cese
Conseil économique social et environnemental

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté — Égalité — Fraternité

AVIS

La prévention de *la perte d'autonomie* liée au vieillissement

RAPPORTEUR
Michel Chassang

AVRIL 2023

2023-009
NOR : CESL1100009X
Mercredi 12 avril 2023

JOURNAL OFFICIEL
DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Mandature 2021-2026
Séance du 12 avril 2023

La prévention de *la perte d'autonomie* liée au vieillissement

Avis du Conseil économique, social et environnemental sur proposition de la commission Affaires sociales et santé

Rapporteur :
Michel Chassang

Question dont le Conseil économique, social et environnemental a été saisi par décision de son bureau en date du 8 novembre 2022 en application de l'article 3 de l'ordonnance n° 58-1360 du 29 décembre 1958 modifiée portant loi organique relative au Conseil économique, social et environnemental.
Le bureau a confié à la commission Affaires sociales et santé, la préparation d'un avis *La prévention de la perte d'autonomie liée au vieillissement*. La commission Affaires sociales et santé, présidée par Mme Angeline Barth, a désigné M. Michel Chassang comme rapporteur.

sommaire

Synthèse 4

Introduction 10

PARTIE 01
ETAT DES LIEUX 14

1. La perte d'autonomie est une réalité pour un nombre croissant de Françaises et de Français. Au-delà des personnes directement concernées, elle a un impact majeur sur la vie des proches, des aidantes et des aidants 14
2. La population française est vieillissante et cette tendance va s'accélérer : c'est maintenant qu'il faut agir 17
3. La perte d'autonomie n'est pas une fatalité. Mais face à ce risque, les inégalités sont fortes. Ce sont là les enjeux d'une politique de prévention de la perte d'autonomie nécessairement multisectorielle 20
4. On ne part pas de rien : la France affiche depuis plusieurs années l'objectif « d'adapter la société au vieillissement » et de nombreux acteurs interviennent. L'ambition est là, mais, si l'on se place du point de vue des citoyennes et des citoyens, l'action des pouvoirs publics manque de visibilité et d'effectivité 23

PARTIE 02
LES PRÉCONISATIONS DU CESE 25

A. Axe 1 : Un préalable : reconnaître la place des personnes âgées dans la société et les associer davantage aux choix de politique publique 26

B. Axe 2 : Identifier, repérer et agir plus en amont sur les facteurs de risques 36

C. Axe 3 : Consolider les démarches « d'aller vers » face aux fragilités et aux exclusions 50

❶ Mieux repérer les plus fragiles 50
❷ Coordonner la réponse entre les acteurs institutionnels et associatifs de proximité 53

D. Axe 4 : Mettre en place un « parcours de l'habitat » 56

❶ Mieux anticiper les conséquences de la perte d'autonomie sur l'habitat 57
❷ Encourager les solutions alternatives 59
❸ Renforcer la médicalisation des Ehpad et en faire de véritables lieux de vie 61

E. Axe 5 : se donner les moyens : recruter dans les métiers de l'accompagnement et mieux soutenir les aidantes et les aidants 67

❶ Les métiers de l'accompagnement : reconnaître et valoriser leur contribution essentielle à la prévention de la perte d'autonomie 67
❷ Consolider le soutien aux aidants 70

F. Axe 6 : Gouvernance : partir de ce qui a fait ses preuves et intégrer pleinement la prévention dans un service public territorial de l'autonomie à créer 74

Déclarations des groupes **80**

Scrutin **96**

Annexes **98**

synthèse

La perte d'autonomie peut se définir comme le fait d'être limité dans la vie quotidienne : se trouve dans cette situation tout personne confrontée à un problème de santé qui lui impose d'être aidée pour l'accomplissement des besoins essentiels de la vie. Ces deux composantes - une ou plusieurs limitations, la nécessité d'une aide - font écho aux critères de l'allocation personnalisée d'autonomie, versée à près d'1,4 millions de personnes de 65 ans et plus. Ce chiffre ne permet toutefois pas de se faire une représentation juste des enjeux de la perte d'autonomie. Il ne rend pas compte de l'importance et de la diversité des parcours : si l'âge est bien un facteur de risque, la maladie, ou plus souvent la poly-morbidité, les conditions et modes de vie, la sédentarisation, la réduction ou la perte des liens sociaux contribuent eux aussi à l'entrée dans la dépendance. Il ne reflète pas non plus les conséquences de la perte d'autonomie sur l'entourage, les proches, les aidantes et les aidants, qui verront leur vie privée et professionnelle grandement affectée. Enfin, il ne met pas suffisamment en avant la singularité de la situation des femmes : plus concernées par la perte d'autonomie, elles sont aussi davantage mobilisées pour aider leurs proches et sont très majoritaires dans les professions de l'accompagnement.

Conséquence de l'arrivée à des âges élevés des générations nombreuses du *baby-boom* mais aussi de l'allongement de la durée de vie, le vieillissement de la population française sera le phénomène démographique marquant des prochaines décennies. En réalité, une « seconde révolution de l'âge » se dessine : celle qui verra, au sein même de la population âgée, le nombre de « très âgés » prendre

une place de plus en plus grande. La perte d'autonomie n'est pas une fatalité. Mais dans une société massivement plus âgée, sa prévalence sera bien plus élevée. Et les inégalités sont fortes face à ce risque : elles sont sociales mais aussi géographiques et liées au genre. Elles montrent toute l'importance d'une approche multisectorielle de la prévention de la perte d'autonomie.

La France ne part pas de rien. Il y a plus de 7 ans que la loi d'adaptation de la société au vieillissement (ASV) a été votée. Plusieurs évolutions sont intervenues ensuite, jusqu'à la création, par la loi du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie, d'une cinquième branche consacrée à l'autonomie. De nombreux acteurs interviennent sur ce sujet, dans un système complexe. L'ambition est là, mais, si l'on se place du point de vue des citoyennes et des citoyens, l'action des pouvoirs publics manque de visibilité et d'effectivité.

LES PRÉCONISATIONS DU CESE

L'allongement de la durée de vie est une bonne nouvelle. Mais le défi de la prévention de la perte d'autonomie est devant nous. Bien qu'elle augmente avec l'âge, la perte d'autonomie n'est pas la conséquence inéluctable du vieillissement. Sa prévention est par conséquent primordiale. Avec cet avis, le CESE fait part aux pouvoirs publics de ses préconisations en six axes, tous guidés par trois principes :

- il faut agir très en amont car la prévention de la perte d'autonomie ne se limite pas aux risques dits « du grand âge » ;
- il faut consacrer le rôle primordial des aidantes et des aidants, des professionnelles et des professionnels du soin et de l'accompagnement, acteurs majeurs de la prévention de la perte d'autonomie ;
- chaque personne doit avoir le droit de faire valoir ses choix de vie, à toutes les étapes de son vieillissement.

AXE 1 : UN PRÉALABLE : RECONNAÎTRE LA PLACE DES PERSONNES ÂGÉES DANS LA SOCIÉTÉ ET LES ASSOCIER DAVANTAGE AUX CHOIX DE POLITIQUE PUBLIQUE

PRÉCONISATION #1

Co-construire, en particulier dans le cadre de la « Semaine bleue » et avec les organisations représentatives des personnes âgées, une nouvelle campagne nationale de communication ainsi que des actions intergénérationnelles pour valoriser la contribution positive des personnes âgées à la cohésion sociale.

PRÉCONISATION #2

Intégrer le rôle déterminant des politiques publiques de l'habitat, de l'urbanisme, de la mobilité, de la culture, du sport dans la prévention de la perte d'autonomie. Pour cela :

- renforcer dans les villes et intercommunalités, la prise en compte du vieillissement dans les plans locaux d'urbanisme, les programmes locaux de l'habitat, les plans de déplacements urbains en cohérence avec les politiques sanitaires et sociales des départements ;

- consulter systématiquement les conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA) sur les politiques publiques qui, au-delà de celles qui visent expressément la perte d'autonomie, contribuent à sa prévention (logement, habitat, urbanisme, transports, accès aux activités physiques, aux loisirs et à la culture…) et les charger de réaliser, chaque année, un point sur les besoins de la prévention de la perte d'autonomie et leur prise en compte ;
- par voie réglementaire, ouvrir la possibilité à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) de participer au financement du fonctionnement des conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA).

PRÉCONISATION #3

Pour une meilleure évaluation des besoins et des priorités en santé des personnes en perte d'autonomie :

- formaliser un processus d'articulation entre les conseils territoriaux de santé et les conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie ;
- renforcer le poids du Conseil économique, social et environnemental régional (CESER) et de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie d'une part, du Conseil régional d'autre part, dans l'élaboration et l'approbation du Projet régional de santé pour assurer une véritable co-construction.

AXE 2 : IDENTIFIER, REPÉRER ET AGIR PLUS EN AMONT SUR LES FACTEURS DE RISQUES

Réduire, tout au long de la vie, les expositions aux risques de santé

PRÉCONISATION #4

Inscrire la prévention de la perte d'autonomie dans une politique de prévention globale tout au long de la vie conforme à l'approche *One Health* en considérant les déterminants de santé que sont les conditions de vie, les conditions de travail, l'éducation et les comportements individuels, qui pèsent sur les risques de développer certaines pathologies.

Mettre en œuvre des actions ciblées sur les risques liés au vieillissement

PRÉCONISATION #5

Le CESE préconise d'étendre sans plus tarder, dès cette année, l'expérimentation du programme de « dépistage multidimensionnel du déclin fonctionnel » ICOPE à de nouveaux territoires. La diffusion de ce programme doit permettre de mobiliser les acteurs locaux des soins primaires et du secteur médico-social sur le repérage et le dépistage de la perte d'autonomie et doit contribuer à structurer une réponse dans le cadre d'un plan personnalisé coordonné de soins.

PRÉCONISATION #6

Proposer le 3ème rendez-vous de prévention, désormais inscrit dans le code de la santé publique, à toutes les personnes, dès l'âge de 55 ans (les actifs et les personnes sans activité). L'objectif est de sensibiliser les personnes sur les facteurs de risques liés à l'âge en les

abordant sous l'angle des habitudes de vie (alimentation, activité physique, sommeil, lien social, rappel de l'importance des dépistages organisés). Les échanges porteront aussi sur le logement et son adaptation à la perte d'autonomie.

PRÉCONISATION #7

Encourager les prescriptions médicales d'activités physiques adaptées et de diététique pour toute personne âgée en les inscrivant dans les objectifs de santé publique des professionnelles et professionnels de santé et assurer leur prise en charge.

PRÉCONISATION #8

Poursuivre le déploiement des « rendez-vous d'accompagnement à la retraite », prévoir leur articulation avec le 3ème rendez-vous de prévention nouvellement institué et veiller à la coordination entre les différents acteurs.

AXE 3 : CONSOLIDER LES DÉMARCHES « D'ALLER VERS » FACE AUX FRAGILITÉS ET AUX EXCLUSIONS

Mieux repérer les plus fragiles

PRÉCONISATION #9

Dans l'objectif de repérer les personnes âgées les plus vulnérables sur un territoire donné et de mettre en place un accompagnement approprié, permettre aux communes de disposer d'éléments complémentaires sur la situation des personnes, dans le respect des règles de protection des données personnelles.

Coordonner la réponse entre les acteurs institutionnels et associatifs de proximité

PRÉCONISATION #10

Articuler les démarches de coordination existantes, au niveau local, menées par les acteurs institutionnels, professionnels et associatifs avec une généralisation sur l'ensemble du territoire et un financement des « équipes citoyennes » et évaluer les effets de ces démarches sur le maintien de l'autonomie.

PRÉCONISATION #11

Associer des groupes de personnes âgées pour construire avec elles des démarches, actions ou outils autour de la prévention.

AXE 4 : METTRE EN PLACE UN « PARCOURS DE L'HABITAT »

Mieux anticiper les conséquences de la perte d'autonomie sur l'habitat

PRÉCONISATION #12

Proposer systématiquement, dès 55 ans, à travers une information adressée par les caisses de retraite et/ou l'Agence nationale de l'habitat :

- → la réalisation d'un diagnostic « habitat vieillissement » sur l'adaptation de son logement au risque de perte d'autonomie ;
- → une information sur la possibilité de bénéficier de ce diagnostic et de certaines aides (dont Ma Prime Adapt').

PRÉCONISATION #13

Afin que le reste à charge ne soit plus un obstacle à la réalisation des travaux d'adaptation des logements au vieillissement :

→ le réduire, jusqu'à zéro, pour les personnes les plus modestes ;

→ octroyer une aide aux personnes ayant des revenus intermédiaires.

Encourager les solutions alternatives

PRÉCONISATION #14

Encourager et soutenir les investisseurs immobiliers, notamment les bailleurs, dans le développement de solutions alternatives relevant de l'habitat partagé, regroupé ou inclusif pour permettre à ces structures innovantes d'accueillir un public plus large et financer dans ces structures des temps d'animation, de lien social et de prévention de la perte d'autonomie.

Renforcer la médicalisation des Ehpad et en faire de véritables lieux de vie

PRÉCONISATION #15

Faire des Ehpad des « maisons médicalisées pour personnes âgées » et des lieux de vie :

→ en renforçant leurs moyens financiers et humains, via un conventionnement avec les agences régionales de santé (ARS) et les départements qui, tout en confirmant l'objectif du plan Solidarité grand âge d'un taux d'encadrement « au chevet » (aides-soignantes et infirmières) de 1 pour 1, devra permettre d'atteindre immédiatement une norme minimale d'encadrement de 0,8 ETP pour un résident ;

→ en mettant en place un lieu médicalisé dédié, avec une permanence de télémédecine ;

→ en développant les animations socio-culturelles ;

→ en les intégrant davantage dans le réseau des acteurs locaux du soin et de l'accompagnement.

AXE 5 : SE DONNER LES MOYENS : RECRUTER DANS LES MÉTIERS DE L'ACCOMPAGNEMENT ET MIEUX SOUTENIR LES AIDANTS

Les métiers de l'accompagnement : reconnaître et valoriser leur contribution essentielle à la prévention de la perte d'autonomie

PRÉCONISATION #16

Poursuivre la revalorisation des métiers et des conditions de travail et consacrer le rôle que jouent les professionnelles et professionnels de l'accompagnement dans la prévention de la perte d'autonomie. Pour cela :

→ considérer le temps qu'exigent la vigilance sur l'évolution de l'état physique et mental de la personne et le maintien de ses liens sociaux en garantissant des interventions à domicile d'une durée minimum d'une heure ;

→ mieux intégrer ces professionnelles et professionnels dans le réseau qui entoure la personne en rémunérant les temps d'échange et de coordination ;

- intégrer la mission de prévention de la perte d'autonomie, incluant une fonction de chargé.e de prévention, dans les prestations socles des futurs services autonomie à domicile afin de renforcer le repérage des fragilités et le lien social et l'orientation vers les ressources de prévention disponibles sur le territoire (actions individuelles et/ou collectives) ;
- renforcer l'accès et les moyens de la formation continue et les possibilités de validation des acquis de l'expérience.

Consolider le soutien aux aidants

PRÉCONISATION #17

Soutenir les aidantes et aidants, acteurs à part entière de la prévention de la perte d'autonomie :

- en les formant aux différents signes de fragilités, aux différents stades de l'aidance et en les associant étroitement au parcours d'autonomie mis en place pour la personne aidée ;
- en leur donnant des outils et des clés pour mieux gérer et se préserver des difficultés au quotidien (psychoéducation) ;
- en encourageant la mise en œuvre de journées de formation et de sensibilisation en entreprise sur les missions des proches aidants auxquelles pourraient être associés les associations et acteurs publics du secteur ;
- en renforçant leur information sur les dispositifs de soutien ainsi que sur les aides financières permettant de limiter le reste à charge ;
- en facilitant leur accès à une offre de répit adaptée et en les incluant dans les programmes de prévention de la perte d'autonomie, pour veiller à leur santé.

PRÉCONISATION #18

Augmenter le montant de l'allocation journalière du proche aidant (Ajpa) et aligner la durée du congé de proche aidant sur celle du congé de présence parentale.

AXE 6 : GOUVERNANCE : PARTIR DE CE QUI A FAIT SES PREUVES ET INTÉGRER PLEINEMENT LA PRÉVENTION DANS UN SERVICE PUBLIC TERRITORIAL DE L'AUTONOMIE À CRÉER

PRÉCONISATION #19

Trois principes doivent guider la gouvernance de la politique de prévention de la perte d'autonomie :

- son intégration dans les missions d'un service public territorial de l'autonomie à créer, qui devra constituer le guichet d'entrée unique associant dans sa gouvernance l'ensemble des parties concernées dont les collectivités territoriales, les Maisons départementales pour les personnes handicapées, les services d'aide et de soins à domicile, les associations d'aidants, les conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie ;
- l'évaluation de ce qui est mis en place au niveau local. Le centre national de ressources de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) peut être l'outil de cette politique en permettant la valorisation des dispositifs qui ont fait leur preuve et leur essaimage si cela est justifié ;
- des ressources suffisantes et une équité entre les territoires, à travers un pilotage national renforcé par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

introduction

Le 8 septembre 2022, le Président de la République lançait le Conseil national de la refondation (CNR). Parmi les 11 grandes thématiques intégrées dans cette démarche, l'une, intitulée « La fabrique du bien vieillir », porte sur les enjeux du vieillissement, en termes d'adaptation de la société, de métiers, de lien social et de citoyenneté des personnes âgées. Ce CNR « Bien vieillir », lancé le 11 octobre 2022 par le ministre des Solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées, devra aboutir, après une phase nationale de restitution, au lancement d'un « plan d'action » en mai 2023.

Le 15 novembre 2022, dans sa contribution aux volets « Santé » et « Bien vieillir » du CNR[1], le Conseil économique, social et environnemental (CESE) rappelait son attachement à une approche globale et coordonnée de la santé, à la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé, au renforcement de la démocratie en santé, à la participation et à la citoyenneté des personnes en situation de handicap. Se référant aux avis qu'il avait adressés au gouvernement sur les questions de santé et de vieillissement ces dernières années et soulignant le caractère systémique de la crise de notre système de santé, il identifiait six grandes priorités : faire de la prévention, en particulier pour la santé-environnement, un axe central et transversal des politiques publiques ; réduire les tensions de recrutements dans les métiers du soin et de l'accompagnement ; remettre la gouvernance et le financement de l'hôpital au service du droit à la santé ; lutter contre les déserts médicaux ; face à la perte d'autonomie, faire du libre choix une réalité et

1 CESE, 15 novembre 2022, *Contribution aux volets « Santé » et « Bien vieillir » du CNR*

organiser localement les synergies ; adopter un plan d'urgence pour la santé mentale.

Dans cette contribution, le CESE annonçait également son intention de se prononcer sur la question de la perte d'autonomie.

Il a fait le choix de consacrer à ce sujet deux avis distincts :

- le premier porte sur la prévention de la perte d'autonomie car de nombreux éléments justifient d'agir sans attendre pour une politique plus effective. Il ne s'agit pas d'un avis sur la prévention de la santé en général, même si la prévention de la perte d'autonomie doit, pour être efficace, être transdisciplinaire et débuter très en amont. Cet avis ne traite pas non plus de la perte d'autonomie liée spécifiquement au handicap : il inclut en revanche dans sa réflexion les conséquences du vieillissement sur la situation des personnes handicapées ;
- un avis distinct traitera ensuite de la question du financement de la perte d'autonomie. En dépit de la création de la 5ème branche de la Sécurité sociale et des dispositions de la loi de financement de sécurité sociale pour 2023, le défi de financement de la perte d'autonomie reste en effet entier : il mérite un débat large auquel la société civile organisée entend prendre toute sa place.

L'allongement de la durée de vie est une bonne nouvelle. Mais le défi de la prévention de la perte d'autonomie est devant nous. Bien qu'elle augmente avec l'âge, la perte d'autonomie n'est pas la conséquence inéluctable du vieillissement. Sa prévention est par conséquent primordiale. Avec cet avis, le CESE fait part aux pouvoirs publics de ses préconisations autour de trois grands principes transversaux, qui font écho à ses précédents travaux[2] :

2 Avis CESE 14 mars 2018 *Pour des élèves en meilleure santé* (Jean-François Naton et Fatma Bouvet de la Maisonneuve), 9 janvier 2019 *Les addictions au tabac et à l'alcool* (Etienne Caniard et Marie-Josée Augé-Caumon) ; 11 juin 2019 *Les maladies chroniques* (Michel Chassang et Anne Gautier), 13 octobre 2020 *L'hôpital au service du droit à la santé* (Sylvie Castaigne, Alain Dru et Christine Tellier), 24 mars 2021, *Améliorer le parcours de soins en psychiatrie* (Alain Dru et Anne Gautier), 24 mai 2022 *Pour une politique publique nationale de santé-environnement au cœur des territoires* (Agnès Popelin-Desplanches et Isabelle Doresse).

→ **il faut agir très en amont.** La prévention de la perte d'autonomie ne se limite pas aux risques dits « du grand âge ». Les expositions diverses liées aux conditions de vie, aux conditions de travail et, parfois, aux comportements individuels ont une incidence sur la perte d'autonomie, sa précocité, les conditions de sa survenue, ses formes, son aggravation. La prévention de la perte d'autonomie doit prendre en compte l'ensemble des éléments qui ont ou qui peuvent, à court, moyen ou long terme, de façon directe ou indirecte, peser défavorablement sur l'autonomie de la personne. Comme toute politique de prévention, celle liée à la perte d'autonomie n'est pas une stratégie autonome et implique, bien au-delà de la santé, un grand nombre de politiques publiques ;

→ **accompagner, c'est prévenir.** Au-delà de cette prévention primaire (qui agit sur les facteurs de risques), les objectifs sont d'intervenir à un stade précoce, en améliorant le dépistage de la perte d'autonomie (prévention secondaire) mais aussi, quand la perte d'autonomie est là, d'éviter ses complications ou ses aggravations (prévention tertiaire). Les aidantes et les aidants, les professionnelles et les professionnels du soin et de l'accompagnement sont en première ligne : ils et elles repèrent les premiers signes de la perte d'autonomie, retardent ses effets, améliorent le sort de la personne. En cela, ces « accompagnants » sont des acteurs majeurs de la prévention de la perte d'autonomie ;

→ **au cœur la prévention de la perte d'autonomie : le libre choix.** Vieillir avec dignité, écrivait le CESE dans un avis de 2018[3], c'est être en mesure de faire valoir ses droits. Le non-respect des droits fondamentaux des plus âgés est encore trop souvent une réalité, conséquence de l'insuffisance des moyens humains et financiers que la France consacre à la santé et à l'accompagnement des plus âgés. Chaque personne a le droit de faire valoir ses choix de vie, à toutes les étapes de son vieillissement : droit de choisir son lieu de vie, droit d'être pleinement citoyenne et de participer aux décisions qui la concernent, mais aussi droit de définir et de conduire son propre projet de vie.

3 CESE 24 avril 2018 *Vieillir dans la dignité* (Marie-Odile Esch)

QUELS MOTS FAUT-IL EMPLOYER ?

Il faut accorder une importance au choix des mots. Ils disent beaucoup de la perception et de la représentation de la vieillesse - son rôle, son statut - dans une société. Premier constat, les situations sont très diverses et il ne faut pas « réduire une personne à son âge » : la vie d'une personne de 60 ans (seuil d'entrée dans le dispositif de l'aide personnalisée à l'autonomie) a peu à voir avec celle des centenaires et « supercentenaires » (110 ans et plus). La distinction entre « 3ème » et « 4ème » âges et plus encore l'expression « avancée en âge » ont l'avantage de tenir compte de cette diversité. Autre constat : le recours aux périphrases est fréquent et trahit la volonté d'écarter des expressions ressenties comme négatives. Les expressions « sages » ou « ainées et ainés » introduisent des éléments positifs (le recul, le savoir, la sagesse) pour contrecarrer les « moins » qu'on associe à l'âge (moins d'aptitude, moins de résistance...). C'est toutefois l'expression « personnes âgées » qui est la plus utilisée : elle ne stigmatise pas, mais elle laisse entière la question du champ de la population concernée (quand est-on « âgé » ?). D'autres expressions montrent la centralité dans nos sociétés du lien au travail : c'est le cas bien sûr du mot « retraité » (qui renvoie aux droits de la personne qui a travaillé) mais aussi plus récemment du terme « senior » qui est une réaction à la représentation trop négative du vieillissement au travail[4]. Dans cet avis, le CESE emploiera plusieurs de ces termes. Mais il parlera aussi de la « vieillesse » et des « vieux », avec cette idée, au centre de cet avis, que le vieillissement de la société est une tendance qu'il faut assumer collectivement et positivement.

4 Le terme « senior » est utilisé par le CESE dans son avis du 25 avril 2018 *L'emploi des seniors* (Alain Cordesse)

PARTIE 01

Etat des lieux

1. La perte d'autonomie est une réalité pour un nombre croissant de Françaises et de Français. Au-delà des personnes directement concernées, elle a un impact majeur sur la vie des proches, des aidantes et des aidants

On peut définir la perte d'autonomie[5] comme le fait d'être limité dans la vie quotidienne : se trouve dans cette situation toute personne confrontée à un problème de santé qui lui impose d'être aidée pour l'accomplissement des besoins essentiels de la vie (se lever, se laver, se nourrir...). C'est à cette définition et à ses deux composantes - une ou plusieurs limitations, la nécessité d'une aide - que fait écho le code de l'action sociale et des familles quand il établit les critères de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)[6]. En effet, l'APA est attribuée à celles et ceux qui souffrent d'un certain niveau de perte d'autonomie constaté par des professionnels sur la base d'un indicateur, le GIR (Groupe iso-ressources). Celui-ci permet d'estimer les besoins d'aides pour réaliser les actes essentiels de la vie quotidienne et varie de 1 (pour les personnes les plus dépendantes) à 6 (pour les personnes les plus autonomes). Seules les personnes de plus de 60 ans évaluées 1 à 4 sont éligibles à l'APA. En pratique, chaque demande d'APA donne lieu à une évaluation des besoins de la personne par une équipe médico-sociale du conseil départemental. C'est aussi le département qui, ensuite, versera l'APA, dont le montant varie selon le degré de perte d'autonomie et les revenus de la personne.

Ainsi comprise, la perte d'autonomie liée au vieillissement concernerait en France près d'1,4 millions de personnes, soit le nombre d'individus bénéficiaires de l'APA (60 % à domicile et 40 % en établissement)[7]. Près de 70 % de ces bénéficiaires sont des femmes (cf. infra).

5 Les termes employés ont leur importance et plutôt que de « dépendance », le CESE parlera de « perte d'autonomie ». Il ne s'agit pas seulement de faire écho à l'évolution du vocabulaire administratif (avec la transformation en 2001 de la prestation spécifique de dépendance en allocation personnalisée d'autonomie ou la création en 2004 de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie), mais aussi de s'inscrire dans une approche respectant la dignité des personnes concernées.

6 Aux termes de l'article L.232-1 du code de l'action sociale et des familles, « *Toute personne âgée résidant en France qui se trouve dans l'incapacité d'assumer les conséquences du manque ou de la perte d'autonomie liés à son état physique ou mental a droit à une allocation personnalisée d'autonomie - APA - permettant une prise en charge adaptée à ses besoins* ». L'APA est destinée aux personnes qui « *[...] nonobstant les soins qu'elles sont susceptibles de recevoir, ont besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou dans l'état nécessité une surveillance régulière* ».

7 CNSA *Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie 2021* : 1 333 541 bénéficiaires de l'APA dont 785 320 à domicile et 548 221 en établissement.

A eux seuls, ces chiffres ne permettent pas de se faire une représentation juste des enjeux de la perte d'autonomie en France.

Ils ne rendent, en premier lieu, pas suffisamment compte de l'importance et de la diversité des parcours. Il faut à cet égard donner une plus juste portée à « l'âge biologique » comme facteur de perte d'autonomie. Certes, la prévalence de la perte d'autonomie croît avec l'âge, mais ce n'est qu'au-delà de 84 ans qu'elle devient la situation majoritaire[8]. Un certain nombre de personnes, de plus en plus nombreuses, avancent en âge sans voir leurs capacités, performances, aptitudes, se modifier de manière significative. Ce « vieillissement réussi » est celui qui se fait avec un bon fonctionnement des fonctions cognitives, locomotrices et sensorielles. Cela montre que si l'âge est bien un facteur de risque, d'autres éléments contribuent à la perte d'autonomie : la maladie, ou plus souvent la poly-morbidité, mais aussi les vulnérabilités liées aux conditions et modes de vie, à la sédentarisation, à la réduction ou à la perte des liens sociaux contribuent, d'une façon difficilement mesurable mais certaine à l'entrée dans la dépendance. C'est d'ailleurs pour cette raison que le terme de « fragilités » est aussi employé : il a l'avantage d'intégrer les dimensions économiques, sociales, psychologiques de la perte d'autonomie mais aussi de mieux montrer que la prévention de la perte d'autonomie doit être un objectif des politiques publiques.

Ces chiffres ne reflètent pas non plus les conséquences de la perte d'autonomie sur l'entourage, les proches, les aidantes et les aidants. Un Français sur 6 est un aidant ou une aidante[9]. Chacune et chacun au cours de sa vie est susceptible d'être l'aidant d'un proche. La majorité des aidants sont des femmes (59 % pour ce qui est de l'aide apportée aux personnes vivant à domicile)[10]. Le nombre d'aidantes et d'aidants augmente avec le niveau de dépendance, jusqu'à 85 ans, avant de se réduire aux âges pour lesquels le niveau de dépendance conduit à choisir la vie en institution. Cet avis y reviendra : la vie - professionnelle, privée et familiale - des aidantes et des aidants est impactée à un niveau encore insuffisamment pris en compte, malgré certains progrès. Leur rôle dans la prévention de la perte d'autonomie est central.

D'autres données sont à considérer parce qu'elles renseignent sur le parcours des personnes en perte d'autonomie et leurs conditions de vie, à rebours des idées-reçues :

→ la part des personnes en perte d'autonomie vivant en établissement (établissement d'hébergement pour personne âgée dépendante - Ehpad -, résidence autonomie, unités de soins de longue durée) augmente avec l'âge : seulement 4 % (hommes et femmes) à 80 ans contre 42 % des femmes et 27 % des hommes à 95 ans[11]. Pour autant, et il faut le souligner, les personnes en perte d'autonomie vivent bien plus souvent à domicile qu'en établissement, et cela pour toutes les tranches d'âge - même les plus âgées - à la seule exception des femmes de 90 ans ou plus ;

8 Insee, France, Portrait social, éditions 2022.
9 DREES, Études et résultats n° 1255, 02/02/2023 : « 9,3 millions de personnes déclarent apporter une aide régulière à un proche en situation de handicap ou de perte d'autonomie en 2021 »
10 DREES, *L'aide et l'action sociale en France*, éditions 2020.
11 Allocataires de l'APA (Insee, France, Portrait social, éditions 2022).

- près de la moitié des personnes âgées aidées le sont uniquement par leur entourage, tandis que 19 % le sont uniquement par des professionnelles et professionnels, le reste recevant à la fois une aide de l'entourage et d'aidantes et aidants professionnels[12] ;
- parmi les limitations sévères, les limitations physiques sont les plus répandues (32 % de personnes âgées de plus de 60 ans en déclarent au moins une), devant les limitations sensorielles (20 % des individus de 60 ans ou plus). Les limitations cognitives concernent 13 % des personnes de 60 ans résidant en établissement, 11 % de celles qui vivent à domicile[13].

Il faut enfin mettre l'accent sur la situation singulière des femmes : davantage concernées par la perte d'autonomie, elles sont aussi des actrices essentielles de sa prévention.

Les femmes sont plus touchées par la perte d'autonomie que les hommes. Elles passent plus d'années que les hommes en mauvaise santé et/ou en situation de dépendance. Il y a là pour partie la conséquence de leur plus grande longévité (les femmes représentent 53 % des personnes âgées de 65 ans et plus, 62 % de celles de 85 ans et plus, 77 % de celles de 95 ans et plus)[14]. Mais ce n'est pas la seule explication. Dans toutes les catégories d'âge, la part des femmes en situation de perte d'autonomie est supérieure à celle des hommes. Ainsi, entre 80 et 84 ans, 14 % des femmes reçoivent l'APA (contre 8 % chez les hommes), 28 % entre 85 et 89 ans (contre 17 % chez les hommes), 56 % après 90 ans (contre 36 % chez les hommes)[15]. Femmes et hommes ne sont pas non plus égaux face au risque de vieillir seul. Les hommes vivent majoritairement en couple (74 % à 65 ans, 65 % à 85 ans), ce qui favorise leur maintien à domicile, tandis que les femmes sont plus concernées par le veuvage (29 % à 65 ans, 55 % à 85 ans). Les femmes sont dans ces conditions davantage concernées par l'isolement et la précarité qui favorisent la perte d'autonomie. Elles passent plus fréquemment les dernières années de leur vie en institution : à 95 ans, 42 % des femmes et 27 % des hommes vivent en institutions[16].

