenir l'épuisement physique et*
15 *psychique des aidants familiaux en développant des groupes de soutien leur*
16 *permettant de se ressourcer hors du domicile et en leur assurant un suivi*
17 *personnalisé sous forme d'une consultation annuelle avec leur médecin*
18 *traitant* ».

19 Le vieillissement de la population et la faiblesse des réponses collectives
20 apportées jusqu'à présent, font des aidants l'une des principales variables
21 d'ajustement des efforts requis. Mais eux-mêmes peuvent en ressentir les effets
22 physique ou psychique sur leur santé (dépression, risques de maladie
23 cardiovasculaire...).

24 En l'absence de dispositif juridique dédié et suffisant pour prendre en
25 charge ce phénomène social, les employeurs signalent l'utilisation des outils
26 existants et notamment les droits aux congés. Certains craignent une perte
27 d'investissement professionnel des salariés concernés. Toutefois il existe d'ores
28 et déjà des initiatives intéressantes prises dans les entreprises pour répondre aux
29 attentes des aidants salariés.⁷³

30 De leur côté, les salariés craignent de devoir mobiliser leurs congés
31 personnels et de ne pouvoir préserver leur vie personnelle et professionnelle.

32 Confrontées aux responsabilités trop lourdes qu'on leur impose, il existe un
33 risque réel que les femmes se retirent du monde du travail avec toutes les
34 difficultés actuelles pour retrouver ultérieurement un emploi.

35 D'autres aidants ne sont plus en activité professionnelle, soit en retraite,
36 soit en « cessation temporaire d'activité » volontaire ou non.

⁷² Soullier N. *Aider un proche âgé à domicile : la charge ressentie. Études et Résultats* n°799. Mars 2012 : on recense 8,3 millions d'aidants naturels intervenant auprès de leurs proches, dont 57 % de femmes, d'après Le panel national des aidants familiaux BVA - Fondation Novartis.

⁷³ Création de plateformes de services dédiés pour les aidants familiaux salariés au sein de l'entreprise, diffusion par les entreprises du « Cesu RH » préfinancé pour recourir à des services à domicile pour des proches dépendants...transformation du 13ème mois en jours de congé pour les aidants...).

1 Certains aidants peuvent être très âgés et mettent en péril leur propre santé,
 2 voire même leur vie.⁷⁴ Il convient donc de prévoir les mesures appropriées pour
 3 soulager ces aidants qui se trouvent, eux-mêmes quelques fois, en situations très
 4 difficiles, de précarité, de recherche d'emploi, ou de grande fatigue.

5 Il faut prévenir ce risque d'épuisement physique et psychique des aidants
 6 en développant des structures de répit accessibles géographiquement et
 7 financièrement en les prenant en compte dans les plan d'aide de l'APA (garde
 8 itinérante de jour et de nuit, hébergement temporaire, accueil de nuit...).

9 Consciente des situations difficiles que vivent les aidants, notre assemblée
 10 a déjà formulé dans son avis sur *la dépendance des personnes âgées* plusieurs
 11 préconisations et notamment :

12 - d'intégrer ces questions dans les négociations concernant la
 13 conciliation entre la vie familiale et la vie professionnelle en
 14 négociant la diffusion de chèques emploi-service universels qui
 15 peuvent servir pour financer des services et donc des emplois à
 16 domicile, en facilitant le maintien de l'activité professionnelle des
 17 aidants grâce à des aménagements du temps de travail ou par
 18 l'adaptation de la législation sur le congé de soutien familial.

19 La loi du 28 janvier 2014 sur l'égalité entre les femmes et les hommes
 20 prévoit dans son article 5 une expérimentation visant à autoriser les salariés à
 21 transformer leurs droits acquis sur leur compte épargne-temps (CET) en chèques
 22 emploi-service universel (CESU) afin de financer des prestations de service à la
 23 personne.

24 - de développer des plates-formes d'écoute et d'accès à des groupes de
 25 parole et d'échange ;

26 - d'assurer un suivi personnalisé par le médecin traitant ;

27 D'autres mesures pourraient faire l'objet de réflexion comme la possibilité
 28 du télétravail pour l'aidant en activité professionnelle lorsque c'est possible, ou
 29 celle d'une Validation des acquis de l'expérience (VAE) afin qu'il puisse ensuite
 30 travailler dans ce secteur s'il le souhaite...

31 Pour autant le CESE insiste sur le fait que l'aidant ne doit pas être amené,
 32 par défaut ou insuffisance des plans d'aide, à jouer le rôle normalement dévolu à
 33 des professionnels. Il a le droit de rester un proche, certes très impliqué, mais qui
 34 conserve le droit d'avoir sa propre vie, même si le devoir d'assistance s'impose
 35 entre conjoints, voire entre enfants et parents.

36 Concernant les accueillants familiaux, le CESE note avec satisfaction les
 37 avancées introduites par l'article 41 du projet de loi, qui vient préciser et
 38 sécuriser le statut d'accueillant familial. L'accueil familial intervient comme
 39 solution complémentaire au soutien à domicile et/ou à une prise en charge en
 40 établissement : il convient de favoriser son développement. Pour que l'accueil

⁷⁴ Des études montrent qu'un certain nombre d'aidants meurent avant « les aidés ».

1 familial puisse jouer pleinement son rôle de solution complémentaire et
 2 alternative, le projet de loi et les textes règlementaires à venir devront apporter
 3 des réponses aux questions restées en suspens du droit à congé de l'accueillant
 4 familial, de l'harmonisation du calcul de l'indemnité représentative de mise à
 5 disposition de la ou des pièces réservées à la personne accueillie ...

6 **Le CESE apprécie positivement les dispositions permettant la**
 7 **reconnaissance d'un droit au répit. Il considère néanmoins que beaucoup**
 8 **reste à faire dans le domaine du soutien aux aidants. Plusieurs outils**
 9 **pourraient être mobilisés : la mise en place d'un plan d'aide, alliant**
 10 **prévention et formation et un accompagnement adapté à leurs besoins. A**
 11 **cette fin, le droit au répit pourrait être étendu aux proches aidants des non**
 12 **bénéficiaires de l'APA. Il sera attentif aux suites données à la perspective**
 13 **d'une réforme du congé de soutien familial. Le CESE invite les partenaires**
 14 **sociaux à engager rapidement des négociations pour créer les conditions**
 15 **pour que les aidants puissent réellement concilier leur rôle avec leur vie**
 16 **professionnelle.**

17 G - COMMENT ASSURER L'ÉVOLUTION ET LA PÉRENNITÉ DES MÉTIERS
 18 NÉCESSAIRES À LA PERSONNE ÂGÉE ?

19 Les salariées intervenant au domicile des personnes, dites fragiles, révèlent
 20 un certain nombre de caractéristiques communes, qu'il convient de souligner.

21 Encadré n° 1

22 Les données suivantes sont issues des travaux de la Drees, sur les « intervenantes au domicile des
 23 personnes fragilisées » (cf. Études et résultats n°728, juin 2010, R. Marquier) et l'Enquête Emploi en
 24 continu pour l'année 2008 (Insee). Cette étude recouvre les salariées intervenant au domicile des
 25 personnes fragilisées, hors personnels soignants.

26 a) Une certaine homogénéité du profil des salariées 515 000 femmes (dans plus de 98 % des cas)
 27 occupent ce type d'emplois. La moyenne d'âge des aides à domicile est de 46 ans 14,6% des aides à
 28 domicile sont à la tête d'une famille monoparentale 47,8 % des aides à domicile ne travaillaient pas
 29 avant d'occuper leur emploi actuel (24,3 % étaient au chômage, 23,5 % étaient sans activité
 30 professionnelle pour d'autres raisons). L'aide à domicile apparaît comme un métier de reconversion
 31 professionnelle ou de mise au travail après une longue période d'inactivité, ce qui contribue à
 32 expliquer la moyenne d'âge élevée dans ce secteur.

33 b) Le travail des intervenantes au domicile

34 Les intervenantes au domicile des personnes fragiles réalisent une pluralité d'activités et de tâches :
 35 tâches ménagères diverses, aide aux tâches administratives, aide aux actes de la vie quotidienne,
 36 mobilité, repas, toilette, accompagnement à l'extérieur, temps d'écoute, de lecture, de rencontre, de
 37 médiation avec la famille.

