

Une société pour tous les âges

Rapport du comité de pilotage  
**de l'année internationale  
des personnes âgées**

Président ● Michel **Thierry**

Rapporteur ● Jean-Marie **Palach**

# Sommaire

<b>Introduction</b>	<b>6</b>
<b>1 L'amélioration récente des conditions de vie des personnes âgées en France ne doit pas dissimuler les insuffisances actuelles et les facteurs d'inquiétude pour l'avenir</b>	<b>9</b>
<b>1.1 L'amélioration récente des conditions de vie des personnes âgées</b>	<b>9</b>
1.1.1 Aujourd'hui, le niveau de vie moyen des retraités est équivalent à celui des actifs	9
1.1.2 L'allongement de l'espérance de vie s'est accompagné de la diminution de l'incapacité	10
1.1.3 Les personnes âgées restent le plus souvent à domicile, malgré l'amélioration sensible de la qualité des structures d'hébergement collectif	11
1.1.4 Le développement important des services de soutien à domicile	11
1.1.5 Les personnes âgées ont des relations sociales plus régulières et, pour une partie d'entre elles, tournées vers l'utilité sociale	12
1.1.5.1 Des relations sociales plus régulières	12
1.1.5.2 Un nouveau modèle, minoritaire, novateur et fragile, de retraités impliqués dans des activités d'utilité sociale	13
1.1.6 Les retraités et personnes âgées ont été reconnus comme un groupe, doté d'une représentation spécifique, limitée au secteur social	14
<b>1.2 Les insuffisances actuelles</b>	<b>17</b>
1.2.1 La remise en question de l'ordonnancement du parcours des âges, liée à des cessations d'activité de plus en plus précoces	17
1.2.2 Les insuffisances en matière de santé	18
1.2.3 La notion de dépendance est un véritable vecteur d'exclusion de la société	19
1.2.4 L'insuffisante prise en compte du vieillissement dans une conception de l'habitat trop exclusivement centrée sur le logement	20
1.2.4.1 Les effets du vieillissement ne sont pas suffisamment intégrés dans la conception et l'aménagement des logements	20
1.2.4.2 Le lien, indispensable pour les personnes âgées, entre le logement et son environnement ne fait pas actuellement l'objet d'une attention satisfaisante	21
1.2.4.3 Un grand nombre de structures collectives sont inadaptées et ne favorisent pas la qualité de la prise en charge	21
1.2.5 L'insuffisance des services de soutien à domicile	22
1.2.6 Les difficultés des familles aidantes	23
1.2.7 La vision portée par la société sur le vieillissement reste globalement négative	24
1.2.8 La capitalisation et la diffusion insuffisantes des connaissances sur le vieillissement et le déficit de communication et d'information qui en résulte	25
1.2.9 Le débat public est morcelé, les politiques publiques sont éclatées	26
<b>1.3 Une certitude et des facteurs d'inquiétude pour l'avenir</b>	<b>28</b>
1.3.1 Une certitude : le vieillissement programmé de la population	28
1.3.2 Des facteurs d'inquiétude pour l'avenir	28
1.3.2.1 Les incidences des évolutions démographiques sur les systèmes de retraite	28
1.3.2.2 L'évolution incertaine du nombre des personnes en incapacité et de la nature de l'incapacité	29
1.3.2.3 Les conséquences des mutations géographiques et des modes de vie	29

<b>2 Une société pour tous les âges doit favoriser les expressions individuelle et collective des personnes âgées, le respect de leur dignité et arrêter les choix collectifs indispensables à leur pleine intégration et à l'exercice de leur autonomie</b>	<b>29</b>
<b>2.1 Favoriser la participation des personnes âgées à la vie sociale et garantir le respect de leur dignité</b>	<b>31</b>
2.1.1 Favoriser l'expression collective des personnes âgées et leur participation individuelle	<b>31</b>
2.1.1.1 L'expression collective	
2.1.1.2 La participation individuelle	<b>31</b>
2.1.2 Garantir le respect de la dignité	<b>31</b>
2.1.2.1 Supprimer les pratiques discriminatoires fondées sur l'âge	<b>33</b>
2.1.2.2 Préserver la qualité de vie	<b>35</b>
<b>2.2 Les choix collectifs indispensables à la pleine intégration des personnes âgées et à l'exercice de leur autonomie</b>	<b>35</b>
2.2.1 Sortir d'une approche négative de la vieillesse	<b>36</b>
2.2.2 Capitaliser et rendre plus accessible l'information collective sur le vieillissement et ses conséquences	<b>38</b>
2.2.3 Modifier l'approche de la santé et renforcer la prévention, la formation et la lutte contre les inégalités	<b>38</b>
2.2.4 Abolir toute référence à une notion de dépendance réservée aux plus âgés	
2.2.5 Adapter l'habitat	<b>39</b>
2.2.5.1 Intégrer les effets du vieillissement dans la conception et l'aménagement de l'habitat	<b>41</b>
2.2.5.2 Apporter une attention suffisante au lien entre le logement et son environnement	<b>42</b>
2.2.5.3 Adapter les structures collectives	<b>42</b>
2.2.5.4 Promouvoir les modes d'accueil intermédiaires ou alternatifs	
2.2.6 Intensifier le dispositif de soutien à domicile	<b>44</b>
2.2.7 Favoriser les relations familiales	<b>45</b>
2.2.7.1 Aider les aidants	<b>47</b>
2.2.7.2 Améliorer les dispositifs juridiques, notamment de protection	<b>47</b>
2.2.7.3 Prendre des mesures d'incitation fiscale	<b>48</b>
2.2.8 Encourager la coordination entre les institutions et entre intervenants	<b>48</b>
2.2.8.1 La prise en charge des incapacités liées au vieillissement renvoie nécessairement à un financement mixant solidarité nationale et solidarité locale	<b>49</b>
2.2.8.2 Il faut également mettre en place les moyens d'une coordination gérontologique renforcée, sans modèle uniforme, mais distinguant clairement entre les divers niveaux pertinents de coordination, et prenant en compte les coûts de coordination	<b>50</b>
<b>Annexes</b>	
<b>1 - Lettre de mission</b>	
<b>2 - Composition du comité de pilotage</b>	<b>51</b>
<b>3 - Mandats et compositions des groupes de travail</b>	
<b>4 - Date des réunions du comité de pilotage</b>	
<b>5 - Auteurs et ouvrages cités</b>	<b>57</b>
<b>6 - Liste des sigles utilisés</b>	<b>59</b>
<b>7 - Synthèse des contributions des conseillers sociaux</b>	<b>61</b>
<b>8 - Orientations - propositions</b>	<b>69</b>
	<b>71</b>
	<b>73</b>
	<b>75</b>
	<b>83</b>

# Introduction

La mixité des âges constitue un élément essentiel de la cohésion sociale. Le désenclavement des politiques de la vieillesse correspond à une évolution sociologique et culturelle de fond dans une société où la vieillesse ne peut plus être enfermée dans aucun stéréotype, et où les moyens de l'autonomie pour les personnes vieillissantes n'ont cessé de gagner du terrain. En même temps, notre société doit affronter la perspective d'un vieillissement de sa structure démographique et de la coexistence de quatre, voire cinq générations, phénomènes qui affectent les relations intergénérationnelles.

Pour ces raisons, la thématique "d'une société pour tous les âges", choisie par les Nations Unies pour l'année internationale des personnes âgées, rencontre parfaitement les préoccupations de la société française et de ses responsables.

Pour animer en France cette année internationale, le gouvernement a choisi de mettre en place un comité de pilotage, réunissant administrations, organismes de protection sociale, mouvement associatif, élus territoriaux, experts, chargé d'une double mission :

- impulser un travail de pédagogie sociale et de communication, fondé sur la valorisation des initiatives de la société civile conformes à la thématique retenue ;
- procéder à une réflexion concertée sur les politiques publiques en direction des personnes âgées, et remettre à madame la ministre de l'emploi et de la solidarité un rapport synthétisant ces travaux (annexes 1 et 2) .

Cette réflexion s'est appuyée sur le fonctionnement de quatre groupes de travail, animés par des personnalités reconnues (annexes 3 et 4) :

- un groupe, présidé par Maurice **Bonnet**, vice-président du comité national des retraités et personnes âgées (CNRPA), dont le rapporteur a été Jean-Michel **Hote**, directeur du centre de liaison, d'étude, d'information et de recherche sur les problèmes des personnes âgées (CLEIRPPA), s'est intéressé à "la place des retraités dans une France solidaire et citoyenne" ;
- un groupe, présidé par Hubert **Brin**, président de l'union nationale des associations familiales (UNAF), dont le rapporteur a été Jean-Michel **Rossignol**, secrétaire national de la fondation nationale de gérontologie (FNG), s'est intéressé au thème : "les personnes âgées et leurs familles" ;
- un groupe, présidé par le professeur Jean-Louis **Albarede**, chef du service de médecine interne et de gérontologie clinique au centre hospitalier universitaire de Toulouse, dont le rapporteur a été le professeur Michel **Frossard**, directeur du centre pluridisciplinaire de gérontologie de L'université Pierre Mendès France de Grenoble, s'est intéressé à "la santé des personnes âgées" ;
- un groupe, présidé par Paul **Cadot**, (administrateur CFDT de la caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS), président de la commission d'action sociale), dont les rapporteurs ont été Jean-Yves **Allee**, directeur départemental des affaires sanitaires et sociales d'Ille-et-Vilaine et Olivier **Piron**, chef de service à la direction générale de l'urbanisme, de l'habitat et de la construction, s'est intéressé à "l'habitat des personnes âgées".

Chaque groupe a remis, conformément à son mandat, un rapport thématique dont les principaux éléments ont alimenté le rapport de synthèse, validé par le comité de pilotage lors de sa réunion du 22 septembre 1999.

L'ambition de ce rapport est d'esquisser des pistes qui pourraient guider les pouvoirs publics, nationaux ou locaux, mais aussi orienter l'action de l'ensemble des acteurs sociaux et le débat dans l'opinion et la société - la construction d'une société pour tous les âges ne dépend pas des seuls pouvoirs publics. La visée de ce rapport est largement prospective : aboutir dans dix-quinze ans à une société du "bien vieillir", caractérisée par l'élimination des discriminations, l'intégration sociale et l'exercice de l'autonomie. De ce fait, le rapport s'attache par priorité à définir des orientations à moyen ou à long terme, à renouveler les approches ou la doctrine. Pour autant, il comporte de nombreuses propositions concrètes à court terme, destinées à baliser le chemin et à annoncer la concrétisation d'orientations à plus long cours.

Trois remarques liminaires sont à effectuer :

- sur le champ : il est celui fixé par les mandats des quatre groupes. La question de l'évolution des régimes de retraite a été réservée, devant faire l'objet d'une concertation spécifique sur la base d'un constat et de simulations établies par le commissaire général au plan, Jean-Michel **Charpin** ;
- sur la méthode : il n'a pas été procédé à des investigations particulières ; ce travail s'appuie complètement sur les compétences des membres des groupes et du comité de pilotage. La synthèse essaie naturellement d'être très fidèle aux analyses et aux propositions des groupes, même si certains points ont parfois été développés ou précisés, mais toujours dans le cadre des orientations émanant des groupes ;
- sur l'esprit : l'âge n'est pas et ne doit pas être un facteur de discrimination débouchant sur un traitement différencié des sujets qui concernent tous les membres de la société française. A l'exception des retraites, la plupart des questions qui intéressent les personnes âgées ne leur sont pas spécifiques, qu'il s'agisse de logement ou de santé par exemple. Il peut donc y avoir un paradoxe apparent à centrer le constat et les propositions sur les problèmes des personnes âgées dans un rapport destiné à promouvoir une société pour tous les âges. Mais il fallait bien partir de l'existant pour le désenclaver, revisiter les politiques menées pour éventuellement les refonder. Le fil conducteur reste celui du vieillissement, de la recherche des moyens du "bien vieillir".

Le rapport est organisé autour de deux axes :

- l'amélioration récente des conditions de vie des personnes âgées en France ne doit pas dissimuler les insuffisances actuelles et les facteurs d'inquiétude pour l'avenir ;
- une société pour tous les âges doit favoriser l'expression des personnes âgées, le respect de leur dignité, et arrêter les choix collectifs indispensables à leur pleine intégration sociale et à l'exercice de leur autonomie.

# 1. L'amélioration récente des conditions de vie des personnes âgées en France ne doit pas dissimuler les insuffisances actuelles et les facteurs d'inquiétude pour l'avenir

## 1.1 L'amélioration récente des conditions de vie des personnes âgées

Dans les années qui ont suivi la fin de la deuxième guerre mondiale, la croissance a, dans un premier temps, peu profité aux personnes âgées. La prise de conscience collective, ensuite, de la difficulté de leur situation a contribué à la construction de dispositifs de protection sociale élaborés, dans le domaine des retraites comme dans le domaine sanitaire et social.

L'amélioration générale des conditions de vie dans notre pays, les progrès de la médecine et les décisions prises par les pouvoirs publics à la suite des travaux d'analyse et de réflexion accomplis sur les problèmes de la vieillesse, depuis la commission présidée en 1962 par Pierre Laroque<sup>1</sup>, expliquent également qu'aujourd'hui les personnes âgées aient des revenus corrects, comparables à ceux du reste de la population, vivent plus longtemps avec moins d'incapacités, en demeurant plus facilement à leur domicile ou en partant dans des établissements de qualité, en ayant plus de relations sociales qu'autrefois, et qu'elles bénéficient d'une représentation spécifique.

*1 - La "commission d'étude des problèmes de la vieillesse", a remis en 1962 son rapport, intitulé "politique de la vieillesse" et communément désigné du nom du président de la commission.*

### 1.1.1. Aujourd'hui, le niveau de vie moyen des retraités est équivalent à celui des actifs

La commission de concertation sur l'avenir des retraites<sup>2</sup>, a rappelé, dans son rapport intitulé "L'avenir de nos retraites", remis en avril 1999, les évolutions les plus importantes dans ce domaine :

*2 - La commission a été constituée en 1998, à la demande du Premier ministre et a été présidée par Jean-Michel Charpin, commissaire général au plan.*

- la retraite n'est plus, aujourd'hui, synonyme de pauvreté. En 1970, une part importante des retraités avait des revenus égaux ou inférieurs au seuil de pauvreté : plus de 2,2 millions étaient allocataires du minimum vieillesse. Depuis cette date, le nombre d'allocataires s'est réduit régulièrement, alors même que le montant du minimum vieillesse a triplé et que le nombre de retraités s'est accru du fait de l'abaissement de l'âge légal de la retraite. Ainsi, en 1998, le nombre d'allocataires du minimum vieillesse était inférieur à 1 million, ce qui représentait moins de 9% des retraités. Cette tendance devrait se poursuivre au cours des prochaines années, avec le remplacement des générations les plus âgées par des générations de retraités ayant acquis des droits très nettement supérieurs au minimum vieillesse. En partie du fait du moindre taux de pauvreté, les inégalités de niveau de vie chez les retraités se sont sensiblement réduites ces dix dernières années ;
- entre 1970 et 1990, le revenu des retraités a augmenté deux fois plus vite que celui des actifs. La retraite moyenne a en effet progressé, sous les effets conjugués de l'arrivée à maturité des régimes de retraite, du développement de l'activité des femmes et de l'augmentation du minimum vieillesse. Ces évolutions ont contribué à la hausse du niveau de vie des retraités, qui est désormais comparable à celui des actifs. Si, en 1970, le revenu fiscal moyen par unité de consommation des ménages de plus de 65 ans était inférieur d'environ un tiers à celui des ménages de moins de 65 ans, il est en 1996 quasiment équivalent ;
- les jeunes retraités ont un niveau de vie supérieur à celui des jeunes actifs. Au début des années soixante-dix, les jeunes ménages disposaient d'un niveau de vie comparable à celui de leurs parents en fin de carrière, du fait d'une meilleure mobilité sociale. Depuis 1975, le contexte économique leur est moins favorable : le niveau de vie a pratiquement stagné pour les moins de 40 ans tandis qu'il a continué de progresser pour les plus de 40 ans. Les ménages de plus de 60 ans sont désormais à l'origine de transferts importants : 20 milliards vers les ménages de 40 à 59 ans, 30 milliards vers les ménages de moins de 40 ans, soit un montant total équivalent aux transferts des ménages de 40 à 59 ans vers les ménages de moins de 40 ans ;

- la situation des retraités français par rapport aux retraités européens semble assez favorable. Le niveau de vie des retraités est en effet inférieur d'environ 10 % à celui des actifs dans l'Union européenne. Au Royaume-Uni, en Grèce, au Portugal et en Espagne, cette différence atteint 15 %. En revanche, en France, en Irlande et aux Pays-Bas, le niveau de vie des retraités est sensiblement identique à celui du reste de la population.

Cependant, les considérations sur le niveau de vie moyen des retraités doivent être formulées avec une certaine prudence. Une dispersion importante des revenus existe parmi les personnes âgées, notamment entre les veufs et les veuves de plus de 80 ans, qui ont des revenus plus faibles que la moyenne, et les titulaires d'une retraite de cadre du secteur privé, qui ont des revenus sensiblement supérieurs.

### 1.1.2 L'allongement de l'espérance de vie s'est accompagné de la diminution de l'incapacité

L'espérance de vie s'est considérablement élevée dans notre pays au cours des cinquante dernières années. Elle était en 1998 de 82,5 ans pour les femmes, au lieu de 69,2 ans en 1946, mais elle n'était que de 74,2 ans pour les hommes, au lieu de 63,4 ans en 1950.

La surmortalité masculine reste importante même si l'on note depuis quelques années une tendance à sa diminution. Si le quotient de surmortalité des hommes tombe à 1,5 à 84 ans, il est de 2 à 70 ans et de 2,5 à 60 ans. Ceci explique naturellement le fait que la population de plus de 85 ans soit très majoritairement une population de femmes seules.

Des inégalités fortes devant la mort existent entre les différentes catégories sociales. La probabilité de décéder entre 60 et 75 ans était de 46 % pour un manoeuvre, de 43,6 % pour un salarié agricole et de 24 % pour un ingénieur, d'après une étude portant sur la période 1980-1989. Bien que les écarts se resserrent avec la montée en âge, ils restent encore sensibles et la probabilité de décès entre 75 et 90 ans est de 91,6 % pour un manoeuvre et de 84,8 % pour un ingénieur.

Il y a donc un fort déterminant social dans la composition de la société âgée.

Les données récentes produites dans le cadre des travaux de l'intercommission n° 5 de l'institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM)<sup>3</sup>, croisant l'incapacité et les maladies auxquelles elle est associée ou qui en sont la cause, montrent que les pathologies sont de moins en moins invalidantes ou responsables de l'incapacité. Cela signifie que notre système de santé a su promouvoir des améliorations de savoir-faire qui ont entraîné un progrès de son efficacité : on sait soigner en minimisant l'incapacité. C'est une donnée fondamentale, qui met par contre en avant le rôle de l'environnement physique et social comme déterminant principal, puisque les déterminants physiologiques ou étiologiques sont mieux contrôlés.

L'incapacité diminue et diminuera dans le futur. Les travaux déjà anciens du centre de recherches, d'études et de documentation en économie de la santé (CREDES) sur la mesure de l'incapacité par âge dans le cadre des enquêtes décennales sur la consommation médicale, les données 1981-1991 sur la comparaison de l'espérance de vie et de l'espérance de vie sans incapacité en France, les travaux menés au niveau des comparaisons internationales d'espérance de vie sans incapacité, sur l'inflexion des taux de mortalité à partir de la génération 1908, montrent que l'hypothèse de la "compression de la dépendance" chez les individus doit être considérée comme le scénario le plus probable. Le deuxième fait important est la baisse spectaculaire du taux de mortalité à 80 ans et plus, qui signe la baisse de la fragilité des personnes âgées. La diminution de l'incapacité au niveau individuel s'accompagnera de l'augmentation dans les prochaines années du nombre des personnes atteignant les âges au cours desquels sont enregistrés les plus forts taux d'incapacité. L'évolution du nombre total de personnes âgées dépendantes qui résultera de ces deux tendances opposées n'est pas clairement perceptible.

**3 - L'intercommission INSERM n°5 est une structure transversale de cet organisme, destinée à promouvoir des recherches interdisciplinaires. Elle a fait réaliser un ensemble de travaux au cours des deux dernières années sur le thème de l'évolution de l'état de santé des personnes âgées en France, qui représentent l'état le plus à jour de cette question. Ces travaux ont été menés par l'INSEE, l'INED, le CREDES, l'institut fédératif de recherche INSERM n°12 "santé publique et vieillissement". Ils ont été validés par un séminaire rassemblant les experts de ce domaine en mars 1999. Ils ont donné lieu à un rapport de synthèse "L'état de santé des aînés : évolutions depuis 25 ans et interprétations", intercommission INSERM n°5, mars 1999 et à un ouvrage de C. Sermet : "évolution de l'état de santé des personnes âgées en France", INSERM, 1998.**



### **1.1.3. Les personnes âgées restent le plus souvent à domicile, malgré l'amélioration sensible de la qualité des structures d'hébergement collectif**

L'immense majorité des personnes âgées vivent chez elles et les efforts déployés depuis une trentaine d'années pour favoriser le maintien à domicile ont sans doute largement contribué à rendre possible le souhait exprimé de manière quasi unanime d'une vie à domicile jusqu'au dernier jour.

En 1990, le pourcentage des personnes de 75 ans et plus vivant à domicile était de 90,7 %. Ce taux atteignait 98 % pour la tranche de 60 à 75 ans. L'entrée en structure d'accueil est le plus souvent une solution qui s'impose aux personnes et à leurs familles. Ainsi, une infime minorité des personnes de 60 ans et plus vivent en institution (5,5 %), mais ce pourcentage évolue progressivement au fil des ans et de la perte d'autonomie pour atteindre 15 % entre 80 et 89 ans et plus de 36 % au-delà de 90 ans.

A l'aube des années soixante-dix, les conditions d'accueil des personnes âgées dans les structures d'hébergement collectif étaient le plus souvent déplorables. Les hospices étaient le refuge des populations démunies dont la société ne s'était guère préoccupée jusqu'alors et qui étaient confiées aux soins charitables des congrégations religieuses.

Les pouvoirs publics ayant finalement pris conscience du caractère inacceptable de telles situations ont fait de la modernisation des hospices une priorité nationale. C'est au début des années soixante-dix qu'a été lancé le premier grand programme d'humanisation des hospices. L'objectif était à l'époque de faire disparaître les dortoirs en créant des chambres ne pouvant pas dépasser trois ou quatre lits et de créer des salles de restauration, des WC et des salles de bains collectives. La tâche était considérable, car tous les hôpitaux avaient leurs hospices, parfois de plusieurs centaines de lits et tous, à quelques exceptions près, offraient des conditions d'hébergement dramatiques.

Des moyens financiers considérables ont été mobilisés et, dans le courant des années quatre-vingt, les plans d'humanisation ont permis de mettre fin à de nombreuses situations intolérables.

Dans le même temps, l'obligation de mise en place de conseils d'établissement dans l'ensemble des établissements sociaux et médico-sociaux a eu vocation à associer les usagers, leurs familles et les personnels au fonctionnement de ce type de structure. Le principe en a tout d'abord été posé par la loi du 30 juin 1975, mais les conseils n'ont pas toujours fonctionné, en raison notamment de l'absence de candidature des résidents. Un décret du 31 décembre 1991 a harmonisé les dispositions prévues par des décrets de 1978 et de 1985, qui concernaient respectivement les établissements accueillant des enfants, des adolescents et des adultes handicapés et ceux pour personnes âgées. Le conseil d'établissement joue un rôle significatif, puisqu'il donne son avis et peut faire des propositions sur toute question intéressant le fonctionnement de l'établissement : règlement intérieur, organisation et vie quotidienne, activités et prestations proposées ainsi que les prix correspondants, projets de travaux d'équipement... En outre, le conseil doit être informé de la suite donnée aux avis et propositions qu'il a pu émettre.

### **1.1.4. Le développement important des services de soutien à domicile**

A la suite de la diffusion en 1962 du rapport **Laroque**, les pouvoirs publics ont entrepris une politique volontariste de maintien à domicile, fondée sur le double postulat de la volonté des personnes âgées d'y demeurer jusqu'à leur décès et des économies liées au maintien à domicile, en comparaison du transfert en établissement.

Le territoire s'est progressivement couvert, dans un premier temps, de services d'aide ménagère initiés par des associations ou des bureaux d'aide sociale. Des conventions ont été passées avec les caisses de retraite et l'aide sociale pour en assurer le financement.

Le programme finalisé pour le maintien à domicile des personnes âgées a fait du développement de ces services une priorité absolue et a porté ses fruits dès le début des années soixante-dix.



Le programme d'action prioritaire n° 15 du 7<sup>ème</sup> plan (1977-1981), assorti d'importants crédits incitatifs de l'Etat, a eu pour objectif de donner un nouvel élan à la politique de maintien à domicile, en diversifiant les aides et les services aux personnes âgées, avec le souci de les rendre acteurs beaucoup plus que bénéficiaires. Il a provoqué une véritable mobilisation des services publics, des associations, des personnes âgées elles-mêmes, en introduisant la notion de secteur d'action gérontologique, reprise par la suite par la circulaire du 7 avril 1982, relative à la politique sociale et médico-sociale, du secrétaire d'Etat chargé des personnes âgées, monsieur **Francheschi**. C'est avec ce programme que les actions d'amélioration de l'habitat ont connu un véritable développement et qu'ont commencé à se mettre en place des services comme le portage des repas, le lavage de linge, les petits travaux ou la téléalarme.

La reconnaissance juridique des services de soins infirmiers à domicile par le décret du 8 mai 1981 a constitué une avancée considérable. Elle était attendue, dans la mesure où ce type de services existaient depuis longtemps dans d'autres pays d'Europe et qu'elle répondait aux besoins de nombreuses personnes âgées. Ces services, entièrement financés par l'assurance-maladie, permettent de retarder et de prévenir les hospitalisations ou de faciliter les retours à domicile après la phase aiguë d'une maladie.

Enfin, les lois du 31 décembre 1991 et du 29 janvier 1996 relatives aux associations de services aux personnes et au développement des emplois familiaux ont créé une évolution notable dans le domaine de l'organisation et de la gestion des services de soutien à domicile, en autorisant le développement des associations mandataires.

En 1998, plus de 600 000 personnes âgées ont bénéficié d'environ 80 millions d'heures d'aide ménagère, pour un coût total pour la collectivité de plus de 4,6 milliards de francs, tandis que 61 000 places de services de soins infirmiers à domicile ont fonctionné.

### **1.1.5. Les personnes âgées ont des relations sociales plus régulières et, pour une partie d'entre elles, tournées vers l'utilité sociale**

#### 1.1.5.1. Des relations sociales plus régulières

Cette évolution est évoquée dans une parution récente du centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie (CREDOC)<sup>4</sup> :

*4 - Consommation et modes de vie, n°135 du 31 mai 1999, "La dynamique sociale des seniors", Bertrand Chokrane et Georges Hatchuel.*

"En vingt ans, la participation des seniors aux associations a connu un essor considérable. Alors qu'en 1979, un tiers des quinquagénaires étaient membres d'une association, c'est le cas de 44 % en 1998 (+ 11 points). Mais c'est chez les plus de 70 ans que les pratiques associatives se sont le plus accrues : 40 % d'entre eux sont adhérents aujourd'hui, contre 22 % il y a vingt ans. Remarquons qu'à l'inverse, les pratiques associatives ont légèrement reculé en dessous de 40 ans.

A vrai dire, cette participation croissante des seniors aux associations traduit une double évolution des attentes de ce groupe de population.

D'une part, elle montre une volonté de s'investir dans des activités d'échange et de convivialité, loin du "militantisme" des années soixante-dix. La croissance du taux de participation est en effet, de loin, la plus nette en matière d'associations dites culturelles ou de loisirs (au sein desquelles les clubs dits du troisième âge jouent un rôle important) ; ce taux est notamment passé, dans la période, de 14 % à 31 % chez les septuagénaires.