Les femmes sont parallèlement plus mobilisées que les hommes pour aider leurs proches en perte d'autonomie et donc plus exposées aux risques que l'aidance fait peser sur les personnes, leur santé, leur vie privée, familiale et professionnelle. Environ une femme aidée sur cinq et presqu'un homme aidé sur deux le sont uniquement par leur conjoint. 59,5 % des aidants et aidantes des personnes âgées vivant à domicile sont des femmes[17]. Il existe bien, au-delà de la réalité

12 DREES, *L'aide et l'action sociales en France*, édition 2020.
13 DREES, *L'aide et l'action sociales en France*, édition 2020.
14 INSEE, *France, Portrait social*, éditions 2020.
15 INSEE, *France, Portrait social*, éditions 2022.
16 INSEE, *France, Portrait social*, éditions 2020.
17 DREES *L'aide et l'action sociale et France 2022*, Fiche 13: *La perte d'autonomie et les aidants*

démographique, une « asymétrie » dans l'aide conjugale, qui trouve certainement sa source dans les rapports de genre tels qu'ils existent dans notre société. De fait, l'implication des femmes est plus forte tout en étant plus souvent considérée comme « naturelle »[18]. Ainsi, parmi les enfants, les filles sont plus fréquemment engagées que les fils, et s'investissent aussi plus intensément : elles représentent 75 % des enfants qui apportent de l'aide plus de deux heures par semaine à leur parent dépendant[19].

Aidantes « informelles », les femmes sont aussi très majoritaires dans les professions de l'accompagnement. Les métiers de l'aide aux personnes âgées dépendantes sont presqu'exclusivement féminin. Aux éléments caractéristiques de la précarité - faiblesse des rémunérations, contrats courts, temps partiels souvent subis - ces professions ajoutent une forte pénibilité, physique, mais aussi mentale. En 2020, le CESE avait mis en évidence la contribution de ces métiers à la cohésion sociale et formulé des propositions pour leur revalorisation. Aujourd'hui, il le souligne : les femmes qui exercent ces métiers sont les premières à identifier les fragilités, et donc à prévenir la perte d'autonomie.

2. La population française est vieillissante et cette tendance va s'accélérer : c'est maintenant qu'il faut agir

La population française devrait augmenter jusqu'en 2044 pour atteindre 69,3 millions d'habitants. Une diminution s'amorcerait ensuite et la population devrait s'établir à 68,1 millions d'habitants en 2070. En France métropolitaine, seules les régions de l'Occitanie et des Pays de la Loire connaîtraient encore, entre 2050 et 2070, une faible croissance. Dans ce contexte, le vieillissement sera le phénomène marquant des prochaines décennies. La part, parmi la population française, des personnes âgées de 65 ans était de 13,8 % en 1990, de 16,6 % en 2010. Elle rassemble aujourd'hui 21 % des Françaises et des Français et, dans 10 ans, si l'on se réfère au scenario privilégie de l'INSEE, 25 % de la population aura 65 ans ou plus. Cette catégorie d'âge représentera 28 % de la population française dans 30 ans.

C'est la conséquence de l'arrivée à des âges élevés des générations nombreuses du baby-boom, nées entre 1946 et 1974, qui rejoignent, depuis 2011, les 65 ans ou plus. Ce phénomène est aussi le résultat de l'allongement de la durée de vie. Depuis qu'elle est mesurée, en 1946, et à part certaines années qui ont fait exception[20], l'espérance de vie à la naissance a constamment augmenté. Elle est passée de 73,6 ans pour les femmes et 67 ans pour les hommes en 1960 à 85,4 ans pour les femmes et 79,3 ans pour les hommes en 2021.

des personnes âgées.

18 Thomas Julie, et Maks Banens, *Conjoint·e comme avant : genre et frontières des aides conjugale et filiale*, Gérontologie et société, vol. 42/161, no. 1, 2020.

19 Fontaine 2009, dans *L'aide aux personnes âgées n'est-elle qu'une affaire de femmes ? | Cairn.info.*

20 L'espérance de vie à la naissance a baissé en 2020 dans le contexte de l'épidémie de la Covid (- 0.5 an pour les femmes, - 0.6 ans pour les hommes par rapport à 2019), mais elle a de nouveau augmenté en 2021 (+0.3 an pour les femmes, +0,2 an pour les hommes) sans retrouver exactement le niveau de 2019.

La prévention de la perte d'autonomie en Outre-mer mérite une attention particulière dans la mesure où la population de certains territoires ultramarins est confrontée à un vieillissement rapide et à un contexte sanitaire dégradé

La part des personnes de plus de 65 ans a été multipliée par 1,5 entre 1999 et 2014 aux Antilles et à La Réunion[21]. Selon les projections de la DREES, l'augmentation de la part des personnes âgées sera plus forte dans les départements et régions d'Outre-mer (DROM) où la population de 65 ans ou plus devrait plus que doubler d'ici 2050. Le vieillissement sera particulièrement marqué en Guadeloupe et en Martinique qui seraient alors les deux régions françaises avec la part la plus importante de personnes de 65 ans et plus (respectivement 38 % et 42 %). Cette tendance sera moins forte à la Réunion avec 21 % de personnes de plus de 65 ans. La Guyane et Mayotte devraient être épargnées en raison d'un taux de fécondité élevé et d'une immigration importante, avec respectivement 16 % et 9 % de personnes de 65 ans et plus[22].

Le vieillissement rapide de cette population intervient dans un contexte sanitaire plus dégradé qu'en métropole. Dans son avis sur les maladies chroniques[23], le CESE a souligné combien la prévalence de ces pathologies est importante dans ces territoires. Très liée au contexte socio-économique, la situation épidémiologique de la population ultramarine est moins favorable que celle de l'hexagone. Les personnes âgées sont en moins bonne santé en Outre-mer qu'en métropole : surcharge pondérale, taux de prévalence du diabète supérieur à la moyenne nationale, santé bucco-dentaire dégradée, taux d'Accidents vasculaires cérébraux (AVC) élevé. La population ultra marine est de surcroît exposée à certains risques environnementaux sur la santé qui sont bien connus et identifiés : pesticides, chlordécone aux Antilles, amiante naturelle en Nouvelle Calédonie, mercure en Guyane, radioactivité résultant des essais nucléaires en Polynésie. Elle a parallèlement moins accès à la prévention que le reste de la population[24].

21 Rapport d'information de l'Assemblée nationale *Le grand âge dans les outre-mer* présenté au nom de la délégation aux outre-mer par Stéphanie Atger et Ericka Bareigts, 2020.
22 DREES, *L'état de santé de la population en France*, septembre 2022.
23 CESE 11 juin 2019 *Les maladies chroniques* (Michel Chassang et Anne Gautier)
24 DREES, *L'état de santé de la population en France*, septembre 2022.

La part des personnes de plus de 60 ans en perte d'autonomie est plus élevée dans les départements et collectivités d'outre-mer qu'en moyenne nationale : 19,1 % en moyenne et même jusqu'à 20,6 % en Guadeloupe, où la part des plus âgés dans la population générale croit du fait du départ des plus jeunes. Selon les projections de l'INSEE, la prévalence de la perte d'autonomie dans les Outre-mer augmenterait de 4 % d'ici 2050. La solidarité familiale est très marquée en Outre-mer. Les personnes âgées en perte d'autonomie vivent en majorité à domicile : seulement 3,1 % de personnes de plus de 75 ans vivaient dans un Ehpad en 2015[25]. Mais cette aide informelle tend à diminuer au fur et à mesure que les réseaux d'aidants familiaux se réduisent du fait du départ des jeunes ultramarins pour étudier, se former et travailler.

En réalité, une seconde « révolution de l'âge » se dessine : celle qui verra, au sein même de la population âgée, les plus de 75 ans occuper une place de plus en plus importante. « *Les gains d'espérance de vie se concentrent désormais aux âges élevés* », indique ainsi l'INSEE, qui fait une distinction entre la période 1947-1997, marquée par la baisse la mortalité infantile et la période 1997-2017 où *« la baisse de la mortalité aux âges élevés – après 70 ans – explique les deux tiers du gain d'espérance de vie »*[26]. Leur part croît pour le moment relativement lentement (de 9 % en 2012 à 10 % en 2022). Mais le rythme de cette augmentation s'accélère : les 75 ans et plus devraient constituer à eux seuls 13 % de la population en 2023, 16 % en 2052. Les 75-84 ans étaient 4,1 millions en 2020, ils seront 6,1 millions en 2030 et 6,8 millions en 2040. La France devrait compter, en 2070, 13,7 millions de personnes âgées de 75 ans ou plus et 6,3 millions de personnes de 85 ans ou plus. Dans cette même période, les effectifs des moins de 60 ans diminueront et ceux de la tranche 60-75 ans resteront à peu près identiques.

Plus encore que durant la décennie entamée (avec une augmentation de 7 % des 85 ans et plus entre 2020 et 2030), c'est au cours de la prochaine décennie que le nombre de « très âgés » va augmenter (+ 58 % de 85 ans et plus entre 2030 et 2040). En d'autres termes, il est encore possible d'anticiper les conséquences de ce mouvement, mais il faut agir maintenant pour la prévention de la perte d'autonomie.

25 Rapport d'information de l'Assemblée nationale *Le grand âge dans les outre-mer* présenté au nom de la délégation aux outre-mer par Stéphanie Atger et Ericka Bareigts, 2020.
26 INSEE focus n° 157 – juin 2019, *Les gains d'espérance de vie se concentrent désormais aux âges élevés*.

3. La perte d'autonomie n'est pas une fatalité. Mais face à ce risque, les inégalités sont fortes. Ce sont là les enjeux d'une politique de prévention de la perte d'autonomie nécessairement multisectorielle

Cela a déjà été souligné : la perte d'autonomie est liée à un état de santé dégradée, elle n'est pas la conséquence incontournable du vieillissement. En France, sur 10 décès, seuls 4 sont ceux de personnes ayant connu la perte d'autonomie, dont 2 de façon sévère[27]. Même parmi les 85 ans et plus, la perte d'autonomie n'est pas la situation la plus fréquente. Reste que l'avancée en âge augmente le risque et que dans une société massivement plus âgée, la prévalence de la perte d'autonomie sera bien plus forte.

La perte d'autonomie n'est pas une fatalité, mais son risque n'est pas le même pour tous. Il y a là la conséquence du poids persistant des inégalités de santé[28]. Elles sont, d'abord, observables à travers les écarts dans l'espérance de vie. En 2012-2016, les hommes parmi les 5 % les plus aisés, qui disposent en moyenne de 5 800 euros par mois, ont une espérance de vie à la naissance de 84,4 ans. À l'opposé, les 5 % des hommes les plus modestes, qui vivent avec 470 euros par mois, ont une espérance de vie de 71,7 ans. Chez les femmes, l'espérance de vie à la naissance des 5 % les plus aisées atteint 88,3 ans, contre 80 ans pour les 5 % les plus modestes. Aux alentours d'un niveau de vie de 1 000 euros par mois, 100 euros supplémentaires sont associés à 0,9 ans d'espérance de vie de plus chez les hommes et 0,7 ans chez les femmes[29]. Les données statistiques manquent pour mesurer les réalités vécues par les plus précaires, mais les informations que recueillent les acteurs associatifs sont frappantes : ainsi l'âge de décès moyen des personnes sans domicile fixe serait de 48 ans, 30 ans inférieur à celui du reste de la population, selon le collectif « les morts de la rue »[30].

Toutes les années de vie gagnée ne sont pas vécues en bonne santé. Et, sur ce plan également, les inégalités sociales sont fortes.

L'examen de l'indicateur « espérance de vie sans incapacité » (EVSI) est pertinent de ce point de vue : il donne le nombre d'années qu'une personne peut compter vivre sans incapacité dans les gestes de la vie quotidienne.

27 Source : ministère des Solidarités et de la Santé 2020 (Stratégie Vieillir en bonne santé).
28 Dans son avis sur *les inégalités sociales de santé* du 17 février 2022, la CNCDH voit dans ces inégalités « *un problème sous-estimé par les pouvoirs publics* » et souligné l'importance de « *respecter la définition du droit à la santé et des engagements internationaux qui y sont rattachés en plaçant la lutte contre les inégalités sociales de santé au cœur des politiques publiques* ».
29 Nathalie Blanpain, *L'espérance de vie par niveau de vie : chez les hommes, 13 ans d'écart entre les plus aisés et les plus modestes*, INSEE Première, n° 1687, février 2018.
30 Collectif Les morts de la rue, Rapport annuel 2021 *sur la mortalité des personnes sans domicile en 2020*.

En France, et sur une longue période, cet indicateur a augmenté mais de façon moins régulière que l'espérance de vie[31].

L'examen de l'ESVI à 65 ans, qui se concentre sur les années vécues, pour une majorité de Françaises et de Français, après la vie active, montre qu'en France, une femme de 65 ans peut espérer vivre 12,1 ans sans incapacité et un homme 10,6 ans[32].

Les évolutions de l'EVSI doivent être interprétées avec prudence, sur longue échéance[33], parce que cet indicateur repose sur l'appréciation que se font les personnes elles-mêmes de leur état de santé[34]. Cette part subjective renforce aussi son intérêt : elle fait écho à la définition globale de la santé donnée par l'OMS, comme un « état de bien-être physique, mental et social » (et non pas seulement comme l'absence de maladie). Toujours pour l'OMS, le « bien vieillir » renvoie à une bonne santé associée à des capacités intellectuelles préservées et une intégration sociale[35]. C'est autour de ces définitions et de ces objectifs que le CESE entend se placer avec cet avis.

L'EVSI renseigne indirectement sur le poids des incapacités physiques, des maladies chroniques, des états de santé fragiles, des troubles de la santé mentale qui altèrent la qualité de vie des personnes. Il a pour avantage de renvoyer à l'ensemble des déterminants (économiques, sociaux, environnementaux…) qui influencent l'état de santé des personnes. L'analyse qu'en fait chaque année le CESE révèle d'ailleurs de fortes inégalités[36] : inégalités de genre (les femmes vivent plus longtemps, mais plus longtemps en incapacité), inégalités entre les territoires (plusieurs départements d'outre-mer, des Hauts-de-France et des régions Grand-Est et Centre cumulent une espérance de vie à 60 ans plus faible et un nombre plus élevé d'années vécues en mauvaise santé)[37], mais aussi de très fortes inégalités socio-professionnelles et sociales : on parle à cet égard de la « double peine » des moins favorisés qui cumulent une espérance de vie plus faible et des années vécues avec des incapacités plus nombreuses[38].

31 Espérance de vie et EVSI à la naissance, données INSEE 2020. Il faut distinguer l'EVSI à 65 ans de l'EVSI à la naissance, qui tient compte de la survenue éventuelle d'incapacités tout au long de la vie (pas seulement à celles qui surviennent au-delà de 65 ans). Cette dernière est de 65,9 ans pour les femmes (avec 85,1 d'espérance de vie) et de 64,4 pour les hommes (79,1 ans d'espérance de vie) en 2021, ce qui place la France juste dans la moyenne européenne.

32 DREES, *L'état de santé de la population en France*, septembre 2022.

33 Ainsi, la DREES relève qu'en 2020, les effets de l'épidémie de covid-19 ont entrainé une forte augmentation du nombre de décès, ce qui s'est traduit à la fois par une baisse de l'espérance de vie à 65 ans et par une réduction du nombre de personnes déclarant des incapacités modérées, « *si bien que, dans un contexte de hausse de la mortalité, l'espérance de vie sans incapacité a dans l'ensemble progressé légèrement, pour les hommes comme pour les femmes* ». 'DREES, Études et résultats, octobre 2021, n° 1213.

34 L'indicateur EVSI est établi sur la base des réponses d'un échantillon de personnes à la question : « *êtes-vous limités depuis au moins six mois, à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement ?* ».

35 OMS, *Rapport mondial sur le vieillissement et la santé*, 2015.

36 Pour un examen de l'indicateur EVSI, et des inégalités qu'il révèle : voir les contributions de la commission des Affaires sociales et de la santé au rapport annuel sur l'état de la France du CESE.

37 INED, communiqué de presse 19 octobre 2021, *Vit-on plus longtemps en bonne santé dans certains départements ?*

38 E. Cambois et Al. *La « double peine » des ouvriers : plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte*, Population et sociétés n° 441 janvier 2009 et Inégalité sociale de santé : *pour qui la retraite sonnera ? Les inégalités d'espérance de vie en bonne santé avant et après 65 ans*, BEH n° 8-9 du 8 mars 2011.

Ces analyses montrent bien toute l'importance d'une approche multisectorielle - sanitaire, sociale, mais aussi économique et environnementale - de la prévention. La santé d'une personne ne peut pas être réduite à son comportement écrit la CNCDH, en soulignant le poids des conditions de vie, de travail, de logement, d'alimentation, de l'environnement[39]. Nécessaire, l'action sur les comportements individuels doit tenir compte des déterminants économiques, sociaux et environnementaux de la santé. Surtout, elle doit se réaliser dans le cadre d'une action bien plus globale des pouvoirs publics sur les facteurs d'exposition et sur les conditions de vie et de travail. Celle-ci doit être co-construite avec les acteurs des territoires et adaptée aux particularités des contextes et des publics[40]. Il faut se placer dans l'approche *One Health* promue par l'OMS, c'est-à-dire tirer enfin les conséquences du lien étroit entre la santé de l'homme et le bon fonctionnement des écosystèmes.

Cette transversalité est impérative pour la prévention de la perte d'autonomie : ce n'est pas le vieillissement lui-même qui conduit à la perte d'autonomie, mais plutôt l'accumulation d'expositions diverses, entraînant la multiplication de pathologies et de fragilités non compensées.

Dans cette approche, la prévention de la perte d'autonomie passe par le maintien le plus longtemps possible des capacités fonctionnelles. Mais elle implique aussi d'agir sur tout ce qui permet, ou pas, de compenser la perte d'autonomie. En effet, les conséquences d'un déficit sensoriel (de la vision, de l'audition), d'une réduction des capacités fonctionnelles, d'une maladie chronique (un diabète, par exemple, selon qu'il est ou non dépisté à temps puis bien contrôlé) seront radicalement différentes selon que les personnes peuvent ou non les compenser. Les formes que prend cette compensation sont multiples : il peut s'agir des aménagements de l'habitat de la personne, des conditions dans lesquelles elle peut accéder aux soins, des solidarités qui l'entourent, plus largement de son environnement : toutes choses qui lui permettent de se déplacer, de se nourrir, de maintenir une vie sociale autonome, d'accéder aux loisirs, à la culture, aux sports. La prévention de la perte d'autonomie est aussi une affaire d'aménagement du territoire et de préservation des écosystèmes. On le voit donc : elle est loin de n'être qu'une affaire de médecine.

39 Avis de la CNCDH sur *les inégalités sociales de santé* du 17 février 2022 précité.
40 Cf. les avis du CESE cités en note de bas de pages n° 2.

4. On ne part pas de rien : la France affiche depuis plusieurs années l'objectif « d'adapter la société au vieillissement » et de nombreux acteurs interviennent. L'ambition est là, mais, si l'on se place du point de vue des citoyennes et des citoyens, l'action des pouvoirs publics manque de visibilité et d'effectivité

Il y a plus de 7 ans que la loi d'adaptation de la société au vieillissement (ASV) a été votée[41]. Consulté en 2014 sur ce qui était alors un projet, le CESE avait favorablement accueilli les orientations annoncées. Le choix d'une prise en charge globale et inclusive, au-delà du seul accompagnement médico-social, lui semblait pertinent. L'élan annoncé par la loi ASV n'a pas été suivi d'une politique de l'âge à la hauteur de ses objectifs.

La loi ASV a certes permis plusieurs mesures phares dont la revalorisation de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), la mise en place des conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie ou la création d'un congé de proche aidant. Mais son application s'est heurtée à des difficultés que le CESE a d'ailleurs pu relever dans son avis *Vieillir dans la dignité* de 2018. La loi a consacré le chef de filat des départements et le rôle des acteurs locaux. Il a pu en résulter des inégalités territoriales, entre bonnes pratiques dans certains lieux et retards dans d'autres. Malgré le travail engagé par la CNSA, les disparités territoriales persistent dans l'attribution de l'APA et sont le signe de disparités dans l'appréciation des niveaux de dépendance et dans les financements.

Plusieurs évolutions sont intervenues après la loi ASV, de la mise en place du site internet bienvieillir.fr, à la présentation en janvier 2020 de la stratégie *Vieillir en bonne santé* et, bien sûr, la création par la loi du 7 aout 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie d'une cinquième branche consacrée à l'autonomie dont la gestion a été confiée à la CNSA.

La mise en œuvre de ces actions repose sur les collectivités locales (les départements, le bloc communal[42]) mais aussi sur les caisses de retraite. Dans l'ensemble, les acteurs qui interviennent sont nombreux, et cela est justifié. Pour autant, plusieurs rapports récents déplorent une politique trop complexe, peu lisible et un manque de pilotage. Le CESE partage ces analyses et cet avis y reviendra. Pour sa part, il voit un paradoxe entre, d'un côté, la reconnaissance, par les pouvoirs publics, de la nécessité que de multiples acteurs s'investissent sur le sujet et, de l'autre, l'aggravation des situations de « déserts de l'autonomie » dans certains territoires, ruraux ou urbains. L'insuffisance des recrutements dans les professions de l'accompagnement - liée en grande partie à un manque de reconnaissance et à des conditions de travail peu attractives - est un obstacle majeur : les changements passeront par la reconnaissance de leur rôle crucial dans la prévention de la perte d'autonomie et par la revalorisation statutaire, salariale et des conditions de travail de ces professions.

41 Avant la loi ASV du 28 décembre 2015, les plans « *Vieillissement et solidarités* » (2003), « *Solidarité grand âge* » (2006), « *Bien vieillir* » (2007-2009) et le plan national d'action de la prévention de la perte d'autonomie (septembre 2015) listaient plusieurs objectifs et mesures, qui s'ajoutaient à de multiples plans sectoriels sur, entre autres, l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques (2007-2010), le « plan Alzheimer ».

42 Communes et établissements publics de coopération intercommunale

La prévention de la perte d'autonomie était affichée comme un objectif transversal, dans la loi ASV, irriguant l'ensemble du texte. Mais c'est peut-être sur ce point que les résultats sont le plus décevants.

La prévention de la perte d'autonomie, au sens où l'entend cet avis, n'est pas seulement l'affaire de la médecine et des soins, elle exige une action plus globale - et donc certainement plus difficile à mettre en œuvre.

Elle passera par une mise en cohérence de nombreuses politiques publiques. Il faut se donner les moyens de cette ambition. Cela aura un coût, mais il faut le considérer comme un investissement et le mettre en rapport avec le « coût de l'inaction »[43].

43 Cour des comptes, *La prévention de la perte d'autonomie. Construire une priorité partagée*, rapport public thématique, novembre 2021

PARTIE 02

Les préconisations du CESE

La prévention de la perte d'autonomie ne doit pas s'envisager de façon uniquement médicale : l'approche doit être globale et profiter à tous et toutes. Cela impose de changer de regard sur l'âge. C'est un préalable pour intégrer la prévention de la perte d'autonomie dans l'élaboration des politiques publiques, en particulier celles qui contribuent au cadre de vie (urbanisme, préservation des écosystèmes, mobilité, transports, sport, culture…) (axe 1).

Beaucoup se joue avant le vieillissement. L'état de santé des personnes est le reflet de leurs conditions de vie, de travail, et de la qualité de leur environnement : tous les facteurs de risque, les expositions, l'exposome doivent faire l'objet d'un suivi plus approfondi. Il s'agit, à travers cette prévention primaire, de peser sur les grands déterminants de santé et de l'autonomie mais aussi d'agir très en amont sur les facteurs de risque (axe 2).

Les inégalités sociales sont fortes face au risque de perte d'autonomie sans que les politiques publiques conduites jusqu'alors ne parviennent à les atténuer.

Il faut redoubler d'effort pour atteindre les personnes qui, en raison de la précarité et de l'isolement en particulier, sont les plus concernées (axe 3).

L'habitat apparaît comme un facteur de risque de perte d'autonomie, alors qu'à travers une plus grande anticipation, il peut contribuer à sa prévention (axe 4).

De la même façon, le rôle de certains acteurs est insuffisamment reconnu : le CESE est convaincu qu'un plus grand soutien aux aidantes et aux aidants et qu'une meilleure valorisation des professionnelles et professionnels de l'accompagnement permettrait de prévenir la perte d'autonomie (axe 5).

Enfin, la prévention de la perte d'autonomie doit trouver toute sa place dans la gouvernance, encore trop complexe et peu lisible, de l'autonomie (axe 6).

A. Axe 1 : Un préalable : reconnaître la place des personnes âgées dans la société et les associer davantage aux choix de politique publique

Avec cet avis, le CESE rejoint celles et ceux qui depuis plusieurs années appellent à mettre fin à l'âgisme, cette attitude de discrimination ou de ségrégation à l'encontre des personnes âgées. L'OMS fait de la lutte contre ce phénomène une priorité, soulignant que le préjugé contre l'âge est un préjugé contre tout le monde « *puisque, à mesure que la longévité augmente, nous nous efforçons d'en devenir les victimes ultimes* ». L'âgisme peut aussi bien toucher les plus âgés que les plus jeunes dès lors que l'âge « *est utilisé pour catégoriser et diviser les gens d'une façon qui entraîne des préjudices, des désavantages et des injustices* »[44]. La cohésion intergénérationnelle a été très durement mise à l'épreuve par l'épidémie de Covid-19 et par les mesures prises pour limiter son impact sur la santé. Ce n'est dans l'intérêt de personne, ni des jeunes ni des vieux, de laisser une société discriminer selon l'âge, et cela dans tous les domaines, singulièrement le travail ou la santé.

La perte d'autonomie, sa prévention, appellent certes des réponses sanitaires, sociales et médico-sociales. C'est de fait sur elles que se focalisent les politiques publiques dites de la dépendance ou de la perte d'autonomie. Dans un avis de 2018, le CESE disait combien l'amélioration de l'accompagnement et des conditions de vie des plus âgés dans les Ehpad était un impératif pour permettre à chacun de « vieillir dans la dignité »[45]. Et, de fait, cinq ans après, le « scandale des Ehpad » montre que l'urgence est encore là[46].

Ces éléments sont incontestables mais ils entretiennent l'image négative de la vieillesse[47]. La maladie, l'isolement, mais aussi l'angoisse de l'approche de la mort, sont des réalités qui construisent la perception que chacun se fait du vieillissement. Il ne s'agit pas de les nier ni même de les minimiser. Il n'en reste pas moins qu'ils contribuent à une vision partielle et tronquée du vieillissement que les personnes âgées elles-mêmes intègrent sans nécessairement en avoir conscience[48]. Bien plus qu'â l'âge lui-même, la perception et la

44 OMS, *Rapport mondial sur l'âgisme*.
45CESE, 24 avril 2018, *Vieillir dans la dignité* (Marie-Odile Esch).
46 Défenseur des droits, *Suivi des recommandations du rapport de novembre 2021 sur le respect des droits fondamentaux des personnes âgées accueillies en Ehpad*, 16 janvier 2023.
47 La crise entretient « *l'Ehpad bashing* », aux conséquences très négatives sur la perception du vieillissement en France et sur l'attractivité des métiers dans ces établissements.
48 Pour Laure Adler, écrivaine et journaliste, auteure de *La voyageuse de nuit*, auditionnée par la commission des affaires sociales et de la santé le 16 novembre 2022, face aux individualismes et au culte de la jeunesse, les personnes âgées se sentent « *en trop* », dans une société « *qui attend qu'elles partent* ». La subjectivité l'emporte : « *je suis vieux, non pas en raison de mon âge, mais parce que la société me considère comme tel* ». Ainsi, « *Le jeunisme rétrécit nos vies quel que soit l'âge qu'on a* ».

représentation du vieillissement sont personnelles, liées à son épanouissement, à sa vie sociale, à la capacité à se projeter, mais aussi à l'image que la société renvoie de soi. La prévention de la perte d'autonomie passera par la lutte contre cette perception négative de soi, qui a, chez les personnes âgées, des conséquences bien réelles sur leur bien-être et leur santé (accélération du vieillissement cérébral, comportements à risque comme le non suivi d'un traitement…).Cela nécessite aussi un travail sur l'entourage et le territoire de vie afin de faire évoluer la société, en proximité, en ce qui concerne nos relations, nos représentations et nos modes de relations avec les personnes vieillissantes.

Il faut rappeler la place essentielle et la forte participation des aînés à la cohésion sociale. Les personnes âgées sont des aidants et des aidantes de leurs enfants - en gardant leurs petits enfants (les aînés sont un mode de garde régulier ou occasionnel pour 2/3 des jeunes enfants[49]) -, mais aussi de leur conjoint, et de plus en plus souvent, de leur propres parents (cf axe 4). Étant généralement plus disponibles, et avec une expérience, les seniors sont investis dans la vie publique : au 1er janvier 2018, plus de deux maires sur cinq étaient retraités, près de 63 % des maires avaient 60 ans ou plus[50]. On sait aussi que les personnes âgées contribuent fortement à l'activité associative et bénévole. Plus de la moitié de responsables associatifs sont des retraités ou retraitées. 36 % des plus de 65 ans sont bénévoles dans une association. Trois bénévoles sur dix ont plus de 65 ans[51]. France bénévolat souligne à ce propos que le bénévolat est « une activité utile à la société » et qu'il est en même temps « un moyen pour « bien vieillir »[52]. Ce lien entre le bénévolat et la préservation du bien-être physique et psychologique (la santé au sens de l'OMS), est pour le CESE un élément fondamental. Il confirme la relation doublement bénéfique qui existe entre la prévention de la perte d'autonomie liée au vieillissement et la cohésion sociale.

Il faut d'abord « changer le regard » sur la place des vieux dans notre société. La conscience de la complémentarité entre les générations passera notamment par des activités éducatives qui renforcent l'empathie et dissipent les idées fausses, ainsi que par des activités intergénérationnelles qui réduisent les préjugés. Parallèlement, la communication en faveur d'une visibilité accrue des personnes âgées et d'une perception plus positive de leur rôle doit être renforcée. La « Semaine bleue » a pris au début des années 90 la suite de la « Semaine nationale des retraités et des personnes âgées et de leurs associations ». Elle a évolué et porte désormais un message moins compassionnel et plus positif. Son organisation a l'avantage de reposer sur une structure existante (un comité national, composé d'associations et d'organismes nationaux et dont le secrétariat est assuré par l'UNIOPPS ainsi que des comités départementaux). Elle pourrait servir de base à l'élaboration

49 DREES, juin 2018, *Les grands parents : un mode de garde régulier ou occasionnel pour deux tiers des jeunes enfants*

50 La proportion de conseillers municipaux de 60 ans ou plus était de 37,3 % (41,2 % pour les conseillers départementaux, 55,8 % pour les conseillers communautaires et seulement 27,5 % pour les conseillers régionaux et territoriaux). Source : ministère de l'Intérieur, *Les élus locaux*, 2018

51 CESE, 28 juin 2022, *Engagement bénévole, cohésion sociale et citoyenneté* (Marie-Claire Martel et Jean-François Naton).

52 France bénévolat, *La place des séniors dans le bénévolat*, 2014.

d'une campagne de communication de plus grande ampleur en faveur d'une visibilité accrue et d'une perception plus juste des personnes âgées et de leur rôle dans la société. Il faut, au-delà, mettre en avant la complémentarité entre générations et réaliser, comme le demandait le CESE dans le contexte de la crise sanitaire, « *un travail d'après-crise de reconstruction de la cohésion sociale* »[53] autour de la protection des plus vulnérables, quel que soit leur âge.

PRÉCONISATION #1

Co-construire, en particulier dans le cadre de la « Semaine bleue » et avec les organisations représentatives des personnes âgées, une nouvelle campagne nationale de communication ainsi que des actions intergénérationnelles pour valoriser la contribution positive des personnes âgées à la cohésion sociale.

