

INSTITUT
MONTAIGNE



Bien-vieillir : faire mûrir nos ambitions



RAPPORT MAI 2021

INSTITUT
MONTAIGNE



Think tank indépendant créé en 2000, l'Institut Montaigne est une plateforme de réflexion, de propositions et d'expérimentations consacrée aux politiques publiques en France et en Europe. À travers ses publications et les événements qu'il organise, il souhaite jouer pleinement son rôle d'acteur du débat démocratique avec une approche transpartisane. Ses travaux sont le fruit d'une méthode d'analyse et de recherche rigoureuse et critique, ouverte sur les comparaisons internationales. Association à but non lucratif, l'Institut Montaigne réunit des chefs d'entreprise, des hauts fonctionnaires, des universitaires et des personnalités issues d'horizons divers. Ses financements sont exclusivement privés, aucune contribution n'excédant 1,5% d'un budget annuel de 6,5 millions d'euros.

Bien-vieillir : faire mûrir nos ambitions

RAPPORT – MAI 2021

TABLE DES MATIÈRES

*Il n'est désir plus naturel
que le désir de connaissance*

Préface. Les seniors, une chance pour notre société	9
Introduction. Une nouvelle vision sur la place des seniors dans notre société	11
I – La société française fait face au défi inédit du vieillissement	14
1. Le vieillissement de la population : un phénomène identifié mais difficile à appréhender	14
1.1. Les « vieux », les « seniors » : une catégorie de population hétéroclite	14
1.2. Le vieillissement : un phénomène inédit dans le monde	20
1.3. L'espérance de vie en bonne santé : un défi pour les années à venir	24
1.4. La cohésion sociale : un débat central pour nos sociétés vieillissantes	31
2. Les seniors : des personnes ressources pour notre modèle économique et social	33
2.1. Ils ont un niveau de vie élevé mais sont davantage exclus de l'activité économique	33
2.2. Il existe de fortes disparités sociales, territoriales et de genre entre les seniors	45
2.3. Ils constituent un vivier immense pour l'activité associative et bénévole	54
2.4. Ils jouent un rôle majeur en tant qu'aidants de leurs propres parents	63
3. La prévention de la perte d'autonomie : un défi de concrétisation sur le terrain	68

3.1. Le bien-veillir doit devenir une réalité	68		
3.2. La perte d'autonomie n'est pas une fatalité	70		
3.3. La mise en œuvre de la prévention de la perte d'autonomie sur le terrain	74		
4. Le système de santé face au vieillissement : une nécessaire amélioration de la coordination des soins	81		
4.1. La santé des seniors : état des lieux en France et à l'étranger	81		
4.2. La coordination des parcours de soins et les alternatives à l'hospitalisation	90		
4.3. La collaboration des acteurs de santé et du médico-social	93		
II. La crise Covid-19 révèle la nécessité de rendre notre société plus inclusive	96		
1. Les conséquences sanitaires de la crise : des seniors directement touchés	96		
1.1. Les seniors : premières victimes du Covid-19	96		
1.2. Les reports ou renoncements aux soins : conséquences indirectes de la crise	101		
1.3. La nécessité de passer (enfin) du curatif au préventif	104		
2. Les conséquences sociales : des seniors de plus en plus isolés	111		
2.1. L'accès aux services publics et de solidarité	111		
2.2. L'isolement des seniors en ville comme dans les territoires ruraux	114		
2.3. Le numérique comme outil incontournable de lien entre les générations	118		
3. Les enjeux financiers : le défi de l'efficacité des dépenses sociales et de santé	122		
		4. Le rôle des seniors dans notre société : un débat devenu essentiel	124
		III. Pour une stratégie ambitieuse d'accélération du bien-veillir à horizon 2030	127
		1. Tableau de bord des objectifs à atteindre	127
		2. Recommandations à destination des pouvoirs publics	130
		Axe 1. Valoriser la contribution des seniors à notre société	130
		PROPOSITION 1 Faire de la formation tout au long de la vie une réalité pour les seniors	130
		PROPOSITION 2 Être à la hauteur des aidants en doublant le « droit au répit »	131
		PROPOSITION 3 Supprimer les barrières d'âge dans la transition entre la vie active et la retraite	132
		PROPOSITION 4 Reconnaître l'utilité sociale et valoriser l'engagement des seniors dans le bénévolat	134
		Axe 2. Vivre mieux chez soi et plus longtemps	135
		PROPOSITION 5 Désigner une communauté de référents « nouvelle vie » au sein de chaque service public dans les territoires	135
		PROPOSITION 6 Généraliser le « diagnostic logement autonomie » en offrant un dispositif de guichet unique d'aide à l'adaptation du logement	136
		PROPOSITION 7 Transformer la ville au service de nos aînés, afin de l'adapter au vieillissement démographique	139

PRÉFACE

« LES SENIORS : UNE CHANCE POUR NOTRE SOCIÉTÉ »

Par Jean-Pierre Aquino, Bénédicte Garbil et Delphine Mallet

Le vieillissement de la population française est revenu sur le devant de la scène avec la crise Covid-19 par le biais de la gestion de la pandémie dans les EHPAD. Pourtant, parler du vieillissement et de son implication pour notre société, ce n'est pas uniquement parler des personnes âgées dépendantes, c'est parler de chacun d'entre nous, de nos parents, grands-parents. De ce que nous souhaitons pour nos proches et pour nous-mêmes lorsqu'il s'agit de l'avancée en âge. **Ce rapport entend lutter contre les a priori négatifs autour du vieillissement, phénomène démographique trop souvent présenté de façon sinistre dans les médias et comme un fardeau pour notre société.**

Alors que la crise sanitaire fait surgir le spectre d'une irréconciliable fracture intergénérationnelle, que jeunes et seniors se sentent tour à tour stigmatisés, nous voulons affirmer ici que notre pays a besoin de tous pour se réinventer. Les seniors doivent plus que jamais pouvoir contribuer à la société post-Covid que nous devons construire.

Les seniors constituent une ressource indispensable pour notre société et des acteurs incontournables de la solidarité entre les générations. Ils sont un pilier de l'aide aux proches : tout d'abord en tant qu'aidants pour leurs propres parents dépendants, mais également pour s'occuper de leurs petits enfants et les accompagner dans les activités de la vie quotidienne.

Par ailleurs, les seniors sont une richesse pour nos associations, notamment en qualité d'élus au sein de celles-ci mais aussi en tant que bénévoles (plus de 50 % des responsables associatifs sont des retraités d'après France Bénévolat),

Axe 3. Vivre en meilleure santé et prévenir la perte d'autonomie 141

PROPOSITION 8 Instaurer une règle d'or attribuant 1 euro de dépenses en faveur de la prévention de la perte d'autonomie pour 10 euros de dépenses curatives 141

PROPOSITION 9 Dépister et prévenir les fragilités liées à l'état santé 142

PROPOSITION 10 Former et accompagner les professionnels médicaux et paramédicaux, les professionnels du domicile et les aidants au dépistage de l'existence de fragilités 148

Axe 4. Adapter notre économie pour mieux répondre aux enjeux du vieillissement 150

PROPOSITION 11 Soutenir la Silver économie en investissant dans les innovations et la R&D pour le bien-veillir 150

PROPOSITION 12 S'appuyer sur des outils numériques performants pour améliorer le recueil des données de santé dans le champ du vieillissement 152

Conclusion. Le bien-veillir, quoi qu'il en coûte ? 153

Remerciements 158

bénéficiant de l'expérience qu'ils ont accumulée et d'une disponibilité importante pour aider les autres.

Nous voulons aujourd'hui interpeller nos dirigeants sur la nécessité d'agir pour donner une image positive du vieillissement car les **seniors apportent et continueront d'apporter une contribution économique et sociétale majeure à notre pays**. Toutes les actions à leur rencontre se sont trouvées mises entre parenthèses pendant la crise que nous traversons. Il faut de toute urgence reprendre les travaux en cours avec la **loi « Grand âge et autonomie »** mais surtout prendre des mesures rapides en dehors de ce cadre législatif, qui tarde à se mettre en place.

Des actions concrètes et efficaces peuvent être engagées, notamment en ce qui concerne la valorisation de l'image des seniors dans notre société, l'adaptation de nos villes aux enjeux du vieillissement, la formation au numérique, l'amélioration des politiques de prévention à leur rencontre, selon les pathologies qui concernent le plus cette tranche d'âge, etc.

Finalement, ce que nous souhaitons, c'est que **notre société soit inclusive au sens où elle s'adapte aux besoins des seniors, les identifie, les anticipe, sans les opposer aux attentes des autres citoyens**. Pour que cette notion d'inclusion devienne une réalité, c'est la mobilisation de l'ensemble de la société qui doit être réussie, à travers la volonté de nos dirigeants politiques mais aussi des acteurs économiques.

De même, le développement de certaines fragilités n'est pas une fatalité. Pour cela, **le bien-veillir doit devenir une priorité pour les décideurs publics et irriguer l'ensemble des politiques liées au logement, au travail, à la santé, à la solidarité**, etc.

Nous avons la conviction qu'il est aujourd'hui plus que jamais temps d'agir et d'engager un vrai débat de société sur la place de nos aînés dans la société. Il est nécessaire de construire une société où **le bien-veillir sera un droit pour tous**. C'est nécessaire, parce que c'est encore possible.

INTRODUCTION

UNE NOUVELLE VISION SUR LA PLACE DES SENIORS DANS NOTRE SOCIÉTÉ

« La politique de la vieillesse ne se suffit pas à elle-même. Elle n'est et ne peut être qu'un aspect d'une politique plus large, tendant à assurer un aménagement harmonieux de l'ensemble de la société ». Le rapport de Pierre Laroque de 1962 exposait déjà les dynamiques à l'œuvre : **si le vieillissement de la population et ses conséquences économiques et sociales sont bien connus, les solutions sont à trouver dans un changement complet**, que ce soit dans les représentations de la vieillesse que dans l'organisation de la société.

Ces dernières décennies, une abondante littérature, aussi bien sanitaire que sociologique ou économique et de nombreux rapports commandés par les pouvoirs publics ou produits par des *think tank*, ont permis de mieux comprendre les enjeux du vieillissement de la population française, qui s'inscrit dans une tendance mondiale. Une proportion importante de ces productions a centré ses efforts sur la perte d'autonomie et le soutien au domicile mais **n'ont pas permis de sortir de la vision associant le vieillissement à un fardeau inéluctable pour notre société**.

La création de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie en 2004 et la constitution en 2020 d'une cinquième branche consacrée à l'autonomie ont pu laisser croire qu'une action résolue était à l'œuvre pour faire face à l'immense défi démographique qui est devant nous. Il n'en est rien ! En 2030, la population des plus de 75 ans va significativement augmenter et alors que de nombreux rapports se succèdent depuis plus de deux ans – ceux de Dominique Libault,

Myriam El Khomri, Denis Piveteau, Laurent Vachey, Philippe Denormandie¹ –, **une stratégie ambitieuse et concrète se fait toujours attendre.**

La crise sanitaire liée au Covid-19 a révélé le degré d'urgence de cette question et a été l'occasion d'une solidarité générationnelle sans précédent au profit des plus de 65 ans, qui sont les plus vulnérables au virus. Cette crise a elle-même succédé à un long débat public sur les retraites, qui a montré la crispation de notre société autour des enjeux du vieillissement, la question du lien entre les générations devenant un enjeu à part entière. Des phénomènes comme l'expression « OK Boomer », tournant en dérision les attitudes ou points de vue des générations du baby-boom sont révélateurs des défis culturels vis-à-vis des seniors.

La crise actuelle a ainsi révélé crûment **le manque d'adaptation de notre société à son vieillissement**. Plus que jamais les liens entre les générations se distendent et mettent en évidence **un défi de cohésion sociale**. Plus que jamais, une meilleure organisation des parcours de soins devient prioritaire pour faire face aux besoins en santé des populations vieillissantes. Plus que jamais une politique de prévention et du bien-veillir doit se mettre en place pour répondre aux défis démographiques.

Peu de travaux se sont concentrés sur ce que nous appelons communément et improprement les « seniors », une catégorie mouvante qui a probablement plus de cohérence quand on l'appréhende comme une étape de la vie personnelle et professionnelle – celle de la transition entre emploi et retraite active, de l'implication dans d'autres activités bénévoles, sociales, familiales, du temps passé avec les petits-enfants à celui à s'occuper de ses proches plus âgés. **Ces personnes, qui ont 60, 70 ou 80 ans, jouent un rôle majeur dans notre société.**

L'objectif de ce rapport est de mettre en relief leur rôle et faire évoluer notre modèle de soins, de protection sociale et nos politiques publiques, pour mieux prendre en compte cette population. S'inscrivant dans la continuité d'une précédente étude de l'Institut MONTAIGNE *Faire du bien-veillir un projet de société* (2015), ce rapport avance 12 propositions pour que le vieillissement ne soit plus une fatalité.

Nous devons bâtir ensemble une stratégie d'accélération pour la prévention de la perte d'autonomie et renforcer le rôle des seniors dans la société.

¹ Rapport Libault sur la concertation Grand âge et autonomie, mars 2019 ; Rapport El Khomri sur le plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand-âge, octobre 2019 ; Rapport Piveteau sur l'habitat inclusif, juin 2020 ; Rapport Vachey sur la branche autonomie, septembre 2020, Rapport Denormandie sur les aides techniques, octobre 2020.

LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE FAIT FACE AU DÉFI INÉDIT DU VIEILLISSEMENT

1. Le vieillissement de la population : un phénomène identifié mais difficile à appréhender

1.1. Les « vieux », les « seniors » : une catégorie de population hétéroclite

Le rapport Laroque de 1962 s'interrogeait déjà sur la catégorisation de la population âgée : « l'expression « personnes âgées » recouvre elle-même une réalité disparate, qui ne correspond à aucune notion moyenne (...). De même, au regard de l'action sociale qui doit être dispensée au profit de la population âgée, l'âge chronologique ne constitue pas un critère valable, mais bien plutôt le degré de validité, l'état psychologique, l'aptitude ou l'inaptitude à mener une vie relativement indépendante. (...) Non seulement le vieillissement se manifeste aussi de manière différente d'un individu à l'autre, mais la condition des personnes âgées varie également en fonction du milieu social auquel elles appartiennent, rural ou urbain, provincial ou parisien, salarié ou travailleur indépendant ».

Avec l'allongement de l'espérance de vie, la définition des seniors répond aujourd'hui à un **enjeu de catégorisation** encore plus difficile. Face aux évolutions démographiques, sociales et économiques que la société connaît, **la catégorie des seniors ne correspond pas à une réalité unique sur le plan politique ou sociologique.**

C'est bien d'abord la société qui « crée » les seniors et en fait une catégorie à part. *A contrario*, la **définition des « seniors » se trouve aujourd'hui confrontée à une triple difficulté méthodologique :**

- ▮ **Difficulté de définition par l'âge :** pour l'Organisation mondiale de la santé, les individus de plus de 60 ans sont considérés comme des « personnes âgées ». Le corps médical est lui beaucoup plus partagé sur une appréciation physique du vieillissement même si un basculement peut s'opérer autour de 50 ans (notamment s'agissant du dépistage du cancer colorectal ou du cancer du sein). L'administration, notamment au plan statistique mais aussi dans le versement de certaines prestations en direction des personnes âgées², utilise fréquemment le critère de 60 ans ou 65 ans, avec toutefois des sujets de cohérence dans les politiques publiques menées. Sur le marché du travail, certaines conventions collectives peuvent utiliser 45 ans et plus comme critère d'âge pour les salariés expérimentés. **Le grand groupe des seniors peut ainsi recouvrir des personnes ayant plus de 45 ans, jusqu'à des centenaires.** Cela représente ainsi environ 25 millions de personnes en France ;
- ▮ **Difficulté de définition par l'activité :** la notion de « senior » peut conduire à apprécier la situation par rapport à la notion d'inactivité et donc de sortie du marché du travail. Toutefois, les 16 millions de retraités ne forment pas une catégorie sociale unique qui serait réductible au seul statut d'être à la retraite. Cette notion n'intègre pas non plus **la participation active des seniors à des activités d'intérêt général ou essentielles pour le fonctionnement de la société** (bénévolat associatif, garde d'enfant, aide aux aînés, etc.) ;
- ▮ **Difficulté de définition par le style de vie,** en lien avec leurs origines sociales et culturelles, à leur habitat et à leur parcours professionnel. Les seniors se définissent de plusieurs manières et ce qualificatif recouvre des situations bien différentes. Le sociologue Serge Guérin a ainsi introduit des catégories sociologiques représentatives de la diversité des seniors³ :
 - **les seniors traditionnels,** qui développent des comportements à l'image de ceux de leurs aînés et conservent un grand sens de leur rôle social

2 Le bénéfice de l'allocation personnalisée pour l'autonomie (APA) est possible à partir de 60 ans, ce qui peut créer des enjeux de barrière d'âge. La coordination avec les dispositions en faveur des personnes handicapées peut également se poser, notamment avec le vieillissement des populations en situation de handicap. Le bénéfice de l'allocation de solidarité pour personnes âgées (minimum vieillesse) est possible à partir de 65 ans.

3 Serge Guérin, « *L'invention des seniors* », Éditions Hachette, 2007.

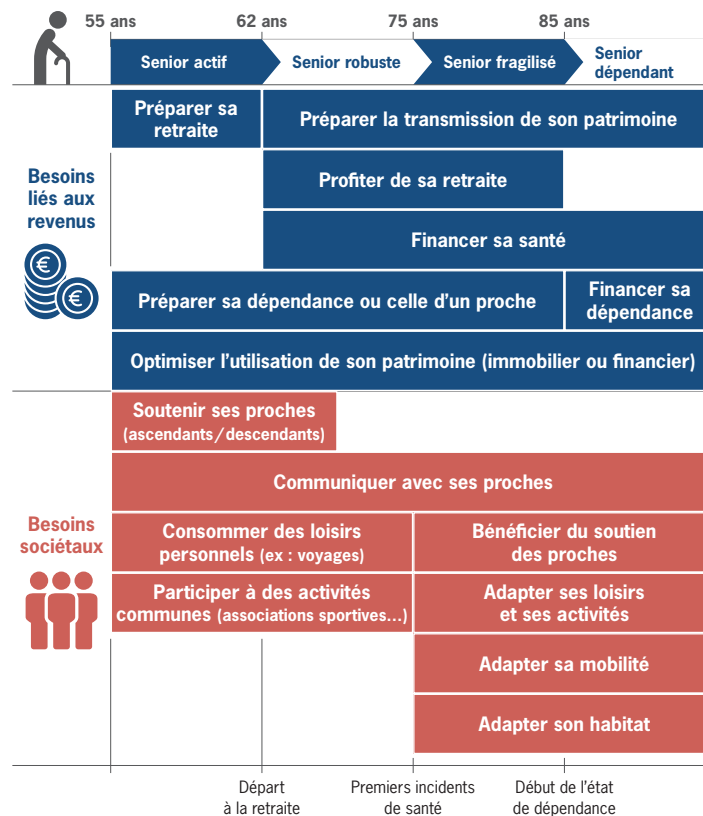
(attention aux petits enfants et à la famille, conservatisme sur les questions de société et de sécurité, inquiétude économique et écologique, inquiétude sur la dépendance, etc.);

- **les seniors fragilisés**, qui subissent une dégradation physique, mentale, morale ou économique. Ils sont en perte d'autonomie par manque de mobilité physique ou par diminution des capacités cognitives (maladie d'Alzheimer, par exemple). Une fragilité économique et sociale est associée à ces difficultés. Ces seniors, que le passage à la retraite a fragilisés en termes de pouvoir d'achat (compte tenu d'une carrière incomplète ou du bénéfice du minimum vieillesse), cherchent donc souvent à compenser des faibles revenus par des activités ponctuelles rémunérées (service aux voisins notamment);
- **les boomers bohèmes**, qui sont de jeunes seniors, de 50 à 70 ans, bénéficiant de temps disponible, pour ceux qui sont en retraite, d'un bon pouvoir d'achat et d'une bonne santé. Ce sont des acteurs sociaux qui disposent de leviers culturels et économiques importants et qui souhaitent rester dans la modernité et faire corps avec la société;
- **les boomers fragilisés**, qui sont des boomers devenus plus fragiles en raison de l'avancée en âge et des limitations d'activité, mais qui conservent toutefois le désir de rester intégrés dans la société.

En moins de 20 ans, la notion de « 3^e âge » ou de « vieux » pour évoquer les personnes âgées a ainsi volé totalement en éclats. Pourtant, ces publics demeurent l'objet de préjugés répandus⁴.

Le cycle de vie des seniors selon leurs besoins (2015)

Les grandes phases de vie des seniors



NB : la phase de dépendant n'est pas systématique.

Source : « Faire du bien-veillir un projet de société. Logement, patrimoine et emploi des seniors », Roland Berger, www.institutmontaigne.org

⁴ Voir notamment la fiction de Marc Salomon « La race des seniors », Éditions du Panthéon, 2020.

« 10 idées reçues à combattre à propos des seniors »

En 2015, le sociologue Serge Guérin⁵, spécialiste des questions relatives au vieillissement, a publié un ouvrage recensant la dizaine de préjugés sociaux qui irrigue le discours sur les seniors et qui ont pour effet à la fois d'essentialiser cette catégorie de population et en même temps de rendre leurs éventuelles revendications illégitimes :

- 1/ « À partir de 50 ans et un jour, bienvenue chez les seniors »
- 2/ « Les retraités : une bande de riches privilégiés »
- 3/ « Les vieux ? Tous dépendants »
- 4/ « 15 millions d'inactifs »
- 5/ « La guerre des générations est déclarée »
- 6/ « En route pour le déclin économique »
- 7/ « Technophobes et perdus pour l'entreprise »
- 8/ « La silver génération contre la planète »
- 9/ « No sex »
- 10 / « Au-delà de cette limite, votre ticket n'est plus valable »

Les données présentées supra contribuent à déconstruire ce **discours trompeur**, qui ne correspond évidemment pas à la réalité statistique ni à l'expérience vécue par les seniors.

Face à ces messages plus ou moins implicites, largement véhiculés par les institutions et les différents groupes sociaux qui focalisent leurs actions et leurs discours sur la dépendance et la perte d'autonomie, **les seniors disposent de peu de relais, de représentations ou d'associations d'ampleur**. Dans certains pays, les seniors constituent au contraire une catégorie bien identifiée,

qui dispose de leviers d'influence importants, comme c'est le cas aux **États-Unis** avec l'*American Association of Retired Persons* (AARP).

L'exemple de l'*American Association of Retired Persons*

Fondée en 1958, l'*American Association of Retired Persons* est une organisation non gouvernementale qui s'adresse aux personnes de 50 ans et plus et qui constitue l'un des lobbies les plus influents des États-Unis. Il revendique **38 millions de membres** et ses activités s'étendent sur des domaines très variés en matière de services à destination de leurs membres (assurance, finance, etc.).



Son magazine bimensuel crée en 1958, *AARP The Magazine*, est concentré sur les questions liées au vieillissement⁶. Le magazine est envoyé à tous les membres de l'AARP, ce qui en fait **le magazine à plus grand tirage des États-Unis**; il occupe ce rang depuis la fin des années 1980. Le tirage est de 23 428 878 exemplaires en décembre 2015.

Force est de constater que la représentation des seniors en France est loin d'être aussi structurée qu'aux États-Unis. Les retraités ont été indirectement au cœur de l'actualité récemment, d'abord en 2018 à la faveur du débat sur **la hausse de la contribution sociale généralisée (CSG)** et du fait de la présence de seniors au sein des **Gilets jaunes** (les « Gilets gris »). Dans une étude parue dans la Revue française de science politique sur les Gilets jaunes⁷, les indicateurs socio-démographiques montrent ainsi que la mobilisation des Gilets jaunes a rassemblé d'abord

⁶ Wikipédia, « *AARP The Magazine* », consulté le 16 mars 2021

⁷ Collectif d'enquête sur les Gilets jaunes, « *Enquêter in situ par questionnaire sur une mobilisation en cours : une étude sur les Gilets jaunes* », Revue française de science politique, 2019.

⁵ Serge Guérin, « *Silver Génération – 10 idées reçues à combattre à propos des seniors* », Éditions Michaelon, 2015.

des adultes en âge de travailler ou à la retraite. L'étude souligne **la forte présence des retraités**, ce qui renvoie au mot d'ordre de mobilisation pour la désindexation des pensions de l'inflation et leur plus forte taxation avec la hausse de la contribution sociale généralisée (CSG). Par ailleurs, les auteurs soulignent que beaucoup ont fait l'expérience de conditions de vie difficiles, soit personnellement, soit au travers de leurs enfants devenus adultes, qu'ils doivent encore régulièrement aider financièrement. Enfin, l'étude souligne que **la présence des retraités est plus forte sur les ronds-points que dans les manifestations**.

Ces événements ont montré **la diversité sociale de ces populations**, ils ont aussi fait ressortir une forme de solidarité intergénérationnelle, tout comme le projet de mise en place d'un système universel des retraites. Le débat sur **la réforme des retraites** fut aussi celui d'une meilleure appréhension de **la diversité des situations au sein du groupe des retraités**, par exemple du point de vue des inégalités de genre, de professions ou de statuts. Le débat a par exemple porté sur le grand écart existant actuellement entre le niveau de pension des femmes et des hommes : les retraites des femmes ne représentent que 61,5 % des retraites des hommes⁸. Les débats ont aussi mis en évidence des disparités dans l'espérance de vie liées à l'exercice de métiers plus pénibles que d'autres : l'écart d'espérance de vie à la naissance entre un cadre et un ouvrier est de près de 6 ans⁹.

Mais la représentation des plus âgés en tant que groupe, leurs spécificités, leurs revendications, demeure souvent disparate et de ce fait peu audible, ce qui renforce une forme d'invisibilisation des seniors.

1.2. Le vieillissement de la population : un phénomène inédit dans le monde

Comme la plupart des pays avancés la France est engagée dans une évolution démographique inédite, qui transforme le visage de la société,

8 DREES, « Panorama des retraites », 2019.

9 Insee première n° 1 584, « Les hommes cadres vivent toujours six ans de plus que les ouvriers », Insee, février 2016.

recompose son économie et son modèle de protection sociale. Ce phénomène, décrit très précisément par Serge Guérin, conjugue « *allongement de la vie, croissance du nombre de seniors et changement dans les manières de vivre sa séniorité*¹⁰ ».

Le vieillissement démographique, qui s'inscrit dans une tendance de long terme, est progressivement devenu un objet du débat public. Cette tendance en pleine accélération est en effet identifiée depuis plus de trente ans dans les statistiques et par les démographes. Les travaux du démographe Jean-Pierre Thumerelle¹¹ sur des indicateurs simples permettent d'apprécier **l'état du vieillissement de la population française sur une longue période**. Et pourtant, cette prise de conscience statistique ne s'est pas doublée d'une prise de conscience politique.

Selon ses analyses datant milieu des années 1980, il y a deux siècles, on comptait moins de 6 % de personnes âgées de plus de 65 ans dans la population totale ; il y a un siècle, on en comptait 8,5 % (soit seulement deux points acquis en un siècle) ; en 1940, on franchissait le cap des 10 % et au milieu des années 1980, la proportion atteignait 14 % de la population.

Cette évolution, qui est donc véritablement perceptible depuis 30 ans seulement, connaît **une accélération forte depuis le milieu des années 2010**, avec l'arrivée à ces âges des premières générations nombreuses nées après-guerre¹². D'après l'Insee, au 1^{er} janvier 2020, la France compte ainsi près de 13,5 millions de seniors âgés de 65 ans ou plus, soit un total de 20,1 % de la population française. **Une personne sur cinq peut donc être considérée comme « senior »** – une proportion dans la moyenne de l'Union européenne, plus faible qu'en Allemagne et en Italie, mais plus élevée qu'en Espagne, en Autriche ou encore au Royaume-Uni.

10 Serge Guérin, « Penser le logement dans la société de la longévité », Alternative Économiques, juillet 2015.

11 Jean-Pierre Thumerelle, « Le vieillissement de la population dans l'âge et le temps », 1987.

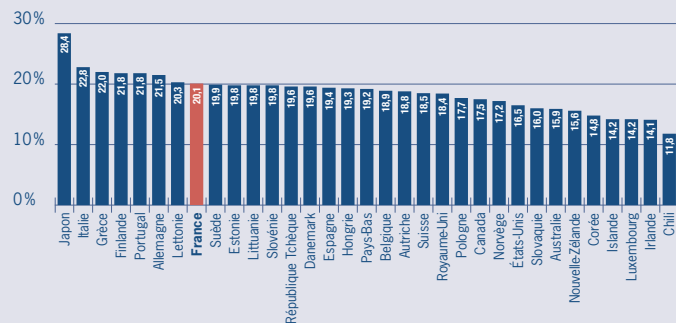
12 Athari, Papon, Robert-Bobée, « Quarante ans d'évolution de la démographie française : le vieillissement de la population s'accélère avec l'avancée en âge des baby-boomers », Insee Références, édition 2019.

Cette augmentation va continuer de s'accroître dans les dix prochaines années. Les projections de l'Insee montrent qu'en 2030, les plus de 65 ans représenteront 23,4% de la population, soit 16,4 millions de personnes dans une France qui comptera 70 millions d'habitants¹³. **En 2030, les plus de 65 ans seront plus nombreux que les jeunes de moins de 20 ans** (voir le graphique ci-dessous).

Le vieillissement démographique à l'échelle mondiale

Le vieillissement démographique est un phénomène européen et mondial. **À l'heure actuelle, la France se situe au 8^e rang des pays de l'OCDE en termes de proportion des plus de 65 ans dans sa population avec 20,1%** – une proportion dans la moyenne européenne. Dans l'Union Européenne, la part des 65 ans ou plus représente 19,7% de la population, contre 16,2% quinze ans plus tôt.

La part des plus de 65 ans dans la population totale (2019)

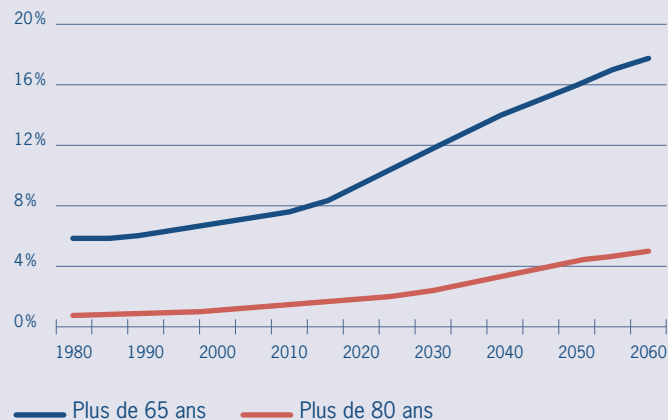


Source : DREES, OCDE, données 2019.

En France comme dans toute l'UE, la tendance devrait se confirmer : la proportion européenne des personnes âgées de plus de 65 ans augmenterait de 9,5 points d'ici 2070, pour atteindre 29,2%. Ce phénomène dépasse d'ailleurs les frontières des pays européens et se retrouve au niveau mondial.

L'évolution de la part des plus de 65 ans et des plus de 80 ans dans la population mondiale

(% de la population mondiale)



Source : OCDE, d'après United Nations World Population Prospects: The 2017 Revision.

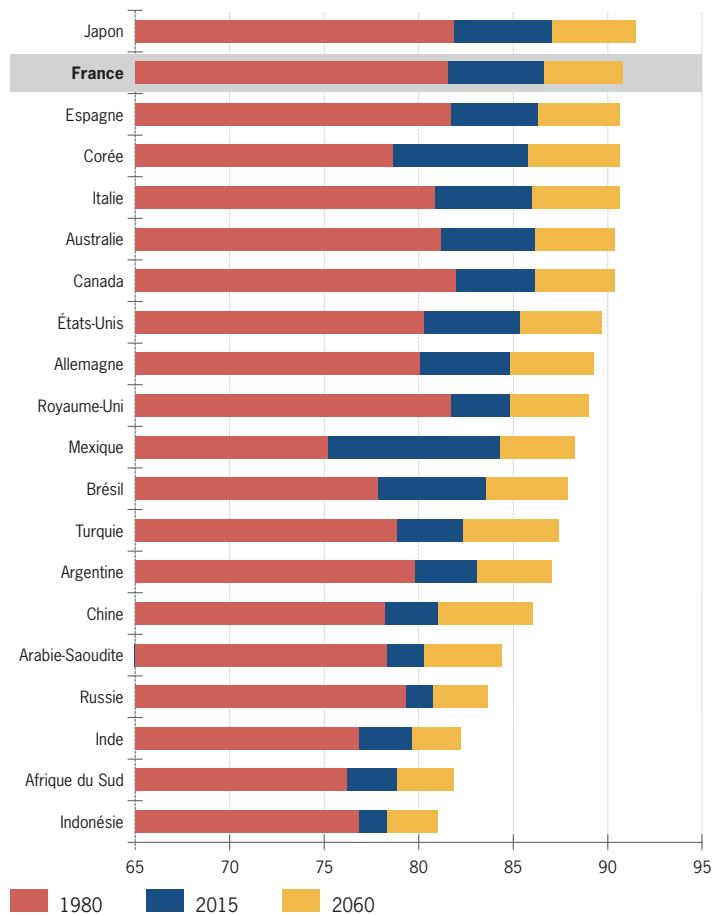
1.3. L'espérance de vie en bonne santé : un défi pour les années à venir

Le vieillissement de la population résulte en grande partie d'une tendance de fond à l'allongement de la durée de vie après 65 ans¹⁴, révélatrice d'une amélioration continue de la santé de la population française au cours du siècle dernier.

Dans l'OCDE, l'espérance de vie à 65 ans des hommes était de 12,5 années en 1960 ; elle atteint 19,7 années aujourd'hui. En comparaison internationale, **la France occupe une bonne position : à 65 ans, les seniors y ont une espérance de vie moyenne d'environ 23 ans**. Notre pays occupe même le deuxième rang de l'OCDE en matière d'espérance de vie à 65 ans des femmes (et le cinquième rang chez les hommes).

Cette tendance devrait s'accélérer considérablement : selon les projections de population actuelles, **en France à horizon 2060, l'espérance de vie à 65 ans devrait atteindre 25 ans en moyenne et se maintenir au deuxième rang de l'OCDE** (femmes et hommes confondus)¹⁵.

Espérance de vie à 65 ans en comparaison internationale



Source : OCDE, *Fiscal challenges and inclusive growth in ageing societies*, 2019.

14 Insee, « L'espérance de vie par niveau de vie - Méthode et principaux résultats », 2018.

15 OECD, « Fiscal challenges and inclusive growth in ageing societies », 2019.

Toutefois, cet allongement de l'espérance de vie ne se traduit pas forcément par une amélioration de la durée de vie en bonne santé.

En effet, en 2018, l'espérance de vie sans incapacité à la naissance est de 64,5 ans pour les femmes et de 63,4 ans pour les hommes. Selon la DREES¹⁶, au cours des dix dernières années, **l'espérance de vie sans incapacité à la naissance plafonne** : même si une baisse a été observée entre 2008 et 2009, celle-ci s'est progressivement résorbée les années suivantes.

En revanche, **l'espérance de vie sans incapacité à 65 ans a progressé d'un peu plus d'un an sur les dix dernières années**. La situation reste toutefois à améliorer : à 65 ans, une femme peut espérer vivre 23,2 ans mais le nombre moyen d'années qu'il lui reste à vivre sans incapacité n'est que de 11,2 ans. Pour les hommes, l'espérance de vie à 65 ans s'élève à 19,4 ans tandis que l'espérance de vie sans incapacité à 65 ans n'est que de 10,1 ans. Autrement dit, en France, **le début des signes liés à la perte d'autonomie, qui se traduit par des limitations sévères ou modérées, se manifeste aux alentours de 75 ans pour les hommes, 76 pour les femmes**.

En comparaison, **les pays nordiques affichent le nombre le plus élevé d'années de vie en bonne santé à l'âge de 65 ans** en Europe. En Suède, les femmes peuvent espérer vivre en moyenne 17 années de plus sans incapacité, et 16 ans chez les hommes¹⁷.

Indicateur d'espérance de vie en « bonne santé »

L'espérance de vie à la naissance correspond, selon la DREES, « **au nombre moyen d'années qu'une génération fictive peut espérer vivre en étant soumise, à chaque âge, aux conditions de mortalité d'une année donnée** ». Il ne s'agit donc pas d'un indicateur prédictif mais d'un indicateur synthétique de mortalité qui n'anticipe pas bien les progrès sanitaires à venir.