38 Mais l'essentiel du travail est invisible. Les tâches à réaliser doivent être adaptées aux besoins des
 39 personnes aidées. Cet ajustement constitue en soi un travail de conception, d'organisation.
 40 L'intervention dans un espace privé pour aider des personnes en situation de vulnérabilité suppose
 41 une capacité à gérer la mise à distance nécessaire pour se protéger. Il faut renouveler sans cesse les
 42 règles de comportement, les adapter aux situations rencontrées. Pour les intervenantes à domicile,
 43 isolées dans le huis clos domestique, les échanges, au sein du collectif de travail permettent de
 44 vérifier et d'améliorer les pratiques. Cette non prise en compte de nombreux aspects de leur travail

1	est un facteur de risque pour leur santé tant physique que mentale. Et elle peut se traduire par une
2	sous-évaluation par leur employeur du temps nécessaire à leur réalisation.
3	<i>Différents types d'employeurs : un salariat éclaté</i>
4	Les salariées intervenant au domicile peuvent travailler pour différents types d'employeur :
5	L'emploi direct sans aucun intermédiaire, 80 % des particuliers employeurs gèrent seuls l'emploi de
6	l'intervenante (ou des intervenantes) à leur domicile. Depuis la Loi Borloo, cette modalité d'emploi
7	s'exerce très majoritairement par le biais du chèque emploi services universels.
8	<i>L'emploi mandataire</i> 20 % des particuliers employeurs font appel à une structure mandataire. Le
9	particulier reste l'employeur de la salariée qui intervient à son domicile. Il achète les services d'une
10	entreprise, qui s'occupe de la gestion administrative (fiches de paie, etc.) et organisationnelle
11	(remplacement pendant un congé ou un arrêt d'une salariée, etc.) liées à la relation d'emploi.
12	Ces structures mandataires peuvent être privées à but lucratif ou non.
13	<i>L'emploi prestataire</i>
14	37 % des salariées de l'aide à domicile travaillent en emploi prestataire. Par ailleurs, 78 % des
15	salariées passant par une structure collective (hors emploi direct) travaillent pour une association,
16	20 % pour des Centres communal d'action sociale CCCAS, 4 % seulement pour des entreprises, 2 %
17	(entreprise intermédiaire ou intérim).
18	a/ Prestataire public : L'emploi public est celui qui offre les conditions d'emploi les moins précaires
19	dans le secteur. L'employeur d'aide à domicile est en général le CCAS (centre communal d'action
20	sociale) de la ville.
21	b/ Prestataires privés non lucratif sont dans leur grande majorité sous statut associatif.
22	c/ Prestataire privé lucratif : Si l'aide à domicile est ouverte aux entreprises lucratives depuis 1996,
23	c'est véritablement à partir de 2005 et la Loi Borloo que le nombre de structures lucratives a explosé
24	dans le secteur.
25	<i>Des situations de multi-employeurs</i>
26	29,5% des aides à domicile ont plusieurs employeurs. Elles travaillent au cours de la même semaine,
27	et parfois au cours de la même journée, sous différentes conventions collectives.
28	<i>Des emplois non qualifiés et émiétés</i>
29	Des rémunérations basses, 60 % des aides à domicile et employés de maison sont des travailleuses à
30	bas salaires, du fait de la conjonction des rémunérations horaires faibles et d'un exercice fréquent à
31	temps partiel (68,1 % des aides à domicile). Le salaire mensuel net moyen des aides à domicile est de
32	790 euros en 2012 ⁷⁵ .
33	<i>Une formation modeste et une faible qualification</i>
34	62 % des aides à domicile au niveau national n'ont aucun diplôme du secteur sanitaire et social, cette
35	part s'élève à 85% pour les salariées du particulier employeur.

36 La situation précaire vécue par les salariées de l'aide à domicile est en fort
 37 décalage avec le service déterminant qu'elles assurent auprès d'une personne
 38 âgée pour qu'elle puisse continuer à vivre à son domicile si elle le souhaite. Ce
 39 constat est un indicateur de l'état du développement de notre société et de la
 40 façon dont on y prend soin de l'humain.

⁷⁵ Emmanuelle Puissant, *Les intervenantes au domicile des personnes dites fragiles : Un salariat individualisé, isolé, émiété qui préfigure le salariat de demain ?*, ADEES Rhône-Alpes, juin 2012.

1 Notre précédent avis *sur la dépendance des personnes âgées* a permis de
2 formuler un certain nombre de préconisations pour renforcer la qualité des
3 services et l'attractivité des métiers ; elles restent pertinentes telles, par exemple,
4 celles concernant la formation, la reconnaissance des qualifications, la
5 valorisation des rémunérations ou encore l'harmonisation des garanties
6 collectives pour des métiers similaires quel que soit le statut juridique de
7 l'employeur (prestataire, mandataire, particulier employeur).

8 **Le CESE considère que la perspective d'une revalorisation des**
9 **indemnités kilométriques et des plus bas salaires, celle d'un travail sur les**
10 **niveaux de qualification évoqué dans le rapport annexé, s'inscrivent dans la**
11 **recherche de réponses à apporter aux attentes des salarié(es) de ce secteur**
12 **d'activité. Néanmoins beaucoup reste à faire pour que les métiers de l'aide à**
13 **domicile soient attractifs.**

14 L'article 39 du projet de loi permet l'expérimentation de prestations de
15 suppléance à domicile du proche aidant de toute personne ayant besoin d'une
16 surveillance régulière, assurée par des professionnels. Le dispositif envisagé
17 prévoit des dérogations significatives concernant l'application du Code du travail
18 et de la convention collective des salarié(e)s particulier employeur.

19 **Le CESE recommande que toute expérimentation dans ce domaine**
20 **fasse l'objet d'une négociation préalable entre les partenaires sociaux avant**
21 **toute mise en œuvre.**

22 Une meilleure structuration de l'offre, pourrait offrir aux salariés des
23 garanties dans la diversité de leurs métiers et de leurs compétences, (collectif de
24 travail, garantie d'un emploi de qualité, temps de travail choisi, formation,
25 qualification, déroulement de carrière, mobilité professionnelle, suivi
26 médical.....). Des passerelles existent d'ores et déjà entre les métiers et les filières
27 mais demandent à être mieux structurées et amplifiées.

28 La pérennisation de ce secteur, l'enjeu de solidarité qu'il incarne pour la
29 cohésion sociale dans une société de tous les âges, doit conduire à réfléchir à
30 l'évolution qualitative et quantitative du service public pour lui donner les
31 moyens de mieux répondre aux besoins des personnes âgées et de leur famille.

32 Le CESE souligne l'importance des expérimentations en cours pour une
33 modernisation des services à domicile prenant notamment en compte leur rôle de
34 prévention de l'aggravation de la perte d'autonomie.

35 Cet objectif de réponse adaptée aux besoins peut être atteint tant par
36 l'action du service public renforcé que par celle des entreprises concernées du
37 secteur privé relevant de l'économie sociale ou marchande. Toutefois, le droit
38 des personnes de choisir le type d'intervenant doit être maintenu. Cela suppose
39 une information complète sur l'offre de services. Aussi, le CESE ne peut que
40 réitérer une préconisation qu'il a déjà formulée, à savoir la mise en place d'une
41 procédure unique pour les services intervenant en direction des publics
42 vulnérables grâce à une harmonisation des systèmes d'agrément et
43 d'autorisation.

1 H - LA MAISON DE RETRAITE MÉDICALISÉE DE DEMAIN

2 **Le CESE prend acte que deux temps législatifs sont prévus pour**
 3 **garantir la transparence dans les tarifs et pour rénover et simplifier le**
 4 **financement et la tarification des établissements.**

5 **Il considère que les décisions annoncées, dans le premier temps**
 6 **législatif, pour commencer à réguler les tarifs hébergement par plus de**
 7 **transparence vont dans le bon sens. Il en est ainsi de la normalisation de la**
 8 **tarification et de la définition des prestations socle couverte par les tarifs.**
 9 **Parmi les trois éléments qui fixent le taux d'évolution des tarifs**
 10 **d'hébergement, le CESE approuve la prise en compte de l'évolution du**
 11 **niveau des retraites déjà liquidées.**

12 I - ACCOMPAGNER LA FIN DE VIE

13 Créer les conditions pour accompagner les personnes âgées jusqu'à la fin
 14 de leur vie, pour favoriser une mort sereine, doit être pensé comme une question
 15 éthique pour notre société.

16 Le rapport annexé au projet de loi souligne la nécessité, dès à présent, de :

- 17 - renforcer le recours aux équipes de soins palliatifs en établissement,
- 18 - développer la formation des professionnels intervenant en maisons de
- 19 retraite médicalisées ou à domicile,
- 20 - ne pas ignorer la question de la fin de vie lors de l'élaboration et de
- 21 l'actualisation du projet de vie en maison de retraite médicalisée, et
- 22 recueillir les souhaits de la personne,
- 23 - développer l'accès à une infirmière de nuit,
- 24 - développer le recours à l'hospitalisation à domicile en maison de
- 25 retraite médicalisée.

26 La mise en œuvre effective de ces axes d'action apporte une réponse
 27 concrète à la hauteur de l'enjeu fondamental d'accompagnement de la fin de vie.

28 **V - FAIRE DU VIEILLISSEMENT UN ATOUT SOCIAL ET**
 29 **ÉCONOMIQUE**

30 L'allongement de la durée de la vie représente un potentiel de croissance
 31 économique et de création d'emplois insuffisamment exploité et valorisé.

32 **1. Une économie de proximité**

33 Autour du vieillissement, se développe une économie de proximité que
 34 Laurent Davezies a nommé « *économie présenteielle* » ; celle-ci recouvre les
 35 activités de biens et services centrés sur la satisfaction des besoins vitaux de la
 36 population à savoir : commerces, services, loisirs⁷⁶, aménagements de logements,

⁷⁶ Avis du CESE, *L'économie de proximité*, rapport é par Pierre Martin (2009).

1 équipements spécifiques, développement de la domotique, généralisation des
 2 outils informatiques de communication sont autant de sources d'activités
 3 économiques qui vont se développer. Même si l'e-commerce croît (les seniors en
 4 seront de plus en plus adeptes), une activité de service peut se développer en
 5 parallèle dont une partie nécessitera un savoir faire et une main d'œuvre locale.
 6 Les artisans, en particulier, par la confiance qu'ils inspirent et la proximité du
 7 service qu'ils apportent, sont des interlocuteurs privilégiés des âgés.