Il faut ensuite associer davantage les plus âgés à la définition, à l'évaluation de toutes les politiques publiques qui les concernent. Les plus âgés sont des citoyens qui doivent être en mesure de participer aux choix et d'orienter toutes les politiques publiques qui les concernent. Elles sont nombreuses et cela ne doit pas se limiter aux politiques dites « de l'âge » ni même aux politiques sociales. Cet avis reviendra sur la question de l'habitat. Au-delà, la ville, l'urbanisme et la mobilité sont au centre des enjeux et doivent s'adapter au vieillissement démographique. Les choix urbanistiques et architecturaux montrent la place donnée respectivement au *cure* (le traitement curatif, que l'on reçoit dans un lieu conçu rationnellement autour de cet objectif) et au *care* (le « prendre soin », qui passe notamment par une ville et une architecture accueillantes et bienveillantes)[54]. Ils reflètent aussi la place donnée, dans la conception de la ville, des équipements et des logements au vieillissement, à l'inclusion des plus vulnérables et des plus précaires, aux interactions entre les personnes, à la visibilité des plus fragiles. En matière d'urbanisme, les choix qui tiennent compte de la situation des personnes âgées répondent aussi aux besoins d'autres populations : personnes handicapées, parents avec poussettes, par exemple.

Le CESE doit, une fois de plus, déplorer les retards pris dans la mise en œuvre de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées qui prévoyait que tout établissement

53 Déclaration du CESE de décembre 2020, *Jeunes, le devoir d'avenir*, portée par Bertrand Coly au nom du Bureau.
54 Audition de Luc Broussy, président de France Sylver éco, Eric de Thoisy, Directeur de la recherche au cabinet Scau architecture et Guillaume Baraibar, urbaniste architecte au cabinet Scau architecture, devant la commission des affaires sociales et de la santé du CESE, 16 novembre 2022.

recevant du public, neuf ou ancien, devait être accessible au 1er janvier 2015.

L'accessibilité des services publics est aussi un enjeu pour la prévention de la perte d'autonomie. La Défenseure des droits a rendu publique en septembre 2021 une enquête qui révèle que près d'un quart des personnes âgées de 65 ans et plus sont confrontées à des difficultés dans leurs démarches administratives, et que cette proportion augmente fortement avec l'âge (21 % des 65-74 ans, 38 % des 75-84 ans et 85 % des 85 ans ou plus)[55]. Pour autant, l'usage du numérique croît, y compris chez les plus âgés. S'il est intéressant de développer la digitalisation, des alternatives permettant un contact humain et une possibilité de faire les démarches autrement doivent être préservées. Les personnes âgées doivent être associées à la conception des outils numériques (cf. l'encadré sur le numérique). De même, le déploiement des maisons France Service, qui rassemblent plusieurs services dans un lieu unique dans certains territoires (zones rurales mais aussi quartiers prioritaires de la politique de la ville), ne sera pas suffisant s'il ne répond pas aux pratiques et aux attentes des plus âgés confrontés à des difficultés dans leur démarches quotidiennes (santé, retraite, accompagnement social, logement…).

De nombreuses études[56] ont démontré les bienfaits des pratiques culturelles sur la santé, d'ordre physiologique, psychologique, social et comportemental. De fait, les personnes âgées participent au portage et bénéficient des projets et des pratiques culturelles dans les territoires : il faut s'assurer de la co-construction des politiques culturelles par l'ensemble des publics présents sur le territoire et susceptibles d'en bénéficier. Cela contribuera ainsi, au profit de tous, à l'amélioration de la visibilité, de la diversité et de l'accessibilité de l'offre culturelle.

Enfin, la pratique sportive est un vecteur majeur de prévention de la perte d'autonomie. Certains sports, plus nombreux que ce que des préjugés font croire, peuvent se pratiquer à tout âge. Dans d'autres cas, la pratique sportive doit être adaptée et le CESE a déploré les décalages entre besoins et offres, l'inadaptation des équipements sportifs, ainsi que le manque d'offre d'accompagnement qui nuisent au développement des pratiques[57].

Les collectivités territoriales peuvent, bien au-delà de leurs politiques dites « de l'âge », ou même des seules politiques sanitaires et sociales, contribuer à la prévention de la perte d'autonomie. Sans formuler des préconisations sur le contenu de chacune de ces politiques, le CESE estime que des modifications sont possibles.

Au niveau des villes et intercommunalités, la place donnée aux concepts comme la « ville du quart d'heure » (où tous les services essentiels sont à une distance d'un quart d'heure à pied ou à vélo) ou la reconnaissance de la pertinence de l'indicateur de « marchabilité » (défini comme la capacité d'un territoire à susciter la pratique de la marche)

55 Défenseur des droits, *Difficultés d'accès aux droits et discriminations liées à l'âge avancé*, septembre 2021.
56Elles sont recensées par l'OMS dans sa publication de 2019 *What is the evidence on the role of the arts in improving health and weel being? A scoping review*.
57 CESE, 10 juillet 2017, *L'accès du plus grand nombre à la pratique d'activités physiques et sportives* (Muriel Hurtis et Geneviève Sauvageot) et CESE, 29 mars 2023, *Développer le parasport en France : de la singularité à l'universalité, une opportunité pour tous et toutes* (Dominique Carlac'h et Amrie-Amélie le Fur).

sont les signes d'une prise de conscience. Les changements ne se concrétiseront qu'à travers un renforcement de la place donnée à ces objectifs dans les documents d'urbanisme. Les plans locaux d'habitat (qui définissent la politique de l'habitat pour 6 ans sur la base d'un diagnostic) doivent donner davantage de place à l'adaptation des logements aux besoins spécifiques liés aux personnes âgées. La même vigilance doit s'imposer dans les plans locaux d'urbanisme et dans les plans de déplacements urbains pour ce qui est de l'emplacement géographique et de la configuration des logements destinés aux plus âgés. Il faut veiller à la bonne articulation de ces politiques d'habitat et d'urbanisme avec les politiques sociales des départements en favorisant la mixité sociale et en luttant contre les déséquilibres territoriaux : c'est le rôle du plan départemental de l'habitat[58].

Les progrès passeront aussi par les décisions des élus et élues, qui devraient notamment privilégier les choix de signalétique et de mobiliers urbains (panneaux, bancs, trottoirs...) plus adaptés aux personnes âgées. Le label « Villes amies des ainés » développé par le Réseau Francophone des Villes amies des ainés est une démarche positive parce qu'au-delà de la labélisation, elle propose des formations aux élus et élues et permet des partages d'expériences.

Dans les départements, les conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA), créés par la loi d'adaptation de la société au vieillissement (ASV), auraient dû assurer l'association des personnes âgées à la définition des politiques. Présidé par le président du conseil départemental, le CDCA est composé de deux formations (personnes âgées, personnes handicapées) et de plusieurs collèges. Dans la formation personnes âgées, le premier collège comprend des représentants de retraités, des personnes âgées et des aidants et le 4ème collège (commun aux deux formations) des représentants des autres personnes physiques ou morales concernées par les politiques de l'autonomie et de la citoyenneté. Tel qu'il est énoncé dans les textes, le champ d'intervention des CDCA est large : ils peuvent se prononcer sur les politiques de prévention de la perte d'autonomie, d'accompagnement médico-social et d'accès aux soins et aux aides humaines ou techniques, mais ils sont également compétents en matière d'accessibilité, de logement, d'habitat collectif, d'urbanisme, de transport, de scolarisation, d'intégration sociale et professionnelle et d'accès à l'activité physique, aux loisirs, à la vie associative, à la culture et au tourisme.

Les difficultés viennent de la pratique : variable selon les départements, la place qui leur est donnée est globalement décevante. Elle ne permet pas de faire des CDCA, comme la loi ASV l'avait pourtant affiché, les vecteurs d'une plus grande participation des personnes âgées aux politiques publiques qui les concernent. Ainsi, une synthèse de leur activité réalisée

58 Les départements sont aussi impliqués dans les politiques de l'habitat à travers la réalisation de plans départementaux de l'habitat (PDH) élaborés de manière partenariale avec l'Etat et les intercommunalités couvertes par un programme local de l'habitat (PLH) notamment.

par la CNSA en juin 2022[59] montre que seuls 37 % des CDCA se sont réunis en formation « personnes âgées » en 2019-2020, que le nombre moyen d'ETP dédié au fonctionnement des CDCA ne s'élève qu'à 0,4 et que le montant moyen dont disposent les CDCA pour fonctionner (en dehors des salaires) ne dépasse pas 3 300 euros.

Le CESE plaide pour le renforcement des CDCA, ainsi que des moyens qui leur sont alloués, autour de plusieurs objectifs.

Il ne devrait pas seulement s'agir de les consulter plus largement sur les différentes politiques considérées isolément, mais bien de leur donner la capacité de veiller à la cohérence de l'ensemble des politiques publiques autour de l'objectif de prévention de la perte d'autonomie.

Ce renforcement du rôle et de la place des CDCA devrait aussi permettre d'en faire des espaces de démocratie participative en matière de prévention de la perte d'autonomie. Pour construire une politique locale mieux adaptée aux réalités des territoires, le CESE propose que des CDCA expérimentent des dispositifs de concertation à une échelle infra-départementale – ce pourrait être celle du bassin de vie[60] - qui associeraient, au-delà des acteurs déjà représentés dans les CDCA, des habitantes et des habitants concernés.

59 CNSA, *Dossier technique : les CDCA, synthèse des rapports d'activité 2019-2020*, juin 2022.
60 Le CESE a déjà eu l'occasion, notamment dans son avis sur l'Hôpital au service du droit à la santé (Sylvie Castaigne, Alain Dru, Christine Tellier) de souligner toute la pertinence, en santé, de la notion de « bassin de vie ». Celle-ci, définie par l'INSEE comme « *le plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès aux équipements et services les plus courants* », a l'avantage de considérer les pratiques des populations, leurs habitudes, leurs déplacements, leurs réseaux, leurs comportements, l'accessibilité des services, en termes de distance et surtout de temps de trajet.

PRÉCONISATION

PRÉCONISATION #2

Intégrer le rôle déterminant des politiques publiques de l'habitat, de l'urbanisme, de la mobilité, de la culture, du sport dans la prévention de la perte d'autonomie. Pour cela :

- → renforcer dans les villes et intercommunalités, la prise en compte du vieillissement dans les plans locaux d'urbanisme, les programmes locaux de l'habitat, les plans de déplacements urbains en cohérence avec les politiques sanitaires et sociales des départements ;
- → consulter systématiquement les conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA) sur les politiques publiques qui, au-delà de celles qui visent expressément la perte d'autonomie, contribuent à sa prévention (logement, habitat, urbanisme, transports, accès aux activités physiques, aux loisirs et à la culture…) et les charger de réaliser, chaque année, un point sur les besoins de la prévention de la perte d'autonomie et leur prise en compte ;
- → par voie réglementaire, ouvrir la possibilité à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) de participer au financement du fonctionnement des conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA).

Un focus particulier doit être porté sur la place qui sera donnée à la prévention de la perte d'autonomie dans les politiques de santé. Dans ses précédents avis[61], le CESE a indiqué que, de son point de vue, les difficultés concernent l'expression des besoins et l'organisation de la réponse, qui ne sont ni suffisamment proches des réalités du terrain, ni suffisamment démocratiques.
Le CESE plaide pour une « territorialisation des politiques de santé » qui assure une plus grande adéquation entre l'offre et les besoins. S'agissant de la prévention de la perte d'autonomie, deux évolutions sont préconisées :

- la première concerne les conseils territoriaux de santé (CTS)[62], chargés de réaliser un « diagnostic territorial de santé » partagé, sur la base duquel doit être établi le « projet territorial de santé ». Pour le CESE, l'absence d'articulation entre les CTS et les CDCA est dommageable car elle ne favorise pas l'association des personnes âgées à la définition des besoins et du projet pour y répondre ;
- la seconde concerne le Projet régional de santé, arrêté par le directeur général de l'agence régionale de santé pour cinq ans, après avis du préfet de région, du conseil régional, des conseils départementaux, des conseils municipaux et de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA).
Le CESE a déjà eu l'occasion de souligner l'importance stratégique de ce document pour une « remontée » des besoins locaux au niveau régional, mais aussi pour la coordination entre elles des différentes politiques (aménagement des territoires, infrastructures et investissements, santé, environnement)[63].
Les autres instruments de planification, notamment le plan régional santé-environnement et le schéma régional d'aménagement, de développement durable et d'égalité des territoires (SRADDET), doivent être en cohérence avec le PRS. Le PRS ne doit pas être élaboré par l'ARS seule, mais bien coconstruit avec les conseils régionaux, les CESER et les Conférences régionales de la santé et de l'autonomie.

61 CESE, 13 octobre 2020, *L'hôpital au service du droit à la santé* (Sylvie Castaigne, Alain Dru, Christine Tellier)
62 *Institués par la loi de modernisation de notre système de santé (LMSS) du 26 janvier 2016 les CTS sont composés de 40 à 50 personnes réparties en 5 collèges assurant la représentation des professionnelles et professionnels de santé, des usagères et usagers, des élues et élus des collectivités territoriales, des représentantes et représentants de l'État, et des personnalités qualifiées désignés par l'ARS.*
63 CESE, 13 octobre 2020, *L'hôpital au service du droit à la santé* (Sylvie Castaigne, Alain Dru, Christine Tellier), CESE, 24 mai 2022, *Pour une politique publique nationale de santé-environnement au cœur des territoires* (Isabelle Doresse, Agnes Popelin-Desplanches)

PRÉCONISATION

PRÉCONISATION #3

Pour une meilleure évaluation des besoins et des priorités en santé des personnes en perte d'autonomie :

- formaliser un processus d'articulation entre les conseils territoriaux de santé et les conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie ;
- renforcer le poids du Conseil économique, social et environnemental régional (CESER) et de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie d'une part, du Conseil régional d'autre part, dans l'élaboration et l'approbation du Projet régional de santé pour assurer une véritable co-construction.

LE NUMÉRIQUE PEUT-IL CONTRIBUER À LA PRÉVENTION DE LA PERTE D'AUTONOMIE ?

L'idée de recourir au numérique pour prévenir la perte d'autonomie des personnes âgées n'a rien d'évident. La fracture numérique - qui scinde la société entre celles et ceux qui ont accès à internet et les autres - est en grande partie une « fracture grise ». En réalité, pour les plus âgés, les difficultés, loin de ne concerner que l'accès à internet, relèvent plutôt de l'illectronisme : elles portent sur l'utilisation des outils du numérique (ordinateurs, smartphones, etc.) et sur l'usage des contenus disponibles sur internet (l'incapacité à réaliser une démarche - une demande, une inscription - en ligne par exemple). Une enquête menée par le Défenseur des droits auprès des aidants des personnes âgées montre que, même si l'usage du numérique est en augmentation parmi les populations âgées, son « *omniprésence accroît les difficultés, en induisant un sentiment fort d'exclusion et un impératif d'adaptation, qui se traduit par une dépendance accrue vis-à-vis des aidants* ». Illectronisme (exclusion en raison du numérique), accroissement de la dépendance : autant d'éléments qui s'inscrivent précisément à l'opposé des objectifs de la prévention de la perte d'autonomie.

Il n'empêche que l'utilisation du numérique pour prévenir la perte d'autonomie est déjà une réalité et que ses potentialités sont immenses. Ainsi, la téléassistance, qui conjugue alerte (par un appareil que porte la personne ou par détection), mise en relation via un opérateur avec un réseau préconstitué de solidarité et si nécessaire, intervention des secours, constitue d'ores et déjà un maillon essentiel du maintien à domicile[64]. Pour ce qui est plus directement de la santé, le système ICOPE (cf. infra), à travers son application mobile ICOPE MONITOR, le robot conversationnel ICOPEBOT et la base de données ICOPE, est un exemple d'outil numérique facilitant le suivi et le dépistage de la perte d'autonomie. Pour contribuer à la prévention, les outils numériques peuvent intégrer les connaissances issues des sciences comportementales. Elles montrent en particulier combien le « nudge » est un puissant levier quand la prévention se heurte à la difficulté de passer à l'acte et de changer de comportement.

64 *Entretien avec Magali Rascle directrice déléguée en charge des politiques sociales à la MSA et Alix Torres directrice générale du réseau d'assistance « Présence Verte », avec les rapporteurs de l'avis, le 16 décembre 2022*

Être informé – voire convaincu – des bienfaits d'un comportement ne suffit en effet pas toujours : le « nudge » est alors ce « coup de pouce » qui rend tangible et immédiat ses bienfaits, atténue la pénibilité de l'effort, crée des routines ou des habitudes meilleures pour la santé[65]. Dans son rapport précité, Luc Broussy insiste pour sa part sur les apports – déjà possibles ou en cours de développement – de la domotique, des objets connectés, des aides techniques : paramétrés au plus près des besoins et des attentes de la personne, ils gagneraient à intégrer son habitat pour en faire un écosystème au service de son autonomie. Au-delà, pour les personnes âgées, comme pour les plus jeunes, le numérique peut constituer un vecteur de socialisation, de maintien dans une vie active, de stimulation cognitive, d'indépendance… qui sont autant d'éléments constitutifs de la prévention de la perte d'autonomie.

Ce sont donc les finalités qui seront assignées au numérique et le cadre dans lequel il sera utilisé qui constitueront les éléments déterminants. Pour le CESE, les principes suivants, qui s'inscrivent dans la ligne de ses précédents travaux[66], doivent guider l'action des pouvoirs publics :

- **le numérique est un outil et pas une finalité**. Avant les économies budgétaires ou la rationalisation de l'offre, la numérisation doit poursuivre un objectif d'amélioration de l'accessibilité des services et d'inclusion de tous les publics ;
- **le respect du règlement général sur la protection des données, et des choix des personnes concernées est primordial**. L'information et la transparence vis-à-vis des personnes concernées sont essentielles. Les contenus et les usages du numérique doivent être définis avec et pour elles ;
- **le numérique ne doit pas remplacer le contact humain**, et les alternatives doivent toujours rester possibles et facilement accessibles. Le numérique doit permettre de renforcer l'accompagnement, le lien et la prise en charge des personnes. Mais il est indispensable de maintenir des alternatives réelles au tout numérique, en préservant à la fois des centres d'appels téléphoniques effectifs et un réseau de services publics de proximité offrant un accompagnement humain ;
- **il faut enfin se donner les moyens d'un numérique « incluant »** les moyens de l'accès à internet (sur tout le territoire, avec un équipement accessible), de son usage (à travers des formations) et de son accessibilité financière.

65 Intervention de M. Eric Singler Président Fondateur de l'association Nudge France aux Rencontres de la longévité organisée au CESE le 27 septembre 2022.
66 CESE, 10 février 2021, *Economie et gouvernance de la donnée* (Soraya Duboc, Daniel-Julien Noël), CESE, 12 avril 2022, *Comment construire une Europe de la santé ?* (Benoit Miribel, Catherine Pajares Y Sanchez)

B. Axe 2 : Identifier, repérer et agir plus en amont sur les facteurs de risques

Prévenir la perte d'autonomie, c'est d'abord réduire, tout au long de la vie, les expositions aux risques de santé. Cette prévention doit s'inscrire dans une logique de parcours global : l'objectif doit être d'y intégrer les déterminants de santé que sont les conditions financières et matérielles de vie (revenus, logement, environnement, accès aux équipements de sports...), les conditions de travail et les autres déterminants, qui, à l'instar de l'éducation et des comportements individuels, pèsent sur les risques de développer certaines pathologies (1). Cette stratégie globale de prévention devra s'accompagner de préventions ciblées sur le repérage des fragilités des personnes qui avancent en âge (2).

1. Réduire, tout au long de la vie, les expositions aux risques de santé

La sauvegarde de l'autonomie se construit tout au long de la vie, en considérant non pas seulement l'âge, mais en envisageant plus globalement le parcours de la personne, les risques auxquels elle est ou a été exposée. Si le système français de santé a contribué à l'amélioration des niveaux moyens de santé, les inégalités - liées aux expositions aux pollutions, aux conditions de vie et de travail - sont fortes. Les maladies chroniques, davantage que les pathologies aiguës, sont au cœur de ces inégalités. La relation entre inégalités et santé est à double sens : les inégalités sociales compliquent la pathologie chronique et sa prise en charge médico-sociale et la maladie chronique aggrave, à son tour, les inégalités sociales[67]. Pour le CESE, cela montre que si l'action sur les comportements individuels compte, les progrès ne seront tangibles qu'au prix d'une approche systémique de la prévention[68] Il faut tirer les conséquences de la persistance de grandes inégalités sociales de santé et de l'existence de fortes interactions entre les facteurs de vulnérabilité. Ces deux réalités imposent de construire une action transversale avec un objectif : que la prévention de la perte d'autonomie s'impose dans les choix des objectifs et les modalités de mises en œuvre de toutes les politiques. Si la prévention en santé doit être renforcée dans tous les domaines, une attention spécifique doit être portée aux personnes les plus précaires.

67 CESE 11 juin 2019 *Les maladies chroniques* (Michel Chassang et Anne Gautier).
68 Le CESE partage les analyses formulées par la CNCDH dans son avis précité sur les inégalités de santé : « *[...] certaines différences de comportement que l'on attribue souvent à des choix individuels peuvent être au contraire qualifiées de systémiques. Les personnes appartenant à des groupes sociaux défavorisés peuvent adopter plus de comportements à risques, mais ceux-ci s'expliquent principalement par leur situation. par exemple, leurs revenus ne leur permettant pas d'accéder à une alimentation équilibrée de qualité* »

La prévention doit être renforcée, notamment au travail[69]. Les maladies professionnelles et les accidents du travail accélèrent la perte d'autonomie. Les conditions de travail sont la première cause de TMS (troubles musculosquelettiques). Ces maladies, qui affectent les tendons, les muscles et les nerfs sont la conséquence d'un déséquilibre entre les capacités du corps et les contraintes auxquelles il est exposé. 45 % des TMS entrainent des incapacités permanentes. La lombalgie représente la première cause d'inaptitude au travail avant 45 ans[70]. Au-delà des conditions matérielles de travail, les risques proviennent des expositions qui s'accumulent et interagissent. Sur ce plan, les tendances à l'œuvre, telles qu'elles sont communiquées par la DARES[71], ne montrent rien de rassurant : plus d'un salarié sur 10 est exposé aux agents cancérogènes et aux risques chimiques en milieu professionnel, les expositions aux agents biologiques (bactéries, virus, parasites, champignons) sont en augmentation singulièrement chez les agents du soin et de l'accompagnement, l'exposition aux nuisances sonores est en hausse depuis une vingtaine d'années. Intervenant après l'Accord national interprofessionnel conclu le 10 décembre 2020[72], la loi du 2 août 2021 pour renforcer la prévention en santé au travail a acté certains changements[73]. Mais, alors que les CHSCT ont été supprimés et que certains critères de pénibilité tardent à être de nouveau reconnus (les postures, les charges lourdes par exemple), il reste encore à progresser, sur le terrain, c'est-à-dire dans les branches et dans les entreprises, pour éviter les atteintes encore trop nombreuses à la santé des salariés du fait de leur travail.

Les conséquences des dégradations de l'environnement sur la santé humaine sont de plus en plus documentées. Des facteurs de risques chimiques, biologiques, physiques ou sociaux pèsent sur la santé humaine tout au long de la vie. Le CESE a récemment consacré un avis à la santé-environnement : il souligne toute la pertinence du concept *One Health*/une seule santé promu par l'Organisation mondiale de la santé. Tirant les conséquences du lien étroit et direct entre la santé de l'homme et le bon fonctionnement des écosystèmes, cette approche promeut une intégration plus forte des objectifs de santé dans la définition des politiques publiques. Or, en dépit de certaines avancées, la France est encore loin d'une telle politique globale et cohérente et l'action des pouvoirs publics demeure fragmentée et sectorielle. Il n'existe pas, en la matière, de véritable coordination interministérielle.

69 Rapport *Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée*, août 2018, remis au Premier Ministre par Charlotte Lecocq, Bruno Dupuis et Henri Forest.
70 Source : Assurance maladie / Risques professionnels
71 DARES, *Chiffres clés sur les conditions de travail et la santé au travail.*
72 ANI du 10 décembre 2020 *Pour une prévention renforcée et une offre renouvelée en matière de santé au travail et de conditions de travail*
73 La loi renforce le contenu du document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP), crée un passeport de prévention, sur lequel doivent figurer les formations suivies par le travailleur sur la santé et la sécurité, étend les missions des services de santé au travail (SST), qui deviennent les « services de prévention et de santé au travail » (SPST) à l'évaluation et la prévention des risques professionnels, aux actions de promotion de la santé sur le lieu de travail…

Les relations entre les pollutions, le changement climatique et les atteintes à la santé montrent elles-aussi l'impératif d'une approche globale. Le réchauffement climatique constitue d'ores et déjà un risque majeur pour la santé. Les choses vont aller en s'aggravant : l'effet combiné de l'augmentation des températures et du rayonnement solaire va accroître le niveau des pics de pollution qui, à leur tour, contribuent au réchauffement climatique. A ces conséquences directes du changement climatique, s'ajoutent des conséquences indirectes, plus difficiles à quantifier, mais dont les effets sont tout autant préoccupants. De nombreuses études ont mis en évidence les effets du changement climatique sur la transmission des maladies infectieuses et parasitaires comme le choléra, la dengue, le paludisme, ou de maladies à transmission vectorielle ou zoonotique. Les conséquences des risques climatiques se font également sentir sur le travail, de manière différenciée selon les branches professionnelles. Les facteurs de risques environnementaux et professionnels associés au réchauffement climatiques se combinent : le CESE va consacrer un prochain avis aux défis qui sont ainsi posés. Il s'agit d'assurer la protection et la sécurité des travailleurs, de progresser vers des modes de production qui ne dégradent pas le climat et la biodiversité mais aussi d'inscrire le changement climatique dans les priorités du dialogue social.

Au final, **le CESE déplore l'absence d'une stratégie globale de prévention tout au long de la vie sur l'ensemble de ces facteurs : une telle politique est aussi nécessaire pour préserver plus longtemps l'autonomie**. Celle-ci implique des actions collectives, globales et transversales. Le CESE a mis, dans ses précédents travaux[74], l'accent sur l'impératif d'une action de prévention conduite autour de cinq grandes priorités :

→ **un renforcement de la connaissance des facteurs de risques** qu'ils soient environnementaux, professionnels ou comportementaux. La recherche doit permettre de mieux appréhender les impacts des comportements et des expositions, notamment en réévaluant régulièrement les dangers. Les connaissances doivent également être mieux transmises, via une information transparente, accessible, fiable, compréhensible et fondée sur des données scientifiques vérifiables et probantes. La confiance

74 CESE 10 juillet 2017 *L'accès du plus grand nombre à la pratique d'activités physiques et sportives* (Muriel Hurtis et Geneviève Sauvageot) ; 24 avril 2018 *Vieillir dans la dignité* (Marie-Odile Esch) ; 14 mars 2018 *Pour des élèves en meilleure santé* (Jean-François Naton et Fatma Bouvet de la Maisonneuve) ; 11 juin 2019 *Les maladies chroniques* (Michel Chassang et Anne Gautier) ; 9 janvier 2019 *Les addictions au tabac et à l'alcool* (Étienne Caniard et Marie-Josée Augé-Caumon) ; 26 juin 2019 *Eradiquer la grande pauvreté à l'horizon 2030* (Marie-Hèlène Boidin Dubrule et Stéphane Junique) ; 13 octobre 2020 *L'hôpital au service du droit à la santé*, Sylvie Castaigne, (Alain Dru et Christine Tellier) ; 24 mars 2021 *Améliorer le parcours de soins en psychiatrie* (Alain Dru et Anne Gautier) ; 24 mai 2022 *Pour une politique publique nationale de santé-environnement au cœur des territoires* (Agnès Popelin-Desplanches et Isabelle Doresse).

de la population, son adhésion aux messages et, finalement, la qualité de la prévention en dépendent. Il s'agit aussi de donner à chaque individu à tous les âges de la vie les moyens de prendre en charge sa santé de façon autonome et responsable ;

→ **une action sur tous les déterminants, notamment sociaux et environnementaux, et leurs interactions**. De nombreux travaux montrent les interactions, complexes mais bien réelles, entre la situation socio-économique, les facteurs environnementaux et la santé. Plus que l'exposition à un facteur de risque unique, c'est l'agrégation d'un ensemble d'expositions à différents facteurs qui crée ou renforce les risques pour la santé. C'est là tout l'intérêt du concept d'exposome, inscrit dans la loi, mais auquel il faut encore donner corps pour appréhender de façon globale les expositions à des facteurs environnementaux tout au long de la vie ;

→ **un décloisonnement des missions et des rôles**. Chez les professionnels de la santé, il s'agit de valoriser les compétences et l'implication, ce qui nécessite de renforcer certaines formations, d'en créer de nouvelles. Le temps consacré à la prévention et à la promotion de la santé doit être rémunéré, le travail multidisciplinaire valorisé. Il faut enfin organiser et valoriser davantage le travail de coordination qu'implique cette plus grande diversité dans les implications et instituer des professions axées sur la prévention dans différents milieux attestées par des connaissances et compétences relevant de la santé, des facteurs de risques, mais aussi de la conduite de projet et de la coordination ;

→ **un objectif commun des politiques publiques**. Il faut intégrer les risques pour la santé des projets et politiques publiques, au moment de leur définition puis aux différentes étapes de leur mise en œuvre, pour adapter continuellement le niveau de protection de la santé. Cela passe par la sensibilisation et la formation des responsables. Au rôle de l'Etat, s'ajoute la responsabilité des collectivités locales qui doivent garantir un environnement et des conditions de vie, notamment à l'école, favorables à l'activité physique, à la mobilité, à l'accès à une alimentation équilibrée. La prévention est un critère majeur dans l'évaluation des projets et politiques envisagés, notamment par la généralisation des études d'impact sur la santé ;

→ **une intervention dans les lieux de vie, pour atteindre les personnes éloignées du système de soin**. Au travail, il faut rendre effective l'application des dispositions du code du travail consacrées à la prévention, limiter les risques de désinsertion professionnelle, améliorer le suivi et l'accompagnement des personnes concernées. En famille, à l'école, il s'agit notamment, à travers le développement des compétences psychosociales[75], de permettre à chacun d'analyser et de questionner les informations auxquelles il a accès. Il faut aussi progresser dans l'accès aux soins et à la prévention des plus précaires en

75 Pour l'OMS, les compétences psychosociales renvoient à « *la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne* » et à son « *aptitude à maintenir un état de bien-être mental, en adoptant un comportement approprié et positif à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement* ».

garantissant l'effectivité des droits et en développant notamment les moyens de « l'aller vers ».

Plusieurs facteurs de risque à mi-vie sont prédicteurs de maladies et de la mortalité aux âges plus avancés[76]. Le manque de sommeil, la sédentarité, le tabagisme, la consommation d'alcool, l'obésité sont autant de déterminants à surveiller. Une même personne peut être concernée par plusieurs d'entre eux et leurs interactions sont complexes. Le suivi d'indicateurs « à mi-vie » par Santé publique France montre qu'à 40 ans, la moitié de la population est déjà atteinte de deux pathologies (en particulier : obésité, hypertension artérielle, lombalgie). La prévalence des maladies chroniques est en hausse constante et leur accumulation caractérise la santé de la population âgée : la plupart sont pourvoyeuses d'incapacités et donc annonciatrices de la dépendance.

L'instauration de rendez-vous de prévention proposés à l'ensemble des assurés, à des âges clés, par la dernière loi de financement pour la sécurité sociale va dans le bon sens. Ces rendez-vous auront notamment pour objectifs, en fonction des besoins, « *de promouvoir l'activité physique et sportive et une alimentation favorable à la santé, de prévenir les cancers, les addictions et l'infertilité et de promouvoir la santé mentale et la santé sexuelle* ». Ils seront adaptés aux besoins de chaque individu et prendront notamment en compte « *la détection des premières fragilités liées à l'âge en vue de prévenir la perte d'autonomie* »[77].Ces entretiens de prévention aux âges clés de 25, 45 et 65 ans ne seront pas suffisants s'ils ne s'accompagnement pas d'une véritable politique de prévention en santé.

PRÉCONISATION #4

Inscrire la prévention de la perte d'autonomie dans une politique de prévention globale tout au long de la vie conforme à l'approche *One Health* en considérant les déterminants de santé que sont les conditions de vie, les conditions de travail, l'éducation et les comportements individuels, qui pèsent sur les risques de développer certaines pathologies.

