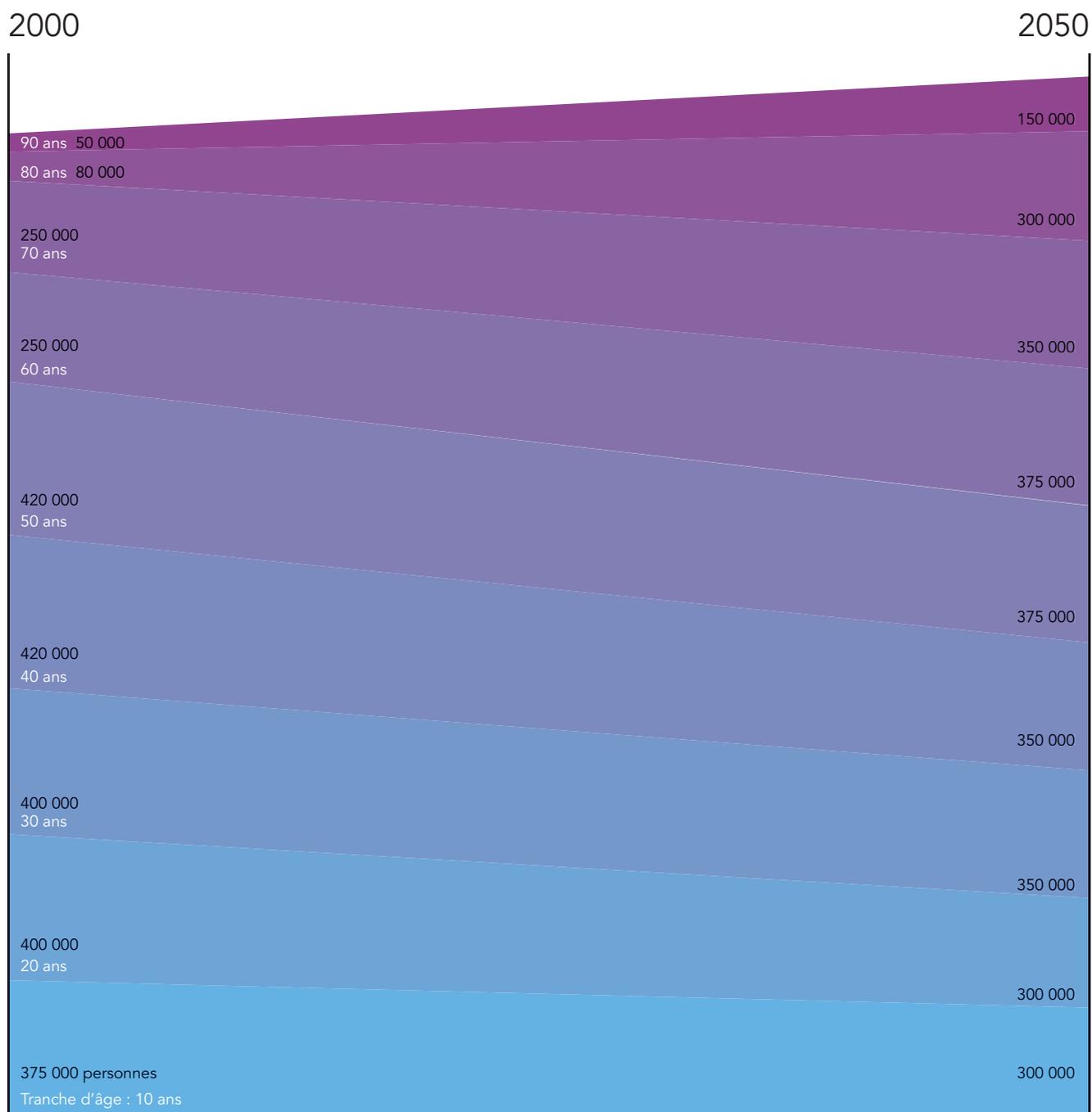


Le vieillissement démographique ou le défi de la croissance grise



Évolution du nombre d'hommes par tranches d'âges entre 2000 et 2050

Le vieillissement démographique ou le défi de la croissance grise

Le vieillissement démographique est une tendance forte. La part de la population des personnes âgées de plus de 60 ans représentera près de 50% de la population en projection 2035. Si les politiques communes peinent à se structurer à l'échelle européenne, la réalité du défi démographique est monnaie courante sur l'ensemble du continent. La France grisonne, l'Europe grisonne, mais ne pourrions-nous pas trouver là un moteur puissant de ce qu'il est convenu d'appeler la croissance grise, à savoir l'ensemble des dynamiques nées de l'économie de l'intelligence ? En marge du débat qui consiste à répondre aux enjeux du vieillissement par la création de structures de financement complexes, nous avons voulu explorer attentivement des pistes alternatives, peu empruntées et dont nous essayerons de dégager les avantages. Nous situerons au cœur même de notre analyse l'ensemble des possibilités qu'offrent les technologies numériques pour répondre au périlleux défi que constitue le vieillissement de notre population. Bien entendu, nous ne ferons pas l'économie d'aborder la question de la mise à contribution de chacun au financement de la solidarité à l'endroit de nos aînés, mais nous tenterons d'élargir notre analyse à l'ensemble des opportunités qui pourraient réduire considérablement les efforts financiers de nos concitoyens. Essentiellement, nous pensons que le développement du marché des géronto-technologies, c'est-à-dire l'ensemble des objets à haute valeur ajoutée technologique à destination de nos seniors, peut réunir les conditions d'un vieillissement de qualité, et de l'affermissement du lien entre aidants et aidés. Nous pensons également qu'il constituerait une formidable ressource de croissance, de création d'emplois, et donc de recettes fiscales, qui pourraient avantageusement absorber une partie du coût des dépenses liées à la dépendance et en représenter l'assiette de financement logique. Nous établirons alors l'innovation numérique comme un moyen d'absorption des coûts, d'aide médicale, d'assistance sociale, mais aussi d'inclusion sociale. Bien entendu, il ne s'agit pas pour ces instruments innovants de se substituer à l'intervention humaine, mais plutôt de trouver des complémentarités fortes entre l'élément technologique et la présence physique dans l'environnement de soutien des personnes dépendantes. On y trouvera ainsi l'occasion à la fois d'améliorer la qualité de la prise en charge des personnes dépendantes et de soulager la tâche des aidants. Animés de cet esprit et à la lumière de l'analyse que nous avons menée, force aura été de voir dans le vieillissement une chance formidable pour renouer des liens entre les générations, liens qui nous semblent aujourd'hui plus fragiles que jamais. Nous

pensons que l'infrastructure première du lien entre les générations est déjà en place. En effet, nous découvrons tous les jours un monde dont la densité des connexions numériques s'est développée vertigineusement ces quinze dernières années. Ces liens sont autant de fibres-guides à partir desquelles nous pouvons bâtir à l'échelle des individus des solutions de continuité et d'attention nouvelles. Afin d'être en phase avec les attentes des Français, cette étude a pour point de départ un sondage détaillé conduit auprès d'un échantillon représentatif de la population par le Global Market Institute. Les enseignements qu'il apporte sont à même d'éclairer le débat public comme il a éclairé notre propre approche, au stade tant du diagnostic que des recommandations. En voici les principales conclusions :

1 . Les français misent sur les services à la personne et les technologies d'assistance, mais rejettent un impôt de solidarité. Dimension rarement explorée, les attentes des français en terme de technologies numériques de soutien en personnes en situation de dépendance sont manifestes et se hissent au second rang de leurs choix. Plus précisément, les Français privilégient très nettement le développement des services à la personne (premier choix à 51.4%, premier ou second choix à 76%), suivi par le développement des technologies d'assistance notamment domotiques (premier choix à 21.3%, premier ou second choix à 58%). Ils comptent nettement moins sur les assurances individuelles (premier choix à 16.7%, premier ou second choix à 41%) et rejettent la création d'un impôt de solidarité (premier choix à 10.6%, premier ou second choix à 25%).

2 . Les Français estiment à une écrasante majorité que la classe politique est incapable de comprendre et de traiter l'enjeu de la dépendance. Pour près des trois quarts des Français (72.7%), les responsables politiques n'ont pas sur ce sujet une bonne compréhension de leur réalité quotidienne. Le verdict est le même sur l'inadaptation de leur vision de l'avenir (72.6%). Il est à peine moins sévère quant à leur courage et leur sens des responsabilités pour prendre si nécessaire des mesures impopulaires (69.5%). Par ailleurs, plus d'un tiers des Français estiment que les responsables politiques préservent les intérêts des générations actuelles en sacrifiant ceux des générations futures (33.9%). Si l'on fait abstraction des « sans opinion » (30.5%), ce verdict est partagé par un sondé sur deux (48.8%). Les réactions si le candidat préféré pour 2012 demande aux Français des efforts personnel, y compris financiers, pour mieux prendre en

charge la dépendance, sont contrastées. Près d'un tiers (30.3%) affirment que cela n'aurait pas d'incidence sur leur vote. Près d'un quart (23.7%) déclarent que cela les encouragerait d'autant plus à voter pour lui. A hauteur égale, certains estiment que cela les désinciterait à voter pour lui (14.2%) quand d'autres précisent que cela dépendrait du fait qu'ils soient ou pas personnellement mis à contribution financièrement (15.8%). Enfin, 16% sont sans opinion. De façon surprenante, le choix des modalités de financement de la dépendance devrait être fait par référendum pour plus de la moitié des Français (54%).

3 . Ils comptent financièrement sur leurs proches avant de compter sur la solidarité publique. Pour l'aide au quotidien, ils misent sur leurs amis bien avant l'Etat ou les associations. Face aux coups durs de santé, les Français ne comptent pas sur les mêmes acteurs pour les aider selon qu'il est question d'aide financière ou d'aide au quotidien. En matière d'aide financière, c'est d'abord sur leurs parents et grands-parents (50%), ensuite sur l'Etat et la solidarité nationale (39.6%), qu'ils comptent essentiellement. De façon surprenante, en matière d'aide au quotidien, ils comptent sur leurs amis (49.1%) avant leurs ascendants (43.5%), mais comparativement peu sur l'Etat et la solidarité nationale (24.8%) ou les associations caritatives (21.5%). Très nettement, ils estiment que la dépendance appelle d'abord un devoir de solidarité familiale (63.2%), plutôt qu'un devoir de solidarité nationale (36.8%).

4 . Le sens de la solidarité est perçu comme éteint chez les jeunes générations. Les Français se répartissent en deux grandes tendances dominantes : la solidarité est une valeur plus développée dans certaines tranches d'âge (42%), ou elle constitue une valeur disparue (40%). Un consensus très net se dégage pour estimer que les plus de 60 ans sont les plus solidaires (36.7%) et qu'on ne peut pas compter sur la solidarité des 18-29 ans (53.3%). Malgré ce constat profondément pessimiste, près d'un Français sur deux estime qu'il faudrait davantage de solidarité dans notre pays (48.4%). Quant à savoir si leurs propres enfants les aideraient dans l'hypothèse de leur propre dépendance, un quart des Français confessent ne pas connaître la réponse (25.6%), un autre quart seulement comptant à la fois sur leur aide financière et leur présence (27.4%).

5 . Par manque de moyens financiers, trois Français sur cinq ne prennent pas de dispositions en matière de dépendance bien qu'un sur deux y ait déjà été confronté directement ou indirectement. Un Français sur deux a déjà été confronté à sa dépendance ou celle d'un proche (49.8%). Plus du tiers des Français s'inquiètent de ce que cela leur arrive (37.3%), au point de s'être déjà renseignés sur ce sujet (36.9%). Pour autant, trois Français sur cinq n'ont pris aucune disposition en la matière et n'envisagent pas d'en prendre (58.9%). L'explication est probablement à chercher du côté du manque de moyens financiers et non de l'imprévoyance. En effet, près de sept Français sur dix estiment qu'ils n'ont pas les moyens de faire face à une perte d'autonomie définitive, pour un membre de leur famille (69.8%) comme pour eux-mêmes (69.4%).