8 Une étude du CREDOC⁷⁷ prévoit la création de 350 000 emplois dans le
 9 secteur des âgés. Ce potentiel de croissance et d'emplois de proximité demande à
 10 être accompagné. En plus de nouveaux emplois, cette clientèle attendra de ces
 11 professionnels des compétences un peu différentes : on ne répond pas de la
 12 même façon à un ou une client(e) qui entend moins bien, a besoin d'être
 13 rassuré(e). Qu'ils s'agissent des métiers de l'accueil, du bâtiment ou du
 14 transport, du social ou du paramédical, il serait souhaitable de mettre en place,
 15 pour chaque filière, des formations et une sensibilisation à cette approche
 16 différenciée. En ce sens, la démarche HANDIBAT des artisans du bâtiment
 17 propose une formation spécifique et délivre un label à ceux qui s'engagent à
 18 respecter la charte. Fin 2013, 2 111 sont titulaires du label et près de 3 500 sont
 19 en formation⁷⁸.

20 **Le paragraphe 2.2 du rapport annexé à la loi incite à juste titre à**
 21 **développer des emplois de service de qualité pour mieux répondre aux**
 22 **besoins des âgés et améliorer la qualité de l'accompagnement.**

23 **2. L'émergence d'une nouvelle filière industrielle.**

24 Elle aurait pour vocation d'accompagner la révolution démographique en
 25 cours, en donnant aux entreprises les moyens d'inventer et de développer les
 26 produits et les technologies qui s'adapteront au mieux aux besoins des personnes
 27 âgées. La population mondiale âgée de plus de 60 ans devrait avoisiner les 2
 28 milliards en 2050 (900 millions aujourd'hui). Le gouvernement a pris le parti
 29 d'accompagner les entreprises pour qu'elles puissent être compétitives sur le
 30 marché international, au travers du Contrat de filière de la Silver économie. Son
 31 objectif est d'associer les régions à cette dynamique.

32 De l'accompagnement de la personne au champ de la santé, en passant par
 33 l'habitat et la nutrition, l'urbanisme, le transport, le tourisme notamment la
 34 Silver économie est marquée par la diversité des activités et des structures qui la
 35 composent. L'accompagnement de la personne reste l'activité la plus citée par
 36 les acteurs recensés (54 %), suivi par la prévention de la dépendance (33 %), les
 37 services aux aidants (29 %) et la santé (26 %). Arrivent ensuite la téléassistance
 38 (24 %) et les Technologies de l'information et de la Communication (16 %)
 39 portées par les entreprises les plus récentes.

⁷⁷ Étude CREDOC, *Impact du vieillissement sur l'offre et la demande de biens et services de consommation*, juin 2010.

⁷⁸ Label HANDIBAT, CAPEB, www.handibat.info.

1 Si l'intention est louable, et justifiée par de nouveaux besoins, il est en
2 revanche impératif, de prendre en compte que ces techniques s'adressent, au
3 moins en partie, à des publics fragiles.

4 Pour l'adaptation des logements, se développe déjà toute une filière dans la
5 domotique pour les petits équipements, capteurs, interrupteurs intelligents,
6 parcours lumineux et autres accessoires peu coûteux mais qui se révèlent très
7 utiles dans la vie quotidienne. L'expérimentation ESOPE en Corrèze a montré
8 des résultats significatifs sur la réduction des chutes (- 30 %) et des
9 hospitalisations, ainsi que sur le sentiment de sécurité, conduisant à un regain
10 d'activité des personnes équipées. A faible coût d'investissements, s'ouvre ainsi
11 un espoir de réduction des dépenses de santé non négligeable (coût d'une
12 hospitalisation estimé pour une chute : 8 000 €). **La généralisation de cette**
13 **expérience à d'autres départements puis à l'ensemble du territoire,**
14 **générerait l'essor d'une nouvelle filière industrielle autour de ces**
15 **technologies au service du vieillissement.**

16 La Société coopérative d'intérêt collectif (Scic) peut présenter à cet égard
17 un intérêt. Ce type de sociétés, créé en 2001, favorise l'instauration d'un
18 nouveau mode de coopération sur un territoire et permet une gouvernance
19 adaptée : les usagers peuvent être partie prenante de la Scic ; celle-ci peut
20 compter dans son capital et sa gouvernance des bénévoles, même si ceux-ci ne
21 sont pas les seuls décideurs comme dans une association ; les collectivités
22 locales peuvent pour leur part être partie prenante du capital social à hauteur de
23 20 % maximum. Ainsi, la Scic « Medetic », qui promeut la domotique, la
24 téléassistance et la télésanté pour favoriser le maintien à domicile et le suivi
25 médical des personnes âgées et handicapées, a été lauréate en 2013 de l'appel à
26 projets « Programme d'investissements d'avenir », lancé par la Caisse des
27 Dépôts. La formule de la Scic peut aussi être intéressante pour permettre des
28 coopérations avec les bailleurs sociaux.

29 La robotique, largement développée dans l'industrie, émerge aussi dans la
30 sphère privée et pourrait demain se mettre au service du quotidien des âgés ;
31 ainsi le premier robot humanoïde d'Europe est né... en France ; il se prénomme
32 NAO. Ce prototype pourrait, grâce sa capacité de reconnaissance vocale et à une
33 connexion wifi, répondre aux sollicitations de son propriétaire. Même
34 commercialisé à un coût accessible, il ne peut remplacer une aide humaine mais
35 peut assister le quotidien.

36 Toutes les possibilités de connexion grâce aux technologies de
37 communication ne sont pas encore exploitées et permettront demain de
38 développer de nouveaux produits et services encore à l'état de prototypes.

39 L'allongement de la vie et les besoins des aînés devraient donc maintenir
40 une demande de consommation élevée contribuant entre autres, pour les produits
41 nouveaux que la technologie pourra mettre à leur service, à développer la Silver
42 économie.

1 En matière d'aides techniques, le rapport de l'IGAS,⁷⁹ donne des
2 indications pour leur bonne adaptation, fondée sur leur utilité réelle et non
3 supposée, ou leur utilisation réelle par les bénéficiaires. Ce rapport note que
4 l'aménagement du domicile et l'adaptation des aides techniques à la
5 configuration du domicile constituent des éléments essentiels d'une politique de
6 maintien à domicile. Il souligne la nécessité de bien prescrire pour mieux et
7 moins dépenser et soutient le rôle novateur des ergothérapeutes dans le cadre des
8 équipes du Conseil général.

9 Le développement de cette filière peut conduire par des publicités
10 agressives, à des équipements inutiles, onéreux et/ou mal adaptés. Le CESE
11 préconise la mise en place d'une plateforme d'informations et de
12 recommandations sous l'égide des autorités ministérielles concernées afin
13 de protéger la personne âgée de toute démarche abusive. Par ailleurs, il faut mettre
14 en place des dispositifs pour prévenir les conflits d'intérêts entre préconisateurs
15 et vendeurs.

16 Un cadre éthique, garant de la qualité des réponses qui seront apportées aux
17 besoins des personnes en recherche de solutions technologiques dans le respect
18 de leur dignité et de leur libre choix, doit être élaboré.

19 Le suivi de ces aides techniques doit être organisé car la perte d'autonomie
20 est évolutive. Le contrôle de l'utilisation réelle des aides techniques doit
21 conduire à améliorer les préconisations ultérieures.

22 L'élaboration d'un guide des aides techniques permettrait aux prescripteurs
23 de connaître l'offre existante. Par ailleurs, le développement de l'évaluation de la
24 valeur d'usage des aides techniques par les Centres d'Expertises Nationaux,
25 pourrait être consolidé.

26 Le fonctionnement de l'APA ne permet pas un recours aisé aux aides
27 techniques pour les personnes âgées dépendantes qui en ont besoin. La fixation
28 de barèmes nationaux pour les plans d'aide est un facteur qui limite le recours
29 aux aides techniques des personnes les plus dépendantes pour lesquelles les aides
30 sont les plus coûteuses. L'APA finance essentiellement deux aides techniques :
31 la télé-alarme et les frais d'hygiène. Or, une étude de la Drees atteste que le
32 recours aux aides techniques est beaucoup plus diversifié (16 sortes d'aides
33 techniques). Ce recours est financé par la personne elle-même ou par l'Assurance
34 maladie. **Les caisses de retraite et institutions de prévoyance peuvent aussi**
35 **financer ces aides techniques.**

36 Plusieurs pistes sont à explorer pour mieux répondre aux besoins des
37 personnes âgées en perte d'autonomie :

38 - interroger les bénéficiaires de l'APA dont le plan d'aide est saturé,
39 pour évaluer leur besoin d'aides techniques spécifiques, afin d'étudier
40 l'augmentation du plan d'aide si nécessaire ;

⁷⁹ *Évaluation de la prise en charge des aides techniques pour les personnes âgées dépendantes et les personnes handicapées*, (2013).

- 1 - explorer les simplifications administratives dans la gestion de l'APA
 2 pour favoriserait le recours aux aides techniques ;
 3 - mettre en place les outils permettant de mieux identifier les dispositifs
 4 d'accompagnement financiers mobilisables par catégories d'aides
 5 techniques ; doit notamment se développer la diffusion
 6 d'informations via les sites et magazines des organismes de retraites
 7 et institutions de prévoyance ;
 8 - élargir la prise en charge, au titre de l'Assurance maladie, des aides
 9 techniques les plus répandues et/ou les plus coûteuses.