76 Audition de Joël Coste, professeur de santé publique et de Pierre Arwidson, directeur adjoint de la prévention et de la promotion de la santé de Santé Publique France, devant la commission des affaires sociales et de la santé du CESE, le 26 octobre 2022.
77 Nouvel article L.1411-6-2 du code de la santé publique.

2. Mettre en œuvre des actions ciblées sur les risques liés au vieillissement

Veiller sur le maintien des capacités des personnes qui avancent en âge est essentiel pour prévenir la perte de l'autonomie. C'est l'objectif du programme de dépistage multidimensionnel dit « ICOPE » (pour « *Integrated Care for Older People* », soins Intégrés pour les personnes âgées) de l'OMS qui s'adresse aux personnes de plus de 60 ans pour prévenir la perte d'autonomie. Il a pour objet de suivre l'évolution des capacités physiques et mentales d'une personne : mobilité, mémoire, nutrition, état psychologique, vision, audition et se décline en 5 étapes. La première étape est celle du repérage, qui demande une implication active de la personne concernée à qui il est demandé de se livrer à une série de tests. La seconde étape consiste dans l'évaluation de ces résultats, par un professionnel formé. Lors de la troisième étape, un plan de soins personnalisé est transmis à la personne concernée. Un suivi de l'évolution des fonctions est mis en place (étape quatre). Enfin, la cinquième étape conduit à une réflexion sur les conséquences à tirer sur les aménagements nécessaires pour contribuer au maintien de l'autonomie : on bascule dans cette dernière étape sur des actions collectives de prévention.

L'objectif est de repérer les faiblesses de chaque capacité pour permettre une prise en charge rapide et éviter l'hospitalisation. Des outils digitaux ont été créés (ICOPE MONITOR et ICOPEBOT) afin de permettre aux personnes, à partir de tests simples, d'évaluer leur capacité. Les professionnels de santé ont accès à ces données et sont alertés dès qu'une fragilité est repérée : une bonne coordination des acteurs en vue d'une réponse intégrée est requise. En plus de prévenir activement les risques de déclin fonctionnel, le programme ICOPE devrait permettre à terme une implication plus forte du patient, lui permettant de devenir véritablement acteur de son vieillissement en bonne santé, grâce à une responsabilisation.

Le premier projet ICOPE a été mené par le CHU de Toulouse en 2019[78]. Au 31 juillet 2022, plus de 20 000 personnes avaient bénéficié du programme. L'âge moyen de cette cohorte est 74 ans. Le déploiement du programme s'appuie sur l'expertise du Pôle de gérontologie de cet hôpital et de ses professionnels ainsi que sur les acteurs de terrain via les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), les maisons de santé pluriprofessionnelles, les professionnels des secteurs sanitaire, médico-social et social. Les retours d'expérience de ce dispositif ont permis d'enrichir d'autres expérimentations qui ont été lancées ensuite à partir de 2021 par le ministère de la santé (sur la base de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale

78 ICOPE est développé à Toulouse et en Occitanie dans le cadre d'INSPIRE, un projet de santé publique qui vise à promouvoir le vieillissement en bonne santé, et s'inscrit ainsi dans la prévention de la dépendance. INSPIRE repose sur le partenariat entre l'université Toulouse III - Paul Sabatier, le CHU de Toulouse et l'Inserm auxquels s'associent des partenaires publics et privés dont la Région Occitanie / Pyrénées-Méditerranée, les collectivités territoriales de la Haute-Garonne et l'Agence Régionale de Santé Occitanie avec un objectif financé de 50 000 séniors bénéficiaires du programme et des outils permettant un déploiement harmonisé sur la région dès 2022. Avec le soutien de l'ARS Occitanie et de ministère de la santé et de la prévention, ce sont soixante-mille personnes âgées de soixante ans et plus qui devraient bénéficier du programme en Occitanie d'ici 2025.

pour 2018[79]). L'expérimentation d'un dépistage multidimensionnel du déclin fonctionnel lié à l'âge est prévue pour une durée de trois ans : plus d'une dizaine de porteurs de projets[80] sont concernés. Pour inclure les personnes les plus isolées dans cette démarche, la CNAV a proposé un projet de collaboration avec ICOPE, le projet NACRE (Nouvel accompagnement co-construit des retraités). Mené à titre expérimental dans quatre départements depuis 2021, il prévoit un rendez-vous à domicile avec un évaluateur (de profil travailleur social) à destination des jeunes retraités précaires économiquement. Sorte de « visite conseil à domicile », ce rendez-vous doit notamment permettre de répondre au questionnaire ICOPE, de délivrer des messages de prévention ciblés et d'orienter vers l'offre proposée par les caisses de retraite.

L'évaluation des premières expérimentations ICOPE en vue de leur généralisation doit avoir lieu en 2025 et sera menée par la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM) et la DREES. Dans cette attente, le CESE préconise que le ministère de la santé et la CNAM étendent sans plus tarder cette expérimentation à d'autres régions. Une attention particulière sera portée aux possibilités d'utilisation et d'accès à ce programme par les plus précaires.

PRÉCONISATION #5

Le CESE préconise d'étendre sans plus tarder, dès cette année, l'expérimentation du programme de « dépistage multidimensionnel du déclin fonctionnel » ICOPE à de nouveaux territoires. La diffusion de ce programme doit permettre de mobiliser les acteurs locaux des soins primaires et du secteur médico-social sur le repérage et le dépistage de la perte d'autonomie et doit contribuer à structurer une réponse dans le cadre d'un plan personnalisé coordonné de soins.

Certains risques, liés plus spécifiquement à l'âge, accélèrent la perte d'autonomie. Il suffit parfois d'un « grain de sable » pour que tout bascule. On compte ainsi chaque année 2 millions de chutes de personnes âgées de plus de 65 ans, à l'origine de plus de 130 000 hospitalisations[81]. Sept chutes sur 10 surviennent à domicile. Les chutes entraînent des conséquences physiques, psychologiques, sociales et

79 La loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 a introduit, en son article 51, un dispositif permettant d'expérimenter de nouvelles organisations en santé reposant sur des modes de financement inédits, dès lors que ces nouvelles organisations contribuent à améliorer le parcours des patients, l'efficience du système de santé, l'accès aux soins ou encore la pertinence de la prescription des produits de santé.
80 Dont Le CHU de Tours, la communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) Grand Sud Réunion, l'inter CPTS du Haut-Rhin.
81 Source ministère de la santé et de la prévention (Prévention des chutes des personnes âgées : Brigitte Bourguignon détaille avec Roxana Maracineanu son plan pour les réduire de 20% d'ici 2024)

marquent bien souvent une rupture dans le parcours de vie des sujets âgés sur le plan de l'autonomie. Des facteurs de nature très différente peuvent créer ou aggraver des fragilités chez les personnes très âgées et préparer le terrain aux chutes : la présence de comorbidités, la prise de psychotropes, la sédentarité, l'inadaptation du logement[82]. Par ailleurs, le risque d'iatrogénie médicamenteuse affecte particulièrement les personnes âgées[83] : souvent polymédicamentées, elles sont particulièrement exposées à ce risque, lié à des interactions entre les médicaments ou à des effets indésirables qui peuvent être à l'origine d'accidents et d'hospitalisations. Les atteintes sensorielles, non ou mal corrigées, contribuent également au vieillissement général. Le déficit auditif, notamment, est associé à une plus grande fréquence des troubles mentaux, du déclin cognitif, des chutes. Il est en outre vecteur d'isolement. La perte d'audition peut donc précipiter les personnes âgées vers la dépendance[84]. Les hospitalisations à un âge avancé sont aussi responsables de la perte d'autonomie. Les équipes du Professeur Vellas ont mené une étude dans les hôpitaux de Toulouse sur tous les sujets de plus de 70 ans, hospitalisés pendant une semaine. Parmi eux, 20 % ont amélioré leur autonomie et ont pu guérir et 60 % sont restés stables, mais 20 % des patients ont perdu de l'autonomie.

Des centaines de milliers de personnes âgées perdent de l'autonomie quand elles sont hospitalisées en raison des modalités de soins et de l'environnement hospitaliers (on évoque dans ce cas une « dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation », phénomène qui concerne près de 10 % des personnes hospitalisées)[85]. L'isolement social des personnes âgées est un autre catalyseur de perte d'autonomie, à la fois fonctionnelle et sociale. Il entraîne des conséquences en matière d'accès aux droits, sur la santé et la qualité de vie des personnes âgées : ce sujet sera détaillé dans l'axe 2. Il faut enfin noter que les personnes âgées ont davantage de difficultés à accéder aux soins médicaux, indispensables pour prévenir l'aggravation de maladies ou permettre leur dépistage à un stade précoce. Des tarifs élevés (dépassements d'honoraires) des médecins, des cabinets médicaux inexistants ou géographiquement trop éloignés et plus généralement les conséquences d'un sous-investissement dans le soin à domicile, qui ne représente plus que 7 % des dépenses de santé[86]… : autant d'éléments qui contribuent aux ruptures de parcours de soins, à des renoncements à des traitements, et parfois au recours aux urgences hospitalières (cf. encadré infra).

82 *Cour des comptes, La prévention de la perte d'autonomie. Construire une priorité partagée, rapport public thématique, novembre 2021* page 60.
83 Avec l'âge, l'organisme vieillit et certaines fonctions importantes du corps se modifient, comme l'élimination de certains médicaments par les reins ou des toxines par le foie. Cela peut avoir des conséquences sur l'efficacité d'un traitement, mais aussi sur la tolérance et la toxicité des médicaments.
84 Rapport *Impact Économique du Déficit Auditif en France et dans les Pays Développés*, Mars 2016 ; Jean de Kervasdoué et Laurence Hartmann
85 Haute Autorité de santé, *Limiter la perte d'autonomie des personnes âgées hospitalisées*, communiqué de presse, 27 octobre 2017
86 *Audition de Stephan Garrec, secrétaire fédéral de la CFDT Santé-sociaux et du docteur Christophe Prudhomme, délégué national de la CGT-Santé,* devant la commission des affaires sociales et de la santé du CESE, *le 18 janvier 2023.*

Le vieillissement en bonne santé passe par une prévention active de l'ensemble de ces risques. La pratique sportive et l'activité physique adaptée (APA) pour les personnes âgées jouent un rôle essentiel en matière de maintien de l'autonomie. Pour le CESE, les offres de pratique sportive doivent s'adapter à des publics divers, comme les personnes âgées, y compris en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, ou malades[87]. Il est également important de développer l'offre proposée aux femmes âgées, dont l'activité physique a baissé au cours de la dernière décennie. Selon l'agence Santé publique France, seulement 57,8 % des femmes de 55 à 74 ans, contre 71,5 % des hommes du même âge, procédaient en 2015 à 30 minutes de marche par jour, cinq jours par semaine[88]. Les facteurs de motivation de la pratique du sport chez les seniors sont nombreux : santé, bénéfices psychologiques et physiques, socialisation. L'activité physique permet également de prévenir le risque de chute.

Pour l'association Siel Bleu, qui propose des programmes pour prévenir la sédentarité, l'activité physique adaptée aux besoins, aux envies et aux possibilités serait « le médicament du 21ème siècle »[89]. L'activité physique adaptée est une « *thérapeutique non médicamenteuse validée par des données probantes dans de nombreuses pathologies chroniques et états de santé* »[90]. Si les textes prévoient bien la possibilité de prescription d'activité physique adaptée « *dans le cadre du parcours de soins des personnes atteintes d'une affection de longue durée ou d'une maladie chronique ou présentant des facteurs de risques et des personnes en perte d'autonomie* », cette prescription doit toutefois devenir plus systématique, les conditions du développement de l'offre d'activités adaptées doivent être favorisées et leur coût éventuel ne doit pas être un frein. Une réflexion sur la prise charge par l'assurance maladie des séances d'activités physiques adaptées doit être menée, sur la base du rapport que le gouvernement doit remettre au Parlement sur ce sujet, en application de l'article 3 de la loi du 2 mars 2022 visant à démocratiser le sport en France.

Il faut veiller également à l'alimentation, qui est un déterminant de santé majeur: influencée par de multiples facteurs sociaux, culturels et environnementaux, une alimentation de qualité et diversifiée joue un rôle clé dans le maintien en bonne santé des personnes âgées[91]. La

87 CESE, 10 juillet 2017 *L'accès du plus grand nombre à la pratique d'activités physiques et sportives* (Muriel Hurtis et Geneviève Sauvageot) préconisation n° 15.
88 Assemblée nationale, *Rapport d'information sur la sénioriété des femmes*, 2019.
89 Audition de Jean-Michel Ricard, président de l'association Siel Bleu, devant la commission des affaires sociales et de la santé du CESE le 4 janvier 2023.
90 Haute Autorité de santé, *La prescription d'activité physique adaptée* (synthèse validée par le collège le 13 juillet 2022)
91 CESE 9 décembre 2020 *Pour une alimentation durable ancrée dans les territoires* (Florence Denier-Pasquier et Albert Ritzenthaler)

préservation du « capital cerveau » (ou « réserve cognitive », les connections entre les neurones) est aussi au centre des enjeux de la prévention de la perte d'autonomie. Au-delà du nécessaire entretien du « capital santé » (par une alimentation équilibrée, la pratique d'une activité physique), différentes autres actions contribuent à cette préservation : la stimulation du cerveau par des activités intellectuelles et manuelles ; le maintien d'une vie sociale et plus généralement un état d'esprit positif (cultiver l'optimisme, avoir des projets...). De telles actions sont encouragées pour retarder l'apparition des symptômes de la maladie d'Alzheimer[92]. L'effectivité d'actions de prévention primaire dans ces domaines contribuera à repousser certains risques de perte d'autonomie plus spécifiquement liés à l'âge. Pour le CESE, la prévention à un âge avancé doit être axée sur une prévention primaire alertant sur les effets des médicaments, les circonstances des chutes et promouvant une bonne nutrition, une activité physique suffisante ainsi qu'une activité intellectuelle et sociale.

92 Audition du Professeur Philippe Amouyel, directeur général de la Fondation Alzheimer, devant la commission des affaires sociales et de la santé du CESE le 4 janvier 2023.

PRÉCONISATIONS

PRÉCONISATION #6

Proposer le 3ème rendez-vous de prévention, désormais inscrit dans le code de la santé publique, à toutes les personnes, dès l'âge de 55 ans (les actifs et les personnes sans activité). L'objectif est de sensibiliser les personnes sur les facteurs de risques liés à l'âge en les abordant sous l'angle des habitudes de vie (alimentation, activité physique, sommeil, lien social, rappel de l'importance des dépistages organisés). Les échanges porteront aussi sur le logement et son adaptation à la perte d'autonomie.

PRÉCONISATION #7

Encourager les prescriptions médicales d'activités physiques adaptées et de diététique pour toute personne âgée en les inscrivant dans les objectifs de santé publique des professionnelles et professionnels de santé et assurer leur prise en charge.

Le CESE a formulé dans un avis sur le développement du parasport des propositions afin de reconnaitre et valoriser le rôle des éducateurs et éducatrices en activités physiques adaptées dans l'accompagnement, la mise en place, la coordination et l'animation des activités physiques adaptées[93].

Dans ce parcours de vie, la retraite est un moment clé. Les situations sont diverses. D'abord, cet avis l'a souligné, le travail, sa pénibilité, l'usure professionnelle exposent à des risques pour la santé. Il faut renforcer la prévention tout au long de la vie professionnelle. La retraite est aussi généralement à l'origine d'une baisse de revenus. Elle peut-être enfin une situation de rupture qui, avec d'autres (le veuvage par exemple) constitue des moments de césure dans la vie de la personne. Les liens d'entraide tissés au cours de sa vie active peuvent se distendre et l'isolement qui survient pour certains au moment de la retraite est un facteur de réduction progressive des capacités d'autonomie[94]. Une attention particulière doit donc être portée sur le risque d'un « choc de désocialisation » lié au départ à la retraite, qui peut accélérer la perte d'autonomie.

Selon la DREES, 1,4 million de personnes âgées de 53 à 69 ans résidant en France ne perçoivent ni revenu d'activité ni pension de retraite et à 60 ans, près d'une personne sur trois n'est ni en emploi, ni à la retraite, un statut souvent synonyme de précarité. Les ruptures de droit entre le passage des minimas sociaux à la retraite restent nombreuses et de plusieurs mois, malgré les dispositions prises en 2020 pour faciliter les échanges entre les caisses d'allocations familiales (CAF) et les caisses de retraite. Par ailleurs pour les personnes vivant de minimas sociaux, elles ne peuvent prétendre à l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) qu'à l'âge de 65 ans. Il faut rappeler que 25 % des hommes les plus pauvres[95] meurent avant l'âge actuel de la retraite (contre 6 % des plus riches). D'un montant de 961 euros pour une personne seule contre

93 CESE, 29 mars 2023, *Développer le parasport en France : de la singularité à l'universalité, une opportunité pour tous et toutes* (Dominique Carlac'h et Amrie-Amélie le Fur).
94 CESE, 28 juin 2017, *Combattre l'isolement social pour plus de cohésion et de fraternité* (Jean-François Serres) (page 86)
95 D'un point de vue purement monétaire, une personne vivant seule est considérée comme pauvre en France quand ses revenus mensuels sont inférieurs à 1 132 euros (données provisoires INSEE pour 2020), selon le seuil de pauvreté fixé à 60 % du niveau de vie médian. Ce niveau de vie médian désigne le montant pour lequel la moitié des personnes touche moins et l'autre moitié davantage. Le taux de pauvreté s'établit à 14 % de la population, soit 9 millions de personnes. Toutefois les enquêtes de l'INSEE ne portent que sur les ménages ordinaires : environ deux millions de personnes ne sont pas recensées, dont une majeure partie en grande précarité. Cette simple approche monétaire ne suffit pas. Selon la définition de l'ONU, reprise par différents textes en France et issue du rapport du CES de Joseph Wresinski de 1987, basée sur l'accès aux droits, la précarité est « *l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi permettant aux personnes et familles d'assurer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut-être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassurer des responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible* ». Le rapport du CES en 1987 précise aussi que « *les conditions de vie par trop précaires empêchent les personnes et familles d'exercer leurs responsabilités aussi bien que leurs droits fondamentaux pourtant reconnus par la constitution.* ».

598,54 euros (dont le forfait logement) pour le RSA, l'ASPA reste bien inférieure au seuil de pauvreté. Mais elle représente le début d'une vie un peu meilleure, avec des revenus stables. Au-delà de l'aspect monétaire, ce passage à la retraite pour les personnes en situation de précarité implique aussi la fin des contrôles trimestriels et un changement de regard de la société et de soi-même. Les personnes concernées parlent d'une liberté retrouvée, en devenant des retraités, comme les autres citoyens[96]. Il faut enfin souligner qu'alors que les aînés tiennent une place importante dans le tissu familial, sont une source d'échanges affectifs et matériels et transmettent des valeurs, certaines études sociologiques montrent qu'en raison de la faiblesse de leurs moyens, certaines personnes âgées, issues de milieux très populaires, ont une faible capacité à initier ces aides intergénérationnelles. La faiblesse des liens familiaux peut aller jusqu'à l'abandon de la personne âgée par ses enfants[97].

En 2019 avait été annoncée la mise en place d'un rendez-vous d'accompagnement à la retraite pour les jeunes retraités entre 60 et 65 ans avec l'objectif de faire le point sur la situation médicale, psychologique et sociale de certains bénéficiaires et de leur donner les clés pour adopter les bons réflexes à appliquer au quotidien, pour vieillir en bonne santé. L'invitation à ce rendez-vous devait être prioritairement destinée aux retraitées et retraités les plus à risque en fonction de leurs caractéristiques géographiques, socioéconomiques et de leur consommation de soins. Pour assurer un déploiement harmonisé de ce dispositif, l'État a signé une convention avec la CNAM, la CNAV, la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole et l'association générale des institutions de retraite des cadres - association pour le régime de retraite complémentaire des salariés (AGIRC-ARRCO) : chacun de ces acteurs était impliqué dans l'organisation de ces rendez-vous.

A ce stade, pourtant, le nombre de personnes ayant bénéficié de ce rendez-vous reste insuffisant[98]. La crise sanitaire peut expliquer le faible taux de retour positif aux invitations lancées. Aujourd'hui, les objectifs et le déroulement de ce rendez-vous « jeune retraité » doivent s'articuler clairement avec le futur « troisième rendez-vous de prévention », inscrit dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023. Pour le CESE, un rendez-vous à ce moment clé de la retraite doit être maintenu et progressivement se systématiser. Les organismes de prévention concernés doivent disposer de moyens suffisants pour les organiser dans de bonnes conditions, éviter les doublons et s'attacher à intégrer les personnes « hors des radars ».

PRÉCONISATION #8

Poursuivre le déploiement des « rendez-vous d'accompagnement à la retraite », prévoir leur articulation avec le 3ème rendez-vous de prévention nouvellement institué et veiller à la coordination entre les différents acteurs.

96 Rapport ATD Quart Monde, *Prendre sa retraite quand on est pauvre*, décembre 2019
97 A Wittman, *Vieillir dans une cité : un double stigmate. Analyse du quotidien de personnes âgées de la cité des Provinces françaises à Nanterre*, IEP de Paris, 2000
98 Cour des comptes, *La prévention de la perte d'autonomie. Construire une priorité partagée,* rapport public thématique, novembre 2021

ACCÈS AUX SOINS ET COORDINATION MÉDICO-SOCIALE : CE QUE PROPOSENT LES AVIS DU CESE

Près de 3 millions de personnes de 70 ans et plus sont hospitalisées une ou plusieurs fois en services de soins aigus chaque année. Les séjours à l'hôpital des résidents d'Ehpad se multiplient, le plus souvent non programmés, avec une entrée par les urgences. Les prises en charge sont discontinues, des temps d'attente et d'incertitude se prolongent. Dans ses avis, le CESE fait le constat d'une crise systémique : les difficultés de notre système de santé s'accumulent, s'accentuent les unes les autres et les personnes âgées en sont les premières victimes. Ses propositions s'articulent autour de 3 axes :

→ **Partir des besoins tels qu'ils existent dans les territoires et organiser localement la réponse**

Pour le CESE, il faut repenser globalement l'organisation des soins en partant des besoins des patients tels qu'ils existent dans les territoires : il faut un pilotage plus démocratique de l'offre et des moyens et les avis du CESE préconisent de renforcer les conseils territoriaux de santé pour en faire de véritables parlements de santé chargés du diagnostic des besoins et de l'organisation, entre tous les acteurs, de l'affectation des moyens. Il faut « créer une dynamique de valorisation et d'attractivité des métiers du soin ». Le CESE préconise de relancer l'investissement à l'hôpital et de recruter en imposant un ratio effectif/patient. Il est favorable à un plus grand déploiement de la pratique avancée, en rendant concrètement possible l'accès à la formation (financement, disponibilité des personnels) et à la validation des acquis de l'expérience. Pour lutter contre les déserts médicaux, il a proposé d'agir sur l'accès à la formation en médecine générale, pour valoriser cette filière et attirer davantage d'étudiants, mais aussi sur l'installation elle-même, en soulignant que le principe de liberté d'installation est d'égale valeur que le droit à l'accès aux soins. Le CESE préconise également de lever les freins à l'hospitalisation à domicile.

→ **Favoriser la qualité, la pertinence et la coordination des soins**

Pour mieux organiser la prise en charge pluriprofessionnelle, le recours aux différentes formes de synergies locales (communautés professionnelles territoriales de santé, plateformes territoriales d'appui) et d'exercices collectifs des professions (maisons pluri-professionnelles, centres de santé) doit être encore facilité. Le CESE préconise aussi de favoriser l'exercice mixte (libéral et salarié) et partagé (entre plusieurs structures) ainsi que les formations qui associent, dans un même territoire, différents professionnels. Plusieurs propositions du CESE visent à donner la priorité à l'objectif de fluidité des parcours de soin dans les choix relatifs à la tarification, la rémunération et les remboursements. Cela passe par un élargissement du recours aux rémunérations forfaitaires, une meilleure rémunération des temps consacrés à la prévention et à la coordination, le cantonnement de la tarification à l'activité (T2A) aux soins standardisés.

→ **Assurer la continuité de la prise en charge médicale et sociale**

La synergie soins-accompagnements est un axe majeur des préconisations du CESE qui visent à mieux organiser les interfaces dans une approche globale de la personne, considérant sa santé - physique et mentale - mais aussi sa situation sociale. Le CESE a préconisé de consolider les missions et les moyens du service social à l'hôpital (qui réunit travailleurs sociaux et soignants); d'encourager la participation des travailleurs sociaux et des professions de la santé mentale aux communautés pluriprofessionnelles territoriales de santé; de redimensionner les équipes mobiles de gériatrie qui ont montré leur capacité à assurer efficacement la coordination entre l'hôpital, les Ehpad et les intervenants à domicile ; de multiplier les formations croisées, associant acteurs de la santé, médico-sociaux et sociaux dont les animateurs en gérontologie mais aussi patients et proches aidants. Il préconise enfin de créer des postes de référents de parcours chargés de l'articulation des prises en charge sociales et médicales.

C. Axe 3 : Consolider les démarches « d'aller vers » face aux fragilités et aux exclusions

Comme d'autres avant lui, le CESE constate que les actions de prévention collectives ne bénéficient pas assez à celles et ceux qui en ont en réalité le plus besoin. Ainsi l'isolement social est-il un facteur d'accélération de la perte d'autonomie auquel il faut s'attaquer plus volontairement. Il faut en effet mieux repérer les plus fragiles, le plus isolés, ceux qui « échappent aux radars » (1) pour ensuite développer une action de prévention mieux ciblée (2).

1. Mieux repérer les plus fragiles

Des expérimentations comme celles des « territoires zéro non-recours aux droits sociaux » qui sont menées depuis le début de l'année[99] visent à « aller chercher » les personnes éloignées du système, afin de comprendre pourquoi elles ne perçoivent pas les aides et ne sont pas connues des administrations.

Dans un rapport et un avis de juin 2017[100], le CESE avait pour sa part souligné l'ampleur de l'isolement social en France. Loin de ne concerner que les personnes âgées, il est au croisement de plusieurs évolutions profondes. La pauvreté, le chômage, les changements en cours dans le travail, la dématérialisation des relations sociales, la réduction de l'accessibilité des services publics, la disparition des commerces et lieux de convivialité, la faible densité médicale sont autant de causes de l'isolement. Facteur aggravant dans des situations de fragilité et de vulnérabilité psychologique, l'isolement social contribue au renoncement aux soins, renforce les inégalités, forme l'une des principales causes du non-recours aux droits et constitue une cause majeure d'accélération de la perte d'autonomie chez les personnes âgées.

Il n'existe pas une mais plusieurs situations à l'origine de l'isolement social des personnes âgées. Le risque d'être isolé augmente très fortement avec l'âge. Si toutes les catégories sociales peuvent être affectées, la corrélation entre niveau socio-économique et isolement est néanmoins établie. La précarité financière se double souvent d'une précarité sociale : les personnes ayant de faibles revenus sont les plus isolées ou en risque de le devenir ; parallèlement, la solitude et le repli sur soi vécus par les personnes âgées fragilisées renforcent le processus de précarisation.

99 Prévue dans la loi n° 2022-217 du 21 février 2022 relative à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration et portant diverses mesures de simplification de l'action publique locale, cette expérimentation prévue sur trois ans pour les territoires volontaires doit permettre de « *lutter contre le non-recours aux droits sociaux et de détecter les situations dans lesquelles des personnes seraient éligibles à percevoir des prestations et avantages sociaux […], dont le bénéfice ne leur a pas encore été ouvert faute de démarche accomplie en ce sens* ».
100 CESE, 28 juin 2017, *Combattre l'isolement social pour plus de cohésion et de fraternité* (Jean-François Serres)

Le genre est un élément à prendre en compte quand il s'ajoute à d'autres déterminants[101]. Les femmes âgées sont nombreuses à rencontrer des difficultés économiques, sociales et/ou sanitaires. En raison d'une espérance de vie plus longue et du niveau inférieur de leur retraite, elles sont particulièrement menacées par ces différents types de vulnérabilité. Avec l'avancée en âge, la pauvreté, qui touche plus les femmes que les hommes, exacerbe l'isolement social[102]. De fait, la majorité des séniors en situation d'isolement sont des femmes de plus de 75 ans aux revenus modestes.

Le fait de vieillir dans un univers clos et stigmatisé (comme un quartier défavorisé) n'a pas le même impact sur tous et l'un des facteurs de différenciation (entre des personnes âgées investies dans le quartier, actives et mobiles et des personnes isolées et en voie d'exclusion) réside généralement sur les réseaux familiaux sur lesquels elles peuvent s'appuyer. Pour toutes les personnes âgées, quel que soit leur milieu, la famille constitue un élément de stabilité affective et matérielle, un tissu relationnel dont la possibilité de mobilisation est déterminante[103].

L'isolement social continue à s'aggraver, alors même que la lutte contre l'isolement est, dans la cadre de la loi d'adaptation de la société au vieillissement (ASV), affichée comme un axe de la politique d'accompagnement vers le grand âge. Entre 2017 et 2021, le nombre d'aînés isolés des cercles familiaux et amicaux a doublé et représente désormais 2 millions de personnes[104]. Durant la crise sanitaire, et en particulier pendant la période de confinement, l'isolement des personnes âgées s'est accentué, rendant d'autant plus nécessaire une mobilisation. Par ailleurs, dans le champ de l'exclusion, un quart des personnes accompagnées sont en situation de perte d'autonomie. On constate aussi le vieillissement des personnes prises en charge par le secteur « Accueil, hébergement, insertion » (AHI), alors que l'offre est en grande partie inadaptée pour gérer de front deux problématiques compliquées : l'entrée dans la perte d'autonomie et la sortie de la précarité. L'exclusion des personnes précaires vieillissantes est liée à la fois à leur précarité et à leur âge, ce qui ne leur permet pas d'accéder aux droits, aides, prestations, dispositifs dont elles pourraient avoir besoin.

101 CESE,28 juin 2017, *Combattre l'isolement social pour plus de cohésion et de fraternité* (Jean-François Serres)
102 Assemblée nationale, *rapport d'information sur la séniorité des femmes*, 2019
103 A Wittman, *Vieillir dans une cité : un double stigmate. Analyse du quotidien de personnes âgées de la cité des Provinces françaises à Nanterre*, IEP de Paris, 2000
104 Baromètre 2021 Solitude et Isolement « *Quand on a plus de 60 ans en France en 2021* » - Rapport Petit Frère des Pauvres : 530 000 personnes âgées se trouvent en situation de mort sociale en 2021 alors qu'elles étaient 300 000 en 2017.

Le repérage précoce des personnes en risque d'isolement ou isolées est le préalable à toute démarche d'accompagnement[105]. Les professionnels de la santé et de l'accompagnement, ainsi que les citoyens ont bien sûr un rôle à jouer : ils ont une « capacité d'observation » qui peut aider à détecter les situations d'isolement. Il faut pour le CESE développer cette mission d'observation, associant les collectivités territoriales - communes, intercommunalités et départements - les associations, les professionnels, les bénévoles[106]. Se doter d'une capacité d'observation sur les territoires n'est toutefois pas suffisant pour mener une politique ciblée sur les personnes âgées isolées. Comme l'a souligné la Cour des comptes[107], la question du repérage des personnes isolées est cruciale et la période de confinement a montré la dispersion de l'information disponible, l'absence ou les difficultés de coopération entre détenteurs des informations, le plus souvent pour des motifs légitimes de protection des données. En l'état actuel du droit, les fichiers des bénéficiaires de prestations des départements, ou celui des bénéficiaires de l'action sociale de la CNAV ne peuvent pas être communiqués aux mairies et aux CCAS, qui ne peuvent recueillir des données sur les personnes âgées que dans le cadre d'un plan d'alerte et d'urgence (par exemple en cas de canicule). En outre, les registres existants sont constitués sur la base du volontariat : nombre de personnes, notamment parmi les plus vulnérables, n'y sont donc pas recensées. Un rapport de 2020[108] propose que l'Etat autorise les conseils départementaux à transmettre aux communes les fichiers de bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile. L'objectif était de permettre aux maires d'inscrire d'office (ou après accord préalable) ces populations dans leur fichier « canicule ». A ce jour, ce partage de fichiers n'a pas été mis en œuvre, mais la convention d'objectifs et de gestion (COG) 2022-2026 de la CNSA prévoit d'examiner la possibilité, en lien avec la CNIL, que la liste des bénéficiaires de l'APA et de l'action sociale des caisses de retraite relevant de leur ressort géographique soit mise à la disposition des communes et des centres communaux d'action sociale (CCAS) à des fins de lutte contre l'isolement.