SOMMAIRE

1 L'enjeu de la dépendance Aspects médicosociaux — p 12

- 1-1 Notre société ne prend pas en compte le vieillissement — p 12
 - Le vieillissement est un phénomène mal compris — p 12
 - Vieillesse physiologique et maladies liées à l'âge — p 13
 - Comment l'on bascule dans la dépendance — p 15
 - Comment évaluer la dépendance : la grille AGGIR — p 17
 - La prise en charge de la dépendance aujourd'hui — p 18
- 1-2 Propositions pour changer la place du vieillissement dans notre société — p 23
 - Donner la priorité à la prévention — p 23
 - Anticiper la survenue de la dépendance — p 25
 - Optimiser la filière gériatrique — p 27
 - Accompagner — p 29
- 1-3 Adapter l'environnement : le logement du grand âge – un enjeu négligé — p 30
 - Favoriser le maintien à domicile — p 30
 - Adapter les logements aux besoins — p 31
 - De multiples points de blocage aux solutions simples — p 33
 - Compenser le manque d'accès des personnes âgées au crédit par des aides publiques — p 36
 - Le pari de l'innovation : habitat intergénérationnel, habitat partagé et nouvelles technologies — p 36

2 L'enjeu de la dépendance Aspects financiers — p 41

- 2-1 L'augmentation du besoin de financement est inévitable — p 41
- 2-2 Le besoin de financement annuel est évalué à 8 milliards d'euros dans un contexte de finances publiques en crise — p 42
- 2-3 Clarifier le périmètre des dépenses de dépendance et l'ampleur de la prise en charge — p 43
- 2-4 Les modalités de financement envisagées dans le débat public : assurance individuelle facultative ou obligatoire, impôt, et prélèvement spécifique sur les assureurs — p 43
- 2-5 Refuser la création d'une nouvelle branche de la Sécurité sociale du fait de l'inefficacité, de l'incohérence et de l'illisibilité de son système de financement — p 44
- 2-6 Les acteurs en présence et leurs positionnements — p 46
- 2-7 Créer un nouveau dispositif de solidarité nationale complété par un dispositif d'assurance privée obligatoire — p 47
- 2-8 Financer le dispositif de solidarité nationale par le prélèvement à la source de l'impôt sur le revenu et l'atténuation de la niche fiscale sur plus-values de cession de titres des entreprises — p 48

3 L'enjeu de l'immigration Une réponse au vieillissement — p 49

- 3-1 Transition démographique, pyramide des âges et homo senectus — p 49
- 3-2 Le rapport de dépendance totale : la France a besoin d'immigrés — p 51
- 3-3 Quelques informations peu connues sur l'immigration en France — p 52

4 Les géronto-technologies Un enjeu d'avenir — p 54

- 4-1 Les géronto-technologies : l'atout-maître de la prévention — p 55
 - Faciliter le suivi et l'encadrement des malades — p 55
 - Les possibilités de prévention de chute — p 55
 - L'exemple de la télégestion du diabète — p 56
 - L'exemple de la maladie d'Alzheimer — p 57
- 4-2 Les opportunités d'un marché — p 58
 - « Design for all » et vieillissement de qualité — p 58
- 4-3 En France, un marché gelé — p 60
 - Éléments de contexte — p 60
 - A l'horizon 2015, un marché potentiel de 25 milliards d'euros — p 60
 - Un secteur porteur : les technologies de la santé — p 61
 - Une demande latente considérable — p 61
- 4-4 Les politiques publiques en renfort : éléments de benchmark — p 61
 - Aux États-Unis — p 62
 - En Europe — p 63
 - Focus sur le Royaume-Uni — p 63
 - Focus sur l'Europe du Nord — p 64
 - Au Japon — p 65
- 4-5 Les facteurs du sous-développement français — p 65
 - La faiblesse du tissu de PME — p 66
 - Les porteurs de projets — p 67
 - Le développement d'une offre intégrée — p 68
 - L'exemple de Boston Life Labs — p 68
 - Les réseaux de distribution défaillants — p 69
 - L'absence d'information et une demande peu solvable — p 69
- 4-6 Faire de la France un leader des géronto-technologies — p 70
 - Lutte contre la fracture numérique — p 70
 - Campagne de sensibilisation — p 71
 - Intervention publique et investissement — p 71
 - Soutien de la R&D et dynamisation du secteur — p 72
 - À l'échelle européenne — p 73

5 Monnaie complémentaire et « séniodarité » — p 75

- 5-1 Définition de la monnaie complémentaire — p 75
- 5-2 Des exemples d'utilisation : France, Royaume-Uni, Allemagne, Suisse, États-Unis, Pays-Bas, Brésil — p 76
- 5-3 Créer une nouvelle monnaie complémentaire : le Géronte, inspiré du Fureai Kippu japonais — p 77
- 5-4 Les réseaux sociaux et la séniodarité — p 79

Récapitulatif des propositions — p 80

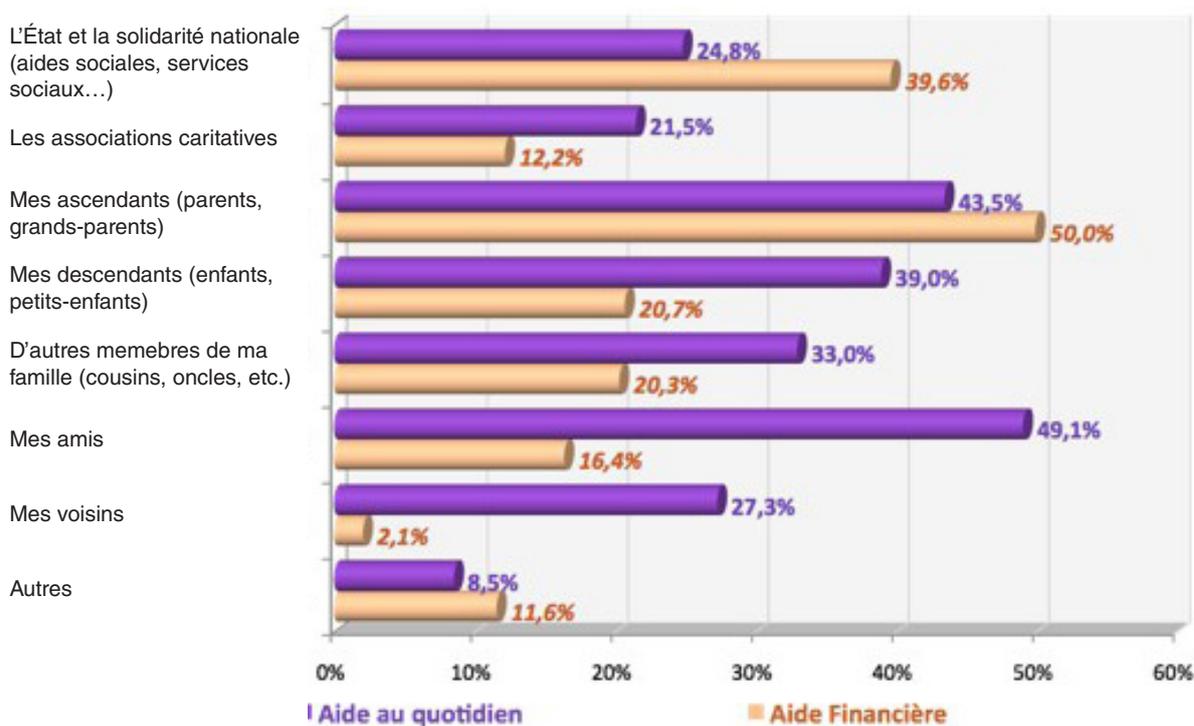
Annexe : grille AGGIR et groupes iso-ressources — p 86

Les auteurs — p 88

Liste des entretiens avec des experts — p 89

1

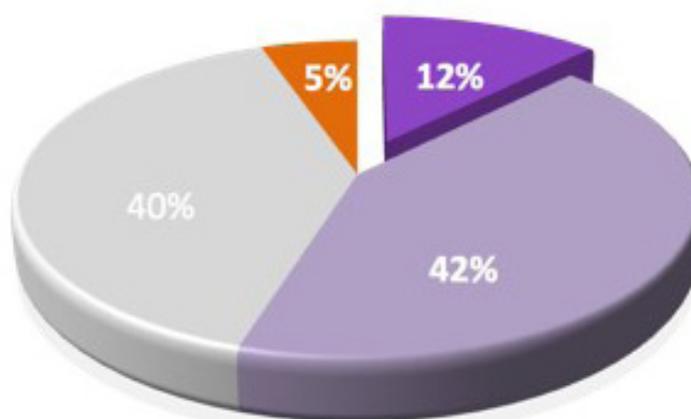
En cas de gros coup dur de santé (accident, maladie...), avec des effets durables, sur qui pensez-vous que vous pourriez vous appuyer pour vous aider sur le plan financier et sur le plan du quotidien (assistance dans les tâches du quotidien) ?



2

Estimez-vous qu'en France la Solidarité (l'aide aux plus démunis, aux personnes malades, handicapées...) est une valeur... :

- Une valeur qui n'a jamais existé. ■
- Une valeur partagée de façon comparable dans toutes les tranches d'âge. ■
- Une valeur plus développée dans certaine(s) tranches d'âge(s) que d'autres. ■
- Une valeur qui a disparu, ou presque, dans toutes les tranches d'âges. ■



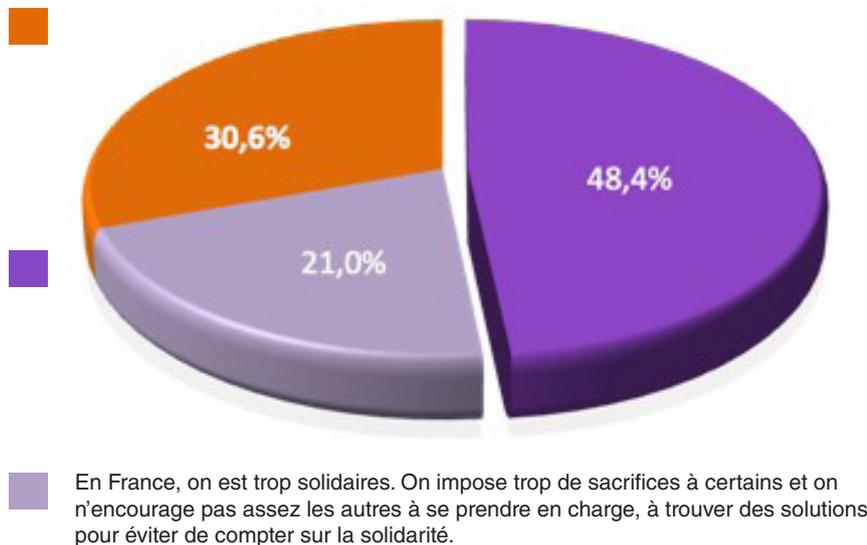
Sondage

3

Estimez-vous qu'en France la Solidarité (l'aide aux plus démunis, aux personnes malades, handicapées...) est une valeur... :

En France, on est trop solidaires. On impose trop de sacrifices à certains et on n'encourage pas assez les autres à se prendre en charge, à trouver des solutions pour éviter de compter sur la solidarité.