D'autre part, loin d'être tournés vers "l'intérieur" du foyer comme il y a vingt ans, les seniors de la fin du vingtième siècle expriment une volonté "d'échanges relationnels", non formalisés, ne passant pas obligatoirement par la fréquentation régulière de lieux dédiés à des activités particulières. En effet, plus on avance en âge, plus le taux de fréquentation d'équipements sportifs, de bibliothèques ou de cinémas diminue. En fait, il s'agit là avant tout, pour les seniors, de "participer" davantage, de retisser du "lien social", tout en gardant une certaine "liberté" et une certaine marge d'autonomie quant au choix du lieu d'échanges et de la régularité de ces échanges.

Les échanges "nouveaux" recherchés paraissent surtout relever du cadre domestique, c'est-à-dire des lieux de vie habituels, révélateurs qu'ils sont d'un désir de recréer autour de soi un réseau relationnel de proximité. Ainsi, recevoir chez soi régulièrement - dans le cas présent au moins une fois par semaine - est une pratique qui, en 15 ans, s'est fortement développée, surtout après 50 ans : recevoir des amis, des relations chaque semaine est une habitude maintenant davantage pratiquée au-delà de 60 ans (30 %), et même de 70 ans (34 %), que chez les 40-60 ans (27 %). L'attachement à la famille, très élevé au-delà de la cinquantaine, ne s'est pas réduit pour autant.

Autrement dit, alors que la vieillesse de jadis rimait avec isolement et solitude, les seniors semblent aujourd'hui s'inscrire dans une dynamique de sociabilité : ils sont de plus en plus nombreux à fréquenter des associations et à recevoir à domicile, probablement des membres rencontrés au sein même de ces clubs. Echanges et relations informelles sont d'ailleurs favorisés par quelques comportements d'autonomie très révélateurs : alors qu'en 1979, 51 % des personnes de 60 à 69 ans disposaient d'une voiture, c'est aujourd'hui le cas de 80 % d'entre elles. De même, le taux de départ en vacances est maintenant le même dans toutes les classes d'âge jusqu'à 70 ans (autour de 65 %)."

#### 1.1.5.2. Un nouveau modèle, minoritaire, novateur et fragile, de retraités impliqués dans des activités d'utilité sociale

5 - "Les activités d'utilité sociale des retraités et des personnes âgées", rapport présenté lors des séances des 9 et 10 février 1993.

Ce nouveau modèle est décrit dans le rapport présenté, au nom du Conseil économique et social, par monsieur Henri **Thery**, en février 1993<sup>5</sup> :

"Il semble peu contestable qu'ait émergé depuis une dizaine d'années une conception de la retraite qui, par l'accent qu'elle met sur le rôle social des retraités et le plein exercice de leur citoyenneté, se démarque nettement des modèles de la "retraite-repos" ou de la "retraite-loisirs". De même, il apparaît peu contestable que l'émergence de ce modèle ait correspondu à l'arrivée de générations beaucoup plus jeunes et bénéficiant de meilleures pensions dans un espace de la retraite considérablement et subitement élargi...

Ce n'est pas parce qu'un modèle nouveau émerge que les autres disparaissent pour autant. La représentation d'une succession linéaire où un type de retraite viendrait en remplacer un autre, la "retraite d'utilité sociale" venant se substituer à la "retraite-loisirs" qui se serait elle-même substituée à la "retraite-repos" est tout à fait illusoire. En fait, coexistent toujours plusieurs modèles qui correspondent à des possibilités et des choix de vie différents. Il ne serait ni réaliste, ni conforme aux exigences les plus élémentaires de la liberté des individus que de vouloir qu'il en soit autrement. D'ailleurs aucun modèle n'existe à l'état pur dans la réalité vécue où l'on retrouve, en général, l'empreinte plus ou moins forte de plusieurs modèles."

Les aspects novateurs sont ensuite précisés :

"Ce n'est pas tellement par le nombre de ses adeptes que ce modèle de la retraite d'utilité sociale est signifiant, c'est beaucoup plus par le caractère innovant des pratiques qu'on y découvre, par les attentes qui s'y manifestent, probablement même par l'ébauche d'une nouvelle culture qui s'y dévoile.

Nous avons déjà souligné les refus dont procédait l'émergence de ce modèle : refus d'être à charge, d'être étiqueté comme improductif, et de se laisser enfermer dans une situation d'échange inégal, d'être coupé des générations plus jeunes etc. Ce qui signifie : refus des attributs traditionnels de la retraite et plus positivement volonté de rester présent dans le monde des actifs tout en ayant cessé de l'être selon les normes habituelles. Il s'agit en quelque sorte "d'inventer l'activité dans l'inactivité" selon l'expression de Xavier **Gaullier**. Et pour beaucoup, cela veut dire inventer des formes de travail, certes différentes du travail rémunéré, mais qui puissent être vécues et reconnues comme un travail authentique. Différentes parce que bénévoles, mais qui doivent revêtir les qualités de sérieux, de régularité, de ponctualité d'un travail productif et répondre comme lui à des exigences de compétence et de savoir-faire...

**6** - *Notre Temps*  
n°274, octobre 1992.

Bien que l'activité suppose en général des engagements sur des tâches ou des missions à accomplir, des durées voire des horaires à respecter, ces derniers ne prévoient pas, loin s'en faut, un travail où l'on s'investit à 100 %. Ils laissent le plus souvent aux intéressés de larges marges de liberté pour qu'ils puissent autogérer leur temps de travail et l'accorder à la part qu'ils consacrent à leur vie familiale, leurs loisirs, leur formation, leur vie personnelle... En d'autres termes, les frontières entre ces divers temps de la vie s'assouplissent et deviennent mêmes plus mobiles...

Autre frontière qui s'assouplit : celle qui sépare, selon les représentations les plus traditionnelles, le domaine du "public" et celui du "privé". En mettant leur disponibilité au service de la collectivité, en développant des actions socialement utiles, ces retraités pénètrent dans le champ de l'intérêt général...

Leurs rapports à l'espace évoluent eux aussi. Ils ne sont plus établis sur le modèle où lieu d'habitation et lieu de travail étaient nettement séparés. Il arrive souvent que certaines activités bénévoles se passent au domicile des intéressés...

Mais, plus encore que l'assouplissement des frontières spatiales et temporelles, c'est le changement intervenu dans les rapports humains qui est le plus ressenti par les jeunes retraités, après leur passage de l'univers du travail salarié à celui du travail bénévole. Dans ce nouveau contexte, beaucoup déclarent s'être sentis plus autonomes et plus libres de leurs mouvements, mais aussi plus impliqués et plus solidaires dans l'élaboration et la mise en oeuvre d'un projet collectif...

Il apparaît donc que les changements dont est porteur ce modèle de la retraite d'utilité sociale, bien loin d'avoir un effet répulsif, sont au contraire perçus comme valorisants et gratifiants par ses protagonistes... Sans oublier non plus les aspects psychologiques qui font des activités d'utilité sociale, en évitant le repli sur soi, un puissant élément de prévention du vieillissement précoce."

Le rapporteur souligne enfin la fragilité de ce modèle, en raison du manque de connaissance dont pâtit le bénévolat en France et de son manque de visibilité, des insuffisances dans la formation des citoyens, d'une manière générale, sur les grands enjeux de la vie sociale et de la cité, du manque de moyens accordés à la formation des bénévoles, du peu de soutien apporté par les collectivités et du risque parfois ressenti d'une concurrence avec des activités rémunérées.

L'investissement des retraités et des personnes âgées dans les activités collectives socialement reconnues et valorisées reste minoritaire. De nombreux retraités choisissent de se consacrer à des activités qu'ils ont pratiquées ou qui leur ont fait défaut du temps de leur vie professionnelle, sans que cela n'implique un repli sur soi. Ces activités peuvent être riches en rencontres, en découvertes, en créativité et en ouverture sur le monde. L'utilité sociale des retraités ne doit pas être assimilée au seul bénévolat.

#### **1.1.6. Les retraités et personnes âgées ont été reconnus comme un groupe, doté d'une représentation spécifique, limitée au secteur social**

Les retraités et personnes âgées sont aujourd'hui plus de 12 millions de personnes et forment un tiers du corps électoral. La question de leur représentation politique et sociale est de fait directement posée par leur poids actuel dans la société. La situation des retraités était, au lendemain de la guerre, souvent précaire, ce qui explique que nombre d'associations à caractère caritatif s'en soient alors préoccupé, comme l'armée du salut, les petits frères des pauvres, le secours populaire ou encore le secours catholique.

Des associations nationales de retraités se sont progressivement créées. Mais, selon un sondage publié en 1992 par le journal Notre Temps<sup>6</sup>, seulement 22 % des retraités considéraient qu'elles défendaient réellement leurs intérêts. Les retraités, bien qu'ils constituent un groupe social très hétérogène et que leurs revendications le soient également, représentent un enjeu politique lors de chaque élection. D'un côté, on leur assure que le niveau de leurs revenus sera garanti par rapport au reste de la population et à l'évolution économique ; de l'autre, les gouvernements se succèdent et, après leur arrivée au pouvoir, font référence à l'idée d'une "mise à

contribution" des retraités, au nom de la solidarité nationale et invoquent leur niveau de revenu désormais élevé, en comparaison d'autres groupes sociaux.

Une étape importante a été franchie en 1982, avec la création du comité national des retraités et personnes âgées (CNRPA), des conférences régionales (CORERPA) et des comités départementaux (CODERPA)<sup>7</sup>. Le comité donne vie et remplace le comité national de la vieillesse de France, prévu par la loi du 30 juin 1956. C'est un organisme à caractère consultatif placé auprès du ministre chargé des personnes âgées.

Le contexte qui sous-tend la création du CNRPA et plus largement du premier secrétariat d'Etat chargé des personnes âgées est particulier : ces dernières ne bénéficiaient à l'époque d'aucune représentation spécifique et surtout ne disposaient pas du même niveau de vie qu'aujourd'hui. L'idée dominante, qui a également prévalu lors des premières assises nationales du troisième âge en mars 1983, est celle "d'une plus grande solidarité entre les générations, d'une plus grande justice sociale et d'une lutte constante pour réduire les inégalités".

Au-delà de l'objectif de "participation des retraités et personnes âgées aux décisions", la circulaire instaurant le CNRPA met en avant le phénomène du vieillissement et l'importance démographique de la population âgée. Ces questions "appellent un effort spécifique de représentation des personnes âgées et des retraités", qui ne doit pas être uniquement symbolique. "La représentation doit conduire à une véritable participation aux décisions", sans "pour autant conduire à une gérontocratie". Il s'agit donc bien dès l'origine d'associer les retraités et personnes âgées aux décisions les concernant, mais en aucun cas de leur accorder un pouvoir concret, autre que d'être consultés, ni de les amener à "empiéter sur les prérogatives des institutions et organismes prévus par les textes constitutionnels, législatifs et réglementaires".

Le comité national "assure la participation des retraités et des personnes âgées à l'élaboration et à la mise en oeuvre de la politique de solidarité nationale les concernant". Il peut être consulté, soit à la demande du ministre, soit sur sa propre initiative pour "toute autre question relative à la politique sociale ou médico-sociale concernant les retraités et les personnes âgées". Dans sa mission figure également la remise d'un rapport annuel sur l'application de la politique relative aux prestations de services et aux équipements sociaux et médico-sociaux pendant l'année écoulée.

Quant aux CODERPA, outre le fait qu'ils sont, dans chaque département, consultés sur le projet de plan gérontologique, ils doivent remettre aux autorités départementales et au ministère un rapport annuel sur l'exécution départementale de la politique des services et des équipements destinés aux retraités et personnes âgées.

Plusieurs modifications ont été apportées, depuis leur création, à la composition et aux missions du CNRPA et des CODERPA, notamment pour tenir compte du transfert de la compétence de l'Etat aux départements, en matière d'aide sociale, par les lois de décentralisation.

Le comité national est aujourd'hui composé de trente-deux membres titulaires répartis en trois collèges : huit membres représentant les grandes fonctions de l'Etat, huit personnalités qualifiées et seize représentants des principales associations nationales de retraités et de personnes âgées. Il est présidé par le ministre de tutelle et élit, depuis 1995, un vice-président chargé de présider en l'absence du ministre.

Les comités départementaux sont composés de trois collèges. Le premier comprend seize personnes désignées par les organisations reconnues les plus représentatives au plan national. Le second est composé de dix personnes en activité au sein des principales professions concernées par l'action sanitaire et sociale en faveur des personnes âgées. Le troisième collège, enfin, comprend dix personnes représentant les responsables et les financeurs de la politique médico-sociale, dont une personne désignée par l'association départementale des maires de France. Six personnalités qualifiées peuvent en outre être désignées en nombre égal par le préfet et le président du conseil général.

Dans les faits, le CNRPA est devenu un interlocuteur reconnu des pouvoirs publics. Il assure un lien entre les différentes associations de retraités, sur des sujets d'intérêt commun. Il contribue également à dynamiser les comités régionaux et départementaux, dont certains ont cependant beaucoup de mal à fonctionner.

Le comité national a été, en particulier, fréquemment sollicité, dans les années récentes, pour désigner en son sein des personnes âgées, lorsque les pouvoirs publics ont prévu leur représentation dans divers conseils ou comités : conseil national de la vie associative (1993), comité national de l'organisation sanitaire et sociale (1993), comité d'entente de la semaine bleue (1993), conseil de surveillance du fonds de solidarité vieillesse (1993), conseils d'administration de la caisse nationale d'assurance maladie (CNAMTS) et de la caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAVTS)(1995), conseils de surveillance de la CNAMTS, de la CNAVTS, de la caisse nationale des allocations familiales (CNAF) et de l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) (1996), comité national de l'Euro (1996), comité national de coordination gérontologique (1997). Outre ce rôle dans la désignation de personnes âgées dans des organes consultatifs permanents, le comité national a souvent désigné, à la demande des ministres de tutelle successifs, certains de ses membres pour qu'ils participent à des travaux ponctuels, ainsi que cela a été dernièrement le cas dans la commission de concertation sur l'avenir des retraites.

Les conditions de vie des personnes âgées ont donc été sensiblement améliorées depuis quelques dizaines d'années, comme celles de l'ensemble de la population. Des politiques publiques ont contribué largement à ces améliorations, notamment en matière de retraite, de maintien à domicile ou d'hébergement collectif. Mais les progrès enregistrés ne masquent pas les insuffisances des réponses apportées aux besoins des personnes âgées et, au-delà, de notre société, dans la mesure où une gestion harmonieuse des âges de la vie revêt un intérêt général. Cela est tout d'abord manifeste dans des domaines concrets et essentiels, comme la fin d'activité professionnelle, la santé, la prise en charge de la dépendance, l'habitat, le maintien à domicile et l'aide aux familles. Cela est également vrai du fait de l'absence d'une volonté exprimée, formalisée et intelligible sur les voies adoptées pour aménager la coexistence des âges et le cheminement offert à chaque personne, aux différentes étapes de sa vie. Cette absence est favorisée par l'éclatement des politiques publiques, les défauts de capitalisation et de diffusion des connaissances sur le vieillissement, et une de ses conséquences est la vision globalement négative portée sur le vieillissement par notre société.

## 1.2. Les insuffisances actuelles

Si les personnes âgées ont incontestablement connu des améliorations substantielles dans leurs conditions de vie, depuis quelques années, des insuffisances concrètes et dommageables dans plusieurs domaines précis demeurent, confortées par l'absence d'une réflexion collective sur les conséquences du vieillissement pour notre pays.

### 1.2.1. La remise en question de l'ordonnement du parcours des âges, liée à des cessations d'activité de plus en plus précoces

Le rapport de la commission de concertation sur l'avenir des retraites, précité, expose comment l'âge de cessation d'activité est devenu, dans un contexte de fort chômage, un instrument de la politique de l'emploi :

"Sous la pression de la montée du chômage à la fin des années soixante-dix, les mécanismes d'incitation au retrait anticipé du marché du travail ont connu un essor considérable. Ils ont concouru à l'abaissement de l'âge de fin d'activité. L'âge de cessation d'activité est ainsi progressivement devenu un paramètre de régulation du marché du travail, plus qu'un choix collectif ou individuel sur la répartition souhaitée des différentes périodes de la vie. Aujourd'hui, l'âge légal de la retraite, l'âge effectif de départ en retraite et l'âge de cessation d'activité ne coïncident donc pas toujours..."

Le poids des actifs âgés de plus de 55 ans dans la population active n'a cessé de baisser depuis un quart de siècle. Il a diminué de plus de la moitié entre 1968 et 1997, passant de 18,7 % à 8 %... Désormais, il n'y a quasiment plus d'actifs âgés de plus de 70 ans. La classe d'âge des 65-69 ans a également pratiquement disparu de la population active...

L'âge de cessation d'activité n'a cessé de baisser. Si l'on considère par exemple l'âge médian de fin d'activité des hommes, c'est-à-dire l'âge auquel leur taux d'activité tombe au-dessous de 50 %, on constate qu'il est passé de 66,5 ans au milieu des années cinquante à 59 ans en 1996...

La fin d'activité ne coïncide plus forcément avec l'entrée en retraite, du moins en ce qui concerne les salariés du privé. Pour une minorité non négligeable d'entre eux, une période d'inactivité s'intercale désormais entre le dernier emploi et la retraite."

Ces phénomènes étaient déjà analysés dans le rapport sur les activités d'utilité sociale des retraités et des personnes âgées, mentionné précédemment. Le rapporteur s'interrogeait sur la remise en question de l'ordonnement du parcours des âges et, par là-même, des rapports entre les générations et les incidences induites sur le contrat intergénérationnel sur lequel reposent les systèmes de retraite. Il citait les recherches d'Anne-Marie **Guillemard**, qui a repris ces thèmes lors de son audition par le groupe de travail du comité de pilotage consacré à la place des retraités dans une France solidaire et citoyenne :

"On assiste à un brouillage des repères chronologiques qui s'imposaient auparavant par l'intermédiaire des systèmes de retraite (âge d'ouverture du droit à pension, durée d'activité...) et indiquaient à tous le seuil de sortie d'activité. En revanche, les critères fonctionnels prennent une importance inédite pour définir le moment du passage en inactivité... Le mouvement ainsi observable de déchronologisation de la fin du parcours des âges s'accompagne inévitablement d'un recul de la standardisation du cycle de vie. Le seuil du passage de l'âge adulte au troisième âge se réaménage donc dans le sens d'une plus grande variabilité... En fait toute l'organisation ternaire du parcours des âges tend à se désinstitutionnaliser. Celle-ci ne peut plus fonctionner comme une instance centrale de socialisation, susceptible de déterminer les identités et de fixer les horizons symboliques des individus situés dans chacune des étapes du cycle de vie. L'ordonnement du cycle de vie devient imprécis, aléatoire pour tous. La sortie d'activité n'est plus largement anticipable, pas plus que le moment et les modalités d'entrée dans la vie active et dans la vie adulte. Les trois temps du cycle de vie : formation, travail, retraite, ne se succèdent plus d'une manière aussi rigoureuse et prévisible... Ce fait ne remet pas seulement en cause la possibilité, pour toutes les générations, d'une représentation continue et prévisible du déroulement de la vie.

9 - "La maltraitance des personnes âgées-  
Expérience du réseau  
d'écoute et de prévention  
ALMA", rapport transmis  
par le professeur  
Robert Hugonot,  
président d'ALMA,  
à madame la ministre de  
l'emploi et de la solidarité  
en février 1999.



Il déstabilise également le système de réciprocité des engagements entre générations qui lui était étroitement associé. C'est donc une certaine conception de la retraite, mais aussi du contrat intergénérationnel sur lequel elle repose, qui se trouve soumise à réexamen.<sup>8</sup>

### **1.2.2. Les insuffisances en matière de santé**

Le secteur de la santé des personnes âgées, entendu dans l'ensemble de ses composantes sanitaires, sociales, médico-sociales, est très largement sous-doté, par rapport à d'autres domaines de la santé et par rapport aux besoins.

Il est également mal structuré et organisé, comme en témoigne la nécessité d'une coordination, thème récurrent de la politique médico-sociale pour les personnes âgées, toujours d'actualité malgré des avancées dans les années récentes. Enfin, des barrières administratives et, règlementaires entravent les dynamiques professionnelles, parfois même l'exercice des droits des usagers.

Quels que soient les progrès en matière d'amélioration de l'état de santé des personnes âgées ou, à tous les âges, en matière de prévention, tout renouvellement du discours butera toujours sur une insuffisance de moyens humains, à savoir un nombre insuffisant de personnels, qui n'ont d'autre alternative que de pallier l'urgence, et un niveau de formation dérisoire par rapport aux enjeux individuels et collectifs. Non seulement ces insuffisances quantitatives ne permettent pas une prise en charge appropriée, c'est-à-dire de qualité, mais encore entraînent-elles une non-qualité génératrice de coûts et maux évitables, comme la maltraitance, produit de l'insuffisance d'un système avant d'être celui de la faiblesse humaine. L'association ALMA (Allô Maltraitance des Personnes Agées) a ainsi fait l'inventaire, dans un rapport récent, des facteurs de risques susceptibles d'entraîner des situations de maltraitance, à domicile et en institution<sup>9</sup>.

La diminution de l'incapacité ne signifie pas que l'état de santé s'améliore. Les données sur les troubles du comportement, les affections psychiques et psychologiques, sur le suicide, les débats sur l'euthanasie ou l'accompagnement des mourants, sur la douleur, sur les effets de la solitude, malgré l'implication forte des familles, révèlent un mal-être croissant et important de la population âgée.

Les insuffisances sont patentes pour ce qui concerne la formation. Alors que les personnes âgées représentent la majeure partie de leur clientèle, en médecine de ville comme à l'hôpital, la formation initiale des médecins est très faible en gériatrie et en gériatrie, de même que celle des soignants et des travailleurs sociaux. La mise en place de la capacité de gériatrie n'a permis la formation que de 2 000 médecins, soit moins de 2 % de la population médicale en exercice. La réforme de la tarification des établissements, avec l'obligation de formation gériatologique pour les médecins coordonnateurs des établissements d'hébergement pour personnes âgées, va cependant dans le sens d'une amélioration de la compétence des généralistes en gériatrie.

Pour la formation continue, celle des médecins est encore très insuffisante, les mesures prises pour la promouvoir n'étant pas appliquées. Les services à domicile n'ont que des moyens très réduits, insuffisants pour développer une véritable politique de formation. Seuls les établissements disposent de moyens pour le faire, mais le degré de mise en oeuvre varie considérablement. L'Etat s'est en grande partie désengagé en la matière. L'université, qui a pour mission de développer la recherche et les formations capables de répondre aux enjeux de société, n'a pu proposer qu'un nombre limité d'initiatives, soit par manque de volonté politique globale, soit par manque de moyens, soit pour des raisons de pouvoirs internes liées à la toute puissance des lobbies monodisciplinaires, tous ces éléments se conjuguant malgré eux pour empêcher l'éclosion d'une véritable pluridisciplinarité. Les formations de troisième cycle sont rares. Les programmes de premier et deuxième cycles n'abordent que très peu les questions du vieillissement, alors que les étudiants, comme l'ensemble des citoyens, sont inondés d'informations médiatiques et médiatisées sur la question, qui privilégient le sensationnel au savoir construit.

Pourtant, les enjeux sont considérables, aussi bien pour les pratiques de soins que pour la gestion des services et des établissements, sans oublier l'émergence de nouveaux métiers, notamment dans le domaine des réseaux et des coordinations, la télémédecine, la démarche qualité.

Ce faible niveau de formation contribue à une image peu valorisée et peu valorisante des métiers de la gérontologie, soit au sein d'un même groupe de professionnels, les médecins par exemple, ou d'un secteur à un autre, comme entre le secteur du handicap et celui des personnes âgées.

Pour ce qui concerne la prévention, il y a une très grande diversité des initiatives et des acteurs qui en assurent la réalisation : campagnes nationales du comité français d'éducation pour la santé, des délégations régionales et départementales, actions menées par les centres communaux d'action sociale, les caisses de retraite, les organismes de sécurité sociale, les conseils généraux, organismes spécialisés créés pour faire des bilans de santé et de la prévention, action quotidienne non identifiable ni mesurable des professionnels de santé et des services sociaux.

La prévention est une valeur forte et partagée parmi les professionnels de la santé et des services sociaux. Son utilité et son efficacité ne sont jamais mises en doute.

Mais la dissémination des activités de prévention et les difficultés méthodologiques intrinsèques à leur évaluation n'en favorisent pas le développement. Dans le même temps, la prévention devient un marché pour les industries de la santé (médicament, biotechnologies), ce qui risque d'orienter son évaluation vers un champ limité, correspondant aux besoins de ces industries .

Enfin, il existe une contradiction entre les progrès en matière de longévité et la persistance, voire l'accroissement, des inégalités de santé, selon le sexe, la catégorie sociale, les régions, ou le développement de mécanismes d'exclusion. Certaines inégalités sont bien connues : selon le sexe en ce qui concerne l'état de santé et les incapacités ; entre les régions ou départements, au sein des régions et des départements, en ce qui concerne la densité d'offre de services et d'hébergement. Les aspects qualitatifs des inégalités, leurs déterminants, les différences de pratiques de prise en charge (utilisation de protocoles ou de démarches formalisées d'aide à la décision et d'évaluation, critères réels de prise en charge, d'entrée dans les établissements et les services, pratiques d'accompagnement ou de soins palliatifs) sont moins connus.

### **1.2.3. La notion de dépendance est un véritable vecteur d'exclusion de la société**

La notion de dépendance a été une avancée utile sur le plan des pratiques et des recherches en gérontologie. Forcée dans le cadre d'une double opposition, celle des médecins gériatres soucieux de se distinguer des catégories cliniques courantes et dominantes, celle des professionnels médico-sociaux vis-à-vis du corps médical, elle a contribué à éviter de centrer exclusivement l'approche de la santé des personnes âgées sur l'aspect médical et à établir des ponts entre la médecine et le médico-social. Elle a permis également une approche en termes de santé publique, avec les progrès réalisés en matière de mesure, même si la plupart des outils existants appréhendent plus l'incapacité que la dépendance, oubliant la dimension du handicap ou désavantage social.

Cependant, la référence à la dépendance, peut-être pertinente du point de vue des dynamiques socio-professionnelles, a des conséquences graves qui sont un isolement des pratiques de notre pays par rapport aux communautés professionnelles et scientifiques du monde entier, ainsi qu'un isolement en matière de politique publique. En effet, rien ne justifie sur le plan conceptuel d'avoir remplacé la notion de handicap par celle de dépendance, que les Français sont les seuls à utiliser, entraînant des incompréhensions dans les échanges internationaux professionnels et scientifiques, une réglementation fondée sur la segmentation des politiques et contribuant à la renforcer, la ségrégation des populations, l'inefficacité et l'inéquité des prises en charge sur le plan des personnels, des financements et des allocations. La création récente d'une prestation spécifique dépendance (PSD), par la loi du 24 janvier 1997, a renforcé ce

processus ségrégatif, en substituant une prestation spécifique aux plus de soixante ans à une allocation, l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP), qui était servie, indépendamment de conditions d'âge, à toute personne dont le handicap justifiait un recours à l'assistance d'un tiers dans les actes de la vie quotidienne, et ce à un moment où la France venait d'adopter les concepts internationaux de classification fonctionnelle des handicaps.

La notion de dépendance est donc un véritable vecteur d'exclusion de la société, qui représente de manière déformée et fausse la réalité des relations entre la personne handicapée et son entourage, qui est une relation d'interdépendance et de lien social.

#### **1.2.4. L'insuffisante prise en compte du vieillissement dans une conception de l'habitat trop exclusivement centrée sur le logement**

##### 1.2.4.1. Les effets du vieillissement ne sont pas suffisamment intégrés dans la conception et l'aménagement des logements

Le vieillissement, sans lequel la vie n'aurait pas de sens, s'effectue dans la continuité, alors que l'image négative issue de la représentation que l'on se fait de la personne âgée provoque un effet de rupture qui ne correspond pas à l'évolution des sociétés contemporaines, marquées par la montée du désir d'autonomie et de réalisation de soi-même. Les personnes âgées sont en majorité prises dans ce mouvement dont les effets se répercutent dans de nombreux domaines et en particulier l'habitat. Car le logement, la ville, deviennent, par les pratiques quotidiennes, des territoires d'autant plus chargés aux plans affectif et symbolique que s'accumule l'expérience.