Une disposition comme celle inscrite

105 Audition de Johan GIRARD, délégué à la coordination des Politiques Publiques des Métiers de la Croix-Rouge française devant la commission des affaires sociales et de la santé du CESE le 30 novembre 2022

106 CESE, 28 juin 2017, *Combattre l'isolement social pour plus de cohésion et de fraternité* (Jean-François Serres) préconisation n° 2

107 Dans son récent rapport sur la vaccination contre le Covid 19 (Cour des comptes *La vaccination contre la Covid 19* - décembre 2022) la Cour des comptes relève, concernant cette mesure de prévention pourtant ciblée sur les personnes vulnérables que la population la plus âgée - de 80 ans et plus - est moins bien vaccinée que les autres majeurs (88 % pour le schéma initial contre 89,5 %) et cet écart se creuse au fur et à mesure que l'âge s'élève - en raison notamment de phénomènes d'isolement, d'une mobilité réduite ou d'une difficulté à prendre rendez-vous par internet.

108 *Rapport sur l'isolement des personnes âgées*, remis par Jérôme Guedj, ancien président du département de l'Essonne, à Olivier Véran, alors ministre de la Santé, au printemps 2020.

dans une proposition de loi en cours d'examen au Parlement[109], autorisant les communes à recueillir à l'avenir des informations nominatives pour proposer aux personnes des actions visant à lutter contre l'isolement social, va dans le bon sens. Toutefois, un tel fichier est utile pour le repérage des personnes isolées, s'il est complet, alimenté par toute personne habilitée, avec l'accord des personnes concernées, et dans le respect des règles de protection des données personnelles. Pour sa part, le CESE relève la nécessité, sans attendre une nouvelle situation d'urgence, de mettre en place des outils pour pouvoir aller à la rencontre des personnes âgées les plus précaires et mener des actions pour prévenir l'isolement, facteur d'accélération de la perte d'autonomie.

PRÉCONISATION #9

Dans l'objectif de repérer les personnes âgées les plus vulnérables sur un territoire donné et de mettre en place un accompagnement approprié, permettre aux communes de disposer d'éléments complémentaires sur la situation des personnes, dans le respect des règles de protection des données personnelles.

2. Coordonner la réponse entre les acteurs institutionnels et associatifs de proximité

Depuis début 2020, la lutte contre l'isolement est reconnue comme axe de prévention à part entière, en matière de santé. Le pilotage de la stratégie de lutte contre l'isolement est confié à la CNSA, et s'est concrétisé dans la COG 2022 - 2026 pour la branche autonomie. Toutefois, la Cour des comptes[110] relève que « *les ressources humaines que la caisse nationale a la capacité d'allouer à cette mission [de lutte contre l'isolement] sont insuffisantes.*». Plus récemment, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 a introduit un nouveau dispositif qui présente toutefois des limites. A partir du 1er janvier 2024, les bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) auront le droit à deux heures supplémentaires par semaine dédiées au lien social. Pour le CESE, la politique de lutte contre l'isolement et les exclusions ne doit pas se contenter de viser les personnes qui sont déjà bénéficiaires de prestations : elle doit être menée en amont de la perte d'autonomie. Par ailleurs, près d'un ou d'une bénéficiaire sur deux ne consomme pas l'intégralité du montant d'aide humaine notifié aujourd'hui et on peut s'interroger sur les conditions de recours à ces deux heures supplémentaires[111].

Dans sa mise en œuvre, la politique de lutte contre l'isolement doit s'adresser à toutes et tous et d'abord s'appuyer sur les initiatives et les actions collectives de mobilisation menées localement par les acteurs publics et le monde associatif : les dispositifs qui permettent d'aller vers les personnes

109 Proposition de loi n° 643 portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir en France.
110 *Cour des comptes, La prévention de la perte d'autonomie. Construire une priorité partagée, rapport public thématique, novembre 2021* (page 66)
111 DREES 17 juin 2020 *Allocation personnalisée d'autonomie à domicile : portrait des bénéficiaires et évolution des plans d'aide entre 2011 et 2017.*

âgées isolées ou précaires doivent être au cœur de cette politique. Il est important d'assurer le maillage sur tout le territoire de référents, en moyens humains suffisants, pris en charge par l'État et les collectivités, pour être à l'écoute des besoins et développer des démarches « d'aller vers ».

Les collectivités territoriales, communes et départements mettent en œuvre une assistance aux personnes âgées et aux publics précaires dans le cadre de leurs politiques sociales conduites par des professionnels de l'intervention sanitaire, sociale et médicosociale. Les Centres communaux et intercommunaux d'action sociale (CCAS/CIAS), notamment, sont au bon niveau pour accompagner les personnes âgées les plus précaires et isolées, en lien avec les mairies : la proximité avec les personnes, la connaissance du territoire et des besoins quotidiens sont en effet essentielles pour prévenir la perte d'autonomie. La plupart des CCAS/CIAS s'impliquent dans la lutte contre l'isolement social, à travers des actions de convivialité, d'animation, de prévention. Les départements interviennent à travers leurs compétences sociales et sont le bon niveau de portage stratégique. Les schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale comprennent d'ailleurs un volet « autonomie » : c'est sous leur égide que doit se réaliser la coordination entre professionnels de santé, établissements d'hébergement, services d'aide au maintien à domicile, association d'aide et d'écoute aux familles.

Le CESE avait en 2017, relevé les bons résultats obtenus par la démarche MONALISA, expérimentée depuis 2014 dans un nombre significatif de territoires pour lutter contre l'isolement des personnes âgées. Des modes de coopération préexistent souvent, animés par exemple par les CCAS ou par des associations : en lien avec ces acteurs, la démarche Monalisa consiste à déployer des équipes de citoyens bénévoles dans les lieux non couverts ou auprès de personnes particulièrement fragilisées. L'idée est bien de rassembler « ceux qui font cause commune contre l'isolement social des personnes âgées à travers un partenariat entre la société civile et la puissance publique : associations, collectivités, caisses de retraite »[112]. Un des intérêts de la démarche est de s'intégrer au fonctionnement des modes de coopération déjà existants pour éviter « l'effet mille-feuille », en s'appuyant sur des actions citoyennes locales en faveur du lien social. Portées par une association, un établissement public, une collectivité territoriale, ces équipes décident collectivement des actions qu'elles souhaitent mener pour aller vers les personnes âgées isolées. Chacun doit pouvoir trouver près de chez lui, dans son quartier, village ou lieu de vie, une équipe de citoyens engagés bénévolement qui n'apportent ni service professionnel, ni offre payante. Leurs actions doivent bien sûr s'articuler avec les interventions des professionnels présents qui suivent les personnes âgées, ainsi qu'avec les actions des « référents isolement » mis en place

112 Mobilisation (monalisa-asso.fr)

par la CNSA dans les territoires, qui ont pour objet de faciliter la coopération entre acteurs au niveau local. Il paraît essentiel que chaque collectivité soit attentive au maillage, à la préservation et au soutien des structures et organisations proposant diverses activités et rencontres entre habitantes et habitants sur le territoire.

PRÉCONISATION #10

Articuler les démarches de coordination existantes, au niveau local, menées par les acteurs institutionnels, professionnels et associatifs avec une généralisation sur l'ensemble du territoire et un financement des « équipes citoyennes » et évaluer les effets de ces démarches sur le maintien de l'autonomie.

Le CESE est aussi favorable au développement de la santé communautaire à travers l'association de groupes de personnes âgées à la construction des démarches de prévention. En effet, développer la santé communautaire permettra à chaque personne de sortir de son isolement, d'être actrice de sa santé et participera à renforcer le lien social et l'estime de soi.

PRÉCONISATION #11

Associer des groupes de personnes âgées pour construire avec elles des démarches, actions ou outils autour de la prévention.

LE SERVICE CIVIQUE SOLIDARITÉ SENIOR

Le CESE soutient le déploiement du service civique solidarité senior, destiné à lutter contre l'isolement social[113]. La mobilisation nationale « Service Civique Solidarité Seniors » est lancée officiellement le 3 mars 2021 pour rompre l'isolement des personnes âgées. 6000 jeunes étaient concernés en 2022.

Le Service Civique Solidarité Seniors vise à rompre l'isolement social des personnes âgées, phénomène de société qui a été révélé par la crise sanitaire. Ce projet est né sous l'impulsion d'Unis-Cité et de son partenaire Malakoff Humanis. Il est soutenu par tout un ensemble d'acteurs ayant une certaine expérience du Service Civique dans la lutte contre l'isolement des personnes âgées comme les Petits Frères des Pauvres, la Croix Rouge, le Groupe SOS, l'Uniopss, l'UNCCAS, l'APHP, la Ligue de l'Enseignement, l'UFCV, Familles Rurales, Siel Bleu, l'AMRF etc.

Même si le Service Civique Solidarité Seniors n'est qu'un dispositif complémentaire il a un double intérêt : les jeunes acquièrent des compétences dans les métiers du grand âge (secteur qui recrute) et sont accompagnés dans la définition de leur projet d'avenir professionnel ; les aînés bénéficient d'un accompagnement de qualité au domicile ou en établissement (visites de convivialité, ateliers santé/bien être, sortie…).

113 CESE 24 mai 2017 *Service Civique : quel bilan ? quelles perspectives ?* (Julien Blanchet et Jean-François Serres)

D. Axe 4 : Mettre en place un « parcours de l'habitat »

Les enquêtes se suivent et le confirment : c'est à leur domicile que les Françaises et les Français souhaitent vivre le plus longtemps possible. Dans la réalité, les conditions dans lesquelles les personnes sont logées en France sont loin de favoriser le « bien vieillir à domicile » et ne contribuent pas à la prévention de la perte d'autonomie. Quand il est inadapté au vieillissement, en raison de sa configuration ou de son éloignement (difficultés d'accès aux transports et aux services publics) par exemple, le logement s'ajoute à d'autres difficultés (de santé, d'isolement social, notamment) et accroit les risques, en particulier de chute. Trop souvent, après une hospitalisation non programmée, il est impossible pour la personne de regagner son logement inadapté. Ces situations insuffisamment anticipées, contribuent, avec d'autres éléments, à ce qu'il faut bien appeler la crise « systémique » de notre système de santé où les limites des capacités d'accueil des établissements aboutissent à des prises en charges discontinues, une fragmentation des séjours d'une structure à l'autre et finalement à une accélération de la perte d'autonomie[114].

Pour le CESE, des améliorations sont possibles à conditions d'anticiper et de s'inscrire dans une logique de projet de vie. Ainsi, du point de vue de l'habitat, prévenir la perte d'autonomie c'est :

- → intégrer davantage et bien plus en amont les conséquences du vieillissement dans l'aménagement du logement et de son environnement (1) ;
- → envisager, quand l'inadaptation du logement occupé jusqu'alors devient patente, d'adopter « un nouveau chez soi ». Les Ehpad sont loin de constituer la seule solution (2) ;
- → donner aux Ehpad les moyens d'accomplir la mission nouvelle, plus médicale, qui leur est, *de facto*, demandée (3).

114 CESE, 13 octobre 2020, *L'hôpital au service du droit à la santé* (Sylvie Castaigne, Alain Dru et Christine Tellier).

1. Mieux anticiper les conséquences de la perte d'autonomie sur l'habitat

Un logement est adapté lorsque ses caractéristiques correspondent aux capacités et besoins de la personne. Ceux-ci évoluent tout au long du vieillissement et des parcours personnels : c'est là toute la difficulté.

Concernant le neuf, les obligations ont évolué. Alors que la loi du 11 février 2005 posait la règle du « tout accessible », la loi du 23 novembre 2018 portant évolution du logement, de l'aménagement et du numérique (dite loi « ELAN ») institue un quota de 20 % de logements accessibles dès leur conception : les autres doivent pouvoir « évoluer » c'est-à-dire être ultérieurement rendus accessibles, sans incidence sur les éléments de structure. Luc Broussy a, dans son rapport *Nous vieillirons ensemble…80 propositions pour un nouveau pacte entre génération*, identifié trois éléments essentiels : les « mobilités verticales » que la présence de marches ou d'escaliers ne doivent pas empêcher (or les ascenseurs ne sont obligatoires qu'à R+3) ; l'adaptation du logement aux interventions des professionnels de l'aide et du soin ; la place donnée, dans la configuration du logement, au numérique, à la domotique et aux solutions qu'il peut apporter.

Concernant le logement ancien, la question de l'adaptation est généralement envisagée trop tard, quand la perte d'autonomie est déjà là, voire après qu'un accident s'est produit. Les personnes et leurs proches sont alors, dans l'urgence et dans de mauvaises conditions (après une hospitalisation, avec la menace de devoir, à défaut d'aménagement du logement, se tourner vers une autre solution non souhaitée), confrontées à la complexité des dispositifs d'aide. C'est cette situation qu'il faut mieux anticiper, en organisant plus en amont, de façon systématique, l'adaptation du logement et en mettant en place un parcours de mobilisation des aides simple et rapide.

La première étape devrait être celle du diagnostic. La visite d'évaluation à domicile, réalisée pour les personnes qui demandent l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), doit, au titre de l'évaluation des besoins (selon le GIR, groupe iso-ressources), d'ores et déjà prendre en compte le logement et intégrer les aménagements qu'il pourrait nécessiter. La visite d'un ergothérapeute est organisée dans certains départements. Mais cette évaluation intervient trop tardivement. Et, surtout, les plans d'aide APA ne peuvent pas financer autres choses que des petits aménagements (rampe d'accès, chaise de douche…)[115].

Il est difficile de convaincre les occupants d'envisager très en amont la perspective d'une perte d'autonomie et de réaliser des travaux. Pour cette raison, une action de sensibilisation devrait être réalisée systématiquement. Un diagnostic devrait être proposé, à toute la population et à un âge déterminé. Il serait réalisé par un ergothérapeute et des techniciens du bâti qui détermineront les aménagements et/ou travaux à envisager. Il ne s'agit pas d'imposer des travaux, mais de sensibiliser. Cet audit doit aussi envisager l'accessibilité du logement du point de vue des aidants et des professionnels qui y interviendront : sa configuration ne doit pas les exposer à de risques pour leur santé, elle doit rendre possible l'installation des aides techniques (lève-personne, fauteuil de transfert…).

115 L'Agirc-Arrco propose un diagnostic « *Bien vieillir chez moi* » pour identifier, avec l'aide d'un ergothérapeute, les aménagements possibles. Ce dispositif n'a concerné que 3500 personnes en 2020 (source : Vieillir heureux, Fabrique Spinoza en partenariat avec Agric-Arrco, octobre 2022).

Dans les grandes copropriétés, la réalisation du plan pluriannuel de travaux (PPT)[116], obligatoirement élaboré pour mettre en place un échéancier de travaux sur une période de 10 ans, devrait être l'occasion d'une réflexion sur le nombre de lots accessibles d'une part, les aménagements que nécessiterait l'amélioration de l'accessibilité des bâtiments en général d'autre part.

Le CESE partage le constat, dressé notamment par la Cour des comptes[117], de la nécessité d'une simplification des aides, entre le crédit d'impôt « adaptation » et la TVA à taux réduit pour les travaux, et les dispositifs de trois opérateurs : l'Anah (dispositif « habiter facile » et « Ma Prime Adapt' »), la CNAV à travers son action sociale (dispositif « bien vieillir chez soi »), et Action logement. Les critères d'éligibilité (mixant niveau de dépendance, âge et ressources) sont différents. De ce point de vue, la création de « Ma Prime Adapt' », par la loi de finances pour 2023, constitue un progrès. Elle était demandée par le rapport de Luc Broussy et s'inspire du dispositif Ma Prime Renov' pour la rénovation énergétique[118] (avec lequel elle devrait être cumulable).

Il semble qu'après évaluation de leurs besoins, les bénéficiaires pourront recevoir, en fonction de leurs revenus et dans la limite de 15 000 €, 70 % du montant des travaux pour les ménages très modestes et 50 % du montant des travaux pour les ménages modestes. Il n'y aura pas de référence au niveau de dépendance (GIR) dans les critères d'éligibilité, ce qui constitue un progrès, mais « Ma Prime Adapt' » restera réservée aux personnes de 70 ans et plus, ce qui est trop tardif pour une action de prévention de la perte d'autonomie. Des dérogations existent, mais ne sont pas adaptées aux objectifs de la prévention de la perte d'autonomie[119]. Enfin, le CESE relève que la perspective d'un reste à charge même minime constitue un frein à l'engagement des travaux pour les personnes modestes ou très modestes. Il observe également que les ménages aux revenus intermédiaires (selon la classification retenue pour le calcul de Ma Prime Rénov) pourraient se retrouver sans accompagnement pour réaliser de tels travaux puisque d'une part « Ma Prime Adapt' » ne devrait concerner que les personnes percevant jusqu'à 25 000€ de revenus annuels et d'autre part, le crédit d'impôt

116 Le projet de PPT doit comprendre les éléments suivants : la liste des travaux nécessaires à la sauvegarde de l'immeuble, à la préservation de la santé et de la sécurité des occupants, à la réalisation d'économies d'énergie et à la réduction des émissions de gaz à effet de serre ; une estimation du niveau de performance énergétique et de performance en matière d'émissions de gaz à effet de serre que les travaux permettent d'atteindre ; une estimation sommaire du coût de ces travaux et leur hiérarchisation ; une proposition d'échéancier pour les travaux dont la réalisation apparaît nécessaire dans les 10 prochaines années.

117 Cour des comptes, *La prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées : construire une priorité partagée*, novembre 2021

118 Sur la question de la rénovation thermique des bâtiments, voir CESE, 22 novembre 2022, *Pour des bâtiments plus durables grâce à une ambitieuse politique de rénovation* (Didier Gardinal)

119 En effet, les dérogations envisagées visent, pour les personnes en situation de handicap (sans condition d'âge) et, pour les personnes âgées de 60 à 69 ans, celles qui sont déjà en perte d'autonomie précoce.

actuellement applicable aux travaux d'adaptation ou de mise en accessibilité du logement des personnes en perte d'autonomie doit s'éteindre après le 31 décembre 2023.

PRÉCONISATION #12

Proposer systématiquement, dès 55 ans, à travers une information adressée par les caisses de retraite et/ou l'Agence nationale de l'habitat :

- → la réalisation d'un diagnostic « habitat vieillissement » sur l'adaptation de son logement au risque de perte d'autonomie ;
- → une information sur la possibilité de bénéficier de ce diagnostic et de certaines aides (dont Ma Prime Adapt').

PRÉCONISATION #13

Afin que le reste à charge ne soit plus un obstacle à la réalisation des travaux d'adaptation des logements au vieillissement :

- → le réduire, jusqu'à zéro, pour les personnes les plus modestes ;
- → octroyer une aide aux personnes ayant des revenus intermédiaires.

2. Encourager les solutions alternatives

Quand habiter dans son logement n'est plus adapté à la situation de la personne âgée, il existe des options, alliant des espaces de vie en communauté avec des parties privatives. Ces solutions alternatives relèvent pour une première catégorie de l'habitat « groupé » : en plus de lieux partagés, des logements permettent une indépendance (doté d'un équipement - salle de bain et cuisine - suffisant). Les logements privatifs comme les parties communes sont adaptés aux personnes âgées. Les appellations varient, entre « résidences seniors » ou « services » (plutôt dans le secteur privé) ou résidences « autonomie » (plutôt utilisé dans le secteur public ou associatif) ainsi que les prestations et les loyers. Les MARPA (maisons d'accueil et de résidence pour l'autonomie) s'approchent, en milieu rural, de ce modèle. Une seconde catégorie tient de l'habitat « partagé » et vise des personnes en perte d'autonomie. Dans ces habitats de type colocation, les parties privatives sont moins équipées et les espaces de vie partagée proportionnellement plus importants, sans pour autant en faire des établissements médico-sociaux.

En réalité, les modèles sont nombreux et souvent hybrides. Ils peuvent ou non être pensés autour d'un projet partagé de vie sociale, de valeurs communes et d'insertion dans la vie locale. Certains sont conçus pour accueillir les accompagnants, la famille, les professionnels. D'autres sont intergénérationnels, avec des variantes selon les publics qu'ils accueillent (des étudiants, des jeunes travailleurs d'un côté, des seniors avec différents niveaux de dépendance de l'autre) et leurs modalités de fonctionnement (avec le cas échéant un temps d'aide rémunéré assuré par le jeune).

D'autres encore s'approchent des Ehpad, avec l'objectif de permettre aux personnes en perte d'autonomie de disposer des mêmes niveaux de soin et d'accompagnement, sans pour autant les regrouper dans un même lieu. Ces alternatives, parfois appelées « Ehapd hors les murs » et construites avec un réseau médico-social, sont proches de ce que peuvent proposer certains services d'accompagnement aux personnes qui restent dans leur domicile. C'est dans cette philosophie - un accompagnement plus global de la personne - que s'inscrivent deux récentes réformes :

- la transformation progressive des Services de soins infirmiers à domicile, Service d'aides et d'accompagnement à domicile et Services polyvalents d'aide et de soins à domicile en « services autonomie à domicile » ;
- la possibilité ouverte depuis le 1er janvier 2023 aux Ehpad et à ces services d'exercer la mission de « centres de ressources territoriaux pour personnes âgées ». L'objectif est de proposer un niveau de prestation similaire à celui d'un Ehpad, mais à domicile et avec un accompagnement plus intensif, autour d'une « offre intégrée » coordonnée par le centre de ressources.

Quelle que soit la formule, le CESE met l'accent sur plusieurs éléments primordiaux :

- le respect de la liberté des résidentes et résidents d'aller et venir ;
- l'accessibilité aux soins et l'accompagnement médico-social ;
- la préservation des liens sociaux ;
- la protection d'espaces et de moments d'intimité.

L'implantation géographique est également importante. La proximité des lieux de vie, commerces mais aussi établissements culturels et sportifs, avec lesquels doivent être noués des partenariats, est essentielle. Mais, en particulier en milieu rural, d'autres critères sont à considérer, comme la proximité avec le réseau de solidarité (familial, amical, médical) mais aussi, plus simplement, le choix de la personne de rester dans la zone géographique où elle a toujours vécu.

Il faut encourager l'ensemble de ces solutions qui s'éloignent du choix binaire entre domicile et Ehpad. La loi Elan précitée a donné une définition de l'habitat « inclusif »[120] et créé un forfait habitat inclusif financé par la CNSA, versé aux personnes morales en charge de la mise en œuvre du projet de vie sociale et partagée. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 a pour sa part créé « l'aide à la vie partagée » : versée par le conseil départemental

120 La loi précise que relève du champ de l'habitat inclusif : un logement meublé ou non, en cohérence avec le projet de vie sociale et partagée défini par arrêté, loué dans le cadre d'une colocation régie par le droit applicable entre bailleurs privés ou sociaux et les locataires ; un ensemble de logements autonomes destinés à l'habitation, meublés ou non, en cohérence avec le projet de vie sociale et partagée défini par arrêté, et situés dans un immeuble ou groupe d'immeubles comprenant des locaux communs affectées.

aux porteurs de projets d'habitats inclusifs, elle est financée à 80 % par la CNSA et à 20 % par le département. De nombreux départements ont lancé des appels à manifestation d'intérêt pour identifier des projets d'habitat inclusif dans le cadre de la mise en place de cette aide.

Pour le CESE, l'accessibilité financière de ces solutions est un enjeu majeur. L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) est loin d'être en adéquation avec les tarifications demandées par ces structures. L'aide personnalisée au logement (APL) est ouverte aux résidents des établissements conventionnés sous conditions de ressource : son montant varie selon les revenus de la personne, la localisation de l'établissement et le loyer. L'allocation de logement sociale (ALS) est ouverte aux résidents d'établissements non conventionnés sous condition de ressources. Tout comme l'APL, le montant de l'ALS peut différer et être réévalué chaque année. L'aide sociale à l'hébergement (ASH) s'adresse aux personnes aux ressources très modestes vivant dans un établissement habilité au titre de l'aide sociale.

Entendu par la commission des affaires sociales et de la santé du CESE, M. Jacques Wolfrom, directeur général du groupe Arcade-Vyv et co-auteur avec Denis Piveteau, du rapport *Demain, je pourrai choisir d'habiter avec vous !»*, n'a pas caché les difficultés de financement de ce type d'habitat. Dans un contexte où la demande de logement social demeure très élevée, le risque est de créer, de fait, une « concurrence » entre les publics. Les bailleurs sociaux, déjà confrontés au défi de la réhabilitation énergétique, ont peu de marge pour investir dans ces projets innovants. Il est évident que davantage de ressources devront y être consacrées, qu'il s'agisse des bailleurs sociaux ou des autres investisseurs.

PRÉCONISATION #14

Encourager et soutenir les investisseurs immobiliers, notamment les bailleurs, dans le développement de solutions alternatives relevant de l'habitat partagé, regroupé ou inclusif pour permettre à ces structures innovantes d'accueillir un public plus large et financer dans ces structures des temps d'animation, de lien social et de prévention de la perte d'autonomie.

3. Renforcer la médicalisation des Ehpad et en faire de véritables lieux de vie

Lorsque le maintien à domicile ou en habitat alternatif n'est plus possible, l'Ehpad reste la seule solution. C'est pourquoi, le CESE ne partage pas les analyses d'un rapport récent du Sénat recommandant de ne plus créer de places nouvelles en Ehpad[121]. Cette solution n'est pas réaliste : il faut plutôt assurer une plus grande adéquation entre les moyens de ces établissements et le rôle qu'ils sont amenés à jouer.

Les conditions de prise en charge des personnes accueillies dans de nombreux Ehpad sont si dégradées que, loin de prévenir la perte d'autonomie ou de maintenir les capacités des personnes, elles accélèrent ou aggravent la

121 Sénat, mars 2021 *Bien vieillir chez soi : c'est possible aussi !*

dépendance. En cela, il est apparu au CESE que la question de ces établissements ne pouvait pas être écartée de cet avis sur la prévention de la perte d'autonomie.

L'âge moyen de l'entrée en Ehpad est désormais de 85 ans et 6 mois. Les pathologies sont de plus en plus complexes et nombreuses (7,9 pathologies en moyenne). Le modèle et le mode de fonctionnement des Ehpad, qui sont en réalité des « maisons médicalisées pour personnes âgées », ne tirent pas suffisamment les enseignements de cette évolution. Leurs moyens n'ont pas suivi, le taux d'encadrement y est très largement insuffisant (0,62 ETP par place contre 1,1 en Unité de soins longue durée). Tous les Ehpad n'ont pas un médecin coordonnateur et lorsqu'il existe, il est souvent à temps partiel[122]. Les infirmiers et infirmières sont peu nombreux, absents la nuit, et le personnel est principalement composé d'aides- soignantes et d'aides-soignants ainsi que d'agents et d'agentes de services. Le Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA) et le Défenseur des droits ont recommandé de fixer un ratio minimal de personnels travaillant en Ehpad en fonction du niveau d'autonomie et des soins requis par les résidentes et résidents et retenu l'objectif de 0,8 effectif à temps plein (ETP) par résident.

En 2018, le CESE alertait les pouvoirs publics sur les insuffisances des moyens humains et financiers des Ehpad[123] et la situation d'extrême tension qui prévalait dans ces établissements. La crise du Covid-19 a pointé avec encore plus de brutalité ces difficultés. Le 16 janvier 2023[124], la Défenseure des droits, Mme Claire Hédon, constatait qu'une partie des recommandations qu'elle avait formulées dix-huit mois plus tôt[125] n'avaient pas été suivies de changements et que certains droits fondamentaux des résidentes et résidents n'étaient toujours pas respectés.

Dans ce contexte, le CESE réitère ses préconisations en faveur de la fixation d'un ratio minimal d'encadrement dans ces établissements. En outre, et comme il l'a préconisé dans un avis sur l'hôpital[126], il met l'accent sur la nécessité de la coordination des interventions médicales, paramédicales, médicosociales et de l'aide à la personne. Au-delà du renforcement médical, il est nécessaire que les Ehpad deviennent de véritables lieux de vie grâce au développement des activités socio-culturelles et d'animation, afin de permettre la stimulation et le renforcement cognitifs des résidents et l'amélioration du cadre de vie.

122 Assemblée nationale, rapport d'information déposé par la commission des Affaires sociales en conclusion des travaux de la mission sur les Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), présenté par Mmes Monique Iborra et Caroline Fiat, députées, 14 mars 2018
123 CESE, 24 avril 2018, *Vieillir dans la dignité* (Marie-Odile Esch)
124 Défenseur des droits, 16 janvier 2023, *Suivi des recommandations du rapport sur les droits fondamentaux des personnes accueilles en Ehpad*.
125 Défenseur des droits, 4 mai 2021, *Les droits fondamentaux des personnes âgées en Ehpad.*
126 CESE, 13 octobre 2020, *L'hôpital au service du droit à la santé* (Sylvie Castaigne, Alain dru et Christine Tellier)

PRÉCONISATION

PRÉCONISATION #15

Faire des Ehpad des « maisons médicalisées pour personnes âgées » et des lieux de vie :

- en renforçant leurs moyens financiers et humains, via un conventionnement avec les agences régionales de santé (ARS) et les départements qui, tout en confirmant l'objectif du plan Solidarité grand âge d'un taux d'encadrement « au chevet » (aides-soignantes et infirmières) de 1 pour 1, devra permettre d'atteindre immédiatement une norme minimale d'encadrement de 0,8 ETP pour un résident ;
- en mettant en place un lieu médicalisé dédié, avec une permanence de télémédecine ;
- en développant les animations socio-culturelles ;
- en les intégrant davantage dans le réseau des acteurs locaux du soin et de l'accompagnement.

HANDICAP ET PRÉVENTION DE LA PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a profondément modifié l'approche du handicap en France autour du principe de l'inclusion. La nouvelle définition qu'elle donne du handicap[127] donne une place plus importante aux interactions entre les incapacités elles-mêmes et les barrières économiques, environnementales, sociales faisant obstacle à l'exercice plein et entier de la citoyenneté. Elle fait finalement écho aux deux dimensions de la perte d'autonomie (une ou plusieurs limitations, la nécessité d'une aide).

Pourtant, les dispositifs « handicap » et « perte d'autonomie » restent séparés avec une conséquence concrète : l'âge de 60 ans apparaît comme un âge-frontière, facteur de rupture dans les parcours. Si « l'histoire » peut expliquer cette situation (la prise en compte par les pouvoirs publics de la perte d'autonomie est plus récente), la situation peut être mal comprise par les personnes concernées. De fait, deux dispositifs coexistent : l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) pour la dépendance (évaluée par les équipes médico-sociales des départements), la prestation de compensation du handicap (PCH) pour faire face, en tout ou partie, aux dépenses liées au handicap (tel qu'évalué par les maisons départementales des personnes handicapées). Les deux prestations ne sont pas cumulables. Mais, à partir de 60 ans, certaines personnes peuvent être éligibles à l'une et à l'autre : il leur faut alors, comme l'indique la CNSA, « choisir l'une ou l'autre des aides en fonction de leur situation »[128], ce qui n'est pas toujours simple (les plafonds[129], mais aussi les types d'aides que PCH et APA peuvent financer, diffèrent).

127 La loi définit le handicap comme la « limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielle, mentales, cognitives ou psychique, du polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ». Parallèlement, la loi a posé le principe du droit à compensation qui impose aux pouvoirs publics de répondre aux besoins de la personne pour qu'elle puisse vivre, se déplacer, travailler, aller à l'école…

128 CNSA, *Quelles différences entre la PCH et l'APA ?*

129 Les montants de l'APA dépendent du niveau de GIR. Pour la PCH, les plafonds sont distincts selon les types d'aide (intervention humaine, aides techniques, aménagement du logement, aménagement du véhicule ou surcoût lié aux transports, charges spécifiques ou exceptionnelles).

Des évolutions semblent se dessiner, dans le sens d'une gouvernance et d'un financement « unifiés » du handicap et de la perte d'autonomie liée au vieillissement. Ainsi le champ de compétence de la CNSA couvre les politiques de soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées. C'est aussi le cas des CDCA. Mais, alors que handicap et perte d'autonomie se partagent de nombreuses problématiques (les questions d'adaptation des logements, d'accessibilité des transports et des bâtiments…), on reste loin de la convergence. Alors que cette possibilité a été ouverte par loi d'adaptation de la société au vieillissement (ASV), peu de départements ont mis en place des « maisons départementales de l'autonomie » lieu unique où les personnes âgées et les personnes handicapées peuvent accéder à l'information sur les dispositifs les concernant.