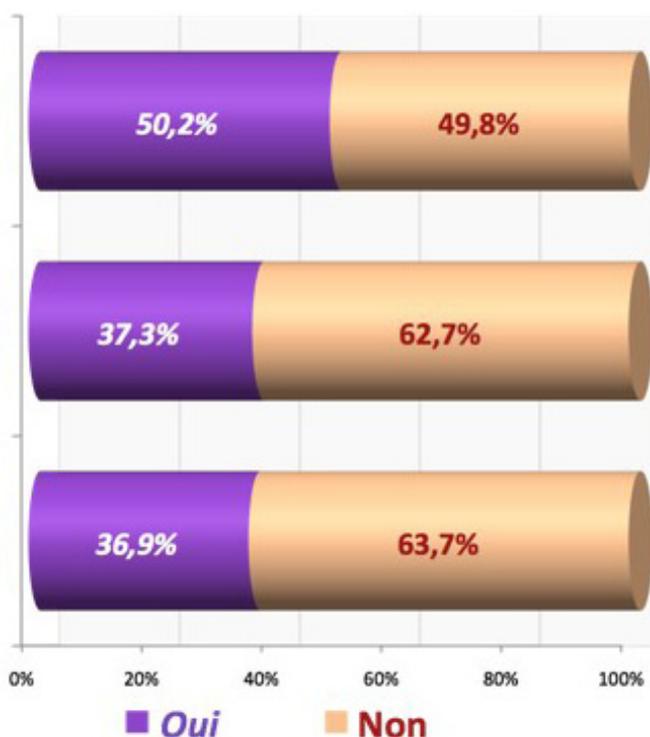
En France, on est trop solidaires. On impose trop de sacrifices à certains et on n'encourage pas assez les autres à se prendre en charge, à trouver des solutions pour éviter de compter sur la solidarité.



4

À titre personnel, concernant la dépendance ...

Avez-vous déjà été confrontés au problèmes de la dépendance pour vous-même ou un proche ?

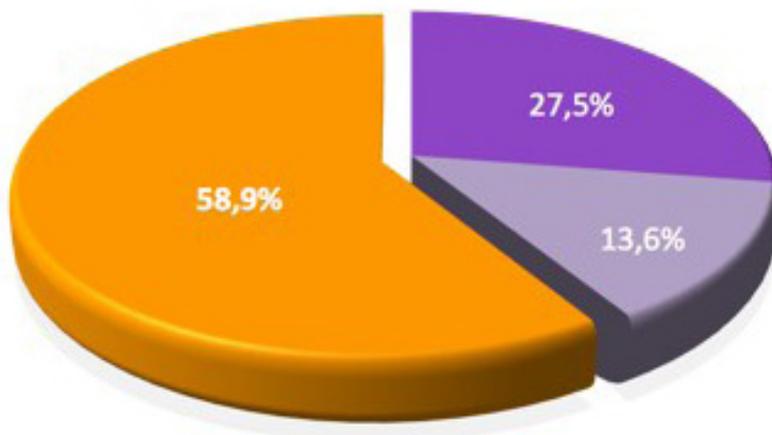


Sondage

5

Avez-vous prévu, dans un proche avenir, de prendre des dispositions pour l'éventualité où vous seriez confronté au problème de dépendance pour vous-même ou vos proches ?

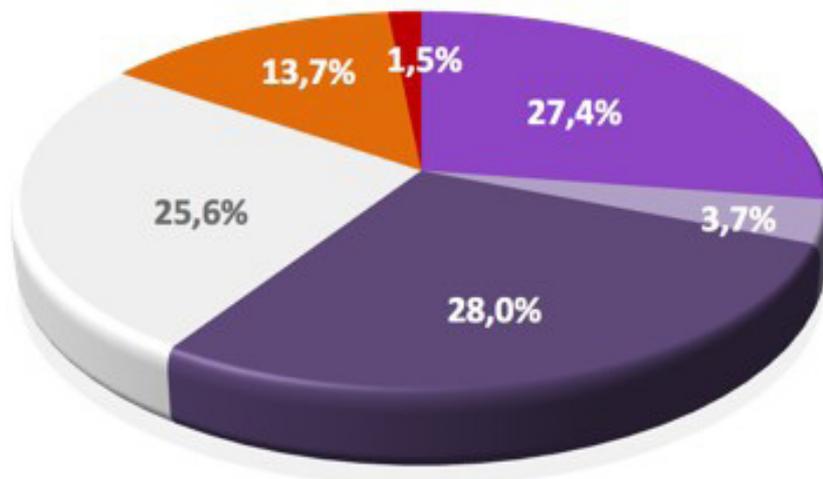
- N'ont pris aucune disposition et n'envisagent pas d'en prendre prochainement
- Ont déjà pris des dispositions en cas de dépendance, pour eux-mêmes ou leurs proches
- Ont prévu, dans un proche avenir, de prendre des dispositions pour l'éventualité d'une confrontation à la dépendance pour eux-mêmes ou un proche



6

Si vous vous retrouvez un jour en situation de dépendance, pensez-vous que vos enfants vous aideront ?

- NON, ils ne POURRONT PAS m'aider
- NON, ils ne VOUDRONT PAS m'aider
- OUI, aussi bien FINANCIEREMENT que par leur PRESENCE
- OUI, par une AIDE FINANCIERE, mais pas par leur présence
- OUI, par leur PRESENCE, mais pas financièrement
- Je ne sais pas du tout





1

L'enjeu de la dépendance Aspects médicosociaux

1-1

NOTRE SOCIÉTÉ NE PREND PAS EN COMPTE LE VIEILLISSEMENT

LE VIEILLISSEMENT EST UN PHÉNOMÈNE MAL COMPRIS

Le vieillissement n'est pas l'accumulation des années. C'est l'ensemble des modifications biologiques et physiologiques, communes à tous les êtres vivants, qui apparaissent avec l'évolution du temps et aboutissent inévitablement et irréversiblement à un affaiblissement des différentes fonctions vitales. Le biologiste parle plutôt de sénescence pour décrire « l'ensemble des phénomènes naturels non morbides, propres au sujet âgé ». Il s'agit essentiellement d'altérations régressives, d'intensité variable, touchant la plupart des tissus et des organes. A l'échelon cellulaire, le principal mécanisme connu à ce jour est celui du stress oxydatif qui résulte de la formation de radicaux libres au cours du métabolisme. Ces derniers peuvent notamment endommager l'ADN, siège de l'information génétique. Face à cette menace, l'organisme produit naturellement une quantité importante d'antioxydants censés stabiliser les radicaux libres. Cependant, la diminution de l'activité enzymatique avec l'âge rend les systèmes de protection de moins

en moins efficaces. Ce mécanisme irait de pair avec un raccourcissement des télomères, ces petites séquences d'ADN qui coiffent les chromosomes et font que, quand les cellules se divisent, leur capital génétique est préservé de la dégradation enzymatique. Si les télomères raccourcissent, la cellule vieillit. Ces découvertes offrent des perspectives passionnantes, notamment dans les relations entre vieillissement et cancer.

La vieillesse n'est pas seulement un fait biologique. Elle est aussi une figure symbolique, une représentation sociale, une prise de conscience – celle que l'on entre dans un âge dont on sait qu'il n'y a plus rien d'autre à attendre après lui, qu'il n'y a pas de « plus tard » et que tout se conjugue « au présent ». Bien qu'il n'y ait pas coïncidence entre l'âge chronologique et l'âge biologique, cette prise de conscience coïncide souvent avec l'âge de la retraite, et prend une particulière acuité au cours de la 6^{ème} décennie. Selon les projections démographiques de l'INSEE, un habitant sur cinq est âgé de 60 ans ou plus en 2005 ; cette proportion passera à un sur trois en 2050. Dès 2010 le nombre des plus de 60 ans excède celui des moins de 20 ans. Les études démographiques récentes ont modifié la perception que l'on pouvait avoir des différentes classes d'âge. On admet communément que les individus ayant entre 50 et 75 ans représentent ce que l'on appelle les « seniors », encore dans la vie active ou à la retraite, le plus souvent bien insérés dans la vie sociale ou économique. Ils sont en bonne santé, même si des distinctions en termes de catégories sociales mettent en évidence des différences importantes. Les « personnes âgées » désignent les plus de 75 ans : c'est autour de cet âge que la santé se dégrade durablement et que des vulnérabilités plus ou moins importantes apparaissent. La vie sociale est parfois moins intense, et des processus de retrait commencent à s'observer. On désigne communément par le vocable de 3^{ème} âge les personnes âgées de 75 à 85 ans qui, malgré une certaine dégradation de leur état de santé, restent autonomes. Enfin, au-delà de 85 ans, le risque de perte d'autonomie s'accroît très fortement : c'est ce que l'on appelle le « grand âge », marqué par des processus souvent accélérés de perte, d'autonomie et de grandes fragilités.

Mais il importe de ne pas réduire la notion de vieillissement à ses aspects négatifs de perte d'autonomie et de grande dépendance. La vieillesse demeure également un âge nécessaire à la société, une véritable richesse pour la collectivité, source de transmission de savoir et d'expérience. En ce sens, il conviendrait de l'envisager davantage comme un défi à relever pour notre société.

VIEILLISSEMENT PHYSIOLOGIQUE ET MALADIES LIÉES À L'ÂGE

Ce phénomène inéluctable est inégal d'un individu à l'autre car il est la résultante à la

fois du patrimoine génétique et de l'environnement, c'est-à-dire du parcours de vie. Il n'y a pas réellement d'âge biologique de la vieillesse. Nous vivons ce phénomène à chaque instant de notre vie. Mais si le vieillissement est un processus progressif, la pente n'est pas la même pour chacun d'entre nous. C'est plutôt une volée de marches irrégulières que certains dégringolent plus vite que d'autres.

Consubstantiellement, la vieillesse est liée à la notion de fragilité, c'est-à-dire de la relation à un corps défaillant. Les manifestations les plus communes comprennent une diminution de la souplesse articulaire, de l'élasticité des tissus – particulièrement visible au niveau de la peau – mais aussi de la force musculaire. On observe aussi une rigidité accrue de la paroi des vaisseaux sanguins, génératrice d'hypertension artérielle, des troubles sensoriels, une instabilité de la marche et un affaiblissement général des fonctions de l'organisme. Ce sont ces facteurs physiques, surtout moteurs et sensoriels, qui fondent la fragilité des personnes âgées. Elle s'accompagne d'un déclin des capacités d'adaptation de l'organisme pour maintenir ses fonctions internes face à des agressions extérieures telles que les maladies ou les accidents. La réduction des réserves fonctionnelles limite les capacités de la personne âgée de répondre à un stress.

Toutes les fonctions de l'organisme peuvent être touchées, en premier lieu les fonctions cardiovasculaire, respiratoire, locomotrice, sensorielle et cognitive. Tous les tissus et organes ne vieillissent pas « ensemble » : c'est ce que l'on appelle le vieillissement différentiel. Définir la vieillesse n'est donc ni simple ni univoque. À l'heure actuelle, aucun « marqueur » du vieillissement, c'est-à-dire un paramètre physiologique susceptible de mieux prédire la capacité fonctionnelle que ne le fait l'âge chronologique, ne peut être retenu sans réserve. Les gérontologues proposent des tests ou des batteries de tests physiologiques et psychométriques pour définir un âge fonctionnel, voire biologique à côté de l'âge chronologique. Le test d'effort maximal ($V'O_2max$) et son suivi longitudinal pourraient avoir une place privilégiée dans l'évaluation de l'adaptation du sujet âgé dans la mesure où il explore à la fois les fonctions musculaire, cardiaque, respiratoire, végétative et leurs interactions, avec un impact particulier sur la fonction musculaire, si importante dans l'autonomie. Outre les fonctions motrices et sensorielles, ce sont les capacités mentales qui sont atteintes : c'est ce que l'on appelle le « vieillissement cognitif ».