L'espérance de vie à 65 ans mesure « *pour une année donnée l'âge moyen des individus d'une génération fictive âgée de 65 ans, qui aurait connu à chaque âge la probabilité de décéder observée l'année considérée. Elle exprime donc le nombre moyen d'années restant à vivre au-delà de 65 ans dans les conditions de mortalité par âge de cette année* ». Cependant, **ces indicateurs ne sont pas suffisants pour apprécier la qualité de vie et le bénéfice réel des années de vie pour ces personnes**.

D'autres indicateurs ont été élaborés, comme **l'espérance de vie sans incapacité** (parfois appelée « espérance de vie en bonne santé » ou encore « espérance de santé ») : **cet indicateur mesure le nombre d'années qu'une personne peut compter vivre sans souffrir d'incapacité dans les gestes de la vie quotidienne**.

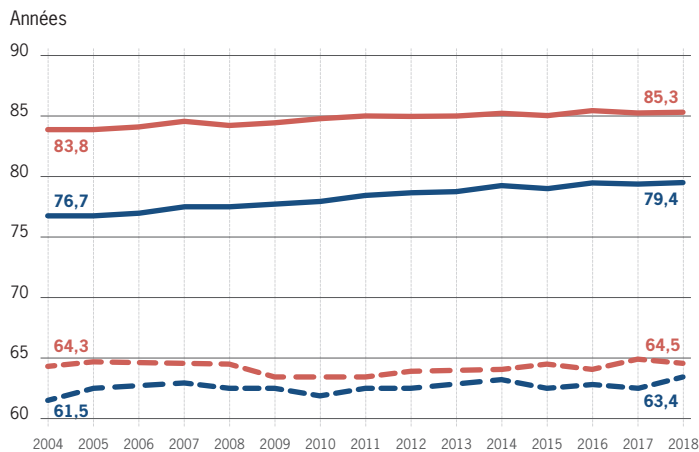
À l'échelle européenne, cet indicateur fait partie des indicateurs retenus dans le cadre de la Stratégie de Lisbonne (2000-2010) puis repris dans la stratégie Europe 2020. Cette mesure se base sur les réponses à la question posée dans le cadre du dispositif européen *European Union Statistics on Income and Living Conditions* (UE-SILC) : « *Êtes-vous limité(e), depuis au moins six mois, à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement?* ». Les réponses peuvent permettre de distinguer les limitations « sévères » ou « modérées » ou l'absence de limitation d'activité.

¹⁶ Thomas Deroyon, « En 2018, l'espérance de vie sans incapacité est de 64,5 ans pour les femmes et de 63,4 ans pour les hommes », Études et Résultats, n° 1 127, DREES, octobre 2019.

¹⁷ Panorama de la santé 2019 : les indicateurs de l'OCDE, « Espérance de vie et espérance de vie en bonne santé à 65 ans », 2017.

Espérance de vie en bonne santé en France

(2004-2018)



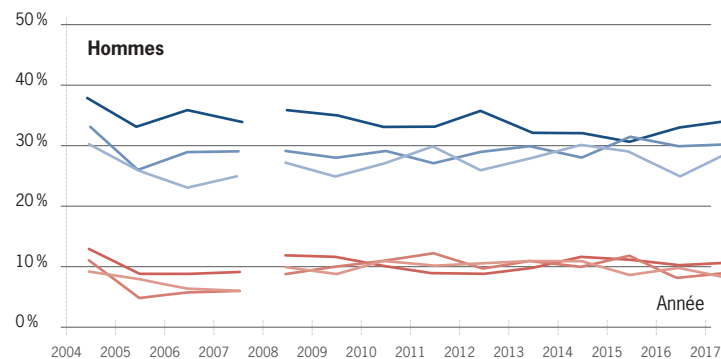
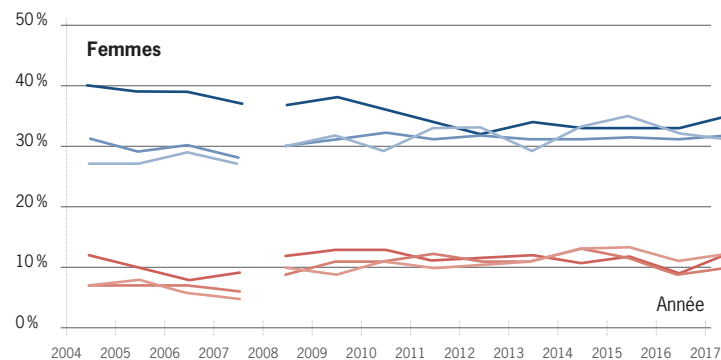
Femmes — Espérance de vie
 - - - Espérance de vie sans incapacité

Hommes — Espérance de vie
 - - - Espérance de vie sans incapacité

Source : DREES, 2019.

Proportion des personnes ayant des limitations d'activité

entre 55 et 69 ans (% de la classe d'âge)

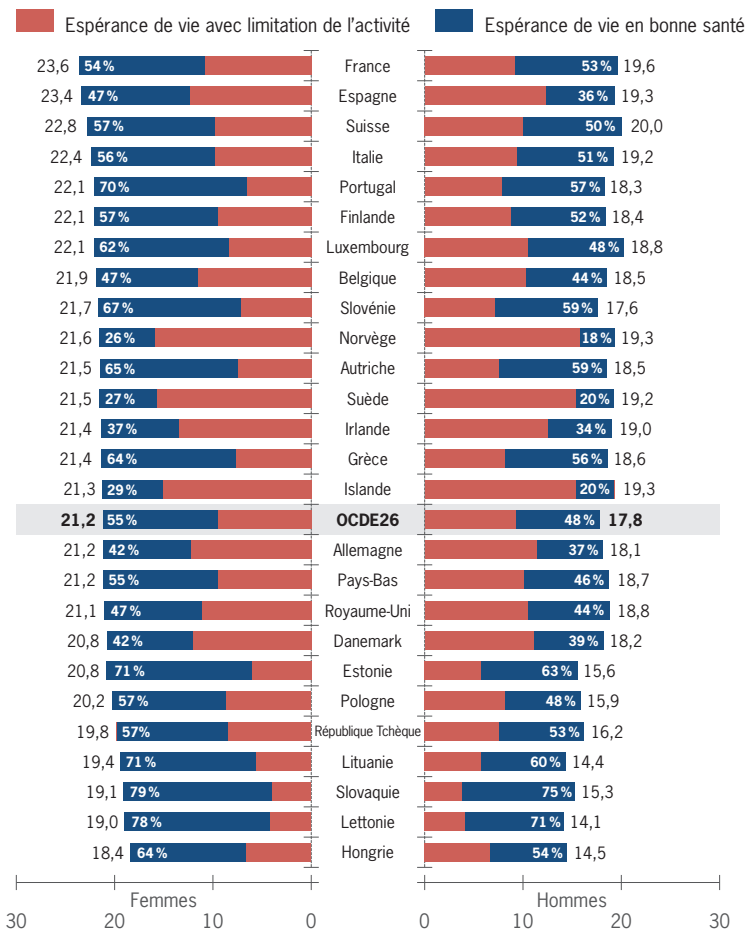


— Limitations sévères ou modérées, 55-59 ans.
 — Limitations sévères ou modérées, 60-64 ans.
 — Limitations sévères ou modérées, 65-69 ans.
 — Limitations sévères, 55-59 ans.
 — Limitations sévères, 60-64 ans.
 — Limitations sévères, 65-69 ans.

Source : Conseil d'orientation des retraites, 2018.

Espérance de vie et années de vie en bonne santé à 65 ans, par sexe

(2017 ou année la plus proche)



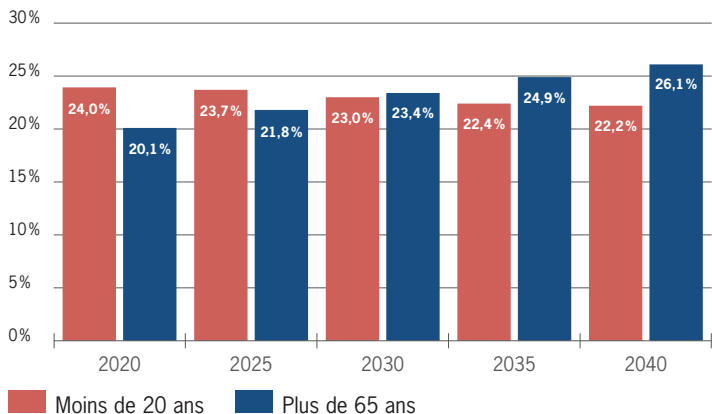
Source : OCDE, 2017.

1.4. La cohésion sociale : un débat central pour nos sociétés vieillissantes

Le phénomène de vieillissement se traduit par **une polarisation, au sein de la population, entre les jeunes et les seniors**. Elle se manifeste par une inversion rapide à venir dans l'évolution de la part des plus de 65 ans et des moins de 20 ans dans la population française.

La baisse du nombre de jeunes est directement liée à celle de la fécondité, bien que la France soit particulièrement dynamique en comparaison des autres pays européens. En France, selon l'Insee, **l'indicateur conjoncturel de fécondité s'établissait en 2019 à 1,83 enfant par femme, en dessous du seuil de renouvellement des générations**. Notre pays reste cependant le plus fécond de l'Union européenne et présente, avec l'Irlande, la proportion de jeunes de moins de 15 ans la plus élevée de l'UE, en 2018.

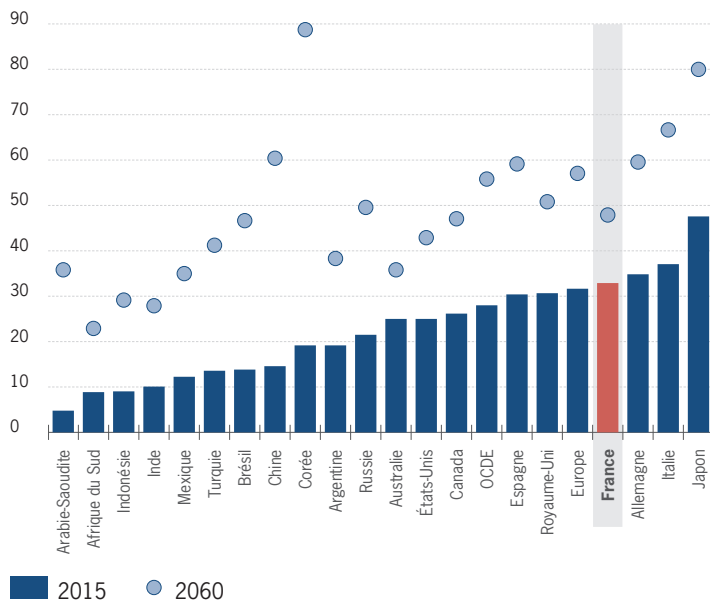
Projection de l'évolution de la part des plus de 65 ans et des moins de 20 ans dans la population française



Source : Insee, 2020.

Cette question pose **un enjeu de dépendance démographique**, mesurée par les ratios de dépendance entre les plus de 65 ans d'une part et la population en âge de travailler d'autre part, dont la catégorie statistique englobe les 15-64 ans. Ce ratio déjà élevé connaîtra ainsi dans les prochaines décennies une augmentation conséquente, même si celle-ci devrait être beaucoup plus sensible dans d'autres pays comme l'Allemagne, l'Italie et même l'Union européenne en général.

Proportion de la population de plus de 65 ans
par rapport aux 15-64 ans



Source : OCDE, données 2019, d'après sources nationales et Eurostat.

2. Les seniors : des personnes ressources pour notre modèle économique et social

2.1. Ils ont un niveau de vie élevé mais sont davantage exclus de l'activité économique

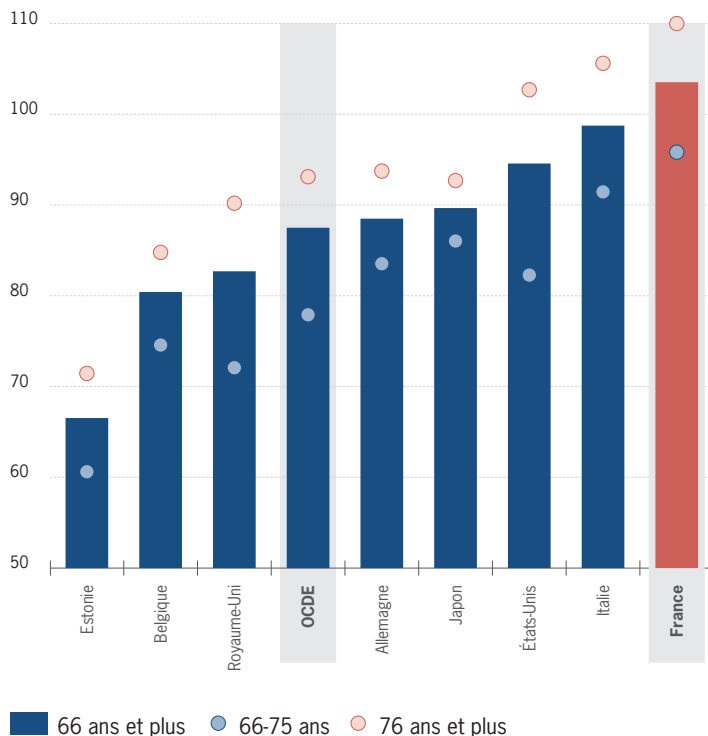
- Les seniors ont un niveau de vie plus élevé que le reste de la population

Au niveau agrégé, **la situation économique et sociale des seniors n'est pas dégradée en comparaison avec d'autres tranches de la population**, et notamment des jeunes, qui sont confrontés beaucoup plus significativement à la précarité et au chômage.

Le niveau de vie moyen des retraités est en effet légèrement supérieur à celui de l'ensemble de la population, étant de 105,6% avec une nette différence entre les femmes (103,3%) et les hommes (108,5%). **Ramenés aux revenus de l'ensemble de la population, les revenus des seniors français sont d'ailleurs les plus importants de l'ensemble des pays de l'OCDE.** Cet écart s'est accru dans les dernières années du fait de la crise économique, avec une stagnation du niveau de vie médian des plus de 65 ans, mais une diminution de celui des 25-64 ans¹⁸.

18 Insee, « Portrait social, les seniors », 2018.

Le revenu moyen des plus de 65 ans exprimé en % du revenu moyen de l'ensemble de la population



Source : OCDE, *Panorama des pensions*, 2017.

En particulier, les revenus du patrimoine (avant prélèvements sociaux et fiscaux) représentent en moyenne 14,2% des revenus des ménages de retraités, contre 5,9% des revenus des ménages d'actifs et 8,4% des revenus de l'ensemble des ménages.

Cette situation économique est liée au cycle de vie : **les seniors détiennent en moyenne davantage de patrimoine que les plus jeunes et sont en particulier plus souvent propriétaires de leur résidence principale** (en 2015, leur patrimoine brut était ainsi supérieur de 14% à celui des 25-64 ans¹⁹). Ils ne « désépargnent », en transmettant une partie de leur patrimoine par exemple, que très tardivement²⁰.

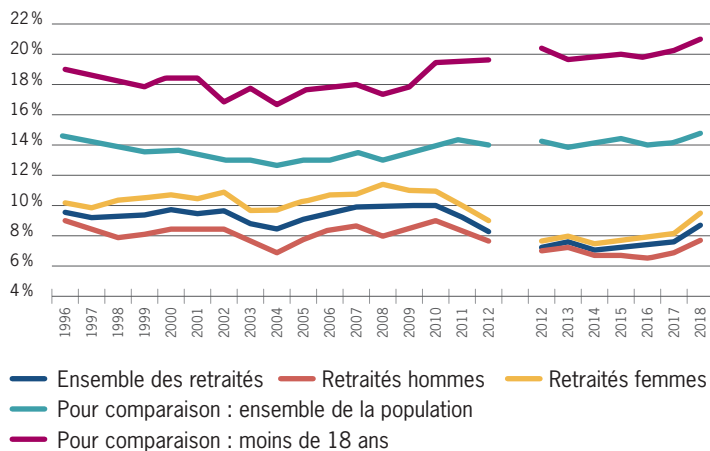
Parmi les actifs, le niveau de vie augmente fortement avec l'âge. Parmi les retraités, il est maximal chez les retraités de 60 à 74 ans, où il est supérieur d'environ 8% à celui de l'ensemble de la population. **Le pic de niveau de vie des personnes âgées se situe entre 65 et 75 ans.**

Reflète de cette situation relativement favorable, **le taux de pauvreté des plus âgés reste très inférieur à celui de l'ensemble de la population** (8,7% contre 14,8% en 2018) et notamment à celui des plus jeunes (moins de 18 ans). La France occupe d'ailleurs le premier rang européen, avec **le plus faible taux de pauvreté des plus de 65 ans**, ce qui peut s'expliquer en partie par le montant relativement plus élevé qu'ailleurs du minimum vieillesse en France (900 euros par mois). Toutefois, le taux de pauvreté de nos aînés connaît une dégradation visible depuis quelques années.

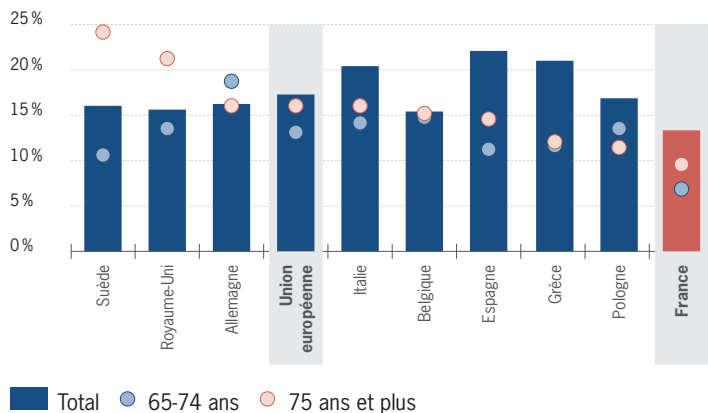
19 Insee, ibidem, d'après l'enquête patrimoine (patrimoine brut des ménages dont la personne de référence a 65 ans ou plus vs. des ménages dont la personne de référence a entre 25 et 64 ans).

20 Cf. notamment A. Ando et Franco Modigliani, « The 'life-cycle' hypothesis of saving: aggregate implications and tests », *American Economic Review*, 1963.

Taux de pauvreté des plus de 65 ans en France et en Europe



Source : Insee, 2018.



Source : OCDE, Panorama des pensions, 2017.

• Mais les seniors sont davantage exclus de l'activité économique

Les personnes âgées font l'objet d'une plus grande exclusion sur le marché du travail. La France connaît un retard important dans l'amélioration de l'emploi des seniors. Le taux d'activité des 55-64 ans est en France inférieur de près de 6 points à celui de l'Union européenne.

Certes, le taux d'emploi des 55-59 ans a progressé de plus de 23 points de pourcentage entre 2000 et 2018, passant de 48,9 % à 72,1 %. Sur la même période, pour les 60-64 ans, le taux d'emploi a augmenté de 20 points entre 2000 et 2018. Le taux d'emploi des 60-64 ans est de 31 % en 2018 et il reste donc près de 2,5 fois moindre que le taux d'emploi des 55-59 ans. Enfin, le taux d'emploi des 65-69 ans demeure faible, autour de 6 % (5 % pour les femmes et 8 % pour les hommes²¹).

Si les dispositifs de préretraite qui visaient à faire sortir du marché du travail les plus seniors n'existent plus, **les plus de 50 ou 60 ans sont généralement associés sur les plans sociétaux et économiques à la retraite et à l'inactivité, subissant parfois de réelles discriminations à l'embauche.**

Les personnes en fin de carrière sont ainsi beaucoup plus affectées par le chômage que le reste de la population. Depuis la crise de 2008, le nombre de chômeurs seniors de plus de 55 ans a augmenté de 179 % contre 21 % pour les 15-54 ans. La Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES) a montré que **les seniors sont plus touchés par le chômage de longue durée que le reste de la population active.** Ainsi, 60,2 % des seniors de 55 ans ou plus sont au chômage depuis plus d'un an, contre 41,8 % pour les chômeurs de 15 à 54 ans²².

Avec les réformes successives des retraites et l'allongement de l'âge légal de départ en retraite, les efforts importants menés ont conduit à une amélioration

21 Insee, 2019.

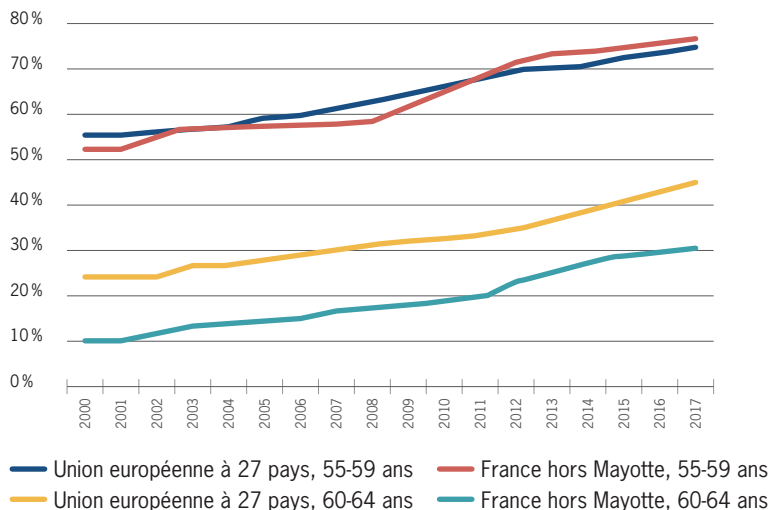
22 DARES, « *Emploi et chômage des seniors* », 2018.

du taux d'activité puisqu'entre 2003 et 2018, celui des personnes âgées entre 55 et 64 ans a bondi de près de 20 points. Cependant, au sein de cette tranche d'âge une fracture nette est perceptible à 60 ans. **Le taux d'activité est de 77,2% chez les 55-59 ans mais de seulement 33,5% chez les 60-64 ans.**

Cette fracture assez nette est liée à **un passage de l'emploi à la retraite qui se réalise sans transition**, pour la très grande majorité des cas. Cette rupture brusque et peu préparée avec l'activité est très insatisfaisante sur le plan de l'emploi et du parcours de carrière des personnes.

Taux d'activité des 55-59 ans et des 60-64 ans en France et dans l'Union européenne à 27 pays, depuis 2000

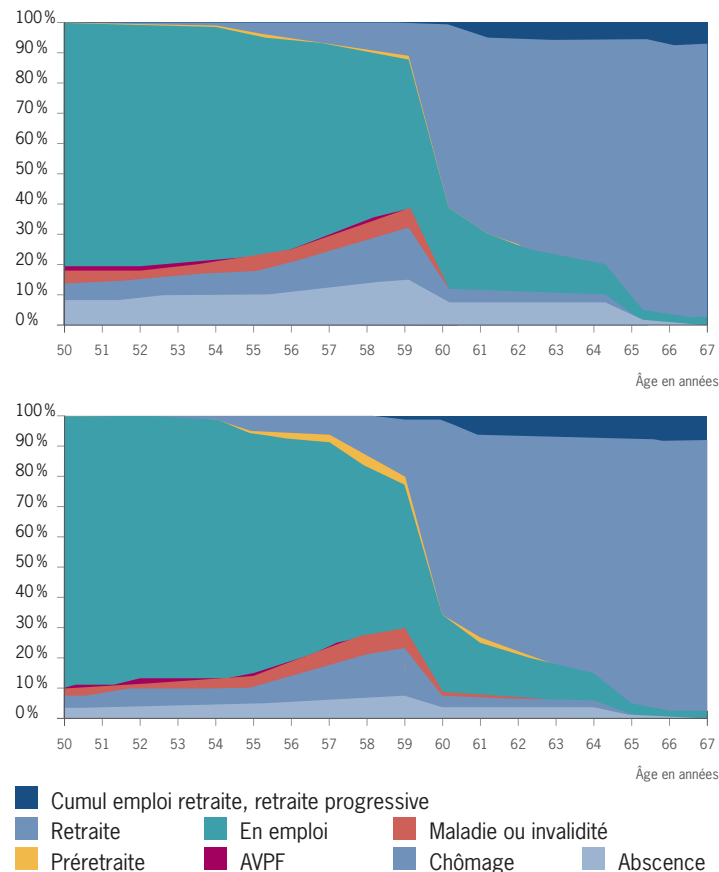
(Moyenne annuelle en %)



Source : DARES, 2019.

Situations principales successives, de 50 à 67 ans, de la génération 1946

(En %)



Source : DARES, 2019.

Par ailleurs, dans beaucoup de situations, les personnes en fin de carrière se retrouvent en arrêt de travail du fait de problèmes de santé.

Selon l'enquête européenne *Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe* (SHARE), la probabilité relative d'être en emploi diminue de 68% chez les hommes âgés de 50 à 64 ans et de 51% chez les femmes, en présence de limitations dans les activités quotidiennes²³.

Si le nombre d'arrêts de travail ne dépend pas de l'âge, la durée des arrêts est plus longue avec l'âge. Ainsi, les personnes de 50 ans et plus représentent 1,45 millions de bénéficiaires mais 3,1 milliards d'euros des montants indemnisés, en raison d'une durée moyenne d'arrêt maladie qui augmente avec l'âge, alors que le montant journalier moyen indemnisé reste assez similaire à partir de 30 ans²⁴.

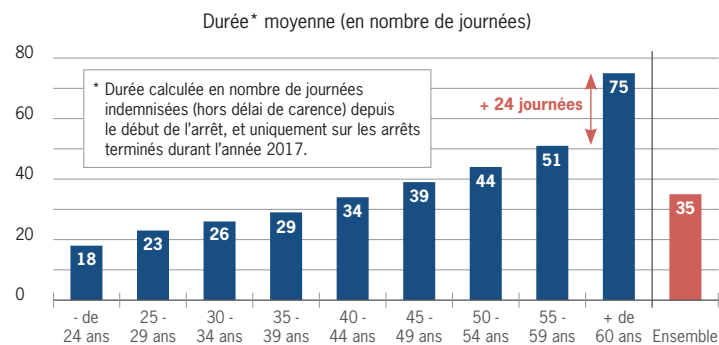
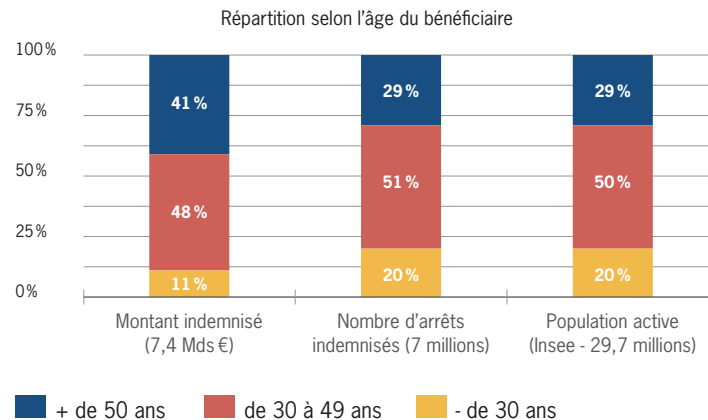
L'augmentation des arrêts maladie en France est principalement due au vieillissement de la population active. En effet, la Caisse nationale d'assurance maladie évalue le surcoût en montant d'indemnités journalières des évolutions de la structure d'âge à 1 165 millions d'euros entre 2010 et 2016.

Un tel coût met en évidence **l'intérêt pour les entreprises de mettre en place des mesures ou de pousser des propositions visant à développer la prévention en leur sein.** L'entreprise peut jaloner la vie du salarié en établissant des bilans en lien avec **la santé au travail**. Elle joue également un rôle pour sensibiliser les salariés à l'importance du sport.

23 Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (MEA), « *Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe* », 2005.

24 MM. Bérard, Oustric et Seiller, « *Plus de prévention, d'efficacité, d'équité et de maîtrise des arrêts de travail* », janvier 2019.

Répartition du montant indemnisé et du nombre d'arrêts indemnisés selon l'âge du bénéficiaire ainsi que durée moyenne des arrêts indemnisés par tranche d'âge (2017)



Source : CNAM

Cette situation est le fait d'un manque d'incitation à se maintenir en activité qui se retrouve dans les opinions : interrogés par la DREES²⁵ sur les raisons évoquées du départ en retraite, la moitié des retraités déclare qu'ils ne voulaient plus travailler. **Un peu plus d'un tiers des répondants avancent des problèmes de santé qui rendent le travail difficile et un tiers invoquent des conditions de travail non satisfaisantes.**

Les dispositifs permettant de réaliser avec plus de progressivité la transition entre l'emploi et la retraite restent en effet faiblement utilisés car ils sont peu incitatifs :

- **le cumul-emploi retraite concerne 482 000 personnes, soit 3,4 % des retraités** mais il ne permet pas à ceux-ci d'acquérir de nouveaux droits à la retraite sur l'activité professionnelle qu'ils continuent d'exercer. **La France est le seul pays de l'OCDE à ne pas autoriser l'acquisition de nouveaux droits dans le cadre du cumul-emploi retraite.** Le dispositif présente également une très grande complexité dans son calibrage et son utilisation (mécanisme de plafonnement avec écrêtement, exigence d'un délai d'attente de 6 mois avant la reprise d'une activité auprès du dernier employeur, etc.) ;
- **la retraite progressive**, qui permet de continuer à exercer une activité professionnelle mais obligatoirement à temps partiel (40 % à 80 %), est très faiblement utilisée (18 000 personnes fin 2018), notamment parce que **le dispositif actuel est limité aux non-cadres** et ne bénéficie pas aux personnes en forfait jours.

10 propositions de l'UDAP sur les seniors en entreprises

Le Conseil d'Administration de l'UDAP (Union des directeurs de l'assurance et de la protection sociale) a énoncé en mars 2020 dix propositions pour faciliter l'emploi des seniors dans les entreprises²⁶ :

.../...

²⁵ Le Baromètre d'opinion de la Drees, « *Les opinions et les souhaits en matière de retraite* », 2019.

²⁶ Union des Directeurs de l'Assurance et de la Protection sociale (UDAP), « *Comment valoriser l'apport et les atouts des seniors dans l'entreprise* », 3 mars 2020.

• Communication et changement de paradigme

Renoncer à l'emblématique frontière des 45 ans pour parler génériquement des seniors en entreprise et convenir de repousser désormais cette dénomination à des personnes âgées d'au moins 55 ans.

• Personnalisation des parcours

Pour autant, l'âge ne peut être le seul facteur déterminant de l'aptitude d'un salarié à travailler plus longtemps et des mesures à mettre en œuvre ; d'autres critères sont tout aussi importants comme le genre, la pénibilité des tâches, les intérêts et les situations personnelles. L'employeur doit aussi prendre en compte les parcours de vie et les aspirations des collaborateurs qui conditionnent la capacité à se projeter dans une nouvelle étape d'une évolution professionnelle.

• Formation individuelle et collective

Mettre en œuvre des systèmes de formations, d'acquisitions et de maintien de compétences tout au long de la vie professionnelle ; il faut anticiper en organisant des formations collectives incluant systématiquement les seniors pour favoriser la cohésion interne entre plusieurs générations.

• Compétences et savoir-être

Ne pas rester uniquement sur des logiques de culture métiers et multiplier les formations au savoir-être et au faire-savoir (soft skills), développer la logique de compétences (vs. celle de postes ou de métiers).

• Réseaux personnels et professionnels

Mettre en valeur l'importance de créer et de cultiver des réseaux professionnels et aider les collaborateurs à les mettre en œuvre. Le réseau personnel contribue plus à l'employabilité d'un salarié que ses compétences ou ses diplômes après 50 ans.

.../...

• Pilotage en continu

Anticiper et formaliser les principaux points d'inflexion des carrières pour mieux les piloter ; systématiser les rendez-vous de carrière à 35, 45, 55 ans et en rendre les comptes rendus transférables d'un employeur à un autre (avec l'accord du salarié concerné).

• Information

Mettre à disposition des salariés toute l'information disponible sur les dispositifs légaux de poursuite et de fin de carrières (prévention de la désinsertion professionnelle, aides différentielles au maintien dans l'emploi, transmission des savoir-faire, mécénat de compétence, diminution d'activités progressives...).

• Numérique et nouvelles technologies

Tirer parti des innovations technologiques pour anticiper et optimiser les solutions de déroulement de carrières et de prolongement d'activité, en faisant du « sur-mesure de masse » qui allie personnalisation des parcours et intérêts des entreprises.

• Santé et rebond

Mettre en place des dispositifs incitatifs pour les entreprises d'accompagnement des maladies chroniques et de gestion des situations de fragilité pour aider un retour à l'emploi ou l'obtention d'un nouveau contrat pour les seniors.

• Contrats gagnant-gagnant

Faire prendre en charge par la solidarité nationale une partie des salaires des seniors (jusqu'à 30 %) pour inciter les entreprises à les garder plus longtemps, tout en leur conservant un revenu d'au moins 90 % de leurs ressources antérieures. Des seniors au travail sont en meilleure santé et plus motivés et la collectivité en ressort financièrement gagnante.

Source : UDAP, mars 2020.

Travailler plus longtemps pour améliorer l'espérance de vie ?

Selon une étude réalisée par des chercheurs de l'*Oregon State University* aux États-Unis, l'espérance de vie pourrait être corrélée à l'âge de départ à la retraite. Les conclusions, présentées dans la revue médicale du *'Journal of Epidemiology & Community Health'*, montrent que **les adultes en bonne santé ayant pris leur retraite après 65 ans avaient un risque réduit de 11 % de décès toutes causes confondues**. Travailler un an de plus aurait donc un impact positif sur le taux de mortalité des participants, et ce prenant en compte des facteurs démographiques, de mode de vie et de santé. Cette étude a été réalisée à partir des données médicales de la cohorte *Healthy Retirement Study* (1992-2010), une étude menée à l'Université du Michigan qui regroupe plus de 12 000 participants.

Source : Wu, Chenkai, Odden, Michelle C, Fisher, Gwenith G, and Stawski, Robert S. "Association of Retirement Age with Mortality: A Population-based Longitudinal Study among Older Adults in the USA." *Journal of Epidemiology and Community Health* (1979) 70.9 (2016): 917-23. Web.

2.2. Il existe de fortes disparités sociales, territoriales et de genre entre les seniors

• Les femmes subissent des inégalités socio-économiques marquées au sein de la catégorie des seniors

Le niveau de vie, la situation patrimoniale et le taux de pauvreté, tous relativement favorables aux seniors, présentent une situation plus contrastée dans le détail.

Si les revenus des seniors présentent moins de disparités que ceux des 25-64 ans, les 10 % des seniors les plus riches ont des revenus tout de même trois fois supérieurs aux 10 % les plus pauvres, une situation stable depuis une vingtaine d'années²⁷.

Les inégalités les plus notables sont cependant à relier au genre : en 2015, les femmes de plus de 65 ans disposaient toujours d'un niveau de vie inférieur de 8 % à celui des hommes. Cet écart reflète des inégalités de pensions encore plus fortes (et atténuées dans les calculs de niveaux de vie du fait de la mutualisation des ressources) : en 2018, pour les seules pensions de droit direct, hors pensions de réversion et majoration au titre des enfants, **les retraites des femmes ne représentaient que 60 % des retraites des hommes.**

Ces inégalités reflètent les différences, qui produisent encore leurs effets, des carrières professionnelles, de leur rythme et potentielles interruptions liées aux congés maternité, mais aussi des métiers occupés et de la rémunération moyenne pendant la carrière, inférieure aux hommes pour les femmes, **y compris à profession égale.**

Enfin, **même si le niveau de vie global des seniors est relativement plus élevé que celui de la population plus jeune, certaines populations vivent des situations de forte précarité.** Comme les seniors entre 53 et 69 ans ni en emploi ni en retraite (NER), selon la définition de la DREES. Dans cette catégorie, les femmes sont deux fois plus nombreuses que les hommes ; la proportion des personnes en mauvaise santé est de 29 % (11 % pour tous les seniors du même groupe d'âge) et la moitié est constituée de personnes en situation de handicap²⁸.

27 Insee, « Portrait social – les seniors », 2018.

28 DREES, « Un tiers des seniors sans emploi ni retraite vivent en dessous du seuil de pauvreté », n° 1 079, septembre 2018.