Pour sa part, le CESE met l'accent sur une réalité : les personnes handicapées vieillissantes sont elles aussi confrontées, souvent plus précocement que les autres[130], aux conséquences de l'avancée en âge en termes de perte d'autonomie. L'espérance de vie des personnes en situation de handicap a augmenté comme celle de la population générale. 9 % des personnes accompagnées par les services et les établissements médico-sociaux pour adultes en situation de handicap ont 60 ans ou plus. Cette proportion est en hausse constante depuis 2006[131], (alors même que de nombreux adultes quittent ces structures pour rejoindre des Ehpad autour de 60 ans). Les foyers d'accueil médicalisés pour adultes handicapés devenus établissements d'accueil médicalisés en tout ou partie pour personnes handicapées (FAM/EAM)[132] et les maisons d'accueil spécialisées (MAS) sont les structures les plus médicalisées qui accueillent le plus de personnes handicapées âgées. Fin 2018, les adultes âgés de plus de 60 ans accueillis en FAM/EAM représentaient 21 % des personnes qui y étaient accompagnées (contre 6,6 % en 2006). Dans les MAS, les personnes de plus de 60 ans représentent 16 % des celles qui y sont accompagnées (contre 5 % en 2006) et les plus de 65 ans, 7 % contre 1,8 % en 2006[133]. De plus en plus de structures accueillant des adultes en situation de handicap inscrivent l'accueil des personnes handicapées vieillissantes dans leur projet d'établissement, y compris des foyers de vie[134], bien que ces derniers ne soient pas médicalisés. L'avancée en âge se traduit souvent par une accentuation du handicap initial ou par la survenue d'autres difficultés avec pour conséquences, dans les deux cas, un renforcement les limitations des fonctions motrices, psychiques, sensorielles…. Ce sont ces effets cumulatifs voire multiplicateurs des incapacités préexistantes et des maladies liées à l'âge qu'il faut prendre en charge de façon précoce.

130 GOHET P., *L'avancée en âge des personnes des personnes handicapées – Contribution à la réflexion*, IGAS, octobre 2013
131 Enquête *ES-Handicap auprès de l'ensemble des établissements et des services pour personnes handicapées* (soit 12 430 structures enquêtées en 2019 sur leur situation en 2018).
132 Les FAM/EAM accueillent des adultes inaptes à toute activité professionnelle et ayant besoin d'une aide pour la plupart des actes essentiels de la vie courante ainsi que d'une médicalisation.
133 DREES, *Etudes et résultats*, n° 1247, novembre 2022.
134 Les foyers occupationnels et foyers de vie pour adultes handicapés hébergent des adultes en situation de handicap jouissant d'une certaine autonomie à qui ils proposent des activités artistiques et physiques.

Il est donc, pour le CESE, fondamental que les personnes en situation de handicap bénéficient elles aussi d'une approche préventive de la perte d'autonomie. Que les personnes soient valides ou en situation de handicap, la philosophie de la prévention de la perte d'autonomie est la même et les préconisations formulées par cet avis sont identiques. Nécessairement personnalisées, les réponses doivent être en cohérence avec la situation de la personne et fondées sur ses besoins, tels qu'elle les exprime elle-même. La prévention, l'accompagnement, doivent s'adapter à l'évolution de l'impact de l'avancée en âge sur la santé de la personne mais aussi considérer son projet de vie. Il faut enfin donner aux aidantes et aux aidants une place centrale dans la définition de la réponse en considérant une réalité : proches ou parents, ils et elles sont souvent également en situation de perte d'autonomie.

E. Axe 5 : se donner les moyens : recruter dans les métiers de l'accompagnement et mieux soutenir les aidantes et les aidants

1. Les métiers de l'accompagnement : reconnaître et valoriser leur contribution essentielle à la prévention de la perte d'autonomie

Dessinant, en 2020, l'état des lieux des professions relevant du travail à domicile auprès des personnes vulnérables[135], le CESE a pointé le gouffre existant entre, d'un côté, leur rôle crucial pour le lien social et, de l'autre, une absence évidente de reconnaissance et de valorisation[136]. Les personnes qui exercent ces métiers sont placées dans une situation d'invisibilité qui aboutit à sous-estimer les difficultés de leurs conditions de travail et leurs impacts sur leur santé ainsi que la faiblesse des rémunérations[137]. Ces éléments s'additionnent et leurs effets s'accentuent : à cause de leur faible attractivité, les difficultés de recrutement s'aggravent, les employeurs se tournent vers des personnes de plus en plus éloignées de l'emploi. Ces personnes ne sont généralement pas ou peu formées à ces métiers, qui ne correspondent pas forcément à une aspiration de leur part. Leurs conditions d'emploi sont souvent très précaires. Toutes ces raisons font que le *turn-over* est élevé.

Les métiers de l'accompagnement des personnes âgées sont très majoritairement occupés par des femmes. Stéréotypes de genre les

135 Les services d'assistance et d'accompagnement aux personnes âgées ou dépendantes relèvent, avec les services aux familles et les services de la vie quotidienne, du périmètre plus large des services à la personne (loi du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne)

136 CESE, 9 décembre 2020, *Le travail à domicile auprès des personnes vulnérables : des métiers du lien* (Nathalie Canieux)

137 C'est également ce constat que fait Myriam El Khomri. Dans son rapport intitulé *Plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand-âge* d'octobre 2019, elle parle d'un « déni collectif », suscitant chez les personnes qui exercent ces métiers l'impression que « *la beauté et le sens de leur métier au quotidien, un métier fait d'engagement et de relation humaine, dont ils sont fiers, n'est pas reconnu à sa juste valeur* »

assignant à certains métiers[138], précarité et temps partiels imposés, faibles niveaux de rémunération : les causes et les conséquences de cette quasi-absence de mixité sont entremêlées. Cela conduisait le CESE à associer l'objectif d'une revalorisation de ces métiers - au centre de son avis de 2020 - à la nécessité de les faire sortir « *d'une forme de relégation sociale étroitement liée à une représentation stéréotypée des compétences à partir du genre* ».

Plusieurs autres éléments caractérisent ces professions, à commencer par la multiplicité des employeurs. Cette situation, qui est elle-même la conséquence de l'importance et de la variété de la demande, a pour corollaire une grande diversité des statuts et des droits. Ainsi, une partie des aides à domicile sont des agents publics, souvent en poste au sein des CCAS, et relèvent du statut de la fonction publique territoriale. Les autres relèvent du privé, avec des conditions de travail et un niveau de protection différents en fonction de leur employeur et de la convention collective nationale qui leur est applicable. Ainsi, les aides à domicile salariées d'une association relèvent de la convention collective de la branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile. Les salariées d'une entreprise de services relèvent pour leur part de la convention collective nationale des entreprises de services à la personne. Enfin, les salariées des particuliers employeurs (qui les emploient directement ou par un organisme mandataire) relèvent de la branche des particuliers employeurs et de l'emploi à domicile[139]. La diversité des employeurs et donc des statuts crée d'importantes différences sur des points essentiels comme le temps de travail, l'indemnisation du travail effectué le dimanche et les jours fériés, la prise en compte de l'ancienneté, l'indemnisation des temps de transport et de déplacement (notamment entre les domiciles de personnes accompagnées), les droits sociaux mutualisés (professionnalisation, prévoyance, retraite, santé, santé au travail, activités sociales et culturelles). Les temps de disponibilité imposée sont rarement comptés comme du temps de travail. A cause de plages horaires bloquées, il est impossible de compléter une activité partielle auprès d'un premier employeur par un autre emploi.

Au déséquilibre entre une offre insuffisante et le niveau élevé de la demande, s'ajoute la prédominance du temps partiel, le plus souvent non choisi, conséquence d'une demande forte d'accompagnement à domicile concentrée sur les mêmes créneaux horaires (lever, coucher, toilettes, repas).

138 Dans son avis précité, le CESE indiquait : « *Longtemps associées à la sphère domestique ou caritative, les compétences de l'aide à domicile sont encore considérées comme « naturelles » ou « vocationnelles », associées à la représentation d'un « éternel féminin » et savoir-être supposé correspondre à celui d'une mère de famille dont l'activité au foyer n'est pas rémunérée* ».

139 Convention signée par la FEPEM, la CFDT, la CGT, la CSAFAM, FO-CGTA, le SPAMAF et l'UNSA

En 2020, le CESE avait proposé un « plan en faveur des métiers du lien » autour de plusieurs principes structurants relevant de la formation, des qualifications, des conditions d'exercice (organisation et temps de travail, prévention des risques professionnels et suivi de la santé au travail, articulation avec les autres professions, indemnisation des déplacement). Le CESE a également préconisé en 2022[140], face aux grandes difficultés de recrutement dans les métiers de l'accompagnement à domicile, d'ouvrir des négociations de branche pour leur donner davantage d'attractivité.

Avec ce nouvel avis, le CESE met l'accent sur le rôle majeur des professions de l'accompagnement du grand âge dans la prévention de la perte d'autonomie. Au quotidien et au plus proche des personnes, ces professions très mal reconnues sont les premières à repérer les fragilités qui annoncent la perte d'autonomie ou son aggravation. Il faut valoriser leur rôle, dans les formations, les parcours, les qualifications. Mais il faut aussi garantir des conditions qui permettent effectivement aux professionnelles de l'accompagnement de jouer ce rôle préventif. Ce n'est pas le cas actuellement.

Il y a en particulier une contradiction entre ce que ce rôle exige en termes d'attention, de vigilance vis-à-vis de l'état de la personne âgée et de son évolution, et la programmation de temps d'intervention excessivement courts. Ces pratiques sont incompatibles avec l'importance pour la prévention, constatée par tous, du temps de présence, de l'écoute et du lien.

Il faut, tout aussi prioritairement, donner aux professionnels de l'accompagnement la possibilité de trouver leur place dans le réseau associant les proches, les aidants et les soignants, qui se met en place autour de la personne suivie. Ce n'est pas le cas quand, dans l'organisation de leur travail, aucun espace n'est réservé à l'échange et au travail collectif sur l'organisation de la continuité de l'accompagnement, à l'identification des difficultés et à leur résolution, au partage des bonnes pratiques, aux bilans réguliers.

Par ailleurs, le dispositif d'aide existant pour les particuliers qui salarient une personne via le Chèque emploi service universel (exonération des cotisations patronales de Sécurité sociale maladie, vieillesse et d'allocations familiales) est à préserver. Pour tirer les conséquences de la nécessité d'agir plus en amont afin de mieux prévenir la perte d'autonomie, une réflexion pourrait être engagée sur un abaissement de l'âge auquel ce dispositif est ouvert (actuellement 70 ans).

140 CESE, 12 janvier 2022, *Métiers en tension* (Pierre-Olivier Ruchenstain).

PRÉCONISATION #16

Poursuivre la revalorisation des métiers et des conditions de travail et consacrer le rôle que jouent les professionnelles et professionnels de l'accompagnement dans la prévention de la perte d'autonomie. Pour cela :

- considérer le temps qu'exigent la vigilance sur l'évolution de l'état physique et mental de la personne et le maintien de ses liens sociaux, en garantissant des interventions à domicile d'une durée minimum d'une heure ;
- mieux intégrer ces professionnelles et professionnels dans le réseau qui entoure la personne en rémunérant les temps d'échange et de coordination ;
- intégrer la mission de prévention de la perte d'autonomie, incluant une fonction de chargé.e de prévention, dans les prestations socles des futurs services autonomie à domicile afin de renforcer le repérage des fragilités et le lien social et l'orientation vers les ressources de prévention disponibles sur le territoire (actions individuelles et/ou collectives) ;
- renforcer l'accès et les moyens de la formation continue et les possibilités de validation des acquis de l'expérience.

2. Consolider le soutien aux aidants

Si 90 % des personnes de plus de 75 ans peuvent rester chez elles jusqu'à la fin de leur vie comme elles en expriment régulièrement le souhait, c'est essentiellement grâce à leur famille et à leurs proches. Est considérée comme proche aidant la personne qui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir des actes ou des activités de la vie quotidienne d'une personne en perte d'autonomie, du fait de l'âge, de la maladie ou d'un handicap. Parmi les 8 à 11 millions de personnes qui sont aidants[141], près de 4 millions apportent une aide régulière à une personne âgée de 60 ans ou plus vivant à domicile, pour l'un au moins des trois grands types d'aides : vie quotidienne, soutien moral, aide financière ou matérielle. La moitié des proches aidants sont des enfants de la personne aidée, un quart sont des conjoints et près de 60 % sont des femmes.[142]

141 Selon les dernières études de la DREES (Études et Résultats • février 2023 • n° 1255), 9,3 millions de personnes déclarent apporter une aide régulière à un proche en situation de handicap ou de perte d'autonomie en 2021, mais la part des aidants qui se consacrent à des personnes en perte d'autonomie n'est pas évaluée.

142 DREES *Les proches aidants des seniors et leur ressenti sur l'aide apportée Résultats des enquêtes « CARE » auprès des aidants (2015-2016)* Xavier Besnard, Mathieu Brunel, Nadège Couvert, Delphine Roy.

Plusieurs dispositifs, mis en place ces dernières années, ont visé à mieux prendre en compte la situation des aidantes et des aidants. La création d'un dispositif de dons de jours de repos au bénéfice de proches aidants[143], le financement d'actions de soutien aux proches aidants par la conférence des financeurs[144] ou encore l'indemnisation du congé de proche aidant[145] ont répondu à une partie des attentes. Le CESE a demandé que les aidants soient mieux reconnus, grâce notamment au développement de l'offre de répit, de l'aide à l'accompagnement, des relations avec les autres acteurs de la prise en charge, et de leur information[146].

Les évolutions en cours, à commencer par le vieillissement de la population, justifient une consolidation des actions en direction des aidants. Leur rôle dans la prévention de la perte d'autonomie est essentiel : il faut en tirer les conséquences. La priorité doit être de prendre en compte les difficultés auxquelles ils font face, et qui se renforcent les unes les autres.

Une première difficulté, à laquelle les aidantes et aidants sont violemment confrontés, tient à la pénurie de personnel professionnel de l'accompagnement : la charge se reporte mécaniquement sur les aidants. Le renforcement des métiers du soin et de l'accompagnement est une première mesure qui permettra de diminuer ces situations non choisies. En parallèle, le renforcement des plans d'aides doit permettre de libérer du temps pour les aidants.

Une autre difficulté relève de la situation des aidantes et aidants eux-mêmes, et particulièrement de leur santé : c'est elle qu'il faut aussi protéger, d'autant que les aidantes et les aidants sont de plus en plus âgés. Les trois quarts des conjoints aidants ont plus de 66 ans. Les « enfants aidants » sont très majoritairement d'âge actif : les trois quarts ont moins de 62 ans. Près d'un aidant sur deux déclare au moins une conséquence négative sur sa santé de l'aide apportée à la personne aidée. Aider entraîne des conséquences sur la santé physique et mentale des aidants, que ce soit du fait d'impacts directs (troubles du sommeil, troubles musculosquelettiques), d'impacts liés au stress, ou d'impacts liés à l'incapacité de l'aidant à avoir une alimentation saine, des activités sportives et de loisirs. Or les aidants permettent la continuité des soins

143 Loi n° 2018-84 du 13 février 2018 créant un dispositif de don de jours de repos non pris au bénéfice des proches aidants de personnes en perte d'autonomie ou présentant un handicap.
144 Loi du 22 mai 2019 visant à favoriser la reconnaissance des proches aidants et la prévention des difficultés physiques et psychiques auxquelles ils peuvent être confrontés. Cette loi autorise la mobilisation d'une partie des crédits du concours « *autres actions de prévention* » de la CNSA aux départements, pour financer des actions de soutien aux proches aidants. En 2020, l'enveloppe du concours « *autres actions de prévention* » a été abondée de 5 millions d'euros pour permettre de financer davantage d'actions en faveur des aidants.
145 Loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 - l'indemnisation du congé de proche aidant répond aux recommandations formulées dans le cadre de la concertation sur le grand âge et l'autonomie par le groupe de travail sur les proches aidants et le bénévolat présidé par Annie Vidal, députée de Seine-Maritime. Portant sur trois mois ouvrés sur l'ensemble de la carrière, la mesure permettra de répondre à la fois à un besoin de soutien régulier et étalé dans le temps et à un besoin urgent et ponctuel. L'allocation pourra en effet indemniser des jours pris consécutivement, de manière fractionnée ou en complément d'une activité à temps partiel. Un décret de juillet 2022 pris en application de la LFSS 2022 enlève la condition d'une « *perte d'autonomie d'une particulière gravité* » et élargit ainsi les aidants bénéficiaires.
146 CESE 7 juillet 2020 *Générations nouvelles : construire les solidarités de demain* préconisation n° 15 (Danièle Dubrac et Djamal Teskouk) mais aussi 24 mars 2021 *Améliorer le parcours de soin en psychiatrie* préconisation n° 6 (Alain Dru et Anne Gautier) et 13 octobre 2020 *L'hôpital au service du droit à la santé* préconisation n° 17 (Sylvie Castaigne, Alain dru et Christine Tellier).

et du suivi de la personne aidée. C'est un enjeu de santé publique et de solidarité nationale, en plus d'être un enjeu financier pour l'Etat et la sécurité sociale, compte tenu des dépenses de santé évitées et des économies réalisées, grâce à leurs actions[147]. Pour le CESE, la protection de la santé des aidants passe par des solutions de répit qui leur permettent de souffler (accueils de jour, accueil de nuit ponctuel, hébergement temporaire…).
Or l'offre de répit, même si elle s'est développée, implique des démarches complexes, alors que les aidants auraient besoin de solutions immédiatement disponibles. Elles ne sont parfois pas suffisamment accessibles, tant d'un point de vue géographique que financier, en raison d'un reste à charge qu'il conviendrait de diminuer[148]. Aider peut également avoir un impact sur la vie professionnelle des aidants. En ce sens, le CESE a préconisé l'examen, au sein de l'entreprise, des modalités d'organisation des temps de travail pour les rendre compatibles avec les responsabilités d'aidant[149]. Par ailleurs, les contrats de prévoyance pourraient être enrichis d'un socle de garanties minimales pour les salariés aidants (capital versé au proche dépendant, allocation journalière versée au salarié aidant).

Les aidantes et les aidants sont aussi confrontés à la difficulté de la coordination des différents intervenants autour de la personne âgée. Elle est au cœur des enjeux. Elle doit, dans ses modalités d'organisation, reconnaître la place particulière des aidants. Les aidants détectent, souvent avant les autres, les signaux de fragilité, et c'est en cela que leur rôle pour la prévention de la dépendance est majeur. Il faut les mettre en situation de solliciter l'intervention des professionnels avant que la situation ne se dégrade. L'intervention des professionnels, autour de la personne âgée, doit aussi viser à protéger et libérer les aidants. Cela implique de mettre en, place, avec eux, un dispositif souple de coordination.

Enfin, les aidantes et les aidants ne sont pas toujours sensibilisés à ce que l'aidance d'une personne en situation de perte d'autonomie implique, et n'ont pas toujours connaissance des acteurs en présence et de leur rôle respectif, ni même de l'existence des dispositifs de soutien. Une partie des actions de formation destinées aux aidants, financées par la CNSA, devrait être fléchée vers le repérage des signes d'évolution des fragilités, et vers la présentation des acteurs de la prévention qui peuvent venir en soutien du couple aidant/aidé. Les solutions de formation à distance ou bien les formations organisées sur du « temps libéré », lors de répits ponctuels, proposés notamment par les plateformes d'accompagnement et de répit (PFR), doivent être privilégiées. Des actions d'information sur les dispositifs de soutien ainsi que les aides financières existantes pour en limiter le coût devraient être proposées dès que surviennent les

147 Plaidoyer du Collectif « Je t'aide » 2018 *La santé des aidants : un enjeu de santé publique*.
148 Plaidoyer du Collectif « Je t'aide » 2018 *La santé des aidants : un enjeu de santé publique*.
149 CESE, 12 janvier 2022, *Métiers en tension* (Pierre-Olivier Ruchenstain)

premiers signes de fragilités : c'est en amont que la relation entre professionnels et aidants doit s'organiser. La mise à disposition d'un guichet unique délivrant les informations relatives aux aidants permettrait de simplifier l'accès à ces dernières.

PRÉCONISATIONS

PRÉCONISATION #17

Soutenir les aidantes et les aidants, acteurs à part entière de la prévention de la perte d'autonomie :

- en les formant aux différents signes de fragilités, aux différents stades de l'aidance et en les associant étroitement au parcours d'autonomie mis en place pour la personne aidée ;
- en leur donnant des outils et des clés pour mieux gérer et se préserver des difficultés au quotidien (psychoéducation) ;
- en encourageant la mise en œuvre de journées de formation et de sensibilisation en entreprise sur les missions des proches aidants auxquelles pourraient être associés les associations et acteurs publics du secteur ;
- en renforçant leur information sur les dispositifs de soutien ainsi que sur les aides financières permettant de limiter le reste à charge ;
- en facilitant leur accès à une offre de répit adaptée et en les incluant dans les programmes de prévention de la perte d'autonomie, pour veiller à leur santé.

PRÉCONISATION #18

Augmenter le montant de l'allocation journalière du proche aidant (Ajpa) et aligner la durée du congé de proche aidant sur celle du congé de présence parentale.

F. Axe 6 : Gouvernance : partir de ce qui a fait ses preuves et intégrer pleinement la prévention dans un service public territorial de l'autonomie à créer

La prévention de la perte d'autonomie doit encore trouver sa place dans la gouvernance complexe de l'autonomie. Elle voit - et cela est justifié - intervenir de nombreux acteurs. Les caisses de retraite et d'assurance maladie (CNAV, CCMSA, Agirc-Arrco, CNAM) et les organismes de protection complémentaire (Mutualité Française), mettent en œuvre pour leurs affiliés des actions collectives de prévention utiles mais pas toujours suffisamment coordonnées. Les caisses de retraite proposent un accompagnement renforcé lorsqu'un retraité est fragilisé à l'occasion d'un événement de rupture, comme le veuvage ou le retour à domicile après une hospitalisation. La CNAV, par exemple, propose, à partir d'une évaluation, coordonnée avec le département, des besoins de la personne à son domicile une aide et un accompagnement individuel. Cette aide, qui concerne 300 000 personnes par an, est articulée avec l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Toutefois, cette reconnaissance mutuelle de l'évaluation des fragilités de la personne, pourtant prévue par l'article 7 de la loi d'adaptation de la société au vieillissement (ASV), est loin d'être mise en œuvre par tous les départements. Les collectivités territoriales (départements, communes) s'investissent différemment, à travers leurs compétences sanitaires et sociales, sans que leur action dirigée spécifiquement vers la prévention de la perte d'autonomie soit toujours identifiable. La place qu'ils accordent à la prévention de la perte d'autonomie dans le cadre des politiques publiques qu'ils conduisent en termes de cadre de vie - urbanisme, mobilité, d'habitat - mais aussi de culture, de sport est très difficile à mesurer. L'Etat est bien sûr au premier plan, dans le cadre de la définition de la politique de santé, mais aussi bien d'autres politiques (habitat, transport, travail…). La CNSA contribue, depuis 2015 et la loi ASV, au pilotage de la prévention de la perte d'autonomie[150]. Elle finance la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie, qui coordonne le financement des actions individuelles et collectives de prévention dans le département, via deux forfaits : le forfait autonomie et le forfait autres actions de la prévention[151]. Les inégalités territoriales demeurent car les actions financées et leurs montants varient d'un département à l'autre. Si l'action locale en termes de prévention de la perte d'autonomie

150 Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement dite loi ASV.

151 Le forfait autonomie finance les actions réalisées par les résidences autonomie ; le forfait autres actions de prévention finance des actions visant l'information, la formation et le soutien des proches aidants.

se structure dans le cadre de la conférence des financeurs, un pilotage central fait défaut pour garantir l'équité territoriale de cette politique.

Cette complexité a pour effet de rendre les politiques de l'autonomie peu lisibles et source d'inquiétudes pour les citoyens. C'est ce constat que formule Dominique Libault dans son rapport *Vers un service public territorial de l'autonomie* de mars 2022 : « *Dans cette dimension de l'action publique, plus encore que dans d'autres, parce qu'il s'agit de personnes vulnérables et fragilisées, le silo, la complexité sont des déviances administratives – le plus souvent sans la moindre volonté de nuire à qui que ce soit – que l'on ne peut plus se permettre* ». Le cloisonnement des secteurs sanitaire, médico-social et social a pour conséquence un enchevêtrement des dispositifs d'accompagnement qui sont peu, voire pas, lisibles pour les personnes concernées et leurs familles. Il est aussi, le CESE l'a souligné[152], un obstacle à la construction d'un parcours global de santé, alliant la prévention et le curatif, le soin et l'accompagnement social.

La dispersion des interventions rend en outre très difficile, voire impossible, l'évaluation des dépenses consacrées à la prévention de la perte d'autonomie en France. Se livrant tout de même à « une quantification approximative des montants mobilisés », la Cour des comptes[153] a estimé les dépenses en faveur de la prévention de la perte d'autonomie à près de 1,5 Md€ avec cette précision que ce montant « *repose sur le socle des seules dépenses identifiables* » (ce qui est rarement le cas pour les dépenses des collectivités territoriales). Les aides techniques de l'Assurance maladie, dont seule une partie a une visée préventive, représentent le premier poste (458 M€), devant l'action sociale de la CNAV (297M€), l'adaptation logement y compris les crédits d'impôts (224M€), le budget des conférences des financeurs (203M€). Le ministère des solidarités et de la santé avait pour sa part évalué en 2019 à 1,3 Md€ les dépenses de prévention de la fragilité de personnes âgées, soit seulement 6 % des dépenses consacrées cette même année à la compensation de la perte d'autonomie elle-même (21,7Md€)[154]. Ces évaluations, malgré leurs limites liées à la difficulté d'identifier une « dépense de prévention », montrent que les montants sont loin d'être à la hauteur des enjeux de la prévention de la perte d'autonomie. Il faut le rappeler : la Cour a, dans ce même rapport, estimé qu'un gain d'un an d'espérance de vie sans incapacité ferait économiser 1,5Md€ à l'assurance maladie.

Des pistes d'amélioration du pilotage de la politique de prévention de la perte d'autonomie ont été avancées. Pour la Cour des comptes, il faut construire une offre de prévention graduée sous l'égide du département. Le rôle de chef de file du département doit être conforté en tant que responsable de la politique de prévention sur son territoire, en lien étroit avec l'ARS et la CARSAT. Garante de l'égalité entre les territoires, la CNSA doit jouer un rôle renforcé en modulant les

152 CESE 24 avril 2018, *Vieillir dans la dignité* (Marie-Odile Esch) ; 11 juin 2019 *Les maladies chroniques*, (Michel Chassang et Anne Gautier) ; 13 octobre 2020 *L'hôpital au service du droit à la santé*, (Sylvie Castaigne, Alain Dru et Christine Tellier) ; 24 mars 2021 *Améliorer le parcours de soins en psychiatrie*, (Alain Dru et Anne Gautier)

153 Cour des comptes, *La prévention de la perte d'autonomie. Construire une priorité partagée, rapport public thématique*, novembre 2021

154 Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale pour la branche autonomie, annexée au PLFSS pour 2021.

crédits accordés aux départements. Elle a en outre elle-même constaté un besoin de former les personnes dans les conseils départementaux en charge de la prévention et des politiques de l'autonomie. Par ailleurs, selon la Cour des comptes, l'inter-régime de retraite doit être véritablement fédéré pour pouvoir partager ses données sous l'égide de la CNSA.

Pour sa part, Dominique Libault[155] **part du citoyen et propose un « service public territorial de l'autonomie** », guichet unique pour les personnes en perte d'autonomie et leurs proches. Ce service public territorial de l'autonomie poursuivrait quatre missions essentielles : l'information, l'accueil, l'orientation des personnes ; l'instruction et la gestion des droits ; les solutions concrètes, organisées et sans rupture, que l'ouverture de ces droits entraîne ; la prévention populationnelle pour repérer la perte d'autonomie en allant vers les populations. Chaque collectivité sera libre de s'organiser pour rendre le service dans des conditions adaptées aux réalités de ses territoires. Une conférence territoriale de l'autonomie rassemblerait l'ARS et le département pour piloter la mise en place de ce service public et son fonctionnement. La CNSA piloterait au niveau national le déploiement de ce service public territorial et la formation des acteurs pour renforcer le travail en commun.

Il existe chez tous les acteurs une volonté d'action globale et de coordination. Ainsi, depuis 2014, les caisses de retraite de l'inter-régime [156] se coordonnent pour proposer une offre commune de prévention par une information et des conseils via le site pourbienvieillir.fr, par des actions collectives de prévention de la perte d'autonomie (ateliers nutrition, mémoire, activités physiques adaptées, ...). Mais la reconnaissance mutuelle de l'évaluation des fragilités de la personne, pourtant prévue par l'article 7 de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement de 2015, est loin d'être mise en œuvre par tous les départements. Cette absence de réelle coordination a une conséquence directe sur la personne dont l'autonomie est évaluée deux fois : par sa caisse de retraite puis par le département ou inversement. Et ces évaluations redondantes retardent d'autant la mise en place d'un plan d'aide et donc *in fine* contribuent à l'aggravation des fragilités de la personne.

Le système d'information national pour la gestion de l'APA, institué par la loi de finance de la sécurité sociale 2022, permettra une analyse nationale des suites données, par les départements, aux demandes d'APA. Il sera déployé à partir du 1er janvier 2024 et a pour objectif de contribuer au rapprochement des pratiques en termes d'instructions et de gestion des demandes, d'attribution de l'APA mais aussi d'évaluation du niveau d'autonomie

155 Dominique Libault, *Vers un service public territorial de l'autonomie*, 2020
156 CNAV, CCMSA, CNRACL et, depuis 2021, l'AGIRC-ARRCO.

et de prise en compte de l'évolution des besoins de la personne.

De la même façon, le nouveau cadre de coopération établi entre la CNSA, les ARS et les départements devrait permettre d'évoluer vers une meilleure transversalité des interventions au niveau territorial et vers la mise en cohérence de leurs actions respectives. Il institue une instance territoriale de l'autonomie dont l'organisation repose sur l'ARS et le département en tenant compte des instances existantes (conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie, conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie…).

Si le besoin de coordination est fort, il faut aussi tenir compte de la demande, très clairement exprimée par les acteurs de terrain, de ne pas multiplier les dispositifs de coordination institutionnels. De fait, en dépit des difficultés, ils font montre d'une capacité à organiser des coordinations simples autour de la personne. L'exemple du dispositif Autono'Vie de l'ADMR, qui propose des services d'aide et d'accompagnement à domicile, montre que la coordination des interventions peut s'organiser de façon simple autour de la personne : l'aide à domicile communique au coordonnateur, via une application, les informations sur l'état général de la personne ; en fonction de ces informations, le coordonnateur organise les interventions nécessaires.

Les premiers enseignements du dispositif révèlent que 70 % des interventions concernent des actions de prévention, 30 % de l'aide et du soin. Surtout, le dispositif montre qu'un accompagnement renforcé au domicile permet d'éviter des hospitalisations et apporte un soutien actif aux aidants.

Il faut donc soutenir de façon pragmatique les dispositifs locaux qui fonctionnent et leur donner des moyens pour assurer leur pérennité. De ce point de vue, la création d'un Centre national de ressources et de preuves, prévue par la COG 2022-2026 de la CNSA, est un pas vers l'identification des actions de prévention et de coordination conçues localement dans la perspective, dès lors qu'elles auront prouvé leur efficacité, de leur essaimage sur tous les territoires. Au niveau local, le contrat local de santé (CLS), porté conjointement par l'ARS et une collectivité territoriale, est un exemple d'outil de coordination des politiques de santé qui a fait ses preuves et participe à réduire les inégalités sociales de santé. Il s'agit également de renforcer la formation des financeurs dans les territoires à la prévention et aux politiques de l'autonomie.

PRÉCONISATION #19

Trois principes doivent guider la gouvernance de la politique de prévention de la perte d'autonomie :

- son intégration dans les missions d'un service public territorial de l'autonomie à créer, qui devra constituer le guichet d'entrée unique associant dans sa gouvernance l'ensemble des parties concernées dont les collectivités territoriales, les Maisons départementales pour les personnes handicapées, les services d'aide et de soins à domicile, les associations d'aidants, les conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie ;
- l'évaluation de ce qui est mis en place au niveau local. Le centre national de ressources de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) peut être l'outil de cette politique en permettant la valorisation des dispositifs qui ont fait leur preuve et leur essaimage si cela est justifié ;
- des ressources suffisantes et une équité entre les territoires, à travers un pilotage national renforcé par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

Agir autrement pour l'innovation sociale et environnementale

« *La jeunesse rit de tout ce qui n'est pas jeune… sans penser qu'elle vieillira* ».