Avec l'avancée en âge, l'ensemble des fonctions cérébrales supérieures connaît une dégradation, qu'il s'agisse de la perception, de l'attention, de la résolution de problèmes, de la mémoire ou du langage. On estime qu'au-delà de 80 ans les troubles sensoriels et moteurs concernent une personne sur deux et les troubles cognitifs une sur trois. L'affinement des tests psychométriques permet de faire la distinction entre l'intelligence

fluide, opérationnelle, intuitive et adaptatrice, qui décline rapidement, et l'intelligence cristallisée, liée au raisonnement, qui semble plus longtemps préservée. La majorité des études montrent également une importante détérioration mnésique avec l'âge, surtout la mémoire à court terme et la mémoire épisodique. Ainsi, plus la tâche est complexe, plus elle demande vitesse et flexibilité, plus la différence observée entre les groupes d'âge est importante. Dans l'avenir, le recours à l'imagerie, dans le cadre d'une approche pluridisciplinaire, pourra aider à la sélection des tests cognitifs les plus pertinents dans l'évaluation du vieillissement. Enfin, les atteintes cognitives ne sont pas immuables et, dans un environnement adapté, la plupart des seniors en bonne santé peuvent rattraper un bon niveau de performance. Ceci justifie l'effort important qui a été fait ces dernières années pour la généralisation sur le territoire national des « consultations mémoire » et de centres mémoire de ressource et de recherche.

Il faut distinguer le vieillissement physiologique des maladies liées au vieillissement. C'est important pour se fixer des objectifs de soins et de prévention. Les principales maladies liées à l'âge sont les accidents vasculaires cérébraux (AVC), les troubles cognitifs (Alzheimer et autres démences), les maladies neuro-dégénératives comme la maladie de Parkinson, l'arthrose, les troubles de la vision comme la dégénérescence maculaire liée à l'âge ou DMLA, la dépression et les troubles de la continence.

En tête de gondole des maladies liées à l'âge, la maladie d'Alzheimer représente à elle seule 225 000 nouveaux cas par an. Cette terrible maladie pèse lourdement, physiquement, psychologiquement et financièrement sur les familles. C'est un problème majeur auquel la collectivité nationale doit faire face. Même s'il n'existe encore aucun traitement pour empêcher la maladie d'évoluer, certains médicaments permettent d'en atténuer les symptômes cognitifs et de retarder la perte d'autonomie. Surtout, si l'on suit les recommandations de Joël Ménard dans son rapport préalable au plan Alzheimer rendu public en 2008, la prévention est possible si elle est mise en œuvre dès l'âge moyen de la vie. On peut regretter que le plan Alzheimer récemment mis en place ne comporte aucun financement de la prévention. Selon la fédération française de gérontologie, un recul de 5 ans du début de la maladie d'Alzheimer diviserait par deux le nombre de malades.

COMMENT L'ON BASCULE DANS LA DÉPENDANCE

La dépendance est définie comme une perte de fonction générant un besoin d'aide pour accomplir certains actes de la vie quotidienne. L'accroissement de la classe d'âge des 75 ans et plus va de pair avec une augmentation de la demande de soins et d'aide. A l'horizon 2040, avec l'augmentation de l'espérance de vie et l'arrivée à cet âge des générations

du baby-boom, les personnes âgées de 75 ans et plus représenteront en France 14,3% de la population (projection Insee). Or c'est à cet âge que le risque de dépendance est le plus élevé. Si seulement 2% de la classe d'âge 60-69 ans est dépendante, le taux passe à 7% pour les personnes de plus de 80 ans et 30 à 40% au-delà de 90 ans. Chaque année 150 000 à 200 000 personnes en France basculent dans la dépendance.

Le vieillissement n'est pas en soi responsable de la dépendance. Il est responsable de fragilité mais non pas de dépendance. La dépendance est liée à la maladie. L'hypertension artérielle multiplie le risque de dépendance par 1,8 -le diabète par 1,6 -l'arthrose par 1,3 -les troubles cognitifs par 1,6... et ces maladies sont souvent associées.

Heureusement, grâce aux progrès de l'hygiène de vie et de la médecine, l'espérance de vie en bonne santé, c'est-à-dire sans incapacités notoires, s'accroît dans tous les pays développés parallèlement à l'espérance de vie à la naissance. C'est le décalage entre les deux qui définit l'âge moyen d'entrée dans la dépendance, donc la durée moyenne de vie en dépendance. En cas de stabilité de cette variable, scénario actuellement privilégié, on estime qu'en 2040, 1 200 000 personnes seront dépendantes contre 800 000 actuellement, soit 50% de plus. Les femmes, dont l'espérance de vie est supérieure de 6,7 ans à celle des hommes, représentent les deux tiers des personnes dépendantes. Ces chiffres reposent sur l'hypothèse, plutôt optimiste, que l'on soit capable de continuer à reculer l'âge où l'on bascule dans la dépendance au même rythme que l'augmentation de l'espérance de vie. Les données actuelles semblent aller dans ce sens. C'est une bonne nouvelle. Mais les résultats que nous observons en France restent inférieurs à ceux des pays nordiques. En effet, la période la plus à risque de dépendance est de 10 ans pour les Suédois et 14 ans pour les Suédoises, alors qu'elle est respectivement de 15 ans et 20 ans pour les Français et les Françaises. La différence : un effort important des pouvoirs publics en faveur de la prévention. A cela il faut ajouter les inégalités croissantes entre les catégories socio-professionnelles que nous observons dans notre pays : l'espérance moyenne de vie à 35 ans entre les ouvriers d'une part et les cadres et professions libérales d'autre part, accuse une différence de 7 ans. On peut s'en indigner.

Il y a donc de gros progrès à faire puisque les années à fort risque de dépendance peuvent être réduites d'un bon tiers. Plutôt que d'en faire un débat purement comptable cristallisé autour du financement d'un 5ème risque, il est urgent de s'intéresser à la question essentielle de la prévention de la dépendance.

Un autre facteur de risque pèse lourd dans l'entrée en dépendance des personnes âgées fragiles : la chute. Elle représente 75 % des accidents de la vie courante chez les personnes âgées, selon une étude de l'INED. En effet, les chutes touchent 35 % des personnes âgées de 65 à 80 ans. Puis ce pourcentage augmente, pour atteindre 45 % dans la classe d'âge des 80 à 90 ans. Selon l'Institut de veille sanitaire, 62 % des chutes des personnes âgées ont lieu à domicile, dans le jardin ou l'environnement immédiat. Fractures, hospitalisations répétées, dépendance, décès, en sont les principales conséquences. On déplore 9 000 décès liés à des chutes chez les personnes âgées par an. Parmi les facteurs en cause, citons les altérations de la vision, les troubles auditifs, les troubles de l'équilibre, l'atrophie musculaire, la marche lente. Dans ce contexte, la société française de gériatrie et de gérontologie (SFGG) a sollicité la haute autorité de santé (HAS) pour élaborer en partenariat des recommandations de bonnes pratiques sur l'évaluation et la prise en charge des personnes âgées faisant des chutes à répétition. L'objectif est de fournir aux professionnels de santé une approche clinique simple et pragmatique permettant de proposer à la personne âgée la prise en charge la plus adaptée.

Enfin, l'inadaptation de l'habitat décompense la fragilité des personnes âgées et est génératrice de chutes. Les lieux où les risques de chute sont les plus élevés sont ceux où l'on séjourne longtemps ou qui présentent des dangers (cuisine, salle de bain, escaliers, jardin). Après une réflexion sur la conception du lieu de vie, son équipement, son encombrement et son accessibilité, une analyse pièce par pièce devra être proposée. On ne fera pas non plus l'économie d'une réflexion approfondie sur l'aménagement de l'espace urbain et les moyens collectifs de transports pour répondre aux besoins de mobilité d'une population de séniors de plus en plus nombreuse.

COMMENT ÉVALUER LA DÉPENDANCE : LA GRILLE AGGIR

La grille nationale AGGIR (autonomie, gérontologie, groupes iso-ressources) permet d'évaluer le degré de perte d'autonomie des demandeurs : à domicile, cette perte d'autonomie est appréciée par l'un des membres de l'équipe du conseil général en charge de l'évaluation, constituée de professionnels du social et du sanitaire. En établissement, elle est effectuée sous la responsabilité du médecin coordonnateur ou, à défaut, de tout médecin conventionné.

Les six groupes iso-ressources prévus par la grille AGGIR font référence à des variables, dites « discriminantes » relatives à la perte d'autonomie physique et psychique – cohérence, orientation dans le temps et les lieux, autonomie pour les tâches de la vie quotidienne

comme la toilette, l'habillage, l'alimentation, hygiène corporelle, déplacements à l'intérieur du domicile et à l'extérieur, communication – et d'autres dites « illustratives » utiles à la définition d'un plan d'aide. Elles sont classées en 17 rubriques cotées A, B ou C (Annexe 1).

Le GIR 1 correspond à des personnes âgées confinées au lit et aux fonctions mentales gravement altérées, nécessitant une présence indispensable et continue d'intervenants. Le GIR 2 regroupe des personnes confinées au lit ou au fauteuil, ayant conservé partiellement leurs fonctions mentales, ou des personnes dont les fonctions mentales sont altérées mais ont conservé leur capacité à se déplacer. Le GIR 3 correspond aux personnes qui ont conservé leur autonomie mentale mais qui nécessitent l'intervention pluriquotidienne d'intervenants pour leur autonomie corporelle. Le GIR 4 comprend les personnes âgées qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement mais demandent à être aidées pour les activités corporelles et les repas. Les GIR 5 et 6 comprennent des personnes assurant seules leurs déplacements à l'intérieur de leur logement, s'alimentant et s'habillant seules, mais qui ont besoin ponctuellement d'aide pour la toilette, le ménage et la préparation des repas.

PATHOS est un système d'information sur les niveaux de soins nécessaires pour chaque niveau de dépendance. Il complète la grille AGGIR. Elaboré par des experts, en partenariat avec le service médical de l'assurance maladie, il permet d'identifier, sur une liste de 50 états pathologiques, celui résumant le mieux la situation du patient un jour donné, et de la compléter par un « profil de soins nécessaires ». C'est ainsi que l'on peut approcher une analyse comparative détaillée des soins dispensés dans les structures accueillant les personnes âgées.

En outre, ces référentiels, AGGIR et PATHOS peuvent constituer, au travers des modalités d'appropriation par les acteurs et de l'analyse des données produites, de véritables outils de régulation, en particulier pour l'allocation de ressources aux établissements et leur pilotage.

LA PRISE EN CHARGE DE LA DÉPENDANCE AUJOURD'HUI

On a pu observer ces dernières années une amélioration de la prise en charge de l'offre de soins : les dispositifs se sont diversifiés et le taux d'encadrement s'est accru. Le parcours habituel se déroule généralement ainsi : l'instauration d'un service d'aide à domicile, bientôt accompagné de soins infirmiers, suivi d'un départ du domicile pour un foyer de logement avec soins, et enfin un placement en EHPAD, c'est-à-dire en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Le problème se pose au niveau de la jonction entre les dispositifs. Le passage d'un dispositif à l'autre est extrêmement mal géré, le moment opportun étant mal déterminé, et les informations sont actuellement en grande partie inaccessibles pour les personnes âgées. Beaucoup de personnes âgées se trouvent ainsi dans des dispositifs qui leurs sont inadaptés, leur offrant trop de soins ou au contraire pas assez. Un contrôle individualisé à tout moment éviterait le basculement prématuré vers une prise en charge trop lourde. Les personnes âgées appartenant aux catégories socio-professionnelles inférieures, dont le parcours de vie ne prévient pas le vieillissement, sont les plus touchées par les passages trop rapides en maison de retraite, ne pouvant plus faire face aux dépenses d'aide et à l'inadaptation des logements.