• Face à la perte d'autonomie, les seniors ne sont pas égaux

Plusieurs études montrent l'existence de déterminants socio-économiques de la perte d'autonomie. Par exemple, des facteurs économiques comme la richesse et l'éducation jouent un rôle déterminant dans l'explication des risques de perte d'autonomie²⁹.

Des travaux récents³⁰ montrent qu'en France et en Europe, les personnes les moins aisées financièrement, les moins diplômées et celles qui font face à des épisodes de précarité, ont plus de risques de devenir fragiles que les autres. Lorsqu'elles sont fragiles, ces personnes ont également des risques accrus d'être en situation de perte d'autonomie. La prise en considération de ces déterminants socio-économiques est donc centrale, car **les personnes fragiles sont souvent des personnes dites « high needs - high costs », « aux besoins de soins élevés et aux coûts élevés »,** selon l'expression consacrée par les travaux du *Commonwealth Fund* de New York³¹.

Lorsqu'elles perdent leur autonomie, les personnes âgées font face à des besoins de soins importants, qui recouvrent trois dimensions principales : **les soins personnels, les aides à domicile et les aides pour les besoins sociaux.** Par exemple, le fait de développer des fragilités accroît la probabilité de faire appel aux services d'aide à domicile de plus de 10 points de pourcentage³². Or, les personnes âgées fragiles mais qui ne sont pas encore dépendantes, doivent souvent supporter la quasi-totalité du coût de ces services, puisqu'elles sont souvent non éligibles aux aides publiques³³. Ceci explique

29 Arrighi Y, Rapp T, Sirven N. « The impact of economic conditions on the disablement process: A Markov transition approach using SHARE data ». *Health Policy* (New York) 2017;121(7).
Sirven N., Dumontet M., Rapp T. « The dynamics of frailty and change in socio-economic conditions: evidence for the 65+ in Europe. », *Eur J Public Health*, 2020.

30 Travaux du Haut comité de santé publique sur la progression de la précarité en France et ses effets sur la santé (1998), travaux de l'IRDES sur la fragilité et l'analyse des déterminants socio-économiques (2013).

31 <https://www.commonwealthfund.org/high-need-high-cost>

32 Roquebert Q, Tenand M. « Pay less, consume more? The price elasticity of home care for the disabled elderly in France. » *Health Economics*, 2017.

33 L'allocation personnalisée pour l'autonomie ne bénéficie qu'aux personnes ayant une perte d'autonomie plus prononcée (Groupe iso-ressources, GIR, 1 à 4).

que **l'aggravation de la perte d'autonomie est souvent plus rapide et plus marquée chez les personnes disposant de bas revenus**. En effet, les travaux de la DREES ont mis en évidence une corrélation entre perte d'autonomie et pauvreté via l'analyse des disparités territoriales des bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)³⁴.

Ainsi, en Europe, si la fragilité augmente sensiblement le risque de recours aux hospitalisations en urgence chez les personnes âgées de plus de 70 ans, cet effet est surtout observé dans la catégorie de revenus la plus faible (moins de 10 000 euros par an). **Pour les ménages les plus pauvres, la présence de fragilités est associée à une hausse des risques d'hospitalisation de près de 9 points de pourcentage**. Au contraire, des revenus supérieurs semblent jouer un rôle « protecteur ». Ainsi, les ménages aux revenus supérieurs à 25 000 euros par an ont des risques de recours aux hospitalisations d'urgence de 8 points de pourcentage inférieurs³⁵.

48

La progression de la perte d'autonomie est de nature à renforcer les inégalités entre les familles, parce que seuls les ménages les plus riches ont les moyens de substituer les soins familiaux par l'aide professionnelle. Elle creuse aussi les inégalités au sein même des familles, car ceux qui ont le coût d'opportunité le plus faible (chômeurs, mi-temps, bas-revenus etc.) sont souvent désignés comme les aidants « principaux » au sein des fratries. Elle est également de nature à **renforcer les inégalités liées au genre, car les femmes sont souvent sur-mobilisées pour aider leurs parents**. Ainsi, on observe presque systématiquement au sein des fratries mixtes un report de l'aide sur les femmes et ce, indépendamment des considérations de revenus³⁶.

34 DREES, « Les disparités d'APA à domicile entre départements », 2019.

35 Ibidem.

36 Roquebert Q, Fontaine R, Gramain A., « Aider un parent âgé dépendant. Configurations d'aide et interactions dans les fratries en France. » Population (Paris) 2018.

Pour ces raisons, il est aujourd'hui indispensable de **développer des solutions alternatives à un modèle qui repose sur l'aide familiale**, et ce d'autant que l'OCDE anticipe une raréfaction du nombre d'aidants familiaux du fait de leur vieillissement, d'une plus forte mobilité au sein des familles, du fardeau important lié au statut d'aidant et de la participation accrue des femmes au marché du travail³⁷.

• Des disparités entre territoires et selon les types de territoires

Enfin, les inégalités liées à la perte d'autonomie sont également territoriales, dans un contexte où le vieillissement démographique n'est pas uniforme sur le territoire.

D'après les analyses de l'Agence nationale de la cohésion des territoires³⁸, si c'est dans les espaces ruraux que la part des personnes de plus de 65 ans est la plus élevée, **c'est dans les pôles urbains de taille petite et moyenne que la part de personnes âgées a le plus augmenté ces dernières années.**

Ainsi, comme le montre très clairement un rapport de l'Observatoire des territoires³⁹ : « *ce ne sont pas toujours les espaces les plus « vieux » qui vieillissent le plus* ». Pour les territoires peu denses qui accueillent une forte proportion de populations âgées mais qui ne vieilliront plus tellement, l'enjeu principal sera donc le problème de **l'isolement des personnes âgées**. C'est davantage le périurbain qui connaîtra un vieillissement marqué, avec pour ces populations un enjeu **d'accessibilité aux services**. Enfin, il existe une spécificité du littoral méditerranéen, territoire attractif pour les personnes âgées et dont la population déjà vieillissante, va continuer à vieillir.

49

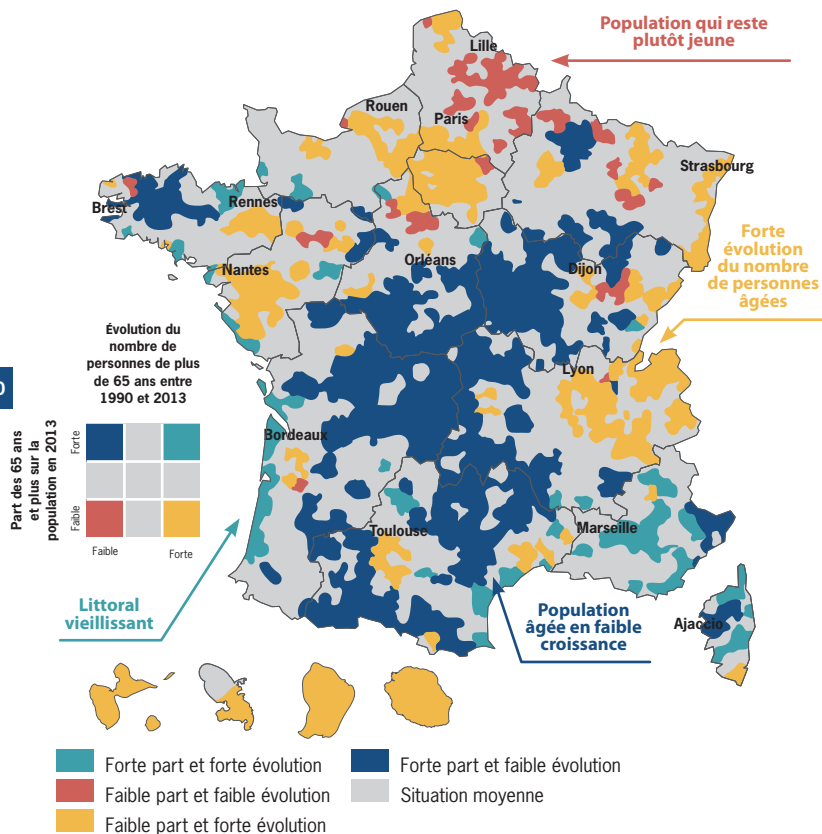
37 Colombo F, Llana-Nozal A, Mercier J, Tjadens F., « Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term care », 2011 ; Sicsic J, Ravesteijn B, Rapp T. « Are frail elderly people in Europe high-need subjects? », 2020.

38 Fiche d'analyse de l'Observatoire des territoires, « Le vieillissement de la population et ses enjeux », 2017.

39 Ibidem.

Géographie du vieillissement en France

Typologie des EPCI en fonction de la part des plus de 65 ans sur la population totale en 2013 et de l'évolution de leur nombre entre 1990 et 2013



NB : cette géographie du vieillissement doit être mise en regard des inégalités territoriales dans la mise en place actuelle des politiques de l'autonomie.

Source : Observatoire des territoires, 2017.

Les études statistiques font apparaître des écarts territoriaux importants dans les équipements en établissements et services médico-sociaux ou dans la part des bénéficiaires de prestations comme l'**allocation personnalisée d'autonomie (APA)**.

Ainsi, comme le décrit le rapport Vachey⁴⁰ en 2020 :

- le taux de bénéficiaires de l'APA à domicile en 2014 parmi les plus de 60 ans varie de 2,6 % à 9,4 % selon les départements, et le montant moyen des plans d'aide de 340 € à 430 € du 1^{er} décile de départements au 9^e décile⁴¹ ;
- le nombre de places en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) par habitant de plus de 75 ans varie de 52 pour 1 000 à 212 selon les départements.

Les raisons expliquant ces différences ne sont pas clairement objectives : une étude de la DREES sur les disparités d'APA à domicile entre départements⁴² a montré que la prévalence de la perte d'autonomie permettrait d'expliquer 38 % des écarts. En y ajoutant des facteurs socio-économiques, l'explicitation des écarts pourrait passer de 38 % à 53 %, et même à 57 % lorsqu'on prend en compte les différences d'offres d'équipements et de services. **Près de la moitié des disparités dans l'attribution de l'APA sur le territoire restent donc très largement inexpliquées et participent de différences d'appréciations et de pratiques entre les acteurs locaux.**

Cette situation d'inégalité de l'accès aux politiques de l'autonomie questionne **le degré de décentralisation des politiques d'autonomie** alors que des exemples à l'étranger peuvent inspirer des modèles différents pour la France.

40 Laurent Vachey, « La branche autonomie : périmètre, gouvernance et financement », septembre 2020.

41 DREES, « L'aide et l'action sociale », 2017.

42 DREES, « Les disparités d'APA à domicile entre départements », juillet 2019.

Des modèles étrangers de gestion décentralisée des politiques d'autonomie

En France, comme dans la plupart des pays de l'OCDE, on observe de fortes disparités régionales pour la générosité des aides pour les personnes en perte d'autonomie. Il semble donc très important de mettre en place une organisation du financement de l'aide publique qui permette de réduire au maximum ces disparités. **Le système français qui repose sur le principe d'une séparation du financement du social** (CNSA et conseils départementaux) et du sanitaire (Agences régionales de santé) fonctionne mal, comme le précise le rapport Vachey.

De ce point de vue, l'organisation du système de soins de longue durée mise en place dans les **pays nordiques** (Suède, Norvège, Danemark, Finlande) et aux **Pays-Bas** mérite d'être regardée. En effet, ces pays ont mis l'accent sur **une décentralisation de la gestion et de l'offre de soins de longue-durée**, qui s'appuie sur les municipalités pour l'organisation des soins à domicile. L'un des pays qui a le plus poussé la décentralisation est la **Norvège, où les municipalités sont directement responsables de l'organisation, du financement et de la mise en œuvre des soins de longue durée**. Les performances des municipalités sont directement évaluées par une entité gouvernementale, « *Statistics Norway* ». Ces systèmes présentent plusieurs avantages. La décentralisation de la gestion des budgets permet de centrer l'aide sur les besoins des résidents, car les municipalités sont plus à même d'observer et de gérer les besoins de leurs administrés. Ensuite, ce système rend possible **l'évaluation des performances de chaque niveau**, et éventuellement permet de sanctionner les mauvaises pratiques par des retraits d'accréditation ou des baisses de budget.

.../...

L'autre modèle souvent pris comme exemple par l'OCDE est celui des **Pays-Bas**, où trois niveaux d'administration de l'assurance dépendance publique ont été introduits⁴³. En premier lieu, les soins en établissement reçoivent un financement public issu des cotisations obligatoires et sont administrés par des compagnies d'assurance privées au niveau régional. En second lieu, les soins médicaux au domicile sont financés directement par les cotisations obligatoires des hollandais et indirectement par des cotisations patronales redistribuées par la Banque nationale des Pays-Bas et administrés par 10 compagnies d'assurance privées (région). En troisième lieu, les aides ménagères au domicile bénéficient d'un financement public et sont administrées directement par les municipalités (local). Les régions ont pour mission de surveiller la qualité de l'offre de soins dispensée par les municipalités. Chaque année, elles réalisent **un audit des besoins et de l'offre de soins, et dispensent des accréditations aux entreprises qui proposent les soins, selon l'adéquation de leur offre aux besoins des clients, aux besoins des personnels, et sur les mesures mises en œuvre pour garantir la qualité des services**. Les entreprises qui ne reçoivent pas leur accréditation peuvent proposer leurs services mais ne peuvent pas être financées par l'assurance publique. La qualité des soins et leur adéquation aux besoins des personnes sont publiées sur le site internet du Zorgkantoren, ce qui permet une standardisation par **l'évaluation de la qualité**.

Ces deux modèles reposent sur l'idée que les municipalités organisent plus efficacement la prise en charge des soins à domicile que des organismes régionaux. Par ailleurs, ils reposent sur l'idée qu'**un financement centralisé permet de réduire les inégalités régionales**

.../...

⁴³ Maarse JAMH, Jeurissen PPP., « *The policy and politics of the 2015 long-term care reform in the Netherlands* », Health Policy, 2016.

par des mécanismes de compensation budgétaires entre les régions, à la fois pour les aspects sanitaires et sociaux. On observe néanmoins qu'ils conservent des limites, notamment à cause de la difficile intégration des soins sanitaires et sociaux.

Source : Thomas Rapp pour l'Institut Montaigne, « Comparaisons internationales sur la prévention de la perte d'autonomie », 2020.

2.3. Ils constituent un vivier immense pour l'activité associative et bénévole

Le rôle des seniors dans notre société – contributions économiques, activités professionnelles, bénévoles, sociales ou familiales – s'avère **rarement mis en lumière dans le débat public**, malgré son importance et son caractère multidimensionnel.

- **Premièrement, les plus âgés constituent les forces vives de la vie publique**

Les seniors sont très impliqués dans la vie politique : ils sont particulièrement représentés parmi les élus locaux, puisque près de 63 % des maires et 40 % des conseillers départementaux ont plus de 60 ans⁴⁴.

Les seniors sont aussi très engagés dans la vie associative. D'une part, la propension à faire des dons matériels ou financiers à une association augmente avec l'âge⁴⁵. D'autre part et surtout, ces populations constituent un vivier immense pour les associations, puisque 63 % des présidents d'associations

d'associations ont plus de 56 ans et que, selon France Bénévolat⁴⁶, 50 % des responsables associatifs sont des retraités. Le taux global d'adhésion des seniors à une association reste à un niveau élevé (43 % en 2013) et en particulier le taux d'adhésion à une association culturelle ou sportive des 65 ans ou plus a presque doublé en 20 ans⁴⁷.

Les statistiques et enquêtes révèlent cependant une stagnation voire un tassement du bénévolat des seniors, qui pourrait s'expliquer par une forme de « concurrence » nouvelle dans l'allocation du temps entre solidarité dans les associations et solidarité intrafamiliale, mais aussi par une entrée plus tardive en retraite qui signifie moins qu'avant l'arrêt complet de toute activité⁴⁸.

L'exemple de la fondation d'Auteuil, 52 % de bénévoles de plus de 65 ans

Les Apprentis d'Auteuil, fondation créée en 1866, œuvre dans le domaine de l'accueil, de la formation et de l'insertion des jeunes en difficultés.

La fondation joue un rôle considérable sur le territoire français, avec deux cents établissements gérés qui accueillent environ 30 000 jeunes. Elle rassemble 4 000 bénévoles par an, dont environ 1 200 bénévoles réguliers, qui effectuent des interventions hebdomadaires. Il n'y a pas de limite d'âge pour adhérer à l'association, à part un simple certificat médical ne contraindant pas la pratique bénévole.

Une enquête menée par la fondation auprès des bénévoles réguliers donne une indication frappante sur l'âge de ceux-ci : **si les 18-34 ans** .../...

46 France Bénévolat, « La place des seniors dans le bénévolat », 2014.

47 Insee n° 1 580, « Trente ans de vie associative », 2016.

48 France Bénévolat, « L'évolution de l'engagement bénévole associatif en France, de 2010 à 2016 », 2016.

44 Ministère de l'Intérieur, « Les Élus locaux », 2017.

45 Insee, L. Prouteau et F. Wolff, « Adhésions et dons aux associations », 2013.

représentent 5 % des bénévoles répondants, les plus de 65 ans en représentent 52 %, soit plus de la moitié des bénévoles réguliers.

L'âge moyen des bénévoles varie selon les activités effectuées parmi les cinq grandes dimensions de la fondation d'Auteuil :

1/ L'action éducative auprès du public bénéficiaire (jeunes et famille en difficulté ; beaucoup de mineurs non accompagnés) : il s'agit là de soutien scolaire, d'apprentissage de la langue, d'insertion dans la société, d'animation d'ateliers sportifs, artistiques et culturels. Ces activités réunissent une majorité de seniors car elles nécessitent des interventions régulières et suivies.

2/ L'insertion professionnelle : relecture de CV, simulations d'entretiens d'embauche, recherches de stage, etc. Ce type d'activité attire davantage les personnes en fin de carrière, ayant du temps et faisant profiter de leur réseau et leur expérience (« jeunes seniors ») ou bien des jeunes retraités (autour de 65 ans) encore en lien avec le monde professionnel.

3/ Le travail de notoriété et de collecte : il engage des actions moins régulières (accueil de don, boutiques solidaires, vide greniers, club d'ambassadeurs), en lien notamment avec le Rotary Club.

4/ L'expertise métier, en appui des fonctions support de la fondation comme la communication, mécénat de compétence, direction de l'audit. En la matière, la fondation dispose de mécénat de compétence, ou bien sous la forme d'un volontariat très ponctuel (une mission précise) ou bien par la mise à disposition plus longue d'un employé par son entreprise.

.../...

5/ L'accompagnement à la parentalité, qui prend la forme de missions d'écoute et d'accueil, de moments de convivialité, d'échanges autour des problématiques familiales et sociales – qui réunit plutôt des familles jeunes que des seniors.

Source : Fondation d'Auteuil, 2020.

• Deuxièmement, les plus âgés apportent une contribution sociale majeure à leurs descendants

En matière de garde d'enfants : selon la DREES, si la prise en charge des jeunes enfants par les grands-parents s'avère essentiellement un complément aux modes d'accueil existants, les aînés constituent un mode de garde régulier ou occasionnel pour deux tiers des jeunes enfants (et, marginalement, 2 % des jeunes enfants sont exclusivement pris en charge par leurs grands-parents)⁴⁹.

En matière de transferts intrafamiliaux : sur les 20 milliards d'euros de transferts monétaires entre ménages en France, les ménages de 60 ans ou plus aidaient à hauteur de 3 milliards d'euros leurs descendants de 40 à 59 ans et à la même hauteur leurs descendants de moins de 40 ans⁵⁰.

En matière de donations (transmission d'héritage) : 76 % des Français ayant transmis leur patrimoine sous forme de donations sont des personnes de plus de 65 ans (la moitié de tous les donateurs a plus de 75 ans)⁵¹.

49 DREES, n° 1 070, « Les grands-parents : un mode de garde régulier ou occasionnel pour deux tiers des jeunes enfants », juin 2018.

50 Insee, n° 1 707, « La solidarité financière entre ménages », 2018.

51 Insee Références, « Éclairage – niveau de vie et patrimoine des seniors, données 2015. », 2018.

• **Troisièmement, les seniors apportent une contribution importante au dynamisme économique**

Cela passe d'abord par la **consommation : les plus de 50 ans représentaient ainsi en 2015 environ 52 % des dépenses de consommation en France** ; cette proportion étant amenée à augmenter sensiblement avec le vieillissement de la population. Même si, à revenu égal, la propension à consommer commence à décliner à partir de 65 ans, cet écart s'est réduit entre 2011 et 2017⁵². Il est de toute façon compensé par le fait que les ménages les plus âgés soient relativement plus aisés.

Cela passe ensuite par **l'opportunité que constitue le vieillissement de la population pour la croissance française**. D'une part, promouvoir la santé des personnes âgées⁵³ est un enjeu économique puisque selon les économistes⁵⁴ « l'amélioration de l'espérance de vie sans incapacité augmenterait le potentiel de croissance à long terme d'un pays »⁵⁵.

D'autre part, **le développement d'entreprises autour de la « Silver économie »** dès aujourd'hui donnerait un avantage comparatif notable à la France pour les décennies à venir et augmenterait le potentiel de croissance à long terme. Ce potentiel économique a été identifié de longue date, par exemple dans le rapport rendu par Anne Lauvergeon en octobre 2013⁵⁶, puis dans les contrats de filière. Cependant, le gisement d'emplois et de croissance de ce secteur n'a pas encore été pleinement exploité, même si on constate des signes positifs de développements de la filière.

52 Insee, N. Herpin, C. Michel, « Avec le passage à la retraite, le ménage restructure ses dépenses de consommation », 2012.

53 Barthélémy, Imbert & Le Pin Corre, « Promouvoir la santé des personnes âgées », 2009.

54 Le Monde, « Des méthodes dites d'instrumentation prouvent qu'il y a une relation de causalité entre baisse de la mortalité et augmentation de la croissance », 20 mai 2009.

55 Catherine Déchamp-Le Roux, « La prévention des risques liés au vieillissement : un nouveau pacte social? », Gérontologie et société, 2012.

56 A. Lauvergeon, « Un principe et sept ambitions pour l'innovation », 2013.

La Silver économie, une opportunité majeure pour l'économie française ?

Le vieillissement de la population constitue une opportunité économique car il ouvre de nouvelles perspectives de développement aux entreprises : le marché de la Silver économie, qui doit répondre à la demande de biens et services particulièrement nécessaires aux seniors, en est la caractéristique centrale.

La **Silver économie repose sur un marché à fort potentiel estimé à 0,25 point de PIB par an**, pour un poids global aujourd'hui de 93 milliards d'euros et qui atteindrait rapidement 130 milliards d'euros à terme⁵⁷.

Offre à construire pour faire face à la demande présente et à venir pour toutes les personnes âgées, la **Silver économie** peut surtout être **un levier de croissance** grâce aux segments qu'elle sollicite et aux technologies clefs qui la sous-tendent⁵⁸ :

- **Les services bancaires et assurantiels** y ont une opportunité pour faire évoluer leurs produits, s'adapter au défi du financement de la dépendance mais aussi capter l'épargne considérable que représente celle des plus de 65 ans ;
- **Le tourisme** capable de proposer une « offre seniors » qui constitue en fait une qualité supérieure (en termes de confort et de sécurité notamment) ;
- **Les services à la personne**, qui constituent un défi en termes de recrutement, de compétences mais aussi de modernisation de la filière (partage d'informations, numérisation de certains procédés, etc.) ;
- **La domotique et l'internet des objets**, déjà en plein essor, qui joue un rôle clef dans la prévention de la dépendance et dans le soutien à domicile en particulier.

.../...

Enfin, l'absence d'une véritable filière économique française des aides techniques (tout instrument, outil, système permettant de compenser les difficultés de mobilité ou d'activité) demeure problématique, comme l'a souligné le rapport rendu par Philippe Denormandie et Cécile Chevalier en octobre 2020⁵⁹, la politique actuelle étant excessivement centrée sur le financement de l'accès à la propriété de matériels et logiciels dans une visée palliative, sans prise en compte de l'évolution des besoins et avec une dimension d'accompagnement trop faible.

Lancée en 2013 sous la coordination du ministère de l'économie, la filière **Silver économie** a vu sa feuille de route actualisée en 2016. Malgré une structuration au sein d'un comité stratégique de filière et le développement de ces activités, l'absence d'objectifs et d'indicateurs précis ne permet pas d'évaluer les avancées effectuées.

Enfin, la nécessité de disposer d'une politique sectorielle spécifique peut poser question, tant les enjeux de la Silver économie rejoignent ceux de la plupart des marchés et concernent tous les types de population (infrastructures numériques, qualité de service, innovation, etc.).

57 BPI France, d'après « La Silver Économie, une opportunité de croissance pour la France », France Stratégie, 2013.

58 Aghion, 2009. Cf. notamment l'étude de France Stratégie, 2013.

59 Philippe Denormandie et Cécile Chevalier, « Des aides techniques pour l'autonomie des personnes en situation de handicap ou âgées : Une réforme structurelle indispensable », octobre 2020.

Quelques start-up françaises de la Silver économie

• Domalys (2013)

Domalys est un **fabricant français d'équipements pour personnes dépendantes**. Il a pour mission de faciliter le quotidien des personnes fragiles et des aidants qui les accompagnent. Présent en Europe, aux États-Unis et au Japon, il compte plus de 1 500 EHPAD clients.

La lampe Aladin, commercialisée par Domalys, a permis une réduction de 76 % des chutes. La réduction des chutes contribue largement au bien-veillir ; chaque année 9 000 personnes meurent d'une chute (trois fois plus que les décédés de la route).

• Life Plus (2015)

Life Plus propose des **solutions de prévention de la fragilisation pour « les jeunes de plus de 65 ans »**. Ces solutions s'adressent aux établissements seniors (résidences de services et EHPAD) et au domicile en B2B2C. Les fonctionnalités de leurs produits sont autour de trois thématiques : prévention, assistance et télésuivi médical.

Life Plus a travaillé dès le démarrage du projet avec des seniors, médecins, infirmières, aidants professionnels et familiaux, dans l'objectif de concevoir une solution adaptée et avec un usage fort. Dès les premiers développements produits, ils ont inclus une équipe de 30 seniors qui ont accompagnés l'entreprise pendant plus de 2 ans. Ils ont challengé les prototypes, leur offre, ils ont testé les solutions, participé à des ateliers de créativité. C'est cela qui permet aujourd'hui d'avoir des **taux d'usage supérieur à 90 %**, selon l'entreprise. De plus, l'équipe va régulièrement à la rencontre des seniors (en résidence, EHPAD, ou à domicile) pour les écouter et adapter leur proposition de valeur.

.../...

Pour développer ses solutions, Life Plus s'est appuyé sur des travaux de référence sur la fragilité ainsi que sur l'expertise de son comité scientifique composé de médecins.

- **Libheros (2017)**

Libheros constitue la première plateforme pour **l'organisation des soins à domicile qui combine accompagnement physique et digital**, grâce à une plateforme en ligne, un réseau d'infirmiers diplômés et de partenaires de santé à domicile, ainsi que des coordinateurs de soins en interne. Libheros rassemble à ce jour plus de 16 000 infirmiers libéraux.

Ce type de solution, qui permet **une optimisation de la prise en charge sans renoncer au contact régulier avec les usagers**, peut servir d'appui à l'ensemble du parcours patient : les outils digitaux pourraient être en mesure de faire remonter, de manière sécurisée et dans le respect des données personnelles, des informations susceptibles d'améliorer le suivi de la personne.

Quelques réseaux nationaux visant à fédérer la filière Silver

- **France Silver Éco**⁶⁰ est une association qui a vocation à fédérer les acteurs qui souhaitent proposer ensemble des solutions et produits permettant de répondre aux besoins des seniors, qu'ils soient actifs et indépendants, fragiles ou en perte d'autonomie. Collectivités territoriales, industriels, financeurs, clusters, fédérations représentatives, .../...

autant de membres d'un même écosystème qui doivent réussir à partager des objectifs communs pour faire avancer la société de la longévité. France Silver Eco prône une vision active de la séniorité où habitat adapté, mobilité, inclusion sociale, santé préventive sont des axes essentiels au bien vieillir. France Silver Eco anime la Filière Silver Économie depuis octobre 2018.

- **Silver Valley**⁶¹ est un cluster qui fédère les acteurs de la Silver économie, et qui accompagne les entreprises innovantes dans leur développement. Silver Valley est à la fois expert dans le domaine de la population de seniors (sociologie, marketing, prospective...) et dans le domaine de l'innovation et l'accompagnement de startups (méthodes, ingénierie, public des entrepreneurs...). Silver Valley est aujourd'hui un écosystème qui fédère 300 acteurs de la Silver économie. Silver Valley a pour objectif d'accélérer le développement et la mise sur le marché de solutions innovantes pour favoriser le mieux-vieillir et générer croissance et emploi.

Cette contribution économique des seniors se traduit aussi par le fait qu'ils sont également eux-mêmes des **créateurs d'entreprises**, puisque c'est souvent à cet âge que l'on peut prendre des risques ou investir soi-même dans des projets nouveaux : **17% des créations d'entreprises individuelles en France sont le fait d'entrepreneurs de plus de 50 ans**⁶².

2.4. Ils jouent un rôle majeur en tant qu'aidants de leurs propres parents

Face au vieillissement croissant de notre société, les seniors jouent un rôle primordial en tant que proches aidants de leurs parents. Selon la DREES,

61 Voir le site de Silver Valley : <https://silvervalley.fr/qui-sommes-nous/silver-valley/>

62 Insee, « Les créations d'entreprises en 2019 », 2020.

60 Voir le site de France Silver Eco : <https://www.france-silvereco.fr/>

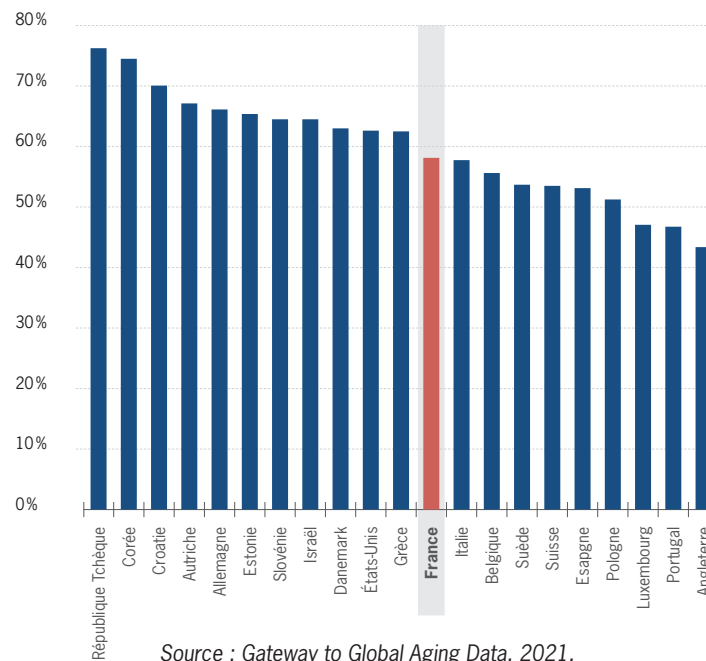
3,9 millions de proches aidants déclarés par une personne âgée vivant à domicile lui apportent une aide régulière et la moitié des proches aidants sont les enfants du senior, un quart sont les conjoints⁶³.

Depuis 20 ans, le système français, comme celui de nombreux pays, s'est principalement appuyé sur les proches aidants (aussi appelés aidants « familiaux » ou « informels », car ils sont souvent non rémunérés). Le recours à l'aide informelle est en France comparable à celui observé dans les autres pays de l'OCDE. En moyenne, 58 % des personnes âgées déclarent recevoir de l'aide apportée par des proches (60 % en moyenne dans l'OCDE). **Avec l'allongement de l'espérance de vie, les aidants familiaux sont de plus en plus âgés** ; en 2012, l'âge moyen des aidants familiaux s'élevait à 59 ans⁶⁴.

On observe néanmoins des différences plus marquées de recours à l'aide informelle entre les pays du nord et du sud de l'Europe lorsque la dépendance est plus forte. Ainsi, des travaux empiriques sur des données européennes montrent que le volume d'aides reçu par des malades d'Alzheimer en France (près de 3 heures par jour) est comparable à celui de l'Allemagne, des Pays-Bas et de la Suisse, mais il est moitié inférieur à celui observé dans les pays du sud (Espagne, Grèce ou Italie)⁶⁵.

Part des personnes âgées qui déclarent recevoir de l'aide informelle de leurs proche

(2014 ou plus récent)



Les proches aidants assurent souvent l'essentiel des soins non-médicaux. Ils participent notamment aux soins personnels, à l'assistance aux déplacements et aux aides pour les tâches administratives et ménagères. Dans un double contexte d'une offre de soins de longue durée encore très fragmentée et d'un système d'aide sociale ciblant surtout les plus dépendants, les proches aidants ont longtemps représenté un moyen efficace et « bon marché » pour les décideurs publics. Ils sont également les garants du maintien du lien social des personnes âgées.

63 DREES, « Les proches aidants des seniors et leur ressenti sur l'aide apportée – Résultats des enquêtes « CARE » auprès des aidants (2015-2016) », 2019.

64 DREES, n° 799, « Aider un proche à domicile : la charge ressentie », 2012.

65 Sirven N, Dumontet M, Rapp T., « The dynamics of frailty and change in socio-economic conditions: evidence for the 65+ in Europe » European Journal of Public Health, 2020.

Cette situation fait peser une charge considérable et souvent sous-évaluée sur ces aidants, généralement encore en emploi ou en transition vers la retraite. En 2011, l'OCDE indiquait ainsi **que les aidants familiaux étaient 30% de plus à présenter des problèmes de santé mentale en France par rapport à des personnes n'étant pas aidants familiaux**⁶⁶.

Avec la création récente **d'un droit au répit et d'un congé proche aidant**, la France a rejoint la grande majorité des pays de l'OCDE qui proposent des solutions de soutien aux proches aidants. Mais elle est encore loin de l'**Allemagne**, qui est l'un des pays qui propose les solutions les plus généreuses pour soutenir les aidants, avec par exemple la création d'un droit à un minimum de nuits en établissement par an. Elle pourrait également s'inspirer de mesures recommandées par l'OCDE, comme par exemple le déploiement de séminaires de formations destinées aux aidants, ainsi que la mise en place de certificats de reconnaissance du temps passé à aider, les « **certificats d'aidants** »⁶⁷.

66

Le faible degré d'intégration des soins formels et informels est un problème majeur en France, comme dans la plupart des pays⁶⁸. En effet, moins de la moitié (45 %) des pays de l'OCDE ont mis en place des outils d'intégration des soins fournis par les aidants formels et informels. Les **nouvelles technologies** apportent donc des solutions intéressantes pour améliorer l'intégration et la coordination des soins.

Plusieurs pays misent actuellement sur le déploiement d'innovations permettant un meilleur partage des données entre les personnes âgées, leurs proches aidants, les professionnels qui interviennent à domicile, les établissements et les hôpitaux.

66 OCDE, « Besoin d'aide? », *La prestation de services et le financement de la dépendance*, 2011.

67 Travaux de Thomas Rapp pour l'Institut Montaigne (2020)

68 OECD, « Who Cares? Attracting and Retaining Care Workers for the Elderly », OECD Publishing, 2020.

Les exemples internationaux en matière d'usage du numérique à destination des seniors

Parmi les pays en avance sur ce point, l'**Australie** finance le développement d'outils numériques permettant la coordination des calendriers des proches aidants avec les professionnels. Les proches aidants sont complètement intégrés à l'équipe de professionnels qui met en place le plan d'aide. Le recours à ces outils permet de créer des synergies souvent bénéfiques aux personnes âgées fragiles, qui ont souvent plusieurs comorbidités et nécessitent l'intervention de plusieurs professionnels. Ces derniers sont également incités à collaborer activement avec les proches aidants, en leur apportant des connaissances techniques pour la prise en charge des personnes âgées, et en les orientant vers les meilleurs services selon leurs besoins. Il semble ainsi très pertinent de développer une véritable culture collaborative pour les soins du grand âge.