10 3. Épargne et consommation

11 En matière de consommation, l'enquête du CREDOC précédemment citée
 12 montre qu'aujourd'hui, 50 % des dépenses de consommation sont le fait des plus
 13 de 50 ans qui ne représentent que 39 % de la population. Cette tendance pourrait
 14 s'amplifier, les générations d'aînés à venir étant plus enclines à consommer.
 15 L'avis du CES de 2001, rapporté par Maurice Bonnet, était visionnaire ; il
 16 affirmait en effet déjà : « *les générations du baby-boom qui vont arriver à l'âge*
 17 *de la retraite à partir de 2006, ne devraient pas avoir les mêmes réticences à*
 18 *l'égard de la consommation que leurs devancières.* »⁸⁰

19 Actuellement encore, le taux d'épargne des ménages âgés est en moyenne
 20 relativement important au regard de celui d'autres catégories d'âge, même s'il
 21 tend à baisser dans les premières années après le départ à la retraite par rapport à
 22 celui des seniors (50-60 ans), particulièrement élevé. La consommation,
 23 importante pour les seniors de la première génération, décroît au profit de
 24 l'épargne à partir de 70-75 ans. Ces taux d'épargne dépendent toutefois pour une
 25 large part, comme c'est le cas aux autres âges, de leur niveau de revenu⁸¹.

26 Ainsi, selon le Commissariat général à la stratégie et à la prospective
 27 (CGSP), le taux d'épargne des personnes de 60 à 65 ans est de 16 % quand celui
 28 des 75 ans et plus atteint 23 %, cette épargne étant "*quasi uniquement financière,*
 29 *contrairement au taux moyen tous âges confondus de 16 % qui inclut l'épargne*
 30 *immobilière*". Le CGSP souligne qu'une part de cette épargne thésaurisée
 31 pourrait être mieux utilisée⁸².

32 Pour le CESE, cette épargne pourrait bénéficier à l'économie locale en
 33 l'investissant dans des projets créateurs d'emploi : à titre d'exemple, en
 34 collaboration avec ses partenaires, et notamment FONDES Pays de la Loire,
 35 cette région a décidé de se mobiliser pour faire vivre les circuits courts de la
 36 finance solidaire par lesquels les ressources locales de l'épargne financent les
 37 emplois locaux, donnant ainsi un signe positif aux jeunes générations. Investie

⁸⁰ Avis du CES, *Les personnes âgées dans la société*, rapporté par Maurice Bonnet, 2001, p. 40.

⁸¹ CREDOC n°2, INSEE - *L'économie française 2006* p. 114.

⁸² CGSP, *La silver economy, une opportunité de croissance pour la France*, Claire Bernard, Senaa Hallal et Jean-Paul Nicolai, décembre 2013, p. 99.

1 dans les dépenses d'adaptation du logement, cette capacité d'épargne devrait
2 aussi contribuer à financer le développement de la Silver économie.

3 **VI - ADAPTER LA GOUVERNANCE À CES ENJEUX EN RESPECTANT**
4 **LES AVANCÉES DE LA LOI DU 11 FÉVRIER 2005 EN MATIÈRE**
5 **DE CONVERGENCE DES POLITIQUES DE L'AUTONOMIE**

6 Dans son avis *la dépendance des personnes âgées* précité, le CESE a
7 formulé des préconisations qui sont toujours d'actualité concernant la
8 gouvernance des politiques en matière de perte d'autonomie. Le présent avis se
9 centrera par conséquent uniquement sur certaines questions.

10 Il inscrit sa réflexion dans la perspective d'une meilleure coordination et
11 d'une convergence des politiques de l'autonomie.

12 **Il constate, à la fois, des avancées réelles pour répondre aux exigences**
13 **d'égalité sur le territoire, à l'exigence de proximité, et de démocratie mais**
14 **également des limites.**

15 Notre assemblée a fait le constat d'une absence de continuum stratégique
16 en prévention pour une partie de la population notamment les jeunes et celles et
17 ceux de nos concitoyens qui entrent dans la période située après l'activité
18 professionnelle. Tout au long du parcours de vie, la prévention se caractérise par
19 l'intervention d'une pluralité d'acteurs aux compétences parfois mal définies.

20 Coordonner les acteurs intervenant sur les champs de la prévention et de la
21 perte d'autonomie apparaît comme un moyen d'améliorer la qualité et l'efficacité
22 de leurs actions. Coordonner ne signifie pas qu'il faut uniformiser mais
23 s'appuyer sur la capacité d'innovation des acteurs de terrain.

24 Une nouvelle gouvernance interministérielle, impliquant l'ensemble des
25 politiques publiques pourrait avoir pour mission de veiller à l'articulation entre la
26 politique nationale et sa déclinaison au plan local.

27 **La mise en place d'un Haut Conseil de l'Age se substituant au CNRPA**
28 **et au « comité avancé en âge », dont le rapport prévoit une articulation avec**
29 **le Conseil national consultatif des personnes handicapées peut effectivement**
30 **contribuer à renforcer l'efficacité de cette gouvernance.**

31 Le CESE souscrit à la volonté d'instaurer la parité au sein du Haut
32 Conseil de l'Age. Toutefois, il s'interroge sur la possibilité de réaliser cet
33 objectif, compte tenu des divers acteurs entrant dans sa composition.

34 Par ailleurs, le CESE souhaite qu'à l'instar de la composition du
35 CNRPA les organisations syndicales de retraités figurent, es qualité, dans la
36 composition aux côtés des associations et à part égale avec elles. En effet,
37 être retraité est constitutif d'une situation sociale particulière qui entraîne
38 des droits et justifie d'une représentation spécifique.

39 Le CESE souscrit à l'objectif du projet de loi de renforcer la
40 coordination entre les Agences régionales de santé (ARS) et les Conseils

1 généraux dans le cadre d'un conventionnement ayant pour objet la
2 définition d'une stratégie pluriannuelle commune.

3 La création d'un Conseil départemental de la citoyenneté et de
4 l'autonomie concourt au besoin de renforcer la participation des personnes
5 âgées ou en situation de handicap et d'améliorer la coordination des
6 différents acteurs intervenant sur le champ de la perte d'autonomie. Il note
7 toutefois l'absence des organisations syndicales de retraités, alors qu'elles
8 étaient présentes, en tant que telles, dans les CODERPA.

9 Enfin le CESE s'interroge sur les conséquences possibles de l'absence
10 de représentants de ce conseil dans la conférence des financeurs de la
11 prévention de la perte d'autonomie créée par la loi. Il considère qu'un lien
12 devrait être établi entre ces deux formes d'instances.

13 1. La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)

14 La CNSA est un établissement public créé par la loi du 30 juin 2004. La loi
15 sur l'égalité des droits et des chances des personnes handicapées du 11 février
16 2005 a précisé et renforcé ses missions.

17 Mise en place en mai 2005, la CNSA est chargée de financer les aides en
18 faveur des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées, garantir
19 l'égalité de traitement sur tout le territoire et pour l'ensemble des handicaps,
20 assurer une mission d'expertise, d'information et d'animation pour suivre la
21 qualité du service rendu aux personnes. La CNSA est donc à la fois une caisse
22 chargée de répartir les moyens financiers et une agence d'appui technique.

23 Elle garantit que les aides en faveur des personnes âgées dépendantes et des
24 personnes handicapées leur soient réservées même si elles n'ont pas été
25 consommées dans l'année de leur inscription au budget.

26 Elle occupe, aujourd'hui, une place déterminante, au cœur des politiques
27 publiques menées en faveur de l'autonomie. Elle peut être un acteur important
28 pour harmoniser les pratiques des différents acteurs intervenant dans les
29 territoires et pour favoriser les coordinations et les convergences nécessaires.

30 Déjà, dans l'avis précédemment cité sur *la dépendance des personnes*
31 *âgées*, notre assemblée avait préconisé de renforcer les prérogatives de la CNSA.

32 Elle approuve donc les nouvelles prérogatives qui lui sont attribuées.

33 Le CESE considère cependant qu'une évolution du conseil de la CNSA est
34 nécessaire. Il constate que ce conseil est toujours l'objet de questionnements
35 voire d'insatisfactions.

36 En effet, tout d'abord il faut remarquer que le conseil de la CNSA n'est pas
37 qualifié. Il n'est ni un conseil d'administration, ni un conseil d'orientation, ni un
38 conseil de surveillance. Ou il est les trois à la fois.

39 La place qu'occupe l'État, au sein de ce conseil, est régulièrement motif à
40 débat. En raison du nombre de personnalités qualifiées qui siègent en son sein, il
41 détient, de fait, une majorité au sein du conseil de la CNSA, ce qui interroge ses

1 autres membres sur la possibilité d'être des acteurs, à part entière, dans la
2 conduite de cette Caisse.

3 **Il était par ailleurs surprenant que des financeurs comme la**
4 **CNAMTS, le Régime social des indépendants (RSI), la Caisse centrale de la**
5 **Mutualité sociale agricole (CCMSA) et la Caisse nationale d'assurance**
6 **vieillesse (CNAV) en tant que régimes de retraite n'y soient pas représentés**
7 **par des membres de leurs propres conseils.**

8 Dans notre précédent avis sur *la dépendance des personnes âgées* nous
9 soulignons « *le rôle primordial de l'Union nationale des caisses nationales*
10 *d'assurance maladie (UNCAM) en tant que financeur des soins ambulatoires et*
11 *hospitaliers, signataires des conventions et accords avec les professionnels de*
12 *santé* ». L'expérience de ces deux caisses de Sécurité sociale fortement
13 impliquées dans les politiques de prévention renforcerait l'efficacité recherchée
14 par des politiques mieux coordonnées dans ce domaine.