Les GIR 1 à 4 donnent droit, dès lors que les conditions d'âge et de résidence sont remplies, à « l'allocation personnalisée d'autonomie » (APA) entrée en vigueur en 2002, en remplacement de la « prestation spécifique dépendance ». Elle concernait fin 2009 1,2 millions de personnes dont 440.000 en institution. Son montant n'est pas fixe. Il évolue en fonction du niveau de dépendance et des ressources du demandeur. Avec l'APA, le bénéficiaire bénéficie d'une meilleure prise en charge de ses besoins en matière d'aide à domicile. Une fois qu'elle est versée, il est impossible d'en récupérer le montant que ce soit sur le patrimoine ou sur la succession du demandeur. Plus la perte d'autonomie est importante, plus le montant du plan d'aide est élevé. La participation du bénéficiaire sera traduite sur la notification de décision en pourcentage et en montant, en fonction du plan d'aide. Elle varie en fonction de ses revenus. À domicile, l'APA est égale au montant du plan d'aide (évalué par l'équipe médico-sociale) diminué d'une participation du bénéficiaire de l'allocation. Pour leur part, les personnes classées en GIR 5 et 6 peuvent bénéficier des prestations d'aide-ménagère servies par leur régime de retraite ou par l'aide sociale départementale. En 2009, 61 % des bénéficiaires de l'APA vivaient à domicile et 39 % en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Le montant moyen du plan d'aide attribué à celles vivant chez elles, s'élevait à 494 euros (source : ministère de la santé)

En matière de maintien à domicile, le médecin traitant est le référent. Il est le seul à avoir une vision globale de l'état de santé de la personne. La décision du maintien à domicile d'une personne dépendante n'est possible que si l'environnement le rend possible. Différentes assistances sont prévues pour accompagner la personne âgée dans ses tâches quotidiennes depuis l'assistance médicale jusqu'à la livraison de repas à domicile. Face à la montée de la dépendance et au besoin croissant d'assistance à domicile, de nombreux professionnels proposent d'intervenir directement au domicile des personnes

âgées afin de faciliter le maintien à domicile. L'infirmier est responsable des soins. Il les prodigue soit à son initiative, soit selon les prescriptions du médecin : injections, prise de médicaments, etc. Il peut être parfois chargé d'encadrer une équipe d'aides-soignants. L'ergothérapeute contribue au traitement des troubles et des handicaps de nature psychique, somatique ou intellectuelle créant une désadaptation ou une altération de l'identité et vise à la réinsertion des personnes atteintes de ces troubles dans leur travail. L'hospitalisation à domicile est une structure de soins alternative à l'hospitalisation. Elle permet d'assurer au domicile du patient des soins médicaux et paramédicaux importants, pour une période limitée mais renouvelable en fonction de l'évolution de son état de santé. Elle a pour finalité d'éviter ou de raccourcir une hospitalisation en établissement. Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) dispensent auprès des personnes âgées malades ou dépendantes des soins infirmiers, des soins d'hygiène générale ou des soins relevant d'autres auxiliaires médicaux. L'infirmier coordonnateur organise et coordonne l'activité administrative, technique et médicale d'une équipe, participe et met en œuvre une politique d'éducation à la santé et à la prévention, contrôle la qualité des soins. Le médecin coordonnateur contribue par son action à la qualité de la prise en charge gériatrique en favorisant une prescription coordonnée des différents intervenants, adaptée aux besoins des personnes âgées. Il peut intervenir dans le cadre d'un EHPAD ou bien lors d'une hospitalisation à domicile (HAD). Le psychomotricien est un professionnel de la santé au même titre que les kinésithérapeutes et les podologues. Thérapeute et rééducateur, il essaye de soigner les troubles physiques d'origine psychologique de ses patients. Il exerce un métier paramédical. Le recours à des médecins spécialistes se fait en tant que de besoin.

Les aidants « naturels » jouent un rôle essentiel dans le maintien à domicile. Ils représentent 80 % de l'aide aux familles (500 000 ETP) contre 20 % assurés par les intervenants professionnels. Les trois quarts des bénéficiaires de l'APA restent aidés par leurs proches, pour un volume horaire deux fois supérieur à celui des intervenants professionnels. Or le potentiel d'aidants devrait se restreindre en raison des évolutions sociétales. Il serait souhaitable que les dispositifs publics (services à la personne) permettent au plus grand nombre de personnes en situation de dépendance, même légère, de recourir ponctuellement ou régulièrement aux services d'un intervenant professionnel à domicile. Il s'agit d'éviter que les aidants n'assument seuls l'entrée en établissement. L'intervention relativement légère mais régulière d'un professionnel est de nature à prolonger le plus longtemps possible le maintien à domicile et revient de façon implicite à mobiliser davantage les proches sur la durée.

Les centres locaux d'information et de coordination (CLIC) ont été conçus comme des structures de proximité mises à la disposition des retraités et des personnes âgées de

leur entourage pour les informer, les orienter et faciliter leurs démarches. Le CLIC a aussi une mission d'évaluation des besoins afin d'élaborer des plans d'accompagnement ou d'intervention adaptés à chaque cas, en fédérant les acteurs locaux, médico-sociaux et professionnels du maintien à domicile. L'équipe comporte un agent d'accueil, un coordinateur et, en principe, des professionnels médico-sociaux et de santé en lien avec la gériatrie. On en distingue trois niveaux selon leurs missions. Certains départements leur confient une mission de veille et d'observatoire des problématiques liées à la dépendance. Le CLIC travaille en réseau avec le conseil général du département, les communes, les centres communaux et intercommunaux d'action sociale (CCAS et CIAS), les organismes d'assurance maladie, les mutuelles, les associations, les services de maintien à domicile, les structures d'hébergement...

Les établissements médicalisés, autorisés à héberger des personnes âgées dépendantes de 60 ans et plus, quel que soit leur statut public, associatif ou privé à but lucratif, doivent respecter la réforme des EHPAD (loi du 24 janvier 1997, modifiée par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2003) ainsi que la réglementation applicable aux établissements médico-sociaux (loi de 2002 de rénovation de l'action sociale notamment). Les EHPAD sont des établissements médico-sociaux. Ces « maisons de retraite » peuvent accueillir des personnes dépendantes, parfois atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies dégénératives. L'EHPAD est autorisé à dispenser des soins aux assurés sociaux pour l'ensemble de sa capacité et doit conclure avec l'État et le Conseil Général une convention tripartite fixant, pour une durée de 5 ans, les objectifs de qualité de la prise en charge des résidents et ses moyens financiers de fonctionnement. Elles doivent alors justifier d'équipements adaptés et de personnels spécialisés, selon le nombre de places disponibles.

Les charges de fonctionnement et de personnel sont réparties entre les trois sections tarifaires : hébergement, dépendance et soins. Le tarif hébergement est à la charge du résident ou de sa famille, mais peut, sous conditions de ressources, bénéficier de certaines aides au logement. Ce tarif couvre toutes les dépenses relatives à l'hôtellerie, la pension complète, les frais de blanchissage du linge du résident et l'animation. Le tarif dépendance varie en fonction de la grille AGGIR. Ce prix de journée, est fixé, pour chaque établissement, selon les moyens définis dans la convention tripartite pour assurer la prise en charge des résidents. Il est financé par le Conseil Général, sous la forme d'une dotation globale versé à l'établissement, à l'exception d'une partie, qui reste toujours à la charge de la personne âgée et appelée par la plupart des règlements d'aide sociale départementale «le talon modérateur». Ce «talon modérateur», à la charge de la personne quel que soit son niveau de revenu, correspond au tarif dépendance des

personnes classées GIR 5 et 6 (personnes les moins dépendantes). La participation du résident comprend, en plus, si ses revenus excèdent 2,21 fois le montant de la majoration pour aide constante d'une tierce personne, un montant pouvant atteindre 80 % du tarif dépendance. Le tarif soins est pris en charge par l'assurance maladie et versée à l'établissement sous forme de dotation globale selon l'option tarifaire choisie. Certains dispositifs médicaux (lits médicalisés, fauteuils roulants...), dont la liste a été fixée par arrêté ministériel ont été intégrés dans le tarif soins des EHPAD, quelle que soit l'option choisie. Les médicaments sont inclus dans la dotation des établissements s'ils ont opté pour l'option pharmacie à usage intérieur.

La loi du 2 janvier 2002 détermine les principes d'accompagnement de la personne en situation d'exclusion, individualisant la prise en charge et instaurant une optimisation économique. La hausse du taux d'encadrement dans les institutions marque une bonne tendance qui ne s'est toutefois pas développée pleinement : les dépenses d'argent public se sont axées sur le médical au détriment du social, élément indispensable pour le bien-être des personnes âgées. L'âge moyen d'entrée en EHPAD est de 83 ans et la durée de vie moyenne y est passée de 2,5 ans en 2006 à 2,3 ans actuellement. Cela peut relever d'une optimisation des EHPAD pour les pathologies plus lourdes, mais également d'un accueil inadapté et insuffisant. L'animation est ainsi négligée : pour 90 personnes âgées, on ne trouve qu'au maximum 1,5 temps plein consacré à l'animation sur 50 employés en maison de retraite. Au moins deux animateurs à temps plein seraient pourtant nécessaires pour monter des projets et prendre en charge plus d'un groupe de personnes âgées.

Les besoins en personnel et en formation professionnelle sont importants : deux à trois maisons de retraites sont ouvertes chaque année et on peine toujours à y recruter. Ces emplois manquent de considération, les diplômes et les salaires y sont faibles, et 60 % des validations des acquis de l'expérience sont destinés à des auxiliaires de vie avec un taux de succès très bas.

Comme partout, les infirmiers sont impossibles à trouver. La situation est pire encore pour les services à domicile. Faute d'encadrement du personnel, le manque de qualification est d'autant plus gênant qu'il est impossible de repérer et de prouver une maltraitance. Cela accélère encore une fois l'entrée en institution, pesante pour la collectivité et souvent inadaptée à la personne âgée.

1-2

PROPOSITIONS POUR CHANGER LA PLACE DU VIEILLISSEMENT DANS NOTRE SOCIÉTÉ

DONNER LA PRIORITÉ À LA PRÉVENTION

On peut tenter de se projeter dans l'avenir en disant qu'une petite fille, qui naît aujourd'hui, a des chances sérieuses de vivre jusqu'à 90 ans et 40% de probabilité de développer une maladie d'Alzheimer.

C'est dans 90 ans. On peut espérer qu'au rythme de progression de la recherche dans le domaine des neurosciences, les moyens mis en œuvre pour la recherche dans le cadre du plan Alzheimer 2008-2012, et ceux qui suivront, auront amélioré la connaissance des mécanismes cellulaires et moléculaires de la maladie et ouvert la porte à la mise au point de bio-marqueurs pertinents et de nouveaux traitements pour les malades.