Deux effets du vieillissement ont une répercussion importante sur l'usage de l'habitat : la réduction des moyens physiques et la transformation du lien social. Ces deux effets conduisent à la mobilisation de systèmes de compensation, matériels ou humains. Ces systèmes sont engendrés par l'évolution des modes de vie mais peuvent être aussi favorisés, voire même anticipés par des actions décidées en toute connaissance de cause.

La réduction des moyens physiques se manifeste par la plus grande rigidité du corps et sa perte de tonicité. La réalisation de chaque tâche quotidienne demande davantage de temps, jusqu'au moment où elle devient risquée. Cette réduction des moyens physiques est parfois compensée par la personne à partir de moyens ingénieux mais souvent bricolés et donc dangereux, alors qu'il pourrait suffire d'aménagements spécifiques dans le logement : une douche plutôt qu'une baignoire, la suppression des seuils aux portes et des portes trop lourdes à pousser, un chauffage à régulation individuelle, une prise de téléphone par pièce. Ces aménagements sont rarement pensés dès la conception du logement, en fonction des futurs occupants.

La réduction de la motricité peut s'accompagner d'une modification des sens, principalement la vue et l'ouïe. On entend moins bien, ou différemment ; on est plus vulnérable à certains bruits mais en même temps, plus on reste dans son logement, plus on a besoin des bruits de la vie quotidienne. La vue aussi baisse, les tâches les plus courantes se font plus lentement : il faut sortir ses lunettes pour lire les digicodes.

Ces effets du vieillissement sont d'autant plus ressentis comme un manque que s'accroît la solitude en raison du décès des parents et des amis, et que l'urbanisation se traduit par la désertification des villages et la suppression de services tels que le passage du facteur et du boulanger. Le logement prend alors de plus en plus d'importance. Il assure le lien avec la vie qui se manifeste à l'extérieur. Il doit permettre aussi de loger temporairement les enfants et petits enfants, voire les amis et de conserver des objets chargés d'histoires et de souvenirs.

#### 1.2.4.2. Le lien, indispensable pour les personnes âgées, entre le logement et son environnement ne fait pas actuellement l'objet d'une attention satisfaisante

L'approche des conditions de logement n'intègre pas suffisamment, aujourd'hui, l'accès à la vie urbaine et à l'ensemble des services urbains. Elle est trop centrée sur le seul logement, au détriment d'une dimension "habitat" permettant de traiter un par un tous les écueils qui se présentent. Et ceux-ci sont nombreux. En effet, notre société urbaine complexe est régie par un certain nombre de normes réglementaires ou implicites, qui posent problème à tous ceux qui, pour une raison ou une autre, ne sont pas dans la moyenne. Par exemple, la hauteur des distributeurs d'argent liquide entraîne des difficultés pour les personnes de très petite taille.

La réduction des moyens physiques se traduit, pour les personnes âgées, par un plus grand besoin de temps, par un besoin d'aides matérielles et par une modification des rapports entre le logement, les espaces de proximité, le quartier, l'espace urbain.

L'évolution de la société marquée par les progrès technologiques, la rentabilité et la vitesse, peut engendrer pour certains un processus de détérioration du lien social qui risque de s'accroître avec l'âge du fait de la solitude.

Le vieillissement s'accommode mal, en effet, d'une société pressée. Le développement de l'automatisation ou la multiplication des supermarchés au détriment des petits magasins, réduisent les relations directes entre le personnel et les clients. Quand cette relation existe, elle est limitée à son minimum, du fait de la recherche permanente de l'efficacité économique. Ainsi, à la fatigue ressentie par les personnes physiquement vulnérables, liée à la déambulation dans les rayons et à la station debout dans les queues devant les caisses, peut s'ajouter une détérioration du lien social. Et, plus encore, ce qui se détruit ainsi pour les personnes âgées, c'est non seulement un réseau de solidarité, mais aussi la mémoire vivante d'un quartier.

C'est dire l'importance de la relation du logement avec l'extérieur, relation qui peut se faire par les sons, par la vue, la disposition des pièces, l'emplacement du logement dans l'immeuble et sa localisation dans le quartier.

Plusieurs aspects indispensables pour que les personnes âgées puissent mener une vie normale dans leur environnement immédiat ne sont pas pris en compte. Ainsi, pour avoir accès à un premier ensemble de services urbains, il faut pouvoir sortir de chez soi. Cette affirmation semble évidente, mais dans les faits elle pose des problèmes réels. Quelle que soit la réglementation, il n'est pas toujours techniquement possible d'installer des ascenseurs dans tous les logements existants. Il faut alors trouver d'autres solutions.

Mais une fois dans l'entrée, l'accès à la vie urbaine n'est pas pour autant résolu. Si les constructions récentes ont bien pris en compte ces problèmes d'accessibilité, il reste toute une partie du parc avec perrons ou quelques marches en limite du domaine public, sans possibilités faciles de travaux. Lorsque des solutions techniques sont trouvées, il reste à les financer. Pour le parc social, cela se fera vraisemblablement au fur et à mesure des opérations lourdes sur les bâtiments, mais dans le parc privé les réalisations seront plus aléatoires, dans la mesure où de nombreuses copropriétés ont aujourd'hui du mal à couvrir les frais les plus immédiats comme le paiement des charges liées à la fourniture d'eau.

#### 1.2.4.3. Un grand nombre de structures collectives sont inadaptées et ne favorisent pas la qualité de la prise en charge

Si les plans d'humanisation ont permis, dans le courant des années quatre-vingt, de mettre fin à de nombreuses situations intolérables, c'est cependant un constat d'inadaptation qui s'impose pour bon nombre d'établissements, dix ou quinze années après leur mise en service.

L'obsolescence d'un grand nombre de structures est, en effet, la conséquence du fait qu'elles ont été réalisées avec des moyens modestes et de l'évolution considérable des besoins des personnes âgées et de leur entourage.

Certaines opérations ont été menées dans des conditions tout à fait minimales. Des programmes ont, par exemple, consisté uniquement à transformer en boxes des dortoirs. L'implantation de sanitaires individuels n'a souvent pas été considérée comme un impératif. La taille des chambres est également un élément majeur d'inadéquation des structures. La règle a été celle de 9 m<sup>2</sup> pour une chambre individuelle. Les circulations, les entrées des chambres ont rarement été conçues pour le passage d'un fauteuil roulant et encore moins pour celui d'un lit. Les zones de vie semi-collectives ont le plus souvent été oubliées ou réduites à leur plus simple expression.

Les unités industrialisées et bon nombre d'opérations d'humanisation ont trop souvent été conçues sur le mode hospitalier et avec un nombre beaucoup trop important de chambres à plusieurs lits. L'exemple des chambres à trois lits réunies par un sanitaire commun à double entrée dans les unités V illustre bien cette situation.

Les besoins de la population âgée ont aussi considérablement évolué sur une courte période, après une stagnation très longue. Vivre en chambre à deux lits, à plus forte raison à trois lits, est devenu inacceptable pour une majorité de personnes. Ceci explique que des établissements restructurés sur ces bases, bien que relativement récents, aient du mal à trouver des occupants alors que les locaux mis en service il y a moins de vingt années étaient présentés comme des exemples de réussite. Chacun exige effectivement aujourd'hui un espace privatif plus vaste et l'absence de sanitaires dans la chambre constitue un tel handicap qu'il faut s'orienter vers une nouvelle restructuration.

L'inadaptation des locaux ne favorise pas la qualité de la prise en charge. C'est la raison pour laquelle, dans nombre d'établissements, les personnes âgées n'ont pas encore d'autre alternative que de rester dans leur chambre en attendant les repas qui ponctuent une journée trop longue. L'exiguïté des couloirs, l'absence d'ascenseurs, réduisent les possibilités de sortie.

Même lorsque les locaux sont accueillants et de bonne qualité, la personne âgée n'est pas toujours considérée totalement comme un individu à part entière, capable de faire des choix et d'exprimer des désirs. Elle est parfois assimilée à un malade ou à un incapable majeur.

Les prises en charge hyper-médicalisées des résidents et les attitudes infantilisantes précipitent la perte d'autonomie, que l'entrée en institution déclenche fréquemment, surtout lorsqu'elle survient dans l'urgence. Les repas servis en décalage du rythme de vie habituel, pour des raisons d'organisation interne, accentuent le phénomène de mise à l'écart des personnes et, à un degré moindre, les attitudes trop directives produisent des effets de repliement préjudiciables.

Il ne s'agit pas en affirmant cela de nier le travail considérable et très délicat qu'assurent les personnels des établissements, souvent avec beaucoup de chaleur et de compétence. Il est vrai que fréquemment les problèmes financiers sont une entrave à un accompagnement harmonieux des résidents, mais il convient de réaffirmer que les besoins des personnes âgées sont essentiellement des besoins sociaux, qu'elles doivent pouvoir s'exprimer et être écoutées et que nul n'est en droit, nonobstant les contraintes de la vie collective, de faire les choix de vie à leur place.

**10 - cf notamment  
les travaux de  
Claudine Attias-Donfut  
et de la direction des  
recherches de la CNAVTS.**

### **1.2.5. L'insuffisance des services de soutien à domicile**

Des obstacles de type organisationnel ou financier freinent le développement des services de soutien à domicile ou empêchent leur utilisation dans des conditions optimales.

La multiplicité des financeurs des aides à domicile et notamment de l'aide ménagère constitue une difficulté importante, d'autant que chaque organisme a des règles spécifiques d'attribution portant sur les ressources des bénéficiaires, le nombre d'heures susceptibles d'être accordées et le niveau de leur financement.

Ainsi, selon le régime de retraite dont elle dépend, la personne âgée voit ses besoins plus ou moins pris en considération et sa participation personnelle en termes financiers est bien évidemment différente.

De plus, la prestation spécifique dépendance n'est pas cumulable, de par la loi, avec l'aide sociale à domicile. Elle ne l'est pas non plus, du fait des décisions des conseils d'administration, avec les prestations d'intervention à domicile des organismes de sécurité sociale de la branche vieillesse.

Les contraintes financières limitent l'extension des services d'aides ménagère, de garde de nuit, particulièrement importants lorsque les personnes âgées vivent au domicile de leurs enfants, d'auxiliaires de vie et de soins infirmiers à domicile.

S'agissant des soins infirmiers à domicile, l'aspect financier n'est pas le seul frein, puisque des réticences importantes ont été marquées dès leur création par certains professionnels de santé, qui ont redouté qu'ils portent atteinte à l'exercice libéral de leur profession.

### 1.2.6. Les difficultés des familles aidantes

La cellule familiale est, depuis l'aube des temps, le pivot autour duquel s'articulent toutes les actions relevant d'une solidarité de proximité.

La situation des plus vieux dans la communauté n'était certes pas toujours particulièrement enviable mais les liens de solidarité, garants d'une survie du groupe, fonctionnaient de manière acceptable. L'histoire s'est chargée de bousculer l'ordre ancestral des interactions familiales, tant en raison des divers facteurs de progrès techniques que grâce à la révolution démographique.

L'architecture, complexe mais toujours efficace, de notre système de protection sanitaire et sociale sert de point d'appui à des actions intergénérationnelles organisées, en structurant les flux financiers et en établissant clairement le rôle de la collectivité, sans pour autant détruire la cellule familiale dont le rôle effectif est chaque jour démontré. Le professionnalisme et la sécurité sociale n'ont pas laminé la famille et la non-cohabitation ne saurait être confondue avec la non-assistance.

La famille s'est, depuis trente ans, foncièrement recomposée. Le double effet de la baisse de la fécondité et des gains réguliers d'espérance de vie a fait passer la norme familiale courante de trois à quatre générations.

La diminution des fratries a, et aura encore plus à l'avenir, des conséquences directes sur la difficile ou l'impossible répartition de la charge d'accompagnement de parents en perte d'autonomie, en particulier lorsqu'un ascendant est touché par une affection dégénérative de type Alzheimer.

Le doublement en 25 ans du nombre de familles monoparentales et la progression fulgurante des enfants nés hors mariage (6,8 % en 1970, 36 % en 1994) modifieront en profondeur les relations qui fonderont dans quelques années l'approche du vieillissement.

De nombreux couples de retraités forment une vaste génération pivot qui entretient de jeunes adultes non encore insérés dans le tissu économique et social et des parents très âgés et handicapés dont les niveaux de ressources demeurent insuffisants<sup>10</sup>. La montée du grand âge a multiplié les situations de perte d'autonomie, tant sur le plan physique que psychique. C'est bien sur ce terrain douloureux et complexe que le rôle historique des familles s'exerce et requiert à la fois le respect et le soutien.

L'absence de politique généralisée de prévention médico-sociale et les modes de vie contemporains rendent cette mission encore plus difficile et lourde.

En ce qui concerne plus spécifiquement le rôle assumé par les familles pour aider les ascendants âgés et dépendants, quelques éléments permettent de situer le contexte dans lequel il s'inscrit :

- le degré de dépendance est plus élevé chez les femmes les plus âgées, les plus isolées et dont les revenus sont parmi les plus faibles ;
- 90 % des personnes âgées vivant seules au domicile, et souffrant de diverses incapacités, bénéficient d'une aide bénévole de leur entourage ;

**11 - Monique Legrand,**  
*"vieillesse  
et vieillissement :  
évolution  
des représentations ?",  
Gérontologie et Société,  
n°81 de juin 1997.*



- environ 75 % des personnes dont le niveau de dépendance est important ou très important vivent à domicile et 50 % de ces personnes sont exclusivement aidées par la famille ;
- l'aide professionnelle n'est qu'une réponse complémentaire à l'aide familiale. La famille joue un rôle charnière entre le maintien à domicile et l'entrée en institution. L'aide familiale augmente en fonction du degré de dépendance, notamment en matière de temps consacré à l'accompagnement. Quelle que soit la composition de la famille, la fille et la belle fille sont toujours plus sollicitées que le fils ;
- de nombreux aidants familiaux éloignés du lieu d'habitation de leurs ascendants apportent néanmoins une aide significative à ces derniers, notamment sous la forme d'aides financières.

Il est donc tout à fait indispensable de prévenir les situations d'épuisement dans le cadre d'un plan structuré de services comprenant à la fois un recours à des aides professionnelles et bénévoles et des aides financières adaptées.

Or, si les expériences de terrain ne manquent pas et si leurs évaluations se sont avérées concluantes, les enseignements qui en ont été tirés n'ont pas jusqu'à présent débouché sur un modèle généralisable. Au contraire, le choix a été fait de s'inspirer d'une politique d'aide sociale plutôt que de sécurité sociale pour organiser les systèmes visant à couvrir les besoins des personnes âgées. A cet égard, l'obligation alimentaire, le recours sur succession, l'intrusion souvent perverse du lien contractuel dans les relations familiales, le champ de responsabilité d'un particulier âgé découvrant souvent sans les comprendre les difficultés d'un statut d'employeur, entraînent un report sur l'individu de responsabilités délicates à assumer.

### 1.2.7. La vision portée par la société sur le vieillissement reste globalement négative.

Un paradoxe maintes fois dénoncé conduit à faire de la possibilité enfin offerte à chacun de prolonger sa vie, qui représente une victoire sur l'adversité, un problème et une charge pour la société.

Monique **Legrand** a analysé l'évolution des représentations de la vieillesse et du vieillissement dans un article récent<sup>11</sup> :

“Le vieux a toujours été l'objet de discours et de représentations symboliques de la part des acteurs sociaux dominants : si les productions symboliques renvoient à l'idée que ceux-ci ont de l'homme idéal et dépendent de l'organisation économique et sociale des sociétés, elles s'enracinent également dans la crainte de chacun face à son propre vieillissement.

Valorisé ou dévalorisé, la vieillesse est décrite à travers des prismes et des valeurs dominants qui la relèguent dans le domaine de la peur de la décrépitude et de la mort, l'excluent de la sphère de la production et l'enferment dans des rôles sociaux conformes aux représentations collectives.

L'ambiguïté des attitudes à l'égard de la vieillesse rend possible une vision positive et idéalisée, elle favorise aussi et surtout une dévalorisation constante du vieillissement... Malgré des progrès indéniables, la personne âgée est toujours l'objet d'une mise à l'écart dans nos sociétés, mais la distance qui se creuse entre la vieillesse biologique et la vieillesse sociale assure à une fraction, au moins, des retraités la possibilité de reculer le moment de l'exclusion définitive...

Révolution démographique et mutation des âges caractérisent la fin du XX<sup>ème</sup> siècle... La vieillesse est plus que jamais plurielle dans les situations et les pratiques. De même, sa définition sociale a évolué : jadis invisible, elle a été assimilée à la retraite, puis à la préretraite. Cependant, en raison de l'écart croissant entre la vieillesse sociale et la vieillesse biologique, la retraite commence à être considérée comme un moment spécifique, un nouvel âge entre activité professionnelle et vieillesse, reléguant celle-ci au temps de l'incapacité et de la dépendance.

**12 - Gérontologie et société**  
n°81 de juin 1997,  
“trentième anniversaire”,  
Geneviève Laroque.

**13 - Gérontologie et société**  
n° 81 de juin 1997,  
“éditorial, trentième  
anniversaire, grandeur  
et modestie”, Paul Paillat.



Ainsi, les représentations collectives sur le vieillissement n'ont guère évolué : chacun continue de craindre la décrépitude physique et psychique qui accompagnent fréquemment le très grand âge. Si on fait l'éloge des grands-parents (Royal, 1987), et si on valorise les seniors (Megy, 1997), le silence est presque complet sur le grand vieillard. La médiatisation du décès de la doyenne d'âge et de son successeur n'est que la célébration de la victoire sur la longévité, elle consacre une vieillesse qui échappe à une grande déchéance..."

La vieillesse a longtemps été synonyme de pauvreté : les vieux sont alors "économiquement faibles". Le cliché perdure sous une autre forme également réductrice : la problématique du coût de la vieillesse et du financement de la dépendance, qui est la façon univoque dont les pouvoirs publics abordent la question en circonscrivant le débat aux considérations démographiques et financières et en s'attachant aux seules conséquences directes du poids du nombre sur les dépenses sociales. Alors que le pouvoir économique des plus de 60 ans est un rouage essentiel de l'économie des pays développés et que les transferts financiers au sein des familles, des plus âgés en direction des plus jeunes, s'accroissent.

Finalement, la variable de l'âge s'est imposée pour caractériser à elle seule un groupe de personnes, désignées comme "âgées" avant d'être des personnes, un groupe donné pour homogène, à risques, ayant globalement des problèmes identiques.

Or l'image dévalorisante du vieillissement peut avoir des conséquences dramatiques sur les individus. Sur les 11 000 suicides enregistrés chaque année, plus de la moitié concernent les personnes de plus de 55 ans. Parmi de multiples explications envisageables, le rôle de la représentation sociale négative que notre société a du grand âge est indéniable.

#### **1.2.8. La capitalisation et la diffusion insuffisantes des connaissances sur le vieillissement et le déficit de communication et d'information qui en résulte**

De nombreux travaux sont réalisés en France, chaque année, sur les questions liées au vieillissement de la population et aux personnes âgées. Mais le comité de pilotage a constaté qu'ils étaient menés sans coordination suffisante et sans que leur diffusion n'excède, trop souvent, le cercle étroit des chercheurs intéressés. Les progrès indéniables qu'ont été les créations de plusieurs organismes spécialisés, comme notamment la fondation nationale de gérontologie (FNG) et le centre de liaison, d'étude, d'information et de recherche sur les problèmes des personnes âgées (CLEIRPPA), n'ont pas permis de provoquer autant qu'il aurait été souhaitable la capitalisation et la diffusion des recherches, et d'irriguer et de préparer, de cette manière, les choix politiques à opérer.

Pourtant, la création en 1967 de la fondation nationale de gérontologie a constitué une avancée majeure. La genèse de cette création, dans le prolongement des travaux conduits quelques années auparavant par la commission d'étude des problèmes de la vieillesse, réunie en 1962, son originalité et ses apports, ont été décrits à l'occasion de son trentième anniversaire par Geneviève Laroque<sup>12</sup>, présidente du conseil d'administration de la fondation et Paul Paillat<sup>13</sup>, rédacteur en chef de "gérontologie et société" et ancien rapporteur, notamment, de la commission précitée. Reconnue d'utilité publique, la fondation rassemble dans son conseil d'administration les représentants des organismes et institutions concernés par les questions du vieillissement.

Depuis trente ans, elle mène des activités de recherche, anime des groupes de travail permanents, prépare des colloques, assure des formations et des évaluations, attribue des prix, et tient un important centre de documentation. Elle exerce, plus généralement, une mission de valorisation de la recherche sur le vieillissement et la vieillesse, dont le rôle est d'accroître la visibilité de cette recherche, de mettre à la disposition des différents acteurs concernés les avancées des connaissances, de favoriser les relations entre les chercheurs français ou étrangers et de développer leurs échanges avec les utilisateurs potentiels.

Le CLEIRPPA est un centre gérontologique destiné aux professionnels de l'action et de la gérontologie sociales. Créé en 1970, il est l'oeuvre conjointe des organismes nationaux de protection sociale complémentaire et de plusieurs institutions de retraite et de prévoyance complémentaires, du secteur mutualiste, du milieu associatif agissant dans les domaines social et sanitaire. Il est partenaire de la Fondation de France, et fait partie du réseau de consultants en gérontologie constitué en 1991 autour de cette dernière.

Il a vocation à être un carrefour d'échanges et de propositions où se confrontent les expériences, afin de mieux appréhender les tendances de demain et de promouvoir des solutions qui répondent aux attentes des personnes âgées et des retraités, dans une vision globale de l'action sociale. Des groupes de travail, des colloques nationaux, régionaux et internationaux, ainsi que des rencontres-débats, concourent à cet objectif. Les différents secteurs du centre contribuent à sa mission générale, en produisant des conseils et des interventions, des études, des publications et en gérant une documentation de référence et une cinévidéothèque.

Malgré l'existence de ces deux institutions, les lacunes sont incontestables.

Ainsi, en matière d'habitat, d'innombrables travaux ont été réalisés, sans que le thème ne soit jamais traité dans sa globalité, ni par aucun des acteurs institutionnels concernés, ni a fortiori par leur réunion. Cette situation a pour conséquence une importante et préjudiciable déperdition des acquis et des efforts de chacun, avec comme corollaire l'absence d'une véritable politique à la fois volontariste et globale dans ce domaine.

En matière de recherche gérontologique et gériatrique, les moyens de recherche sont également dispersés, au détriment de la définition et de la poursuite de quelques priorités, en recherche fondamentale, épidémiologique, évaluative et clinique, ainsi que sur le médicament.

### **1.2.9. Le débat public est morcelé, les politiques publiques sont éclatées**

Les caractéristiques du débat public sur les problèmes de l'âge reflètent le regard public porté par la société sur le vieillissement.

Ce débat reste très largement focalisé sur deux questions qui, pour l'une, l'avenir des retraites, est très largement corrélée au poids des "inactifs" pour les générations actives et, pour l'autre, la prise en charge des incapacités survenant au grand âge, renvoie à notre inquiétude face à une décrépitude annoncée, et à la charge croissante que constitue concrètement l'aide aux très âgés pour les plus de 50 ans. Il n'y a plus de place, dans le dialogue social, pour des échanges sur le rôle social des personnes âgées, sur leurs apports à la vie collective, alors que pourtant l'âge de la perte d'autonomie ne cesse de reculer. La situation des retraités valides n'est plus guère appréhendée qu'à travers le prisme du marketing, et cette évolution comporte à la fois des effets sains - on a enfin le droit de devenir des "vieillards indignes" - et des effets équivoques - une sorte d'envie insidieuse qui sourd à l'égard des retraités actifs et bronzés.

Les limites du débat peuvent aussi tenir aux acteurs sociaux. Les associations de personnes âgées et de retraités restent relativement faiblement implantées, sauf en milieu rural. Les partenaires sociaux sont très présents dans le débat sur les retraites ou dans la gestion paritaire des caisses, mais font trop peu de place à d'autres préoccupations, telles que la prise en charge de la perte d'autonomie ou le vieillissement des salariés au travail. Sur ce dernier point, la France se caractérise d'ailleurs au sein des pays européens par la sortie de plus en plus précoce des travailleurs âgés de leur entreprise. S'agissant de la perte d'autonomie, on a tendance à oublier, lorsqu'on cite par exemple la législation allemande sur la "dépendance", que son adoption ne fut possible qu'après une négociation ardue entre patronat et syndicats de salariés, qui acceptèrent de renoncer à l'indemnisation de jours fériés. Les départements mettent en avant, pour des raisons qu'on peut comprendre, le coût de l'action sociale auprès des personnes âgées, sans toujours valoriser suffisamment l'exercice de cette responsabilité.

Tout ceci illustre un regard social qui n'a pas été sans influence sur la faiblesse des moyens attribués au secteur personnes âgées par rapport à d'autres composantes du système sanitaire et médico-social, le retard pris en matière de formation et de qualification des personnels, le faible écho rencontré par la lutte contre la maltraitance institutionnelle ou familiale des vieux, en comparaison des initiatives développées en matière de maltraitance des enfants ou de lutte contre les violences conjugales.

L'Etat, après la décentralisation, n'a pas manifesté d'ambition forte sur la place des personnes âgées dans notre société, même s'il a impulsé un mouvement très positif de transformation des hospices, de médicalisation des maisons de retraite et de développement des soins à domicile, et veillé à la promotion des droits des personnes hébergées.

Il est vrai que la coordination des politiques publiques est difficile, dans un environnement caractérisé par trois types de cloisonnements :

- les cloisonnements sectoriels entre les divers champs des politiques publiques. Sans nier les enjeux essentiels que constituent les retraites ou la prise en charge des incapacités, il faut dépasser l'assimilation à ces deux dossiers de la politique de la vieillesse ;
- les cloisonnements institutionnels et la complexité des répartitions de compétences. L'exemple le plus patent en est celui de la prestation spécifique dépendance.

Pour ce qui concerne le soutien à domicile, la mise en oeuvre de la PSD a abouti à ce paradoxe d'un partage des compétences en fonction d'une frontière perméable et peu lisible, la limite entre les groupes iso-ressources (GIR) 3 et 4 de la grille AGGIR (Autonomie Gérontologique Groupe Iso Ressources) : en deçà de la ligne, pour les moins "dépendants", c'est l'action sociale de la branche vieillesse qui peut être sollicitée, avec ses modalités d'aide à domicile très professionnalisées ; au-delà de la ligne, pour les handicaps les plus lourds, c'est la compétence des départements qui est mise en jeu, à travers l'ouverture d'un droit à la PSD, sans qu'aient été définies les conditions minimales d'une adaptation de la réponse aux incapacités les plus sévères. A ces effets s'ajoutent l'émiettement des organismes de retraite et leurs politiques diverses en matière de maintien à domicile.

En ce qui concerne l'hébergement, la notion de convention tripartite établissement/département/assurance maladie peut constituer un instrument de rationalisation mais laisse pendant l'arbitrage en cas de désaccord.

- la coupure entre le sanitaire et le social traverse également ces cloisonnements, alors que pourtant l'accent est de plus en plus mis sur les déterminants environnementaux et sociaux de la perte d'autonomie. On sait par exemple, même s'il est anecdotique, qu'en matière de maintien à domicile, le traitement d'une personne incontinente est sanitaire lorsqu'il s'agit de changer la couche, et social lorsqu'il s'agit de changer les draps, ces deux opérations renvoyant en principe à des qualifications différentes.

### 1.3. Une certitude et des facteurs d'inquiétude pour l'avenir

Les formidables gains d'espérance de vie obtenus transformeront rapidement les structures par âge de la population. Les conséquences de ces évolutions sur nos systèmes de retraites, ainsi que celles des mutations géographiques et des modes de vie, sont inéluctables. Elles font naître des inquiétudes pour l'avenir, tant elles sont de nature à remettre en cause une partie des acquis des années récentes.

#### 1.3.1. Une certitude : le vieillissement programmé de la population

La durée de vie devrait continuer à s'accroître dans les prochaines années. La baisse générale de la mortalité a été particulièrement marquée aux âges élevés à partir du milieu des années soixante. L'espérance de vie devrait continuer à augmenter, à un rythme plus lent compte-tenu des niveaux atteints aujourd'hui. En 2040, l'espérance de vie à la naissance atteindrait près de 81 ans pour les hommes et 89 ans pour les femmes.