Cette approche est également dominante dans les **pays nordiques**. Par exemple, le **Danemark** a développé une très forte culture de collaboration entre responsables politiques, industriels et professionnels de santé, et ce malgré le fait que le système de santé danois soit majoritairement public. Autre exemple, les **Pays-Bas** ont mis en place des dispositions légales facilitant la collecte et le recours à des registres de données électroniques pour enregistrer non-seulement les informations relatives aux consommations de médicaments, mais également celles relatives à la mise en place du plan d'aide. Il est attendu que le recours à des moyens de collecte électroniques et le partage des informations relatives à la prise en charge de la personne permettent de fluidifier les parcours de soins et de diminuer le temps dédié aux charges administratives pour les professionnels.

67

Source : Thomas Rapp pour l'Institut Montaigne, « Comparaisons internationales sur la prévention de la perte d'autonomie », 2020.

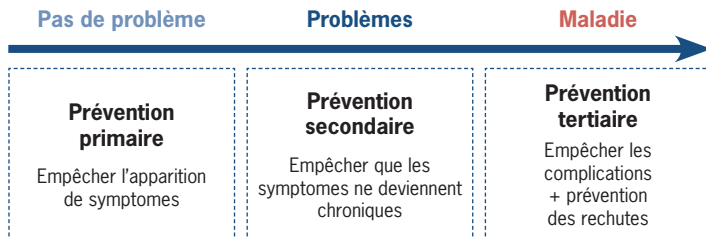
3. La prévention de la perte d'autonomie : un défi de concrétisation sur le terrain

3.1. Le « bien-vieillir » doit devenir une réalité

L'idée de prévention appliquée au vieillissement n'est pas nouvelle : le rapport Laroque en 1962 prévoyait déjà « une stratégie globale préventive qui est substituée à une action sociale qui s'exerçait à la marge des politiques de retraite en opérant des prises en charge individuelles, partielles et curatives »⁶⁹. Ce rapport a initié une véritable politique globale de la vieillesse.

La définition de la **prévention sanitaire** est difficile à établir et a fait l'objet d'efforts de conceptualisation académique⁷⁰ : elle renvoie, selon une classification de l'OMS (1948) aux **efforts de réduction de la probabilité l'apparition ou d'aggravation en lien avec une maladie**, soit par une forme de protection de l'individu lui-même face à l'apparition de la maladie (**prévention primaire**), soit par la limitation de l'extension du sinistre en cas de survenue de la maladie (**prévention secondaire**) soit par la limitation des complications en cas de maladie (**prévention tertiaire**).

Les différentes préventions



Source : Organisation mondiale de la Santé, 2015.

Elles se fondent sur l'idée que **les effets positifs des actions de prévention et de promotion de la santé dépendent notamment de la précocité de leur intervention**. Appliqué aux maladies du vieillissement, les pouvoirs publics ont développé le concept de « **bien-vieillir** » et ont décliné cela dans des projets dans le monde comme en France.

Le concept de « bien-vieillir » (*Successful Ageing*) a été développé à la fin des années 1990 (Rowe & Kahn, 1997) et intègre trois aspects indispensables à un vieillissement sans incapacité : **une bonne santé associée à des capacités intellectuelles préservées et une intégration sociale**. Ce concept a été repris par l'OMS comme le « *processus de développement et de maintien des capacités fonctionnelles qui permet aux personnes âgées d'accéder au bien-être* »⁷¹.

Dans la lignée de ces travaux de conceptualisation, le projet « Vieillir en bonne santé » s'est déployé dans les années 2000, impliquant dix pays européens, l'OMS et la Plateforme européenne pour les personnes âgées, *AGE Platform Europe*. Le programme « *Healthy and dignified ageing* », sous la présidence suédoise de l'Union européenne, a eu pour objectif l'amélioration de la qualité des soins aux plus âgés. En France, différents programmes ont vu le jour tels que le plan « Bien Vieillir 2007-2009 » sous la responsabilité de Jean-Pierre Aquino.

Le plan national « Bien Vieillir 2007-2009 »

Le Plan national Bien Vieillir 2007-2009 (PNBV) fait suite au Programme national Bien vieillir initié en 2003 et renforcé en 2005. Il s'inscrit dans le projet multinational de trois ans « *Healthy Ageing* » lancé par le programme de santé publique de l'Union européenne en 2004.

.../...

69 Anne-Marie Guillemard, « *La production des politiques de la vieillesse* », 1983.
70 Ehrlich & Becker, 1972 ; Dervaux & Eeckhoudt, 2004.

71 OMS, « *Rapport mondial sur le vieillissement et la santé* », 2015.

Le PNBV avait pour objectif de proposer des mesures permettant d'assurer un « vieillissement réussi ». Ses principaux axes concernaient **la prévention des complications des maladies chroniques, la promotion de comportements favorables à la santé, l'amélioration de l'environnement individuel et collectif, le renforcement du rôle social des seniors par leur participation à la vie sociale, culturelle, artistique, et la consolidation des liens entre générations.**

Une évaluation du plan a été réalisée par le Haut Conseil de la santé publique qui préconisait son renouvellement, en améliorant la gouvernance, en y incluant la problématique des inégalités de santé et en différenciant les actions à visée collective et celles à visée individuelle.

Grille AGGIR (Autonomie Gérontologique et Groupe Iso Ressources) : comment évaluer la perte d'autonomie ?

Groupe GIR	Niveau de dépendance
GIR 1	Perte d'autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale.
GIR 2	Fonctions mentales partiellement altérées mais capacités motrices conservées.
GIR 3	Autonomie mentale mais besoin d'aide pour les soins corporels.
GIR 4	Autonomie mentale et capacité à se déplacer au sein du domicile, mais des difficultés sur certaines tâches quotidiennes.
GIR 5	Autonomie mentale totale et aucun problème pour ses déplacements dans son logement.
GIR 6	Aucun problème dans la réalisation des actes de la vie courante.

Source : L'évaluation du Plan national Bien vieillir 2007-2009, HCSP, 2011.

3.2. La perte d'autonomie n'est pas une fatalité

L'étude des grandes cohortes européennes permet de représenter le processus de perte d'autonomie à travers les transitions vers différents états : robustesse, fragilité (qui correspond en France à un GIR 5 ou 6⁷²) et enfin dépendance (GIR inférieur à 4).

Des travaux récents, notamment ceux de l'épidémiologiste américaine Linda Fried dès le début des années 2000⁷³, révèlent que **l'entrée en dépendance n'est pas une fatalité et que des personnes dépendantes peuvent redevenir seulement fragiles voire même robustes.**

Selon les prévisions de la Commission européenne, les politiques de « bien vieillir » pourraient permettre de maintenir les dépenses de soins de longue durée en-dessous de 3% du PIB, alors que dans les scénarios les moins favorables⁷⁴, les prévisions montrent que ces dépenses pourraient atteindre 3,8% du PIB d'ici à 2050.

73 Fried LP, Tangen CM, Walston J, et al., « Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. », 2001.

74 European Commission, « The 2018 Ageing Report: economic and budgetary projections for the EU Member States (2016-2070) », 2018.; Maisonneuve CD La, Martins JO, « Public spending on health and long-term care: a new set of projections. » OECD Economic Policy Paper, 2013.

72 Groupes iso-ressources de la Grille AGGIR, la perte d'autonomie est graduée de 6 à 1.

La Commission européenne préconise la mise en place **d'une politique ambitieuse de prévention de la perte d'autonomie, qui doit devenir une priorité**. Du reste, cet objectif de politique de santé est encouragé par l'ensemble des organisations internationales (OMS, Banque Mondiale, OCDE, Commission européenne) et les sociétés savantes (IAGG, SFGG etc.).

En France, le tournant dans la politique du vieillissement est celui de la création de **la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) en 2004** : la CNSA a depuis lors soutenu de nombreux projets de prévention de la dépendance. Son regard s'est élargi en faveur d'une approche de plus en plus globale de la personne, en intégrant la dimension sociale mais aussi des conditions de vie (habitat, environnement, etc.).

Des réponses récentes concrètes ont déjà été proposées, notamment par le **plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie de 2015** : repérage des fragilités, formation des professionnels, aménagement de l'habitat et développement des aides techniques pour faciliter l'autonomie des personnes, actions collectives, etc. Pour les personnes les moins fragiles (GIR 5 et 6), un travail de détection et d'accompagnement de la fragilité est mis en œuvre par la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) dans les Caisses d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail (Carsat), et place la France parmi les pays les plus proactifs dans le domaine. Des méthodologies comme la grille FRAGIRE mise en place par l'action sociale de la CNAV sont éprouvées pour détecter la fragilité⁷⁵.

Plus récemment, la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées s'est construite autour de la démarche ICOPE (*Integrated Care for Older People*). Le Gérotopôle du CHU de Toulouse a développé dans le cadre d'une expérimentation (article 51⁷⁶), une application « ICOPE Monitor »

75 CNSA, « *Évaluation et prévention de la perte d'autonomie : vers des pratiques coordonnées ?* », 2019.

76 La loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 a introduit, en son article 51, un dispositif permettant d'expérimenter de nouvelles organisations en santé reposant sur des modes de financement inédits.

qui permet de mesurer les capacités des personnes âgées et de repérer les fragilités de façon précoce.

La démarche ICOPE et la plateforme INSPIRE⁷⁷

En 2018, l'Organisation Mondiale de la Santé a publié **un guide ICOPE (*Integrated Care for Older People*) visant à déterminer un référentiel pour les soins intégrés à la personne âgée**. La démarche ICOPE vise à maintenir les cinq fonctions essentielles pour les personnes : la locomotion, la cognition, le sensoriel (audition, vision), le psycho-social et la vitalité (réserves, nutrition).

La démarche se fonde par ailleurs sur cinq étapes :

- le dépistage à la recherche de déclin de la capacité intrinsèque ;
- une évaluation spécialisée, centrée sur la personne en soins de premiers recours ;
- la création d'un plan personnalisé de soins centré sur la personne et une prise en charge multidisciplinaire ;
- la mise en place d'un parcours de soins avec un suivi régulier (monitoring) en lien avec un gériatre ;
- l'intégration des aidants et de la communauté.

Le Gérotopôle du CHU de Toulouse est un centre collaborateur de l'OMS pour la fragilité, la recherche clinique et la formation en gériatrie. Il a développé le projet **INSPIRE**, plateforme de recherche innovante sur les géosciences et le vieillissement en santé qui regroupe des données biologiques, cliniques, digitales et d'imagerie, et vise à promouvoir le vieillissement en bonne santé, soutenu par la région Occitanie et le FEDER (57 millions d'euros sur dix ans).

.../...

77 Cf. par exemple l'article de C. Takeda et al, « *L'année gérontologique* », 2019.

Porté par le Pr. Bruno Vellas en collaboration avec le Pr. Louis Casteilla, le projet scientifique propose **un nouveau modèle de vieillissement fondé sur des approches de recherche et de soins innovantes**, autour de trois principaux axes :

- identifier des marqueurs biologiques du vieillissement ;
- mesurer et suivre de façon régulière les capacités fonctionnelles à l'aide d'outils digitaux développés avec l'OMS dans le cadre du projet ICOPE ;
- identifier les pistes thérapeutiques pour prévenir les pathologies liées au vieillissement.

3.3. La mise en œuvre de la prévention de la perte d'autonomie sur le terrain

La prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées souffre de deux grandes difficultés : celle de l'ambition financière d'une part, et celle de la stratégie et de la gouvernance d'autre part.

La prévention est de manière générale le parent pauvre des dépenses courantes de santé (DCS) et c'est d'autant plus le cas s'agissant de la politique de prévention de la perte d'autonomie.

Les dépenses préventives ne sont pas aujourd'hui perçues comme un investissement visant à réduire les dépenses curatives de longue durée (maladies chroniques) ou l'institutionnalisation de la prise en charge (hospitalisation, prise en charge trop précoce en EHPAD). En effet, selon la DREES, la prévention sanitaire institutionnelle qui correspond aux actions de prévention organisées ou financées par des fonds ou des programmes nationaux ou départementaux (campagnes de promotion de la vaccination, financement des centres de dépistages, action d'éducation à la santé sexuelle, etc.) représente à ce jour **4,8 milliards d'euros de dépenses, soit 1,8 % de la dépense courante de santé (DCS).**

Dans le champ médico-social, les dépenses publiques de prévention de la fragilité des personnes âgées peuvent être évaluées, selon la direction de la sécurité sociale, à **1,3 milliards d'euros en 2019⁷⁸**, même si ce chiffre correspond à une fourchette basse car il ne tient pas compte de l'action sociale extralégale des collectivités territoriales, majoritairement mise en œuvre par les communes, ni des politiques menées par certaines caisses de retraite en dehors du régime général (AGIRC-ARRCO par exemple).

En comparaison, l'effort de la nation en faveur du soutien à l'autonomie s'élève à 73 milliards d'euros en 2019, dont 22 milliards d'euros sont consacrés aux personnes âgées en perte d'autonomie. **Les dépenses publiques de prévention sont donc de l'ordre de 5 % de la dépense globale en faveur de l'autonomie des personnes âgées.**

La politique de prévention de la perte d'autonomie souffre également d'un éparpillement entre de multiples acteurs, rendant difficile la construction d'une véritable stratégie globale et cohérente.

Le poids de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) comme animateur de la politique de prévention est très faible puisqu'elle ne couvre que 17 % de cette dépense, principalement par le versement de financement aux acteurs locaux⁷⁹. La CNSA verse aux départements deux concours spécifiques aux actions de prévention de la perte d'autonomie :

- **le « forfait autonomie »**, qui finance les actions réalisées par les résidences autonomie ;
- **le concours « autres actions de prévention »**, qui peut notamment être mobilisé pour le financement d'actions visant l'information, la formation et le soutien des proches aidants.

La politique de prévention est en réalité aujourd'hui principalement investie par les caisses de retraite et notamment la Caisse nationale d'Assurance vieillesse (CNAV), **344 millions d'euros en 2019**, dans le cadre de sa politique d'action

78/79 Annexe 10 du PLFSS pour 2021.

sociale, dont une partie est orientée vers la préservation de l'autonomie des retraités avec une perte d'autonomie limitée (GIR 5 et GIR 6).

L'impact de ces aides reste toutefois mineur : la cible effective des plans d'action menés par la CNAV est très réduite dans la population des retraités éligibles (200 000 bénéficiaires, soit 2 à 3 % des populations de plus de 75 ans dont les niveaux de pension sont faibles, en-dessous du seuil d'assujettissement à la CSG). En outre, d'autres actions sont menées sans réelle coordination, par les autres caisses de retraite et notamment par l'Agirc-Arrco.

Depuis 2019, la CNAV a créé le **pôle Vitalab** – Valoriser l'innovation pour vivre en autonomie – en partenariat avec la Banque des Territoires, France Active, la MSA et l'Agirc-Arrco.

Source : *Rapport Vachey, 2020.*

► La politique d'adaptation du domicile et de l'habitat est l'exemple même de cet éparpillement des acteurs et de l'inefficacité des aides

Sur le plan de l'adaptation du logement et de l'habitat, une politique est conduite par une multitude d'acteurs, sans cohérence dans les actions menées par les uns et les autres.

→ S'agissant des **aides aux particuliers pour l'adaptation de leur logement** : les aides « Habitat et cadre de vie » (42,5 millions d'euros) de la CNAV ont concerné 19 000 personnes en 2019, et l'aide d'un maximum de 3 500 euros peut se cumuler avec celles du programme « *Habiter Facile* » de l'ANAH, qui vise l'adaptation de 30 000 logements par an qui dispose d'un budget de 67 millions d'euros en 2020 et 2021, et de 80 millions d'euros en 2022. Récemment, le groupe Action Logement a souhaité prendre une orientation vers la politique d'adaptation au logement pour les personnes âgées, sans concertation avec les acteurs déjà présent sur ce marché : la convention quinquennale 2018-2022 conclue entre l'État et Action Logement prévoit un montant de 1,55 milliard d'euros, dont un milliard d'euros pour la transformation de salles de bains en douches, avec des chances très limitées de réalisation effective⁸⁰.

→ S'agissant du **développement de l'habitat inclusif** : la CNAV distribue l'ensemble de prêts et subventions pour le financement de résidences adaptées aux personnes âgées (résidence autonomie, solution d'habitat intermédiaire).

80 Laurent Vachey, « *La branche autonomie : périmètre, gouvernance et financement* », 2020.

La politique d'action sociale de la CNAV

L'action sociale de la CNAV en faveur de la prévention de la perte d'autonomie est organisée pour les dépenses d'intervention selon trois axes :

- **L'aide individuelle au maintien à domicile**, au travers des « PAP » (plans d'actions personnalisés) : services d'aide à domicile (203 000 bénéficiaires) ; aides techniques pour sécuriser le logement (24 000 bénéficiaires) ; aides aux déplacements ; aides spécifiques lors d'une situation de rupture (soit 242 millions d'euros en 2019, pour 82 % du total) ;
- **Des actions collectives de prévention et de promotion de la participation sociale** (informations, conseil, programmes d'actions collectives), pour 12 millions d'euros (4 % du total en 2019) qui ont touché 291 000 personnes ;
- **Des aides à l'adaptation des logements au vieillissement** (habitat et cadre de vie pour 42,5 millions d'euros en 2019, soit 14 % du total). S'y ajoutent les dépenses d'investissement (prêts et subventions) pour le logement intermédiaire (résidences autonomie, solutions alternatives) et pour les EHPAD, pour 48 millions d'euros (2019). Les subventions relatives à des petits équipements pour 12 millions d'euros (2018) sont imputées sur les aides individuelles.

.../...

Ces soutiens ont strictement la même finalité que le plan d'aide développé par la CNSA pour ces mêmes habitations.

Le rapport de juin 2020 de Denis Piveteau et Jacques Wolfrom a mis en évidence les freins au développement de l'habitat inclusif et **l'absence d'une gouvernance réellement unifiée** des initiatives menées par les différents acteurs sur cette question. Le rapport propose d'ailleurs de faire de la CNSA « l'opérateur national de maîtrise d'œuvre sur la thématique globale du logement des personnes en situation de perte d'autonomie »⁸¹.

► **En matière de soutien aux aides techniques, les financements se multiplient par différents canaux, sans politique globale cohérente**

Les dispositifs médicaux techniques font partie intégrante d'une politique de prévention. Par exemple, on observe que l'accès à certains soins, comme les soins dentaires, est notamment corrélé à une probabilité plus faible de devenir fragile, alors que des interventions simples (visites de dentistes spécialisés en gérontologie en EHPAD) pourraient apporter des solutions immédiates et prévenir des risques de dépendance. En effet, un dentier mal adapté peut entraîner des difficultés à se nourrir et favoriser les risques de fragilisation des personnes.

Comme l'écrit Philippe Denormandie dans son rapport de 2020⁸² : le financement des aides techniques est aujourd'hui très dispersé et la connaissance de leur utilisation et des besoins insuffisante. Selon les données rassemblées par ce rapport, il apparaît que l'Assurance maladie contribue au financement des aides techniques pour 384 millions d'euros, la prestation de compensation du handicap pour 17 millions d'euros, le fonds départemental de compensation pour 5,1 millions d'euros et la conférence des financeurs pour 8,8 millions d'euros. Les mutuelles apportent aussi des financements complémentaires.

81 D. Piveteau, J. Wolfrom, « *Demain, Je pourrai choisir d'habiter avec vous* », juin 2020.

82 Philippe Denormandie et Cécile Chevalier, « *Des aides techniques pour l'autonomie des personnes en situation de handicap ou âgées : Une réforme structurelle indispensable* », octobre 2020.

► **Au niveau territorial, la création de la conférence départementale des financeurs qui a été créée par la loi du 28 décembre 2016 relative à l'adaptation de la société au vieillissement est un échec.**

Comme le souligne le rapport Libault, l'objectif de mise en cohérence des interventions des différents financeurs, poursuivi à travers cette réforme, reste cependant partiellement atteint et ses interventions restent cloisonnées. Par ailleurs, **la cohérence nationale des actions de prévention reste insuffisante, alimentant la critique d'une dispersion des financements**. Enfin, les actions de prévention doivent être orientées selon la preuve de leur impact sur la préservation ou le maintien de l'autonomie des personnes. Le pilotage national de la prévention de la perte d'autonomie doit donc être renforcé et l'effort de mise en cohérence des interventions des différents financeurs doit être approfondi.

La conférence des financeurs regroupe tous les acteurs concernés par cette prévention au niveau du département, sans stratégie nationale d'ensemble. Comme le souligne le rapport de Laurent Vachey⁸³, la mise en cohérence des actions menées par les différentes conférences de financeurs apparaît relativement faible.

Par ailleurs, en l'absence de chef de file, on a privilégié une approche visant à mettre la multiplicité des acteurs autour d'une même table. Ceci est un exemple édifiant des difficultés à résoudre originellement la prévention du vieillissement et à coordonner les actions de prévention dans le cadre d'une stratégie commune.

Aujourd'hui les conférences des financeurs définissent chacune un programme d'actions individuelles ou collectives. En 2018, les membres des conférences ont financé 424 711 aides et actions de prévention (96,3 millions d'euros) et 859 371 personnes ont bénéficié de ces financements. Parallèlement, les concours versés par la CNSA, à hauteur de 119,2 millions d'euros, ont permis de financer 171 699 aides et actions pour 1 448 998 participants⁸⁴.

83 Laurent Vachey, « *La branche autonomie : périmètre, gouvernance et financement* », 2020.

84 Ibidem.

Des exemples inspirants pour la France en matière d'organisation de la prévention active

La doctrine française reste encore trop « passive » par rapport à celle d'autres pays en ce qui concerne la prévention de la perte d'autonomie.

Des expérimentations ont été menées en **Norvège**, au **Danemark**, et au **Royaume-Uni**, pour développer une aide publique basée sur le principe de la « ré-autonomisation » (*re-ablement*) des personnes fragiles. Les travaux de l'OCDE soulignent par exemple le succès du modèle « Fredericia » mis en place depuis plus de dix ans au Danemark⁸⁵.

Ce modèle cherche à **inciter les personnes âgées en situation de perte d'autonomie à réapprendre à effectuer par elles-mêmes les activités de la vie quotidienne qu'elles n'arrivent plus à accomplir**, plutôt que compenser leur handicap par des services professionnels réalisant ces activités à leur place. Au lieu de mettre l'accent sur la perte d'autonomie, ce modèle a pour objectif d'aider les personnes âgées à se concentrer sur les activités de la vie quotidienne qu'elles peuvent toujours réaliser, et leur apprendre à dépasser leur handicap en apprenant à accomplir ces activités différemment.

.../...

Cette approche préconise donc le financement d'une aide centrée sur les priorités des personnes. Elle vise à accroître au maximum leur qualité de vie au quotidien ; par exemple, en leur réapprenant à cuisiner elles-mêmes les repas d'une manière compatible avec leurs capacités physiques, si cette activité est importante à leurs yeux. Cet objectif mise sur l'engagement des personnes et tranche avec les formes d'aide traditionnellement proposées aux personnes en situation de perte d'autonomie en promouvant une approche « positive » du vieillissement. Les soins sont apportés par des équipes d'ergothérapeutes, d'infirmières, de coach sportifs et de physiothérapeutes, dans l'objectif d'aider les personnes à reprendre leurs loisirs et à rester actifs. Ce modèle, implémenté dans la majorité des municipalités danoises, est efficient, au sens où il permet d'atteindre **une meilleure qualité de vie à un coût moindre que le modèle « traditionnel »**. Cette approche est donc économiquement avantageuse.

Source : Thomas Rapp pour l'Institut Montaigne, « Comparaisons internationales sur la prévention de la perte d'autonomie », 2020.

4. Le système de santé face au vieillissement : une nécessaire amélioration de la coordination des soins

4.1. La santé des seniors : état des lieux en France et à l'étranger

C'est un fait : l'état de santé de chacun est étroitement lié à son âge et la population âgée nécessite des soins plus fréquents, nombreux et coûteux. Plus on vieillit, plus nos interactions avec le système de santé sont fréquentes. Près de 70 % des plus de 85 ans souffrent d'au moins une

85 Sims-Gould J, Tong CE, Wallis-Mayer L, Ashe MC. « Reablement, Reactivation, Rehabilitation and Restorative Interventions With Older Adults in Receipt of Home Care: A Systematic Review », J. Am. Med. Dir. Assoc. 2017 ; Tessier A, Beaulieu M-D, McGinn CA, Latulippe R. « Effectiveness of Reablement : A Systematic Review Efficacité de l'autonomisation : une revue systématique. » Healthc Policy, 2016 Langeland E, Tuntland H, Folkestad B, Førland O, Jacobsen FF, Kjekken I. « A multicenter investigation of reablement in Norway: A clinical controlled trial. » BMC Geriatrics, 2019.

maladie chronique et l'on compte près de 2 millions de personnes en affection longue durée chez les 70-79 ans (contre 300 000 chez les 20-29 ans qui sont 1,5 fois plus nombreux)⁸⁶.

Les données de l'Insee sur l'état de santé et la dépendance des seniors montrent une situation particulièrement difficile sur le plan sanitaire parmi les personnes de plus de 65 ans. En institution (EHPAD ou autres) comme à domicile, **les deux-tiers des seniors déclarent avoir une maladie ou un problème de santé chronique ou de caractère durable.**

Cette situation est présente dès la tranche d'âge des 65-74 ans et y compris parmi les personnes qui ont la possibilité de rester à leur domicile. **En effet, la part de la population vivant à domicile et déclarant une maladie chronique parmi les 65-74 ans est de 60 %.**

Les maladies les plus fréquemment identifiées sont les affections relatives aux **os** ou aux **articulations** (elles concernent 63 % des seniors à domicile) ainsi que les maladies **cardiovasculaires** (déclarés par 43 % des seniors à domicile) et spécifiquement l'hypertension artérielle, qui concerne un tiers des seniors qui vivent à leur domicile. Le **cancer** présente également une prévalence très importante chez les seniors : un tiers des cancers vus en diagnostic surviennent chez des personnes de plus de 70 ans. Les cancers restent la première cause de décès en France chez les 65 à 80 ans⁸⁷.

Par ailleurs, un autre facteur de risque largement sous-estimé dans l'opinion mais très important et régulièrement souligné par les études est la **fréquence des chutes**. D'après une étude menée par ChuPADom (Chutes des personnes âgées à domicile) en 2018⁸⁸, les chutes sont à l'origine d'une morbidité et d'une mortalité importantes, représentant ainsi un problème de santé publique

majeur. L'échantillon de l'enquête est composé de 1 467 patients dont 69 % de femmes et l'âge moyen est 84,5 ans. D'après l'enquête, **près de 80 % des patients ont chuté durant la journée.** Les activités réalisées au moment de la chute les plus fréquemment citées étaient l'hygiène/la toilette (15 %) et la marche (14 %). Plus de la moitié des patients avaient déjà été victimes d'une chute lors des 12 mois précédents l'enquête.

Les affections de longue durée des plus de 60 ans

Le dispositif des affections de longue durée (ALD) permet le remboursement à 100 % des soins concernant des affections dont la gravité et/ou le caractère chronique nécessitent un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse. Le dispositif vise à réduire le reste à charge des patients qui sont atteints de ces affections (suppression du ticket modérateur).

Les quatre groupes de pathologies les plus fréquentes sont les maladies cardiovasculaires (32 % des ALD), le diabète (25 %), les tumeurs malignes (20 %) et les affections psychiatriques de longue durée (14 %). Ces pathologies peuvent donc concerner plus significativement les personnes âgées. Les affections relatives aux os comme l'ostéoporose et qui concernent majoritairement les femmes devraient par ailleurs constituer une priorité pour les pouvoirs publics.

Les bénéficiaires du dispositif des ALD, qui représentent 16 % des assurés du régime général concentrent 57 % des dépenses de santé : ils sont plus de 60 % des personnes âgées de plus de 60 ans. Parmi les plus de 60 ans, plus de 40 % sont des bénéficiaires d'ALD et cette part est en progression compte tenu du vieillissement démographique.

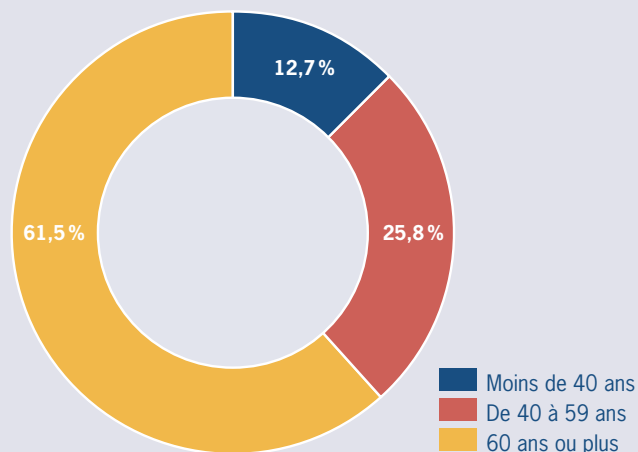
.../...

⁸⁶ Insee, « État de santé et dépendance des seniors », 2018.

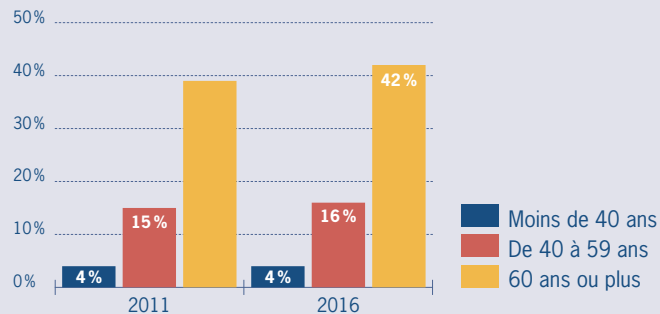
⁸⁷ Ibidem.

⁸⁸ Chutes des personnes âgées à domicile. Caractéristiques des chuteurs et des circonstances de la chute. Volet « Hospitalisation » de l'enquête ChuPADom, 2018.

Répartition des affections de longue durée par tranche d'âge (2016)



Prévalence des ALD par tranches d'âge (2011-2016)



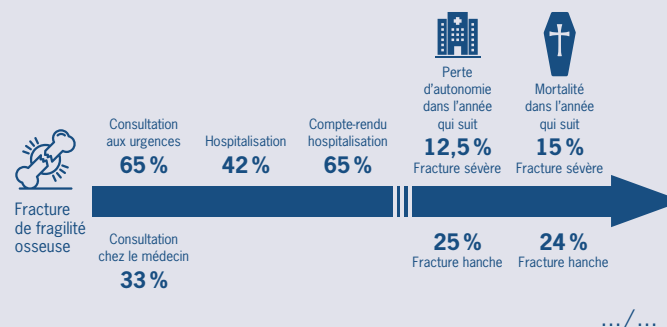
Source : DREES, 2018.

L'exemple de l'ostéoporose

La fracture de fragilité osseuse, après 50 ans, touche 1 femme sur 3 et 1 homme sur 5⁸⁹. **Les patients français qui ont subi au moins une fracture ostéoporotique sévère ont deux fois plus de risque de mourir que la population générale** : près du quart (23,5 %) des patients de 55 ans ou plus décèdent dans l'année qui suit une fracture de hanche. Cette mortalité est encore plus élevée chez l'homme (32,9 % chez l'homme vs. 20,6 % chez la femme)⁹⁰.

Les études recensées par UCB Pharma montrent une situation très difficile du parcours de santé des personnes affectées par une fragilité osseuse :

Le parcours du patient après une fracture de fragilité osseuse⁹¹ (a, b, c, d)



89 Rapport International Osteoporosis Foundation (IOF), 2017.

90 FRACTOS study report, « Patients with severe osteoporotic fractures: consequences and support in France », 2012.

Un impact fort sur la qualité de vie des patients

Les fractures sévères induisent une **diminution de la qualité de vie** des patients dans l'année suivant la fracture

43%
des patients

Ont des difficultés à accomplir des activités courantes (vs 17% avant)^a

68%
des patients

Présentent des douleurs ou gêne (vs 38% avant)^a

15
ans

L'impact des fractures sur la qualité de vie perdure jusqu'à 15 ans après la fracture^a

Les **fractures de vertèbre et de hanche** ont un impact sur la qualité de vie plus important que d'autres maladies chroniques plus médiatisées (diabète, arthrite et les maladies pulmonaires)^e.

En cas de fracture de hanche :

80%
des patients

Sont incapables de réaliser sans aide au moins une activité de la vie courante^f

50%
des patients

Ne retrouvent jamais leur autonomie antérieure, les obligent à quitter leur domicile^f

24%
des patients

de plus de **55** ans
Décèdent dans l'année qui suit^f

Source : UCB Pharma, 2020⁹¹.

Enfin, la **question de l'état psychologique**, longtemps tabou ou négligée, constitue une question à part entière. Les situations d'isolement, les deuils, l'absence de perspectives peuvent contribuer à la souffrance psychique des seniors. Si l'on parle beaucoup du suicide des jeunes, il est important de rappeler que **les personnes âgées de plus de 65 ans sont la tranche de la population la plus à risque de décès par suicide**. Les 65-74 ans se suicident trois fois plus souvent que les 15-24 ans (6 fois plus entre 86 et 94 ans)⁹². Cette situation apparaît par ailleurs plus significative chez les

femmes, probablement en raison de situation d'isolement plus marqué (veuvage notamment) : **25% des seniors vivant à leur domicile ont reçu au moins trois délivrances d'une boîte de médicaments psychotropes** au cours des douze mois précédant l'enquête de l'Insee et **cette consommation de psychotropes est presque deux fois plus fréquente parmi les femmes**.

Les atteintes psychologiques du vieillissement

Les enquêtes traduisent l'existence de troubles psychiatriques chez les personnes âgées : forte prévalence des tentatives de suicide et des suicides, forte prévalence de la dépression, troubles anxieux et addictions chez les seniors.

Les enquêtes de la DREES ont permis d'approcher la santé mentale des seniors à l'aide du score du Mental-Health 5 (MH5) construit sur cinq questions portant sur le ressenti et les humeurs personnelles.

À domicile, près d'un senior de plus de 65 ans sur deux obtient un score supérieur à 80, traduisant un bien-être psychologique relativement élevé. En institution, ils sont 24% à obtenir un score supérieur à 80, et sont, à l'inverse, 25% à obtenir un score inférieur à 50 (contre 11% à domicile). En dessous de ce seuil, le score est associé à une probabilité plus élevée de présenter des symptômes dépressifs.

En outre, les femmes se distinguent par un moindre bien-être psychologique, particulièrement à domicile, où seulement 42% d'entre elles obtiennent un score supérieur à 80, soit 17 points de moins que les hommes.

.../...

91 Sur la base des études suivantes : **a** - Rapport IOF 2017. **b** - Roux 2017. **c** - FRACTOS study report, *Patients with severe osteoporotic fractures : consequences and support in France*, op. cit. **d** - Eisman 2012. **e** - DREES, *Quel risque de décès un an après une fracture du col du fémur ?*, janvier 2016. **f** - Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et produits de l'Assurance maladie au titre de 2020, juillet 2019.

92 Comité National pour la Bienveillance et les Droits des Personnes Agées et des Personnes Handicapées (CNBD), « *Prévention du suicide chez les personnes âgées* », 2013.

Selon la DREES, **la santé mentale se dégrade avec la sensation d'être physiquement ou cognitivement limité et des relations sociales peu fréquentes**. La déclaration de limitations fonctionnelles, qu'elles soient physiques, sensorielles ou cognitives, est associée à un bien-être psychologique moins élevé. La fréquence des relations sociales est également associée au bien-être psychologique : moins les seniors voient régulièrement leur famille ou leurs amis, plus leur score de bien-être est faible.

Les seniors en institutions subissent des difficultés psychologiques plus importantes. Parmi les seniors de plus de 75 ans, 56 % des résidents d'établissements déclarent avoir souffert de fatigue, de lassitude ou d'épuisement au cours de l'année, contre 44 % des personnes âgées résidant à domicile.

Un senior sur quatre à domicile a consommé des médicaments psychotropes dans l'année, trois sur quatre en institution. Cette situation est symptomatique de la présence d'états dépressifs potentiellement plus marqués chez les seniors avec l'avancée en âge, notamment en lien avec certaines maladies neurodégénératives (Alzheimer) ou dans le cadre du syndrome du glissement, mais également à l'existence de troubles anxieux et troubles du sommeil, avec probablement des phénomènes d'addiction.