Ces mots d'Alexandre Dumas, n'ont pas vieilli eux. Il est difficile de penser la perte d'autonomie quand son propre esprit (le mien…) ne s'est pas préparé au vieillissement et reste convaincu de son éternelle jeunesse.

Et pourtant, à chaque seconde, à chaque heure, à chaque jour, nous vieillissons…

Le CESE peut s'enorgueillir une nouvelle fois de s'être emparé d'un sujet qui nous concerne tous, mais qui est loin de faire la une des journaux. Le CESE est le lieu du « premier mot » pour une prise de conscience collective des difficultés rencontrées par les plus fragiles d'entre nous.

Prévenir c'est préparer l'avenir…

La fameuse « obsolescence programmée » ne concerne pas que nos téléphones ou nos ordinateurs. Nos corps sont tout autant concernés. Mais vieillir, c'est être en vie… Ne l'oublions pas…

Dans notre société humaniste, nous devons tout faire pour maintenir, pour toutes et tous, une qualité de vie et une autonomie le plus longtemps possible.

Prévention, adaptation et inclusion doivent être notre leitmotiv.

Alors :

- → Favoriser la liberté de mouvement et le maintien en activité.
- → Adapter l'habitat, et ne pas casser le lien social.
- → Valoriser et accompagner les aidantes et les aidants trop souvent invisibilisés dans nos sociétés.
- → Et tout simplement prévenir la perte d'autonomie…

Voilà les défis qui nous font face. Merci au CESE de le rappeler aussi clairement.

Nous félicitons le rapporteur et la commission pour cet avis qui mériterait de faire la une des journaux…

Notre groupe l'a voté.

Agriculture

La perte d'autonomie liée au vieillissement dépend de nombreux facteurs et nécessite une approche multisectorielle. C'est l'angle majeur de cet avis que nous partageons tout à fait.

Nous soutenons tout particulièrement la préconisation 2 qui encourage à croiser les différentes politiques publiques, au bénéfice de la prévention de la perte d'autonomie. Adapter les logements, favoriser un urbanisme accessible, développer les transports : tout doit être pensé pour que chacun puisse continuer à vivre de manière autonome, sur l'ensemble des territoires.

Ces différentes actions doivent être anticipées, le plus longtemps à l'avance possible. En ce sens, nous soutenons fortement les préconisations 6 et 12. Il faut

effectivement sensibiliser, jeunes et moins jeunes, actifs et inactifs, sur les habitudes de vie et pouvoir adapter, en amont, des logements parfois mal conçus pour des personnes à mobilité réduite.

Cette sensibilisation sur les habitudes de vie et sur la prise en charge par chacun de sa santé doit être au cœur des politiques de santé, dès le plus jeune âge. C'est dès l'enfance que s'acquièrent les meilleurs réflexes pour s'assurer une vieillesse autonome.

Nous aurions pu aussi, dans cet avis, nous pencher sur les aspects alimentaires qui sont déterminants pour la santé physique et mentale.

L'alimentation a été évoquée lors des débats en commission mais il a fallu faire des choix pour ne pas trop élargir le périmètre de l'avis.

L'alimentation est tout à la fois l'élément d'un lien social et la base d'une bonne santé physique. Partager les repas et participer à leur préparation sont des actes sociaux forts qui peuvent rompre l'isolement des personnes âgées isolées. L'expérience, menée dans certaines cantines scolaires, d'accueillir au moment du déjeuner les enfants et les personnes âgées en est un bon exemple.

Bien entendu, la nutrition reste fondamentale dans la préservation d'une bonne santé. Les progrès atteints dans l'alimentation des Français, en qualité, diversité et sécurité sanitaire ont participé à l'allongement de l'espérance de vie. Il faut certainement poursuivre les efforts pour allonger encore l'espérance de vie en bonne santé.

Le groupe de l'agriculture a voté pour.

Alternatives sociales et écologiques

La perte d'autonomie est un sujet clé pour une société vieillissante qui souhaite offrir à ses ainé·es, quel que soit leur parcours et leur condition matérielle, un espace structurant et aidant. La prise en charge de la perte d'autonomie à domicile et en établissement exige un projet social ambitieux, relevant pour nous d'une mission de service public. En ce sens, elle ne peut être exclusivement comptable et financière, à des fins lucratives. L'accroissement des ressources est nécessaire autant que son lien avec la branche maladie de la sécurité sociale, pour sortir d'une logique d'isolement et de traitement différencié, et passer à une vision globale. Si nous ne sommes pas convaincu·es par la création de la cinquième branche gérée par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, il n'en reste pas moins que cette branche manque de moyens pour offrir une prise en charge digne d'une société inclusive.

L'avis présenté envisage la perte d'autonomie de façon globale, sociale et genrée. Il offre des pistes qui, pour notre Groupe, participent à des solutions de fond, comme :

→ associer les personnes concernées dans les choix des politiques publiques les visant ;

→ prioriser la prévention et la réduction des expositions aux risques de santé tout au long de la vie ;

→ recruter dans les métiers de l'accompagnement, en améliorant leurs conditions de travail et en reconnaissant tout ce qui relève de la relation aux personnes en situation de perte d'autonomie ;

→ soutenir les personnes aidantes ;
→ retravailler les espaces qui accueillent les personnes, et l'adaptation des logements, en prenant en compte les fragilités et exclusions.

Bien que n'ayant pas participé aux débats sur ce texte, nous tenons à souligner sa qualité et remercions les membres de la commission, rapporteur, présidente et administration comprise, pour ce travail.

Artisanat et Professions libérales

Dans dix ans, les plus de 65 ans représenteront le quart de la population et en 2050, notre pays comptera trois fois plus de personnes âgées de 85 ans et plus, âge d'entrée dans la dépendance. Il faut se saisir des impacts de cette évolution démographique de manière urgente. Et ce n'est pas la construction de nouveaux EHPAD qui suffira à répondre à ce défi, d'autant que l'immense majorité des personnes aspirent à vieillir à leur domicile.

Tout l'enjeu est de prévenir la perte d'autonomie, et d'agir le plus en amont possible. Car si la vieillesse est facteur de multiples fragilités, au niveau physique comme psychologique, elle ne mène pas forcément à un état dépendance et, au minimum, il est tout à fait possible de retarder celui-ci.

L'avis nous montre que cela requiert une approche multidimensionnelle qui dépasse le seul angle médical et qui vise à construire les conditions du « bien vieillir ».

Nous souhaitons insister sur trois leviers qui nous semblent emblématiques pour donner corps à cet objectif.

Tout d'abord, le regard que notre société porte sur les personnes âgées doit évoluer.

Il s'agit de mieux valoriser les complémentarités qui existent entre générations et de porter une vision à la fois plus positive et bienveillante sur l'avancée en âge. Cela contribuera notamment à lutter contre l'isolement social, dont les effets sont délétères sur la santé et le bien-être, et qui constitue un facteur précipitant vers la perte d'autonomie.

Il s'agit aussi de considérer que les personnes âgées ont bien toute leur place dans la vie publique et l'espace public et donc, d'intégrer leurs besoins dès l'élaboration des politiques locales d'habitat, d'aménagement, de mobilité, mais aussi de culture, de sports et de loisirs ; autant de domaines qui peuvent avoir un impact positif sur le vieillissement, si cet enjeu est pris en compte.

Ensuite, la question de l'adaptation du logement doit être anticipée bien avant que ne survienne la perte d'autonomie. C'est fondamental quand on sait que, chez les plus de 65 ans, sept chutes sur dix surviennent au domicile et peuvent conduire à une hospitalisation, voire au décès.

Ces risques peuvent toutefois être évités en proposant, dès 55 ans, la réalisation d'un diagnostic du logement pour sensibiliser la personne sur les aménagements ou travaux à prévoir afin de l'adapter aux contraintes de l'avancée en âge, et à condition d'accompagner

financièrement tous les ménages dans la réalisation de ces travaux qui peuvent être réalisés par des artisans compétents.

Nous tenons à souligner que de tels travaux peuvent utilement s'envisager lors d'un projet de rénovation énergétique du logement, comme l'a récemment proposé le CESE dans son avis sur la rénovation énergétique globale des bâtiments.

Enfin, une véritable reconnaissance du rôle des acteurs à la fois professionnels et aidants, dans l'accompagnement de la prévention de la perte d'autonomie, est un levier essentiel qui doit être considéré comme un investissement public.

Comme l'a souligné la Cour des Comptes dans son rapport, si l'on ne peut aujourd'hui mesurer les effets d'une politique de prévention, on peut en revanche estimer que le coût de l'inaction en ce domaine serait considérable, au regard du vieillissement démographique.

Aussi, nous approuvons les préconisations appelant à une revalorisation des métiers de l'accompagnement, comme à un renforcement du soutien aux aidants (très souvent, des femmes), mais aussi à une véritable intégration de ces acteurs dans le parcours d'accompagnement de la personne.

A défaut, la pénurie de professionnels de l'accompagnement et l'épuisement des aidants familiaux ne feront que s'accentuer, tout comme le risque de perte d'autonomie.

En se félicitant de la contribution qu'apporte cet avis aux réflexions en cours dans le cadre du Conseil National de la Refondation sur le « Bien vieillir », le groupe Artisanat et Professions Libérales l'a voté sans réserve.

Associations

Au début des années 2000, Mme Paulette Guinchard Kunstler, ministre « en charge des Vieux », comme elle se plaisait à le dire, appelait déjà à un « devoir d'humanité auquel nous confronte la vieillesse ».

Prévenir la perte d'autonomie se prépare tout au long de la vie. En effet, l'autonomie ne doit pas être regardée comme un problème médical débutant peu avant la retraite. L'éducation, la prévention au travail notamment pour les travailleurs précaires et celles et ceux exerçant des métiers pénibles conditionnent, nous le savons, l'espérance de vie ; et surtout l'espérance de vie en bonne santé. Nous ne sommes pas égaux devant la perte d'autonomie et le combat en cours contre la réforme des retraites s'en fait l'écho.

Le mode de vie, mais aussi l'attention portée aux conditions de travail, à la santé au travail au lien social, font de chaque citoyen, ou pas, des Vieux autonomes.

Comme l'indique le chercheur Patrick Peretti-Wattel qui a travaillé sur le lien entre santé mentale et santé physique : « Le réseau relationnel procurerait avant tout un soutien permettant de modérer le stress suscité par certains événements ou situations, sachant que le stress a, semble-t-il, des conséquences directes sur l'état de santé : il aurait des effets aux niveaux neuroendocrinien et neuro-immunitaire, provoquerait notamment une hausse de la tension artérielle et du taux de cholestérol, et contribuerait plus généralement à un vieillissement précoce de l'organisme ». Il existe donc un lien indéniable entre bien être mental et forme physique.

C'est pourquoi la préparation à la retraite, l'engagement dans des activités sociales et culturelles, la force du bénévolat dans des projets souvent portés par des associations, forgent la cohésion intergénérationnelle et font voir et vivre la vieillesse autrement.

Maintenir et développer les espaces de socialisations fait aussi partie de la préservation de l'autonomie. L'éducation populaire est porteuse de ce genre de projets qui mêle les générations et évite le cloisonnement de la société.

Cet avis met en évidence l'important chantier qui reste à mener. L'approche ici, et c'est heureux, n'est pas que sanitaire. Elle concerne aussi le logement, les mobilités, l'urbanisme, l'accès à la culture, l'entourage ou même le voisinage. Des expérimentations existent en ce sens, souvent accompagnées par des municipalités, et elles doivent être saluées et soutenues.

L'évolution inéluctable vers la diminution de l'autonomie implique un accompagnement médical à la hauteur, par les professions médicales ou médico-sociales, mais aussi un accompagnement social. Aides à domicile, aides-soignantes, ces professions de première ligne ne sont pas reconnues à hauteur du rôle essentiel qu'elles jouent auprès des personnes en perte d'autonomie et pas seulement financièrement parlant. De même, pour les aidants qui sont majoritairement des femmes. Rappelons à ce titre que le CESE a récemment rendu un excellent avis à ce sujet.

De plus, il ne faut pas se contenter de prendre en compte les Vieux, il faut les écouter, les concerter sur les projets de politiques publiques qui les concernent. Nous ne devons pas concevoir une politique d'autonomie à leur place, mais les rendre acteurs de cette politique, en veillant à leur donner la place qui leur revient dans les dispositifs de co-construction. C'est d'autant plus vrai qu'une partie non négligeable de nos vieux vit dans des conditions précaires, à domicile comme en établissement.

Il est ainsi indispensable de raisonner en parcours de vie, conçu comme un droit pour tous, y compris pour les plus précaires, y compris pour ceux qui ont perdu le lien familial et/ou social. On le sait, la solitude et l'isolement accélèrent la perte d'autonomie. Perte face à laquelle jouent fortement les inégalités liées aux revenus disponibles.

Cet avis insiste sur la revalorisation des rémunérations des professionnels médicaux, sociaux et médico-sociaux. Ce sont des métiers en tension et la simple affirmation de la reconnaissance de leur engagement, même s'il doit être affirmé, comme il l'a été pendant le Covid, ne suffira pas à pallier les difficultés de recrutement déjà largement vérifiées.

La prévention de la perte d'autonomie concerne tout le monde et le groupe des associations souhaite l'affirmer de nouveau : ce n'est pas qu'un sujet médical, c'est un enjeu d'égalité sociale, reflet d'une société attentive et bienveillante envers toutes et tous. Ce chantier ne fait que commencer.

Le groupe des associations a voté en faveur de cet avis qui amorce le vaste chantier du grand âge qui verra sa population s'accroitre dans les années à venir.

CFDT

La prévention est un maillon essentiel pour répondre aux défis démographiques et améliorer l'espérance de vie en bonne santé de la population. A juste titre, l'avis inscrit la prévention de la perte d'autonomie dans une politique de prévention globale prenant en compte, entre autres, les expositions aux risques, les conditions de vie et les conditions de travail.

Il est primordial de faire évoluer l'accompagnement des personnes pour répondre à une logique de parcours alliant prévention, précocité des interventions et recherche d'inclusion sociale. Tous les acteurs de la société doivent être mobilisés.

Le repérage de la fragilité doit davantage se développer. Pour cela, il est proposé d'évaluer l'expérimentation d'ICOP, un programme de dépistage multidimensionnel du déclin fonctionnel, afin d'envisager de le généraliser à l'ensemble des personnes de 60 ans, dans un premier temps.

Pour la CFDT, les actions de prévention de la perte d'autonomie et de lutte contre l'isolement social doivent permettre la participation de toutes et tous à la vie citoyenne et concernent la vie de la cité. Cet avis avance des recommandations pragmatiques pour les développer.

Les femmes sont à la fois, davantage concernées par la perte d'autonomie et actrices de sa prévention (les aidants et soignants sont majoritairement des femmes). Malgré l'attachement fort des professionnelles à leurs métiers et aux personnes accompagnées, la situation n'est plus tenable et se dégrade considérablement : temps partiel subi, faibles rémunérations, pénibilité non reconnue et parcours professionnels contraints. Pour la CFDT, il est indispensable de renforcer l'attractivité de ces métiers en engageant des négociations sur l'amélioration des conditions de travail et l'accès à la formation qualifiante. Pour atteindre ces objectifs, la gouvernance et la structuration de ce secteur professionnel doivent être revues.

La prévention de la perte d'autonomie doit encore trouver sa place dans la gouvernance complexe de l'autonomie. L'avis propose de partir de ce qui a fait ses preuves et d'intégrer pleinement la prévention dans un service public territorial de l'autonomie à travers un pilotage national renforcé par la CNSA.

La CFDT a voté l'avis.

CFTC

En optant d'emblée pour une approche du sujet en deux temps – l'un consacré aux finalités, l'autre, aux moyens – la commission et son rapporteur ont fait un choix judicieux auquel la CFTC ne peut qu'être sensible.

D'abord s'attarder sur les besoins des personnes en matière de « prévention de perte d'autonomie liée au vieillissement » et les mettre en perspective.

Le second avis prévu devra répondre aux attentes des individus et se conformer aux prescriptions contenues dans le présent avis. Certes, nous concevons que les moyens ne sont pas indéfiniment extensibles et que nous serons contraints de revoir nos ambitions à la baisse, mais au moins, aurons-nous défini un projet humain qu'il nous appartiendra de planifier sur le long terme.

La CFTC apprécie également plusieurs orientations :

→ D'abord, ne pas s'attarder uniquement aux personnes dépendantes, mais consacrer – aussi – une large part aux accompagnants et aux aidants, une dimension d'autant plus importante

dans un contexte de vieillissement de la population ;

- Ensuite insister sur la place des femmes qui sont davantage impactées que les hommes par la dépendance compte tenu d'une espérance de vie supérieure, mais aussi comme aidantes, au regard du rôle qu'elles occupent dans la société ;
- Accorder une attention particulière aux plus fragiles et aux exclus ;
- Enfin, rappeler qu'il faut agir vite et largement en amont, car la perte d'autonomie n'est pas une fatalité. En prévenant nous pouvons en retarder et en diminuer les effets.

La CFTC soutient toutes les préconisations de l'axe 1, à savoir l'association des personnes aux politiques publiques, à charge pour les pouvoirs publics de tenir compte, ensuite, de leurs préoccupations.

L'avis met en exergue l'importance de l'accompagnement, la CFTC est attachée aux préconisations de l'axe 4 et plus précisément celles en faveur de l'emploi, de la formation et de la reconnaissance des métiers de l'accompagnement. La CFTC, lorsqu'elle souligne l'emploi, exige un emploi de qualité qui puisse permettre aux salariés des métiers de l'aide aux personnes d'avoir le temps du soin, de l'accompagnement avec tout le respect que l'on doit à chaque personne quels que soient son âge, ses ressources, sa situation sociale et territoriale.

La CFTC retrouve toutes ces dimensions et a voté pour cet avis.

CFE-CGC

Cet avis a déjà un immense mérite. Celui de nous rappeler que la vieillesse, ce n'est ni infamant, ni une maladie.

Nous l'oublions parfois mais la démographie est têtue. 6,5 millions de personnes de plus de 75 ans en 2022. 2 de plus d'ici 2030. Et 2 de plus pour 2040.

Portée par le papy-boom, l'accélération 2030 – 2050 sera vertigineuse. 11 millions de français auront alors plus de 75 ans ; 3 millions d'entre-deux seront en perte d'autonomie. Rapporté aux capacités d'accueil actuelles – 600 000 places en EHPAD et 100 000 dans les habitats alternatifs – on mesure mieux l'ampleur de la tâche.

Un choc démographique est donc devant nous et sans une politique publique courageuse et soutenue, dans les villes comme dans les territoires ruraux, en France comme dans les Outre-mer, ce choc aura des répercussions économiques, sociales et sociétales.

Avec plus de 9 millions d'aidants familiaux, dont 50% de salariés, il concerne pleinement le monde du travail. Qui plus est, professionnels de l'accompagnement, du soin, de l'habitat, de la mobilité, ... nombreuses seront les professions mises sous tension.

C'est aussi un sujet politique car sans un sursaut d'ampleur et rapide sur la prévention, les impacts financiers de la perte d'autonomie, sur les comptes sociaux comme sur le reste-à-charge des familles, vont interroger le consentement à la solidarité.

Enfin, si cet avis a pour ambition d'orienter les politiques publiques, il porte aussi une dimension personnelle car dans toute démarche de prévention, les comportements individuels comptent.

Réaffirmation des libertés fondamentales pour les personnes âgées, lutte contre tous les types d'exclusion, renforcement de la prévention en entreprise, comme de la prévention environnementale, préoccupation des métiers du soin et de l'accompagnement, reconnaissance du rôle des aidants, soutien au développement des habitats alternatifs, y compris dans les territoires ruraux…

Le groupe CFE-CGC se retrouve pleinement dans cet avis.

CGT

Cet avis n'est pas particulièrement innovant dans ses préconisations mais ne pose pas de problème particulier, nous le voterons en cohérence avec nos votes antérieurs.

Mais, à vouloir contenter le CNR vieillissement, nous avons réduit le champ de cet avis pour entrer dans un périmètre très restreint et qui inscrit notre réflexion dans le seul silo de la perte d'autonomie liée au vieillissement.

Une nouvelle fois, le CESE s'engage sur une politique de prévention très ciblée, même si elle concerne des millions de personnes…Sans s'engager vraiment sur l'horizontalité d'une problématique qui voudrait par exemple que cette politique de prévention concerne aussi les personnes touchées par la perte d'autonomie liée au handicap, bien avant leur vieillissement.

Nous allons le redire avec force, cela fait des années que le CESE tourne autour des stratégies de prévention, nos avis comportent régulièrement des propositions ponctuelles ou sectorielles comme aujourd'hui, mais nous n'avons toujours pas réfléchi ensemble à nos approches et nos définitions partagées des politiques de prévention, ou aux stratégies de réduction des risques autour de quelques idées fortes que nous savons indispensables à leur réussite…

Il est temps que le Cese se penche sur sa définition d'une politique de prévention et de ses pré-requis dont ses volets sociaux, environnementaux, éducatifs voir culturels dès le plus jeune âge et tout au long de la vie… C'est cette approche conforme à la stratégie du One Health prônée par l'OMS, que nous devons penser ensemble…

A la CGT, notre seule certitude, c'est que le report de l'âge de la retraite à 64 ans est à l'exact contraire d'une politique de prévention de la perte d'autonomie liée au vieillissement notamment pour les travailleuses et les travailleurs de première et de seconde ligne ! L'espérance de vie en bonne santé n'est pas la même pour toutes et tous et ce sont les moins diplômés et ceux qui ont les métiers les plus pénibles qui trinquent…

Comme quoi, la réalité d'une réforme injuste finit toujours par revenir en boomerang, même au travers d'un simple avis du CESE !

CGT-FO

La population française vieillit : conséquence normal des gains en espérance de vie et d'une baisse des naissances dès le début des années 70. En 2023, la part des 60 ans et plus est de 26% et atteindra 33% en 2050 selon l'INSEE. Aussi, le risque de subir des incapacités liées à l'âge est important. La DRESS estime à environ 25% le nombre d'homme en incapacité à 60 ans et cette part atteint près de 28% chez les femmes. La perte d'autonomie liée à l'âge doit donc constituer une préoccupation des politiques publiques et cet avis s'inscrit dans cette perspective.

Dans ce travail, le CESE privilégie au moins deux niveaux d'intervention : il faut d'abord agir en amont en jouant sur les facteurs qui permettent d'anticiper et de prévenir les pertes d'autonomie. Il faut aussi s'appuyer sur l'ensemble des acteurs qui composent l'écosystème de l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie pour mener cette politique. La question de la prévention, qui est au cœur de cet avis, s'inscrit dans une vision de la santé qui tient compte de l'ensemble des facteurs et déterminants aussi bien sociaux qu'économiques et personnel et qui s'intéresse à l'ensemble de la trajectoire de vie d'une personne. Le groupe FO défend cette approche qui permet une meilleure anticipation pour prendre en charge les risques de pertes d'autonomie à un stade précoce.

C'est pourquoi le groupe FO soutient également toutes les propositions en faveur de la généralisation des dépistages, de la multiplication des rendez-vous de prévention, de la prescription des activité sportives, du renforcement des rendez-vous de préparation à la retraite, etc.

La réussite d'une telle politique nécessitera une mobilisation de moyens matériels et humains à la hauteur de cette ambition et demandera un renforcement de la coordination entre l'ensemble des acteurs en charge de la perte d'autonomie. Le groupe FO soutient toutes les démarches qui peuvent faciliter la circulation des informations entre les différents intervenants, pour assurer une meilleure efficacité de la prise en charge des personnes en perte d'autonomie, la coordination et l'accès au droit. Il faut impérativement encourager les travaux d'adaptation des logements, renforcer les moyens matériels et humains des EHPAD, augmenter les taux d'encadrement. De même, la revalorisation des métiers et leur reconnaissance, l'amélioration des conditions de travail et le renforcement des parcours de formation dans ce secteur d'activité sont des conditions préalables à la réussite de cette politique de prise en charge de la perte d'autonomie.

Le groupe FO reste toutefois réservé sur certains points liés à la gouvernance et au cadre dans lequel structurer cette prise en charge. Nous sommes pour la création d'un service public chargé de la perte d'autonomie mais de dimension nationale et non territoriale. Bien sûr sa vocation est de se déployer dans l'ensemble du territoire. Nous ne

voulons pas d'une République où chaque territoire choisit les services publics qu'il souhaite mettre en place. Ce serait une porte ouverte au renforcement des inégalités entre les territoires et aux services auxquels chaque citoyen peut accéder.

Malgré ses réserves sur ces points, le groupe FO a voté en faveur de cet avis.

Coopération

Les prochaines décennies seront marquées par un vieillissement important de la population française résultant, d'une part, de l'arrivée à des âges élevés des générations issues du baby-boom et, d'autre part, de l'allongement de l'espérance de vie dont bénéficieront toutes les générations.

Ce vieillissement, dont la dynamique est déjà à l'œuvre, se traduira par une forte augmentation du nombre de personnes âgées de plus de 65 ans et, également, par une augmentation de la proportion de personnes âgées au sein de la population française.

Si une grande majorité de ces personnes pourront profiter en bonne santé de ces années gagnées, d'autres seront confrontées à la perte d'autonomie et auront besoin de l'aide de leurs proches et de professionnels pour se maintenir à leur domicile ou être prises en charge de façon plus intensive en établissement.

En effet, si notre pays occupe l'une des meilleures places en matière d'espérance de vie à la naissance, ses résultats sont médiocres pour ce qui est de l'espérance de vie en bonne santé, avec une différence entre hommes et femmes et de grands écarts entre les plus aisés et les plus modestes.

Le vieillissement de notre population constitue donc un défi important pour les pouvoirs publics, pour les familles et la société tout entière, qui devra prendre soin de ses aînés et financer ce nouveau risque social.

La Commission Affaires Sociales et Santé a dressé le bon diagnostic et propose des solutions tout à fait pertinentes.

Entre autres moyens, il faut bien entendu favoriser la liberté de mouvement de nos aînés, leur maintien en activité, adapter leur habitat et créer les conditions du maintien du lien social ainsi que valoriser les aidants qui sont malheureusement trop souvent et injustement invisibilisés.

Dès lors, pour que la vieillesse ne soit plus « un naufrage », nous avons voté favorablement l'avis.

Entreprises

Nous tenons tout d'abord a nous féliciter que l'ensemble des parties prenantes à l'élaboration de cet avis ont convenu de le scinder en deux et de ne pas aborder en même temps prevention et financement. Cela a permis d'avoir sur le sujet une réflexion approfondie et constructive : Les préconisations de cet avis alimenteront le CNR et la proposition de loi « Bien vieillir ».

Le groupe Entreprises apprécie la démarche pédagogique qui a présidé à l'élaboration de l'avis à savoir l'articulation en ces différends enjeux :

- → Agir très en amont car la prévention ne se limite pas aux risques liés au vieillissement;
- → Respecter le libre choix de la personne ;
- → Reconnaître le rôle de l'accompagnement réalisé par les professionnels et les aidants.
- → Intégrer la prevention dans une gouvernance territoriale via la creation d'un service public territorial de l'autonomie

Si le groupe Entreprises regrette le manque de comparaisons internationales sur le sujet qui auraient pu utilement nous éclairer, il souscrit néanmoins à nombres de propositions de cet avis et souhaite souligner quelques points :

→ La prévention de la perte d'autonomie ne doit pas s'envisager de façon uniquement médicale, l'approche doit être globale et transversale à l'ensemble des politiques publiques.

→ Il faut porter un autre regard sur l'âge et le groupe partage l'idée de conduire une campagne de communication montrant l'apport des aînés à la société. La place des aines est essentielle à la cohésion sociale de notre pays.

→ Il convient d'intégrer la prévention de la perte d'autonomie dans l'élaboration des politiques publiques, en particulier celles qui contribuent au cadre de vie : urbanisme, mobilité, transports, sport, culture, ... L'occasion nous est donnée de mettre l'accent sur deux caractéristiques : d'une part l'adaptation des logements au grand âge et, d'autre part, le souhait pour nos aînés de demeurer des citoyens à part entière.

→ « On vit mieux et plus longtemps chez soi » : cette expression aura d'autant plus de sens si on sait anticiper la réalisation d'un diagnostic « habitat vieillissement » par des spécialistes sur l'adaptation de son logement au risque de perte d'autonomie ;

→ La perte d'autonomie liée au vieillissement engendre trop souvent pour les personnes concernées le sentiment de perdre une part de leur citoyenneté. Nous devons être attentifs à la difficulté d'accès à la vie sociale, a la culture qui résulte notamment des problèmes de mobilité. En ce sens, le Conseil départemental et les communes doivent être les échelons essentiels dans la réussite de cette politique d'accompagnement des personnes dans l'exercice de leur citoyenneté.

Enfin si devant l'urgence de certaines situations, nous serons appelés à être ponctuellement des aidants pour nos aînés proches, il sera aussi nécessaire de conforter et mieux reconnaitre les services rendues par les gestionnaires et profesionnels du domicile. Force est de constater qu'une politique volontariste est nécessaire afin de prévenir la perte d'autonomie, le groupe Entreprises sera donc attentif dans le prochain avis à venir sur le financement à bien flécher les moyens vers ce qui nous semble être le plus utile et le plus efficient pour assurer la prévention de la perte d'autonomie

Pour conclure, le groupe Entreprises insiste sur le fait que chaque personne a la possibilité de faire valoir ses choix de vie, à toutes les étapes de son vieillissement : choisir son lieu de vie, être pleinement citoyen se faire accompagner.

Le groupe Entreprises vote cet avis.

Environnement et nature et Organisations étudiantes et mouvements de jeunesse

La perte d'autonomie liée au vieillissement est très peu ou pas anticipée en France. La promotion du bien vieillir devrait avoir comme première ambition d'améliorer l'espérance de vie en bonne santé. Alors qu'en France, moins d'une personne sur deux (46 %) est en bonne santé à 65 ans contre 77 % en Suède.

Prévenir, c'est tout d'abord intégrer la démarche holistique de Santé globale « One Health » à toutes les étapes de la vie en tenant compte des aspects sanitaires, environnementaux, sociaux, médico-sociaux, dans une démarche transversale qui implique l'ensemble des acteurs publics, comme l'évoquent les préconisations 2 et 4.

Nous savons qu'en proposant une information complète et en mettant en place des outils dès le plus jeune âge, il est possible de limiter l'impact de la perte d'autonomie et en reculer l'âge moyen, aujourd'hui à 60 ans, soit plusieurs années avant le départ à la retraite envisagé ou actuel.

Une activité physique et sportive régulière, ainsi qu'une bonne alimentation dans un environnement sain tout au long de la vie peuvent le permettre.

Même si ce n'était pas le sujet de l'avis, nous soulignons que la perte d'autonomie ne concerne pas uniquement les plus âgés. Être jeune n'est pas toujours synonyme de bonne santé. Qu'en est-il de ces jeunes qui, suite à un accident ou au cours d'une longue maladie, se trouvent handicapés dans les gestes du quotidien ? Pour eux aussi, il faut penser la perte d'autonomie, les accompagner car alors la vieillesse commence bien plus tôt pour eux.

Perte d'autonomie qui doit également être pensée sous le prisme des personnes accompagnantes et soignantes, à majorité des femmes et des filles et donc plus exposées aux risques pesant sur les personnes aidantes, tel que le souligne cet avis. Aussi, rappelons-nous que le secteur de la santé est en tension, avec des sous-effectifs et un manque frappant de valorisation des métiers du care. Il en est de même et trop souvent des métiers du travail social et éducatif qui restent sous les radars de nos débats.

Il ne s'agit donc pas uniquement de « changer notre regard sur la place des vieux dans la société » mais bien de changer notre regard quant à la place des personnes en situation de perte d'autonomie et de handicap à tous les âges, tant dans l'espace public que dans la sphère privée. L'autonomie se pense par l'aménagement des territoires, des lieux de soins et de vie, par l'accompagnement (psychologique, administratif, etc.) et la formation.

En continuité de cet avis, sera traitée la question du financement de la perte d'autonomie, un sujet tout aussi important.

Nous remercions le rapporteur d'avoir pris en compte de nombreux amendements et en particulier ceux proposés par nos groupes. Nous remercions également le travail effectué. Nos groupes voteront pour l'avis.