Des projections de population totale à l'horizon 2040 figurent dans le rapport de la commission de concertation sur l'avenir des retraites. Réalisées par l'institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) à partir du recensement de 1990, en intégrant les évolutions récentes de la mortalité, elles permettent de préciser le rythme du vieillissement de la population et ses points d'inflexion. Le scénario tendanciel retenu, qui prolonge les évolutions observées depuis 20 ans en matière de mortalité, de fécondité et de migrations, repose sur le jeu d'hypothèses suivant :

- une poursuite de la baisse de la mortalité ;
- un solde migratoire net annuel de 50 000 personnes ;
- une descendance finale par femme de 1,8 enfant.

Sous ces hypothèses, la croissance de la population française est assurée jusqu'en 2040 : la France compterait alors 66,2 millions d'habitants. Mais sa structure par âge serait profondément modifiée, et ceci quelle que soit l'hypothèse de fécondité retenue. Les simulations montrent en effet que les hypothèses de fécondité n'ont d'effet qu'au deuxième ordre, du moins jusqu'en 2020. Dans tous les cas, la poursuite attendue de la baisse de la mortalité et l'arrivée aux âges élevés de générations nombreuses conduit à un vieillissement accéléré de la population à partir de 2006.

En effet, la population âgée de 60 ans et plus, qui augmente actuellement au rythme annuel moyen de 1,1 %, va croître deux fois plus vite à partir de 2006, au rythme de 2,53 % par an, jusqu'en 2035. A cette date, l'effet du baby boom se sera épuisé. Ensuite, la population âgée continuera à croître à un rythme ralenti de 0,35 % par an.

Quels que soient les scénarios de fécondité envisagés, l'évolution du nombre de jeunes et du nombre d'adultes d'âge actif sera insuffisante pour contrebalancer ce mouvement. Ainsi, à partir de 2020, la population âgée de 60 ans ou plus dépassera, en effectifs comme en proportion, la population des moins de 20 ans. A l'horizon 2040, les hypothèses de fécondité font certes sentir leurs effets. Même une fécondité assurant le renouvellement des générations ne modifierait pas substantiellement le poids des plus de 60 ans dans la population totale, puisque, alors que celui-ci évoluerait de 20 % en 1995 à 27 % en 2020 et 33 % en 2040 dans le scénario tendanciel, il atteindrait encore 30 % en 2040. Au total, selon le scénario tendanciel, le nombre des plus de 60 ans augmenterait de près de dix millions entre 1998 et 2040, tandis que la population des moins de 20 ans ainsi que celle d'âge actif diminueraient l'une et l'autre de plus d'un million.

#### 1.3.2. Des facteurs d'inquiétude pour l'avenir

1.3.2.1. Les incidences des évolutions démographiques sur les systèmes de retraite

Le rapport de la commission de concertation décrit le contexte dans lequel devront intervenir des décisions sur la gestion des systèmes français de retraite :

"L'équilibre financier à long terme de nos régimes de retraite par répartition est

14 - Cf les travaux cités de l'intercommission n°5 et un article de S. Jacobzone : "Les perspectives de prise en charge de la dépendance au niveau international", *Retraite et Société* n°25, 1999.

étroitement lié aux évolutions démographiques à venir. L'ampleur de leurs besoins de financement dépend en effet pour une large part du poids relatif des populations actives et retraitées. Les projections démographiques réalisées par l'INSEE et la direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques du ministère de l'emploi et de la solidarité (DARES) permettent de donner une première idée de l'ampleur des difficultés que notre système de retraite par répartition va devoir affronter. D'ici à 2040, le nombre de personnes de plus de 60 ans va augmenter de près de dix millions tandis que le nombre d'actifs baisserait, selon ces projections, d'environ un million.

C'est donc à un nouveau régime démographique que notre système de retraite va devoir s'adapter dans les années à venir. Les simulations effectuées par l'INSEE et la DARES mettent clairement en évidence la nécessité de nouveaux arbitrages entre taux de prélèvement sur les actifs, âge de la retraite et niveau de vie relatif des retraités. De la qualité des choix opérés pour adapter nos régimes de retraite dépendra en partie l'évolution future de la croissance et du chômage. En effet, une hausse excessive des prélèvements sur les actifs au titre de la retraite pourrait pénaliser la productivité et l'emploi, et enclencher une spirale rendant plus problématique encore le financement des retraites. A contrario, si l'ajustement portait essentiellement sur les retraités, ceux-ci verraient leur niveau de vie relatif par rapport aux actifs divisé par deux d'ici à 2040, bien que les gains de productivité leur garantissent des pensions toujours plus élevées que celles de leurs aînés. Le troisième paramètre est, dans ce contexte, celui de l'âge effectif de la retraite."

#### 1.3.2.2. L'évolution incertaine du nombre des personnes en incapacité et de la nature de l'incapacité

Malgré l'évolution positive de l'état de santé aux âges élevés, l'accès au grand âge s'accompagne encore souvent de perte d'autonomie à des degrés plus ou moins importants. Cette situation revêt un caractère préoccupant si l'on considère que le nombre de personnes très âgées va s'élever au cours des trente prochaines années.

Le nombre exact de personnes en incapacité résulte de la démographie et de l'évolution des incapacités. Il y a une diminution des taux d'incapacité aux âges élevés et une amélioration de l'espérance de vie sans incapacité dans notre pays, comme dans d'autres mais avec des degrés divers, et elle ne touche pas de la même manière les différents niveaux d'incapacité<sup>14</sup>. La résultante des évolutions de la démographie et des incapacités n'est pas aujourd'hui clairement établie. Si la diminution indiquée du caractère invalidant de la plupart des pathologies entre 1981 et 1991 se poursuit, malgré la persistance de pathologies qui deviennent invalidantes ou le sont plus, ceci viendra également en atténuation de l'effet démographique. Ainsi, si le nombre de personnes en incapacité doit vraisemblablement augmenter après 2010, comme le montrent la plupart des simulations réalisées, une incertitude demeure et l'intensité du phénomène n'est pas connue avec précision. De même, l'évolution précise des caractéristiques des incapacités est ignorée, notamment l'évolution des détériorations intellectuelles, en augmentation. La population accueillie dans les établissements est en particulier de plus en plus dépendante et l'on voit s'accroître la proportion des personnes atteintes de déficiences psychiques.

#### 1.3.2.3. Les conséquences des mutations géographiques et des modes de vie

**La dévitalisation du milieu rural** est un phénomène qui s'accroît depuis un certain nombre d'années et certains cantons ruraux se vident de leur population. Il en résulte une disparition des commerces de proximité, qui maintiennent une animation dans les villages et les bourgs.

Dès lors que les personnes âgées sont de plus en plus isolées et qu'elles n'ont plus la possibilité de faire leurs courses, de recourir aux services, le sentiment d'insécurité s'accroît, entraînant un mouvement de regroupement vers les bourgs les plus importants, le plus souvent les chefs-lieux de cantons où se trouvent généralement rassemblés les commerces, les infirmiers, le pharmacien.

## 2. Une société pour tous les âges doit favoriser les expressions individuelle et collective des personnes âgées, le respect de leur dignité et arrêter les choix collectifs indispensables à leur pleine intégration et à l'exercice de leur autonomie

---

**La précarisation et la marginalisation actuelles de certaines catégories de la population** auront pour conséquence la formation, dans quelques années, de groupes de population aux revenus faibles et souvent isolés. A cet égard, on peut craindre que la diminution du nombre des bénéficiaires du minimum vieillesse ne s'interrompe dans le futur.

**L'entrée dans la phase de la vieillesse de familles éclatées** constitue une autre réalité de cette fin de XX<sup>ème</sup> siècle. Pour la première fois, une population importante de personnes devenues âgées auront connu le divorce ou la séparation avec les conséquences qui en découlent au plan des relations familiales, notamment avec les enfants.

Sans être forcément confrontées à des problèmes financiers, il est probable qu'un certain nombre de ces personnes connaîtront dans leur vieillesse des situations d'isolement qui auront des répercussions sur leurs comportements et leurs modes d'existence.

**Les personnes handicapées mentales** sont de plus en plus nombreuses à approcher ou à aborder une phase de retraite, évolution que notre dispositif médico-social n'a absolument pas anticipée. On estime que l'âge moyen de décès d'une personne atteinte d'une déficience intellectuelle profonde a dépassé les cinquante ans (contre trente-cinq il y a vingt ans), et qu'il s'établit à soixante-dix ans pour les personnes atteintes d'une déficience légère ou moyenne. On ne dénombre pas avec précision le nombre de handicapés de plus de cinquante ans travaillant en centre d'aide par le travail (CAT) ou séjournant en foyer d'hébergement. La question se trouve posée d'une adaptation de notre dispositif médico-social, cloisonné en fonction des âges, à la continuité de la prise en charge.

Enfin, il existe en France **une population immigrée vieillissante** dont l'importance croît et qui se caractérise par des conditions de vie particulièrement précaires. Il s'agit le plus souvent de populations maghrébines, notamment algériennes, issues des grandes vagues d'immigration des années cinquante à soixante-dix et qui, venues travailler en France, ne sont pas rentrées dans leurs pays d'origine.

Ces populations aujourd'hui âgées vivent dans des foyers devenus inadaptés et connaissent des situations particulièrement délicates à la fois en termes de revenus, et sur le plan de l'accès aux soins et aux services d'aide à domicile.

L'INSEE a ainsi relevé le quadruplement du nombre de maghrébins âgés de plus de soixante ans entre les recensements de 1968 et de 1990, leur nombre passant de 30 000 à 133 000.

L'analyse de la situation des personnes âgées à l'orée de l'an 2 000, des mutations démographiques attendues et de la manière dont notre société se prépare à y faire face conduit à un constat nuancé. Les progrès ont certes été indéniables depuis l'immédiat après guerre et les douloureuses observations de la commission présidée par Pierre Laroque. Mais beaucoup de questions essentielles pour que nos concitoyens accomplissent la totalité de leur existence dans la dignité et dans un environnement de qualité n'ont pas trouvé une réponse à la hauteur de l'enjeu qu'elles représentent. Il est désormais temps de se préoccuper de l'avenir, en remédiant aux carences constatées et en posant les bases d'une action structurée sur le long terme, organisée autour de deux objectifs principaux et complémentaires : la recherche du maintien des liens sociaux des personnes, quel que soit leur âge, dans le respect de leur dignité et la mise en oeuvre des actions collectives indispensables à la pleine intégration des personnes âgées et à l'exercice de leur autonomie.



La notion de personne âgée recouvre des réalités très différentes. Il serait par conséquent tentant de conclure à l'impossibilité de définir de manière pertinente un ensemble d'actions ou de réflexions dont la poursuite ou la mise en oeuvre seraient souhaitables, voire indispensables, pour atteindre l'objectif assigné au comité de pilotage, c'est-à-dire la préparation d'une société pour tous les âges. Or, les points communs aux personnes qui se trouvent dans cette phase de leur vie sont suffisamment nombreux et les politiques publiques sont suffisamment identifiées pour que des principes essentiels soient évoqués et que leur application soit envisagée d'une façon précise.

Il faut cependant rappeler que les personnes âgées sont avant tout des personnes appartenant à la communauté : en conséquence, le comité de pilotage n'a pas eu pour ambition d'aborder la totalité des sujets qui les intéressent, au même titre que les autres membres de la communauté nationale. Il n'a pas eu non plus la volonté d'affirmer que des droits particuliers devaient leur être reconnus lorsque leur situation est comparable à celles d'autres catégories de la population, en particulier les personnes handicapées. Il a plutôt recherché à mettre en lumière les mesures que la situation particulière des personnes âgées, dans la France de l'année 1999, appelle pour qu'elles exercent totalement leurs prérogatives de membres de la collectivité nationale, grâce à la définition et à la mise en oeuvre déterminées des politiques publiques adéquates.

## **2.1. Favoriser la participation des personnes âgées à la vie sociale et garantir le respect de leur dignité**

Pour préparer la société de demain, il est indispensable de favoriser la participation des personnes âgées à la vie sociale, collective et individuelle, et de leur garantir des conditions d'existence dignes et correctes lorsque l'âge diminue les capacités.

### **2.1.1. Favoriser l'expression collective des personnes âgées et leur participation individuelle**

L'amélioration de la participation des personnes âgées à la vie sociale nécessite à la fois d'aménager sa dimension collective, pour reconnaître aux personnes âgées le droit de s'exprimer sur les questions que les concernent prioritairement au sein d'instances déterminées, et sa dimension individuelle, afin d'encourager les démarches volontaristes et participatives des personnes.

#### 2.1.1.1. L'expression collective

Renforcer les moyens d'une expression collective des personnes âgées renvoie à un équilibre délicat entre deux préoccupations :

- la nécessité de s'appuyer sur des instances ou des procédures spécifiques, dans la mesure où les enceintes ordinaires du débat politique et social ne font pas suffisamment de place aux retraités ;
- le souci d'éviter l' "agisme", ou le risque de favoriser un corporatisme des retraités.

Il faut à la fois conforter les institutions existantes, en définissant mieux leur rôle, régler le problème de la représentation des retraités au Conseil économique et social, ouvrir la concertation sur les problèmes du vieillissement à une approche intergénérationnelle.



### ***Mieux définir le rôle des institutions existantes***

Au plan national, il conviendrait de mieux distinguer entre les deux rôles de l'actuel CNRPA, qui exerce à la fois les fonctions d'une coordination interassociative et celle d'un organe consultatif auprès des pouvoirs publics, rôle consultatif partagé avec le comité national de coordination gérontologique.

Un conseil national des associations de retraités et de personnes âgées pourrait être créé, libre de l'élection de son président, de son bureau et de ses ordres du jour. A l'image de l'actuel collège associatif du CNRPA, bénéficiant d'une aide au fonctionnement, il jouerait un rôle de coordination de l'expression associative, sans compétence consultative légale.

Un conseil supérieur du vieillissement serait institué par ailleurs pour exercer une compétence consultative sur l'ensemble des textes législatifs ou réglementaires relatifs à l'intégration des personnes âgées dans la société ou régulant les sorties définitives du marché de l'emploi ou organisant la prévention des incapacités liées à l'âge. Il serait composé de représentants des partenaires sociaux, des associations - représentation désignée par le conseil des associations - des collectivités territoriales, des organismes de sécurité sociale, de l'Assemblée nationale et du Sénat, de personnes qualifiées et fonctionnerait selon des modalités inspirées des régimes du comité national consultatif des personnes handicapées (CNCPH) ou du conseil supérieur du travail social (CSTS). Il intégrerait l'ensemble des compétences actuellement dévolues au comité national de coordination gérontologique, qui serait supprimé. Il assurerait également le lien avec les conseils consultatifs spécifiques, comme le conseil national de l'habitat, le conseil national des villes et le conseil national des transports...

Au plan régional et départemental, on doit rechercher un second souffle pour les CORERPA et CODERPA. Le bilan en est mitigé : inégal dynamisme des commissions, inégale insertion dans l'environnement institutionnel, indisponibilité des services de l'Etat ou des élus territoriaux... On peut imaginer au plan local la même dissociation que celle suggérée au plan national : une coordination interassociative, un comité départemental de coordination gérontologique, puisque c'est le département qui constitue le niveau pertinent pour l'approche institutionnelle des problèmes de coordination gérontologique. Il faut à tout le moins fixer des missions, élaborer des programmes de travail, peut-être par des lettres de mission signées par les préfets dans un cadre coordonné, définissant quelques priorités parmi les problématiques suivantes :

- au plan régional, le suivi des aspects gérontologiques des contrats de plan Etat-région et des schémas directeurs régionaux de l'organisation sanitaire et sociale ; les questions relatives aux services aux personnes âgées, à l'aménagement du territoire et au développement rural ; les problèmes de formation professionnelle continue des personnels gérontologiques, les problèmes d'action culturelle et de formation des retraités, de promotion de la santé, de soutien au bénévolat ;
- au plan départemental, le suivi de la planification sociale et médico-sociale en tant qu'elle concerne les personnes âgées, la coordination gérontologique, y compris les conventions de coordination entre les caisses régionales d'assurance maladie et les départements pour la mise en oeuvre de la PSD, la coordination des initiatives et des dispositifs d'information, la participation des personnes âgées aux politiques locales, l'habitat...

### ***Régler le problème de la représentation des retraités au Conseil économique et social***

A partir du moment où les retraités sont reconnus comme faisant partie des "forces vives" de la nation, il n'y a aucune raison de les exclure, en tant que groupe, du Conseil économique et social.

Il n'y a pour remédier à cette lacune que deux approches : introduire une représentation spécifique nécessairement modeste compte-tenu des contraintes d'équilibre entre collèges ; instituer un quota là où c'est possible (collège associatif, collèges des partenaires sociaux pour les délégations comportant au moins trois membres), et désigner quelques personnes qualifiées parmi les retraités ayant une expertise reconnue en matière de politique de la vieillesse. Mais peut-être faudrait-il, avant d'arrêter un

choix, saisir le Conseil économique et social de cette question, dans le cadre d'une demande d'avis sur la participation des retraités aux procédures formalisées de concertation dans le domaine économique et social. Il serait certainement utile que les principaux acteurs de la vie économique et sociale prennent leurs responsabilités sur ce type de questionnement.

### ***Ouvrir la concertation sur les problèmes du vieillissement à une approche intergénérationnelle***

La proposition est émise de réunir périodiquement, par exemple tous les deux ou trois ans, une "conférence des âges " qui aurait pour objet de débattre des sujets relatifs à la coexistence des âges. La mixité des âges est un facteur important de la cohésion sociale. Une telle conférence réunirait, autour du Premier ministre, les partenaires sociaux, le mouvement associatif et le mouvement familial, des élus territoriaux, les services de l'Etat, des experts, pour des échanges portant sur l'évolution des retraites, l'organisation des périodes d'activité professionnelle tout au long de la vie, la prévention, y compris précoce, des incapacités liées au vieillissement, l'éducation tout au long de la vie, l'élimination des discriminations liées à l'âge, la dimension intergénérationnelle des politiques familiales et la dimension familiale de la politique du vieillissement, la valorisation de l'utilité sociale des retraités, la mixité des âges dans l'habitat et dans l'aménagement du territoire.

Inspirée de la conférence de la famille dans ses modalités d'organisation, elle devrait en rester distincte, pour ne pas brouiller les partenariats établis et pour éviter tout risque de transfert sur la famille des responsabilités de solidarité envers les plus âgés, même si sur certains sujets des articulations peuvent être trouvées. Au-delà des enjeux directs qui s'attachent à l'instauration de ce type de concertation (politiques à infléchir, mesures à prendre, orientations à explorer) ce pourrait être un outil efficace d'évolution du dialogue social sur le vieillissement et de désenclavement des politiques de la vieillesse, dans les deux sens.

#### 2.1.1.2. La participation individuelle

Les personnes âgées seront d'autant plus incitées à s'investir dans les activités d'utilité sociale que quelques conditions favorables auront été réunies, grâce à la mise en oeuvre des propositions suivantes, dont plusieurs sont reprises du rapport du Conseil économique et social sur les activités d'utilité sociale des retraités et des personnes âgées précité :

#### ***Mieux connaître le bénévolat et en particulier celui des retraités***

Un programme de recherche coordonné sur les activités d'utilité sociale des retraités et des personnes âgées devrait être mis en place, afin d'améliorer la connaissance statistique sur la participation à la vie associative et l'exercice de responsabilités en son sein et de la compléter par des enquêtes sociologiques.

#### ***Informier et sensibiliser plus précocément aux grands enjeux de la vie sociale***

En partant du principe que c'est en amont de l'âge du retrait d'activité que se forge le comportement adapté à la retraite, toutes les occasions doivent être saisies - et les moyens mis en oeuvre - pour sensibiliser et informer les futurs retraités sur les possibilités d'activités diverses - et d'utilité sociale en particulier - qui s'ouvrent à eux. Pratiquement, il conviendrait de développer les stages de préparation à la retraite et les sessions d'information bien avant la phase terminale de l'activité professionnelle.

Dans ce cadre, il serait souhaitable de développer les possibilités pour les personnes de plus de 50 ans menacées de licenciement, demandeurs d'emploi ou sur le point de prendre leur retraite ou préretraite, de bénéficier d'un bilan de compétences, mis en place depuis l'accord interprofessionnel du 3 juillet 1991. Un bilan élargi et soutenu financièrement pourrait identifier les compétences que ces personnes auraient l'occasion d'investir dans une activité bénévole et révéler leurs aptitudes et leurs désirs extra professionnels. Le bilan de compétence devrait être pratiqué régulièrement et non seulement en milieu ou en fin de carrière.

Il serait aussi souhaitable de créer des centres d'information, tels que ceux créés par le centre national du volontariat, et de rendre leur accès possible et aisé à tous et à toutes. L'idée est aussi de mener des actions de sensibilisation à tous les âges de la vie et non seulement aux âges proches de la retraite. Enfin, il s'avère essentiel de développer l'information sur l'utilité sociale à travers les médias et au cours des nombreuses manifestations intéressant les retraités et personnes âgées.

### ***Accroître la clarté sur le partage des tâches entre bénévoles et professionnels rémunérés***

Une meilleure intégration des retraités dans les associations passe par la définition de règles du jeu plus claires et définies en commun, sans que ces règles ne constituent un cadre juridique trop rigide et qu'elles ne remettent en cause le fondement de l'action bénévole.

Les associations doivent être sensibilisées aux attentes des nouvelles générations de retraités, afin de les aider dans la formulation de leurs projets et de mettre en place des processus permettant d'analyser, pour les prévenir, les échecs d'insertion dans le milieu associatif. Un partenariat avec les centres de volontariat et les organismes de formation intervenant dans ce domaine mériterait d'être renforcé.

Le bénévolat ne saurait constituer une "main d'oeuvre à bon marché", ce qui irait à l'encontre tant du souci d'une professionnalisation croissante de l'accompagnement des personnes âgées, notamment des plus handicapées d'entre elles, que d'une aspiration des bénévoles d'aujourd'hui à plus de compétence et de responsabilité. Il serait néanmoins erroné de faire reposer le soutien matériel et moral de nos concitoyens les plus âgés sur des dispositifs privilégiant le "tout professionnel" : l'action altruiste et gratuite, à condition d'être organisée, constitue un ciment du lien social dans la mesure où les relations interpersonnelles ne peuvent être réduites à des échanges marchands ; elle constitue également un facteur d'ouverture des institutions vers leur environnement alors que ces dernières ont naturellement tendance à se refermer sur leurs préoccupations fonctionnelles.

### ***Soutenir financièrement et logistiquement les activités des bénévoles et rembourser les frais qu'ils engagent***

L'instauration d'une couverture des risques encourus dans le cadre des actions bénévoles est nécessaire. Cette mesure ne sera efficace que si les associations, dont les moyens financiers sont faibles, sont soutenues dans la prise en charge des cotisations.

La notion de "risque" peut être élargie au point d'intégrer les pertes d'opportunités professionnelles des responsables non rémunérés exerçant des mandats de longue durée dans les organisations : celles-ci pourraient concevoir des systèmes indemnitaires qui constitueraient de véritables compléments de revenus différés, par exemple au moment de la retraite.

### ***Adapter le concept d'éducation tout au long de la vie à la situation des retraités***

Une politique d'éducation permanente pour les retraités passe naturellement par le développement des formations de bénévoles, s'appuyant notamment sur le renforcement du fonds national de la vie associative (FNDVA) et la mise en oeuvre de relais d'impulsion et de soutien financier au niveau régional. Cette politique a une cible plus large que celle des retraités ; on sait du reste que l'engagement des retraités dans la vie associative ou le bénévolat est d'autant plus prononcé qu'il a commencé avant la cessation de l'activité professionnelle.

Plus généralement, au-delà de la seule question des formations des bénévoles, il convient de marquer que l'éducation tout au long de la vie ne peut s'arrêter à l'âge de la retraite. C'est un sujet qui pourrait justifier une concertation spécifique avec les partenaires sociaux, afin qu'ils s'approprient cette démarche. L'idée serait de tester l'émission de chèques "formation retraite active", réalisables auprès d'universités ou de centres de formation conventionnés, sur quelques orientations larges : diffusion et appropriation des nouvelles technologies de la communication et de la créativité ;

rappports entre les âges (approches pluridisciplinaires de l'intergénérationnel) ; formation au bénévolat social, culturel et sportif ; formation au parrainage et au tutorat d'adultes d'âge actif ; éducation pour la santé etc... Ces chèques seraient imputables sur les ressources de la formation professionnelle continue, selon des modalités à débattre, pour un coût très modéré, s'agissant exclusivement de frais pédagogiques, pour un public relativement ciblé et pour des durées de formations courtes. Ils pourraient être utilisables dès cinquante ou cinquante-cinq ans, afin de mieux préparer la retraite.

### 2.1.2. Garantir le respect de la dignité

Le respect de la dignité des personnes âgées implique, d'une part, de ne pas leur opposer leur âge pour leur interdire, sur ce seul critère, une activité ou l'accès à une fonction et, d'autre part, de veiller à ce que, malgré la diminution des moyens physiques ou intellectuels due à l'âge, leur qualité de vie demeure intacte.

#### 2.1.2.1. Supprimer les pratiques discriminatoires fondées sur l'âge

Les pratiques discriminatoires fondées sur l'âge sont injustifiées, dans les domaines du travail, de la santé et de la participation à la vie sociale.

**En ce qui concerne l'accès au travail**, la compréhension des enjeux est compliquée par la perception de la situation économique actuelle. En 1999, et depuis plus d'une vingtaine d'années, le système économique de notre pays ne parvient pas à absorber l'ensemble des personnes qui souhaitent travailler. Ce déséquilibre constant entre l'offre et la demande de travail explique historiquement la construction de mécanismes d'éviction de la main d'oeuvre âgée de la sphère productive. Ces mécanismes ont rejoint dans un premier temps les aspirations de la majorité des travailleurs, pour lesquels la cessation d'activité est apparue comme une délivrance, puis ils sont devenus progressivement systématiques et ont contraint à l'arrêt des générations de plus en plus nombreuses et de plus en plus jeunes, engendrant des frustrations durables et des dommages collectifs irréparables. Dans le même temps, les interdictions de cumuler une activité rémunérée et une retraite ont illustré la volonté de réserver les emplois disponibles aux plus jeunes.

Dans quelques années, les évolutions concomitantes de la démographie et de l'économie pourraient faire émerger une situation nouvelle, dans laquelle les entreprises chercheront à attirer une main d'oeuvre plus rare et le chômage aura retrouvé son niveau minimal. L'augmentation de la durée de vie et les préoccupations pesant sur l'équilibre financier des régimes de retraite auront également contribué à modifier la perception de l'accès ou du maintien d'une activité rémunérée.

Il y a donc de fortes chances pour que le marché du travail et la situation économique évoluent considérablement dans les années prochaines. Or la tentation est forte d'interpréter l'avenir en prolongeant les enseignements actuels, contre toute raison. Le moment est certainement venu de préparer le futur proche, en déclinant les principes qui devraient idéalement guider le comportement des acteurs économiques et sociaux, dans l'intérêt des personnes âgées et dans celui de la collectivité.

Pour cela, il faut d'abord considérer qu'une société développée doit permettre aux gens de se déterminer sur leur destin professionnel, dès lors qu'ils ont la connaissance de leurs revenus d'activité et de ceux qu'ils obtiendraient à la suite de leur cessation d'activité. Cela implique de supprimer les obligations de départ liées à l'âge et les interdictions du cumul emploi retraite, en considérant que l'arbitrage appartient aux personnes elles-mêmes, ou que le départ est commandé par des considérations liées aux aptitudes indispensables pour exercer l'activité, mais pas par la seule référence à l'âge.

Il faut ensuite rendre ces aspirations possibles, en introduisant dans les entreprises des aménagements propres à permettre une activité prolongée pour les personnes âgées qui le souhaitent. Les conséquences de l'âge sont connues. Lorsqu'elles sont négatives, quelques aménagements simples suffisent la plupart du temps pour les compenser et faciliter la coexistence dans un lieu de plusieurs générations actives, pour leur plus grand enrichissement mutuel.