Proportion de résidents déclarant souffrir des affections suivantes en institution et à domicile

en %	Tranche d'âge				Sexe		Ensemble des 75 ans ou plus
	60-70	70-80	80-90	+ 90	Femme	Homme	
Fatigue, lassitude, épuisement							
En institution	37	44	53	50	51	46	56
À domicile	25	34	49	46	37	27	44
Manque d'appétit							
En institution	18	19	26	32	30	19	28
À domicile	4	7	15	26	8	5	13
Problèmes de sommeil							
En institution	29	26	32	32	32	30	34
À domicile	29	30	37	35	37	23	35
Besoin de motivation pour effectuer des activités quotidiennes							
En institution	24	37	36	38	37	34	37
À domicile	1	3	6	13	3	3	5
Aucune activité quotidienne							
En institution	12	15	19	16	18	14	19
À domicile	1	2	2	10	2	2	3

Note. Étant donné que 90 % des résidents des établissements pour personnes âgées a plus de 75 ans contre seulement un tiers des personnes âgées vivant à domicile, l'échantillon des personnes résidant à domicile et celui des résidents d'établissements ont été restreint aux plus de 75 ans par soucis de comparaison dans la colonne « ensemble ».

Lecture. 37 % des personnes âgées de 60-70 ans en institution déclarent souffrir de fatigue, lassitude ou épuisement dans les 12 derniers mois. C'est le cas de 25 % des personnes âgées de 60-70 ans résidant à domicile.

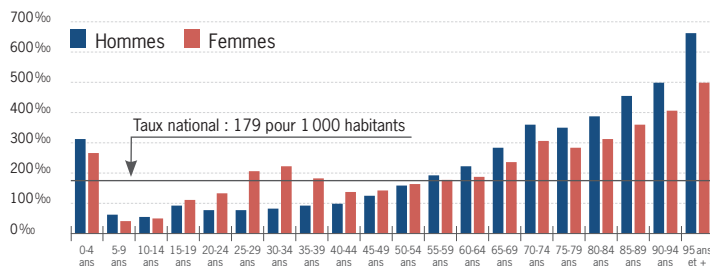
Champs. France métropolitaine, résidents permanents de maisons de retraite (Ehpad, Ehpa, SLD), personnes âgées résidant à domicile.

Source : DREES, « Un tiers des personnes âgées vivant en établissement sont dans un état psychologique dégradé », 2020.

4.2. La coordination des parcours de soins et les alternatives à l'hospitalisation

Les seniors présentent un risque accru d'hospitalisation. Comme le souligne l'étude récente de *Matières grises* sur les personnes âgées⁹³, l'inadaptation du système et des parcours de soin aux problématiques spécifiques des populations seniors fait de l'hospitalisation un moment difficile voire critique, alors même que les personnes de plus de 60 ans représentent 22 % de la population, mais 33 % de la population hospitalisée au moins une fois au cours d'une année (HCAAM, 2010).

Taux d'hospitalisation MCO en 2017, par classe d'âge et par sexe



Source : CNAM – rapport Charges et produits 2018.

L'hospitalisation des personnes âgées passe souvent par un passage aux urgences : d'après le « Pacte de refondation des urgences » annoncé en novembre 2019⁹⁴, **45 % des passages aux urgences suivis d'une hospitalisation complète concernent des patients âgés de 65 ans et plus.** L'admission par les urgences est un facteur de risque pour les personnes âgées : 23 % des personnes de plus de 75 ans passent plus de 8 heures aux urgences contre 10 % des 15-74 ans⁹⁵.

93 *Matières grises*, Objectif grand âge, éviter l'hôpital, juin 2019.

94 Ministère des Solidarités et de la Santé, « Pacte de refondation des urgences », septembre 2019.

95 Ibidem.

La durée moyenne de séjour (DMS) à 60 ans est à peine plus élevée qu'à 45 ans, mais elle double entre 60 et 80 ans. À partir de 85 ans, les DMS sont proches de 10 jours, le double de celles des adultes de moins de 64 ans⁹⁶. Les études montrent que le risque de développer des incapacités permanentes est 60 fois plus élevé chez les sujets âgés qui sont hospitalisés⁹⁷. Selon les études, l'incidence de la dépendance liée à l'hospitalisation varie entre 30 % et 60 % chez les sujets âgés de 70 ans et plus, et augmente jusqu'à 50 % chez les sujets âgés de 85 ans et plus.

Après la sortie d'hospitalisation, seuls 50 % des patients récupèrent leur état fonctionnel de base⁹⁸ : environ 33 % récupèrent dans les 6 mois après la sortie d'hospitalisation et 14 % récupèrent à 1 an. Le mois qui suit l'hospitalisation est considéré comme une **période critique**, après laquelle les incapacités fonctionnelles deviennent généralement permanentes, sans même évoquer les maladies nosocomiales.

Les innovations technologiques au service de la réduction de l'hospitalisation

Le TAVI (*Transcatheter Aortic Valve Implantation*) est l'**implantation d'une valve aortique biologique par voie percutanée, c'est-à-dire sans ouvrir le thorax, mais en passant par l'aîne.** C'est une intervention qui soigne un rétrécissement aortique pour des patients pour lesquels une opération classique est jugée à risque, notamment les personnes âgées.

.../...

96 EHPA, « Objectif grand âge : Éviter l'hôpital : Profil des personnes âgées hospitalisées causes et effets de l'hospitalisation des personnes âgées, solutions pour prévenir les hospitalisations évitables », juin 2019.

97 HAS, « Prévenir la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation chez les personnes âgées », septembre 2017.

98 Ibidem.

La première implantation de bioprothèse aortique par voie percutanée a été réalisée en 2001 par le professeur Alain Cribier. Cette technique s'est ensuite considérablement développée. Moins invasif, le TAVI permet aux patients **de retrouver une vie normale et une amélioration de la qualité de vie de manière plus rapide.**

Dans ce panorama, le développement de **l'hospitalisation à domicile (HAD)** constitue un enjeu important pour les personnes âgées afin de reconfigurer l'offre de soins et d'offrir des soins gradués, selon les situations. Même si cela reste une hospitalisation, elle permet en effet aux patients d'être soignés en dehors de l'hôpital et d'éviter le temps d'hospitalisation traditionnelle. L'HAD concerne surtout les malades atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques : soins de cancérologie, soins palliatifs, traitements intraveineux. 60 % des patients vont en HAD suite à un transfert d'un établissement traditionnel et pour 30 % des patients, cela permet de rester à domicile suite à l'HAD⁹⁹.

Près de 300 établissements d'hospitalisation à domicile proposent un système organisé de soins entre l'hôpital et le médecin de ville. S'il existe une prédominance de structures publiques ou de structures non lucratives, des structures privées peuvent également intervenir, comme le Groupe Elsan qui propose différentes formes de prises en charge en oncologie, cardio-vasculaires, maladies infectieuses, neurologie, post-chirurgie, médecine ou rééducation. **L'HAD reste toutefois assez restreinte puisque seuls 18 100¹⁰⁰ patients peuvent être pris en charge simultanément en HAD sur le territoire.**

À la différence de l'hospitalisation à domicile, les **Prestataires de Santé à Domicile (PSAD)**¹⁰¹ ne prodigent pas de soins médicaux ou paramédicaux sur le patient mais l'accompagnent et l'autonomisent dans l'utilisation de son

dispositif médical et veillent à la bonne compréhension et observance de son traitement. Ils assurent un rôle de conseil et de suivi, en lien avec le médecin prescripteur, et l'alerte de toute situation inhabituelle ou préoccupante. Les PSAD jouent un rôle de premier plan tout au long du parcours de soins des patients, dans le cadre des principales **maladies chroniques** comme les maladies respiratoires ou le diabète, de **pathologies lourdes** comme Parkinson, l'immunothérapie, l'oncologie ou les maladies rares et plus globalement sur le suivi de **la perte d'autonomie liée au vieillissement ou au handicap**. Ils participent à l'accompagnement thérapeutique du patient et jouent un rôle clé dans l'adhésion du patient au traitement médical. Ils aident également ce dernier à devenir plus autonome et à mieux vivre avec sa pathologie.

4.3. La collaboration des acteurs de santé et du médico-social

Si les PSAD peuvent jouer un rôle de premier plan pour participer à l'efficacité du parcours de soins à destination des personnes âgées, il n'en reste pas moins que le manque de coordination entre les acteurs des soins de ville, du médico-social et de l'hôpital perdure. **Les travaux du rapport Libault de 2019¹⁰² faisaient le constat de l'absence de véritables parcours adaptés aux personnes âgées** : complexité pour les personnes âgées et leurs proches, risque de rupture de prise en charge, accroissement des inégalités sociales et territoriales, surcroît – à terme – de dépenses de soins faute d'intervention au moment opportun. Ainsi, comme le décrit très clairement le rapport Vachey, **la coordination des parcours relève aujourd'hui de la « quête du Graal »** : « Cette nécessité est unanimement reconnue, mais les réponses se sont succédées et superposées, sans tirer suffisamment les enseignements des expériences précédentes : de CLIC en MAIA, de MAIA en PAERPA¹⁰³, pour ne citer que les dispositifs ciblés sur les personnes âgées, auxquels on pourrait ajouter

102 Dominique Libault, « Concertation Grand âge et autonomie », mars 2019.

103 Centres locaux d'information et de coordination (CLIC), Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'autonomie (MAIA), Parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA). Les MAIA ont été créées lors du 3^e plan Alzheimer en 2009 et financées par la CNSA, les PAERPA par l'article 48 de la LFSS pour 2013 et sont financés jusqu'ici sur crédits assurance maladie.

99 DREES, « Les structures d'hospitalisation à domicile », 2020.

100 DREES, « En 2018, le nombre de places en hospitalisation à temps partiel progresse à un rythme soutenu », octobre 2019.

101 SeniorActu, « Les PSAD : qu'est-ce que c'est? », mars 2019.

le réseau MONALISA de lutte contre l'isolement. Et, en parallèle, les tentatives de réponse dans le domaine du soin sont tout aussi nombreuses : réseaux de santé, médecin traitant, équipes de soins primaires, communautés territoriales des professionnels de santé, tous chargés d'une fonction de coordination des parcours sans que l'intégration des trois dimensions soin/médico-social/social ne progresse réellement ». Toutes ces tentatives de coordination ont très peu réussi au fil des décennies, malgré les expérimentations. Elles ont surtout conduit à la naissance de **professionnels de la coordination**, afin de résoudre la complexité entretenue au niveau administratif¹⁰⁴.

Plus récemment encore, l'article 23 de la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé a créé les « dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexe », qui ont pour vocation d'assurer une réponse globale face à des situations de santé les plus compliquées. Ces dispositifs veulent rationaliser le paysage du parcours de soins et des instruments actuellement existants. **Ces dispositifs vont-ils constituer un changement de paradigme dans la coordination ou bien est-ce une étape nouvelle de cette sédimentation ?**

Cette approche ne résout pas l'un des problèmes fondamentaux à cette absence de coordination des acteurs du soins, qui est **la capacité à travailler en réseaux via des outils informatiques appropriés afin que chacun des acteurs sur le terrain puisse disposer de façon partagée des informations sanitaires, sociales ou médico-sociales, quel que soit le type de parcours.**

Enfin, la logique de parcours de soins intègre aujourd'hui très insuffisamment les personnes pouvant apporter des **alternatives non médicamenteuses, que l'on appelle les médecines complémentaires et alternatives**, dont le rôle apparaît fondamental dans le bien-vieillir et qui doit se coupler à l'approche thérapeutique.

Médecines Complémentaires et Alternatives (MCA) : quelle place en gériatrie ?¹⁰⁵

Les auteurs de cet article voient dans l'émergence d'un mouvement en faveur des médecines complémentaires et alternatives (MCA), en particulier en gériatrie, les premiers signes de l'évolution des mentalités face à une « culture du médicament » fortement ancrée en France. Dans le cadre posé par la Haute Autorité de Santé qui promeut les approches non exclusivement médicamenteuses, **l'usage de certaines MCA se développe auprès des seniors.** Au-delà des pratiques bénéficiant déjà d'une certaine reconnaissance comme l'accompagnement psychologique, l'exercice physique ou bien les ateliers autour de la nutrition, d'autres disciplines émergent. On peut citer le qigong, la sophrologie ou l'art-thérapie, qui prennent une place grandissante et de plus en plus intégrée dans l'approche thérapeutique.

Cette prise de conscience, liée à une meilleure appréhension des défis relatifs à l'augmentation de l'espérance de vie et ses corollaires (pathologies chroniques, démences, etc.) a un impact sur les réflexions en cours autour de la prise en charge des seniors dans les institutions (hôpitaux, cliniques, soins de support, EHPAD, etc.).

En effet, ce type d'approches invite à **repenser le soin en institution à partir d'une dynamique plus globale qui implique l'ensemble des dimensions individuelles des personnes prises en charge** (physique, psychique, sociale, spirituelle). La variété des disciplines et des pratiques déployées correspond en fait à la diversité des vécus, des attentes, des imaginaires et des besoins. Le patient se trouve placé au cœur de la démarche de *care* et son expérience, son autonomie de décision occupe une place centrale.

104 Marie-Aline Bloch et Léonie Hénaut, « Coordination et parcours : la dynamique du monde sanitaire, médico-social et social », Dunod, 2014.

105 Véronique Suissa et Serge Guérin, « Médecines complémentaires et alternatives : quelle signification en gériatrie ? », Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement, 2020.



LA CRISE COVID-19 RÉVÈLE LA NÉCESSITÉ DE RENDRE NOTRE SOCIÉTÉ PLUS INCLUSIVE

1. Les conséquences sanitaires de la crise : des seniors directement touchés

1.1. Les seniors, premières victimes du Covid-19

Comme de nombreuses autres infections virales et en particulier les infections respiratoires, **le virus SARS-CoV-2 est beaucoup plus dangereux pour les personnes âgées, en particulier du fait de la sénescence immunitaire** (baisse avec l'âge des défenses immunitaires et en particulier de la capacité à réagir à de nouvelles infections).

Les seniors ont donc été les premières victimes d'une infection d'un nouveau type qui a pris l'ensemble des pays et de leur système de santé par surprise. En ce sens, les premiers résultats consolidés disponibles sont éloquentes et montrent que les seniors ont été les plus nombreux à être touchés par les formes graves de la maladie et donc à être hospitalisés voire placés en soins critiques. En conséquence, ils sont les plus nombreux à décéder du Covid-19.

Les personnes de plus de 45 ans représentaient ainsi 99% des personnes hospitalisées (cf. tableau ci-contre). Contrairement à certains discours diffusés dans les médias, le 4^e âge n'a pas du tout été le seul atteint par la crise : **en particulier, les seniors entre 65 et 74 ans ont représenté 21% des personnes hospitalisées et près de la moitié des personnes placées en soins critiques.**

Patients hospitalisés au 9 février 2021 et depuis le 1^{er} mars 2020

	Le 9 février 2021				Depuis le 1 ^{er} mars 2021			
	Hospitalisations		Dont réanimation		Hospitalisations		Dont réanimation	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Total	27 677		3 342		235 717		56 476	
Classe d'âge								
Total	27 457		3 311		233 813		56 163	
0-14 ans	69	< 1	11	< 1	2 735	1	5	< 1
15-44 ans	982	4	174	5	28 502	12	400	1
45-64 ans	4 231	15	1 003	30	59 200	25	4 444	8
65-74 ans	5 864	21	1 313	40	45 985	20	9 145	16
75 ans et +	16 311	59	810	24	97 391	42	42 169	75

Source : Santé Publique France / DREES, février 2021.

Les statistiques disponibles donnent aussi la mesure de la mortalité de ces personnes à cause du Covid-19 : **les 65-74 représentent 14% des décès (79% pour les plus de 75 ans)¹⁰⁶ en février 2021. Dans cette catégorie d'âge, les décès liés à des comorbidités représentent eux-mêmes la grande majorité, révélant en creux la nécessité d'une politique de prévention entièrement revue pour que les seniors soient en meilleur état de santé général** – les trois comorbidités les plus fréquentes étant les pathologies cardiaques, l'hypertension artérielle et le diabète.

106 Santé publique France, bulletin du 11 février 2021. Sur données issues des certificats électroniques de décès, soit environ 30 000 personnes sur un total de plus de 80 000 décès en février 2021, donc à prendre avec toutes les précautions correspondantes.

Description des décès du Covid-19, du 1^{er} mars 2020 au 1^{er} février 2021

	Sans comorbidité ou non renseigné		Avec comorbidité		Total	
	N	%	N	%	N	%
0-14 ans	1	25	3	75	4	0
15-44 ans	66	32	138	68	204	1
45-64 ans	632	28	1 647	72	2 279	7
65-74 ans	1 420	30	3 382	70	4 802	14
75 ans ou plus	9 710	36	17 121	64	26 831	79
Tous âges	11 829	35	22 291	65	34 120	100

Source : Santé Publique France, février 2021.

98

Au-delà des seules statistiques de contamination et de décès, les seniors ont été particulièrement sujets aux formes graves du Covid-19, nécessitant une hospitalisation voire des soins intensifs, qui auront des séquelles de moyen et long terme sur certaines personnes.

En effet, le ministère de la santé a établi une classification statistique des « parcours » des patients hospitalisés du fait du Covid-19 ; **les seniors entre 60 et 80 ans représentent les deux tiers des patients de la classe 4, dont le parcours est caractérisé par de longs soins critiques non suivis du décès**. Or les séquelles d'un passage, en particulier prolongé, dans les services de soins intensifs, peuvent être nombreuses et d'un degré de gravité variable.

Les séquelles des soins intensifs sur les patients atteints par le Covid-19

Le passage dans les services de soins intensifs et/ou de réanimation dus au Covid-19, comme pour l'ensemble des autres traitements de réanimation invasifs ou non, sont susceptibles de **laisser des traces importantes et durables chez les patients concernés**.

Certaines études¹⁰⁷ décrivent ce « syndrome post-réanimation » qui peut concerner plus de la moitié des survivants de ces unités de soins et en particulier les seniors :

- des troubles cognitifs et persistants dans le temps, jusqu'à 30 % même un an après la sortie de soins ;
- des conséquences ou effets secondaires, sur le plan moteur, avec l'altération durable de certaines fonctions et sarcopénies (réduction des capacités musculaires).

99

Enfin, si l'âge constituait en soi un facteur de risque supplémentaire à l'égard du Covid-19, les pathologies aggravantes comme l'obésité ont joué un rôle important dans la vulnérabilité face au virus. Or, les 55-74 ans présentent des taux de surpoids et d'obésité comparables (femmes) voire supérieurs (hommes) aux populations plus jeunes, ce qui contribue à expliquer leur surreprésentation parmi les victimes de la maladie : une étude de 2017 sur la corpulence des enfants et adultes en France en 2015¹⁰⁸ estimait ainsi que **les hommes entre 55 et 74 ans présentaient un taux de surpoids de 46,6 % (contre 38,5 % pour les 40-54 ans) et un taux d'obésité de 21,5 % (contre 18,2 % pour les 40-54 ans)**.

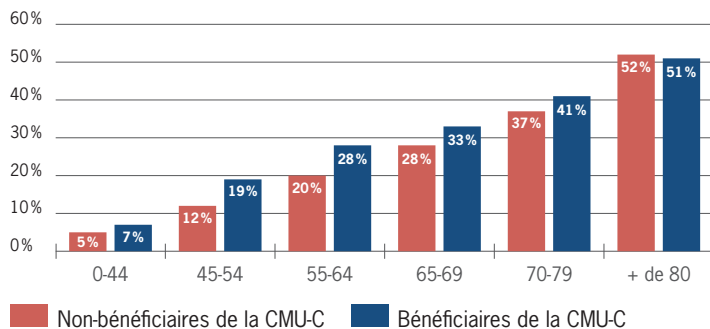
107 Par exemple « *La vie après la réanimation* », A. Cailard, E. Gayat, Société française d'Anesthésie et de Réanimation, Inserm, 2019 ou l'avis de l'Académie de médecine de juillet 2020.

108 Corpulence des enfants et des adultes en France métropolitaine en 2015. Résultats de l'étude Esteban et évolution depuis 2006, Charlotte Verdot, Marion Torres, Benoît Salanave, Valérie Deschamps, Esen, Santé publique France, Université Paris 13, CRES, COMUE Sorbonne-Paris-Cité, 2017

Ces facteurs aggravants, définis notamment par le Haut Conseil de Santé Publique dès mars 2020 (le HCSP mentionne, hors l'âge, les antécédents cardiovasculaires, le diabète, les pathologies chroniques respiratoires et les insuffisances rénales) se retrouvent donc, y compris en isolant l'effet de l'âge, chez les seniors.

Par ailleurs, elles sont en partie corrélées à des situations sociales diverses, comme l'a montré la littérature médicale et sociologique. On retrouve donc cette corrélation dans le cas du Covid-19 : au sein des 55-79 ans, ces pathologies plus fréquentes chez les personnes les plus précaires (approchées ici en tant que bénéficiaires de la CMU-C par la DREES). En outre, **ce « gradient social » de la vulnérabilité face au Covid-19 est même le plus fort autour de 60 ans.**

Part de la population à risque de pathologies aggravantes selon l'âge et le recours à la CMU complémentaire



Champs. Bénéficiaires du régime générale de l'Assurance maladie et de sections locales mutualistes, France entière (hors Mayotte).

Source : DREES, *Les inégalités sociales face à l'épidémie de Covid-19*, n° 62, 2020.

1.2. Les reports ou renoncements aux soins : conséquences sanitaires indirectes de la crise

Le renoncement ou le report de soins que les confinements, et en particulier celui du printemps 2020, ont pu engendrer, semble avoir été conséquent et étendu à l'ensemble des types de soins, malgré les conséquences de court et moyen terme que cela peut provoquer.

Ainsi, selon l'Assurance maladie, **lors des trois premières semaines du confinement de mars 2020, une baisse d'activité de 40 % aurait été observée chez les médecins généralistes et de 50 % chez les médecins spécialistes**¹⁰⁹. Cette réduction d'activité pourrait aussi avoir concerné les soins chroniques et urgents, du fait de la peur d'être contaminé dans un cabinet médical ou bien à l'hôpital, mais aussi du fait des évolutions de l'organisation des soins, transformée pour répondre à l'urgence de la crise sanitaire.

Cet effet de renoncement aux soins est rendu visible dans les dépenses de l'Assurance maladie : la crise a effectivement conduit à un dépassement important de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) de l'ordre de 10 milliards d'euros en 2020. Ce dépassement est toutefois la résultante de 15 milliards d'euros de coûts supplémentaires liés à la gestion de la crise (achats de masques, distributions de tests, hospitalisation, etc.) compensés par **une sous-consommation des soins de ville à hauteur de 4,5 milliards d'euros pendant la crise**¹¹⁰.

Plus particulièrement, **la baisse des dépistages et les déprogrammations devraient avoir un effet massif sur l'augmentation des cancers.** L'Assurance maladie estimait ainsi qu'en mars 2020, les actes de radiologie pour dépister les cancers avaient diminué de 80 %. En septembre 2020, l'Institut Gustave Roussy (IGR) a ainsi évalué, sur la base d'une modélisation mathématique, que la baisse des dépistages et des soins de cancérologie pourrait

109 Données ATIH et Assurance maladie, 2020.

110 Annexe 7 du PLFSS 2021.

provoquer une augmentation de la mortalité par cancer de 2 à 5 % à horizon 5 ans¹¹¹. **Ce constat réalisé en cancérologie est certainement similaire pour d'autres pathologies chroniques.** On peut notamment citer le domaine cardiovasculaire ; l'étude FRENCHIE publiée dans le journal *The Lancet Public Health* a montré que le nombre d'hospitalisations pour infarctus a baissé de 30 % durant le premier confinement¹¹². À l'instar de la démarche de l'IGR, il serait intéressant, voire souhaitable, d'**identifier l'ampleur des déprogrammations et reports de soins, notamment chez les populations plus exposées aux fragilités, afin de mettre en place des mesures spécifiques pour remédier aux impacts négatifs à court, moyen et long terme**¹¹³. Une démarche structurée est d'autant plus importante que l'impact du Covid-19 sur l'organisation des soins est maintenant durable.

102 Du fait de leur plus grande vulnérabilité face au virus, les seniors ont probablement ressenti plus fortement cette peur de la contamination dans les lieux de soins, et ont été plus nombreux **à reporter ou à renoncer à certains soins urgents et encore aux dépistages prévus** – sans mentionner le fait que les maladies chroniques évoquées affichent une forte prévalence chez les populations les plus âgées, et que le défaut de soins et de prévention s'avère encore plus crucial au sein de ces populations.

Malgré des progrès considérables en matière d'organisation des soins et des déprogrammations beaucoup plus faibles pendant la deuxième vague épidémique de l'hiver 2020, **le suivi médical des patients est resté très inférieur à la moyenne à l'automne 2020 lors du deuxième confinement. On observe en effet des baisses de 10 % pour le dépistage des cancers et de 10 % également pour les demandes de remboursement en matière**

de traitement pour le cholestérol, les maladies cardiovasculaire ou l'insuffisance cardiaque et rénale, selon l'Assurance maladie, et ce, malgré les efforts engagés par le système de soins pendant la crise¹¹⁴.

Les actions du système de santé pour limiter le report et le renoncement aux soins

Pendant le confinement, plusieurs types de démarches ont été adoptés pour éviter que les déprogrammations et les réorganisations hospitalières, couplées à la peur de la contamination, ne conduisent à un report ou renoncement considérables aux soins :

- En matière de **communication** : les établissements de santé comme les centres hospitaliers mais aussi des plateformes comme Doctolib ont lancé des campagnes de communication pour informer sur l'importance du suivi médical¹¹⁵ ;
- En matière de **téléconsultation** :
 - les téléconsultations par visioconférence ont été prises en charge à 100 % par l'Assurance maladie (mesure reconduite jusqu'à la fin de l'état d'urgence sanitaire)¹¹⁶ ;
 - les téléconsultations par téléphone (moins fiables, du fait de l'absence d'images notamment) ont été autorisées pour les patients vivant dans une zone non desservie par un réseau internet ;
 - par dérogation au parcours de soins, une personne infectée ou suspecte de Covid-19 peut s'adresser par téléconsultation à un autre médecin que son médecin traitant par téléconsultation.
- En matière de **prescription**, l'Assurance maladie a permis à titre dérogatoire, dans le cadre de l'urgence sanitaire, le renouvellement des ordonnances médicales en pharmacie sans consultation.

111 A. Bardet et alii, « A microsimulation model to assess the impact of SARS-CoV-2 on cancer outcomes, healthcare organization and economic burden », ESMO, 2020.

112 Mesnier et. al, « Hospital admissions for acute myocardial infarction before and after lockdown according to regional prevalence of COVID-19 and patient profile in France: a registry study », *The Lancet*, 2020.

113 Voir la proposition de loi d'Agnès Firmin-Le Bodo de créer un observatoire national de la reprise des soins sous l'égide de Santé publique France avec le soutien de la Haute Autorité de santé : https://www.assembleenationale.fr/dyn/15/textes/115b3275_proposition-loi

114 Données de l'Assurance maladie, ATIH, 2020.

115 Doctolib, « #SoignezVous : les praticiens se mobilisent pour la continuité des soins », 2020.

116 Institut Montaigne, « E-santé, une accélération sans précédent », septembre 2020.

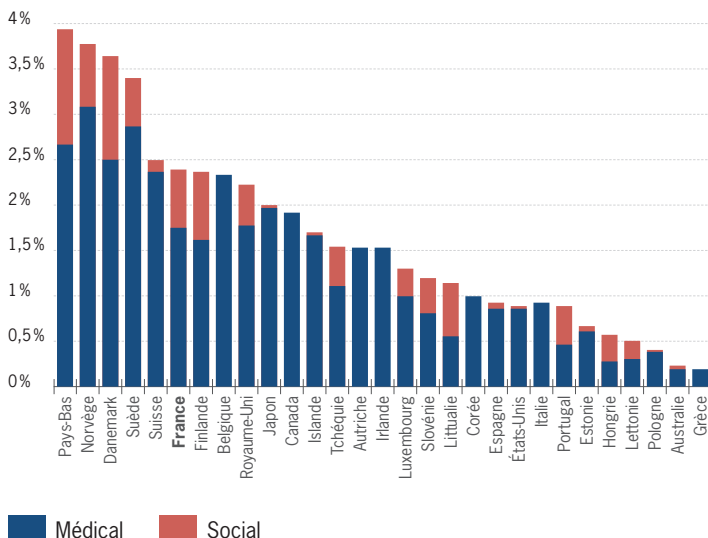
1.3. La nécessité de passer (enfin) du curatif au préventif

En France, **les dépenses sociales représentent seulement un quart des dépenses de soins de longue durée**. Autrement dit, le système français favorise les dépenses médicales (hôpital, ambulatoire et domicile) par rapport aux dépenses sociales.

Cette tendance historique n'est pas propre à la France, qui est même située parmi les pays qui privilégient le plus les dépenses sociales par rapport aux autres pays. En moyenne dans les pays de l'OCDE, seulement 17 % des dépenses de soins de longue durée sont des dépenses sociales.

Répartition des dépenses de soins de longue durée

(en % du PIB en 2018 ou plus récent)



Source : OCDE, 2019.

Mais ce déséquilibre entre les dépenses sociales et médicales est préoccupant, car les besoins en soins sociaux des personnes âgées fragiles sont très importants et qu'ils augmentent fortement à mesure que les personnes perdent leur autonomie.

Par exemple, des travaux sur des données européennes montrent qu'au sein d'une population de personnes âgées de plus de 75 ans, une diminution même marginale de la **force de préhension**, force maximale de la main, s'accompagne d'une hausse significative du recours aux auxiliaires de vie à domicile. Par ailleurs, les personnes âgées fragiles mais non encore dépendantes, ont **un recours accru aux portages des repas à domicile, aux aides à domicile, aux aides au transport et à l'aide apportée par des proches aidants**.

Équilibrer « care » et « cure » : des exemples de succès à l'étranger

Plusieurs pays dépassent la France dans l'objectif d'un équilibre entre les dépenses sociales et sanitaires. On trouve parmi eux les **Pays-Bas**, le **Danemark** et la **Finlande**. Dans ces trois pays, près du tiers des dépenses de soins de longue durée est consacré aux dépenses sociales. L'exemple néerlandais est intéressant, car plusieurs solutions ont été déployées pour permettre de **cantonner les admissions hospitalières aux cas les plus sévères**. Les travaux de l'OCDE montrent qu'une priorité est donnée à la formation et au recrutement d'infirmières spécialisées dans la gestion des besoins des personnes âgées et de leurs parcours de soins. L'ambition est de déployer ces **« case managers »**, dans l'ensemble des régions et de les placer au cœur d'un véritable « réseau » de soins de longue durée organisé autour des personnes âgées.

L'autre exemple mis en avant par l'OCDE est celui de la **Norvège**, qui est l'un des pays qui promeut le plus la **spécialisation des infirmiers**

... / ...

dans le secteur, avec la création de masters en « *leadership services* » qui débouchent sur l'embauche de personnels spécialisés dans la gestion des plans de soins pour les personnes en situation de perte d'autonomie. Enfin, le **Danemark** insiste sur le développement de **centres d'activités réservés aux seniors**, avec l'organisation d'espaces multi-ludiques (activités sportives et artistiques, cours de langues, jeux d'échecs, etc.). Ces initiatives sont très souvent publiques et composées à majorité de bénévoles, en charge de l'animation des ateliers. En d'autres termes, l'offre de soins pour le grand âge dans ce pays est tournée vers la société et met l'accent sur **des soins sociaux utiles aux personnes âgées**.

Les pays qui ont su rééquilibrer les dépenses entre le « cure » et le « care » axent en effet leur politique sur la question de la « pertinence » des soins apportés aux patients seniors. Rien qu'en soins ambulatoires, les fragiles dépensent chaque année en France 1 500 euros de plus que les personnes âgées robustes. Tous ces soins apportent-ils une réelle valeur aux patients en termes de gains de qualité de vie ? Sont-ils centrés sur leurs intérêts ? **La collecte systématique des données de qualité de vie par les questionnaires PROMs (patient-reported outcome measures) lors du recours aux soins pourrait dans le futur permettre de mesurer quelle est la pertinence des soins reçus**, c'est-à-dire si ces soins améliorent réellement leur qualité de vie. Plusieurs pays ont mis en place des solutions dans l'objectif de réaliser des économies en évitant la réalisation trop systématique d'actes qui ne sont pas toujours pertinents, comme par exemple des opérations de la hanche. Les **Pays-Bas** sont très en avance sur la création de registres de données permettant de mieux apprécier le service rendu par les soins professionnels¹¹⁷.

.../...

Au **Danemark**, les municipalités co-fincent (avec la région) l'offre de soins hospitalière ; c'est donc dans leur avantage de développer la prévention, pour réduire notamment les hospitalisations. Les villes financent alors des programmes de réhabilitation et développent une offre de soins adaptée aux besoins du territoire.

Source : Thomas Rapp pour l'Institut Montaigne, « Comparaisons internationales sur la prévention de la perte d'autonomie », 2020.

Les données de l'OCDE révèlent un autre déséquilibre dans l'allocation des dépenses de soins de longue durée, qui sont souvent en faveur des soins en établissement. En France, **près des trois quarts des dépenses totales sont allouées vers les établissements, alors qu'en moyenne dans les pays de l'OCDE seulement la moitié des dépenses de soins de longue durée y est consacrée**¹¹⁸.

La question de l'intégration des parcours de soins entre le domicile, les établissements et l'hôpital est centrale. Elle est promue par l'OMS dans son approche « **SIPA** »¹¹⁹, soins intégrés pour les personnes âgées. Elle est particulièrement importante pour les personnes âgées fragiles, qui ont à la fois de forts besoins sanitaires et sociaux, mais pour lesquels l'offre de soins proposée par des acteurs souvent très différents est rarement coordonnée et peu intégrée. Il reste encore beaucoup à faire en France dans ce domaine.

L'impact peu significatif du dispositif « Paerpa » (parcours de santé des aînés) mis en place par le Ministère de la santé en 2014 souligne les progrès qu'il reste à accomplir pour améliorer la coordination entre les soins de ville et l'hôpital et **la crise du Covid-19 a tristement révélé les carences de notre système pour l'organisation de prise en charge de ces parcours.**

118 OCDE, « *Health at a Glance* », 2019.

119 OMS, « *Soins intégrés pour les personnes âgées (SIPA) : Directives applicables aux interventions communautaires liées au déclin des capacités intrinsèques* », 2017.

La crise du Covid-19 remet en lumière le besoin français de passer d'une prise en charge hospitalo-centrée et fondée sur les établissements d'accueil de personnes âgées, à une approche multidimensionnelle fondée sur le soutien dans de bonnes conditions à domicile. Alors que plus de 40 % des décès attribués au Covid-19 ont eu lieu dans des EHPAD et que l'équipement et le nombre d'effectifs dans ces établissements posent toujours question, la France doit s'engager sans tarder dans une remise à plat de son système de prise en charge des personnes âgées qui ont besoin d'assistance.

De ce point de vue, la crise sanitaire fait ressortir la question de la prise en compte et de la prise en charge des seniors. L'essentiel des besoins de ces populations sont renforcés et renouvelés par la crise : besoin d'un logement adapté (habitat inclusif¹²⁰) ; réinvention du modèle de prévention, du système et du parcours de soin ; intégration des nouvelles technologies dans l'aide aux personnes âgées, sans aggraver la fracture numérique, etc.

Le rapport du Sénat intitulé « *Bien vieillir chez soi : c'est possible aussi !* » de mars 2021 va même plus loin en recommandant un arrêt de construction de places en EHPAD dans les prochaines années, ce qui ne paraît pas réaliste pour la prise en charge des personnes très dépendantes. En effet, la Suède a fait ce choix il y a plusieurs années et se trouve désormais confrontée à la difficulté de prendre en charge des personnes âgées nécessitant des soins réguliers. Sans EHPAD, le risque de laisser de côté les plus fragiles et les plus isolés demeure important. En revanche, une nouvelle stratégie en matière de rôle et d'organisation de ces établissements d'accueil est plus que jamais nécessaire.

Les politiques de « désinstitutionnalisation » des soins : répondre à un besoin croissant des personnes de vieillir chez elles

La France peut s'inspirer de plusieurs mesures mises en place à l'étranger. Par exemple, le recours accru aux dispositifs de **télémédecine** en établissement et au domicile (comme c'est le cas en Norvège) et le **déploiement d'équipes gériatriques mobiles** pourraient apporter des solutions. Plusieurs pays de l'OCDE ont également mis en place des mesures pour **étendre le rôle des infirmiers**. Par exemple, les infirmières à domicile au **Portugal** et aux **Pays-Bas** reçoivent des formations hospitalières pour accompagner les sorties des patients de l'hôpital. Certains pays ont introduit des mécanismes de pénalités. Aux États-Unis, « l'*Affordability Care Act* » (aussi appelé « *ObamaCare* ») a introduit en 2011 un système de **pénalités financières pour les hôpitaux dont les patients qui sortent sont ré-hospitalisés dans les 30 jours** qui suivent leur décharge. En **Norvège**, les municipalités doivent prendre à leur charge une partie des frais d'hospitalisation des personnes âgées lorsqu'elles concernent des admissions pour raisons évitables.