Mais c'est dès aujourd'hui qu'il faut mettre en place les dispositifs nécessaires pour reculer l'âge de l'entrée en dépendance. La priorité est à la prévention. Gagner des années sans incapacité passe essentiellement par le maintien des fonctions cognitives et motrices. Depuis quelques années, la promotion d'un « vieillissement réussi » témoigne des marges de manœuvre dont on dispose pour limiter les effets du vieillissement au niveau individuel. Des politiques de prévention peuvent contribuer à les ralentir. Pour être efficaces, elles doivent être transversales et globales. Elles nécessitent des actions mises en œuvre très en amont de la pathologie cardio-vasculaire ou neurologique. Elles demandent de la volonté politique et des changements importants dans notre mode de vie. C'est en luttant contre le tabagisme et l'obésité infantile, en traitant l'hypertension artérielle, que l'on va épargner les vaisseaux cérébraux et abaisser de 30% le risque de faire plus tard un accident vasculaire cérébral, mais aussi de 50% le risque de démence, deux causes majeures de dépendance chez le sujet âgé. La réduction du risque cardio-vasculaire repose sur des principes simples : maintenir une pression artérielle basse et un cholestérol bas, éviter l'excès de poids, la consommation de tabac ainsi que l'abus d'alcool. En somme une bonne hygiène de vie. Et les mêmes règles semblent retarder l'âge d'apparition de la maladie d'Alzheimer. Ainsi pour les personnes en surpoids, sédentaires et qui fument, le risque de dépendance survient cinq ans plus tôt que celles n'ayant pas ces facteurs de risque. De même, une activité physique régulière est le meilleur moyen de maintenir son capital osseux et ainsi d'éviter plus tard les fractures pathologiques. L'activité physique participe aussi au maintien de l'équilibre nutritionnel et améliore les capacités cognitives.

La prévention commence avec l'éducation. Nous manquons en France de culture de santé publique. Pour développer la prévention dans notre pays, il faudrait un véritable changement de mentalité, à la fois éducatif et médical. Il faut faire une place particulière à l'éducation à la santé dans tous les milieux de vie : particulièrement à l'école, à l'université, mais aussi dans les entreprises, afin d'atténuer les inégalités majeures que l'on observe en France entre les catégories socio-professionnelles. On peut penser qu'un programme de prévention en entreprise est plus à même de développer une véritable culture sanitaire dans le monde du travail. C'est l'avis de la Fondation nationale de gérontologie. Changer les comportements améliore le bien-être et l'efficacité du personnel et change l'image de l'entreprise. Il peut paraître souhaitable, à terme, de labelliser les entreprises : celles qui engagent des programmes de prévention en leur sein pourraient être labellisées « entreprise en bonne santé ».

Des approches nouvelles devraient permettre de dégager des actions spécifiques pour limiter la « fragilité » du sujet âgé tant en termes de prévention et de santé publique que de programmes de recherche fondamentale et clinique. Dans le domaine de la prévention, la recherche clinique est encore balbutiante. Nous manquons de grands essais de prévention du déclin fonctionnel (cognitif et physique). Seule une approche pluridisciplinaire de médecins, de biologistes, d'épidémiologistes et d'économistes permettra d'en évaluer l'impact, mais de telles études supposent une réelle prise de conscience par notre société de l'importance de ce que l'on peut appeler, comme pour la planète, le « développement durable de l'individu ». Il s'agirait de tester l'hypothèse qu'il est plus coûteux de considérer les dégradations du vieillissement comme inéluctables que de s'y opposer par des politiques actives de prévention.

Maintenir une activité pour conserver au mieux les fonctions cognitives représente probablement le moteur de longévité en bonne santé le plus puissant. Malheureusement, en France, les taux d'emploi des seniors sont inférieurs à ceux observés dans d'autres pays comme la Suède ou l'Allemagne. 7% des hommes et 4% des femmes sont au travail après 60 ans. Bien entendu l'âge ne veut rien dire et il faut prendre en compte la pénibilité des métiers et garder en mémoire les inégalités importantes qui existent entre les différentes catégories socio-professionnelles en termes d'espérance de vie en bonne santé. Mais il faut favoriser au-delà de la retraite le maintien des activités sociales (cumul emploi-retraite, bénévolat, accompagnement des jeunes, tutorat, humanitaire...) pour cette population des 60-69 ans, dont 98% a gardé toute son autonomie, et qui représente une richesse largement sous-utilisée par la société. Garder une activité sociale c'est aussi contribuer au maintien de l'estime de soi, unanimement reconnue pour stimuler l'activité mentale. Nous avons la chance en France de disposer d'un tissu associatif déjà très développé. Il est essentiel que les pouvoirs publics ne l'abandonnent pas.

ANTICIPER LA SURVENUE DE LA DÉPENDANCE

Divers moyens peuvent être mis en œuvre pour retarder la survenue de la dépendance. Ils relèvent de quatre grands types d'intervention que tout programme de santé publique doit nécessairement articuler : le dépistage, l'évaluation, l'intervention, le suivi. C'est dans l'organisation pour la population générale de cette séquence que résidera le succès d'une démarche d'anticipation et de prévention de la dépendance.

La mise en œuvre d'un tel programme repose prioritairement sur le médecin traitant qui doit en être le pivot. C'est lui qui pourra organiser, auprès de sa clientèle âgée, le dépistage systématique, et prendre, le cas échéant, les mesures appropriées d'évaluation, d'intervention et de suivi. De nouvelles modalités de rémunération devront être sérieusement expérimentées. Une rémunération au forfait par pathologie et/ou par capitation devrait être de nature à optimiser les missions de prévention et de vigilance, ainsi que la prise en charge de longue durée de ces personnes fragilisées. Un dispositif pourrait être mis en place, dans le cadre de la convention avec l'assurance maladie, pour inciter les médecins à assurer ce dépistage systématique. Les contrats d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI) ont été mal reçus par la profession médicale. Par contre il est tout à fait possible d'aborder cette transformation des pratiques individuelles en les associant à l'apport des pratiques collectives. Il existe maints endroits, en France ou dans d'autres pays (les maisons médicales belges par exemple), où des soignants mettent en commun leurs compétences pour justement offrir aux personnes malades des savoirs pluriels qui, par leurs interactions, permettent l'accompagnement des maladies chroniques au plus près des réalités vécues par la personne malade. Ces expérimentations peuvent concerner surtout les médecins généralistes, certains spécialistes et professionnels paramédicaux, exerçant prioritairement dans des cabinets de groupe, les centres de santé et les maisons de santé pluridisciplinaires.

Le paradoxe ici, c'est de penser que pour améliorer une pratique professionnelle individuelle il faut agir collectivement. Il faudrait pour cela que les politiques prennent un peu de distance par rapport aux pressions corporatistes et aux préoccupations électoralistes.

Le dépistage a pour objectif d'identifier, au sein de la population âgée, les personnes dites « fragiles » ou « pré-fragiles », vers lesquelles concentrer l'action. On estime à 15 % le taux des « fragiles » et à 25 % celui des « pré-fragiles » chez les personnes âgées de plus de 65 ans. Au sein de cette population, les pathologies liées au vieillissement

sont la norme mais, étant débutantes, elles peuvent bénéficier à plein d'une évaluation approfondie, d'une intervention adaptée et d'un suivi régulier. La généralisation à l'ensemble de la population de la consultation gériatrique à l'âge de 70 ans permettrait d'anticiper l'éventuelle survenue d'une dépendance. Elle devra comporter un bilan de santé et un examen des comportements physiologiques et psychologiques, permettant ainsi d'établir une évaluation médico-sociale de la situation de chacun et de définir un plan d'accompagnement personnalisé. Il est souhaitable que le médecin traitant reste le pivot de cette organisation, car c'est lui qui est le plus à même de détecter les personnes fragiles, les évaluer et d'en assurer le suivi. Il pourrait être aidé par la mise en place de plateformes d'investigation, soit en milieu hospitalier, soit dans les maisons de santé pluridisciplinaires dont nous appelons de nos vœux le développement en milieu rural. Ces dernières pourraient comporter des lits d'hébergement de jour.

L'évaluation du degré de dépendance repose sur les critères de la grille nationale AGGIR, basée essentiellement sur des variables dites discriminantes, qui n'intègrent pas les facteurs liés à l'environnement familial, social, culturel et économique. En réalité la fragilité liée à l'âge est par nature multidimensionnelle et doit intégrer, outre les facteurs physiologiques et fonctionnels, des facteurs répondant à la trajectoire de vie, psychologiques et environnementaux, y compris les facteurs économiques liés aux ressources financières de chacun. Il existe une marge d'amélioration de la grille de lecture actuelle, mais on perdrait probablement plus en cohérence qu'on gagnerait en pertinence, si on la changeait maintenant. Par contre, on constate d'importantes inégalités à la fois interrégionales et interindividuelles dans l'application de la grille AGGIR. C'est à cela qu'il faudrait remédier par une formation plus rigoureuse des évaluateurs. Ce point mériterait d'être pris en compte dans la formation de ce que l'on appelle maintenant les « coordonnateurs ». Un autre point concerne l'insuffisance des montants de l'APA pour couvrir aujourd'hui l'ensemble des frais, singulièrement pour les personnes placées en établissement. D'après l'IGAS, le reste à charge peut aller jusqu'à 2 200 euros pour une personne en établissement, aides comprises. Le montant qui, en fonction des ressources, se situe entre 530 et 1 235 euros (soit une moyenne de 494 euros par mois), devra être substantiellement majoré, notamment pour les GIR 1 et 2, qui représentent les pertes d'autonomie les plus lourdes. On pourrait aussi répartir l'enveloppe autrement et réserver l'allocation « dépendance » aux GIR 1, 2 et 3, le GIR 4 étant considéré comme les GIR 5 et 6, c'est-à-dire des GIR « prévention », relevant d'autres mécanismes d'aide.

L'objectif est de se donner les moyens d'une politique proactive afin de reculer tant que faire se peut l'âge d'entrée dans la dépendance. Cela pourrait se faire à un coût modeste et pour un bénéfice majeur tant en termes de santé publique qu'en termes d'économie de la santé. La prise en charge des pathologies et de la dépendance, une fois installées,

s'avère en effet autrement plus coûteuse. Cela demande toutefois une volonté politique forte, capable de bousculer un système trop centré sur le curatif. C'est sur sa capacité à rééquilibrer les efforts vers la prévention de la perte d'autonomie que l'utilité du débat engagé par le gouvernement pourra être jugée. Les efforts des pouvoirs publics doivent d'abord porter sur les sujets âgés les plus fragiles qui présentent un risque élevé de dépendance. C'est dans un meilleur accompagnement des personnes âgées en amont de la dépendance, en élaborant avec elles les meilleures stratégies de compensation de leurs déficits fonctionnels, une prise en charge précoce des manifestations somatiques, nutritionnelles et sensorielles qui en découlent, que l'on sera le plus efficace. Il faudrait, comme dans les pays de culture anglophone, privilégier le terme de « soins de longue durée » (long term care) au concept de dépendance. Les pistes sont connues : faire évoluer l'ensemble de notre système de soins trop axé sur le curatif et pas assez sur le préventif, renforcer la coordination entre les principaux acteurs de la prise en charge sanitaire et médico-sociale, accélérer les délégations de charges entre professionnels soignants pour le suivi des états chroniques dont le traitement est bien codifié. Nous serions probablement gagnant-gagnant tant en termes de qualité de vie que de coût pour les contribuables en diminuant les charges induites par certaines pathologies chroniques.

OPTIMISER LA FILIÈRE GÉRIATRIQUE

La filière gériatrie doit être optimisée de manière à ce que la personne âgée, en fonction de ses possibilités, puisse rester le plus longtemps possible à domicile. C'est un vecteur de mieux-être et une source d'économie évitant le placement prématuré dans un dispositif trop lourd. Le maintien à domicile peut être ainsi mis à mal du fait de la trop grande diversité des intervenants, pas toujours au fait de la problématique des personnes, ou des amplitudes horaires parfois importantes des professionnels. La coordination des interventions à domicile apparaît ici primordiale. La compréhension des dispositifs d'aide à domicile semble souvent difficile pour les personnes âgées et leur famille, du fait de la multiplicité des intervenants et des modes d'intervention possibles. La désignation d'un interlocuteur unique pour l'information de la personne âgée dépendante et de sa famille est à encourager.