S'il revient à l'Etat d'aménager la législation et la réglementation, en particulier les conditions de cumul emploi-retraite pour les personnes ayant dépassé l'âge de la retraite, c'est d'abord aux partenaires sociaux qu'incombe la responsabilité de mettre en oeuvre une stratégie permettant d'éviter le recours à la pré-retraite comme première variable d'ajustement des restructurations d'entreprises et des plans sociaux.

**En ce qui concerne la santé**, les pratiques agistes sont rarement analysées. La raison en est une croyance répandue, considérée comme naturelle, selon laquelle l'âge explique la dégradation de la santé. Il faut affirmer avec force que l'âge n'a jamais constitué une explication en matière de santé. Les disparités au sein des âges, des sexes, des professions, d'un individu à l'autre, sont trop importantes et démontrées sur le plan statistique, depuis longtemps, pour laisser se développer un discours agiste sur la santé. Une fréquence plus grande de phénomènes au-delà d'un certain âge ne peut être ni une cause de mauvaise santé, ni une raison pour définir des critères de soins ou de prise en charge. Tout au plus, la référence à l'âge peut-elle être un clignotant appelant l'attention sur la pertinence d'un traitement. Elle ne peut se substituer à une connaissance clinique, d'une part, de la personnalité et de l'environnement de la personne, d'autre part. Cette conception est probablement celle des concepteurs des traitements, des soins ou des prises en charge mais n'est pas toujours observée dans les pratiques. Celles-ci s'appuient sur des routines pour être efficaces et la recherche de routines accélérant la prise de décision s'accroît dans un contexte de faiblesse des ressources attribuées. Il existe en conséquence un risque de banalisation des pratiques agistes, qui doit être prévenu. A cette fin, des actions doivent être conduites dans le secteur de la santé, notamment en interdisant les statistiques prenant l'âge comme critère sans avoir indiqué les résultats des analyses de dispersion et exploré conjointement des hypothèses alternatives. Les conditions d'âge doivent être bannies des prescriptions, lorsqu'elles emportent des conséquences restrictives non fondées sur une approche médicale.

**En ce qui concerne, enfin, l'accès à différentes fonctions**, la stigmatisation par l'âge devrait également être supprimée. Les récents textes sur l'organisation des conseils d'administration des organismes de sécurité sociale du régime général ont, par exemple, limité à 65 ans l'âge rendant possible l'exercice des fonctions d'administrateur. Aucune raison objective satisfaisante ne légitime l'introduction, par un texte réglementaire, d'une telle restriction. Ce type de dispositions devraient être progressivement rayé des textes officiels, et un mécanisme de garantie, prévoyant par exemple la consultation obligatoire du CNRPA, ou d'une instance nouvelle, avant toute référence à un âge limite, devrait être instauré.

#### 2.1.2.2. Préserver la qualité de vie

La préservation de la qualité de vie recouvre l'exercice par la personne âgée de son libre arbitre et la lutte contre les excès rendus possibles par la diminution des facultés physiques et intellectuelles.

**Le libre arbitre** doit pouvoir notamment s'exercer par le choix du maintien au domicile et le respect de la responsabilité individuelle dans le domaine de la santé.

Vivre à domicile est une aspiration largement partagée par les personnes âgées, y compris par celles qui sont très dépendantes. La satisfaction de cette aspiration doit être un des éléments majeurs d'une politique du vieillissement, puisqu'elle ne peut être atteinte dans de nombreux cas que grâce à la mobilisation efficace des moyens de la collectivité.

Or, quinze ans après les lois de décentralisation qui ont confié aux départements la responsabilité de l'aide sociale aux personnes âgées et sans doute, de ce fait, accentué le clivage avec le secteur sanitaire sous compétence de l'Etat, les interventions collectives en faveur du maintien à domicile se caractérisent par un empilement de strates successives, par la complexité et la dispersion des dispositifs, des acteurs et des financements. Le problème essentiel est celui de la juxtaposition des réponses et de la fragmentation des aides : l'Etat, par des mesures fiscales et des aides au logement, les départements, par l'aide sociale et la prestation spécifique dépendance, les organismes de sécurité sociale, avec l'aide ménagère financée par les caisses de

retraite et les services de soins infirmiers à domicile financés par les caisses d'assurance maladie, les associations, les intervenants libéraux, sont des acteurs d'une politique segmentée.

Favoriser l'exercice du libre arbitre des personnes les plus fragiles et les mettre en position de décider de leur maintien ou non à domicile exige une approche globale et personnalisée de leur besoin d'aide et d'évolution de leur environnement, en vue d'une prise en charge de qualité, leur permettant d'exprimer leurs préférences et de faire le choix de leur mode de vie.

Cet objectif nécessite, pour être atteint, d'arrêter des choix collectifs, dont les principaux seront exposés dans la suite de ce rapport, notamment relatifs aux moyens mis en oeuvre, à leur coordination, à l'aide apportée aux familles aidantes et à la formation des professionnels et des bénévoles.

Le respect de la responsabilité individuelle dans le domaine de la santé signifie l'acceptation des conduites, y compris lorsqu'elles présentent des risques, des personnes âgées, dès lors qu'elles ont bénéficié auparavant des informations et des indications garantissant qu'elles agissent en toute connaissance de cause.

**La prévention des excès auxquels peuvent être soumises des personnes fragiles** est également une des conditions du respect de leur dignité. La lutte contre la maltraitance et le contrôle de la qualité de vie dans les établissements sont deux aspects de la lutte pour la dignité.

La prévention des situations de maltraitance physique, psychologique et financière, ces trois typologies pouvant se superposer, impose le lancement de campagnes d'information en direction du grand public et des professionnels oeuvrant dans le champ gériatrique. Dans le même temps, l'ouverture sur tout le territoire de centres d'écoute spécialisés, sur le modèle de ceux déjà créés par l'association ALMA, pourrait aboutir à la constitution d'un réseau national d'écoute et de prévention. Des documents réalisés en partenariat entre les pouvoirs publics et le monde associatif pourraient être diffusés sous une forme pédagogique expliquant les causes des situations de maltraitance. Les personnes confrontées à ces situations, ou en risque de l'être malgré elles, seraient alors incitées à se mettre en relation avec les professionnels des services sociaux.

La qualité de vie dans les établissements doit faire l'objet d'une surveillance étroite. Les personnes âgées hébergées dans des structures collectives y entrent de plus en plus tard, dans un état de dépendance plus lourd. Il est donc particulièrement indispensable de s'assurer que les établissements sont des lieux de vie qui contribuent à l'épanouissement de leur résidents.

La récente charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante pose à cet égard un certain nombre de principes qui ne sont pas encore, loin s'en faut, admis par tous. Il est indispensable que les esprits évoluent dans ce domaine et que la parole des résidents soit véritablement entendue. L'idée d'une prise en compte de "la parole des vieux" revient à placer la personne âgée au centre des préoccupations et des pratiques des professionnels, et donc à prendre en considération ses désirs, ses besoins, ses attentes. Concrètement, prendre en compte la parole des personnes âgées, c'est instaurer des espaces de dialogue et de négociation. D'autres possibilités d'expression existent : les évaluations et les enquêtes de satisfaction sur la qualité des prestations quotidiennes, par exemple, mais aussi les "ateliers mémoire", les débats... Les conseils d'établissement ont comme fonction de donner des avis et de faire des propositions sur toute question intéressant le fonctionnement de l'établissement au moins deux fois par an. Ils sont composés de représentants des usagers, des familles, des personnels et des directions des institutions. Depuis un décret de 1991 des "bénévoles" et des "représentants d'associations" peuvent y siéger. La mise en place de ces conseils, qui sont des instances démocratiques, est une obligation dans chaque établissement public ou privé, mais elle se heurte à bien des difficultés. En 1996, une enquête réalisée dans la région Rhône-Alpes a montré que sur 482 établissements sociaux et médico-sociaux qui ont répondu à l'enquête, 140 déclaraient ne pas avoir mis en place de conseil d'établissement (dont 30 % s'occupaient de personnes âgées). Le déficit démocratique et d'accès à la parole des personnes âgées qui est souvent relevé trouve ici une illustration très concrète.



Des modalités de contrôle plus précises que celles actuellement en vigueur seraient susceptibles de rassurer les personnes âgées et les familles sur le regard porté par les pouvoirs publics sur la qualité de vie dans les établissements. Une commission tripartite réunissant les services de l'Etat, du département et la caisse primaire d'assurance-maladie devrait être constituée dans chaque département pour diligenter ou réaliser les contrôles sur place de tout établissement susceptible de présenter un danger pour la sécurité ou le bien être des personnes accueillies. Des brigades de contrôle pourraient être identifiées dans les directions régionales des affaires sanitaires et sociales, qui seraient chargées de visiter chaque établissement de la région bénéficiant d'un concours de l'assurance-maladie au moins une fois tous les cinq ans.

## **2.2. Arrêter les choix collectifs indispensables à la pleine intégration des personnes âgées et à l'exercice de leur autonomie**

Une partie des progrès attendus pour bâtir une société pour tous les âges relève de la mise en oeuvre déterminée de politiques publiques sectorielles, qui existent d'ores et déjà, mais dans des états souvent dispersés et fragmentaires, sans qu'un fil conducteur apparent et explicite ne permette de parler d'une politique du vieillissement. Les choix collectifs qu'il convient d'affirmer, pour préparer la société désirée, dans un horizon d'une quinzaine d'années, doivent porter sur l'approche du vieillissement, les connaissances que nous en avons, la santé, la dépendance, l'habitat, le soutien à domicile, les relations familiales et la coordination entre les institutions.

### **2.2.1. Sortir d'une approche négative de la vieillesse**

Modifier la perception et la représentation de la vieillesse, c'est d'abord agir sur la société, sur les idées dominantes, contre leur propension à diffuser et à développer des stéréotypes négatifs de la vieillesse et des personnes âgées.

Pour transformer le regard de la société, il importe de réinsérer la vieillesse dans le cheminement des âges, en démontrant l'utilité sociale des personnes âgées et en valorisant la dynamique intergénérationnelle, en imposant les notions de qualité de vie et en créant un lieu de confrontation et de concertation pour approfondir la réflexion éthique sur le grand âge et le sens de la fin de vie. Le développement de la recherche sociale doit également viser cet objectif.

Il importe aussi de faire évoluer l'appareil statistique qui tend à accréditer l'idée que la vieillesse commence à soixante ans.

Les statistiques ont en effet bien souvent un caractère normatif. Ainsi, quand elles mesurent la mortalité prématurée à soixante-cinq ans, elles portent à considérer qu'il est normal de mourir à partir de cet âge. Le recours à d'autres indicateurs que l'âge transforme la vision du phénomène du vieillissement. L'approche purement quantitative de l'appareil statistique doit s'enrichir de la mesure de données qualitatives, intégrant l'environnement, les délais de mise en oeuvre, le degré de satisfaction, etc.

### **2.2.2. Capitaliser et rendre plus accessible l'information collective sur le vieillissement et ses conséquences**

Face à une situation caractérisée par la dualité de deux institutions de référence, la FNG et le CLEIRPPA, l'idée vient naturellement, dans un souci d'efficacité et de lisibilité renforcées, de créer un seul pôle, par rapprochement progressif de deux structures qui présentent l'une et l'autre un bilan honorable, mais qui atteignent les limites de leur développement, ne serait-ce que parce qu'elles sont deux.

Pour autant, il convient d'être très attentif à la définition des missions et des moyens à attribuer à ce pôle unique. Les missions confiées à ce pôle, qu'on appellera ici institut du vieillissement, pourraient être :



- une mission d'observation du vieillissement, dans ses dimensions physiologiques, psychologiques, sociales, environnementales, et dans ses conséquences sur l'autonomie des individus et la cohésion sociale ;
- une mission de diffusion et de valorisation des travaux d'étude et de recherche sur le vieillissement et les politiques de la vieillesse : annuaire de la recherche, index thématiques, inventaires approfondis sur certains enjeux prioritaires... ;
- une mission d'animation des milieux professionnels sur les axes prioritaires définis en concertation avec les pouvoirs publics (participation des personnes âgées à la vie sociale, vieillissement et travail, rapports entre les âges, promotion des approches qualité dans la prise en charge des incapacités liées à l'âge, coordination gérontologique, évolution des métiers et des qualifications), et de facilitation du travail en réseaux nationaux ou internationaux ;
- éventuellement, une mission d'information du public sur les points d'accueil et d'information "primaires" en ce qui concerne les problèmes de l'âge.

On doit cependant éviter d'allonger à l'excès la liste des missions :

- un tel pôle ne peut avoir la responsabilité de coordonner l'ensemble de la recherche, y compris la recherche médicale ou bio-médicale fondamentale, y compris les travaux de l'INSERM, les travaux des laboratoires hospitalo-universitaires, la recherche pharmaceutique, les travaux des grandes institutions nationales scientifiques ou sociales... ;
- un tel pôle ne peut délivrer l'ensemble des informations utiles ni gérer l'ensemble des relais d'information. C'est au plan départemental ou local, dans le cadre d'une coordination gérontologique souple, que doit être définie et gérée la politique d'information des personnes âgées et de leurs familles, même si l'institut peut jouer un rôle facilitateur par son appui aux réseaux ou la mise à jour d'annuaires fondamentaux, la mise en place d'instruments méthodologiques ou d'outils de communication.

A cet institut pourrait être adossé un centre technique national sur l'habitat adapté. C'est manifestement dans le domaine du logement qu'on a le plus fort besoin d'une structuration nationale de l'information des particuliers et des opérateurs, et de mise en relation d'opérateurs et de décideurs très divers. Ce centre de ressources national, animant un réseau de centres départementaux, serait doté d'une personnalité distincte de celle de l'institut sur le vieillissement. Son champ est différent, puisqu'un tel centre a nécessairement vocation à traiter des problématiques d'habitat adapté pour l'ensemble des personnes à mobilité réduite, y compris les handicapés non âgés ; il doit pouvoir largement associer les professionnels concernés, y compris dans ses instances statutaires, et entretenir des contacts suivis avec les milieux industriels (domotique) et du bâtiment. Un adossement serait très utile, caractérisé par une certaine communauté d'administrateurs, l'existence de prestations de service réciproques, voire l'installation sur un même site.

Ces structures devraient bénéficier, pour réussir, de l'assurance de moyens interministériels, ou interinstitutionnels, dans le cadre d'une programmation pluriannuelle. Ceci plaide fortement pour la passation de contrats d'objectifs avec l'Etat (au moins avec ses composantes affaires sociales, recherche, logement), auxquels pourraient s'associer la CNAVTS et d'autres institutions de protection sociale.

### **2.2.3. Modifier l'approche de la santé et renforcer la prévention, la formation et la lutte contre les inégalités**

**L'approche de la santé ne doit pas être restreinte aux seuls aspects médicaux.** Il ne faut pas comprendre cela comme une remise en cause du savoir médical ou de l'action des médecins et des autres professionnels de la santé, qui ont réellement amélioré leur efficacité. Il s'agit non seulement de donner désormais la priorité à la recherche et aux pratiques environnementales, après une phase de priorité donnée aux approches médicalisées, mais aussi de lutter contre les barrières administratives, réglementaires et financières.

**Dans le même temps, des actions devront être entreprises pour renforcer la prévention, la formation et la lutte contre les inégalités.**

La **prévention** pose un problème rarement mis en avant : les personnes âgées ne sont pas atteintes de pathologies spécifiques, l'effet cumulatif des maladies les rend plus fragiles et plus exposées à des facteurs environnementaux qui touchent tout le monde. Il est juste de renvoyer la prévention à l'environnement et aux modes de vie. Des travaux récents permettent de dire quelles sont les certitudes et les incertitudes quant à l'impact positif ou négatif de facteurs d'environnement en termes de prévention. Les troubles de la vue et de l'audition constituent, par exemple, des pathologies invalidantes, souvent simples à traiter sans technologie sophistiquée. Dans de nombreux domaines, des études de type bénéfices-risques devraient être poursuivies, notamment en ce qui concerne le traitement hormonal substitutif de l'ostéoporose. En matière cardio-vasculaire, les impacts des traitements et des actions de prévention sont connus, mais leur coût fait courir des risques de rationnement sur des critères d'âge.

Le temps est venu d'opérer un ciblage plus précis en matière de prévention, fondé sur un inventaire des acquis et une comparaison des efficacités respectives des actions, incluant leur coût, afin de retenir et d'amplifier les plus utiles d'entre elles. Il n'est en effet pas exclu que s'opère aujourd'hui un rationnement dans certains domaines (par exemple les prothèses), dont le risque est qu'il porte sur des actions efficaces, faute d'évaluation sérieuse, ce qui constituerait un gaspillage social.

De même le message sur la prévention doit être centré sur la qualité de vie, plus que sur la longévité ou la qualité des organes ou des fonctions qu'ils accomplissent. Les facteurs environnementaux sont des déterminants centraux du processus d'adaptation. L'analyse des mécanismes d'adaptation masculins et féminins doit être approfondie, afin de dépasser le peu d'arguments convaincants avancés pour expliquer les écarts de longévité.

La prévention doit également être intégrée dans la pratique du soin et de l'accompagnement, dont elle est une composante. Il faut éviter toute formulation qui l'isole et promouvoir à l'inverse celles qui accèdent l'idée d'un ensemble. Ceci trouve en particulier son sens pour les médecins généralistes. L'expérience prouve qu'il reste beaucoup à faire pour améliorer les méthodes de détection des cancers, de la maladie d'Alzheimer et des autres formes de démence, des dépressions. Or, un diagnostic précoce permet de guérir ou de ralentir l'évolution de la maladie dans un nombre croissant de cas. Une conception plus globale, un travail en réseau incluant des centres-experts, l'instauration d'une rémunération de la prévention, sont des moyens à développer simultanément et non isolément pour améliorer la situation. La promotion à grande échelle de l'évaluation gérontologique est un élément clé de cette orientation. Aujourd'hui, les assurés sociaux peuvent bénéficier d'un bilan de santé tous les cinq ans, jusqu'à l'âge de soixante ans. Au-delà, la possibilité devrait leur être offerte de disposer d'un bilan portant non seulement sur leur santé, mais également sur leur habitat et leur environnement, afin de préparer les actions éventuellement nécessaires à leur maintien à domicile.

La prévention, généralement connotée de manière positive, repose sur une conception sécuritaire, développée plus par les soignants et les familles que par les personnes elles-mêmes. Toute réflexion sur la prévention doit inclure le droit au risque, ce qui nécessite de recueillir l'avis de la personne, de la considérer comme sujet agissant de sa propre vie, c'est-à-dire doté d'autonomie.

Il se peut que la prévention prenne des formes différentes selon les groupes sociaux, recouvrant des groupes d'âge différents. Si des catégories d'âge peuvent être faites dans certains cas, c'est dans l'optique d'un repérage de groupes cibles, et non d'une causalité. La prévention d'un groupe de plus de 75 ans ne se fait pas de la même façon que celle d'un groupe de 35 ans, non à cause de la différence d'âge, mais à cause de celle de statut social, de la relation au travail et au système de prévention, des niveaux d'instruction différents. L'âge n'explique rien, en revanche il cristallise des ensembles de facteurs sur lesquels il convient d'agir.

La prévention est enfin à considérer du point de vue de la société. L'indifférence aux "inactifs" et la ségrégation du grand âge produisent une image négative de la vieillesse, qui contribue à renforcer à son tour l'exclusion. La valorisation de la jeunesse, de l'efficacité, de la rapidité, de l'individualisme, de l'argent, au détriment de l'expérience, de la sûreté, de l'intergénération solidaire, du temps, est un déterminant diffus mais fort de dévalorisation. L'occultation de la mort par la société contribue au rejet de la personne qui vieillit. A la notion de bien vieillir, il conviendrait d'associer celle de fin de vie, temps où les proches et les équipes doivent avoir toute leur place. Trop souvent, des équipes ne peuvent que poursuivre une route banale, niant d'une certaine façon les individualités et les histoires personnelles. Un effort particulier devrait être fait pour que se généralisent les pratiques d'accompagnement et de soins palliatifs, de la prise en compte de la douleur et de son soulagement.

**Une politique de formation initiale et continue devrait être mise en oeuvre**, sur la base d'une analyse des niveaux et des domaines de compétence requis, qui attribue à ceux qui en bénéficient un statut valorisant, quel que soit le domaine ou la spécialité d'exercice.

Le développement des compétences est nécessairement pluridisciplinaire. Des actions devraient l'encourager dans les universités, dans les sciences sociales comme dans les sciences biomédicales. Les activités de formation et la pluridisciplinarité devraient être mieux reconnues dans la carrière des enseignants chercheurs, par les instances de consultation et de décision d'habilitation des diplômés. Les contenus des formations doivent aussi évoluer pour développer des compétences dont le besoin est de plus en plus important et dont l'apprentissage n'est pas fait actuellement : passage de relais entre professionnels, médiation, tutorat, par exemple. Par ailleurs la réglementation, comme les formations qui concourent à son application, doivent s'adapter aux pratiques légitimées sur le terrain plutôt que persister dans l'affirmation de principes et de pratiques inapplicables (cas de la prise de médicaments).

Dans les établissements recevant des personnes âgées, les plans de formation des personnels devraient être généralisés, afin de mettre en oeuvre les projets d'établissements et de s'acheminer progressivement vers la mise au point de projets individuels de vie.

Pour **combattre la persistance des inégalités de santé**, selon le sexe, la catégorie sociale, les régions, ainsi que le développement des mécanismes d'exclusion, les critères d'équité doivent trouver une place dans les choix politiques, et en matière de prévention et de soins, au côté des critères d'efficacité. Une analyse devrait partout être faite des différences constatées, avec l'objectif de poser les questions prioritaires sur lesquelles une réflexion participative devra être menée par les professionnels et les chercheurs, en liaison avec les intéressés et leur entourage. De même, il conviendrait d'intégrer les difficultés d'accès aux soins des personnes âgées dans l'élaboration des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS), institués par la loi de lutte contre les exclusions.

#### **2.2.4. Abolir toute référence à une notion de dépendance réservée aux plus âgés**

L'interdépendance entre la personne et son environnement est une notion dynamique, résultat d'un compromis toujours instable entre la vision des incapacités de la personne par ses proches et par les professionnels. L'instabilité de l'équilibre qui se construit est grande. Il est difficile d'en garantir la durée, ceci requérant une approche pluridisciplinaire.

L'année internationale est l'occasion d'échanges entre les pays. La construction d'un espace économique et politique européen favorise par ailleurs une promotion des bonnes pratiques. Or, la France fait cavalier seul en matière de prise en charge médico-sociale des personnes âgées. L'Allemagne et le Luxembourg ont choisi une prestation fondée sur le handicap et applicable à toute la population indépendamment de l'âge. La France ne l'a pas fait, pour des raisons d'équilibre politique entre l'Etat central et les collectivités territoriales. La segmentation et la ségrégation des politiques sociales ont fait l'objet de nombreux travaux qui en ont dénoncé les carences et les conséquences négatives sur l'efficacité des actions, résultant entre

autres de la complexité des financements et des circuits de décision, les impacts sociaux ségrégatifs contribuant à accentuer les coupures sociales

Aussi, en application du slogan de l'année internationale "une société pour tous les âges", devrait-on abolir toute référence à une notion de dépendance réservée aux plus âgés, dans les pratiques, les politiques, les réglementations, les financements. Des politiques et des prestations non ségrégatives, basées sur les notions de handicap et d'autonomie sans référence à l'âge, devraient être promues, tandis que seraient soutenues sur le plan réglementaire et financier les pratiques s'inscrivant dans cette perspective.

### **2.2.5. Adapter l'habitat**

La réflexion sur la notion d'habitat, plutôt que de logement, offre un double avantage.

D'une part, elle permet de dépasser la dichotomie hébergement-domicile. La notion d'habitat prend en effet mieux en compte la diversité des modes d'accueil, dans la mesure où elle englobe les formes individuelles et collectives de l'hébergement.

D'autre part, la notion d'habitat se réfère à la subjectivité de chacun. Habiter, c'est investir un lieu ; c'est donc reconnaître que chacun de nous donne du sens à son habitat. La question de l'usage devient alors primordiale et l'habitant est au coeur de la réflexion. Le véritable enjeu est bien de mettre en valeur la singularité et la diversité des façons d'habiter selon les individus et les territoires, de répondre au souhait d'une majorité de personnes de se sentir "chez soi", tout en prenant en compte les limites inhérentes au maintien à domicile.

Une telle évolution ne va pas de soi. Elle repose sur plusieurs fondements qui ont en commun de privilégier une politique du vieillissement plutôt qu'une politique de la vieillesse. Comme toutes les politiques sociales, la politique de la vieillesse est le résultat d'un processus de catégorisation qui a permis d'identifier une population cible ayant des besoins spécifiques et auxquels la société apporte, en retour, des réponses spécifiques.

Un tel processus peut faciliter, dans un certain contexte, l'intervention publique, mais il peut également générer des effets pervers. Il a, par exemple, conduit à adopter des normes devenues rapidement surannées pour les établissements pour personnes âgées.

Il est donc indispensable de prendre en compte les effets du vieillissement dès la conception et l'aménagement de l'habitat, de songer au lien entre le logement et son environnement, d'adapter les structures collectives et de promouvoir des modes d'accueil alternatifs.

#### 2.2.5.1. Intégrer les effets du vieillissement dans la conception et l'aménagement de l'habitat

##### ***La conception et l'aménagement***

L'approche proposée consiste à privilégier le choix de logements banalisés, adaptés en permanence aux besoins évolutifs de leurs habitants, en fonction notamment de leur âge et de leurs capacités, plutôt que celui d'un habitat spécialisé et ségrégatif.

Pour cela, une bonne conception du logement dès l'origine peut en faciliter l'utilisation ultérieure, par exemple dans la disposition des prises de courant. Le logement, par son adaptation voire sa conception initiale, peut être un facteur de prévention du vieillissement. Cela implique certainement une analyse des pratiques actuelles, qui viennent de fait au moins autant des pratiques professionnelles des intervenants que des textes réglementaires émis par les différentes administrations concernées. Les réflexions menées dans ce contexte se fondent d'ailleurs sur des préoccupations identiques à celles conduites en faveur de toutes les personnes amenées à gérer un handicap de quelque origine qu'il soit, indépendamment de leur âge. La réglementation du logement et des aides à l'habitat devrait prendre en compte la diversité des aptitudes physiques, et donc des réponses à y apporter, comme elle le fait actuellement pour les structures familiales et les niveaux de ressources.

Cependant, le parc de logements est très composite et, quel que soit l'effort financier consenti, des logements ne pourront pas être adaptés, du fait de leur localisation ou de leur état. Une fluidité du parc de logement pourrait être recherchée, en s'inspirant des exemples de "bourses du logement" en faveur des personnes âgées qui se trouvent dans un logement à la fois devenu inconfortable et trop grand pour elles.

Le parc social public doit donner l'exemple, grâce à l'adaptation de la réglementation le concernant. Dans d'autres pays, une programmation spécifique est possible pour des personnes âgées réclamant des agencements internes particuliers, compatible avec les responsabilités de gestion des bailleurs. Cela devrait être possible également en France, sans avoir recours à des artifices juridiques. De plus, l'objectif de mixité urbaine, qui inclut une mixité générationnelle, est antinomique des situations de cumul des ségrégations du parc par revenu et par âge, auxquelles conduisent certains textes en vigueur, relatifs aux méthodes de calcul des charges et des subventions, aux procédures d'attribution, aux méthodes de conventionnement, ainsi que l'absence de dispositifs de "fléchage" des appartements ayant fait l'objet de travaux spécifiques. Cela plaide pour l'expérimentation de formules permettant l'affectation à des personnes âgées ou handicapées de logements adaptés, grâce à un concours spécifique de la collectivité.

Si l'adaptation du logement stricto sensu est un objectif de base, sa portée sera parfois réduite si l'immeuble lui-même n'est pas accessible, par exemple en présence d'embranchements trop importants pour accéder au rez-de-chaussée. La recherche de la mise en accessibilité des parties communes des immeubles, difficile dans certaines copropriétés, pourrait être facilitée par l'abaissement de la majorité requise pour des votes de cette nature, et par des majorations de subventions spécifiques de l'agence nationale pour l'amélioration de l'habitat (ANAH), ou de la prime à l'amélioration du logement à usage locatif et à occupation sociale (PALULOS) s'il s'agit d'habitat social.