Plus généralement, la plupart des pays de l'OCDE (États-Unis, Canada, Pays nordiques, etc.) ont entrepris depuis plus de dix ans une réallocation de leurs dépenses publiques, en consacrant **une part croissante des dépenses totales aux soins à domicile**. Parmi les pays qui ont fourni l'effort le plus important, l'exemple américain est très intéressant. Aux **États-Unis**, le « *Balancing Incentive Program* » était l'un des axes importants de l'*ObamaCare*. Ce programme a conduit à investir 2,4 milliards de dollars sous la forme d'un abondement fédéral aux dépenses Medicaid engagées par les États et destinées aux plus

.../...

120 Cf. notamment la mission confiée par le Gouvernement à Luc Broussy sur l'adaptation de l'habitat au vieillissement, en décembre 2020.

démunis¹²¹. Au total, 21 États ont participé à ce programme, en s'engageant à consacrer entre 25 et 50 % des dépenses Medicaid en direction des soins de long-terme dispensés à domicile. Des analyses récentes suggèrent que **ces politiques de soutien aux soins à domicile ont permis de réduire sensiblement les risques de recours aux soins en établissement chez les plus de 65 ans.**

Ces politiques dites de « désinstitutionnalisation », qui ont également la faveur de la Commission européenne, répondent à deux objectifs : répondre à un besoin croissant des personnes de vieillir chez elles, et orienter l'offre vers des soins à domicile, qui sont *a priori* moins onéreux et ont souvent la préférence des personnes âgées. Par exemple, il semble pertinent de réduire la division entre les soins à domicile et les soins en EHPAD, en transformant ces derniers en plateformes d'hébergement. Le recours à des solutions d'hébergement temporaire permet de réduire le fardeau psychologique ressenti par les aidants familiaux sans impacter négativement la qualité de vie des malades.

Source : Thomas Rapp pour l'Institut Montaigne, « Comparaisons internationales sur la prévention de la perte d'autonomie », 2020.

2. Les conséquences sociales : des seniors de plus en plus isolés

2.1. L'accès aux services publics et de solidarité

La crise sanitaire et en particulier le confinement généralisé de la population ont à la fois révélé et accentué l'importance d'un **accès simple et facilité aux services publics** et aux services du quotidien pour les seniors.

Comme le souligne l'étude des Petits frères des Pauvres¹²² sur le confinement, un phénomène existant pré-crise s'est considérablement renforcé : d'une part, dans les zones urbaines, **un relatif manque de solidarité mais en partie compensé par une plus grande présence de services du quotidien** (dont les services publics) ; d'autre part, dans les zones rurales moins denses, **un manque de services du quotidien en partie compensée par les solidarités locales.**

Or, ce sont précisément dans les zones peu denses que la proportion de personnes âgées vivant seules, et ainsi potentiellement plus en besoin d'aide pour les services du quotidien, est importante. Le cas de territoires ruraux comme le Cantal est assez évocateur, lorsque l'on met en relief le type de services dont peuvent avoir besoin les seniors et le faible équipement des communes dans lesquelles ils résident.

121 Travaux de Thomas Rapp pour l'Institut Montaigne, 2020.

122 Petits frères des Pauvres, « Isolement des personnes âgées : les effets du confinement l'isolement de nos aînés est une vraie distanciation sociale. », juin 2020.

Accès aux équipements d'un panier de services « seniors » en France et dans le Cantal

	Part des communes équipées		Part des seniors habitant une commune équipée		éloignement et temps d'accès aux équipements (en minutes)			
	France métro-pole	Cantal	France métro-pole	Cantal	des communes	des seniors	des communes non équipées	des seniors habitant une commune non équipée
Personnes âgées - service d'aide	10,6 %	0,4 %	49,7 %	17,6 %	32,9	25,7	33,0	30,5
Urgence	1,5 %	1,2 %	32,9 %	24,9 %	31,2	22,5	31,6	28,7
Spécialiste cardiologie	2,9 %	1,5 %	45,0 %	27,3 %	27,5	19,2	27,9	25,3
Laboratoire d'analyse médicale	5,5 %	1,9 %	56,3 %	28,8 %	24,7	16,9	25,1	22,6
Cinéma	3,3 %	1,9 %	40,7 %	28,7 %	25,9	17,6	26,4	23,4
Magasin d'optique	10,0 %	3,8 %	66,0 %	36,7 %	19,7	12,9	20,4	19,2
Personnes âgées - soins à domicile	5,1 %	4,2 %	46,7 %	35,6 %	18,3	12,4	19,1	17,7
Personnes âgées - hébergement	15,5 %	11,5 %	71,7 %	54,3 %	11,6	6,6	12,8	11,9
Masseur kinésithérapeute	23,5 %	12,3 %	81,0 %	56,4 %	11,7	6,4	13,0	11,8
Bassin de natation	7,9 %	12,7 %	54,9 %	50,0 %	12,1	8,1	13,4	12,3
Plateau extérieur ou salle multisport	31,1 %	14,6 %	75,4 %	45,0 %	12,8	8,5	14,5	13,3
Pharmacie	22,9 %	16,2 %	81,7 %	63,0 %	9,8	5,3	11,3	10,5
Médecin omnipraticien	27,0 %	17,7 %	83,8 %	64,1 %	9,3	4,7	10,8	10,0
Infirmier	30,5 %	20,0 %	84,6 %	66,5 %	8,7	4,7	10,4	9,6
Boulodrome	41,1 %	25,4 %	78,9 %	63,5 %	9,4	5,6	11,8	11,1
Tennis	36,6 %	29,2 %	84,4 %	69,2 %	7,7	4,8	9,8	9,2

Source : Schémas départementaux d'accessibilité des services au public en Auvergne-Rhône-Alpes, 2017.

La crise n'a fait qu'amplifier ce phénomène, entre désorganisation des services publics du fait du télétravail imposé aux agents et de la fermeture des lieux qui sont habituellement des lieux de sociabilité et de services cruciaux pour les personnes âgées, comme les petits commerces.

Heureusement, de nombreuses initiatives, de la part d'entreprises, de collectivités ou d'associations se sont développées à la faveur de la crise, pour garantir des services essentiels à ces populations.

Les initiatives d'aides et d'accompagnement aux seniors en plein essor pendant la crise

Outil de lutte contre l'isolement et de prestation de services en même temps, **le portage de repas** qui existait avant la crise a connu un essor considérable pendant les périodes de confinement, à destination des seniors essentiellement.

Si les centres communaux d'action sociale sont en première ligne de ce type de démarche, la **Croix rouge** a également développé ce service, ainsi que **le portage de médicaments** pendant le confinement. L'association a pu s'appuyer sur son rayonnement considérable, avec 40 000 personnes accompagnées (essentiellement des seniors). Elle a aussi ouvert **une ligne d'urgence** pour accompagner les seniors pendant la période.

En complément, **La Poste** a développé une offre de **portage de repas** en liaison froide six jours sur sept à destination des collectivités territoriales intéressées, qui sont souvent les initiatrices de ces aides avec leurs centres communaux d'action sociale (CCAS). .../...

De même, l'association **Mon Émile** (en lien avec l'entreprise MonEmile Business, qui accompagne les seniors dans les établissements professionnels), s'est constituée pendant la crise. Structure souple, elle a pour objet une démarche d'aller vers les personnes qui pourraient rencontrer des difficultés et de les accompagner dans les champs de la vie les plus divers : **faire des courses, utiliser le numérique, mobilité dans les centres urbains**, etc. Entre mars et octobre 2020, 3 000 bénévoles avaient pu accompagner 2 400 personnes.

2.2. L'isolement des seniors en ville comme dans les territoires ruraux

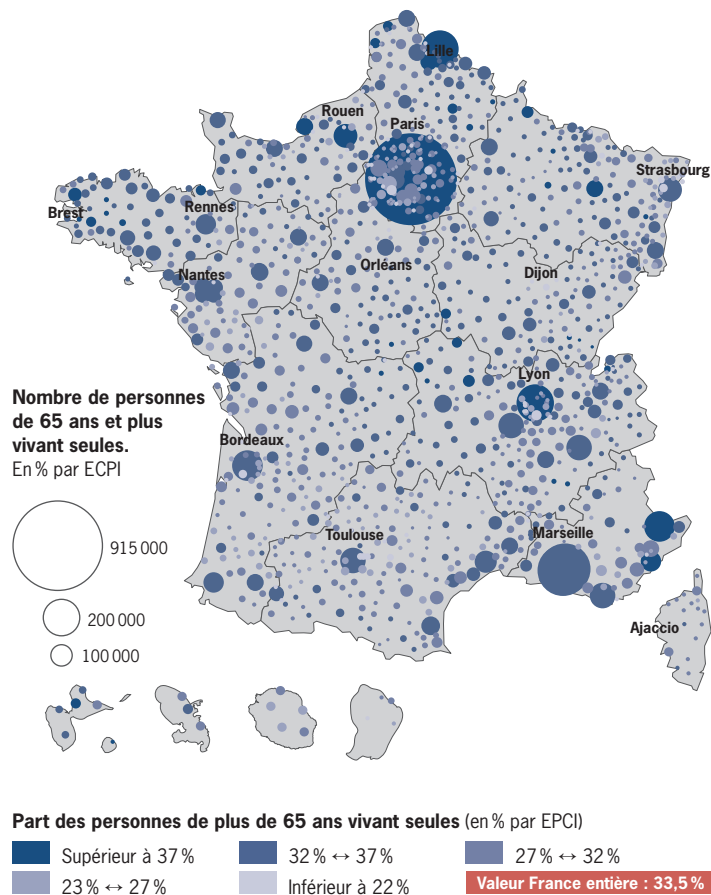
Le phénomène d'isolement des seniors existe de longue date et avait déjà été cruellement mis en lumière au moment de la canicule à l'été de l'année 2003. Il s'est renforcé avec la crise.

S'il est difficile d'en définir de manière robuste les contours statistiques, les quelques données disponibles donnent une idée de l'ampleur du phénomène de l'isolement des seniors. Selon l'Insee, 3% des personnes de plus de 16 ans souffraient d'isolement (au sens où elles déclarent avoir au plus une rencontre physique ou un contact distant par mois avec leur réseau social) en 2019¹²³, soit environ 1,5 millions de personnes. Parmi celles-ci, environ 50% des personnes étaient âgées de plus de 50 ans et 25% de plus de 65 ans (Insee, 2015).

Cet isolement se retrouve géographiquement dans les **métropoles** du fait de la concentration de la population française (et en particulier dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville, où la solitude des aînés serait 5 points plus élevée que dans les autres territoires selon les Petits frères des Pauvres) mais aussi, assez fortement en proportion, dans les **zones peu denses**.

123 Insee, n° 1 770, « 3% des individus isolés de leur famille et de leur entourage : un cumul de difficultés socioéconomiques et de mal-être », septembre 2019.

Proportion de personnes de plus de 65 ans vivant seules sur le territoire



Source : Observatoire du vieillissement, 2017.

Avant la crise, et de manière concordante avec les statistiques *infra*, les Petits frères des pauvres recensaient ainsi 900 000 personnes âgées isolées, soit 6 % des plus de 60 ans (isolement à la fois du cercle familial et social) et parmi elles, **300 000 en situation de « mort sociale », c'est-à-dire isolées des quatre cercles de sociabilité** : familial, amical voisinage, réseaux associatifs¹²⁴.

Les rapports sociaux constituent pourtant, du point de vue même des seniors, un des déterminants fondamentaux de leur épanouissement.

D'après un sondage de 2019 de l'institut CSA¹²⁵ à propos des préoccupations des seniors, si les inquiétudes sur le bien-veillir concernent logiquement les évolutions physiques et physiologique (difficultés de santé, pertes sensorielles) et les changements concrets associés (adaptation du logement, séjour en établissement hospitalier, installation dans un établissement de longue durée par exemple), **les rapports sociaux dans toutes leurs dimensions (fréquence des contacts, attitude des plus jeunes à leur égard, etc.) font partie des préoccupations des personnes les plus âgées.**

Les seniors ont été fortement touchés par l'isolement accentué du fait de la crise sanitaire et des mesures de confinement instaurées durant la pandémie. Ainsi, toujours selon l'enquête menée en 2020 par les Petits frères des pauvres¹²⁶, 720 000 seniors n'ont eu aucun contact avec leur famille pendant le confinement ; 13 % ont ressenti de la solitude de façon régulière ; 15 % des plus de 60 ans ne seraient pas sortis pendant le premier confinement.

Plus largement, le confinement a eu un impact négatif sur le moral (41 % des plus de 60 ans interrogés) et la santé physique (31 % des personnes interrogées), avec de potentielles conséquences à court et moyen terme.

La mission de Jérôme Guedj pendant la crise sanitaire

Le 24 mars 2020, le ministre de la Santé a confié à Jérôme Guedj une mission afin « d'identifier les leviers qui sont aujourd'hui à la main des pouvoirs publics, des acteurs de terrain et de la société civile pour combattre l'isolement des aînés, pour le temps de crise mais aussi pour la période qui suivra » et « de proposer et de coordonner un dispositif opérationnel de mobilisation ». Trois rapports successifs sont rendus au mois d'avril et un rapport final en juillet¹²⁷.

Au-delà de préconisations classiques mais décisives (maintien d'un contact régulier, prise de conscience des personnes âgées dans l'environnement proche), plusieurs propositions novatrices ont été formulées et dépassent largement le cadre de la pandémie :

- **L'inscription de la lutte contre l'isolement dans la mission des professionnels médicaux et para-médicaux** (intervention à domicile, établissements) ;
- **L'ouverture des établissements aux territoires de santé et aux structures sociales ou éducatives** (jumelage EHPAD – écoles, clubs sportifs, lieux d'accueil et de diffusion culturelle) ;
- **La plus grande implication des élus locaux**, qui sont les plus à même de coordonner la mobilisation sur leur territoire (ligne départementale d'écoute, registres canicule, outil commun pour évaluer les fragilités, systèmes de parrainage par exemple).

Les aidants familiaux, déjà sur-sollicités en temps ordinaire, ont parfois été le seul recours pour les seniors isolés et qui avaient besoin d'assistance. Ils se sont ainsi souvent retrouvés en position de soignants, tout en ayant peur de transmettre la maladie.

124 Petits frères des pauvres, « Étude isolement et territoires des personnes âgées », 2019.

125 CSA, « Les français, les seniors, et le « bien vieillir », 2019.

126 Petits frères des pauvres, « Étude isolement et territoires des personnes âgées », 2019.

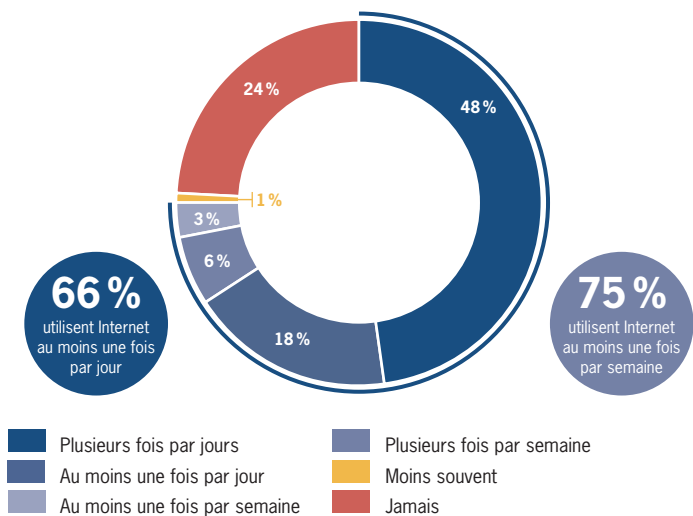
127 Jérôme Guedj, « Déconfinés mais toujours isolés ? La lutte contre l'isolement, c'est tout le temps ! », juillet 2020.

Cette situation très difficile, qui pourrait être amenée à se reproduire et à se prolonger, appelle la **mise en place du plan gouvernemental « Agir pour les aidants »** lancé en octobre 2019, qui prévoyait pour 2020 un numéro téléphonique national de soutien, un congé indemnisé pour les aidants en activité professionnelles et le renforcement des structures de répit, désormais prévu pour 2022¹²⁸.

2.3. Le numérique comme outil incontournable de lien entre les générations

Contrairement aux préjugés largement répandus, les outils numériques jouent un rôle prépondérant et croissant pour les personnes entre 60 et 80 ans : **les deux tiers des seniors utilisent internet au moins une fois par jour.**

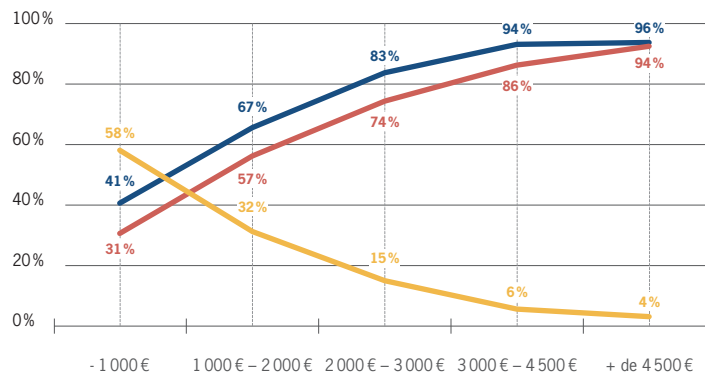
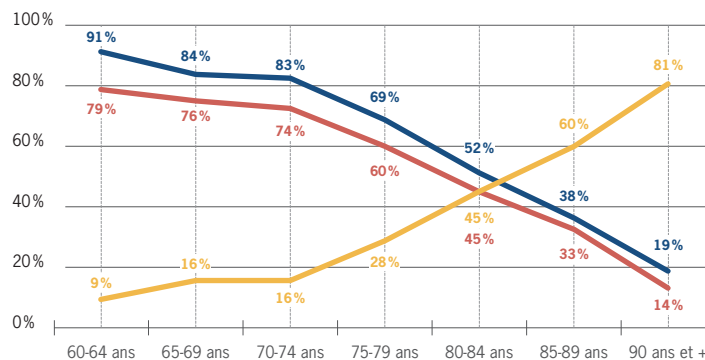
Fréquence d'utilisation d'Internet
(courriels, réseaux sociaux, appels en visio)



128 Cf. le plan gouvernemental « Agir pour les aidants », 2019.

Fréquence d'utilisation d'Internet

(courriels, réseaux sociaux, appels en visio)



■ % total utilise Internet au moins une fois par semaine
■ % total utilise Internet au moins une fois par jour
■ % n'utilise pas Internet

Source : Petits frères des pauvres, étude « Isolement et solitude des personnes âgées », 2020.

Des disparités importantes sont cependant à noter, puisque 16% des 65-69 ans n'utilisent jamais internet et que cette proportion varie largement en fonction du revenu des personnes concernées.

Dans le contexte du confinement, **le numérique a pu être un vecteur de lien familial et social déterminant et l'adoption des outils numériques a probablement connu une accélération à la faveur de la crise**. Pour un tiers d'entre eux, internet a été indispensable pour le confinement et pour la quasi-totalité d'entre eux, il a été une aide pour supporter le confinement.

Lutter contre l'isolement social grâce au numérique, l'exemple de Famileo

Famileo est une start-up créée en 2015 qui permet aux grands-parents de recevoir des nouvelles de leurs proches sous forme de gazettes, distribuées dans les maisons de retraite ou à domicile.

Passerelle tendue entre générations, **la gazette familiale Famileo transforme les photos, mails, SMS et murs Facebook en journal papier pour les aînés**¹²⁹.

À partir d'un site Web, les proches de la personne âgée s'inscrivent, choisissent une formule d'abonnement, puis téléchargent une application mobile. Ils accèdent alors à un réseau social privé et sécurisé où ils postent messages et photos. Ces contenus sont ensuite imprimés et mis en page sous forme de journal papier personnalisé.

À l'été 2020, Famileo compte une trentaine de salariés pour 700 000 utilisateurs actifs et 100 000 familles utilisatrices.

À l'inverse, on voit se renforcer **une fracture socio-numérique qui a tenu isolées de la société les personnes les plus âgées, à la situation socio-économique fragile** – une fracture devenue une urgence à la lumière de la crise sanitaire. Au-delà de l'isolement, cette divergence croissante a un impact sur l'égalité d'accès aux services publics et aux services du quotidien dont la dématérialisation s'accélère.

En matière de lutte contre l'isolement comme d'accès aux services du quotidien, loin des idées reçues, **les outils numériques constituent une solution à part entière** – pour peu que leur usage soit facilité pour les populations les plus âgées, et que celles-ci soient réellement accompagnées.

Lutter pour l'inclusion numérique des aînés, l'exemple de WeTechCare

Depuis 2016, l'association WeTechCare agit pour accélérer l'inclusion numérique auprès des acteurs de terrain.

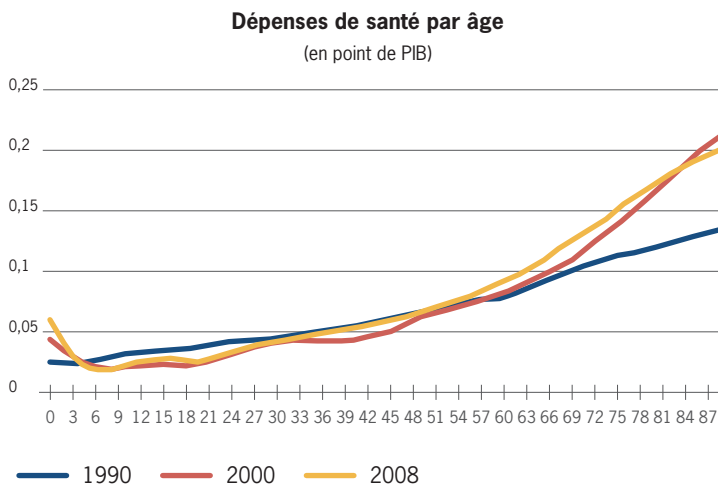
L'objectif qu'elle se fixe est de **rapprocher du numérique les publics les moins initiés ou les moins motivés** et de travailler à la fois sur les usages contraints – liés à la dématérialisation des services publics – et sur les usages du quotidien (souvent plus motivants) – mobilité, lien social, e-santé, bien-vieillir, employabilité.

L'association développe une offre de conseil et d'accompagnement auprès des collectivités, des opérateurs de services et des structures publics : Département, Métropole, Pôle Emploi, Missions locales, etc.

L'association accompagne 17 collectivités en 2010 et 12 000 aidants s'appuient sur les programmes de l'association pour développer les usages numériques.

3. Les enjeux financiers : le défi de l'efficacité et de la pertinence des dépenses sociales et de santé

Le vieillissement de la population a un impact direct sur **la croissance des dépenses publiques de santé**, avant tout du fait de la plus grande consommation de soins par les seniors, dont le recours relatif par rapport aux plus jeunes s'est d'ailleurs accru tendanciellement ces dernières décennies.



Source : Comptes de transferts nationaux, à partir de l'enquête ESPS (1992) et des enquêtes EPAS (2000, 2008).

En particulier, les dépenses publiques liées aux affections de longue durée (qui se concentrent chez les plus âgés) sont de plus en plus le fait des plus de 60 ans (59,2 % des assurés en ALD en 2011 contre 61,5 % en 2016), reflet du phénomène général de vieillissement.

La crise a bien sûr eu un impact inédit sur les finances de notre système de santé, qui dépasse de loin la seule question du vieillissement et est en partie dû aux mesures prises dans le cadre du « Ségur de la santé » à l'été 2020. En réponse à la crise, une négociation a eu lieu pour **transformer les métiers et revaloriser les professionnels de santé et du médico-social**, mener une politique d'investissement massive, simplifier les organisations et fédérer les acteurs de la santé dans le territoire. Plus que jamais, **un travail sur l'efficience du système de soins s'avère indispensable**. Les mesures annoncées devraient donc revenir à près de 8 milliards d'euros d'ici 2021.

Le Ségur de la santé et les seniors

Outre les mesures de revalorisation des rémunérations et d'amélioration de l'organisation à l'hôpital, de nature à améliorer en général la qualité des soins pour l'ensemble des usagers, les mesures annoncées le 21 juillet 2020 par le ministre de la Santé concernent pour certaines très directement les seniors :

- une meilleure prise en charge des personnes âgées, avec des parcours d'admissions directes non programmées à l'hôpital pour celles-ci afin d'éviter les passages aux urgences inutiles ;
- des astreintes sanitaires spécifiques dans les EHPAD et la mise en place de « hotlines gériatriques » pour faire le lien entre médecin coordonnateur des EHPAD et médecins de ville ;
- la rénovation des EHPAD, avec une enveloppe de 2,1 milliards d'euros dont 0,6 milliards d'euros consacré aux outils numériques.

4. La place des seniors dans notre société : un débat devenu essentiel

La crise a révélé la place ambivalente accordée aux seniors dans la société.

D'une part, **la crise du Covid-19 a été l'occasion d'un choix social très fort à un prix socio-économique inédit** : celui de confiner l'ensemble d'un pays, par deux fois, puis de lui imposer des restrictions de mobilité, d'activité sans précédent pour protéger les publics les plus vulnérables au virus, c'est-à-dire avant tout les personnes âgées¹³⁰.

Mais **la crise sanitaire a aussi fait ressortir des traits structurants de notre perception des seniors et de la place que leur confère la société**. Des discours contradictoires se sont faits entendre pour d'un côté protéger nos aînés et éviter la saturation des services de réanimation et de l'autre, des appels à ne surtout pas confiner pour ne pas mettre en péril l'économie. Pourtant, protéger les « vieux », ne veut pas dire que l'on sacrifie les « jeunes ».

Les débats autour des confinements réussis

- **L'appel de l'Académie de médecine contre « l'âgisme » (avril 2020)**

L'Académie de médecine dans un communiqué du 18 avril 2020, s'est émue de l'âgisme et des « tensions intergénérationnelles » à l'œuvre dans la société. Elle a notamment formulé trois types de recommandations :

.../...

- Ne jamais utiliser le critère d'âge pour l'allocation ou la répartition des biens, ressources, moyens thérapeutiques ;
- Substituer la notion de distanciation physique à celle de distanciation sociale, pour mieux faire comprendre que le respect des gestes barrières n'implique pas l'isolement ;
- Accorder aux adultes âgés les plus vulnérables une attention particulière.

• **La tribune de Christian Gollier dans Le Monde (novembre 2020)**¹³¹

Dans une tribune intitulée « Covid-19 : Confiner les personnes vulnérables, plutôt que les jeunes et les actifs », l'économiste Christian Gollier plaide pour **des mesures différenciées selon les âges** : « Depuis mars, les personnes de 65 ans et plus représentent trois hospitalisations Covid sur quatre et neuf décès sur dix. Pourquoi confiner les jeunes et les actifs pour protéger les personnes vulnérables, alors que confiner directement ces dernières serait à la fois plus efficace d'un point de vue médical et beaucoup moins coûteux d'un point de vue économique ? Réussir enfin la protection des plus vulnérables, c'est sauver beaucoup de vies, mais aussi réduire massivement la pression sur le monde médical pour permettre de relâcher les contraintes sur les jeunes et les actifs ».

Par ailleurs, la crise a souligné **l'absence de porte-voix de ces catégories de population au sein de la société** : les associations de retraités, les représentants des usagers dans les établissements médico-sociaux ont été peu audibles alors qu'ils auraient pu jouer un rôle majeur dans le débat public. Cette absence marquante a renforcé **l'invisibilité sociale de ces**

130 Institut Montaigne, « Durcir le confinement des seniors : sortir du débat par le haut », novembre 2020.

131 Le Monde, Covid-19 : « Confiner les personnes vulnérables, plutôt que les jeunes et les actifs », novembre 2020.

populations, les plus affectées par le virus, et sans doute contribué à la forme d'infantilisation de ces publics dans la gestion de la crise, sans cesse considérés (à juste titre en partie) comme des victimes potentielles, mais trop peu comme des personnes responsables.

Enfin, la crise sanitaire que nous vivons semble avoir fait ressortir un trait français : **l'approche excessivement « technique » de la « prise en charge » des seniors, toujours focalisée sur le matériel, les traitements, les services de réanimation, le vaccin**, etc. Comme l'écrit Alice Casagrande, présidente de la Commission de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance des personnes vulnérables « *nous aimons la vulnérabilité que nous pouvons secourir techniquement* »¹³². Cette approche, quoique fondée, a tendance à négliger la dimension de « care », tout aussi vitale, qui s'appuie sur **l'accompagnement, la construction d'un lien fort et respectueux avec la personne, la vulnérabilité individuelle**.

132 V. Edin, Usbek et Rica, « *La crise du Covid-19, c'est la victoire d'une manière très technicisée d'intervenir pour autrui* », 27 avril 2020.



POUR UNE STRATÉGIE AMBITIEUSE D'ACCÉLÉRATION DU BIEN-VIEILLIR À L'HORIZON 2030

1. Tableau de bord : fixer des objectifs clairs pour une mise en œuvre rapide

Le plan de relance prévoit des « **Stratégies d'accélération** » mais le bien-vieillir n'a pas été identifié parmi les stratégies d'accélération prioritaires.

Pourtant, l'évolution démographique que constitue le vieillissement doit inciter les décideurs publics à **repenser la place et le rôle des seniors et à construire une société adaptée à ces mutations**. Pour bâtir une stratégie ambitieuse d'accélération du bien-vieillir, il est indispensable de se donner **quatre objectifs clés d'ici 10 ans**.

Objectif 1 : valoriser la contribution des seniors à notre société en y intégrant l'activité bénévole associative. D'ici 2030, passer à 60 % le taux d'activité des 55-64 ans en France (57 % actuellement) et à 80 % en incluant les activités associatives.

Proposition 1. Faire de la formation tout au long de la vie une réalité pour les seniors.

Proposition 2. Être à la hauteur des aidants en doublant le « droit au répit ».

Proposition 3. Supprimer les barrières d'âge dans la transition entre la vie active et la retraite.

Proposition 4. Reconnaître l'utilité sociale et valoriser l'engagement des seniors dans le bénévolat.

Objectif 2 : vivre mieux chez soi et plus longtemps. D'ici 2030, réduire de moitié la durée des séjours hospitaliers des plus de 65 ans¹³³ grâce à une prise en charge médicalisée à domicile.

Proposition 5. Désigner une communauté de référents « nouvelle vie » au sein de chaque service public dans les territoires.

Proposition 6. Généraliser le « diagnostic logement autonomie » en offrant un dispositif de guichet unique d'aide à l'adaptation du logement.

Proposition 7. Transformer la ville au service de nos aînés, afin de l'adapter au vieillissement démographique.

Objectif 3 : vivre en meilleure santé et prévenir la perte d'autonomie.

D'ici 2030, gagner un an d'espérance de vie en bonne santé à la naissance ; diviser par deux le nombre de résidents en EHPAD de moins de 80 ans (environ 5 % des résidents aujourd'hui) ; diviser par deux la perte d'autonomie liée à l'hospitalisation des plus de 70 ans (aujourd'hui, de 30 à 60 % pour les plus de 70 ans).

Proposition 8. Instaurer une règle d'or attribuant 1 euro de dépenses en faveur de la prévention de la perte d'autonomie pour 10 euros de dépenses curatives.

Proposition 9. Dépister et prévenir les fragilités liées à l'état santé.

Proposition 10. Former et accompagner les professionnels médicaux et paramédicaux, les professionnels du domicile et les aidants au dépistage de l'existence de fragilités.

Objectif 4 : adapter l'ensemble de notre économie aux enjeux du vieillissement.

Proposition 11. Soutenir la Silver économie en investissant dans les innovations et la R&D pour le bien-vieillir.

Proposition 12. S'appuyer sur des outils digitaux performants pour améliorer le recueil de données de santé dans le champ du vieillissement.

L'atteinte de ces objectifs et le déploiement de la stratégie d'accélération devront passer par la mobilisation de l'ensemble de la société à plusieurs échelles.

- **La mobilisation de l'individu :** une stratégie du bien-vieillir ne fonctionne que si elle associe étroitement les principaux concernés. Cette mobilisation doit prendre la forme de campagnes d'information nationales et ciblées sur les jeunes seniors et les professionnels de santé pour permettre une prise de conscience des évolutions des comportements et des actions à réaliser.

L'exemple de la dernière consultation citoyenne mise en place début 2021 par la plateforme make.org confirme que la société de la longévité se prépare. La ministre déléguée à l'autonomie Brigitte Bourguignon a déclaré lors de la présentation des résultats : « *Le succès de cette consultation me conforte dans l'idée que le combat pour changer le regard sur l'âge doit mobiliser toute la société. Je crois profondément que le lien intergénérationnel est la clé du vivre ensemble demain*¹³⁴. »

- **La construction d'une société plus inclusive :** la société dans son ensemble doit devenir inclusive, ce qui implique une mobilisation citoyenne, des représentants élus et syndicats et des corps intermédiaires, dans le déploiement de cette stratégie d'accélération reposant sur la solidarité intergénérationnelle.
- **L'implication des professionnels de santé :** que ce soient les professions médicales ou paramédicales et du domicile, ils doivent être mieux formés à ces enjeux et jouer un rôle dans l'information auprès des patients.
- **La volonté d'agir des décideurs publics :** le déploiement d'une telle stratégie ne peut se faire qu'en présence d'une volonté politique forte et d'un discours construit de façon positive en faveur de la cohésion sociale et de la dynamique économique.
- **Le recours aux nouvelles technologies :** cette stratégie du bien-vieillir ne pourra se diffuser et se matérialiser dans la société que si elle est transmise à chacun. Dans cette transmission et cette mobilisation, les nouvelles technologies jouent un rôle clé.

¹³³ En 2017, selon la DREES, la probabilité d'hospitalisation post-urgences des plus de 75 ans était 2,6 fois plus élevée que celle des 15-74 ans, toutes choses égales par ailleurs (DREES, étude 1 007, mars 2017).

¹³⁴ Hospimedia, « La dernière consultation citoyenne confirme que la société de la longévité se prépare », 11 mai 2021.

La création de la 5^e branche de la sécurité sociale consacrée à l'autonomie doit être l'occasion de construire une gouvernance nationale capable d'animer sur le terrain les acteurs responsables de la prévention (départements, caisses de retraite, acteurs de l'habitat et du logement, etc.).

Ainsi, **cette stratégie d'accélération du bien-veillir pourrait être portée par la 5^e branche** dont l'objectif serait de rédiger et de s'assurer du bon déroulé de la stratégie de prévention sur l'ensemble du territoire.

2. Recommandations : prendre des mesures concrètes pour agir prioritairement sur 4 axes

Axe 1 : Valoriser la contribution des seniors à la société

Proposition 1. Faire de la formation tout au long de la vie une réalité pour les seniors

La formation tout au long de la vie est un concept de politique publique qui n'a pas de réalité pour les seniors. Cette notion, apparue dans les objectifs de la Commission européenne au début des années 2000 afin d'améliorer le taux d'activité dans les pays européens, vise à mener « *toute activité d'apprentissage entreprise à tout moment de la vie, dans le but d'améliorer les connaissances, les qualifications et les compétences, dans une perspective personnelle, civique, sociale et/ou liée à l'emploi* ». Elle se fonde sur un continuum entre la formation initiale et la formation continue. En France, elle a pris une réalité concrète avec le déploiement du compte personnel de formation (CPF). En Europe, la formation s'inscrit dans le cadre du programme national 2021-2027 du Fonds Social Européen.

Les politiques de formation sont insuffisamment mobilisées en faveur des seniors, qui sont souvent perçus soit comme des personnes en fin

de carrière soit comme des retraités inactifs. Or, le maintien d'actions de formation à ces âges avancés constituerait un enjeu important : soit pour maintenir le plus longtemps possible les personnes sur le marché du travail et de l'activité, même de façon partielle ou limitée ; soit pour former les personnes à des activités bénévoles ou des activités de soutien en tant qu'aidants de leurs propres parents ; soit pour la préparation de la retraite ; soit pour le soutien à la formation aux outils numériques et à l'accompagnement vers le vieillissement.