Le développement des structures de répit devrait permettre de garantir le plus longtemps possible un libre choix entre domicile et établissement d'hébergement, en proposant aux aidants des solutions souples, proches de leurs besoins, pour des temps de répit qui sont aussi des temps de soins et d'évaluation pour la personne malade et son entourage. Le plan Alzheimer prévoit dès 2008 une forte accélération des créations de places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire.

En établissement, le problème se pose avec moins d'acuité. En revanche, les personnes âgées peuvent également connaître des horaires d'intervention des professionnels qui ne correspondent pas à leur rythme. L'avantage, souligné par tous, de l'accueil en établissement réside dans la sécurité qu'il apporte. De plus, après la délicate période « d'acceptation/adaptation » de ce mode de vie, succèdent souvent de bonnes relations avec les aidants professionnels, une fois la confiance gagnée, la parole libérée... Il faudra privilégier dans l'avenir les plateformes combinant différentes formules d'accueil et d'hébergement temporaires afin d'offrir aux aidants des formules nouvelles, plus souples, adaptées à leurs besoins. L'utilisation de ces dispositifs sera évaluée, tout comme leur intérêt médico-économique ainsi que les obstacles, par exemple juridiques, à lever pour leur réalisation. Dans l'ensemble, au lieu de multiplier le nombre des EHPAD, il faudrait privilégier des dispositifs innovants, de petite taille, offrant sur une même plateforme logement et services.

Les foyers de logement ne représentent actuellement que 15% des dispositifs : 150 000 places en foyers de logement pour 600 000 places en EHPAD. Les dispositifs en place sont en effet en inadéquation par rapport à la pyramide des âges : les personnes âgées non dépendantes, mais ayant besoin d'un suivi, ne bénéficient pas de services adaptés, faute de places suffisantes en foyers de logement. Les foyers de logements sont en effet inintéressants pour les prestataires : les opérateurs privés préfèrent développer les résidences de luxe tandis que les associatifs ne veulent pas se trouver confrontés au problème de l'installation progressive de la dépendance chez une personne âgée placée dans une résidence où l'accompagnement est faible pour qui il sera difficile de trouver une place en EHPAD. Un examen des parcs de logements sociaux adaptés aux personnes âgées doit être fait, afin de déterminer les besoins. Un problème juridique se pose : les logements sociaux ne peuvent être spécialisés en fonction de l'âge. Cela n'empêche toutefois pas de les adapter en termes logistiques. Les sociétés HLM devraient contribuer à la création de places pour ces populations, intermédiaires entre le domicile initial et l'EHPAD. Une préconisation à coût faible serait alors d'étoffer les institutions au niveau territorial.

L'échelon régional est le mieux approprié pour une vue optimale de la situation du territoire. Les petites communes ont en effet tendance à s'imiter les unes les autres et à ne pas suffisamment prendre en compte le besoin d'efficience. Le niveau territorial doit être significatif pour une meilleure coordination dans l'offre de services. Il faudra définir le bon niveau : territoire de santé, canton, communauté de communes... Une simplification s'imposera un jour dans le mille-feuille administratif des différents territoires.

ACCOMPAGNER

L'accompagnement des personnes âgées tout au long de leur parcours de vie nécessite l'optimisation dans tous les territoires de santé du guichet unique pour permettre aux personnes âgées et à leurs familles de s'informer et de s'orienter dans la jungle des services proposés. Les comités de liaison, d'information et de coordination ou CLIC représentent une réponse pertinente. Il faut accélérer leur mise en œuvre dans tous les territoires de santé et veiller à l'offre de services disponible. Les CLIC arrivent à leur deuxième génération mais ne sont pas encore optimisés. Ils restent insuffisants en nombre et peu connus. Le nombre des CLIC actuellement installés est de l'ordre de 550, couvrant 60% de la population, le plus souvent à l'initiative des associations ou des centres d'action sociale. Un sur trois bénéficie de la présence d'un personnel de santé, deux sur trois d'une assistante sociale.

Une attention particulière sera accordée à la formation des « coordonnateurs » prévus dans le plan Alzheimer 2008-2012, sur la base des expériences étrangères de « case management ». Véritable chef d'orchestre, il est l'interlocuteur direct du médecin traitant, et accompagne le parcours de vie de la personne âgée. Sa mission doit s'exercer dans le champ sanitaire et social : évaluation et élaboration d'un projet individualisé, lien avec les différents intervenants. Elle requiert un niveau de compétences techniques et organisationnelles spécifiques délivré par des formations universitaires en cours d'évaluation à Paris, Lille ou Marseille. En termes de formation initiale, il peut s'agir d'infirmières ou de travailleurs sociaux. Une nouvelle profession de prescripteurs socio-médicaux devrait être créée, dont le rôle serait de conduire un diagnostic dépassant le cadre médical. Une personne âgée cherchant à être orientée a en effet difficilement accès à des médecins formés à une prise en charge de la dépendance à la fois technico-médicale et psycho-sociale. Ces professionnels évalueraient le rôle social de la personne âgée et joueraient le rôle de conseillers d'orientation médico-sociale, ce qui requiert beaucoup de connaissances.

L'aide aux aidants doit être développée et le tissu social renforcé. Les familles se trouvent trop souvent démunies face à des personnes âgées présentant des signes de dépendance. Ces familles doivent être formées, informées, bénéficier d'une palette de séjours de répit adaptés à leurs besoins, de services d'accompagnement ou de veille nocturne, de soutien psychologique et d'aides de nuit sur internet.

La conciliation entre activité professionnelle et présence auprès de la personne âgée étant souvent difficile à organiser, une autre piste pourrait être de développer au profit

des aidants, sur le modèle des crèches d'entreprise, des foyers d'entreprise, systèmes de prise en charge de jour des aînés organisés selon le même principe. Permettant aux aidants de s'investir plus aisément durant leurs heures de travail et répondant à un besoin voué à s'accroître dans les années à venir, cette initiative profiterait tant aux aidants déchargés d'un poids, aux personnes âgées qui trouveraient là un lieu sécurisé et animé correspondant à leurs attentes et à celles de leur famille et aux entreprises qui en profiteraient en termes économiques et communicationnels.

Une allocation accordée aux aidants, responsabilisant la famille, pourrait être créée. Pour plus de souplesse et pour sécuriser les transferts, la possibilité de financer le transport des personnes dépendantes vers les accueils de jour pourrait être envisagée. Cette mesure répond à une attente très forte des familles. La reconnaissance d'un statut juridique et de droits sociaux pour les aidants pourrait être utile. Dans l'ensemble, l'aide aux aidants est au cœur du dispositif.

Un conseil de la vie et de la famille devrait orienter la personne âgée pour les prochaines étapes de sa vie, dans le cadre d'une réflexion associant la famille, les proches et l'institution. Une continuité est en effet nécessaire : une institution plus empathique devrait faire davantage appel à la famille, laquelle devrait être plus professionnalisée.

1-3 **ADAPTER L'ENVIRONNEMENT : LE LOGEMENT DU GRAND ÂGE – UN ENJEU NÉGLIGÉ** FAVORISER LE MAINTIEN À DOMICILE

En 2009, selon les données de la Direction de la Recherche, des Études, de l'évaluation et des Statistiques et du projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2009, les surcoûts pour les comptes publics d'une admission en maison de retraite s'élève à 1 800 euros par mois, hors soin, et la part des personnes âgées ne cesse de croître. Une solution alternative, qui de surcroît répond aux souhaits de la population concernée, est indispensable.

Selon de nombreuses études et enquêtes menées par Ipsos, Opinion Way et Giesbert & ass., 90 % des Français souhaitent vivre le plus longtemps possible chez eux. On observe déjà dans les pays d'Europe du Nord une tendance à l'abandon du modèle institutionnel de prise en charge hospitalière en faveur d'un maintien des seniors à domicile.

Si l'on postule que des travaux de réhabilitation d'un logement ont un coût de 10 000 euros, l'intervention de l'Agence Nationale de l'Habitat du Parc Privé (ANAH) s'élevant au maximum à 70 %, soit 8 000 euros, le coût est nul pour l'État dès lors que le maintien à domicile dépasse les quatre ans, sachant que l'aide de l'ANAH est en moyenne inférieure à 3 000 euros, ce qui rend le retour sur investissement bien plus rapide pour l'État.

Le rapport *Seniors et Cité* du Comité économique, social et environnemental, publié en 2009, rappelle le grand rôle que joue le logement dans les différences observées en termes d'espérance de vie : les personnes âgées doivent conserver le plus longtemps possible leur autonomie et pour cela avoir la possibilité d'adapter leur logement à leurs nouveaux besoins ou d'emménager ailleurs, suivant leur choix.

ADAPTER LES LOGEMENTS AUX BESOINS

Une meilleure adaptation des logements est impérative. C'est ainsi que l'on pourra faire baisser d'un cran l'angoisse ressentie par la personne âgée et les aidants. On y gagne en qualité de vie.

Chez les plus de 65 ans, les accidents de la vie courante sont constitués pour 80 % par des chutes, dans 62 % des cas à domicile. La Commission de Sécurité des Consommateurs relève que dans de nombreux cas, une sécurisation du domicile par un réaménagement serait suffisante pour éviter ces risques.

Une meilleure prise en compte de ces besoins passerait par un désenclavement de la politique ciblée sur l'âge, laquelle n'associe pas assez les acteurs de l'habitat et ceux du médico-social, suivant le modèle anglais issu du rapport « *Lifetime Homes, Lifetime Neighbourhoods* » qui considère l'amélioration du logement comme essentielle à la prévention du vieillissement.

Selon les Comptes provisoires du logement, seuls 300 à 400 000 logements neufs sont construits chaque année sur un parc existant de 32 millions de logements. En 2006, seulement 25 % des logements ont moins de 25 ans, les personnes âgées sont majoritairement propriétaires, près de 75 % des ménages retraités ont emménagé dans leur logement depuis au moins 12 ans et sont donc peu mobiles. Bien que la construction de logements adaptés aux besoins spécifiques des personnes âgées soit nécessaire, la réhabilitation des logements existants est donc primordiale.

Selon le rapport Boulmier, la fluidité des déplacements entre les trois espaces de vie -privé (logement), collectif (immeuble) et public (voirie)– doit être prise en compte dans la mise en place d'une politique de construction de logements pouvant être adaptés aux personnes âgées.

Il convient donc dans un premier temps d'identifier les environnements favorables au maintien d'une vie sociale pour la personne âgée : présence de commerces de proximité et de transports accessibles. Les centres-bourgs et les quartiers urbains paraissent donc les mieux adaptés.

L'une des solutions serait d'augmenter le nombre d'étages des immeubles déjà existants dans les zones ne permettant pas de nouvelles constructions : le coût de ces travaux et leur possibilité technique selon le type d'immeubles concernés devront être évalués, notamment dans le cas des immeubles de type haussmannien.

Une consultation, en amont, des spécialistes – ergothérapeutes, gérontologues, etc. –, et des personnes âgées elles-mêmes, représente un gage d'efficacité. Ces nouveaux logements doivent pouvoir satisfaire les besoins du plus grand nombre de seniors, et donc s'adapter à leur hétérogénéité. Ils doivent bien évidemment être accessibles : permettre une circulation aisée dans le logement, ce qui suppose un aménagement comprenant des portes larges, des pièces d'unité de plain-pied, etc., suivant les dispositions de la loi Boutin de 2005 pour toutes les habitations privatives, en gardant à l'esprit que handicap et vieillissement donnent lieu à des besoins différents.