### ***Adapter les financements, en les coordonnant et en les rendant fongibles***

Les financements envisageables pour les différents travaux d'adaptation sont des plus divers. Ils correspondent à des logiques administratives traduisant des distinctions entre propriétaires et locataires, entre personnes propriétaires et celles hébergées chez leurs enfants, entre dépenses à vocation temporaire et dépenses procurant une amélioration définitive des biens. Des exemples d'incohérences apparaissent dans ce domaine complexe, qui concerne à la fois des dépenses d'investissement et différents types de dépenses d'aide sociale ou de prestations spécifiques. Une mise à plat de cet ensemble est souhaitable. Sans attendre ses résultats, il est d'ores et déjà essentiel de pouvoir traiter de façon équivalente les dossiers des propriétaires et ceux des locataires. Les orientations visant à fusionner les actions entreprises par l'ANAH en faveur des propriétaires bailleurs et celles prises dans le cadre de la prime à l'habitat social (PAH), en faveur des propriétaires occupants, sont indispensables. Elles simplifieront le travail à entreprendre dans bien des copropriétés dans les parties communes. Elles impliquent aussi une harmonisation des taux et la prise en considération de la particularité du milieu rural.

L'intervention d'une multiplicité de partenaires financiers (Etat, collectivités territoriales, caisses de retraite) complique les réalisations et allonge les délais. Or, lorsque l'urgence l'impose, avec l'apparition du handicap ou dans l'optique d'un retour à domicile après une opération, les travaux d'adaptation devraient pouvoir être effectués très rapidement. Une solution pourrait être la création d'un fonds d'intervention d'urgence, au niveau départemental, permettant de mobiliser sans délai des crédits mutualisés émanant des différents financeurs potentiels.

Ce fonds, qui réclamerait sans doute une base législative tant les cloisonnements sectoriels sont importants, pourrait ne concerner qu'un certain nombre de cas clairement répertoriés, correspondant notamment à une prescription médicale et à des urgences d'action, laissant aux différents organismes leurs modes décisionnels actuels pour les autres cas.

Les responsables locaux pourraient aller plus loin, dans un cadre contractuel, dans cette logique de fongibilité, pour déboucher sur un véritable dossier unique, comportant les pièces nécessaires à la décision pour tous les décideurs impliqués, présentées de manière homogène, pour diminuer au maximum les coûts administratifs supportés, in fine, soit par les réseaux d'aide sociale, soit par les bailleurs de fond eux-mêmes. Cette possibilité devrait faire l'objet d'expérimentations avant d'être généralisée, mais il semble indispensable de mettre au point dans les meilleurs délais le cadre juridique de ces actions.

### ***Faciliter la tâche des professionnels et des familles***

Au-delà des difficultés financières précédemment mentionnées, les travaux de confort et d'adaptation nécessitent d'être définis avec beaucoup de précision pour obtenir le service escompté.

La tâche des familles et des professionnels pourrait être facilitée par la création de centres de ressources sur l'adaptation de l'habitat des personnes à mobilité réduite, destinés à les informer sur la nature des travaux à réaliser et sur les modalités techniques de leur exécution. Ils présenteraient, en particulier, un appartement témoin permettant de visualiser les possibilités d'adaptation.

Chaque département serait doté d'au moins un tel centre de ressources, mettant à disposition l'information sur la conception des produits et sur leur utilisation dans une optique de qualité d'usage.

Les centres de ressources auraient également vocation à favoriser la diffusion de l'innovation technique. Dans ce domaine, des progrès sont à envisager, tant pour le mobilier que pour l'agencement des immeubles et des logements. Des actions de recherche sont déjà en cours, mais il faudrait pouvoir en élargir la portée, notamment dans le cadre de l'action concertée incitative "ville" que vient de lancer le ministère de l'équipement, qui se préoccupe de la vie en ville sous tous ses aspects. La création des centres de ressources permettrait de dépasser les initiatives sectorielles intéressantes, mais mal finalisées et parfois peu confrontées aux demandes prioritaires des usagers.

Le réseau des centres de ressources serait coordonné par un centre technique national tel que proposé au point 2.2.2.

#### 2.2.5.2. Apporter une attention suffisante au lien entre le logement et son environnement

Les règles d'accessibilité applicables aux personnes handicapées ont été définies par la loi d'orientation du 30 juin 1975, puis précisées par la loi du 13 juillet 1991 et par le décret du 26 janvier 1994.

Cette réglementation, qui favorise l'autonomie de circulation des personnes handicapées, est malheureusement d'application très variable. Sans rechercher une nouvelle réglementation, il est urgent de faire appliquer celle-ci. De fortes incitations pourraient être données par les pouvoirs publics pour que les règles d'accessibilité des logements, des immeubles, des services publics soient respectées et pour que soient généralisés des programmes permettant aux personnes à mobilité réduite de se déplacer dans la ville. Des renseignements fiables sur l'état réel d'application de la réglementation devraient être rassemblés, ainsi que sur les causes des lacunes repérées, afin de lancer une campagne nationale sur ce thème, accompagnée des actions de formation et de sensibilisation nécessaires.

Dans le même temps, un volet habitat pourrait être intégré dans les schémas gérontologiques. La grande majorité des départements se sont dotés d'un schéma gérontologique. Certains en sont à leur troisième version, d'autres n'ont pas encore produit leur premier document. Le contenu des schémas est extrêmement variable. Ainsi nombreux sont ceux qui n'abordent l'habitat des personnes âgées que sous l'angle des établissements. Les conseils généraux devraient, conjointement avec l'Etat, intégrer systématiquement dans leur schéma gérontologique un volet habitat qui définirait les priorités. Les principales agglomérations devraient, à l'instar de certaines villes, décliner des plans



**15 - Un groupe de travail interministériel (emploi et solidarité, logement, intérieur) a élaboré un rapport "Sécurité incendie dans les établissements sociaux et médico-sociaux recevant des personnes âgées et des personnes handicapées". (DAS-DGUHC-DSC-CETE Nord Picardie, septembre 1999).**

géronologiques locaux.

### 2.2.5.3. Adapter les structures collectives

Les établissements accueillant des personnes âgées doivent être considérés comme des lieux de vie intégrés à la cité, dont le rôle est de répondre aux attentes des résidents. Tout doit être fait pour que ceux-ci restent véritablement acteurs, afin d'éviter l'exclusion et la perte d'autonomie. Les personnes âgées doivent donc être impérativement au centre du dispositif et non contraintes de se conformer à des décisions qui leur sont imposées. Plusieurs actions sont de nature à favoriser cette démarche :

- l'affirmation du droit des personnes âgées à un véritable logement, quel que soit l'endroit où elles vivent, signifie que ce logement est reconnu comme le domicile de la personne et non comme un substitut du domicile.

Cela implique un logement incluant plusieurs secteurs : chambre, séjour, préparation du repas et sanitaires. La surface de ce logement doit donc être calculée pour prendre en compte ces différents éléments. Cela implique aussi la liberté d'usage et le respect attachés au domicile, par les personnels intervenants.

- les personnes âgées doivent recourir à certains services, en fonction de leurs souhaits et de leur état de dépendance, qu'il convient d'adapter aux besoins de chacun et non de mettre en oeuvre de manière systématique.

Il peut s'agir de l'entretien des locaux, mais aussi de l'aide pour préparer les repas ou des interventions de médecins, d'infirmiers, d'aides-soignantes, de kinésithérapeutes ou d'autres catégories professionnelles. Ces services peuvent être fournis directement par les personnels de l'établissement ou par des services extérieurs.

Certaines structures adoptent déjà ce mode de fonctionnement, dont il faut encourager la diffusion, avec l'objectif permanent d'organiser les services autour de la personne âgée et de préserver au maximum son intégration sociale et contribuer ainsi à prévenir la dépendance.

- la définition très en amont d'un projet d'établissement est souhaitable. Les exemples des structures mises en place dans le cadre du projet SEPIA et celles qui s'en sont inspirées montrent qu'un travail de coordination et de réflexion en commun de l'ensemble des acteurs du projet fournit des résultats de qualité. Le projet d'établissement doit être conçu avant même que les concepteurs n'élaborent les plans de la future structure.

Une coopération maîtrise d'ouvrage, maîtrise d'oeuvre, direction, personnel s'avère particulièrement efficace mais se heurte, tout au moins en ce qui concerne les initiatives publiques, aux règles de mise en concurrence des concepteurs dans le cadre de l'ensemble des textes en vigueur et des habitudes professionnelles. L'expérimentation de la coopération entre le maître d'ouvrage et le maître d'oeuvre devrait être encouragée, afin de déboucher de façon habituelle sur des méthodes de conception et de programmation qui prennent en compte les désirs et les attentes des personnes concernées dans le cadre de projets de vie.

- dans le cadre de la révision de la loi de 1975 sur les institutions sociales et médico-sociales, un régime unique du long séjour devrait être mis en place pour l'ensemble des établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux : conseils d'établissement, droits du résident, organisation des projets de vie...
- des référentiels de qualité devraient être tenus à la disposition des décideurs, des concepteurs et des programmeurs, pour leur donner des exemples de réalisations réussies, incluant les éléments de fonctionnement quotidien des établissements. Des travaux importants ont déjà été réalisés dans ce domaine, en collaboration avec les gestionnaires.
- les normes de sécurité devraient être redéfinies. Chacun s'accorde à reconnaître leur nécessité dans une recherche permanente du risque zéro, mais il faut s'interroger sur

le niveau des normes, leurs incidences en termes financiers tant en fonctionnement qu'en investissement et leur impact structurant sur les conditions d'accueil des personnes âgées.

Le travail sur les normes, actuellement en cours<sup>15</sup>, est donc indispensable, qui structurera d'une certaine façon le parc à venir, mais également le parc existant, en fixant à la fois des seuils minimums de sécurité, en deça desquels la fermeture s'imposerait, et des obligations de travaux complémentaires pour une mise en sécurité, permettant le prolongement de l'existence de certains établissements. En tout état de cause, les normes de sécurité devraient être adaptées à la typologie des structures collectives d'aujourd'hui, être explicitées dans des documents compréhensibles par les maîtres d'ouvrage et les maîtres d'oeuvre et leur interprétation devrait être stabilisée.

Au-delà du travail sur les normes de sécurité, un travail de codification de l'ensemble des normes opposables devrait être établi, dans un texte réglementaire pris en application de la loi sur les institutions sociales et médico-sociales révisée. Ce travail est à l'ordre du jour depuis 1986, après que la loi particulière à la décentralisation dans le domaine social ait acté le principe selon lequel toute norme opposable à des collectivités territoriales devait faire l'objet d'un texte réglementaire pris pour l'application d'une disposition législative spécifique. Il a sans cesse été différé, parce que les relations entre Etat et départements avaient à régler des questions plus urgentes, et parce que le développement de référentiels de qualité témoignait d'une forte appropriation par les professionnels des préoccupations de qualité de vie. Pour autant, la notion de normes de fonctionnement, conditionnant l'habilitation et son renouvellement périodique, ne coïncide pas complètement avec les normes techniques des financeurs, et doit rester nettement distincte des processus de promotion de la qualité auto-régulés par la profession. Il existe toujours une nécessité juridique de définir ce qui conditionne l'attribution ou peut motiver le refus d'une habilitation.

Ce corps de règles opposables doit au moins intégrer les dispositions relatives à l'expression, à la protection et aux droits des résidents, les normes générales de sécurité, les normes d'habitabilité et de confort du type de celles qui sont attachées à l'allocation de logement à caractère social (ALS), sauf à cautionner le fait qu'on peut en France habilitier des structures ne correspondant pas aux conditions de confort jugées socialement souhaitables pour la majorité de la population. Ce travail de synthèse doit être centré sur l'essentiel, fixer un cadre ouvert, et un échancier progressif de mise en conformité, comme cela a été largement le cas pour la redéfinition des normes des établissements pour l'enfance inadaptée, à la fin des années quatre-vingt et au début de la décennie suivante. Il n'a pas à développer de manière analytique et exhaustive l'ensemble des indications de densité de personnel et de qualification, qui relèvent des logiques de convention de financement.

- la poursuite des opérations de restructuration des établissements de personnes âgées, notamment des établissements de forte capacité, doit viser l'intégration dans la cité et l'ouverture des structures sur l'extérieur, en distinguant logement et service.
- la volonté de mieux accompagner les situations de dépendance, enfin, doit emporter deux conséquences :
  - la mise au point d'un plan pluriannuel assurant la couverture financière des charges incombant à l'assurance maladie, dans le nouveau dispositif de tarification défini au premier semestre 1999 ;
  - des efforts spécifiques de prise en charge des personnes désorientées. Le nombre de personnes atteintes de désorientation intellectuelle entraînant une désorientation temporo-spatiale est susceptible d'augmenter. Les expériences de mélange de ces populations avec les autres personnes ont révélé leurs limites et une prise en charge particulière s'impose aux établissements. Le développement de petites unités, de type cantou, devrait être fortement encouragé. L'objectif serait le maintien aussi longtemps que possible de l'autonomie physique et psychique des personnes, avec l'élaboration de projets individualisés. Compte-tenu de la spécificité des pathologies, les établissements devraient s'orienter vers une mise en réseau comportant un système de conventionnement avec le secteur psychiatrique, pour assurer tant le suivi des résidents que le soutien psychologique des personnels.

**16** - *“Dépendances  
et Solidarités”, 1991,  
commissariat général  
au plan.*

#### 2.2.5.4. Promouvoir les modes d'accueil intermédiaires ou alternatifs

Trois modes d'accueil devraient être développés :

- les petites structures, organisées sur le principe des domiciles collectifs, regroupant huit à dix personnes autour d'une maîtresse de maison et mutualisant les aides individuelles ;
- les formules d'hébergement temporaire, destinées à aider les familles qui vivent avec leurs parents âgés et à soutenir les familles d'accueil professionnelles relevant de la loi du 10 juillet 1989. Le principe de l'hébergement temporaire n'est certes pas nouveau, mais il est trop souvent méconnu et plus encore utilisé uniquement ou majoritairement comme sas d'entrée en hébergement collectif permanent. Des informations sont sans doute nécessaires pour faire connaître ces formules qui peuvent et devraient plus souvent faire partie des prescriptions des plans d'aide arrêtés dans le cadre de la prestation spécifique dépendance ;
- les accueils de jour, assez peu utilisés en France contrairement aux pays anglo-saxons. Ils constituent pourtant un moyen efficace de soutien du maintien à domicile, en permettant aux familles d'être libérées dans la journée.

Pour rattraper le retard qui continue de caractériser la France dans ce domaine, sur un sujet crucial pour l'épanouissement d'une "société pour tous les âges" et le recul des limites du maintien au domicile, une impulsion forte est indispensable. Cette impulsion pourrait se manifester par la promotion d'un programme national de développement des modes d'accueil intermédiaire, mobilisant des crédits d'Etat, notamment en matière d'ingénierie, avec un engagement substantiel du fonds d'action sociale de la branche vieillesse, et déterminant par voie contractuelle la participation des collectivités territoriales concernées (villes ou structures intercommunales, départements). Il serait souhaitable de mettre ce programme à l'ordre du jour de la préparation de la prochaine convention nationale d'objectifs et de gestion entre l'Etat et la CNAVTS.

Les modalités de financement d'un tel programme restent largement dépendantes de ce qu'on peut raisonnablement escompter de la participation des intéressés eux-mêmes au fonctionnement de ces structures et de sa montée en charge. La gamme des formules possibles va de l'aide initiale (aides à l'investissement, aides au démarrage des structures avec une participation au fonctionnement limitée dans le temps) à la mise en oeuvre d'une contribution pérenne au fonctionnement du type des prestations de service de la CNAF pour l'accueil de la petite enfance.

#### 2.2.6. Intensifier le dispositif de soutien à domicile

Non seulement l'écrasante majorité - 88 % - des personnes âgées de 75 ans et plus vivent à domicile mais aussi 75 % de celles dont le niveau de dépendance est important ou très important et qui aspirent à rester à domicile le plus longtemps possible. Or, l'organisation actuelle du maintien à domicile n'est plus adaptée à l'évolution des besoins des personnes âgées. Le vieillissement et les pertes de capacité physiques ou psychiques qu'il entraîne, à des degrés plus ou moins importants, rendent nécessaire la mise en place d'un dispositif coordonné de prise en charge, fondé sur une approche globale de la personne âgée dans son environnement, articulant le volet soins et la réponse sociale et culturelle. Le délai de dix ans dont dispose notre pays avant que ne s'exerce la pression continue des âges très élevés doit être mise à profit pour éprouver un tel dispositif.

Repenser les moyens du maintien à domicile implique de passer de la logique d'un marché de l'offre non contraint, qui a cours actuellement, à une logique de satisfaction du besoin d'aide, tel qu'il résulte de l'évaluation concertée de la situation de la personne.

Le maintien chez elles de ces personnes dans des conditions satisfaisantes exige le développement des services de soins infirmiers à domicile. Ils répondent véritablement à des besoins de prise en charge paramédicale et de "nursing", déterminants pour qu'une personne malade ou dépendante puisse continuer à vivre chez elle ou rentrer rapidement à son domicile, après une hospitalisation, alors que la phase aiguë de la maladie est passée et que le maintien dans un service de soins ne se justifie plus.

*17 - Un groupe de travail interministériel a été constitué le 1<sup>er</sup> juin 1999 pour approfondir les propositions formulées par la mission d'enquête, afin de rendre sa cohérence juridique au dispositif de protection des majeurs et de réformer les modes de financement des mesures. La présidence en a été confiée à monsieur Favard, conseiller à la cour de cassation.*

Les services de soins infirmiers à domicile pourraient en effet devenir la clé de voûte des services polyvalents de maintien à domicile, déjà préconisés en 1991 dans le rapport du groupe de travail présidé par Pierre **Schoppflin**<sup>16</sup>. Ils présentent en effet l'avantage de pouvoir offrir, sous la responsabilité d'un infirmier coordonnateur, une continuité de service pendant 24 heures et des prestations de soins et de nursing dispensées soit par des aides soignants salariés soit par des professionnels libéraux avec lesquels ils ont passé convention. Combinant une prise en charge sanitaire et sociale, en mesure d'offrir des soins modulés -de l'intervention ponctuelle de l'infirmière libérale à la prise en charge des personnes présentant des affections chroniques lourdes- par le biais de forfaits différenciés, ils constitueraient ainsi une réponse globale aux besoins des personnes, proportionnée et évolutive.

La reconnaissance juridique de services polyvalents de maintien à domicile impose la modification du décret du 8 mai 1981, qui a donné une base réglementaire aux services de soins infirmiers à domicile. Sans attendre la révision de la réglementation, la formule pourrait être expérimentée et évaluée dans le cadre des dispositions facilitant l'innovation, notamment l'article L.162-31 du code de la sécurité sociale.

Ces structures devraient également être intégrées dans la loi du 30 juin 1975 sur les institutions sociales et médico-sociales, soumettant ainsi leur création à autorisation et donc à planification.

Leur financement, en ce qui concerne la coordination et les soins, continuerait à être assuré par l'assurance maladie. Le financement du volet social, c'est-à-dire la prise en charge de l'intervention d'aides à domicile ou d'auxiliaires de vie, serait assuré par les personnes elles mêmes, solvabilisées selon les cas par une pension d'invalidité, l'allocation compensatrice pour tierce personne, la prestation spécifique dépendance ou l'action sociale des caisses de retraite.

Un programme pluriannuel de financement de places supplémentaires de services de soins infirmiers à domicile devrait être arrêté, afin d'assurer une couverture suffisante de l'ensemble du territoire, une meilleure répartition et la résorption des déséquilibres géographiques. Les hôpitaux locaux pourraient jouer un rôle dans ce domaine et les restructurations hospitalières devraient être mises à profit pour apporter des moyens supplémentaires par une politique de fongibilité des enveloppes sanitaires et médico-sociales.

## 2.2.7. Favoriser les relations familiales

Les prévisions démographiques pour les quelques décennies à venir militent pour que des incitations substantielles soient prises afin de conforter les relations familiales, en aidant les membres de la famille qui s'occupent ou souhaitent s'occuper d'un parent âgé, en améliorant certains dispositifs juridiques et grâce à des mesures fiscales.

### 2.2.7.1. Aider les aidants

L'attribution d'allocations de toute nature aux aidants, en particulier principaux, présenterait le double avantage de fournir à ceux-ci des moyens indispensables à l'accompagnement efficient de leurs ascendants mais aussi de fixer un véritable statut de l'aidant familial.

Des aides, à caractère financier, auraient pour vertu d'assurer un soutien transversal à l'ensemble des aidants, qu'ils soient en activité ou à la retraite, situation connue par un nombre croissant de personnes, elles-mêmes âgées, dont les parents très âgés bénéficient d'une augmentation très sensible de l'espérance de vie, y compris avec des incapacités lourdes. Ces aides, dont les principales évoquées dans différents travaux sont reprises ci-après, doivent s'inscrire en permanence dans la recherche d'une complémentarité intelligente entre familles et professionnels :

- une "aide au répit" pourrait être calculée en tenant compte des ressources de la personne aidée, ainsi que de l'état de santé de celle-ci. Cette allocation serait utilisée pour le financement de professionnels confirmés ou pour la couverture de frais de séjour en hébergement temporaire ou dans des centres de jour. Elle serait versée à l'ensemble des aidants familiaux, actifs ou retraités ;

**18** - "Pour une politique globale de la famille", rapport du comité de pilotage de la conférence de la famille de 1996, présidé par Hélène Gisserot, les rapporteurs généraux étant Corinne Tichoux, Christiane Tricot et Dominique De Legge.

- un "congé d'aide familiale", inspiré du congé parental d'éducation, serait proposé aux salariés souhaitant interrompre leur activité pour accompagner un ascendant ou un conjoint reconnu dépendant ou handicapé, avec un droit au retour dans l'entreprise ;
- l'aide financière des comités d'entreprise, réalisée à travers les titres emploi service (TES) instaurés par la loi du 29 janvier 1996, pourrait être ouverte pour des services rendus au domicile des ascendants du salarié bénéficiaire ou de son conjoint. Cette modification étendrait le bénéfice de l'aide des entreprises à l'ensemble des personnes âgées non hébergées, qui pour la majorité d'entre elles en sont aujourd'hui de fait exclues (nécessité de vivre au domicile de son descendant salarié pour bénéficier d'une aide à la personne, financée par TES). Les comités d'entreprise pourraient également gérer une "aide au remplacement" de salariés désirant s'absenter pour de courtes durées.
- les périodes correspondant aux congés d'aide familiale, pour les salariés, ou au temps consacré aux parents âgés handicapés, pour les personnes sans revenus professionnels, pourraient être valorisées et prises en charge dans le cadre de la solidarité nationale.

Ces diverses dispositions pourraient se combiner avec les sommes perçues par la personne âgée dans le cadre d'une véritable prestation autonomie.

Dès lors qu'elles seraient inscrites dans un dispositif de soutien général au handicap, elles ouvriraient la voie à la suppression du cloisonnement tant décrié entre handicap et vieillesse.

**Les familles amenées à accompagner sur de longues périodes des personnes handicapées ou atteintes de démences dites séniles voient leurs forces s'épuiser**, surtout lorsque cette charge a été assurée sans préparation.

Des actions de soutien sont actuellement proposées à un très petit nombre de familles, en particulier celles qui entourent des malades d'Alzheimer à domicile.

Un développement notable de ces sessions devrait être programmé dans les règlements départementaux relatifs à la dépendance. Les programmes seraient consacrés à la connaissance des étapes du vieillissement, à l'apprentissage des gestes et attitudes facilitant la relation avec le malade, à l'assimilation des dispositifs législatifs et réglementaires. En Angleterre, des groupes de travail réunissant des aidants familiaux ont été rassemblés dans le cadre d'une association nationale implantée sur tout le territoire. En France, de telles expériences ont lieu, mais restent confidentielles.

Le soutien aux aidants familiaux gagnerait à être structuré dans le cadre de réseaux mixant les approches d'accompagnement psychologique et technique, de "groupes de parole", de formation à l'aide et d'information sur les dispositifs sociaux, les aides au répit, la prévention des maltraitances familiales. Des départements et caisses de sécurité sociale s'y sont déjà impliqués localement. Une impulsion nationale pourrait être donnée, en s'inspirant du dispositif mis en place en 1999 par le délégué interministériel à la famille et le directeur de l'action sociale pour l'aide aux réseaux de soutien à la parentalité, mobilisant près de 200 millions de francs de crédits, partagés entre l'Etat et l'action sociale des caisses d'allocations familiales.

#### 2.2.7.2. Améliorer les dispositifs juridiques, notamment de protection

L'amélioration de la protection juridique des personnes âgées doit être recherchée rapidement. En effet, un rapport établi récemment par les inspections générales des affaires sociales, des finances et des services judiciaires sur le fonctionnement du dispositif de protection des majeurs a rappelé qu'environ 500 000 personnes, soit plus de 1 % de la population majeure, se trouvent sous un régime de protection juridique<sup>17</sup>. Le nombre de jugements s'est accru de près de 45 % en six ans. L'augmentation des demandes d'ouverture de procédures visant à mettre sous protection juridique des personnes de plus de 80 ans, le plus souvent des femmes, est significative, de même que celle des constats de vacance familiale. La majorité des mesures de protection demeurent cependant gérées par la famille, à hauteur de 60 % de l'ensemble, conformément à l'esprit



et à la lettre de la loi du 3 janvier 1968.

Plusieurs dispositions sont de nature à conforter la protection juridique des personnes âgées :

- le renforcement de la collaboration entre les juges des tutelles et les notaires, notamment pour la conservation et le contrôle des comptes correspondant aux biens du majeur protégé. Les magistrats sont en effet absorbés par l'activité pénale des parquets et reportent la mission de vérification des comptes sur le greffier en chef ;
- un prélèvement appliqué aux familles se désistant de la gestion des mesures de protection d'une taxe additionnelle sur le montant de l'impôt sur revenu, afin de compenser les frais engagés par l'Etat ou les organismes sociaux, en lieu et place de la famille ;
- la simplification des procédures permettant à un mandataire d'assurer la mission qui lui est confiée et de la poursuivre en cas de mise sous tutelle. Cette situation concerne tout particulièrement les mesures de placement sous sauvegarde de justice s'accompagnant de la désignation d'un mandataire spécial, au titre de l'article 1252 du nouveau code de procédure civile ;
- les cas de curatelle devraient être restreints, par abrogation des articles qui instituent cette mesure prononcée pour "prodigalité, intempérance et oisiveté".

D'autres dispositions juridiques devraient être aménagées :

- de nombreuses personnes très âgées, bénéficiaires de la prestation spécifique dépendance et ayant choisi d'utiliser ces fonds pour conclure un contrat de travail avec un particulier, membre de la famille ou extérieur, sont confrontées à une fonction employeur dont, à l'évidence, il leur est impossible d'assurer la réelle responsabilité.

Outre le risque de voir une vieille dame de 95 ans invitée à se rendre au tribunal des prud'hommes, un danger non négligeable peut menacer une personne âgée en cas d'accident du travail de son employé entraînant l'incapacité temporaire, l'invalidité ou le décès.

La qualification d'accident du travail est en effet difficile à établir lorsque l'aidant et l'aidé partagent le même domicile.

- une réforme profonde des dispositions législatives et réglementaires concernant l'obligation alimentaire et le recours sur succession s'avère nécessaire.

### 2.2.7.3. Prendre des mesures d'incitation fiscale

Des mesures d'incitation fiscale pourraient être prises :

- toutes les analyses et études récentes montrent l'accroissement des flux financiers allant des ascendants aux descendants, notamment en matière de dons d'argent ou de donations du vivant. Cet état de fait a déjà fait l'objet de mesures permettant de renouveler une donation, dix années après la première, avec bénéfice d'abattements conséquents sur les frais fiscaux. Elles pourraient être prolongées par la réduction du laps de temps séparant deux donations et par l'augmentation des possibilités de déduction ;
- des avantages fiscaux pourraient être consentis aux membres d'une famille regroupant des fonds, dans le cadre de fonds de solidarité familiale tels que les définissait le rapport présenté à l'occasion de la conférence de la famille de 1996<sup>18</sup>, pour assurer notamment l'accompagnement d'une situation de dépendance.