15 Notre assemblée avait alors préconisé de rééquilibrer, à effectif constant, la
16 composition du Conseil de la CNSA.

17 **Le CESE considère dès lors que l'article 49 du projet de loi devrait**
18 **être complété pour prévoir l'entrée de la CNAMTS, de la CNAV, du RSI et**
19 **de la CCMSA au sein du conseil de la CNSA et permettre ainsi une avancée**
20 **dans le sens précédemment envisagé.**

21 Cette préconisation conduit à devoir revisiter la représentativité des
22 membres du Conseil appelés à siéger.

23 **2. Les maisons départementales de l'autonomie (MDA)**

24 Le CESE considère qu'il faut franchir une étape en matière de convergence
25 des politiques de l'autonomie en prenant appui sur l'existence et l'expérience des
26 Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH).

27 **Le CESE regrette que le projet de loi ne décide pas la mise en place de**
28 **Maisons départementales de l'autonomie et en reste à une simple incitation.**
29 **Il invite le Gouvernement à consulter les représentants des retraités,**
30 **personnes âgées et personnes handicapées pour établir le cahier des charges**
31 **en vue de la délivrance du label « Maison de l'autonomie ».**

32 La mise en place de lieux de structuration de l'offre dans un guichet
33 unique, prenant en charge la compensation du handicap, quel que soit l'âge,
34 permettrait de mieux organiser la réponse aux besoins individualisés et
35 l'intervention d'équipes pluridisciplinaires, à partir d'un réseau d'acteurs de
36 proximité et d'une approche globale de la personne. Elle pourrait être également
37 la garantie de l'accès aux droits pour les bénéficiaires à égalité de traitement,
38 quel que soit le territoire, avec un seul lieu d'accueil, pour la structuration des
39 aides financières.

40 De nombreuses problématiques sont communes aux personnes handicapées
41 et aux personnes âgées en perte d'autonomie : l'accessibilité, la mobilité, le

1 transport, l'adaptation du logement, l'isolement social, le soutien aux aidants,
2 l'aide à domicile...

3 Cependant, il convient, en même temps, de prendre en considération les
4 spécificités propres à chacune de ces populations et de préserver, dans les MDA,
5 les formes de représentation qui prévalaient dans les MDPH. C'est la raison pour
6 laquelle le CESE considère qu'il est urgent d'avancer désormais sur la voie de la
7 convergence sur les fonctions d'accueil, d'orientation et de partage des
8 connaissances et des bonnes pratiques sur l'évaluation. Cette convergence
9 permettra en outre de disposer, à terme, d'un suivi plus fin du nombre de places
10 disponibles.

11 Déjà 91 % des conseils généraux ont mis en place une seule direction de
12 l'autonomie et ont progressivement opéré un regroupement de leurs services
13 intervenant sur ces deux champs. Quelques Conseils généraux ont installé une
14 MDA et regroupé leurs services aux personnes âgées et aux personnes
15 handicapées.

16 La CNSA, a lancé une expérimentation dans trois départements : la Côte
17 d'Or, le Cantal et la Corrèze.

18 **3. Les Agences régionales de santé (ARS)**

19 Comme l'avis du CESE sur *la dépendance des personnes âgées* le
20 soulignait, les ARS pourraient jouer un rôle de coordination entre les différents
21 acteurs de soins et le secteur médico-social du fait de leur double compétence
22 dans l'élaboration des programmes régionaux de santé. Elles contribuent déjà à
23 la mise en cohérence des dispositifs de proximité. Une réflexion sur la place et le
24 rôle qu'elles peuvent avoir sur le volet social doit être ouverte.

25 **4. Créer des zones infra-départementales de l'autonomie**

26 Le CESE pense que la France doit être maillée de territoires
27 gérontologiques de proximité et partage l'idée que ces territoires ne recourent
28 pas forcément les limites des départements actuels. Il constate qu'il existe une
29 diversité de structurations locales d'un département à l'autre. C'est le cas par
30 exemple des Centres locaux d'information et de coordination (CLIC) en nombre
31 différent et de niveaux différents selon le département. Ou encore des Maisons
32 pour l'intégration et l'autonomie des malades d'Alzheimer (MAIA). Le CESE
33 partage la proposition du rapport de Luc Broussy⁸³ de confier à chaque MDA
34 une fois installée, la responsabilité de définir, dans les deux ans qui viennent, des
35 zones gérontologiques infra-départementales.

36 **5. Les organismes complémentaires**

37 En complément du socle de solidarité nationale, le CESE constate que
38 l'intervention d'organismes d'assurances complémentaires (mutualité,

⁸³ *L'adaptation de la société au vieillissement de sa population : France : année zéro !* Rapport à la
Ministre déléguée à l'autonomie, janvier 2013.

1 institutions de prévoyance, assurances privées,) est une réalité depuis un certain
2 nombre d'années.

3 Le CESE estime que cette situation implique que plusieurs conditions
4 soient remplies :

- 5 - créer un label public accordé aux contrats respectant un cahier des
6 charges ;
- 7 - définir par une autorité publique indépendante un référentiel commun
8 opposable à la partie publique et à la partie privée afin d'évaluer le
9 degré de perte d'autonomie ;
- 10 - organiser une continuité et une sécurisation des droits ;
- 11 - rendre cette couverture accessible *via* une aide publique à la
12 souscription pour les revenus modestes.

13 Encadré n° 2

14 *Les recettes de la CNSA*

15 Les crédits de soins médico-sociaux de l'assurance maladie gérés par la CNSA servent à financer le
16 fonctionnement des établissements et services accueillant des personnes âgées et des personnes
17 handicapées. Ses ressources proviennent des crédits de l'Assurance maladie, des contributions des
18 caisses d'assurance vieillesse, et de la solidarité nationale : 100 % de la Contribution de solidarité
19 pour l'autonomie (CSA - Journée nationale de solidarité), 100 % de la Contribution additionnelle de
20 solidarité pour l'autonomie (CASA) et 0,1 % de la Contribution sociale généralisée (CSG).

21 Les ressources exécutées en 2012

22 Une partie issue de la solidarité nationale :

- 23 - Contribution solidarité autonomie (produit de la journée de solidarité) : 2,39 milliards €
- 24 - 0,1 % de la Contribution sociale généralisée : 1,19 milliard €
- 25 - Contribution des caisses de retraite : 68,7 millions €

26 Une partie provenant des crédits de l'assurance maladie :

- 27 - Transfert des crédits de l'assurance maladie consacrés aux personnes âgées : 8 milliards €
- 28 - Transfert des crédits de l'assurance maladie consacrés aux personnes handicapées : 8,44 milliards €

29 *Les dépenses de la CNSA*

30 La CNSA attribue aux agences régionales de santé les dotations destinées aux établissements et
31 services médico-sociaux à partir de leurs priorités exprimées dans un document de programmation
32 régional (le SROMS) et au regard des priorités nationales.

33 Le financement des aides individuelles fait l'objet d'un versement par la CNSA de dotations
34 mensuelles aux conseils généraux en fonction de critères définis par décret. Les concours en faveur
35 des personnes handicapées sont gérés par les maisons départementales des personnes handicapées ;
36 ceux pour les personnes âgées par les services sociaux des conseils généraux.

37 L'allocation personnalisée d'autonomie pour les personnes âgées (APA), la prestation de
38 compensation pour les personnes handicapées (PCH) et la participation au financement des maisons
39 départementales des personnes handicapées (MDPH) sont versées aux conseils généraux qui
40 attribuent ces aides individuelles aux personnes elles-mêmes ou aux établissements qui les
41 accueillent.

42 Les dépenses exécutées en 2012

43 La CNSA a en 2012 affecté ses ressources au financement :

1	Des aides individuelles :
2	- en faveur des personnes âgées - allocation personnalisée d'autonomie (APA) : 1,66 milliard €.
3	- en faveur des personnes handicapées - 544,8 millions € pour la prestation de compensation du
4	handicap et 60 millions € pour le fonctionnement des maisons départementales des personnes
5	handicapées.
6	Des établissements et services :
7	- pour personnes âgées : 8,74 milliards € dont 691 millions € de la contribution solidarité autonomie.
8	- pour personnes handicapées : 8,72 milliards € dont 275 millions € de la contribution solidarité
9	autonomie.
10	De diverses subventions :
11	- La section IV de la CNSA est consacrée à la promotion d'actions innovantes et au renforcement de
12	la professionnalisation des métiers de service en faveur des personnes âgées et des personnes
13	handicapées. 117 millions € ont été dépensés à ce titre en 2012.
14	- La section V du budget est consacrée au financement des dépenses d'animation et de prévention et
15	d'études dans les domaines d'intervention de la Caisse. En 2012, les dépenses de la section V ont
16	représenté 22 millions €.
17	<i>L'État associe la CNSA aux discussions sur le montant et le contenu de l'Objectif global de</i>
18	<i>dépense (OGD) et de l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM)</i>
19	En conformité avec le calendrier de préparation de la loi de financement de la sécurité sociale, la
20	CNSA élabore les documents techniques présentant les propositions de fixation des enveloppes de
21	crédits liées aux mesures de reconduction et aux mesures nouvelles devant avoir un impact financier
22	dans l'année, en particulier les places nouvelles devant être installées dans l'année, ainsi que toute
23	mesure visant à optimiser la dépense médico-sociale, notamment les mesures d'économie pouvant
24	être réalisées au cours de l'année (produit de la convergence tarifaire notamment).
25	<i>La CNSA a pour mission de répartir les dotations régionales limitatives pour le financement des</i>
26	<i>établissements et services sociaux et médico-sociaux</i>
27	La répartition équitable sur le territoire national des crédits s'inscrit dans les missions prioritaires de
28	la Caisse définies par le législateur (article L 14-10-1-2°). Elle s'est ainsi attachée dès son origine à
29	en objectiver les modalités de manière transparente, condition d'une répartition équitable. La
30	répartition des crédits est établie en fonction :
31	- des besoins des personnes handicapées et des personnes âgées, recensés par les programmes
32	interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) ;
33	- des priorités définies au niveau national en matière d'accompagnement de la perte d'autonomie ;
34	- des objectifs de réduction progressive des inégalités dans l'allocation des ressources entre régions et
35	entre établissements, et services de même catégorie, en fonction de l'activité et de l'évolution du coût
36	moyen à la place.
37	<i>La CNSA rend compte à l'État de l'exécution de l'OGD par un suivi régulier des données</i>
38	<i>statistiques, budgétaires et comptables</i>
39	Ces éléments visent à mettre en lumière les résultats de la politique d'accompagnement et de prise en
40	charge de la perte d'autonomie, et à renforcer ou corriger la mise en place de certaines mesures. Ils
41	permettent également de maîtriser le risque de dépassement des objectifs que la CNSA supporte
42	directement dans ses comptes. La CNSA réalise un bilan à mi-parcours fondé sur une analyse
43	rétrospective des réalisations effectives et des durées d'installation.
44	À partir de ce bilan, l'État est susceptible d'infléchir la planification nationale de façon quantitative
45	(volume de places, analyse des coûts, programmation financière) et qualitative (équilibre des
46	réponses aux besoins quant au mode de prise en charge, répartition sur le territoire) de façon à
47	répondre au mieux aux besoins.