La formation doit donc devenir accessible aux seniors. Nous proposons que **le compte personnel de formation puisse être utilisé pour en faire un véritable outil de préparation de sa retraite ainsi qu'un moyen de se former en tant qu'aidants familiaux.** Par ailleurs, le programme 2021-2027 du Fonds Social Européen pourrait être mobilisé pour qu'une partie des crédits soit fléchée vers la formation aux nouvelles technologies chez les seniors.

Chiffrage : à budget constant (fonds social européen, plan de relance et récupération des montants de CPF échus à la retraite et non utilisés).

Proposition 2. Être à la hauteur des aidants en doublant le « droit au répit »

Alors que **les aidants jouent un rôle déterminant dans l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie**, souvent du fait d'un manque d'effectifs dédiés, au prix de leur propre activité professionnelle et sans bénéficier de la formation adéquate, des dispositifs de soutien comme le « droit au répit » ont été instaurés en décembre 2015. Il se traduit par un relais à domicile, un accueil de jour ou de nuit pour la personne aidée ou bien un hébergement temporaire. Cette aide importante demeure cependant limitée à 500 euros annuels, bien en-deçà d'un « répit » tangible.

En parallèle, plusieurs actions peuvent être menées afin d'agir prioritairement sur :

- le développement du repérage et du suivi des aidants en difficulté, en lien avec les politiques locales ;
- la diversification des solutions de répit, encore insuffisantes à ce jour ;
- l'adaptation à apporter aux dispositifs d'accueil de jour et d'hébergement temporaires¹³⁵.

Chiffrage : Budgété à 75 millions d'euros en 2016, un doublement des fonds (s'ils sont tous utilisés) correspond à un surcoût de 75 millions d'euros.

Proposition 3. Supprimer les barrières d'âge dans la transition entre la vie active et la retraite

La retraite est aujourd'hui considérée comme un saut dans une deuxième vie, avec du temps consacré à d'autres activités professionnelles ou bénévoles. Cette situation explique d'ailleurs que le taux d'activité des seniors en France soit beaucoup plus limité que dans les autres pays européens : ils ne sont pas suffisamment incités par les règles actuelles des régimes de retraite, à maintenir une activité même partielle ou accessoire, en parallèle de leur retraite.

Le cumul d'une activité professionnelle et d'une retraite n'était soumis à aucune restriction avant 1983, date à laquelle les possibilités de cumuls entre pensions de retraite et revenus d'activité ont été subordonné à des conditions strictes (plafonnement, exigence de rupture définitive de tout lien avec l'employeur précédent). Depuis, **le dispositif de cumul emploi-retraite a été assoupli mais il est actuellement peu utilisé** (482 000 personnes, soit 3,4 % des retraités).

Le Conseil d'orientation des retraites a montré dans une étude comparant la situation de onze pays que le constat sur la situation française est sévère : **la liquidation d'une pension ne fait pas obstacle à la poursuite d'une activité et celle-ci s'accompagne de l'acquisition de droits nouveaux partout sauf en France**¹³⁶. Ceci explique en partie que le taux d'emploi des personnes de 65 ans et plus est nettement plus faible en France que dans le reste de l'UE (7,7 % en France pour 17,2 % dans l'UE).

Une évolution du système des retraites devrait permettre de faciliter le recours au cumul emploi-retraite, en simplifiant considérablement le dispositif et en valorisant les personnes souhaitant continuer de travailler. Une telle réforme pourrait être réalisée d'ores et déjà dans les régimes de retraite actuels. De la même manière, la capacité à liquider une partie de sa retraite tout en réduisant son temps de travail (retraite progressive) devrait être réalisable pour tous les actifs, y compris les cadres dont le temps de travail est comptabilisé en forfait jours.

De façon générale, les dispositifs désincitant les seniors à sortir de la vie active ne sont pas une bonne politique du point de vue économique mais aussi du point de vue du maintien en autonomie des personnes, et les dispositifs de retraite anticipée ne devraient être conservés que pour les métiers difficiles ou pour les personnes ayant été exposées à des facteurs de risques professionnels pendant leur carrière. Cette logique pousse à **revisiter fondamentalement les conditions de départs anticipés dont peuvent bénéficier certains régimes spéciaux et a minima à valoriser auprès des entreprises concernées et des salariés le report du départ en retraite et le maintien en activité**.

Dans sa note intitulée « Réformer les retraites en temps de crise » (octobre 2020), l'Institut Montaigne préconisait de ne pas renoncer à l'objectif de suppression des régimes spéciaux, dont les effectifs pensionnés sont limités, mais dont l'équilibre financier coûte plusieurs milliards de subventions budgétaires

135 Frédéric Gallio, « Les dispositifs de répit destinés aux aidants de la personne âgée : enjeux, freins et opportunités », École des Hautes Études en Santé Publique, 2019.

136 Ministère du travail, de l'emploi et de l'insertion, janvier 2020.

chaque année. L'Institut s'était également prononcé en faveur de **davantage d'incitations à l'activité en laissant le choix aux Français entre allonger – progressivement – le temps de cotisation pour ceux qui le souhaitent, ou réduire les pensions de ceux qui préfèrent partir plus tôt.**

Proposition 4. Reconnaître l'utilité sociale et valoriser l'engagement des seniors dans le bénévolat

Au-delà du maintien dans la vie professionnelle, c'est plus fondamentalement **le soutien en activité qui doit constituer une priorité pour la politique envers les seniors.** Cela passe par une valorisation des activités associatives, bénévoles ou même par une meilleure valorisation des compétences acquises par les seniors au service d'un engagement d'intérêt général.

L'inscription de cette politique en faveur de l'engagement citoyen des seniors pourrait s'inscrire dans le cadre du **pacte civique pour les seniors**, qui pourrait constituer le pendant du dispositif de service civique pour les jeunes.

Le mécénat de compétences constitue un dispositif qui à cet égard mériterait d'être valorisé comme une composante essentielle du parcours professionnel des personnes. Le mécénat de compétences consiste en un **apport en ressources humaines**, c'est-à-dire le transfert (gratuit mais avec incitation fiscale) de compétences de l'entreprise au profit de l'association, par le biais de salariés, intervenant sur leur temps de travail. Il doit être distingué du bénévolat, pour lequel l'action a lieu sur le temps personnel du salarié.

Ce dispositif permet de **redonner parfois du sens au travail effectué par les salariés**, en les impliquant dans une démarche de nature différente et dans laquelle ils peuvent déployer leurs compétences au service d'une cause d'intérêt général. Cette expérience constitue donc en soi un enrichissement personnel pour les salariés, et l'association qui en bénéficie dispose d'un soutien humain et d'un véritable savoir-faire.

Pour les entreprises, le mécénat de compétences est assimilé à un don à une association et elles peuvent dans ce cadre bénéficier d'un avantage fiscal, en plus d'autres intérêts en termes de politiques de ressources humaines et de respect d'engagements liés à la responsabilité sociétale des entreprises (RSE). Toutefois, le mécénat de compétences demeure relativement peu développé à ce jour car il est difficile pour un employeur de mettre un collaborateur à disposition d'une association.

Axe 2 : Vivre mieux chez soi et plus longtemps

Proposition 5. Désigner une communauté de référents « nouvelle vie » au sein de chaque service public dans les territoires

Parallèlement au secteur privé et au monde du travail, **les services publics doivent également pouvoir se transformer pour répondre aux besoins des populations de demain.** Si la transformation de l'action publique passe prioritairement par les enjeux de digitalisation, cela ne doit pas mettre de côté les attentes des usagers du service public en termes de proximité et d'accompagnement face aux démarches administratives. **Construire le service public de demain nécessitera inévitablement de réinterroger l'adaptation des usages aux seniors.**

Dans le champ de la santé, **les missions d'accompagnement santé** proposent de suivre de façon personnalisée les usagers pour permettre d'accéder à leurs droits et de s'orienter dans le parcours de santé.

Cela peut également passer par l'apparition de nouveaux services à destination des seniors. C'est par exemple le cas de La Poste, qui entame une démarche de diversification de ses activités depuis plusieurs années à la faveur des personnes âgées. Les facteurs sont invités à déployer une offre

de service pour aller vers la logique d'accompagnement, notamment dans le cadre du déploiement de tablettes numériques adaptées aux personnes âgées nommées « Ardoiz ». La Poste devient également par son réseau, un opérateur de détection et d'accompagnement des fragilités.

Le service public de demain sur les territoires doit s'inspirer de ce modèle, en s'adaptant à l'usager et à la diversité des territoires. Il est nécessaire que le déploiement des maisons France Service s'attache à cet enjeu de l'adaptation à l'usager. **Au sein de chaque guichet administratif, il paraît pertinent de se doter d'un référent « nouvelle vie » formé aux questions administratives, financières et individuelles liées au passage à la retraite, à la prévention de la perte d'autonomie et plus largement à toutes les situations du quotidien des seniors.**

Un **maillage territorial de ces référents permettrait de créer une véritable communauté du service public en faveur des seniors**, pour partager des actions sur le terrain et des bonnes pratiques (avec une attention particulière et un maillage plus fin dans les quartiers prioritaires de la ville, où l'isolement peut s'avérer plus fort). **Le rôle des communes dans ce maillage, comme point de référence, paraît à cet égard essentiel.**

Proposition 6. Généraliser le « diagnostic logement autonomie » en offrant un dispositif de guichet unique d'aide à l'adaptation du logement

Le soutien à domicile des seniors constitue un enjeu particulièrement important compte tenu de l'augmentation à venir du nombre de personnes âgées en situation de perte d'autonomie et d'une offre en établissements qui sera alors probablement insuffisante pour y faire face. Du côté des personnes, **le maintien à domicile est un élément essentiel des conditions de vie favorable pour le bien-veillir.** Le rapport d'information du Sénat intitulé « *Bien vieillir chez soi : c'est possible aussi!* » de mars 2021¹³⁷ va dans ce sens

et souhaite promouvoir une nouvelle conception de la prise en charge des personnes âgées pour permettre de **« prendre enfin le virage domiciliaire ».**

Cette politique du maintien à domicile est intrinsèquement liée à la politique de **prévention des risques de chutes à domicile**, qui concerne chaque année 22 % des seniors. À ce titre, la mission « flash » confiée à Luc Broussy, qui vise à adapter l'habitat des seniors, est attendue courant 2021¹³⁸.

Une « mission flash » sur l'adaptation de l'habitat au vieillissement

Luc Broussy, président de la filière nationale de Silver Économie, s'est vu confier la mission de réfléchir pour le premier trimestre 2021, à des **propositions opérationnelles concernant l'adaptation des logements, de l'urbanisme et des transports au vieillissement de la population**, en particulier pour contribuer à la rédaction du projet de loi « Grand âge et Autonomie », et pour mieux appuyer les territoires engagés dans la société de la longévité.

Ces propositions viendront enrichir le travail engagé entre les trois ministères de la santé, du logement et de la cohésion territoriale, autour d'une feuille de route sur « l'adaptation de l'habitat au vieillissement » et comprenant les axes suivants :

- faire du **passage à la retraite** un moment d'information ;
- accélérer **l'adaptation du parc de logements privés** ;
- développer les réponses apportées dans le **parc locatif social** ;
- engager les **acteurs de l'aménagement et du logement** dans une approche globale et collective.

137 Rapport d'information n° 453 (2020-2021) de M. Bernard BONNE et M^{me} Michelle Meunier, fait au nom de la commission des affaires sociales, déposé le 17 mars 2021.

138 Caggeris, « Une « mission flash » pour Luc Broussy sur l'adaptation de l'habitat au vieillissement », décembre 2020.

La politique du logement en France, et notamment celle du **logement social**, doit investir ce champ de réflexion pour prendre en compte le fait que la population des résidents actuels va vieillir dans les prochaines années, spécifiquement dans les quartiers les plus défavorisés. Aujourd'hui, un très grand nombre d'opérateurs (CNAV, CNSA, ANAH, Action Logement) ont investi le champ de l'adaptation du logement au vieillissement, **sans que les aides qu'ils déploient soient coordonnées et répondent à une véritable stratégie d'ensemble**.

Dans le cadre de la crise Covid-19, l'Union Sociale pour l'Habitat (USH) a lancé une mission « Personnes âgées et Covid-19 » afin d'identifier comment **maintenir le lien social et les mesures d'accompagnement des personnes âgées face au Covid-19 dans le secteur du logement social**. Plusieurs actions concrètes ont pu être engagées : le repérage et le listage par site des locataires fragilisés, la mise en place d'une ligne téléphonique spécifique pour l'écoute et le soutien au quotidien, des tuteurs-voisins volontaires, des visites à domicile en lien avec les associations et/ou les acteurs locaux, la présence d'un gardien logé sur place, etc.

Ainsi, nous proposons de construire, autour de la branche autonomie, **une véritable politique commune de « diagnostic logement autonomie » afin de définir une stratégie pour les publics prioritaires et de soutenir l'adaptation du logement de façon coordonnée**. Un guichet unique, déployé par les maisons France Service, serait constitué pour favoriser la lisibilité du dispositif et permettre aux personnes concernées ou à leurs aidants de s'orienter plus facilement dans les différentes offres.

Les maisons France Service devront être accompagnées pour imaginer un dispositif complet d'information à destination des seniors et des aidants, et pour développer de nouvelles façons de communiquer sur le sujet.

Les aides attribuées seraient publiques mais la contribution du secteur de l'assurance ainsi que celles des bailleurs sociaux seraient exigées pour participer à cette politique de prévention.

Chiffrage : à budget constant, en réallouant les fonds (notamment d'Action Logement).

Proposition 7. Transformer la ville au service de nos aînés

Au-delà du domicile, c'est l'ensemble de la politique de l'habitat et de la ville qui doit pouvoir s'adapter au vieillissement démographique. En effet, la possibilité de bien-vieillir chez soi est conditionnée par l'environnement extérieur, en particulier en ville. La question de l'adaptation de la société au vieillissement doit passer par **la création d'un environnement favorable aux seniors** (aménagement urbain, signalétique, transports en commun, etc.). Le risque de ne pas agir sur cela serait de conduire à une société trop segmentée voire ghettoisée, et non à favoriser **l'inclusion et la mixité des âges dans la ville**.

En 2010, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a créé le réseau mondial des « Villes et Communautés Amies des Aînés » afin d'inciter les territoires à mieux s'adapter aux besoins des aînés. Depuis lors, le **Réseau Francophone des Villes Amies des Aînés** (RFVAA) a développé le label « Villes Amies des Aînés ». À ce jour, 145 collectivités locales regroupant 12 millions d'habitants ont adhéré à la démarche et sont accompagnées pour **transformer et adapter de façon innovante les politiques publiques locales au vieillissement de la population**.

La transformation de la ville se traduit ainsi par des actions concrètes sur plusieurs aspects :

- **L'adaptation des espaces extérieurs et des bâtiments** : la présence d'un mobilier urbain permettant de s'asseoir (bancs ou autres assises) a considérablement été réduit ces dernières années et a des conséquences sur la possibilité des seniors de continuer à vivre et à se déplacer en ville ;
- **Le développement du transport et des mobilités** : en particulier, dans

l'environnement urbain, les feux rouges ne présentent pas de décompte et ne sont pas adaptés à la vitesse de nos aînés. La politique du transport (signalétique, accès au service) doit être orientée vers ces problématiques de vieillissement des populations ;

- **La question de l'habitat** : le soutien des seniors dans les villes nécessite d'offrir la possibilité de vivre dans des résidences adaptées telles que les résidences services seniors ou les résidences autonomie. Les municipalités devraient renforcer leur exigence, dans le plan local d'urbanisme, pour garantir une présence minimale de ce type de résidences pour le maintien des seniors dans la vie urbaine.

Les Résidences Services Seniors et les Résidences Autonomies

Dans les dix ans à venir, la croissance des **75-85 ans** sera dix fois plus importante que celle des plus de 85 ans. **Cette population, majoritairement peu ou pas dépendante, n'a pas vocation à aller en EHPAD.** Une des alternatives possibles, en dehors du domicile, sont les Résidences Services Seniors (RSS) ou les Résidences Autonomies (RA). Les RSS se destinent à une population plus aisée et elles se sont beaucoup développées depuis 10 ans sous l'impulsion d'opérateurs immobiliers. Les RA ont souvent vieilli et se sont peu développées depuis 20 ans, les EHPAD ayant aspiré l'essentiel des moyens publics affectés au développement de la prise en charge de la dépendance.

Demain, face au vieillissement de la population du parc social et aux besoins de structuration de la filière du domicile, ce sont **les Résidences Autonomie qui vont pouvoir offrir aux personnes de 75 ans, autonomes ou peu dépendantes, un vrai logement sécurisé,** souvent en centre-ville, avec un loyer modeste et un premier panier de services y compris pour lutter contre la perte d'autonomie.

.../...

Ce sont elles aussi qui vont disposer d'un nombre de clients âgés suffisants pour que les services d'aide et soin à domicile puissent offrir à leurs personnels des temps pleins permettant de les conserver et de les former. Ce sont enfin leurs directeurs qui – comme ceux des RSS – vont constituer les futurs « *care managers* ».

Les **documents d'urbanisme** devraient également prendre en compte les spécificités des logements destinés aux seniors, qui n'ont pas les mêmes habitudes de vie ni les mêmes besoins que les actifs.

Une prise de conscience venant des initiatives du terrain et de l'impulsion des collectivités territoriales est nécessaire si l'on veut garantir des conditions de vie agréables pour les seniors, y compris avec l'apparition des premières fragilités.

Nous proposons ainsi de **labelliser juridiquement le réseau francophone « Réseau des villes amies des aînés »** et de mettre en place des **mécanismes incitatifs pour récompenser les projets innovants des collectivités territoriales dans les actions menées en faveur de la transformation de la ville au service des aînés.**

Axe 3 : Vivre en meilleure santé et prévenir la perte d'autonomie

Proposition 8. Instaurer une règle d'or attribuant 1 euro de dépenses en faveur de la prévention de la perte d'autonomie pour 10 euros de dépenses curatives

La France consacre une part trop faible à la prévention de la perte d'autonomie, alors que les dépenses curatives pour les soins de longue durée ou pour la prise en charge de la perte d'autonomie sont, à l'inverse, très dynamiques. Or, **les moyens consacrés à la prévention doivent constituer un investissement pour économiser à terme sur les dépenses de santé et améliorer la qualité de vie des seniors.**

Nous proposons d'instaurer une règle d'or de la prévention en se donnant l'**objectif de consacrer 1 euro à la politique de prévention pour 10 euros de dépenses « curatives »**. Cette règle s'appliquerait pour les départements en rapport avec le financement de l'APA comme pour la sécurité sociale.

Chiffrage : compte tenu de la trajectoire d'évolution de l'effort national consacré à la politique d'autonomie des personnes âgées (22 milliards d'euros en 2019 et 9,2 milliards d'euros de dépenses attendus d'ici 2030), la prévention pourrait ainsi atteindre un budget global de l'ordre de 3 milliards d'euros (contre 1,3 milliards d'euros actuellement) à horizon 2030.

Proposition 9. Dépister et prévenir les fragilités liées à l'état santé

a) Créer une visite de prévention dédiée Bien-Vieillir à intervalle régulier et en conférer un droit opposable à la téléconsultation dans tous les territoires.

Le plan national de santé publique 2018-2019, prévoyait la systématisation à 60-65 ans, à l'âge du départ en retraite, **un bilan de santé et une consultation pour repérer et prévenir les risques de perte d'autonomie, doublé d'un « rendez-vous prévention » pour aider les personnes à faire évoluer leurs éventuels comportements à risque.** Pour être réellement appliquée, cette annonce pourrait être appuyée par un large plan de communication ainsi que par un remboursement complet de la consultation (ticket modérateur compris, par exemple).

Cette visite de prévention lors du passage à la retraite devra être complétée par **des visites ciblées tout au long de la vie**, en fonction des risques et des fragilités. Pour ce faire, le recours aux **outils numériques et l'usage des données de santé sont essentiels à la fois pour cibler les bonnes personnes et développer des programmes personnalisés.**

Par ailleurs, la crise sanitaire a mis en évidence la nécessité de **prendre le virage de la télémédecine à travers la téléconsultation, le télésuivi et le télésoin.** Si la télémédecine ne peut pas se substituer à tous les actes médicaux effectués en présentiel, elle peut permettre d'établir un diagnostic à distance pour certaines pathologies mais également d'assurer un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de prescrire des produits de santé ou des actes et d'effectuer une surveillance de l'état de santé des patients. Elle peut également aider au dépistage précoce de certaines maladies (insuffisance rénale, certaines maladies cardiaques, souffrances psychiques, ostéoporose, etc.) et au suivi des maladies chroniques.

Pour prendre ce virage dans l'exercice de la médecine, nous proposons de conférer à toutes les personnes de plus de 65 ans **un droit opposable à un accès à la téléconsultation auprès des organismes complémentaires en santé** avec des programmes personnalisés, par exemple à hauteur de quatre consultations par an.

Enfin, il faut créer **les conditions de la réussite du déploiement de la télémédecine sur le territoire en mobilisant les ARS et les structures de santé** (maisons de santé pluridisciplinaire, cabinets de professions libérales) vers l'objectif d'un **accès facilité à la pratique numérique.** Cette démarche doit se faire auprès des professionnels de santé en apportant l'investissement financier et technique permettant d'exercer leur profession via les outils numériques et auprès des patients, en offrant des espaces dédiés permettant de réaliser ce type de consultation à distance (comme des cabines de téléconsultation installées en pharmacie ou dans les mairies). Cela s'accompagne aussi du **développement de nouveaux métiers** pour aider les patients dans la démarche de téléconsultation et les soins à distance.

Suite à la crise du Covid-19, un enjeu de formation des professionnels pour faciliter ces changements d'usage est plus que nécessaire pour faire de la téléconsultation un vrai outil de suivi médical.

Chiffrage : En comptant qu'il y a environ 700 000 personnes de 70 ans chaque année en France et en considérant que cette téléconsultation vient s'ajouter à celles déjà demandées, cela représenterait un surcoût maximal de 15 millions d'euros.

b) Proposer un parcours de prévention spécifique pour les nouveaux retraités les plus modestes et leur accorder un bonus retraite en contrepartie de son respect.

Les retraités les plus modestes doivent être particulièrement ciblés dans la démarche de prévention et d'accompagnement puisque les facteurs de risques professionnels, sociaux ou psychologiques peuvent se cumuler sur les populations les plus vulnérables économiquement. Elles doivent donc pouvoir bénéficier d'un suivi renforcé.

En effet, on retrouve les inégalités sociales dans les inégalités de santé avec des indicateurs comme **l'écart d'espérance de vie sans incapacité** selon la catégorie socio-professionnelle des intéressés. Ainsi, selon l'Observatoire des seniors : *« Les salariés les plus qualifiés vivent plus vieux, et plus particulièrement les femmes cadres, qui, en France, ont une espérance de vie à 35 ans de 53 ans, contre 49 ans pour les hommes. Pour les métiers les plus pénibles comme ceux de la catégorie ouvrier, l'espérance de vie à 35 ans est à 49,8 ans pour les femmes et 42,6 ans pour les hommes »*¹³⁹. Cet écart d'espérance de vie entre catégories socio-professionnelles invite à **renforcer la politique de prévention spécifiquement en direction des plus précaires.**

139 Observatoire des seniors, d'après Insee, 2017.

L'augmentation à l'avenir du nombre de retraités modestes posera des questions à plus long terme en matière de **soutien à l'autonomie**. Cette population doit donc constituer une cible particulière pour mener une politique de prévention des risques et pour faciliter l'accompagnement dans les premières années de la retraite. **Une démarche d'appropriation de ces enjeux doit donc être enclenchée afin de sensibiliser davantage de personnes à ces questions** (les personnes directement concernées et leur entourage).

Il pourrait donc être proposé d'organiser et d'offrir **un parcours de prévention** (consultation de dépistage, soutien social, actions de formation, atelier de nutrition, maintien dans la vie active par le bénévolat associatif, etc.) pour les retraités les plus modestes, comme les bénéficiaires du minimum vieillesse par exemple. Les personnes seraient encouragées à suivre et respecter ce parcours de prévention dans les années qui suivent la retraite en leur accordant **un bonus sous forme d'une majoration de la pension de retraite** (coût estimé 170 millions d'euros pour une revalorisation de 5 % de la retraite pour les bénéficiaires du minimum vieillesse).

Un **portail numérique simplifié et sur lequel pourraient être formées ces personnes aux outils digitaux** devrait être mis en place pour faciliter l'appropriation par ces personnes du suivi du parcours de prévention. Le parcours de prévention serait évidemment facultatif.

c) Inciter financièrement à la prévention les professionnels conventionnés, en inscrivant spécifiquement l'accompagnement de l'autonomie dans les indicateurs de la rémunération sur objectifs de santé publique.

Les médecins conventionnés bénéficient d'une rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) qui permet à l'Assurance maladie d'attribuer aux médecins **une dotation financière supplémentaire** conditionnée au suivi d'actes spécifiques mesurés par des indicateurs de processus mais aussi des indicateurs de résultats.

La ROSP repose aujourd'hui sur trois grands volets : le suivi des pathologies chroniques, la prévention et l'efficacité des prescriptions, et son bénéfice s'analyse sur la base de 29 indicateurs de pratique clinique. Elle s'applique aux médecins traitants pour les pathologies chroniques suivies en ville (diabète, hypertension artérielle par exemple) ainsi qu'aux spécialistes en cardiologie, endocrinologie et gastro-entérologie.

La ROSP représente **un levier permettant d'améliorer la qualité des pratiques médicales**. Les indicateurs mesurés pour attribuer une rémunération supplémentaire aux professionnels de santé doivent cependant être régulièrement mis à jour pour laisser davantage de place aux indicateurs de résultats.

Toutefois, si la ROSP concerne indirectement le suivi de pathologies associées au vieillissement, aucun indicateur n'est directement lié au soutien à l'autonomie, à son dépistage ou sa prise en charge. Il est donc préconisé **d'intégrer le dépistage de la perte d'autonomie comme un des indicateurs dans le cadre de la ROSP**.

Cette proposition pourrait compléter celle réalisée dans le cadre du rapport de l'Institut Montaigne, « *Système de santé : soyez consultés* » (avril 2019), d'un renforcement de la part de la rémunération à la qualité dans les revenus des médecins, qui pourrait être revue pour atteindre 15 % comme dans d'autres pays étudiés. Par exemple, le Royaume-Uni intègre la rémunération variable à la qualité à hauteur de 25 % de la rémunération des médecins généralistes.

Enfin, **cette incitation financière pourrait également s'appliquer au-delà des seuls médecins conventionnés et concerner l'ensemble des professionnels de santé de la perte d'autonomie**. Pour les autres professions paramédicales et professionnels du domicile qualifiés pour des actes de prévention, des incitations financières spécifiques pourraient être identifiées dans le cadre de certains actes spécifiques liés au dépistage précoce de la perte d'autonomie.

d) Inciter les professionnels et les structures de santé à développer des projets innovants en matière de dépistage précoce et de prévention de la perte d'autonomie.

Le dispositif de l'article 51 permet d'expérimenter des projets innovants afin de tester de nouveaux modèles d'organisation ou des nouvelles méthodes de travail entre les acteurs.

En 2019, une cinquantaine de projets ont été développés sur les territoires (180 millions d'euros sur cinq ans), dont un tiers concerne des maladies chroniques et 40 % portent sur l'articulation ville-hôpital.

Les projets innovants portent principalement sur l'organisation du parcours de soins des personnes avec des difficultés de santé (maladies chroniques, suivi à domicile des personnes âgées ou invalides, services de soins bucco-dentaires en EHPAD, etc.). Il est proposé de donner une orientation plus préventive aux projets qui sont proposés ou retenus, puisque **les innovations en matière de prévention ne représentent que 5 %¹⁴⁰ des projets recevables aujourd'hui**.

Le déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) doit aussi être l'occasion de mobiliser en leur sein des nutritionnistes, dentistes, gériatres, neurologues, psychiatres et psychologues et au-delà des professionnels de santé, toutes les professions utiles à la préservation de l'autonomie. Il convient de donner aux CPTS un rôle clé dans l'appropriation aux questions de vieillissement et de soutien à l'autonomie (communication sur les territoires, actions pédagogiques, etc.)

Enfin, **l'utilisation des données de santé, notamment via le Health data hub**, dans un cadre sécurisé, doit également constituer un axe prioritaire pour aider à accompagner les personnes, personnaliser les démarches et mobiliser les équipes de recherche dans le développement de projets innovants en matière de détection précoce des maladies du vieillissement.

140 Ministère des Solidarités et de la Santé, « *Rapport du parlement sur les expérimentations innovantes en santé* », 2019.

Proposition 10. Former et accompagner les professionnels médicaux et paramédicaux, les professionnels du domicile et les aidants au dépistage de l'existence de fragilités

Les professionnels de santé, les praticiens et les auxiliaires médicaux constituent le premier niveau d'identification des fragilités des seniors en matière de santé et d'autonomie. Les acteurs de l'aide à domicile jouent également un rôle majeur dans l'évaluation de la dégradation de l'état de santé des seniors avec leur avancée en âge.

Les recommandations de l'OMS promeuvent le déploiement de la démarche ICOPE, qui reste en France encore au stade de l'expérimentation. Le développement de ce type de démarche permettrait de fonder **une politique préventive basée sur une approche multidimensionnelle**, associant les enjeux biologiques, cliniques, sociaux et environnementaux. **Le déploiement du dépistage précoce** permettrait de faire de la prévention un maillon essentiel de la politique de l'autonomie, et de faciliter l'intervention des professionnels en cas de dégradation des fragilités.

En parallèle, la **Haute Autorité de Santé** devrait mettre en place, sur le modèle du « Formulaire de repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation », des **référentiels spécifiquement dédiés au vieillissement**, qui soient simples d'utilisation et rapides à remplir par les professionnels intervenant à domicile ou dans une résidence autonomie, permettant d'assurer le maintien ou le soutien à domicile des personnes accompagnées.

Nous préconisons ainsi de **renforcer la formation initiale et continue, et de prévoir une démarche d'accompagnement pour les professionnels de l'autonomie et du domicile** afin d'améliorer le dépistage des fragilités liées au vieillissement chez les seniors. Cette démarche permettrait de construire un réseau territorial de dépistage précoce des maladies du vieillissement et

d'encourager au partage d'informations entre les professionnels afin d'améliorer les parcours de soins.

Le déploiement d'un **outil de communication et d'alerte**, piloté dans le cadre des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et reliant médecins de ville ou hospitaliers, ainsi que les professions paramédicales (infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes) et les spécialistes du soutien et de l'accompagnement en faveur de l'autonomie, permettrait de favoriser cette collaboration, notamment dans les zones rurales.

Certains professionnels insuffisamment visibles peuvent jouer un rôle déterminant, comme les **domoticiens** pour l'organisation et l'adaptation du domicile, mais aussi les **psychomotriciens** du fait du rôle majeur des activités psychomotrices dans la prévention de la perte d'autonomie.

Les **aidants familiaux** doivent aussi faire l'objet d'action d'accompagnement et de formation car ils sont souvent démunis quand surviennent les premières fragilités de leur proche.

Chiffrage : la CNSA consacre 30 millions d'euros par an à la formation des professionnels de santé. Un doublement de ces moyens, orientés notamment vers les professionnels moins concernés à ce jour (ergothérapeutes, psychomotriciens, domoticiens) pourrait être envisagé.

Axe 4 : Adapter notre économie pour mieux répondre aux enjeux du vieillissement

Proposition 11. Soutenir la Silver économie en investissant dans les innovations et la R&D pour le bien-veillir

L'adaptation de notre économie aux enjeux du vieillissement peut se traduire par plusieurs actions :

- une utilisation dans le **PIA 4** des fonds pour la recherche et l'innovation sur les questions de prévention et de soutien à l'autonomie, et sur une stratégie qui dépasse les barrières d'âge (autonomie et bien-veillir) ;
- un abondement du **fonds SISA** (Services Innovants aux acteurs de la Santé et de l'Autonomie) de Bpifrance et un élargissement de son champ ;
- le développement d'une véritable stratégie économique française pour les aides techniques (Rapport Denormandie-Chevalier) ;
- le développement du **statut de « JEI »** (jeunes entreprises innovantes) sur les questions de prévention et de soutien à l'autonomie en accordant un régime fiscal et social favorables pour les start-up consacrant des dépenses de R&D en matière d'autonomie. Par exemple à travers l'exonération fiscale et l'exonération de cotisations sociales pour les dépenses de personnel en R&D.

Ces investissements pourront concerner prioritairement **la domotique, la robotique, la téléassistance, les applications numériques et les objets connectés.**

Le pôle VIVA Lab¹⁴¹

• Qu'est-ce que VIVA Lab ?

En partenariat avec la MSA, l'Agirc-Arrco, France Active et la Banque des Territoires, l'Assurance retraite a créé le pôle VIVA Lab afin de **soutenir l'innovation dans le champ de la prévention et du vieillissement actif et en santé**. Ce pôle repère et accompagne des solutions servicielles, technologiques ou organisationnelles à fort potentiel et ayant réussi leur preuve de concept (validation de la faisabilité, de l'existence d'un marché etc.).

L'accompagnement, intégralement financé par VIVA Lab, est assuré par des partenaires référencés sur le territoire (livings lab, incubateurs, clusters, cabinets d'experts du domaine, etc.). Il articule différentes dimensions : business plan, études d'usages, stratégie commerciale, accompagnement au processus de levée de fonds, subvention éventuelle, et bien d'autres, en fonction des besoins et de la maturité du projet soutenu.

• Quels sont les champs d'actions ?

L'objectif est **la détection et le soutien au déploiement de solutions destinées à apporter des réponses nouvelles aux besoins des retraités** (nouveaux services, nouvelles générations d'aides techniques, etc.) dans le champ, par exemple, du bien-être et de la prévention, du soutien aux aidants, du numérique, des projets de lieux de vie collectifs, etc.

141 Voir le site internet de VIVA Lab : www.vivalab.fr

Proposition 12. S'appuyer sur des outils digitaux performants pour améliorer le recueil de données de santé dans le champ du vieillissement

En investissant dans la R&D liée au bien-veillir, de nouveaux outils digitaux vont émerger et seront en mesure de faire remonter, de manière sécurisée et dans le respect des données personnelles, des informations susceptibles d'améliorer le suivi de la personne et d'adapter les politiques publiques aux besoins individuels. **Les données de santé constituent aussi un atout important pour cibler les populations à risque de perte d'autonomie et apporter des actions personnalisées.** L'innovation numérique, comme le développement de l'intelligence artificielle ou le recours à des outils numériques comme le dossier médical partagé, constitue un enjeu primordial pour **mieux traiter la question de la prévention de la perte d'autonomie.** C'est un élément clé à la fois pour favoriser la pertinence et la qualité des soins ou des actes de prévention, mais aussi pour faciliter le partage d'informations entre professionnels et **simplifier les parcours de santé des plus âgés.**

Plusieurs pays misent actuellement sur le déploiement d'innovations permettant un meilleur partage des données entre les personnes âgées, leurs proches aidants, les professionnels qui interviennent à domicile, les établissements et les hôpitaux. Concrètement, les **Pays-Bas** ont mis en place des dispositions légales facilitant la collecte et le recours à des registres de données électroniques pour enregistrer par exemple **les informations relatives aux consommations de médicaments.**

Le bien-veillir, quoi qu'il en coûte ?

Les propositions émises dans ce rapport visent à valoriser le rôle des seniors dans notre société et à **renforcer les actions de prévention en faveur de la prise en compte le plus tôt possible des risques de perte d'autonomie.** Le déploiement de ces mesures et des nouveaux outils seront de véritables investissements pour **favoriser le bien-veillir et faire de cette évolution démographique un atout pour notre société.**

À cet égard, **le plan de relance a très insuffisamment mis en évidence le rôle de la prévention comme politique d'investissement en faveur de l'autonomie,** se concentrant sur des éléments certes essentiels, comme l'investissement dans les EHPAD ou le numérique, mais qui restent davantage tournés vers une approche curative que préventive. Il faut donc aller plus loin et mettre en place cette stratégie d'accélération du bien-veillir, qui permettra à terme de réaliser des économies considérables pour le système de santé, en limitant les prises en charge tardives et coûteuses.