### 2.2.8. Encourager la coordination entre les institutions et entre intervenants

La décentralisation a confié aux départements une responsabilité majeure en matière d'hébergement et d'aide à domicile des personnes âgées. C'est une donnée fondamentale qu'on ne doit plus contourner. Pour autant, il faut pouvoir mieux articuler solidarité nationale et solidarité locale, et mettre en place les moyens d'une coordination gérontologique plus affirmée.

#### 2.2.8.1 La prise en charge des incapacités liées au vieillissement renvoie nécessairement à un financement mixant solidarité nationale et solidarité locale

Le débat sur la mise en place d'une véritable prestation d'aide à l'autonomie ne doit plus être réduit à une confrontation manichéenne entre "cinquième risque" et prestation d'aide sociale décentralisée. L'essentiel est de définir ce que l'on souhaite : une prestation légale, répondant à des critères objectifs, commune aux personnes âgées ou handicapées ou un système particulier d'instruction et de suivi pour les personnes âgées et, par conséquent, des prestations distinctes mais harmonisées sur le plan de leur régime financier et de leurs conditions de liquidation, une aide enfin qui soit égale pour tous pour un même besoin de prise en charge.

Si l'on agrée ces principes, et quelle que soit l'option de gestion retenue, on n'échappera pas à la nécessité de mieux organiser l'articulation des financements.

Dans le cadre d'une prestation de type "cinquième risque", scénario qui rencontre le plus fort écho au sein du comité de pilotage, il est indispensable d'organiser le recyclage des crédits d'aide sociale (PSD, ACTP), dans des conditions qui ne pénalisent pas les départements qui s'étaient le plus engagés, et d'imaginer des formules permettant de préserver les acquis d'une gestion locale appuyée sur des équipes médico-sociales de proximité, avec une forte implication des collectivités territoriales.

Dans le cadre d'un scénario de réforme de la PSD existante, on ne pourra progresser dans l'objectivation du droit et la réduction des inégalités interdépartementales sans un apport de financement relevant de la solidarité nationale. Par ailleurs, on peut difficilement procéder à une réforme d'ensemble de la PSD sans traiter le problème de la coupure entre GIR 3 et GIR 4, qui conditionne la mise en oeuvre de financements et de modalités d'intervention différents. Une logique d'accompagnement du vieillissement, de continuité et de progressivité de la prise en charge, d'attention accrue portée à la prévention des incapacités, plaiderait du moins fortement en ce sens. Des modalités plus globales et plus intégrées peuvent être imaginées, du type de celles proposées par le rapport conjoint de l'inspection générale des finances et de l'inspection générale des affaires sociales de juillet 1998 sur les services d'aide aux personnes, pour l'évolution des prestations concourant au maintien à domicile.

En tout état de cause, l'impératif immédiat est de veiller à ce que l'effort de solidarité ne diminue pas. On ne peut à cet égard qu'être inquiet des premiers bilans de la PSD, qui accèdent à l'idée d'un désengagement substantiel des départements par rapport à l'effort qu'ils consentaient dans le cadre de l'allocation compensatrice, avant le vote de la loi de janvier 1997.

#### 2.2.8.2. Il faut également mettre en place les moyens d'une coordination gérontologique renforcée, sans modèle uniforme, mais distinguant clairement entre les divers niveaux pertinents de coordination, et prenant en compte les coûts de coordination

**En ce qui concerne la coordination interinstitutionnelle, le niveau le plus pertinent est celui du département.** Les modalités à retenir dépendent des choix qui seront effectués quant à l'évolution de la PSD ; de nouveaux outils seront probablement à créer : comité départemental de coordination gérontologique, règlement départemental d'attribution des aides et de coordination gérontologique. Un tel règlement pourrait, dans ses dispositions relatives à la coordination gérontologique, définir un maillage : bassins gérontologiques pour la coordination des intervenants, ressorts des équipes médico-sociales de proximité, cohérents avec la carte des bassins, identification des institutions-pivots et principaux lieux-ressources, sans pour autant verser dans une exhaustivité déresponsabilisante pour les acteurs de terrain.

En matière de planification des équipements, le cadre juridique actuel a le mérite de la souplesse. Dans la mesure où il n'institue comme obligation légale que celle d'un schéma départemental des établissements et services sociaux et médico-sociaux, dont le volet "personnes âgées" constitue de fait ce qu'on appelle le schéma gérontologique, il permet en principe une approche décloisonnée, dépassant les différents groupes-cibles. Il n'interdit pas une approche plus large que celle touchant



# Annexes

la seule planification des structures relevant de la loi de 1975.

La responsabilité confiée aux départements doit s'articuler avec la planification régionale du système de santé et les compétences reconnues à la région en matière d'aménagement du territoire et de formation.

**La coordination fonctionnelle des intervenants s'exerce, elle, à un niveau infradépartemental.** Au-delà de la coordination interinstitutionnelle (rapports entre financeurs, maillage gérontologique du département, planification sociale et médico-sociale) relevant du niveau départemental, on peut identifier trois types de besoins de coordination fonctionnelle à mettre en oeuvre dans un rayon de proximité :

**La coordination des intervenants gérontologiques au niveau des "bassins de vie"** (ville, petite ou moyenne agglomération, quartier ou groupe de quartiers d'une grande métropole, pays rural ou semi-rural), comprenant à titre indicatif de 30 000 à 200 000 habitants. Chacun de ces bassins gérontologiques, définis dans le cadre d'un règlement départemental, devrait être doté d'une plate-forme d'information et d'orientation des personnes âgées et de leurs familles, dont les missions seraient l'information sur les besoins de la vie quotidienne, sur les places disponibles en institution ou dans les services, la mise en relation avec les intervenants de terrain. La gestion en serait confiée par convention entre les principaux acteurs à une institution-pivot, ou à un regroupement interinstitutionnel ad hoc, dans des conditions définies par un cahier des charges national et par le règlement départemental évoqué ci-dessus. Ces conventions devraient notamment développer le contenu des tâches de coordination mises en oeuvre et leurs conditions de financement.

Dans un ordre d'idées très proche, on peut imaginer le développement d'une contractualisation de l'action sociale de la branche vieillesse. A l'instar des "contrats-enfance" de la branche famille, les caisses pourraient contractualiser, avec des collectivités territoriales, le soutien des fonds d'action sociale à des politiques locales intégrant la démarche de coordination gérontologique, la mise en oeuvre de plate-formes de services, une politique d'habitat adapté à l'échelle de la ville ou de l'agglomération, la promotion de formules intermédiaires en matière d'hébergement, des actions de formation contribuant à la structuration des réseaux du maintien à domicile... Pour permettre à la branche vieillesse de faire bénéficier de ces services une population excédant les seuls retraités du régime général, un mode de financement approprié devrait être recherché. Les conventions seraient négociées avec les villes, ou avec des structures intercommunales, ou pourraient être tripartites, associant le département, dans le cadre d'une politique globale de participation fixée par délibération du conseil général ou accord-cadre avec la caisse ;

**L'unité et la continuité de la prise en charge du maintien à domicile :** comment, dans un rayon de proximité étroit, gérer la coordination entre les diverses formes d'aide à

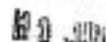


# Annexe 1

*Le Ministre de l'Emploi  
et de la Solidarité*

FR/NL

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE



Le

127, rue de Grenelle 75700 Paris, 07.1 P

Téléphone : 01 44 38 38 33

Téléfax : 01 44 38 20 10

Monsieur l'inspecteur général,

L'organisation des Nations Unies a décidé que 1999 serait Année internationale des personnes âgées. Le thème choisi par l'organisation est "une société pour tous les âges". Afin de coordonner les différentes actions qui seront menées dans cette perspective, je vous demande de présider le comité de pilotage qui devra notamment organiser l'activité des groupes de travail sur les thèmes que j'ai retenus et préparer le rapport général qui sera présenté lors des "Assises nationales des retraités et des personnes âgées".

Il me paraît, en effet, nécessaire de clore les diverses rencontres prévues à l'occasion de l'Année internationale, par un colloque qui donne un nouvel élan à la politique en faveur de nos aînés répondant ainsi à la demande du Comité national des retraités et des personnes âgées.

Outre l'organisation de ce colloque, je souhaite que ce comité de pilotage sélectionne pour le ministère, les projets d'actions et manifestations nationales, régionales et locales qui pourraient se voir attribuer le label "Année internationale des personnes âgées".

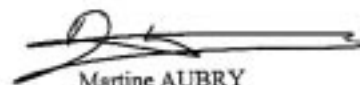
Enfin, j'attacherais du prix à ce que vous me proposiez les modalités de la représentation de la France aux manifestations qui seront organisées au plan international.

Vous pourrez faire appel en tant que de besoin à la délégation aux affaires européennes et internationales et aux autres services de ce ministère.

Par ailleurs, la direction de l'action sociale veillera avec la direction générale de l'administration du personnel et du budget à ce que les moyens humains et financiers nécessaires soient mis à votre disposition pour assurer le secrétariat du Comité de pilotage.

Je vous remercie de bien vouloir me faire part de toute initiative qui serait de nature à assurer le succès de cette année.

Je vous prie de croire, Monsieur l'inspecteur général, à l'assurance de mes sentiments les meilleurs.

  
Martine AUBRY

Monsieur Michel THIERRY  
Inspecteur Général des Affaires Sociales  
25-27, rue d'Astorg  
75008 PARIS





# Annexe 2

## Année internationale des personnes âgées Membres du comité de pilotage

Président : M. Michel **Thierry (IGAS)**

Rapporteur général : M. Jean-Marie **Palach (IGAS)**

### Présidents des groupes de travail

---

- M. Maurice **Bonnet**, vice-président du CNRPA
- Pr. Jean-Louis **Albarede**, chef du service de médecine interne et gériatrie, CHU de Toulouse
- M. Hubert **Brin**, président de l'UNAF
- M. Paul **Cadot**, président de la Commission d'action sociale de la CNAVTS

### Rapporteurs des groupes de travail

---

- M. Jean-Michel **Hôte**, directeur du CLEIRPPA
- Pr Michel **Frossard**, directeur du CPDG de Grenoble
- M. Jean-Michel **Rosignol**, secrétaire général de la FNG
- M. Jean-Yves **Allée**, directeur de la DDASS d'Ille-et-Vilaine
- M. Olivier **Piron**, chef de service du Plan Urbanisme, Construction et Architecture, Ministère du Logement

### Organismes/Associations - Instances représentatives

---

- Mme Dominique **Fruleux**, directrice générale de l'association ARCADIA Roanne
- M. Albert **Magarian**, secrétaire général et Mme Françoise **Combe**/FIAPAM.
- M. Robert **Baguet**, délégué général du Comité national d'entente de la Semaine Bleue/UNIOOSS
- M. Sami **Castro**, Conseil National de la Vie Associative
- MM. Jean **Touchard** et Yves **Chamfreau**, Conseil général de la Creuse  
Mme Geneviève **Giraud**, conseil général des Alpes des Haute-Provence/Association des Départements de France
- M. Jean-Marc **Gilonne**, association des Maires de France
- M. Yann **Jacob**, UNCCASF
- Mme Marie-Jo **Guisset**, Fondation de France
- Mme Valérie **Luquet**, MM. Dominique **Argoud** et Michel **Mathias** (CLEIRPPA)

## Organismes de protection sociale

---

- M. Jean **Boudreau**, directeur de l'action sociale de la CNAVTS
- M. Alain **Rozenkier**, CNAVTS/Direction des recherches
- Mme Evelyne **Roy**, CNAVTS/Communication
- Mme Anne **Boisset**, MM. Georges **Bouverot**, Jean-Claude **Lis** et Bernard **Devy**, ARRCO
- Mmes Sophie **De Rancourt** et Anne **Saint-Laurent**, AGIRC
- Mmes Francine **Mullot** et Lydie **Anandappane**, CCMSA
- Mme Mathilde **Roy** et MM. Henri **Trog** et Philippe **Bollecker**, CANCAVA
- Mme Françoise **Sebille** et M. Gérard **Quevillon**, ORGANIC/Action sociale
- Mme Valérie **Derome**, ORGANIC/Communication
- Mme Véronique **Riesco** et M. Jean **Thierry**, IRCANTEC
- M. Patrice **Legrand**, directeur de la Caisse des Mines/CANSSM
- Mme Michèle **Stramandinoli**, Mutualité Française

## Ministères

---

- Mme Cécile **Aktouf**, conseiller technique au Cabinet de Mme **Gillot**
- Mme Christiane **Flageollet**, Ministère du Logement/P.U.C.A
- Mme Caroline **Gargot**, Ministère du Logement/DGUHC-QC1
- Mme Isabelle **Valade**, Ministère du Logement/DGUHC-MA1
- M. Jacques **Caillé**, Ministère du Logement/DGUHC-IUH1
- Mme Agnès **Ameil**, Ministère des affaires étrangères/NUOI
- Mme Annie **Ornon de Calan**, Ministère de la Solidarité, DAEI - Mission Nations Unies
- Docteur Maguy **Jean-François**, Ministère de la Solidarité/DAEI - Mission OMS
- Docteurs Danièle **Mischlich** et Patrick **Gardeur**, Ministère de la Solidarité, DGS-SP2
- Mmes Nadia **Roberge**, Ariane **Revol Briard**, Anne-Marie **Lambertin** et Clothilde **Jacob**, M. Jean **Clarisse**, Ministère de la Solidarité/SICOM
- Mme Catherine **Lesterpt**, Ministère de la Solidarité/Service des droits des femmes
- Mme Christine **Morin**, DSS/sous-direction des retraites-bureau 3A
- Mme Brigitte **Diard**, Ministère de la Solidarité/DPM
- Mme Isabelle **Virem**, Ministère de la Solidarité  
DPM-Haut Conseil de la Population et de la Famille
- Mme Marie-Louise **Caremil**, Ministère de la Solidarité/DAS-COM
- Mme Sophie **Del Corso**, Ministère de la Solidarité/DAS-BEPE
- Mmes Joëlle **Voisin**, Yvonne **Gourhant**, Sylviane **Roger** et Annick **Bonny**,
- M. Daniel **Anghelou**, Ministère de la Solidarité/DAS-RVAS

# Annexe 3

## **Année internationale des personnes âgées** Groupe de travail n°1

### La place des retraités dans une France solidaire et citoyenne

#### **Mandat**

La vie active cesse à un âge plus précoce en France qu'à l'étranger. Il convient d'occuper au mieux l'espace de temps libre qui en résulte afin de favoriser non seulement l'épanouissement des retraités mais aussi de permettre à la société de bénéficier de leurs compétences, de leur expérience et de leur disponibilité

Aussi, y aurait-il lieu d'identifier les mesures susceptibles d'encourager une participation plus forte des retraités dans la vie économique, sociale, politique, culturelle.

Les réflexions pourraient porter :

- sur les moyens de développer le secteur associatif en suscitant le bénévolat ;
- sur les conditions à mettre en oeuvre pour créer un intérêt pour les activités s'attachant à l'organisation de la vie de la commune ;
- sur les conditions à réunir :
  - pour que les retraités sachent transmettre un savoir particulier à des adolescents désireux de le découvrir ;
  - pour que les retraités organisent et encadrent des activités collectives de loisirs au bénéfice de jeunes.
- sur les modalités de participation des personnes âgées et des retraités à la préparation, la mise en oeuvre et l'évaluation des décisions qui les concernent ou qui mettent en oeuvre des solidarités inter-âges.

# Composition du groupe de travail n°1

## La place des retraités dans une France solidaire et citoyenne

Président : Mr. Maurice **Bonnet**

Rapporteur : Mr. Jean-Michel **Hote**

### Membres

- Mr. Gérard **Cornet**, société française de gérontologie
- Mr. René **Poujol**, Seniorscopie, Notre Temps
- Mr. Yves **Louage**, les petits frères des pauvres
- Mme Brigitte **Fressinaud**, IRCANTEC
- Mr Maurice **Jousse**, IRCANTEC
- Mme Claude **Philippe**, IDAR
- Mme Michelle **Dange**, FNMF
- Mr. Albert **Magarian**, FIAPA
- Mr. Robert **Baguet**, comité d'entente "semaine bleue"
- Mr. Sami **Castro**, CNVA
- Mr. Thomas **Troadec**, CNAV
- Mme Madeleine **Faucher**, CNRPA
- Mr. Raoul **de Plinval**, CNRPA
- Mme Sylviane **Jourdain**, ARRCO
- Mme Rina **Dupriet**, ANCCAS
- Mme Patricia **Sitruk**, ANCCAS
- Mr. Daniel **Anghelou**, ministère de l'emploi et de la solidarité, DAS

Le secrétariat du groupe a été assuré par :

- Mlle Valérie **Luquet**, CLEIRPPA
- Mr. Rodolphe **Gilbert**, CNRPA

# Année internationale des personnes âgées

## Groupe de travail n°2

### Santé des personnes âgées

#### Mandat

Compte tenu des travaux récents menés dans les domaines de la santé publique, des sciences biomédicales, des sciences sociales, il convient de développer une connaissance, des approches renouvelées concernant la santé des personnes âgées, fondée sur les expériences de pays des cinq continents.

Ainsi, en France et dans de nombreux pays occidentaux, l'espérance de vie sans incapacité (EVSI) augmente plus vite que l'espérance de vie, créant une situation de "compression de la morbidité et de la dépendance". Les gains se font à tous les âges mais plus particulièrement aux plus élevés. Ce fait est trop souvent méconnu ou ignoré tant il vient à l'encontre d'idées reçues.

Considérer le vieillissement d'un regard différent permettra peut-être enfin de faire entendre que ce n'est pas d'abord l'âge en lui-même qui entraîne une diminution des grandes fonctions mais bien les maladies. Si leur incidence augmente effectivement avec l'âge, il est clair que beaucoup d'entre elles peuvent dès aujourd'hui faire l'objet d'une prévention.

Aussi, les **trois axes** de réflexion de ce groupe pourraient être :

- **la prévention** : lui faire une large place, rejoignant en cela les recommandations de la Conférence Nationale de Santé (septembre 1996) ; point sur les connaissances et actions menées dans différents pays au travers d'exemples dans le domaine des atteintes sensorielles, des chutes, de l'incontinence, de l'ostéoporose, de la dénutrition, ou du traitement de l'hypertension, sans oublier l'apport des nouvelles technologies ; actions prioritaires à promouvoir au cours de 1999 et les années suivantes.
- **renforcer les compétences des professionnels dans le domaine de la gérontologie** et leur implication dans la prévention et la prise en charge des pathologies chroniques, en utilisant notamment la voie des réseaux.
- **développer les approches des inégalités dans le recours aux soins** : les inégalités de santé et leur évolution au cours du cycle de vie, selon le sexe, les catégories sociales, les régions, sont connues depuis longtemps. S'y ajoutent ou s'y ajouteront les conséquences des processus d'exclusion qui atteignent les adultes à tous âges. Une société pour tous les âges est aussi une société pour tous à tout âge.

La maladie d'Alzheimer et les troubles apparentés constituent un des principaux problèmes auxquels sont confrontées les sociétés industrialisées essentiellement du fait de l'augmentation de leur population âgée. Aussi, ce thème pourrait illustrer les trois axes précédents : dépistage, soins et aides domicile comme en institution, sans oublier le rôle essentiel des familles et les divers soutiens dont elles bénéficient dans les différents pays.



# Composition du groupe de travail n°2

## La santé des personnes âgées

Président : Pr. Jean-Louis **Albarede**, CHU de Toulouse

Rapporteur : Pr. Michel **Frossard**, centre pluridisciplinaire de gérontologie,  
université de Grenoble

### Membres :

- Dr. Fabienne **Dubuisson**, DAS
- Mme Muriel **Ledoux**, ARRCO
- Mme Lily-Henriette **Aubry**, IDAR
- Mme Michèle **Toublet**, FNMF
- Mme Suzanne **Begorre**, CNRPA
- Mme Janine **Hascoet**, CNRPA
- Mme Christiane **Basset**, UNAF
- Dr. Jacques **Fessard**, FIAPA
- Mr Alain **Villez**, UNIOPS
- Mme Claire **Vuillemin**, ENSM/CNAMTS
- Dr. Maggy **Jean-François**, DGS
- Mme Aude de **Vivies**, DSS
- Mme Annie **Ornon de Calan**, DAEI
- Mme Geneviève **Garros**, UNCCAS
- Mme Anne **Saint-Laurent**, AGIRC
- Mme Nicole **Fabry**, AG2R

Liste des personnes entendues par le groupe :

- Dr. Luc **Letenneur**, équipe **Paquid**, INSERM Bordeaux
- Mr Pierre **Mormiche**, INSEE
- Pr. Jean-Claude **Henrard**, réseau de recherches INSERM Santé Vieillesse Société,  
université René Descartes Paris V.

# Année internationale des personnes âgées

## Groupe de travail n°3

# Les personnes âgées et leur famille

### **Mandat**

Dans un contexte familial marqué par la diversité, les ruptures et les recompositions, les personnes âgées représentent un pôle de stabilité. Elles poursuivent leur fonction de transmission des repères et des valeurs de notre société. En ce sens, elles demeurent des acteurs familiaux essentiels.

Le groupe réfléchira aux moyens de reconnaître et de conforter le rôle des grands-parents, dans l'éducation et l'accompagnement des enfants et jeunes, ainsi que dans les processus d'accompagnement de la parentalité, voire de médiation ou de recours dans des situations critiques.

Le rôle des aidants familiaux, dans l'intégration sociale des personnes âgées les moins autonomes, reste déterminant. Le groupe s'attachera, dans une visée prospective, à reconnaître et conforter le rôle des aidants familiaux, par des moyens diversifiés ne reposant pas exclusivement sur l'établissement d'un lien de type salarial.

Le groupe examinera tout particulièrement les axes de recherche et de prospective à développer, en référence notamment à des expériences étrangères.

# Composition du groupe de travail n°3

## Les personnes âgées et leur famille

Président : Mr. Hubert **Brin**, président de l'UNAF

Rapporteur : Mr. Jean-Michel **Rossignol**, FNG

### Membres :

- Mme Jacqueline **Bellanger**, CNRPA
- Mme Sylvie **Renaut**, CNAVTS
- Mme Véronique **Riesco**, IRCANTEC
- Mme Brigitte **Gresy**, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Service des Droits des Femmes
- Mme Caroline **Desmottes**, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, DAS
- Mme **Brunet**
- Mr. Jean **Touchard**, conseil général de la Creuse
- Mr. Georges **Grulois**, CNRPA
- Mme Dominique **Fruleux**, CNRPA
- Mr. Jean-Claude **Lis**, ARRCO
- Mr. Robert **Baguet**, UNIOPSS
- Mme Michèle **Stramandinoli**, FNMF
- Mr. Alain **Villez**, UNIOPSS
- Mme Geneviève **Giraud**, Conseil général des Alpes de Haute Provence
- Mr. Yves **Chamfreau**, Conseil général de la Creuse
- Mme Geneviève **Vignerou**, Mairie du 14<sup>e</sup> arrondissement
- Mr. Bruno **Juigner**, UNAF
- Mr. Jean-Michel **Jolly**, ADMR
- Mr. Lucien **Bouis**, UNAF

# Année internationale des personnes âgées

## Groupe de travail n°4

### L'habitat des personnes âgées

#### Mandat

Compte tenu des besoins nouveaux et dans le cadre des réformes récentes ou en cours, il convient d'identifier les évolutions qui doivent s'opérer dans le secteur de l'habitat, qu'il s'agisse du domicile particulier ou des structures d'hébergement collectif.

A ce titre, pourraient être étudiés notamment les points suivants :

- la place des personnes âgées dans la ville (accessibilité, transport) ;
- l'importance de l'habitat et celle de la coordination des services dans le maintien à domicile : vers une démarche articulant logement-services-coordination des interventions (exemple des démarches "programmes locaux habitat-services" HLM et "contrats locaux de soutien à domicile" PACT), mais aussi les nouvelles technologies ;
- les nouvelles conceptions de l'habitat des personnes âgées : l'exigence de démarches de projet fondées sur une problématique gériatrique centrée sur la personne (exemple du SEPIA-programme expérimental sur l'habitat des personnes âgées, du domicile à l'institution) ;
- la mise en oeuvre de "centres de ressources" sur la domotique et l'habitat adapté ;
- l'adaptation des établissements ;
- le décloisonnement entre domicile et établissement avec notamment la question du développement des petites unités de vie et des autres structures intermédiaires (hébergement temporaire, accueil de jour).

Il conviendra également d'examiner l'opportunité et les modalités d'accompagnement par les pouvoirs publics de ces évolutions nécessaires (définition au niveau national d'orientations communes à l'ensemble des principaux partenaires concernés, détermination de références "qualité", élaboration d'outils méthodologiques et techniques, mise en place de dispositifs partenariaux de valorisation et de diffusion des expériences innovantes, programmes de sensibilisation, de formation, mobilisation des organismes de protection sociale, des services déconcentrés de l'Etat et des collectivités territoriales...