1

CONCLUSION

2 Notre société vit une mutation démographique, fruit d'une double
3 évolution : l'allongement de la durée de la vie et l'arrivée en masse des baby-
4 boomers à l'âge de la retraite. Or la société n'est pas aujourd'hui préparée à
5 accueillir cette mutation. De plus, cette nouvelle génération de retraités aspire à
6 vivre le plus longtemps possible à domicile, à conserver son autonomie et à être
7 pleinement intégrée à la vie sociale.

8 En ce sens, le CESE se réjouit que ce projet de loi propose de changer le
9 regard de la société sur le vieillissement.

10 Changer notre regard, c'est faire une ville plus accueillante pour les
11 personnes devenues vulnérables, c'est imaginer des services qui grâce aux
12 innovations apportées par le numérique, permettront, en plus des services à
13 domicile, aux isolés dans le monde rural d'être entourés, c'est adapter les
14 logements et leur environnement, c'est faciliter la mobilité des âgés.

15 Changer notre regard, c'est aussi changer de cap, sortir du lien trop
16 systématique entre vieillissement et dépendance et proposer à côté du domicile,
17 une véritable offre de logements « accompagnés », résidences autonomie,
18 résidences intergénérationnelles, colocations en capitalisant les multiples
19 innovations en cours.

20 Adapter la société au vieillissement impose de prendre la mesure des
21 enjeux, au niveau national comme au niveau local. Pour le CESE, cette volonté
22 politique indispensable ne peut surgir et surmonter les obstacles que si elle
23 s'appuie sur une claire conscience partagée des enjeux et du coût, aussi bien
24 financier que social, de l'inaction.

25 Si aujourd'hui la société ne fait rien ou trop peu, demain nous coûtera très
26 cher. La plupart des adaptations dans la ville, dans les logements peuvent se faire
27 sans investissements lourds. Les actions préventives sont sources d'économies,
28 de créations d'emplois, facteurs de progrès social et de développement
29 économique.

30 Des auditions et des rencontres, il ressort une méthode, gage de réussite des
31 projets que nous avons examinés. Adapter la société au vieillissement demande,
32 pour construire un projet localement pertinent, de bâtir sur le terrain une
33 véritable intelligence collective, en rassemblant tous les partenaires publics et
34 privés, tous les acteurs - bien au-delà de la sphère médicosociale - et les usagers,
35 afin de déceler les écueils et de s'extraire de situations règlementaires qui
36 paraissent bloquées.

37 Le CESE regrette que ce changement de cap, cet élan, figurent
38 essentiellement dans le rapport annexé mais ne soient pas marqués comme un
39 véritable engagement dans le texte même de la loi.

1 Pour autant il reconnaît par ailleurs qu'une partie de la loi va dans le bon
2 sens : la prévention, les droits fondamentaux des retraités et des personnes âgées,
3 dont celui de pouvoir vivre à domicile, la diminution des restes à charge, le
4 soutien à domicile, la professionnalisation des salariés, la reconnaissance des
5 aidants...

6 Cependant, sur plusieurs points, le projet de loi pourrait être amélioré :

7 Ce texte crée une conférence des financeurs pour coordonner l'ensemble
8 des financeurs (Assurance maladie, Caisses de retraites, Conseil généraux,
9 ARS...) afin de définir les actions de prévention et l'accès aux aides techniques.
10 La diversité des acteurs rend nécessaire une telle coordination. Toutefois,
11 d'autres acteurs comme les usagers, les organisations syndicales de retraités et
12 les associations devraient en être membres ou être représentés par la structure de
13 concertation départementale des retraités, personnes âgées et handicapées. Cet
14 élargissement permettrait à la conférence des financeurs de devenir une véritable
15 instance de dialogue et de démocratie sociale.

16 Avec la mise en place de MONALISA, structure de mise en réseaux des
17 associations de bénévoles, le projet incite au développement du bénévolat. C'est
18 positif, dans la mesure où il ne se substitue pas aux professionnels, car il faut
19 encourager le bénévolat des retraités qui favorise le lien social. Pour autant, pour
20 le CESE, il n'apparaît pas souhaitable que la CASA finance cette formation,
21 comme le prévoit le projet de loi. L'État doit trouver d'autres sources de
22 financement.

23 La revalorisation et l'amélioration de l'Allocation de perte d'autonomie
24 (APA) est une mesure positive qui comprend à la fois l'augmentation de la
25 prestation et la baisse du ticket modérateur. Toutefois, pour le CESE cet effort
26 reste insuffisant au regard des besoins réels des personnes âgées en perte
27 d'autonomie. Les importantes difficultés financières des opérateurs du secteur de
28 l'aide à domicile imposent de mettre en œuvre dans des délais rapides une
29 réforme de la tarification.

30 Si la création d'un Haut comité de l'âge remplaçant le Comité national des
31 retraités et personnes âgées (CNRPA) et les missions qui lui sont attribuées
32 constituent une avancée, l'absence des organisations syndicales de retraités, qui
33 participaient au CNRPA, apparaît difficilement compréhensible. Pour le CESE,
34 elles doivent être présentes, es qualité, au sein du Haut comité de l'âge, aux côtés
35 des associations et à part égale avec elles.

36 L'entrée de la CNAMTS, de la CNAV, du RSI et de la CCMSA au sein du
37 conseil de la CNSA est un point positif. Toutefois, le CESE tient à rappeler qu'il
38 considère que ce sont les Conseils de ces organismes qui devraient être
39 représentés. Par ailleurs, un véritable rééquilibrage entre la représentation de
40 l'État et les autres membres du conseil constituerait une avancée réelle en termes
41 de démocratie sociale.

42 La création de Conseils départementaux de la citoyenneté et de
43 l'autonomie, en remplacement des CODERPA, devrait favoriser le

1 rapprochement des politiques du handicap et de l'aide au maintien de
2 l'autonomie. La persistance d'une barrière d'âge apparaît en contradiction avec
3 cette orientation. Le CESE considère par ailleurs que les organisations de
4 retraités présentes dans les CODERPA doivent le rester dans ce nouveau
5 conseil, ce qui n'est pas mentionné par la loi.

6 Certaines lacunes apparaissent particulièrement dommageables et
7 notamment l'absence :

- 8 - de la suppression de la barrière d'âge, alors qu'il serait souhaitable de
9 prendre en compte le handicap de la naissance à la mort ;
- 10 - d'une évolution, qualitative et quantitative, du service public pourtant
11 indispensable ;
- 12 - de révision de la grille AGGIR pour l'évaluation du degré de perte
13 d'autonomie.

14 Enfin et surtout, le financement de ce projet de loi par la seule Contribution
15 additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA) soit 645 millions d'euros,
16 n'est pas à la hauteur des ambitions affichées et ne répond pas aux besoins des
17 personnes âgées.

18 Par ailleurs, le report de la partie concernant les EHPAD dans un deuxième
19 temps ne répond pas à l'urgence de la situation. Or, les enjeux financiers sont
20 encore plus importants dans ce domaine.

21 Enfin, le dispositif « baluchonnage », destiné à proposer une modalité de
22 répit aux aidants, déroge au droit du travail et pose le problème de l'équilibre
23 entre les droits des salariés, ceux de la personne aidée et ceux de l'aidant. Le
24 CESE pense qu'un tel sujet ne peut être tranché par la loi sans négociation
25 préalable avec les partenaires sociaux.

26 Une partie des mutations à opérer peut se faire en mobilisant l'intelligence
27 collective. Pour reprendre les mots du Professeur Gilles Berrut « *l'âge nous*
28 *oblige à remettre en cause les cloisonnements et les champs du savoir* ».

29 « Anticiper, Adapter, Accompagner »... les propositions de cet avis tendent
30 à densifier le contenu de ces objectifs.

31 Le CESE et ses différentes composantes, s'emploieront à prendre part à cet
32 enjeu. A l'État d'impulser cette mutation sociale.