Le défi démographique est devant nous et il ne faut pas que la question de son financement constitue un obstacle pour sa mise en œuvre. Le financement de ces efforts, et la participation des seniors eux-mêmes à ce financement, constitue néanmoins un point essentiel du débat politique aujourd'hui. Si elle n'est pas tranchée dans le cadre d'un prochain projet de loi consacrée au grand âge et à l'autonomie, **la question du financement de l'autonomie devra être une question à débattre dans le cadre de la campagne présidentielle de 2022.**

L'Institut Montaigne souhaite ici mettre en évidence les éléments de débats qui pourraient être évoqués afin d'assumer le financement de **cette stratégie d'accélération et de partager cet effort le plus justement entre les générations.** À ce titre, le recours au financement privé paraît très insuffisamment utilisé à l'heure actuelle et constitue l'une des pistes de financement prioritaire à étudier en profondeur.

L'hypothèse d'un financement par une assurance privée obligatoire a été largement rejetée par le rapport de Dominique Libault tout comme celui de Laurent Vachey, qui mettaient en évidence en particulier les surcoûts d'une telle assurance sur les tarifs des complémentaires santé¹⁴² avec des risques de non-recours ainsi que des enjeux de viabilité financière (*pool* de réassurance nécessitant la garantie de l'État).

Cependant, plusieurs complémentaires santé estiment qu'un **financement mixte (privé et public) est l'unique solution pour protéger et faire de la prévention sur ce risque de dépendance**. Sur l'assurance privée, les assurances collectives sont intéressantes à plusieurs titres, outre la participation de l'employeur, elles permettent de bénéficier pleinement d'effets de mutualisation, et de générer un coût d'entrée moins élevé pour les salariés pendant la vie active. Mais le niveau des cotisations acceptables par le marché aujourd'hui sur le risque dépendance ne permet pas de couvrir le besoin complet. Un système par capitalisation pourrait venir compléter le dispositif.

L'International Longevity Center France propose une alternative, avec **une assurance publique obligatoire par répartition**. Selon ses travaux, la cotisation serait assise sur les revenus d'activité et les retraites.

La proposition de l'International Longevity Center France pour le financement de la 5^e branche

ILC-France¹⁴³ a été créé en 1995. C'est une association sans but lucratif, régie par la loi de 1901. Elle a pour objet de **contribuer aux réflexions et études induites par le vieillissement démographique** et d'aider toutes actions d'ordre économique, social, éducatif ou médical au bénéfice du plus grand nombre.

ILC-France fait partie d'un réseau international de 17 ILC développé à partir d'ILC-USA fondé en 1990 à New York par le Professeur Robert Butler. Initialement placé sous les auspices du Mount Sinai Center, ILC-USA se trouve maintenant au sein de Columbia University (NY).

ILC-France propose le financement de la 5^e branche de la Sécurité sociale, principe voté par le Parlement, par une cotisation obligatoire. Selon ses travaux, la cotisation serait assise sur les revenus d'activité et les retraites : elle serait en moyenne de 30 euros par mois, avec un taux modulé en fonction des revenus, de 0,85 % à 1,95 %. Selon les calculs d'ILC France, cette ressource permettrait de servir une rente de 925 euros par mois en GIR 3 et 4, et de 1 275 euros en GIR 1 et 2, qui s'ajouterait à l'APA¹⁴⁴.

D'autres pistes doivent être approfondies pour améliorer la couverture assurantielle des seniors, notamment **une meilleure labellisation des contrats dépendance** afin de renforcer la confiance des souscripteurs, sur la logique des contrats responsables. En matière de soutien aux aidants, au-delà de l'amélioration de la labellisation sur cet aspect, des produits complémentaires à

142 Adossé à la complémentaire santé, une couverture autonomie obligatoire conduit à augmenter entre 15 à 25 % les tarifs d'une complémentaire santé (à partir d'une couverture à 62 ans pour une rente uniquement entre 300 euros et 500 euros par mois).

143 <http://www.ilcfrance.org>

144 Dans les analyses du rapport de Laurent Vachey : « La branche autonomie : périmètre, gouvernance et financement », septembre 2020.

des contrats existants pourraient être proposés afin de compenser la perte de revenus en cas de cessation ou de réduction d'activité.

Une piste intéressante pourrait également être **le développement du prêt viager hypothécaire** qui constituerait une innovation en permettant de financer des mesures en faveur de l'autonomie des personnes par un prêt gagé sur le logement contracté par un ménage qui vit chez lui et reste propriétaire.

Le prêt viager hypothécaire

Parmi les solutions envisagées pour faire face au problème de financement de la perte d'autonomie, il existe aujourd'hui un consensus sur l'opportunité de développer les Prêts Viagers Hypothécaires (PVH), qui représentent **un outil d'amélioration du bien-être pour compléter le revenu de pension ou comme une forme d'assurance.**

Aujourd'hui, **les français sont parmi les ménages des pays de l'OCDE dont le patrimoine immobilier est le plus important** et dont les taux de détention d'assurance vie sont très élevés. Selon les données de l'OCDE, moins de 1 % d'entre eux dispose d'une assurance dépendance privée. Le patrimoine immobilier, qui représente les deux tiers du patrimoine total des ménages est donc un support intéressant pour s'assurer contre les risques de dépendance. Les propriétaires âgés à faible revenu peuvent mobiliser leur patrimoine immobilier et ainsi faire face aux besoins financiers liés au grand âge.

Des travaux académiques estiment que **le PVH est particulièrement bénéfique pour les personnes de plus de 60 ans**, les femmes (en raison d'une plus grande longévité et des pensions plus faibles en moyenne) et les ménages « riches en patrimoine immobilier et pauvres en revenus ». Ils pourraient également servir à empêcher l'exclusion financière des retraités qui ne peuvent plus répondre aux exigences de revenu d'un emprunt hypothécaire classique.

Enfin, s'agissant des financements publics, les efforts pourraient être réalisés de façon partagée au sein des générations actuelles, afin que **la prise en charge de l'autonomie ne se retrouve pas alourdir le poids de la dette pour les générations futures.**

Cela pourrait passer par une action incitant les seniors à partir plus tardivement en retraite : dans sa note intitulée « *Réformer les retraites en temps de crise* », l'Institut Montaigne proposait des actions en faveur du maintien en activité des seniors. La mise en place d'un « **coefficient de solidarité autonomie** », instaurant une décote provisoire sur la pension de retraite jusqu'à l'atteinte d'un âge, sur le modèle qui avait été décidé par l'AGIRC-ARRCO, inciterait les personnes à décaler leur départ en retraite, pour financer l'autonomie.

Une **deuxième journée de solidarité** pourrait également faire participer les salariés au financement du risque autonomie. Cette journée de solidarité pourrait être appliquée aux salariés et aux fonctionnaires mais aussi aux retraités les plus aisés, qui participeraient de façon équivalente à cet engagement solidaire.

Enfin, **la dimension intergénérationnelle** de cet enjeu posera inévitablement à terme des questions sur la fiscalité du capital transmis puisque celui-ci, contrairement à d'autres pays, est plus faiblement mobilisé par les individus pour la prise en charge de l'autonomie. Si le capital transmis est déjà fiscalisé au-delà de 100 000 euros, le barème d'imposition est d'une très grande complexité et n'est plus adapté aux configurations familiales d'aujourd'hui. En outre, contrairement à tous les autres revenus qui se voient appliquer des impôts sociaux à faible taux (CSG-CRDS), la part du capital transmis déjà fiscalisée ne participe pas au financement de la protection sociale.

Les choix de ces différentes pistes de financement ou les équilibres à trouver entre ces pistes devront être clairement posés dans le débat public pour l'élection présidentielle de 2022 afin de bâtir un projet de société ambitieux, reposant sur la solidarité intergénérationnelle.

REMERCIEMENTS

L'Institut Montaigne remercie particulièrement les personnes suivantes pour leur contribution à ce travail.

Les deux présidentes du groupe de travail

- **Bénédicte Garbil**, directrice générale France, Edwards Lifesciences
- **Delphine Mallet**, directrice de la Business Unit Silver économie et Santé, Groupe La Poste et vice-présidente du Conseil National de la Silver économie

Les membres du groupe de travail

- **Dr Jean-Pierre Aquino**, délégué général, SFGG
- **Thierry Chiche**, directeur général, Elsan
- **François Demesmay**, directeur de l'innovation et de l'expérience patient, Ramsay
- **Dr Philippe Denormandie**, directeur des relations santé, nehs
- **Caroline Elisseche**, directrice stratégie seniors France, Sodexo
- **Serge Guérin**, sociologue, INSEEC
- **Florence Herry**, présidente et fondatrice, Libheros
- **Olivier Nataf**, président, AstraZeneca France
- **Maryse Poulnot**, directrice Projets, Malakoff Humanis
- **Thomas Rapp**, maître de conférences, Université de Paris
- **Frédéric Verdavaine**, directeur général délégué, Nexity
- **Charles-Henri des Villettes**, vice-président santé à domicile France, Air Liquide Healthcare

L'équipe projet

- **Antoine Armand**, haut fonctionnaire
- **Nicolas de Chabrol**, haut fonctionnaire
- **Angèle Malâtre-Lansac**, directrice déléguée à la santé, Institut Montaigne
- **Laure Millet**, responsable du Programme santé, Institut Montaigne

Les personnes auditionnées

- **Pierre-Olivier Adrey**, directeur de missions relations extérieures, Groupe Macif
- **Yves Agid**, neurologue, membre fondateur de l'Institut du Cerveau
- **Sylvie Arzelier**, secrétaire générale Fondation d'entreprise, Ramsay Santé
- **Olivier Audit**, responsable Humanis formation, Direction Retraite complémentaire et Action sociale retraite, Malakoff Humanis
- **Nathaniel Bern**, co-fondateur, Medadom
- **Annette Bertelsen Arbes**, chargée des affaires de santé, Ambassade du Danemark
- **Jean-Luc Bilhou-Nabera**, inspecteur général, AG2R La Mondiale
- **Aurélien Bordet**, directeur des affaires publiques, Aegide Domitys
- **Emile Brin**, président, Mon Émile
- **Luc Broussy**, président, France Silver Economie
- **Virginie Buquet**, directrice, Synaxia Conseil
- **Nicolas Chiquet**, CEO, LifePlus
- **Audrey Chrétien**, responsable Gestion de Carrière et Recrutement, fondation Apprentis d'Auteuil
- **Emmanuelle Crosnier**, co-fondatrice & associée, Synaxia Conseil
- **Stéphanie du Boucher**, responsable des affaires publiques, Roche
- **Frédéric du Sart**, directeur du pôle de gérontologie Saint Damien, Groupe Saint Sauveur Mulhouse
- **Caroline Desaegher**, directrice communication, Marque & RSE, groupe Ramsay Santé et déléguée générale, Fondation Ramsay Santé
- **Roger-Pol Droit**, philosophe et écrivain
- **Audrey Dufeu**, vice-présidente de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale
- **Mathias Dufour**, président du think tank #Leplusimportant
- **Hakim El Karoui**, senior fellow de l'Institut Montaigne
- **Rym Favreau**, responsable accès au marché, UCB Pharma
- **Françoise Forette**, professeure de médecine, spécialiste en gériatrie, directrice de l'ILC-France (International Longevity Center)
- **Sandra Fredj**, responsable stratégie des nouveaux produits en ophtalmologie, Roche
- **Alexis Genin**, directeur des applications de la recherche, Institut du Cerveau

- **Johan Girard**, délégué national filière personnes âgées et domicile, Croix Rouge française
- **Thomas Godard**, directeur du service aux mutuelles et de la transformation, Mutualité française
- **Anne-Sophie Godon-Rensonnet**, directrice de l'innovation, Malakoff Humanis
- **Alain Grimfeld**, chargé de la coordination des travaux de recherche, Adef Résidences
- **Mathieu Grosheny**, co-fondateur & Associé, Synaxia Conseil
- **Jérôme Guedj**, conseiller départemental de l'Essonne
- **Hélène Herbin**, infirmière libérale
- **Gérard Hermant**, directeur général, ISRP
- **Caroline Janvier**, députée du Loiret
- **Christophe Le Paih**, directeur de l'innovation sociale – direction de l'action sociale retraite complémentaire, Malakoff-Humanis
- **Pierre-Olivier Lefebvre**, délégué général, Réseau Francophone des Villes Amies des Aînés
- **Franck Lemonnier**, directeur des opérations et de la qualité, ISRP
- **Armel de Lesquen**, co-fondateur, Famileo
- **Jean-Hervé Lorenzi**, économiste et titulaire de la Chaire Transitions démographiques Transitions économiques, Fondation du Risque
- **Alexandre Maisonneuve**, co-fondateur et directeur médical, Qare
- **Ignacio Martin**, directeur médical, Air Liquide Healthcare & Directeur général, Care4Chronics
- **Agathe Maury Le Breton**, directrice affaires gouvernementales et Accès au marché, UCB Pharma
- **Nicolas Menet**, directeur général, Silver Valley & Vice-Président innovation, Filière Silver Economie
- **Philippe Metzenthin**, directeur général, G-ACTIV
- **Elie-Dan Mimouni**, co-fondateur, Medadom
- **Virginie Monteil-Hautin**, responsable stratégie pipeline Neurosciences, Roche
- **Jean-Luc Novella**, professeur de gériatrie, CHU de Reims
- **Maximilien Petitgenet**, directeur associé, Domalys
- **Franck Pitteri**, directeur pédagogique et scientifique, ISRP
- **Philippe Presles**, directeur R&D santé, AXA France
- **Magalie Rascle**, directrice du développement sanitaire et social, Caisse Centrale de la MSA
- **Nicolas Raynal**, responsable du pôle stages, en charge des relations professionnelles, ISRP
- **Agnès Renard**, directrice, S3-Sciences Santé Société
- **Philippe Reclus**, senior advisor chez ESL & Network Group
- **Catherine Rives**, directrice générale France, UCB Pharma
- **Alexandra Robert**, directrice marketing groupe, Aegide Domitys
- **Maximilien Roचाix**, fondateur, Visitadom
- **Quitterie Roquebert**, maître de conférences, Université de Strasbourg
- **Alexis Rouëssé**, président, ARRAGO
- **Marc Salomon**, docteur en médecine, Directeur général d'Anticipation Santé
- **Joëlle Schreiner**, administrateur territorial, retraitée, conseillère senior de l'ODAS
- **Pierre-Henri Tavoillot**, philosophe, Sorbonne Université
- **Charlotte Teyssier d'Orfeuil**, consultante senior chez Com'Publics
- **Louis de Traverse**, directeur des partenariats stratégique et du développement des Collectivités Territoriales, Medadom
- **Bruno Vellas**, professeur de médecine, responsable du Gérontopôle, centre collaborateur de l'OMS sur la fragilité, chef du service de gériatrie du CHU de Toulouse et membre de l'Académie Nationale de Médecine, UMR INSERM
- **Laura Visserias**, directrice communication et affaires publiques, Air Liquide Healthcare
- **Jean-François Vitoux**, directeur général, Arpavie

**Les opinions exprimées dans ce rapport
n'engagent ni les personnes précédemment citées
ni les institutions qu'elles représentent.**

LES PUBLICATIONS DE L'INSTITUT MONTAIGNE

- Relance en Afrique : quel rôle pour les entreprises ? (mai 2021)
- Religion au travail : croire au dialogue - Baromètre du Fait Religieux en Entreprise (mai 2021)
- Fintech chinoise : l'heure de la reprise en main (avril 2021)
- Enseignement supérieur et recherche : il est temps d'agir ! (avril 2021)
- Filière santé : gagnons la course à l'innovation (mars 2021)
- Rééquilibrer le développement de nos territoires (mars 2021)
- China Trends n° 8 - L'armée chinoise en Asie : puissance et coercition
- Repenser la défense face aux crises du 21^e siècle (février 2021)
- Les militants du djihad (janvier 2021)
- Compétitivité de la vallée de la Seine : comment redresser la barre ? (janvier 2021)
- Semi-conducteurs : la quête de la Chine (janvier 2021)
- Vaccination en France : l'enjeu de la confiance (décembre 2020)
- Santé mentale : faire face à la crise (décembre 2020)
- Construire la métropole Aix-Marseille-Provence de 2030 (novembre 2020)
- Allemagne-France : pour une politique européenne commune à l'égard de la Chine (novembre 2020)
- Plan de relance: répondre à l'urgence économique (novembre 2020)
- Réformer les retraites en temps de crise (octobre 2020)
- Les quartiers pauvres ont un avenir (octobre 2020)
- Trump ou Biden – comment reconstruire la relation transatlantique ? (octobre 2020)
- Le capitalisme responsable : une chance pour l'Europe (septembre 2020)
- Rebondir face au Covid-19 : neuf idées efficaces en faveur de l'emploi (septembre 2020)
- Information Manipulations Around Covid-19: France Under Attack (juillet 2020)
- Les entreprises françaises en Afrique face à la crise du Covid-19 (juin 2020)
- Transatlantic Trends 2020 (juillet 2020)
- Europe's Pushback on China (juin 2020)
- E-santé : augmentons la dose! (juin 2020)
- Dividende carbone : une carte à jouer pour l'Europe (juin 2020)
- L'action publique face à la crise du Covid-19 (juin 2020)
- Seine-Saint-Denis : les batailles de l'emploi et de l'insertion (mai 2020)
- Rebondir face au Covid-19 : relançons l'investissement (mai 2020)
- Rebondir face au Covid-19 : l'enjeu du temps de travail (mai 2020)
- Internet : le péril jeune ? (avril 2020)
- Covid-19 : l'Asie orientale face à la pandémie (avril 2020)
- Algorithmes : contrôle des biais S.V.P. (mars 2020)
- Retraites : pour un régime équilibré (mars 2020)
- Espace : le réveil de l'Europe ? (février 2020)
- Données personnelles : comment gagner la bataille ? (décembre 2019)
- Transition énergétique : faisons jouer nos réseaux (décembre 2019)
- Religion au travail : croire au dialogue - Baromètre du Fait Religieux Entreprise 2019 (novembre 2019)
- Taxes de production : préservons les entreprises dans les territoires (octobre 2019)
- Médicaments innovants : prévenir pour mieux guérir (septembre 2019)
- Rénovation énergétique : chantier accessible à tous (juillet 2019)
- Agir pour la parité : performance à la clé (juillet 2019)
- Pour réussir la transition énergétique (juin 2019)
- Europe-Afrique : partenaires particuliers (juin 2019)
- Media polarization « à la française » ? Comparing the French and American ecosystems (mai 2019)
- L'Europe et la 5G : le cas Huawei (partie 2, mai 2019)
- L'Europe et la 5G : passons la cinquième ! (partie 1, mai 2019)
- Système de santé : soyez consultés ! (avril 2019)
- Travailleurs des plateformes : liberté oui, protection aussi (avril 2019)
- Action publique : pourquoi faire compliqué quand on peut faire simple (mars 2019)
- La France en morceaux : baromètre des Territoires 2019 (février 2019)

- Énergie solaire en Afrique : un avenir rayonnant? (février 2019)
- IA et emploi en santé : quoi de neuf docteur? (janvier 2019)
- Cybermenace : avis de tempête (novembre 2018)
- Partenariat franco-britannique de défense et de sécurité : améliorer notre coopération (novembre 2018)
- Sauver le droit d'asile (octobre 2018)
- Industrie du futur, prêts, partez! (septembre 2018)
- La fabrique de l'islamisme (septembre 2018)
- Protection sociale : une mise à jour vitale (mars 2018)
- Innovation en santé : soignons nos talents (mars 2018)
- Travail en prison : préparer (vraiment) l'après (février 2018)
- ETI : taille intermédiaire, gros potentiel (janvier 2018)
- Réforme de la formation professionnelle : allons jusqu'au bout! (janvier 2018)
- Espace : l'Europe contre-attaque? (décembre 2017)
- Justice : faites entrer le numérique (novembre 2017)
- Apprentissage : les trois clés d'une véritable transformation (octobre 2017)
- Prêts pour l'Afrique d'aujourd'hui? (septembre 2017)
- Nouveau monde arabe, nouvelle « politique arabe » pour la France (août 2017)
- Enseignement supérieur et numérique : connectez-vous! (juin 2017)
- Syrie : en finir avec une guerre sans fin (juin 2017)
- Énergie : priorité au climat! (juin 2017)
- Quelle place pour la voiture demain? (mai 2017)
- Sécurité nationale : quels moyens pour quelles priorités? (avril 2017)
- Tourisme en France : cliquez ici pour rafraîchir (mars 2017)
- L'Europe dont nous avons besoin (mars 2017)
- Dernière chance pour le paritarisme de gestion (mars 2017)
- L'impossible État actionnaire? (janvier 2017)
- Un capital emploi formation pour tous (janvier 2017)
- Économie circulaire, réconcilier croissance et environnement (novembre 2016)
- Traité transatlantique : pourquoi persévérer (octobre 2016)
- Un islam français est possible (septembre 2016)
- Refonder la sécurité nationale (septembre 2016)
- Brexite ou Brexit : Europe, prépare ton avenir! (juin 2016)
- Réanimer le système de santé - Propositions pour 2017 (juin 2016)
- Nucléaire : l'heure des choix (juin 2016)
- Un autre droit du travail est possible (mai 2016)
- Les primaires pour les Nuls (avril 2016)
- Le numérique pour réussir dès l'école primaire (mars 2016)
- Retraites : pour une réforme durable (février 2016)
- Décentralisation : sortons de la confusion / Repenser l'action publique dans les territoires (janvier 2016)
- Terreur dans l'Hexagone (décembre 2015)
- Climat et entreprises : de la mobilisation à l'action / Sept propositions pour préparer l'après-COP21 (novembre 2015)
- Discriminations religieuses à l'embauche : une réalité (octobre 2015)
- Pour en finir avec le chômage (septembre 2015)
- Sauver le dialogue social (septembre 2015)
- Politique du logement : faire sauter les verrous (juillet 2015)
- Faire du bien vieillir un projet de société (juin 2015)
- Dépense publique : le temps de l'action (mai 2015)
- Apprentissage : un vaccin contre le chômage des jeunes (mai 2015)
- Big Data et objets connectés. Faire de la France un champion de la révolution numérique (avril 2015)
- Université : pour une nouvelle ambition (avril 2015)
- Rallumer la télévision : 10 propositions pour faire rayonner l'audiovisuel français (février 2015)
- Marché du travail : la grande fracture (février 2015)
- Concilier efficacité économique et démocratie : l'exemple mutualiste (décembre 2014)
- Résidences Seniors : une alternative à développer (décembre 2014)
- Business schools : rester des champions dans la compétition internationale (novembre 2014)
- Prévention des maladies psychiatriques : pour en finir avec le retard français (octobre 2014)

- Temps de travail : mettre fin aux blocages (octobre 2014)
- Réforme de la formation professionnelle : entre avancées, occasions manquées et pari financier (septembre 2014)
- Dix ans de politiques de diversité : quel bilan? (septembre 2014)
- Et la confiance, bordel? (août 2014)
- Gaz de schiste : comment avancer (juillet 2014)
- Pour une véritable politique publique du renseignement (juillet 2014)
- Rester le leader mondial du tourisme, un enjeu vital pour la France (juin 2014)
- 1 151 milliards d'euros de dépenses publiques : quels résultats? (février 2014)
- Comment renforcer l'Europe politique (janvier 2014)
- Améliorer l'équité et l'efficacité de l'assurance-chômage (décembre 2013)
- Santé : faire le pari de l'innovation (décembre 2013)
- Afrique-France : mettre en œuvre le co-développement Contribution au XXVI^e sommet Afrique-France (décembre 2013)
- Chômage : inverser la courbe (octobre 2013)
- Mettre la fiscalité au service de la croissance (septembre 2013)
- Vive le long terme! Les entreprises familiales au service de la croissance et de l'emploi (septembre 2013)
- Habitat : pour une transition énergétique ambitieuse (septembre 2013)
- Commerce extérieur : refuser le déclin
Propositions pour renforcer notre présence dans les échanges internationaux (juillet 2013)
- Pour des logements sobres en consommation d'énergie (juillet 2013)
- 10 propositions pour refonder le patronat (juin 2013)
- Accès aux soins : en finir avec la fracture territoriale (mai 2013)
- Nouvelle réglementation européenne des agences de notation : quels bénéfices attendre? (avril 2013)
- Remettre la formation professionnelle au service de l'emploi et de la compétitivité (mars 2013)
- Faire vivre la promesse laïque (mars 2013)
- Pour un « New Deal » numérique (février 2013)
- Intérêt général : que peut l'entreprise? (janvier 2013)
- Redonner sens et efficacité à la dépense publique 15 propositions pour 60 milliards d'économies (décembre 2012)
- Les juges et l'économie : une défiance française? (décembre 2012)
- Restaurer la compétitivité de l'économie française (novembre 2012)
- Faire de la transition énergétique un levier de compétitivité (novembre 2012)
- Réformer la mise en examen Un impératif pour renforcer l'État de droit (novembre 2012)
- Transport de voyageurs : comment réformer un modèle à bout de souffle? (novembre 2012)
- Comment concilier régulation financière et croissance : 20 propositions (novembre 2012)
- Taxe professionnelle et finances locales : premier pas vers une réforme globale? (septembre 2012)
- Remettre la notation financière à sa juste place (juillet 2012)
- Réformer par temps de crise (mai 2012)
- Insatisfaction au travail : sortir de l'exception française (avril 2012)
- Vademecum 2007 – 2012 : Objectif Croissance (mars 2012)
- Financement des entreprises : propositions pour la présidentielle (mars 2012)
- Une fiscalité au service de la « social compétitivité » (mars 2012)
- La France au miroir de l'Italie (février 2012)
- Pour des réseaux électriques intelligents (février 2012)
- Un CDI pour tous (novembre 2011)
- Repenser la politique familiale (octobre 2011)
- Formation professionnelle : pour en finir avec les réformes inabouties (octobre 2011)
- Banlieue de la République (septembre 2011)
- De la naissance à la croissance : comment développer nos PME (juin 2011)
- Reconstruire le dialogue social (juin 2011)
- Adapter la formation des ingénieurs à la mondialisation (février 2011)
- « Vous avez le droit de garder le silence... » Comment réformer la garde à vue (décembre 2010)

- Gone for Good? Partis pour de bon?
Les expatriés de l'enseignement supérieur français aux États-Unis (novembre 2010)
- 15 propositions pour l'emploi des jeunes et des seniors (septembre 2010)
- Afrique - France. Réinventer le co-développement (juin 2010)
- Vaincre l'échec à l'école primaire (avril 2010)
- Pour un Eurobond. Une stratégie coordonnée pour sortir de la crise (février 2010)
- Réforme des retraites : vers un big-bang? (mai 2009)
- Mesurer la qualité des soins (février 2009)
- Ouvrir la politique à la diversité (janvier 2009)
- Engager le citoyen dans la vie associative (novembre 2008)
- Comment rendre la prison (enfin) utile (septembre 2008)
- Infrastructures de transport : lesquelles bâtir, comment les choisir? (juillet 2008)
- HLM, parc privé. Deux pistes pour que tous aient un toit (juin 2008)
- Comment communiquer la réforme (mai 2008)
- Après le Japon, la France...
Faire du vieillissement un moteur de croissance (décembre 2007)
- Au nom de l'Islam... Quel dialogue avec les minorités musulmanes en Europe? (septembre 2007)
- L'exemple inattendu des Vets
Comment ressusciter un système public de santé (juin 2007)
- Vademecum 2007-2012
Moderniser la France (mai 2007)
- Après Erasmus, Amicus. Pour un service civique universel européen (avril 2007)
- Quelle politique de l'énergie pour l'Union européenne? (mars 2007)
- Sortir de l'immobilité sociale à la française (novembre 2006)
- Avoir des leaders dans la compétition universitaire mondiale (octobre 2006)
- Comment sauver la presse quotidienne d'information (août 2006)
- Pourquoi nos PME ne grandissent pas (juillet 2006)
- Mondialisation : réconcilier la France avec la compétitivité (juin 2006)
- TVA, CSG, IR, cotisations...
Comment financer la protection sociale (mai 2006)
- Pauvreté, exclusion : ce que peut faire l'entreprise (février 2006)
- Ouvrir les grandes écoles à la diversité (janvier 2006)
- Immobilier de l'État : quoi vendre, pourquoi, comment (décembre 2005)
- 15 pistes (parmi d'autres...) pour moderniser la sphère publique (novembre 2005)
- Ambition pour l'agriculture, libertés pour les agriculteurs (juillet 2005)
- Hôpital : le modèle invisible (juin 2005)
- Un Contrôleur général pour les Finances publiques (février 2005)
- Les oubliés de l'égalité des chances (janvier 2004 - Réédition septembre 2005)

Pour les publications antérieures se référer à notre site internet :

www.institutmontaigne.org

INSTITUT MONTAIGNE



ABB FRANCE
ABBVIE
ACCENTURE
ACCURACY
ACTIVEO
ADEO
ADIT
ADVANCY
AIR FRANCE - KLM
AIR LIQUIDE
AIRBUS
ALKEN ASSET MANAGEMENT
ALLEN & OVERY
ALLIANZ
ALVAREZ & MARSAL FRANCE
AMAZON
AMBER CAPITAL
AMUNDI
ANTIN INFRASTRUCTURE PARTNERS
ARCHERY STRATEGY CONSULTING
ARCHIMED
ARDIAN
ASTORG
ASTRAZENECA
AUGUST DEBOUZY
AVRIL
AXA
BAKER & MCKENZIE
BEARINGPOINT
BESSÉ
BG GROUP
BNP PARIBAS
BOLLORÉ
BOUYGUES
BROUSSE VERGEZ
BRUNSWICK
CAISSE DES DÉPÔTS
CANDRIAM
CAPGEMINI

INSTITUT MONTAIGNE



CAPITAL GROUP
CAREIT ASSET ET PROPERTY MANAGEMENT
CARREFOUR
CASINO
CHUBB
CIS
CISCO SYSTEMS FRANCE
CLUB TOP 20
CMA CGM
CNP ASSURANCES
COHEN AMIR-ASLANI
COMPAGNIE PLASTIC OMNIUM
CONSEIL SUPÉRIEUR DU NOTARIAT
CORRÈZE & ZAMBÈZE
CRÉDIT AGRICOLE
D'ANGELIN & CO.LTD
DASSAULT SYSTÈMES
DE PARDIEU BROCAS MAFFEI
DENTSU AEGIS NETWORK
DOCTOLIB
DRIVE INNOVATION INSIGHT - DII
ECL GROUP
EDENRED
EDF
EDHEC BUSINESS SCHOOL
EDWARDS LIFESCIENCES
ELSAN
ENEDIS
ENGIE
EQT
EQUANCY
ESL & NETWORK
ETHIQUE & DÉVELOPPEMENT
EUROGROUP CONSULTING
FIVES
FONCIA GROUPE
FONCIÈRE INEA
GALILEO GLOBAL EDUCATION
GETLINK

INSTITUT MONTAIGNE



GIDE LOYRETTE NOUËL
GOOGLE
GRAS SAVOYE
GROUPAMA
GROUPE EDMOND DE ROTHSCHILD
GROUPE M6
GROUPE ORANGE
HAMEUR ET CIE
HENNER
HSBC CONTINENTAL EUROPE
IBM FRANCE
IFPASS
ING BANK FRANCE
INKARN
INSTITUT MÉRIEUX
INTERNATIONAL SOS
INTERPARFUMS
IONIS EDUCATION GROUP
ISRP
IZIWORK
JEANTET ASSOCIÉS
JOLT CAPITAL
KANTAR
KATALYSE
KEARNEY
KEDGE BUSINESS SCHOOL
KKR
KPMG S.A.
LA BANQUE POSTALE
LA COMPAGNIE FRUITIÈRE
LINEDATA SERVICES
LINKEDIN
LIVANOVA
L'ORÉAL
LOXAM
LVMH - MOÛT-HENNESSY - LOUIS VUITTON
M.CHARRAIRE
MACSF
MALAKOFF HUMANIS

INSTITUT MONTAIGNE



MAREMMA
MAZARS
MCKINSEY & COMPANY FRANCE
MÉDIA-PARTICIPATIONS
MEDIOBANCA
MERCER
MERIDIAM
MICHELIN
MICROSOFT FRANCE
MITSUBISHI FRANCE S.A.S
MOELIS & COMPANY
NATIXIS
NEHS
NESTLÉ
NEXITY
ODDO BHF
ONDRA PARTNERS
ONEPOINT
ONET
OPTIGESTION
ORANO
ORTEC GROUP
OWKIN
PAI PARTNERS
PERGAMON
POLYTANE
PRODWARE
PRUDENTIA CAPITAL
PWC FRANCE & MAGHREB
RAISE
RAMSAY GÉNÉRALE DE SANTÉ
RANDSTAD
RATP
RELX GROUP
RENAULT
REXEL
RICOL LASTEYRIE
RIVOLIER
ROCHE



ROLAND BERGER
ROTHSCHILD MARTIN MAUREL
SAFRAN
SANOFI
SAP FRANCE
SCHNEIDER ELECTRIC
SERVIER
SGS
SIA PARTNERS
SIACI SAINT HONORÉ
SIEMENS
SIEMENS ENERGY
SIEP CONSTRUCTEUR
SNCF
SNCF RÉSEAU
SODEXO
SPVIE
STAN
SUEZ
SYSTEMIS
TALAN
TECNET PARTICIPATIONS SARL
TEREGA
THE BOSTON CONSULTING GROUP
TILDER
TOTALENERGIES
UBS FRANCE
VEOLIA
VERLINGUE
VINCI
VIVENDI
WAKAM
WAVESTONE
WAZE
WENDEL
WILLIS TOWERS WATSON
WORDAPPEAL
ZURICH



COMITÉ DIRECTEUR

PRÉSIDENT

Henri de Castries président, Institut Montaigne

MEMBRES

David Azéma associé, Perella Weinberg Partners

Emmanuelle Barbara *Senior Partner*, August Debouzy

Marguerite Bérard directrice des réseaux France, BNP Paribas

Jean-Pierre Clamadiou président du Conseil d'administration, ENGIE

Marwan Lahoud président, Ace Capital Partners

Fleur Pellerin CEO, Korelya Capital

Natalie Rastoin présidente, Polytane ; *Senior Advisor*, WPP

René Ricol président, Ricol Lasteyrie

Jean-Dominique Senard président du Conseil d'administration,
Groupe Renault

Arnaud Vaissié président-directeur général, International SOS

Natacha Valla économiste ; doyenne de l'École de Management
et d'Innovation, Sciences Po

Florence Verzelen directrice générale adjointe, Dassault Systèmes

Philippe Wahl président-directeur général, Groupe La Poste

PRÉSIDENT D'HONNEUR

Claude Bébéar fondateur et président d'honneur, AXA

Photo de couverture © Volodymyr TVERDOKHLIB. www.shutterstock.com

Imprimé en France
Dépôt légal : mai 2021
ISSN : 1771-6764

INSTITUT MONTAIGNE



IL N'EST DÉSIR PLUS NATUREL QUE LE DÉSIR DE CONNAISSANCE

Bien-vieillir : faire mûrir nos ambitions

Le vieillissement de la population résulte en grande partie d'une tendance de fond à l'allongement de la durée de vie après 65 ans, révélatrice d'une **amélioration continue de la santé des Français au cours du siècle dernier**. Actuellement, les seniors âgés de 65 ans ou plus représentent 20 % de la population française. En 2030, ce pourcentage passera à 23 % et **les plus de 65 ans seront plus nombreux que les moins de 20 ans**.

Mais l'allongement de l'espérance de vie ne se traduit pas forcément par une amélioration de la durée de vie en bonne santé puisqu'au cours des dix dernières années, **l'espérance de vie sans incapacité à la naissance a plafonné**.

Dès lors, **cette évolution démographique doit inciter les décideurs publics à bâtir une société plus inclusive, adaptée à ces mutations**. Plusieurs leviers d'action sont possibles : valoriser la contribution des seniors à notre société, permettre de mieux vivre chez soi et plus longtemps, être en meilleure santé grâce à la prévention de la perte d'autonomie et développer de nouveaux produits et services pour le bien-vieillir.

Rejoignez-nous sur :



Suivez chaque semaine notre actualité
en vous abonnant à notre newsletter sur :
www.institutmontaigne.org

Institut Montaigne
59, rue La Boétie - 75008 Paris
Tél. +33 (0)1 53 89 05 60
www.institutmontaigne.org

10€
ISSN 1771-6764
MAI 2021