Familles

Pour parvenir à identifier et définir une politique publique de la prévention de la perte d'autonomie, pour un vieillissement en bonne santé, il faut sortir du champ trop étroit du médical et du médico-social pour s'ouvrir à la nutrition, le lien social, l'habitat, l'urbanisme, la pratique sportive ... Pourquoi faut-il enfermer la situation d'une personne dans des cases opposant la ville ou l'hôpital, l'hôpital ou le domicile, le domicile ou l'établissement, le GIR 3 ou 4 ?

Le groupe Familles soutient cet avis en mettant l'accent sur l'encouragement des solutions alternatives en matière d'habitat et sur le rôle des aidants familiaux et proches aidants à soutenir avec détermination.

Pour les solutions alternatives au domicile ou à l'EHPAD, des réseaux mutualistes et associatifs ont développé depuis plusieurs années des initiatives très appréciées par les personnes concernées telles que les maisons d'accueil rurales pour personnes âgées (MARPA) ou « Familles gouvernantes ». Nous sommes dans un habitat assimilé au domicile avec des parties communes pour permettre les échanges et les activités entre résidents, rompre l'isolement et se sentir plus en sécurité. Aujourd'hui ces initiatives se retrouvent rassemblées sous le vocable d'habitat inclusif et se développent dans tous les territoires. Mais la question des financements et des normes, dernièrement sur la règlementation incendie, sont des freins. Il faut lever les contraintes qui pèsent sur ces projets.

Pour les aidants familiaux et proches aidants, principalement des femmes, si des droits ont été créés – droit au répit, congé proche aidant indemnisé -, leur effectivité reste très relative pour plusieurs raisons. Les aidants eux-mêmes ont du mal à s'identifier comme aidants et beaucoup disent ne faire que leur devoir. Les droits sont mal connus et disparates. Les aidants sont dans l'angle mort de la politique de prise en charge de la perte d'autonomie pour autant ils en sont des acteurs essentiels.

Le groupe Familles a voté l'avis.

Outre-mer

La succession des rapports depuis 20 ans, fait apparaître les mêmes constats sur le vieillissement et ses conséquences. L'allongement de l'espérance de vie est, certes, un progrès majeur, toutefois, notre société éprouve toujours la plus grande difficulté à répondre aux enjeux économiques et sociaux de la prévention de la perte d'autonomie et de la prise en charge des personnes âgées.

Les scandales dans certains Ehpad de ces derniers mois rappellent combien les politiques publiques et même notre société appréhendent difficilement la perte d'autonomie des personnes âgées.

Comme le rappelle cet avis, dans les Outre-mer, à horizon 2030, les Antilles et La Réunion feront partie des territoires français les plus concernés par le vieillissement démographique. A titre d'exemple, la Guadeloupe et la Martinique compteront plus de personnes âgées que de jeunes.

Dans ces territoires, la question du vieillissement et de la perte d'autonomie est d'autant plus préoccupante que le contexte socio-économique est déjà fortement dégradé. En effet, le taux de chômage élevé, la faiblesse des revenus et le nombre croissant de bénéficiaires de prestations sociales révèlent le faible niveau de ressources des populations ultramarines. Cette précarité est plus significative chez les personnes âgées où les bénéficiaires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées est 7 fois plus élevé que dans l'Hexagone.

La paupérisation de cette population s'accentue davantage si on tient compte du coût plus élevé des soins ce qui inévitablement, dissuade beaucoup d'entre-eux à se soigner.

De plus, à ces difficultés, s'ajoute la faiblesse du système de soins qui se caractérise par une offre de santé restreinte, des établissements hospitaliers financièrement asphyxiés ou encore par le déficit des professionnels médicaux, paramédicaux et des aidants formés.

Enfin, l'offre d'hébergement apparaît globalement ou insuffisante ou vétuste ou inexistante comme à Mayotte. Ces écarts sont plus marqués pour les capacités d'accueil en EHPAD.

« Le vieillissement de la population aura des conséquences plus ou moins positives selon les choix politiques qui seront faits » mais à conditions que le Gouvernement et les Collectivités mobilisent les leviers à court terme. Parmi lequel, l'intégration de l'habitat, de l'urbanisme, de la mobilité, de la culture, du sport dans la prévention de la perte d'autonomie.

Ensuite, au-delà du traitement des parcours de santé des personnes âgées, il convient d'insister aussi sur la revalorisation des métiers et des conditions de travail des professionnels de l'accompagnement dans la prévention de la perte d'autonomie tout autant que la formation des aidants.

Le groupe des Outre-mer a voté cet avis.

Santé et citoyenneté

« Mourir la belle affaire, mais vieillir, ah… vieillir » chantait Jacques Brel dans les années 1960 et traduisait ainsi sa peur de vieillir. Cependant, la perte d'autonomie n'égale pas vieillesse, il faut la prévenir dès le plus jeune âge.

Les préconisations de cet avis s'inscrivent dans un continuum stratégique trop absent de nos politiques publiques. C'est en effet dès le plus jeune âge et dans une logique d'éducation à la santé qu'il faut agir. Les déterminants de santé comme l'habitat, l'alimentation, les conditions de travail, l'environnement, l'éducation, la situation économique, mais aussi la vie sociale et culturelle, l'activité physique et sportive, sont partie intégrante de la prévention de la perte d'autonomie.

La prévention doit viser le bien-vivre en bonne santé et implique donc une approche multisectorielle : sanitaire, sociale, économique, et environnementale sans oublier l'approche genrée. Car, comme le souligne justement l'avis, les femmes sont d'une part plus concernée par la perte d'autonomie que les hommes et d'autre part sont actrices de prévention. Rappelons ici, la place importante des acteurs de la prévention, majoritairement des femmes, des aidants, majoritairement des aidantes, bénévoles ou professionnelles exerçant à domicile ou en établissement. Leur rôle doit être reconnu, tous et toutes doivent être soutenues, leur formation doit être

renforcée, leurs métiers revalorisés et leurs conditions de travail améliorées.

Par ailleurs, il est indispensable de consolider et développer des démarches d'"aller vers" afin de repérer les fragilités chez les personnes âgées et combattre leur isolement. Nous soutenons l'extension, et même la généralisation, du programme Icope qui permet un parcours individualisé dès le repérage d'une fragilité.

Enfin, rappelons que la perte d'autonomie est, dans la plupart des cas, irréversible. Aussi, professionnels, aidants et bénévoles doivent être sensibilisés et formés au repérage, à la prévention et à la rupture de l'isolement pour éviter des situations de fragilité.

Le groupe Santé et Citoyenneté a voté l'avis.

UNSA

Vieillir en bonne santé, c'est préserver ses fonctions et permettre à chacun de continuer à faire ce qui est important pour lui. Les actions de prévention doivent s'étaler tout au long de la vie, même lorsque les aptitudes sont encore importantes, et se poursuivre lorsqu'elles baissent, puis, lorsqu'elles accusent une perte significative. Ce suivi doit commencer dès la tranche d'âge 35-45 ans car c'est à ce moment que l'on peut encore changer les comportements et agir efficacement sur le long terme.

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a montré que l'activité physique à un âge avancé améliore les capacités physiques et intellectuelles, elle prévient les maladies et réduit le déclin cognitif.

La transition entre la vie professionnelle et la retraite est un moment charnière qui doit être mieux préparé. La pénibilité et l'exposition durable à des facteurs de risques en santé au travail induisent souvent pour les personnes de plus de 50 ans une dégradation de la santé pouvant aller jusqu'à une impossibilité de se maintenir en emploi. De plus, des personnes très engagées professionnellement peuvent se retrouver du jour au lendemain avec un faible réseau amical et un sentiment de « perte d'utilité sociale ». Ils risquent alors de se replier sur le domicile et de s'isoler.

L'aménagement et l'adaptation du logement participe également au bien être à domicile et facilite la vie au quotidien. Là encore l'anticipation est nécessaire pour le maintien à domicile. Intégrer dès la conception du logement le sujet de l'accessibilité afin de permettre une meilleure mobilité dans le logement et dans l'environnement est indispensable.

Pour l'UNSA, la prévention de la perte d'autonomie doit être envisagée dans sa globalité, en transversalité, et s'organisée non seulement autour du système de soins mais également en déployant des moyens pour rendre les environnements physiques et sociaux favorables aux personnes âgées.

De très nombreux acteurs participent, sous une forme ou une autre, à la prise en charge de la prévention de la perte d'autonomie (agences régionales de santé, conseils départementaux, conseils régionaux, communes, caisses de retraites, caisses primaires d'assurance maladie, agence nationale de l'habitat, bailleurs sociaux, mutuelles, associations de l'aide à domicile), ils doivent être mieux coordonnés. La loi d'adaptation de la société au vieillissement (dite ASV) du 28 décembre 2015 a commencé une restructuration avec l'émergence des conférences des financeurs qui permettent de mettre tous les acteurs concernés autour de la table. Plus récemment un nouveau cadre de coopération entre les ARS, la CNSA et les Conseils Départementaux devrait aussi inciter à plus de transversalité mais des pans entiers de la politique de prévention échappent encore à cette coordination et chacun continue d'agir dans son coin...

Pour l'UNSA, la prévention de la perte d'autonomie doit se structurer véritablement sous l'autorité d'un chef de file territorial : le département avec pour mission de développer une information générale accessible au grand public et de cibler des actions vers les plus fragiles.

Cette prévention doit être intégrée dès aujourd'hui dans la politique de l'âge car l'impact des mesures de prévention nécessitera au moins une à deux décennies pour produire leurs effets.

Les préconisations de cet avis y participent et l'UNSA a voté l'avis.

Scrutin

Scrutin sur l'ensemble de l'avis.
Le CESE a adopté.

Nombre de votantes et de votants : 119
Pour : 119
Contre : 0
Abstention : 0

Ont voté pour

GROUPE	COMPOSITION
Agir autrement pour l'innovation sociale et environnementale	MM. El Jarroudi, Hammouche, Mmes Tordeux Bitker, Tutenuit.
Agriculture	MM. Amécourt (d'), Biès-Péré, Mme Blin, MM. Durand, Férey, Gangneron, Mmes Lion, Pisani, Sellier, Vial.
Alternatives sociales et écologiques	Mmes Gondard-Lalanne, Groison, M. Le Queau, Mme Orain.
Artisanat et Professions libérales	M. Chassang, Mme Niakaté, M. Repon, Mme Vial.
Associations	Mme Belhaddad, MM. Bobel, Boivin, Deniau, Deschamps, Mmes Doresse Dewas, Martel, M. Miribel, Mmes Monnier, Sivignon, M. Thomasset, Mme Thoury.
CFDT	M. Aonzo, Mme Blancard, M. Cadart, Mmes Caillet, Duboc, Gresset-Bourgeois, MM. Guihéneuf, Lautridou, Mmes Meyling, Pajarès y Sanchez, MM. Ritzenthaler, Tivierge.
CFE-CGC	Mme Biarnaix-Roche, MM. Nicoud, Souami.
CFTC	Mmes Chatain, Coton, M. Heitz.

CGT	Mmes Barth, Chay, M. Dru, Mme Gallet, MM. Garcia, Meyer, Naton, Rabhi, Mme Tatot.
CGT-FO	M. Cambou, Mmes Clicq, Marot, MM. Quillet, Sabot.
Coopération	MM. Grison, Landriot, Mugnier.
Entreprises	MM. Asselin, Blachier, Creyssel, Mme Dubrac, MM. Gardinal, Goguet, Mme Guerniou, MM. Kling, Moisselin, Mme Pauzat, M. Salleron, Mme Salvadoretti, MM. Vermot Desroches, Vidor.
Environnement et nature	MM. Beauvais, Boucherand, Chabason, Mme Claveirole, M. Gatet, Mme Journé, M. Lesaffre, Mmes Marsaud, Martinie-Cousty, M. Mayol, Mmes Ostria, Rattez, M. Richard, Mme Van Den Broeck.
Familles	Mmes Balducchi, Blanc, MM. Desbrosses, Erbs, Mme Gariel, M. Marmier, Mme Picardat.
Non-inscrits	M. Bazot, Mme Beaufils, MM. Breton, Joseph, Pouget.
Organisations étudiantes et mouvements de jeunesse	M. Eyriey, Mme Hamel, MM. Jeanne-Rose, Occansey.
Outre-mer	Mme Bouchaut-Choisy.
Santé et Citoyenneté	M. Boroy, Mme Joseph, M. Raymond.
UNSA	Mmes Arav, Vignau.

Annexes

1 Composition de la commission Affaires sociales et santé à la date du vote

Présidente
Angeline BARTH

Vices-présidentes
Marie-Andrée BLANC
Danièle JOURDAIN-MENNINGER

Agir autrement pour l'innovation sociale et environnementale
Madjid EL JARROUDI

Agriculture
Jean-Yves DAGÈS

Artisanat et Professions libérales
Michel CHASSANG

Associations
Lionel DENIAU
Isabelle DORESSE
Danièle JOURDAIN-MENNINGER
Viviane MONNIER

CFDT
Christelle CAILLET
Monique GRESSET-BOURGEOIS
Catherine PAJARES Y SANCHEZ

CFE-CGC
Djamel SOUAMI

CFTC
Pascale COTON

CGT
Angeline BARTH
Alain DRU

CGT-FO
Christine MAROT
Sylvia VEITL

Entreprises
Danielle DUBRAC
Philippe GUILLAUME
Pierre-Olivier RUCHENSTAIN
Hugues VIDOR

Environnement et nature
Venance JOURNÉ
Agnès POPELIN-DESPLANCHES

Familles
Marie-Andrée BLANC
Pierre ERBS

Organisations Étudiantes et Mouvements de jeunesse
Helno EYRIEY

Outre-Mer
Sarah MOUHOUSSOUNE

Santé et citoyenneté
Gérard RAYMOND

UNSA
Martine VIGNAU

2 Listes des personnes auditionnées et rencontrées

En vue de parfaire son information, la commission permanente des affaires sociales et de la santé a entendu :

Auditions

Madame Laure ADLER
Journaliste, écrivaine

Monsieur Philippe AMOUYEL
Directeur général de la fondation Alzheimer

Madame Sylvie APPARITIO
Corapporteure du rapport de la Cour des comptes *La prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées* (nov.2021)

Monsieur Pierre ARWIDSON
Directeur adjoint de la prévention et de la promotion de la santé à Santé publique France

Madame Laurence ASSOUS
Directrice générale du CROUS de Versailles et corapporteure du rapport de la Cour des comptes La prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées (nov.2021)

Monsieur Guillaume BARAIBAR
Architecte urbaniste chez SCAU architecture

Madame Laura BREDIN
Cheffe de projet médico-social à l'Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles (UNA)

Monsieur Luc BROUSSY
Président de France Silver Éco

Madame Agnès CARLIER
Secrétaire départementale du syndicat INTERCO/ CFDT de l'Aisne

Monsieur Joël COSTE
Médecin, professeur de santé publique à Santé publique France

Monsieur Thierry D'ABOVILLE
Secrétaire général de l'Union nationale de l'aide à domicile en milieu rural (ADMR)

Monsieur Éric DE THOISY
Directeur de la recherche chez SCAU architecture

Madame Alexandra DUVAUCHELLE
Déléguée générale de la Fédération des prestataires de santé à domicile (FEDEPSAD)

Monsieur Éric FREGONA
Directeur adjoint de l'Association des directeurs au service des personnes âgées (AD-PA)

Madame Marie-Pierre GARIEL
Membre du CESE, Présidente du département santé, protection sociale et autonomie à l'Union nationale des associations familiales (UNAF) et membre du Collectif inter-associatif des aidants familiaux (CIAAF)

Monsieur Stephan GARREC
Secrétaire fédéral à la CFDT Santé-sociaux

Monsieur Johan GIRARD
Directeur délégué à la coordination des politiques publiques des métiers à La Croix-Rouge française

Monsieur Sébastien GUERARD
Président de l'intersyndicale Les libéraux de santé

Madame Véronique HAMAYON
Présidente de la 6ème Chambre de la Cour des comptes

Madame Maïa HAUCHECORNE
Chargée de mission aidants familiaux à l'Union nationale des associations familiales (UNAF) et membre du Collectif Inter-associatif des aidants familiaux (CIAAF)

Monsieur Jean-Claude HENRARD
Médecin gérontologue et professeur émérite de santé publique

Madame Anne-Laure HO DINH
Conseillère technique à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)

Madame Laure-Marie ISSANCHOU
Directrice santé à la Mutualité française

Monsieur Claude JEANDEL
Professeur au CHU de Montpellier et président du Conseil national professionnel de la gériatrie (CNPG)

Madame Claudie KULAK
Membre du CESE et directrice de la Compagnie des aidants

Monsieur Bruno LACHESNAIE
Membre expert du conseil d'administration de la Fédération nationale des associations de retraités (FNAR)

Monsieur Pierre-Olivier LEFEBVRE
Délégué général du Réseau francophone Villes amies des aînés

Monsieur Dominique LIBAULT
Conseiller d'État et directeur de l'Ecole nationale supérieure de sécurité sociale

Madame Isabel MADRID
Maire-adjointe aux actions innovantes de la ville, à l'attractivité des territoires à la mairie de Talence et administratrice de l'Union nationale des centres communaux d'action sociale (UNCCAS)

Madame Virginie MAGNANT
Directrice générale de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)

Madame Christine MEYER-MEURET
Administratrice de la Fédération nationale des associations de retraités (FNAR)

Madame Aline MOUGENOT
Secrétaire fédérale adjointe de la CFTC Santé-sociaux

Monsieur Jérôme PERRIN
Directeur du développement et qualité de l'Union nationale de l'aide à domicile en milieu rural (ADMR)

Monsieur Philippe PICHERY
Président du département de l'Aube et membre de l'Association des Départements de France (ADF)

Monsieur Christophe PRUDHOMME
Délégué national de la CGT Santé et porte-parole de l'Association des médecins urgentistes de France (AMUF)

Monsieur Jean-Michel RICARD
Président de l'association Siel Bleu

Monsieur Emmanuel RUSCH
Président de la Société française de santé publique (SFSP)

Monsieur François-Xavier SELLERET
Directeur général de la Caisse de retraite complémentaire AGIRC-ARRCO

Monsieur Bruno VELLAS
Chef du service de gériatrie du CHU de Toulouse

Monsieur Renaud VILLARD
Directeur général de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV)

Monsieur Frédéric VILLEBRUN
Président de l'Union syndicale des médecins de centres de santé (USMCS)

Entretiens

Monsieur Luc DUQUESNEL
Président du syndicat Les généralistes CSMF

Monsieur Luis GODINHO
Vice-président du syndicat des audioprothésistes (SDA)

Madame Magalie RASCLE
Directrice déléguée aux politiques sociales de la Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole (CCMSA)

Madame Alix TORRES
Présidente du directoire Présence verte et directrice générale de l'Association nationale présence verte

Monsieur Jean-François SERRES
Vice-président du Service civique solidarité séniors (SC2S)

3 Bibliographie

Adler L., *La voyageuse de nuit*, 2020

Atger S. et Bareigts E., *Le grand âge dans les outre-mer*, rapport d'information n° 2662 de l'Assemblée nationale, 2022

Battistel M. N. et Panonacle S., *La séniorité des femmes*, rapport d'information n° 1986 de l'Assemblée nationale, 2019

Berthoin G., *Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale pour la branche autonomie*, rapport des ministère sociaux annexé au PLFSS pour 2021

Besnard X., Brune M., Couver N. et Roy D., *Les proches aidants des séniors et leur ressenti sur l'aide apportée* – Résultats des enquêtes « CARE » auprès des aidants (2015-2016), Les dossiers de la Drees n° 45, 2019

Billaud S. et Gramain A., *L'aide aux personnes âgées n'est-elle qu'une affaire de femmes ?* Regards croisés sur l'économie, revue n° 15, 2014

Blanpain N., *L'espérance de vie par niveau de vie : chez les hommes, 13 ans d'écart entre les plus aisés et les plus modestes*, Insee Première n° 1687, 2018

Boidin-Dubrule M.H. et Junique S., *Éradiquer la grande pauvreté à l'horizon 2030*, avis du CESE, 2019

Bonne B. et Meunier M., *Bien vieillir chez soi : c'est possible aussi !* rapport d'information n° 453 du Sénat, 2021

Broussy L., *Nous vieillirons ensemble -80 propositions pour un nouveau pacte entre générations*, rapport interministériel, 2021

Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), *Les chiffres clés de l'aide pour l'autonomie 2021*, étude, 2021

Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et ministère des Solidarités et de la Santé, *Fonder la branche autonomie, Convention d'objectifs et de gestion (COG) 2022-2026*, 2022

Caniard É.et Augé-Caumon M.J., *Les addictions au tabac et à l'alcool*, avis du CESE, 2019

Cambois E. et Al., *La « double peine » des ouvriers : plus d'années d'incapacité aussi d'une vie plus courte*, Population et sociétés n° 441, 2009

Cambois E. et Robine J.M., *Pour qui la retraite sonnera ? Les inégalités d'espérance de vie en bonne santé avant et après 65 ans*, BEH n° 8-9, 2011

Canieux N., *Le travail à domicile auprès des personnes vulnérables : des métiers du lien*, avis du CESE, 2020

Carlac'h D. et Le Fur M. A., *Développer le parasport en France : de la singularité à l'universalité, une opportunité pour tous et toutes*, avis du CESE, 29 mars 2023

Castaigne S., Dru A. et Tellier C., *L'hôpital au service du droit à la santé*, avis du CESE, 2020

Chassang M. et Gautier A., *Les maladies chroniques*, avis du CESE, 2019

CNSA, *Dossier technique : les CDCA, synthèse des rapports d'activité 2019-2020, 2022*

Coly B., *Jeunes, le devoir d'avenir*, déclaration du CESE, 2020

Collectif « Je t'aide », *La santé des aidants : un enjeu de santé publique*, Plaidoyer, 2018

Collectif « Les morts de la rue » *Mortalité des personnes sans domicile en 2020*, enquête 2021

Contribution aux volets du Conseil national de la Refondation CNR « Santé » et « Bien vieillir », contribution du CESE, 2022

Cordesse A., *L'emploi des séniors*, avis du CESE, 2018

Cour des comptes, *La prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées - construire une priorité partagée*, rapport, 2021

Cour des comptes, *La vaccination contre la COVID-19*, rapport, 2022

Dares, *Chiffres clés sur les conditions de travail et la santé au travail*, 2021

De Kervasdoué J. et Hartmann L., *Impact économique du déficit auditif en France et dans les pays développés*, rapport final, 2016

Défenseur des droits, *Difficultés d'accès aux droits et discriminations liées à l'âge avancée*, 2021

Défenseur des droits, *Suivi des recommandations du rapport sur les droits fondamentaux des personnes âgées accueillies en Ehpad*, rapport, 2023

Denier-Pasquier F. et Ritzenthaler A., *Pour une alimentation durable ancrée dans les territoires,* avis du CESE, 2020

Doresse I. et Popelin-Desplanches A., *Pour une politique publique nationale de santé-environnemental au cœur des territoires*, avis du CESE, 2022

Drees, *Les grands parents : un mode de garde régulier ou occasionnel pour deux tiers des jeunes enfants*, Études et résultats n° 1070, 2018

Drees; *L'aide et l'action sociales en France,* édition 2020

Drees, *L'enquête auprès des établissements et services pour enfants et adultes handicapés* (ES « handicap »), 2020

Drees, *Perte d'autonomie, handicap, protection de l'enfance et insertion*, Panorama de la Drees social, 2020

Drees, *En 2020, l'espérance de vie sans incapacité à 65 ans est de 12,1 ans pour les femmes et de 10,6 ans pour les hommes*, Etudes et résultats n° 1213, 2021

Drees, *L'aide et l'action sociales en France*, édition 2022

Drees, *L'état de santé de la population en France*, rapport, 2022

Drees, *Allocation personnalisée d'autonomie à domicile : portrait des bénéficiaires et évolution des plans d'aide entre 2011 et 2017*, communiqué de presse, 2022

Drees, *312 000 personnes sont accompagnées dans les établissements et services médico-sociaux pour adultes handicapés fin 2021*, Etudes et résultats n° 1247, 2022

Dru A.et Gautier A., *Améliorer le parcours de soins en psychiatrie*, avis du CESE, 2021

Duboc S. et Noël D-J., *Economie et gouvernance de la donnée*, avis du CESE, 2021

Dubrac D. et Teskouk d., *Générations nouvelles : construire les solidarités de demain*, avis du CESE, 2020

El Khomri M., *Plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand-âge,* rapport, 2019

Esch O., *Vieillir dans la dignité*, avis du CESE, 2018

Fabrique Spinoza, *Vieillir heureux : innover et changer le regard pour une société plus unie*, étude, 2022

Gardinal D., *Pour des bâtiments plus durables grâce à une ambitieuse politique de rénovation*, avis du CESE, 2022

Gohet P., *L'avancée en âge des personnes handicapées – contribution à la réflexion*, rapport de l'Igas, 2013

Guedj J., *Isolement des personnes âgées,* rapport remis au ministre de la santé, 2020

Haute autorité de santé (HAD), *Limiter la perte d'autonomie des personnes âgées hospitalisées,* communiqué de presse, 2017

Haute autorité de santé (HAD), *La prescription d'activité physique (APA), Recommander les bonnes pratiques*, synthèse validée par le Collège, 2022

Hurtis M. et Sauvageot G. ; *L'accès au plus grand nombre à la pratique d'activités physiques et sportives*, avis du CESE, 2017

Iborra M. et Fiat C., *Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad),* rapport d'information de l'Assemblée nationale, 2018

Ined, *Vit-on plus longtemps en bonne santé dans certains départements ?* communiqué de presse, 2021

Insee, France, *Portait social*, publication, 2020

Insee, France, *Portrait social*, publication, 2022

Institut Montaigne, *Bien-Vieillir : faire mûrir nos ambitions*, rapport, 2021

Lecocq C., Dupuis B. et Forest H., *Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée,* rapport remis au Premier ministre, 2018

Libault D., *Vers un service public territorial de l'autonomie,* rapport remis au gouvernement, 2022

Miribel B. et Sanchez Y Pajares C., *Comment construire une Europe de la santé ?* avis du CESE, 2022

Naton J.F. et Bouvet de la Maisonneuve F., *Pour des élèves en meilleure santé*, avis du CESE, 2018

OMS, *Rapport mondial sur le vieillissement et la santé*, rapport, 2015

OMS, *Rapport mondial sur l'âgisme*, rapport, 2021

OMS, *What is the evidence on the role of the arts in improving heath and weel being ? A scoping review*, publication, 2019

Papon S., *Les gains d'espérance de vie se concentrent désormais aux âges élevés*, Insee focus n° 157, 2019

Petit Frère des Pauvres, *Solitude et isolement : Quand on a plus de 60 ans en France*, Baromètre 2021, 2021

Ruchenstain P. O., *Les métiers en tension*, avis du CESE, janvier 2022

Santé publique France, *Enjeux sanitaires de l'avancée en âge - Épidémiologie des maladies chroniques liées à la perte d'autonomie et surveillance de leurs déterminants à mi-vie*, rapport, 2022

Serres J. F., *Combattre l'isolement social pour plus de cohésion et de fraternité*, avis du CESE 2017

Thierry D., *La place des séniors dans le bénévolat*, étude de France Bénévolat avec le soutien de la Caisse nationale d'assurance vieillesse, 2015

Thomas J. et Maks B., *Conjoint.e comme avant : genre et frontière des aides conjugale et filiale*, Gérontologie et société, revue no 161, 2020

Trincaz J., Puijalon B. et Humbert C., *Dire de la vieillesse et les vieux*, Gérontologie et société 2011/3 vol. 34/ n° 138 pages 113 à 126, 2011

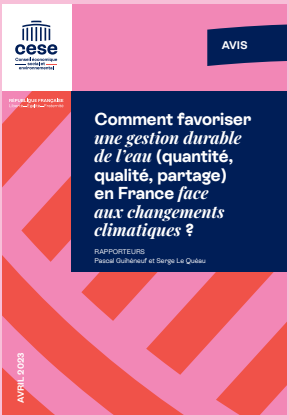
Wittman A., *Vieillir dans une cité : un double stigmate. Analyse du quotidien de personnes âgées de la cité des Provinces françaises à Nanterre*, IEP de Paris, 2000

4 Table des sigles

ADMR	Aide à domicile en milieu rural
AGIRC	Association générale des institutions de retraite des cadres
AHI	Accueil, hébergement, insertion
ALS	Allocation de logement sociale
AMRF	Association des maires ruraux de France
ANI	Accord national interprofessionnel
APA	Allocation personnalisée d'autonomie
APHP	Assistance publique des hôpitaux de Paris
APL	Allocation personnalisée au logement
ARRCO	Association des régimes de retraite complémentaire
ARS	Agence régionale de santé
ASH	Aide sociale à l'hébergement
ASV	Adaptation de la société au vieillissement
AVC	Accident vasculaire cérébral
BEH	Bulletin épidémiologique hebdomadaire
CARSAT	Caisses d'assurance retraite et de la santé au travail
CCAS	Centre communal d'action sociale
CCMSA	Caisse centrale de la mutualité sociale agricole
CDCA	Conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie
CESE	Conseil économique, social et environnemental
CFDT	Confédération française démocratique du travail
CGT	Confédération générale du travail
CHU	Centre hospitalier universitaire
CIAS	Centre intercommunal d'action sociale
CNAM	Caisse nationale de l'assurance maladie
CNAV	Caisse nationale d'assurance vieillesse
CNCDH	Commission nationale consultative des droits de l'homme
CNIL	Commission nationale de l'informatique et des libertés
CNR	Conseil national de la refondation
CNRACL	Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
COG	Convention d'objectifs et de gestion
COVID-19	Corana virus disease appeared in 2019 - Maladie à coronavirus de 2019
CPTS	Communauté professionnelle territoriale de santé
CSAFAM	Confédération des salariés du particulier employeur, assistants familiaux et assistants maternels
CTS	Conseil territorial de santé
DARES	Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques
DROM	Départements et régions d'Outre-mer
DUERP	Document unique d'évaluation des risques professionnels

EAM	Établissement d'accueil médicalisé
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ELAN	Evolution du logement, de l'aménagement et du numérique
ETP	Équivalent temps plein
EVSI	Espérance de vie sans incapacité
FAM	Foyer d'accueil médicalisé
FEPEM	Fédération des particuliers employeurs de France
FO-CGT	Force ouvrière-confédération générale du travail
GIR	Groupe iso-ressources
HCFEA	Haut conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge
ICOPE	Integrated care for older people - soins intégrés pour les personnes âgées
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
INED	Institut national d'études démographiques
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale
LMSS	Loi de modernisation de notre système de santé
MARPA	Maison d'accueil et de résidence pour l'autonomie
MAS	Maison d'accueil spécialisée
MONALISA	Mobilisation nationale contre l'isolement social des âgés
NACRE	Nouvel accompagnement coconstruit avec les retraités
OMS	Organisation mondiale de la santé
PCH	Prestation de compensation du handicap
PDH	Plan départemental de l'habitat
PFR	Plateformes d'accompagnement et de répit
PLFSS	Projet de loi de financement de la sécurité sociale
PLH	Programme local de l'habitat
PPT	Plan pluriannuel de travaux
SPAMAF	Syndicat professionnel des assistants maternels et des assistants familiaux
SPST	Services de prévention et de santé au travail
SST	Services de santé au travail
T2A	Tarification à l'activité
TMS	Troubles musculosquelettiques
TVA	Taxe sur la valeur ajoutée
UFCV	Union française des centres de vacances
UNCCAS	Union nationale des centres communaux d'action sociale
UNIOPSS	Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux
UNSA	Union nationale des syndicats autonomes

Dernières publications du Conseil économique, social et environnemental



Retrouvez l'intégralité des travaux du CESE sur le site

lecese.fr

Retrouvez le CESE sur les réseaux sociaux

Imprimé par la Direction de l'information légale et administrative, 26, rue Desaix, Paris 15e, d'après les documents fournis par le Conseil économique, social et environnemental • N° 411230009-000423 - Dépôt légal : avril 2023 • Crédit photo : Dicom

PEFC 10-31-2190 IMPRIM'VERT®

lecese.fr

9, place d'Iéna
75 775 Paris Cedex 16
01 44 43 60 00

cese
Conseil économique social et environnemental

PREMIÈRE MINISTRE
Liberté
Égalité
Fraternité
Direction de l'information légale et administrative

Les éditions des Journaux officiels

N° 41123-0009
ISSN 0767-4538 ISBN 978-2-11-167380-9
9 782111 673809