33

1

DOCUMENTS ANNEXES

2

Annexe n° 1 : Composition de la section des Affaires sociales et de la santé

- √ **Président** : François FONDARD
- √ **Vice-présidents** : Thierry BEAUDET, Gérard PELHATE

Agriculture

- √ Gérard PELHATE

Artisanat

- √ Catherine FOUCHER

Associations

- √ Christel PRADO

CFDT

- √ Yolande BRIAND
- √ Dominique HENON

CFE-CGC

- √ Monique WEBER

CFTC

- √ Michel COQUILLION

CGT

- √ Jacqueline FARACHE
- √ Daniel PRADA

CGT-FO

- √ Rose BOUTARIC
- √ Didier BERNUS

Coopération

- √ Christian ARGUEYROLLES

Entreprises

- √ Dominique CASTERA
- √ Geneviève ROY
- √ Jean-Louis JAMET

Environnement et nature

- √ Pénélope VINCENT-SWEET

Mutualité

- √ Gérard ANDRECK
- √ Thierry BEAUDET

Organisations étudiantes et mouvements de jeunesse

√ Antoine DULIN

Outre-mer

√ Eustase JANKY

Personnalités qualifiées

√ Gisèle BALLALOU

√ Nadia EL OKKI

√ Marie-Aleth GRARD

√ Sylvia GRAZ

√ Annick du ROSCOËT

√ Christian CORNE

√ Jean-Claude ETIENNE

Professions libérales

√ Bernard CAPDEVILLE

UNAF

√ Christiane BASSET

√ François FONDARD

Annexe n° 2 : Composition de la section de l'Aménagement durable des territoires

- √ **Président** : Jean-Alain MARIOTTI
- √ **Vice-présidents** : Jacqueline DONEDDU et Paul de VIGUERIE

Agriculture

- √ Josiane BÉLIARD
- √ Sylvie SINAY

Artisanat

- √ Pierre MARTIN

Associations

- √ Jean-Marc ROIRANT

CFDT

- √ Monique BOUTRAND
- √ Bruno DUCHEMIN
- √ Michèle NATHAN

CFE-CGC

- √ Régis DOS SANTOS

CFTC

- √ Bernard IBAL

CGT

- √ Jacqueline DONEDDU

CGT-FO

- √ Joseph BELLANCA
- √ Brigitte PERROT

Coopération

- √ Isabelle ROUDIL

Entreprises

- √ Patrick BERNASCONI
- √ Eveline DUHAMEL
- √ André MARCON
- √ Jean-Alain MARIOTTI

Environnement et nature

- √ Sébastien GENEST

Organisations étudiantes et mouvements de jeunesse

- √ Claire GUICHET

Outre-mer

√ Marcel OSÉNAT

Personnalités qualifiées

√ Jean-Paul BAILLY
√ Danièle DUSSAUSSOIS
√ Jean-Marie GEVEAUX
√ Dominique RICHARD
√ Guillaume de RUSSÉ
√ Ange SANTINI

Professions libérales

√ Dominique RIQUIER-SAUVAGE

UNAF

√ Paul de VIGUERIE

UNSA

√ Christine DUPUIS

Annexe n° 3 : liste des personnes auditionnées

Audition commune aux deux sections :

- √ Michèle Delaunay,
Ministre déléguée auprès de la Ministre des affaires sociales et de la santé, chargée des personnes âgées et de l'autonomie

Auditions de la section des Affaires sociales et de la santé :

- √ Jean-Pierre Aquino,
Médecin gériatre
- √ Gilles Berrut,
Gériatre, professeur des universités
- √ Luc Broussy,
Conseiller général du Val d'Oise, auteur du rapport *L'adaptation de la société au vieillissement de sa population : France année zéro !*
- √ Pascal Champvert,
Directeur de maisons de retraite et de services à domicile
- √ Jean-Pierre Ennuyer
Sociologue, enseignant associé à l'Université Paris Descartes, directeur d'un service d'aide à domicile associatif
- √ Marie-Aleth Grard,
Vice-présidente ATD-Quart Monde
- √ Maryvonne Lyazid,
Adjointe du défenseur des droits
- √ Emmanuelle Puissant,
Économiste

Auditions de la section de l'Aménagement durable des territoires

- √ Marie-Catherine Beaudoux,
Directrice du département *Innovation Stratégie Métier Produit* de Transdev
- √ Luc Broussy,
Conseiller général du Val d'Oise, auteur du rapport *L'adaptation de la société au vieillissement de sa population : France année zéro !*
- √ Pierre-Marie Chapon,
Directeur de la recherche ICADE Promotion et référent pour la France du réseau mondial de l'OMS « Villes amies des aînés »

- √ Pierre-Olivier Lefebvre,
Maire de Neuilly-lès-Dijon
- √ Pierre Jamet,
Conseiller-maître à la Cour des Comptes, ancien directeur général des services du Conseil général du Rhône et initiateur de la démarche « Rhône + »
- √ Evelyne Sancier,
Directrice du projet « assistance à l'autonomie » de la Fondation Caisse d'Épargne pour la solidarité

Personnalités rencontrées lors d'entretiens privés par Daniel Prada, rapporteur au nom de la section des Affaires sociales et de la santé

- √ Bruno Lachesnaie,
Directeur du développement sanitaire et social de la Mutualité sociale agricole
- √ Sylvain Denis,
Comité national des retraités et personnes âgées
- √ Antonin Blanckaert,
Directeur de l'action sociale nationale de la CNAV
- √ Janine Cayet,
Membre du Conseil économique social et environnemental
- √ Florence Arnaiz-Maume,
Déléguée générale du Syndicat national des maisons de retraite privées commerciales (SYNERPA)
- √ Carole Falguières,
Responsable du pôle social du Syndicat national des maisons de retraite privées commerciales (SYNERPA)
- √ Isabelle Puech,
Directrice de l'observatoire de l'emploi et de la famille à la fédération des particuliers employeurs (FEPEM)
- √ Catherine Ollivet,
Administratrice nationale de l'Union France Alzheimer
- √ Elsa Parlange,
Directrice communication et développement des ressources de l'Union France Alzheimer
- √ Florence Leduc,
Présidente de l'association française des aidants

- √ Hubert Brin,
Président de l'Amicale du Conseil économique, social et
environnemental, ancien Président de la section des affaires sociales et
de la santé
- √ Daniel Bruneau,
Directeur de la recherche de fonds et de la communication des Petits
Frères des pauvres

*Personnalités rencontrées lors d'entretiens privés par Monique Boutrand,
rapporteuse au nom de la section de l'Aménagement durable des territoires*

- √ Marie-Noëlle Lienemann,
Ancienne ministre, sénatrice de Paris, présidente de la Fédération
nationale des coopératives d'HLM
- √ Paulette Guinchard,
Ancienne secrétaire d'Etat, présidente de la Caisse nationale de
solidarité pour l'autonomie (CNSA)
- √ Jean-Claude Barboul,
Vice-président AGIRC-ARRCO
- √ Philippe Fontaine,
Président de la commission sociale AGIRC-ARRCO
- √ Anne Saint-Laurent,
directrice de l'action sociale AGIRC-ARRCO
- √ Bernard Devert,
Président de la fédération Habitat et humanisme
- √ Bernard de Korsak,
Vice-président de la fédération Habitat et humanisme
- √ Jack-Alain Gauthier,
Directeur Proxitan de la société d'économie mixte des transports de
l'agglomération nantaise
- √ Guillaume Mathieu,
Fondateur de CitizenCab
- √ Joséphine Simeray,
CitizenCab
- √ Francis Deplace,
Délégué général de Delphis Habitat&Innovation
- √ Chloé Mariette,
Chargée de mission Delphis Habitat&Innovation

- √ Annie de Vivie,
Fondatrice d'Agevillage

Visite du gérontopôle de Nantes :

- √ Gilles Berrut
Gériatre, professeur des universités
- √ Christophe Cornu
Professeur
- √ Geneviève Mauras
Professeur
- √ Elisabeth Artaud,
Chef de projet chez Phoenix Sénior
- √ Emilie Fouasson,
Gestionnaire de cas (case manager)
- √ Benoît Cailliau,
Président du CESER Pays de la Loire
- √ Xavier Blay,
Directeur du Centre académique de formation continue de Nantes
- √ Emmanuelle Gaudemer,
de la société Architectes Ingénieurs Associés

Déplacement à Rennes

- √ Claudine Paillard,
Directrice générale santé, solidarité, ville de Rennes
- √ Viviane Pihan,
Responsable de la direction des personnes âgées, ville de Rennes
- √ Laurence Nnaze,
Chargée de mission « gérontologie », ville de Rennes
- √ Frédéric Auffray,
Chargé d'étude du service études urbaines, Rennes métropole
- √ Giao Nguyen,
directeur des agences de Rennes, Espacil habitat
- √ Bernard Georges,
Responsable de l'agence Maurepas, Espacil habitat
- √ Brigitte Rault,
Responsable Espacil à domicile, Espacil habitat

Annexe n° 4 : Liste bibliographique

Rapport de l'Observatoire des territoires, DATAR, 2011

L'avenir de la médecine du travail, Christian Dellacherie, février 2008

La dépendance des personnes âgées, Monique Weber et Yves Vérollet, avis du Conseil économique, social et environnemental, juin 2011

Seniors et cité, Monique Boutrand, avis du Conseil économique, social et environnemental, mars 2009

Les enjeux de la prévention en matière de santé, Jean-Claude Etienne, Christian Corne, avis du Conseil économique, social et environnemental, février 2012

La protection sociale : assurer l'avenir de l'assurance maladie, Bernard Capdeville, avis du Conseil économique, social et environnemental, juillet 2011