# Composition du groupe de travail n°4

## L'habitat des personnes âgées

Président : Mr. Paul **Cadot**, CNAVTS

Rapporteurs : Mr. Jean-Yves **Allée**, directeur départemental des affaires sanitaires et sociales d'Ille-et-Vilaine • Mr. Olivier **Piron**, chef de service, secrétariat permanent du Plan Urbanisme, Construction Architecture

### Membres :

- Mr. Daniel **Anghelou**, ministère de l'emploi et de la solidarité, DAS
- Mr. Dominique **Argoud**, CLEIRPPA
- Mme Colette **Bagnaud**, DISSD de la Haute-Vienne
- Mr. Guy **Binot**, CNRPA
- Mme Anne **Boisset**, ARRCO
- Mr. Jean **Boudreau**, CNAVTS
- Mme Claude **Brevan**, délégation interministérielle à la ville et au développement urbain
- Mr. Pascal **Champvert**, ADEPHA
- Mme Michèle **Conte**, EGERIS
- Mr. Gérard **Cornet**, IVP Ville-Santé
- Mr. Philippe **Dard**, CSTB
- Mr. Louis **Defief**, UNCCAS
- Mr. **Durand**, UNFOHLM
- Mme **Flageollet**, secrétariat permanent du Plan Urbanisme, Construction, Architecture
- Mme Caroline **Gargot**, Ministère de l'Équipement, des Transports et du Logement
- Mme Geneviève **Giraud**, Conseil général des Alpes de Haute Provence
- Mr. Pierre **Guelfi**, URPACT-ARIM
- Mr. Jean **Jallaguié**, URIOPSS Rhône-Alpes
- Mme **Kermarec**, FNADEPA
- Mr. Olivier **Letang**, CIEIMPP
- Mme Michelle **Layès-Cadet**, FNMF
- Mr. Pierre-René **Lemas**, Ministère de l'Équipement, des Transports et du Logement
- Mr. Eric **Malavergne**, FN PACT-ARIM
- Mr. Michel **Paramelle**, UNAF
- Mr. Serge **Rabineau**, IRCANTEC
- Mme Sophie **De Rancourt**, AGIRC
- Mme Catherine **Richard**, DIV
- Mme Sylviane **Roger**, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, DAS
- Mme Martine **Roy**, CANCAVA
- Mme **Sebille**, ORGANIC
- Mr. Jean **Thierry**, IRCANTEC
- Mme Françoise **Tourbière**, FNADEPA
- Mme Isabelle **Valade**, Ministère de l'Équipement, des Transports et du Logement

# Annexe 4

## Dates des réunions du comité de pilotage

- 25 septembre 1998
- 16 novembre 1998
- 26 janvier 1999
- 2 mars 1999
- 15 avril 1999
- 11 mai 1999
- 22 septembre 1999





# Annexe 5

## Liste des auteurs et des ouvrages cités

- Claudine **Attias-Donfut**, directeur des recherches, CNAVTS
- Jean-Michel **Charpin**, commissaire général au plan, président de la commission de concertation sur l'avenir des retraites, dont le rapport "L'avenir de nos retraites" a été publié le 2 avril 1999
- Bertrand **Chokrane**, coauteur de "La dynamique sociale des seniors", CREDOC, consommation et modes de vie, n° 135 du 31 mai 1999
- Xavier **Gaullier**, sociologue, CNRS, laboratoire de sociologie du changement des institutions
- Hélène **Gisserot**, "Pour une politique globale de la famille", 1996
- Anne-Marie **Guillemard**, professeur des universités en sociologie, Paris-V et CEMS
- Georges **Hatchuel**, coauteur de "La dynamique sociale des seniors", CREDOC, consommation et modes de vie, n° 135 du 31 mai 1999
- Robert **Hugonot**, président de l'association ALMA
- S. **Jacobzone**, "Les perspectives de prise en charge de la dépendance au niveau international", Retraite et Société n° 25, 1999
- Geneviève **Laroque**, présidente du conseil d'administration de la fondation nationale de gérontologie
- Pierre **Laroque**, président de la commission d'étude des problèmes de la vieillesse, dont le rapport "politique de la vieillesse" a été publié en 1962
- Monique **Legrand**, maître de conférences en sociologie, université Nancy II, "vieillesse et vieillissement : évolution des représentations ?", Gérontologie et Société, n° 81 de juin 1997
- Paul **Paillat**, rédacteur en chef de "Gérontologie et Société"
- Pierre **Schoppflin**, "Dépendances et Solidarités", commissariat général au plan, 1991
- C. **Sermet**, "Evolution de l'état de santé des personnes âgées en France", INSERM, 1998
- Henri **Thery**, auteur du rapport sur "Les activités d'utilité sociale des retraités et des personnes âgées", Conseil économique et social, février 1993



# Annexe 6

## Liste des sigles utilisés

- **ACOSS** : agence centrale des organismes de sécurité sociale
- **ACTP** : allocation compensatrice pour tierce personne
- **ALS** : allocation logement à caractère social
- **ANAH** : agence nationale pour l'amélioration de l'habitat
- **CAT** : centre d'aide par le travail
- **CLEIRPPA** : centre de liaison, d'étude, d'information et de recherche sur les problèmes des personnes âgées
- **CNAF** : caisse nationale des allocations familiales
- **CNAMTS** : caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
- **CNAVTS** : caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés
- **CNCPH** : comité national consultatif des personnes handicapées
- **CNRPA** : comité national des retraités et personnes âgées
- **CODERPA** : comité départemental des retraités et personnes âgées
- **CORERPA** : comité régional des retraités et personnes âgées
- **CRAM** : caisse régionale d'assurance maladie
- **CREDES** : centre de recherches, d'études et de documentation en économie de la santé
- **CREDOC** : centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie
- **CSTS** : conseil supérieur du travail social
- **DARES** : direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques
- **FNDVA** : fonds national de la vie associative
- **FNG** : fédération nationale de gérontologie
- **GIR** : groupe iso-ressources
- **INSEE** : institut national de la statistique et des études économiques
- **INSERM** : institut national de la santé et de la recherche médicale
- **PAH** : prime à l'amélioration de l'habitat
- **PALULOS** : prime à l'amélioration du logement à usage locatif et à occupation sociale
- **PRAPS** : programme régional d'accès à la prévention et aux soins des plus démunis
- **PSD** : prestation spécifique dépendance
- **SESI** : services des statistiques, des études et des systèmes d'information
- **TES** : titre emploi-service
- **UNAF** : union nationale des associations familiales



# Annexe 7

## Éléments de comparaisons internationales

Afin de disposer d'informations sur la manière dont d'autres pays agissent, le comité de pilotage a interrogé les conseillers sociaux en poste dans quelques pays, au début de l'année 1999. Les principales informations retournées au comité de pilotage, en provenance d'Italie, de Grande-Bretagne, de Singapour, de Pologne, d'Allemagne, d'Argentine et d'Espagne, sont retranscrites ci-dessous, après le rappel de la question posée.

### 1 - Rôle et statut des personnes âgées

---

#### 1. Existe-t-il une instance représentative des personnes âgées auprès des pouvoirs publics nationaux ou locaux ? :

- commission administrative consultative
- instance élue consultative
- autres

Pouvez-vous donner leurs adresses et les grandes lignes de leur composition ?

**Italie** : il existe des conseils régionaux et communaux.

**Grande-Bretagne** : non, un groupe de travail interministériel a été mis en place par Tony Blair afin d'identifier les besoins des personnes âgées et de coordonner et animer l'action entreprise pour y répondre. L'une des priorités de ce groupe est de donner les moyens aux personnes âgées de rester actives.

**Singapour** : non. Il existe un comité interministériel sur les personnes âgées.

**Pologne** : non.

**Allemagne** : oui, au niveau des communes et au niveau des Landers. Au niveau fédéral, il existe une représentation qui n'est pas institutionnalisée.

**Argentine** : Depuis le 18 juin 1998, un conseil général du troisième âge a été constitué. Celui-ci regroupe tous les organismes publics travaillant en faveur des personnes âgées. Il est le représentant des personnes âgées face aux autorités. Sa tâche est de contrôler les projets proposés par le gouvernement et veiller à leur réalisation.

**Espagne** : il existe un conseil des personnes âgées au niveau de l'Etat espagnol. Créé par un décret royal du 4 novembre 1994, il est présidé par le ministre du travail et des affaires sociales et comprend 50 membres : 10 représentants des administrations publiques, 23 représentants des associations les plus représentatives des personnes âgées et 17 représentants des conseils des personnes âgées des communautés autonomes ou d'organes similaires.

## 2. Les personnes âgées jouent-elles un rôle important dans la vie publique en tant que telles et par quels moyens, nationalement ou localement :

- partis politiques spécifiques
- associations influentes
- groupes de presse
- autres ?

**Italie** : syndicats de retraités et associations.

**Grande-Bretagne** : pas de parti, Age concern regroupe plus de 1100 organisations, une presse spécifique existe.

**Singapour** : pas de groupe de pression mais une intégration permanente des problèmes des personnes âgées dans la vie quotidienne, dans le cadre notamment des "community centres" qui existent au sein des ensembles immobiliers qui apportent les services d'aides et de soins aux personnes âgées.

**Pologne** : non.

**Allemagne** : une organisation propre dans les deux grands partis politiques allemands, des bureaux de personnes âgées dans les communes, dont l'objectif principal est d'aider les personnes âgées dans leur recherche d'une activité bénévole mais aussi de les aider à créer des groupes d'entraide, à nouer des contacts et à mettre en général au service de la société leur expérience et leurs savoirs, de nombreuses associations, pas de presse.

**Argentine** : non, quoique le mécontentement lié à la difficulté de vie s'est exprimé récemment.

**Espagne** : les personnes âgées ne jouent pas un rôle important dans la vie publique. La classe politique au pouvoir est jeune à l'image du Président du gouvernement, José Maria **Aznar** (45 ans) ou du ministre du travail et des affaires sociales, Manuel **Pimentel** (38 ans). La rénovation de la démocratie en Espagne, à la mort du général **Franco**, s'est accompagnée d'un fort renouvellement de la classe politique avec l'accession d'hommes jeunes au pouvoir comme Adolfo **Suarez** ou Felipe **Gonzalez**. L'Espagne ne connaît pas encore de "papy boom", cependant, du fait de la faiblesse de son taux de natalité, le vieillissement de la population sera sans doute relativement plus accentué que dans d'autres Etats de l'Union européenne.

## 3. Existe-t-il un texte affirmant les droits des personnes âgées et quel est son statut juridique ?

**Italie** : non.

**Grande-Bretagne** : non.

**Singapour** : non, ces droits sont reconnus dans une approche plus pragmatique à travers une série de textes et de mesures concernant les questions de retraite, de santé, de l'emploi, de services communautaires d'aides, d'habitat, de loisirs.

**Pologne** : non.

**Allemagne** : non. Le nouveau gouvernement réfléchit à une loi, qui n'en serait qu'aux premiers stades de la réflexion.

**Argentine** : une loi nationale en faveur des personnes âgées a été officiellement signée le 18 mars 1998. A l'occasion de l'année internationale, le gouvernement a déposé un nouveau projet de loi en faveur du troisième âge dont l'objectif est de permettre une meilleure intégration dans la société des personnes âgées.

**Espagne** : il n'existe pas de texte relatif aux droits des personnes âgées en Espagne. Le gouvernement actuel avait envisagé l'élaboration d'une loi relative à la protection civile et pénale des personnes âgées mais ce projet tarde à voir le jour.

#### 4. Existe-t-il dans le gouvernement un représentant spécifique des personnes âgées ?

**Italie** : non.

**Grande-Bretagne** : non.

**Singapour** : le "ministry of community development" est chargé de la coordination de l'ensemble de la politique menée en direction des personnes âgées, dans le cadre d'un département créé en 1988, le département du développement en direction des personnes âgées (ce ministère s'occupe également des questions de la famille et des associations).

**Pologne** : la problématique des personnes âgées est de la compétence du ministre de la santé et de la protection sociale, de celle du ministre du travail et de la politique sociale et de deux secrétaires d'Etat : celui chargé des handicapés et celui chargé de la famille.

**Allemagne** : non.

**Argentine** : un secrétariat d'Etat aux personnes âgées a été créé le 22 mai 1997.

**Espagne** : non.

## 2 - La santé des personnes âgées

---

#### 5. Comment la gériatrie est-elle reconnue dans les études et la pratique de la médecine ?

**Italie** : instituts de gériatrie, écoles de spécialisation en gériatrie et unités hospitalières de gériatrie.

**Grande-Bretagne** : une discipline gériatrique est développée au sein d'universités de médecine

**Singapour** : la gériatrie a été promue par le ministère de la santé, en liaison avec l'université de Singapour, en tant que spécialité médicale depuis 1988 (une vingtaine de spécialistes ont été formés à ce jour). Depuis 1997, un diplôme post-universitaire en gériatrie à temps partiel a été mis en place au sein de cette université.

**Pologne** : la gériatrie est reconnue et pratiquée depuis longtemps dans les établissements hospitaliers, en tant que domaine de la pratique médicale.

**Allemagne** : les étudiants en médecine peuvent suivre des cours de gériatrie sur une base volontaire.

**Argentine** : une reconnaissance tardive : la première chaire de gérontologie vient d'être ouverte à l'université de Cordoba.

**Espagne** : la gériatrie est une spécialité hospitalière reconnue en Espagne. Néanmoins, le nombre de spécialistes de cette discipline formés chaque année est très faible (environ 50 sur 5 000 spécialistes). Il convient cependant de relativiser ces données en soulignant l'importance du réseau de santé primaire en Espagne, d' à l'adoption d'un système national de santé, et la formation de très nombreux généralistes et spécialistes de médecine communautaire.



## 6. La prévention du vieillissement fait-elle l'objet d'actions particulières dont la réalisation est confiée à des structures bien identifiées ?

**Italie** : c'est un sujet en cours de développement dans le plan sanitaire national.

**Grande-Bretagne** : des plans d'action devraient être préparés prochainement au plan local afin de déterminer des stratégies de prévention et améliorer la coordination entre services sociaux et de santé. Un document précisant les normes minimales et spécifiques d'accueil des personnes âgées a été envoyé à chaque directeur général d'hôpital.

**Singapour** : la prévention de maladies telles que les maladies de coeur, le diabète, font l'objet d'une prévention dans le cadre d'un check-up annuel, presque gratuit.

**Allemagne** : il n'existe pas au niveau fédéral de prévention du vieillissement-excepté les examens de prévention des maladies circulatoires, du cancer et du diabète prévus par l'assurance maladie légale qui relèvent à vrai dire davantage de la santé en général. Le ministre fédéral des personnes âgées finance un projet pilote de prise en charge complète et thérapie médicale des patients gériatriques, dont l'objectif est d'améliorer la coopération entre les médecins généralistes et les médecins de famille et les bureaux de conseil des cliniques spécialisées dans la gériatrie. Au début des années 90, sous la rubrique promotion de la santé, les caisses maladie légales ont mis en place des programmes d'information des personnes âgées sur leur santé et les moyens de rester en forme malgré l'âge et ont proposé des mesures concrètes, comme des séances de gymnastique, mais le législateur a supprimé cette rubrique dans le code qui régit l'assurance maladie si bien que les caisses n'ont plus de politique en la matière.

**Argentine** : il y a peu de campagnes spécifiques de prévention sur le vieillissement.

**Espagne** : L'Espagne a engagé depuis les années 1985-1986 un programme de prévention du vieillissement comportant des actions novatrices (programmes de vacances et de thermalisme pour le troisième âge). Elle s'est incorporée en 1995 au sein du "programme européen de promotion de la santé pour et avec les personnes âgées". A ce titre, de nombreuses actions sont réalisées et coordonnées par "l'institut des migrations et services sociaux".

## 7. La santé des personnes âgées fait-elle l'objet d'une politique spécifique ?

**Italie** : oui, le plan sanitaire national 1998-2000 prévoit que la santé des personnes âgées fasse l'objet d'un projet spécifique et fixe, d'un point de vue général, les objectifs suivants :

- adopter des politiques de soutien aux familles avec personnes âgées à charge qui a besoin d'aide à domicile et également des politiques de tutelle de la santé des femmes étant donné que ce sont elles qui, dans la majorité des cas, assument la lourde charge d'assistance ;
- promouvoir l'assistance continue et intégrée (tant à l'intérieur de l'hôpital qu'à l'extérieur) en faveur des personnes âgées ;
- favoriser l'intégration intérieure au système sanitaire et également entre le système sanitaire et l'assistance sociale.

**Grande-Bretagne** : les plus de 75 ans bénéficient déjà d'un bilan de santé annuel pratiqué par leur médecin généraliste et, à compter du 1er avril 1999, les tests de vision seront gratuits pour les plus de 65 ans.

**Singapour** : La santé des personnes âgées fait l'objet d'une politique spécifique.

**Allemagne** : non.

**Espagne** : la santé des personnes âgées ne fait pas l'objet d'une politique spécifique. Néanmoins, des actions de santé spécifiques figurent au "plan gérontologique" et la coordination médico-sociale réalisée par le ministère de la santé et le ministère du travail et des affaires sociales s'avère positive, notamment pour la mise en oeuvre de programmes pour la continuité des soins.

### 3 - Les personnes âgées et les familles

---

#### 8. L'aide apportée aux personnes âgées par leur famille ou des aidants est-elle reconnue et encouragée ?

**Italie** : pas d'aide particulière sauf en cas de capacités réduites sur le plan de l'autonomie (aide à domicile) ou sur le plan de la non "autosuffisance" (assistance à domicile intégrée). Ces formes d'assistance sont liées aux revenus des foyers. La loi sur le handicap prévoit que "toute personne qui assiste une personne handicapée en situation grave, qu'il s'agisse d'un membre de la famille ou d'un parent proche (jusqu'au troisième degré de parenté) peut bénéficier de 3 jours de congé par mois".

**Grande-Bretagne** : il existe des dispositifs d'aide à ceux qui apportent bénévolement leurs soins à des personnes âgées, soumis à des conditions de revenus. Il existe un projet de prise en compte, dans le cadre d'une retraite complémentaire, des périodes pendant lesquelles ces personnes se sont occupées de vieillards handicapés.

**Singapour** : des déductions fiscales existent.

**Allemagne** : oui, notamment grâce au dispositif de l'assurance dépendance et à la prise en charge des cotisations à l'assurance vieillesse des parents aidants.

**Argentine** : non, les réflexions sont en cours.

**Espagne** : l'aide apportée aux personnes âgées par leur famille est reconnue et valorisée, par le jeu notamment de dispositions fiscales.

#### 9. La politique en direction des personnes âgées fait-elle partie de la politique familiale ? Quelles sont, à ce sujet, les structures des ministères et des organismes de protection sociale compétents ?

**Italie** : elle est partie intégrante de la politique pour la famille.

**Grande-Bretagne** : elle n'est pas directement liée à la politique de la famille.

**Singapour** : elle est intégrée à la politique familiale.

**Allemagne** : il s'agit d'une politique propre qui n'est pas intégrée à la politique familiale, mais qui relève d'un ministre commun. Depuis 1992, il existe un plan fédéral pour les personnes âgées afin d'encourager la politique en faveur des personnes âgées. Les priorités de ce plan sont les suivantes :

- encourager l'indépendance et la participation des personnes âgées à la société. Il est très important pour le gouvernement de permettre aux personnes âgées de mener une vie indépendante ;
- soutien pour les personnes dépendantes en vue d'une plus grande indépendance de ces personnes... développer l'offre de services et améliorer la situation des parents qui prennent en charge ;
- ajustement des conditions de vie dans l'Allemagne unifiée ;
- extension de la politique internationale pour les personnes âgées.

**Espagne** : La politique en direction des personnes âgées est totalement intégrée à la politique familiale.

## 4 - Habitat et personnes âgées

---

### 10. Quel est le % de la population de plus de 75 ans hébergée en établissement ?

**Italie** : 134 157 personnes de plus de 75 ans.

**Grande-Bretagne** : 5 % des plus de 65 ans.

**Singapour** : 0,6 % des plus de 60 ans.

**Pologne** : pas exploitable.

**Allemagne** : environ 9,5 % des plus de 75 ans.

**Argentine** : 80 % des plus de 75 ans.

**Espagne** : 2,83 %.

### 11. Quel est l'âge moyen d'entrée en établissement ?

**Italie** : généralement l'âge de la retraite.

**Allemagne** : 86 ans (68 ans en 1978) en Bavière.

**Argentine** : 72 ans.

### 12. Existe-t-il des structures intermédiaires entre l'établissement pour personnes âgées classique et le domicile, incluant la fourniture de services appropriés (comme l'adaptation des logements sociaux avec l'apport de services ou l'accueil des personnes âgées en fin de semaine) ? Leur développement est-il encouragé par les pouvoirs publics ?

**Italie** : oui, les centres diurnes, les maisons "protégées", les communautés-hébergement avec support socio-sanitaire. Leur développement s'effectue au niveau régional et local.

**Singapour** : l'option qui est privilégiée est celle de maintenir les personnes âgées dans leur cadre habituel de vie, celle d'ensembles immobiliers sociaux, en compagnie de leur famille... L'orientation qui est maintenant privilégiée est de construire, à l'intérieur de l'espace communautaire habituel, des appartements-studios plus petits et équipés pour les personnes âgées pour répondre à leurs besoins spécifiques et dotés de services collectifs gérés par des ONG ou des entreprises commerciales.

**Pologne** : il existe des établissements de séjour diurne, ainsi que des soins et des aides dispensés à domicile, afin de maintenir les personnes âgées dans leur environnement habituel.

**Allemagne** : un programme fédéral "concept d'habitat pour l'avenir-pour une vie responsable au moment de la vieillesse" aide les personnes âgées à rester chez elles le plus longtemps possible. Dans le cadre du programme, divers projets et concepts d'habitat en fonction des situations et des besoins différents sont élaborés et expérimentés, des bureaux de coordination "habitat dans la vieillesse" sont mis en place dans des régions pilotes, leur travail est suivi scientifiquement et ces bureaux rédigent des feuilles d'information à l'intention des personnes âgées...

**13. Existe-t-il une organisation gérontologique uniforme au plan national reposant, par exemple, sur la sectorisation ? Si oui, qui en a la responsabilité dans chaque secteur ?**

**Italie :** non

**Allemagne :** non

**Espagne :** c'est le plan gérontologique national qui garantit une approche nationale, la détermination d'objectifs socio-sanitaires globaux, la coordination et l'évaluation des actions réalisées. Néanmoins, du fait de la forte décentralisation politique et administrative espagnole, les différentes collectivités territoriales conduisent librement les actions en application de schémas globaux définis au niveau régional.

## 5 - Une année internationale

---

**14. Un comité de pilotage a-t-il été constitué ? Quelles missions lui ont-elles été confiées ? a-t-il notamment été chargé de faire des propositions ? Quelle est sa composition ?**

**Italie :** oui. Il est composé de représentants institutionnels, régionaux, de représentants des syndicats de retraités et d'organismes et associations à but non lucratif et de volontariat. Sa tâche est de coordonner et promouvoir les initiatives ayant trait à l'année internationale des personnes âgées.

**Grande-Bretagne :** non, le secrétariat de l'année internationale a été confié à Age Concern.

**Singapour :** oui, un comité de pilotage, présidé par un membre du Parlement, et composé de représentants ministériels et d'associations, a été mis en place. Trois objectifs ont été retenus :

- aide à une vision d'une société pour tous les âges ;
- encourager les personnes âgées à rester physiquement et socialement actives et à contribuer à la vie sociale ;
- accroître la conscience du public sur les problèmes du vieillissement et encourager des attitudes positives à l'égard des personnes âgées.

**Pologne :** oui, un comité de célébration de l'année internationale a été institué, présidé par le secrétaire d'Etat chargé de la famille. Quatre thèmes de célébration ont été choisis : plus de vie, plus de santé dans la vie, plus de vie au cours des années, vers la solidarité entre les générations.

**Allemagne :** oui, une commission nationale, présidée par la ministre fédérale pour la famille, les personnes âgées, les femmes et les jeunes, a été créée. Six groupes de travail ont été formés à partir de cette commission, dont chacun a été chargé de travailler sur un thème particulier : démographie, participation à la vie politique, situation économique, habitat, situation de vie, politique internationale.

**Argentine :** oui, la commission organisatrice de l'année internationale est composée par des représentants d'organisations diverses

**Espagne :** par décision du 2 octobre 1998, le conseil des ministres a approuvé la création du comité espagnol de coordination des actions pour l'année internationale des personnes âgées.



# Annexe 8

## Orientations - Propositions

### 1 - Favoriser l'expression collective des personnes âgées et leur participation individuelle

---

#### **Mieux définir le rôle des institutions existantes, en distinguant : rôle fédératif et compétences consultatives.**

- un conseil supérieur du vieillissement, doté d'une compétence consultative légale sur l'ensemble des textes relatifs à l'intégration des personnes âgées dans la société ou régulant les sorties définitives du marché de l'emploi, ou organisant la prévention des incapacités liés à l'âge ;
- doter les CODERPA et les CORERPA d'une lettre de mission, concertée avec les acteurs locaux, déterminant leur programmes de travail ;
- saisir le Conseil économique et social de la question de la représentation en son sein du groupe des retraités en tant que tel.

**Ouvrir la concertation à une approche intergénérationnelle** : réunir périodiquement une "conférence des âges" chargée de débattre des sujets relatifs à la coexistence des âges.

#### **Encourager le bénévolat des personnes âgées dans le cadre d'une politique de soutien du bénévolat à tous les âges.**

- mettre en place un programme de recherche sur les activités d'utilité sociale des retraités et personnes âgées ;
- ouvrir aux actifs de plus de 50 ans la possibilité d'un bilan de compétences élargi intégrant les aptitudes à un engagement bénévole.

**Adapter le concept d'éducation tout au long de la vie à la situation des retraités** : expérimenter, en liaison avec les partenaires sociaux, l'émission de chèques "retraite active".

### 2 - Garantir le respect de la dignité

---

#### **Supprimer les pratiques discriminatoires liées à l'âge.**

- en ce qui concerne le travail : réflexion sur un élargissement des modalités de cumul emploi-retraite, organisation de modalités progressives de cessation de l'activité, sensibilisation des partenaires sociaux ;
- en ce qui concerne la santé : lutter contre la banalisation des pratiques agistes, en matière de prescriptions, de statistiques, de politique de prévention...;

- en ce qui concerne l'accès à différentes fonctions : suppression des âges-limites, notamment lorsqu'ils sont fixés à 65 ans, comme c'est par exemple le cas pour les administrateurs de la caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés.

#### **Protéger les personnes fragiles**

- assurer la généralisation affective des conseils d'établissement dans les institutions d'accueil ;
- créer un réseau d'écoute spécialisée et de prévention de la maltraitance, à l'instar des initiatives prises par l'association ALMA ;
- créer une commission tripartite de contrôle de l'hébergement des personnes âgées, Etat, département, caisse primaire, dans chaque département.

### **3 - Capitaliser l'information collective sur le vieillissement**

---

**Créer un institut national du vieillissement**, chargé de missions d'observation, de valorisation des études et d'animation des milieux professionnels, au service d'une promotion du "Bien vieillir" en France, doté d'un contrat d'objectifs pluri-annuel. A cet institut pourrait être adossé un centre technique national pour l'habitat adapté.

### **4 - Modifier l'approche de la santé, abolir les assimilations âge/dépendance**

---

**Centrer les messages de prévention sur la qualité de vie plus que la longévité en soi**, ouvrir la prévention aux facteurs environnementaux, l'intégrer dans les pratiques du soin et de l'accompagnement, reconnaître le droit au risque ;

**Abolir toute notion de dépendance réservée aux plus âgés** : des politiques et des prestations non ségrégatives, fondées sur les notions de handicap et d'autonomie, devraient être promues, et soutenues les pratiques s'inscrivant dans cette perspective.

### **5 - Adapter l'habitat**

---

#### **Intégrer les effets du vieillissement dans la conception et l'aménagement de l'habitat.**

- adapter les financements, en les coordonnant et en les rendant fongibles ;
- créer un fonds d'intervention d'urgence, au niveau départemental, permettant de mobiliser sans délai des crédits ;
- faciliter la tâche des professionnels et des familles, en constituant un réseau de centres de ressources départementaux sur l'habitat des personnes à mobilité réduite, animé par un centre technique national.

#### **Intégrer le logement dans son environnement.**

- favoriser l'accessibilité des logements et des locaux ouverts au public, la circulation des personnes à mobilité réduite, l'accès aux transports...).

#### **Adapter les structures collectives.**

- développer les exigences de qualité (projets de vie, mise en oeuvre d'un régime réglementaire unifié des longs séjours en établissement, manifestant les mêmes exigences quels que soient les promoteurs, diffusion des référentiels de qualité) ;
- redéfinir les normes de sécurité ; codifier les normes opposables en matière d'habilitation des établissements ;
- mettre en oeuvre une programmation pluri-annuelle des charges incombant à l'assurance-maladie ;



- élaborer un programme spécifique de prise en charge des personnes désorientées, fondé sur le développement de petites unités, le conventionnement avec des établissements de référence ou les secteurs de psychiatrie.

#### **Promouvoir les modes d'accueil intermédiaires ou alternatifs.**

(Domiciles collectifs, accueils de jour, accueils temporaire).

Pour rattraper le retard de la France dans ce domaine, une forte impulsion est à donner par la mise en oeuvre d'un programme national permettant d'associer financements nationaux et locaux.

## **6 - Intensifier le dispositif de soutien à domicile**

---

**Créer des services polyvalents de maintien à domicile.**

**Assurer le développement pluri-annuel de services de soins infirmiers à domicile.**

## **7 - Favoriser les relations familiales**

---

**Aider les aidants :** "aide au répit", congé d'aide familiale, extension du bénéfice des Titres Emploi services aux ascendants ne résidant pas au domicile de leurs enfants ;

**Multiplier les actions de soutien** (groupes de parole notamment) **et les intégrer dans un dispositif structuré du type des réseaux d'aide à la parentalité.**

**Améliorer l'exercice des mesures de protection juridique des personnes en perte d'autonomie**, responsabiliser les familles, restreindre les mesures de curatelle prononcées pour "prodigalité, intempérance et oisiveté".

**Réformer les dispositions relatives à l'obligation alimentaire et au recours sur succession.**

**Décider fiscalement la constitution de fonds de solidarité familiale** pour l'accompagnement de situations de dépendance.

## **8 - Encourager la coordination entre les institutions et les intervenants**

---

**Au niveau départemental, le plus pertinent pour la coordination interinstitutionnelle**, il est proposé de :

- fixer un règlement départemental des aides et de coordination gérontologique ;
- définir le maillage gérontologique du département.

**C'est à un niveau infra-départemental que s'exerce la coordination fonctionnelle entre intervenants.** Il est proposé de :

- déterminer dans chaque "bassin de vie" une institution pivot, sans modèle uniforme national, définir les tâches de coordination et leurs conditions de financement ;
- expérimenter la contractualisation, avec des collectivités territoriales, de l'action sociale de la branche vieillesse ;
- assurer la continuité du soutien à domicile par l'appui aux réseaux et à des formules de prise en charge à caractère plus large ou polyvalent ;
- au plus près de la personne, conforter la notion de "plan d'aide" et en élargir l'utilisation.