Droits formels/droits réels : améliorer le recours aux droits sociaux des jeunes, Antoine Dulin, avis du Conseil économique, social et environnemental, juin 2012

Bilan de l'application de dispositifs promouvant l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes, Sylvie Brunet et Maryse Dumas, février 2012

Grande pauvreté et précarité économique et sociale (1987 – 2012) et maintenant ?, Joseph Wresinski, avis du Conseil économique, social et environnemental, février 2012

La dette : un pont entre passé et avenir, Michel Lamy, avis du Conseil économique, social et environnemental, juin 2012

L'emploi des jeunes, Jean-Baptiste Prévost, avis du Conseil économique, social et environnemental, septembre 2012

Le coût économique et social de l'autisme, Christel Prado, avis du Conseil économique, social et environnemental, octobre 2012

Femmes et précarité, Éveline Duhamel, Henri Joyeux, avis du Conseil économique, social et environnemental, février 2013

Les évolutions contemporaines de la famille et leurs conséquences en matière de politiques publiques, Bernard Capdeville, avis du Conseil économique, social et environnemental, novembre 2013

La stratégie d'investissement social, Bruno Palier, étude du Conseil économique, social et environnemental, février 2014

Suicide : plaider pour une prévention active, Didier Bernus, avis du Conseil économique, social et environnemental, février 2013

Projection de population par grand groupe d'âge en 2060, Insee, France métropolitaine, projections de population 2007-2060.

Institut national des études démographiques, 2010.

De fortes inégalités sociales face à la mort - 2000-2008 Insee.

Projet dénombrer et décrire, Améliorer l'exhaustivité et la description des personnes en situation de rue décédées, Données 2012 du Collectif Les morts de la rue, Rapport final septembre 2013.

Inserm CépiDc

Les territoires face au vieillissement en France et en Europe, Gérard-Francois Dumont, 2011

L'entrée dans la retraite : nouveau départ ou mort sociale sous la direction de Dominique Thierry, éditions Liaisons.

Emploi et chômage des 55-64 ans en 2012, Dares, Analyses, décembre 2013, n° 083

Dépendance des personnes âgées et handicap : les opinions des Français entre 2000 et 2005, Drees, *Études et résultats*, n°491 mai 2006

Les intervenantes au domicile des personnes dites fragiles : Un salariat individualisé, isolé, émietté qui préfigure le salariat de demain ?, Emmanuelle Puissant, ADEES Rhône-Alpes, juin 2012.

Annexe n° 5 : Glossaire

La grille AGGIR classe les personnes âgées en six niveaux de perte d'autonomie (GIR) à partir du constat des activités ou gestes de la vie quotidienne réellement effectués ou non par la personne.

Le GIR 1, qui correspond aux personnes les plus dépendantes, comprend les personnes confinées au lit ou au fauteuil ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale et qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.

Le GIR 2 est composé de deux sous-groupes : d'une part, les personnes confinées au lit ou au fauteuil dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante ; d'autre part, celles dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leurs capacités motrices. Le déplacement à l'intérieur du logement est possible mais la toilette et l'habillage ne sont pas faits ou partiellement.

Le GIR 3 regroupe les personnes ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui nécessitent quotidiennement, et plusieurs fois par jour, des aides pour leur autonomie corporelle. Ainsi, la toilette et l'habillage ne sont pas faits ou partiellement.

Le GIR 4 comprend les personnes qui n'assument pas seules leur transfert mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent être aidées pour la toilette et l'habillage. La plupart s'alimentent seules. Ce groupe comprend aussi des personnes sans problèmes de locomotion mais qu'il faut aider pour les activités corporelles et les repas.

Le GIR 5 est composé de personnes autonomes dans leurs déplacements chez elles et qui s'alimentent seules. Elles peuvent bénéficier d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.

Le GIR 6 regroupe les personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes discriminants de la vie quotidienne.

Baluchonnage : Le baluchonnage est un service de remplacement temporaire de l'aidant familial vivant avec son proche.

Un « baluchonneur » prend le relais de l'aidant pendant son absence, à son domicile en continu 24h/24 et 7j/7.

Annexe n°6 : Liste des travaux réalisés par la section des Affaires sociales et de la santé

- *La dépendance des personnes âgées*, rapporteurs Monique Weber, Yves Vérollet, Avis, juin 2011
- *La protection sociale : assurer l'assurance maladie*, rapporteur Bernard Capdeville, Avis, juillet 2011
- *Les enjeux de la prévention en matière de santé*, rapporteurs : Jean-Claude Etienne et Christian Corne, Avis, février 2012
- *Droits formels/droits réels : améliorer le recours aux droits sociaux des jeunes* (rapporteur : Antoine Dulin, Avis, juin 2012)
- *Le coût économique et social de l'autisme*, rapporteure : Christel Prado, Avis, octobre 2012
- *Suicide : plaidoyer pour une prévention active*, rapporteur : Didier Bernus, Avis, février 2013
- *Les évolutions contemporaines de la famille et leurs conséquences en matière de politiques publiques*, rapporteur : Bernard Capdeville, Avis, novembre 2013
- *La stratégie d'investissement social*, rapporteur : Bruno Palier, Étude février 2014

Annexe n°7 : Liste des travaux déjà réalisés de la section de l'Aménagement durable des territoires

- Bilan et perspectives du programme national de renouvellement urbain : action de l'ANRU, rapporteure : Mme Marie-Noëlle Lienemann, avis adopté le 14 septembre 2011 ;
- Quelles missions et quelle organisation de l'État dans les territoires ?, rapporteure : Mme Jacqueline Doneddu, avis adopté le 22 novembre 2011 ;
- *Projet de Schéma national des infrastructures de transport (SNIT)*, rapporteurs : MM. Sébastien Genest et Pierre-Jean Rozet, avis adopté le 28 février 2012 ;
- *Ouverture à la concurrence des services ferroviaires régionaux de voyageurs*, rapporteurs : MM. Jean-Marie Geveaux et Thierry Lepaon, avis adopté le 27 juin 2012 ;
- *Le logement autonome des jeunes*, rapporteure : Mme Claire Guichet, avis adopté le 23 janvier 2013 ;
- *La transition énergétique dans les transports*, rapporteurs : MM. Bruno Duchemin et Sébastien Genest, avis adopté le 10 juillet 2013 ;
- *Projet de loi relatif à la ville et à la cohésion urbaine*, rapporteurs : M. Hugues Martin et Mme Isabelle Roudil, avis adopté le 10 juillet 2013 ;
- *La réduction des inégalités territoriales : quelle politique nationale d'aménagement du territoire ?*, rapporteur : M. Paul de Viguerie, avis adopté le 13 novembre 2013 ;
- *Les Zones franches urbaines*, rapporteure : Mme Eveline Duhamel, avis adopté le 15 janvier 2014.

TABLE DES SIGLES

AAH	: Allocation aux adultes handicapés
AGGIR	: Autonomie gérontologique groupes iso-ressources
AMAP	: Association pour le maintien d'une agriculture paysanne
AMP	: Aide médico-psychologique
ANAH	: Agence nationale de l'habitat
ANCV	: Agence nationale pour les chèques-vacances
ANIL	: Agence nationale pour l'information sur le logement
APA	: Allocation personnalisée d'autonomie
BVA	: Brulé Ville et Associé, institut de sondage
CASA	: Contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie
CCAS	: Centre communal d'action sociale
CESU	: Chèque emploi service universel
CLIC	: Centres locaux d'information et de coordination
CHSCT	: Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
CNAV	: Caisse nationale d'assurance vieillesse
CNISAM	: Centre national d'innovation santé autonomie et métiers
CNSA	: Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CODERPA	: Comité départemental des retraités et personnes âgées
CSA	: Contribution de solidarité pour l'autonomie
CSG	: Contribution sociale généralisée
DREES	: Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EHPAD	: Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
GEVA	: Guide d'évaluation des besoins de compensation de la personne handicapée
GIR	: Groupes iso-ressources
HCAAM	: Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie
HCPLPD	: Haut Comité pour le logement des personnes défavorisées
HSS	: Habitat seniors services
INPES	: Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
InVS	: Institut de veille sanitaire
LCR	: Local commun résidentiel
MAIA	: Maisons pour l'intégration et l'autonomie des malades d'Alzheimer
MDA	: Maisons départementales pour l'autonomie
MDPH	: Maisons départementales des personnes handicapées
MONALISA	: Mobilisation nationale contre l'isolement social des âgés
OGD	: Objectif global de dépense
OMS	: Organisation mondiale de la santé
ONDAM	: Objectif national des dépenses d'assurance maladie
OPAH	: Opération d'amélioration programmée de l'habitat

PAERPA	: Parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie
PCH	: Prestation de compensation du handicap
PLH	: Programme local de l'habitat
PLU	: Plan local d'urbanisme
PRIAC	: Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
RMI	: Revenu minimum d'insertion
RSA	: Revenu de solidarité active
SCoT	: Schéma de cohérence territoriale
SCOP	: Société coopérative et participative
SPASAD	: Service polyvalent aide et soins à domicile
SROMS	: Schéma régional d'organisation médico-sociale
SSIAD	: Services polyvalents d'aide et soin à domicile
T2A	: Tarification à l'activité
TAD	: Transport à la demande
TFPB	: Taxe foncière sur les propriétés bâties
USH	: Union sociale pour l'habitat
UNCAM	: Union nationale des caisses nationales d'assurance maladie
VAE	: Validation des acquis de l'expérience