La construction de ces logements ne représente pas un avantage pour les seules personnes âgées, mais apporte un confort d'usage supplémentaire à un public bien plus large : toute personne bénéficie des avantages de ces aménagements. La démarche du design pour tous née dans les pays scandinaves et apparue aux États-Unis en 1991 sous le nom de « *Universal design* » reste peu développée en France. Elle « *vise à concevoir, à développer et à mettre sur le marché des produits, des services, des systèmes ou des environnements courants, qui soient accessibles et utilisables par le plus large éventail possible d'utilisateurs,* » selon la définition communautaire. Son développement permettrait une moindre stigmatisation des seniors.

La construction de ces logements doit prendre en compte l'évolution des besoins de l'occupant qui y vieillira et l'installation éventuelle d'une personne plus jeune après le départ de la personne âgée. Les aménagements spécifiques doivent donc être réversibles à moindre frais et évolutifs : installation de cloisons mobiles, de pré-câblages, etc.

L'enjeu essentiel réside dans la réhabilitation des logements existants. Il s'agit alors non pas de s'adapter au plus grand nombre mais de répondre aux besoins spécifiques d'une personne âgée.

DE MULTIPLES POINTS DE BLOCAGE AUX SOLUTIONS SIMPLES

Dans le parc privé, ce sont les propriétaires occupants qui effectuent les travaux d'adaptation, sachant que 75 % des personnes âgées sont propriétaires. Dans ce cas, l'accord des copropriétaires peut faire obstacle à la transformation des espaces partagés.

Les bailleurs sociaux ont une politique très active d'adaptation de l'habitat et des logements aux locataires qui vieillissent dans leur parc : le suivi des locataires est efficace, un Plan Stratégique du Patrimoine élaboré tous les cinq ans définit et planifie les interventions techniques, et l'Agence Nationale de Rénovation Urbaine s'attache à adapter ses logements aux personnes âgées.

Les situations dans le parc locatif privé sont bien plus diverses et ne peuvent être mesurées qu'à travers le financement accordé par l'« ANAH sociale », lequel reste très faible. Les crédits confiés à l'Agence Nationale pour l'Amélioration de l'Habitat permettant de doter d'équipements de base le parc privé et les Primes à l'amélioration des logements à utilisation locative et à occupation sociale servant à financer la réhabilitation du parc HLM demeurent insuffisants : la priorité, à tort, a été donné au logement neuf.

Les travaux de réhabilitation ne sont pas toujours possibles : les contraintes sont parfois telles qu'une adaptation du logement est irréalisable.

Dans certains cas, de lourds travaux sont inutiles : quelques modifications du logement suffisent et sont tout à fait abordables financièrement. Installer des systèmes de protection d'ouverture des portes et des fenêtres, mettre en place des aides-mémoires externes, installer un balisage lumineux, éliminer d'éventuels obstacles au déplacement de la personne âgée, placer des veilleuses entre le lit et les toilettes, installer des monte-escaliers, des rampes d'accès, un service de téléalarme et des détecteurs de chute,... en sont alors les principales « recettes ».

Un diagnostic doit donc être préalablement établi afin d'évaluer les risques que comporte le logement et de déterminer la meilleure solution possible pour répondre aux besoins de l'occupant : il sera nécessaire de procéder à un examen soigneux des lieux, pièce par pièce afin de définir un plan personnalisé d'aménagement.

Une sensibilisation, à l'aide de brochures de visites d'appartements-témoins, aux risques liés à un logement inadapté doit se développer, mais pourrait rester insuffisante si elle ne se conjugue pas avec la mise en place d'une évaluation systématique du logement à partir d'un certain âge ou dans certains cas bien précis tels que le retour d'une hospitalisation.

C'est ensuite un accompagnement des seniors qui doit être proposé tout au long de l'adaptation de leur logement : un référent pourrait assurer la coordination des démarches et notamment la communication avec les personnes âgées lors des travaux.

D'autre part, la formation des professionnels doit être adaptée aux spécificités de ces travaux : les chantiers se déroulent la plupart du temps sur site occupé, pouvant exposer les personnes âgées à des risques accrus. Certains aménagements requièrent l'intervention d'artisans spécialisés. Les départements ont déjà commencé à se mobiliser autour d'une démarche de labellisation, attestant des compétences des artisans pour apporter des solutions techniques adaptées aux besoins des personnes âgées. Cette démarche associe les pouvoirs publics, l'ensemble du secteur associatif et les professionnels de la mobilité. Pour la Confédération de l'Artisanat et des Petites Entreprises du Bâtiment, il s'agit de développer chez les artisans une culture du « réflexe accessibilité » favorisant l'anticipation et proposant des solutions techniques adaptées à un coût acceptable. C'est ainsi que la CAPEB de l'Eure a créé le label qualité HANDIBAT, dédié aux artisans du bâtiment volontaires qui souhaitent valoriser leurs compétences en matières de travaux et de prestations liés à l'accessibilité. Toute entreprise ayant suivi une formation validée par le CAPEB et qui s'engage à respecter la charte HANDIBAT peut, si elle le demande, se voir attribuer le label par une commission départementale indépendante. Elle doit pour cela mettre en place une démarche de qualité de service au bénéfice des personnes âgées ou handicapées et à mobilité réduite, réaliser des travaux en considération des besoins du client et actualiser en continu ses compétences et ses connaissances dans le domaine de l'accessibilité du bâti. Ces travaux représentent un marché de proximité prometteur qui gagnerait en visibilité grâce à la labellisation.

Afin de faciliter les travaux de réhabilitation dans les espaces communs des parcs privés soumis à l'accord des copropriétaires, plusieurs actions sont possibles. Selon l'Union Nationale des Associations des Responsables de Co-propriétés, la prise en compte de ces problèmes passe par une amélioration et une accélération des systèmes d'échanges au sein des copropriétés et une mutualisation des demandes par le biais de plateformes informatiques dans chaque immeuble permettant aux copropriétaires de connaître les transformations possibles et les contraintes techniques.

La situation est moins complexe dans le parc social, les bailleurs étant facilement interpellés par les représentants de l'État et s'étant dotés d'outils d'évaluation, d'intervention et de compétences internes qui mériteraient d'inspirer plus souvent le parc privé. Il s'agit de l'identification des ensembles immobiliers favorables à l'accueil des personnes âgées, de la classification des logements dans une base patrimoniale en fonction de leur accessibilité et de la définition d'objectifs d'amélioration des logements et des parties communes à partir d'un référentiel de travaux. Certaines initiatives développent déjà une telle démarche, notamment pour les personnes handicapées. C'est le cas du site Internet ADALOGIS, créé en 2005 autour du concept de « bourse aux logements » par la Fédération des PACT (Acteurs de proximité des personnes âgées), qui répertorie dans seize départements l'offre de logements adaptés aux personnes à mobilité réduite et permet, grâce à un moteur de recherche, de rapprocher l'offre et la demande sur un territoire donné. Il est dans chaque département le fruit d'une collaboration entre associations, représentations des personnes handicapées, des bailleurs sociaux privés et des institutions oeuvrant dans le domaine du logement. Le portail Internet IMMADÉA, lancé par la société NETISSAGE a visé quant à lui à mettre en valeur les logements existants adaptés aux personnes âgées : tout particulier pouvait y déposer une annonce ou une demande de logement adapté, les logements étant évalués à l'aide d'un formulaire de plus de cent critères d'accessibilité et d'adaptabilité et associés à des pictogrammes en fonction des handicaps qu'ils permettent de compenser.

COMPENSER LE MANQUE D'ACCÈS DES PERSONNES ÂGÉES AU CRÉDIT PAR DES AIDES PUBLIQUES

Le rapport de la Fondation Abbé Pierre paru en 2009 sur le mal logement met en évidence que 84 % des ménages dont les revenus sont inférieurs au seuil de pauvreté sont propriétaires de leur logement : certes, 74 % des retraités sont propriétaires, mais la propriété ne peut être considérée comme un rempart contre la pauvreté. Ainsi, 600 000 personnes âgées vivent avec une allocation de solidarité de 628 euros mensuels, ce qui les situe sous le seuil de pauvreté. La situation économique des personnes âgées constitue alors un grand frein aux possibilités de réhabilitation de leur logement. On observe une hausse du taux d'effort lié au logement à partir de l'âge de la retraite, plus significatif chez les locataires de plus de 60 ans, dont les revenus baissent alors que les dépenses liées au logement stagnent.

Se posent alors les questions de l'utilisation de leur patrimoine immobilier par les personnes âgées et du financement des travaux d'amélioration de leur logement. Le logement est en effet à la fois un bien de consommation et un bien patrimonial qui pourrait

constituer lui-même une solution de financement grâce à des dispositifs tels que l'habitat intergénérationnel ou le prêt viager hypothécaire. Les personnes âgées doivent aussi faire face aux difficultés d'accès à des produits financiers : les banques sont réticentes à prêter aux seniors et augmentent le coût du crédit quand elles le font. Le micro-crédit pourrait permettre aux seniors les plus modestes de financer le coût résiduel des travaux d'adaptation pour rester à domicile.

Les aides publiques deviennent alors essentielles et il importe de mieux informer les familles sur leur existence : les collectivités territoriales peuvent initier la création d'un fonds spécial pour financer l'adaptation de l'habitat, tout en organisant des partenariats avec la sécurité sociale branche vieillesse, les banques, les dispositifs de microcrédits, les caisses de retraites, grâce à des outils tels que les Programmes d'Intérêt Général, les Maîtrises d'œuvres urbaines et sociales, etc.

LE PARI DE L'INNOVATION : HABITAT INTERGÉNÉRATIONNEL, HABITAT PARTAGÉ ET NOUVELLES TECHNOLOGIES

Offrant une réponse au problème de financement de l'aménagement du logement et permettant de lutter contre l'isolement des personnes âgées, l'habitat intergénérationnel doit être examiné. Cette solution aurait l'avantage de bénéficier également aux jeunes qui doivent faire face au problème du logement en ville, près des centres universitaires ou de formation et dans les zones de pépinières d'entreprises.

L'habitat partagé, proposé essentiellement par des associations dans les centres urbains, consiste en un partage du coût d'un logement entre deux occupants de générations différentes qui cohabitent. S'inspirant de l'habitat Kangourou québécois et belge, le Président de la Commission Cadre de Vie de l'Union Nationale des Associations Familiales propose un aménagement des maisons individuelles réservant le rez-de-chaussée aux habitants âgés et l'étage à un jeune ménage. Il reste cependant à financer les coûts des travaux de transformation du premier étage en logement autonome, évalués entre 20 et 50 000 euros, nécessitant un prêt bonifié par l'État accordé à la personne âgée sans conditions de ressources. Concernant les zones rurales, le Président de la Fédération Nationale des Familles Rurales encourage la mise en place de ce dispositif dont profiteraient les apprentis et les jeunes en formation ou étudiant en milieu rural. Cela suppose un partenariat entre les acteurs du terrain, la Mutualité sociale agricole, Familles rurales et centres de formation, la Chambre d'Agriculture, de Métiers, de Commerce et d'Industrie, l'Education nationale et les élus.

L'habitat aménagé se rapproche du principe de l'habitat partagé mais fait cohabiter

personnes âgées et jeunes dans des logements séparés au sein d'une même résidence.

Enfin, souvent isolées et peu enclines à faire elles-mêmes appel à des prestataires de services à domicile, les personnes âgées se retrouvent dans des situations de désolation sociale et d'incapacité à faire face seules aux menues difficultés du quotidien.

Des services résidentiels spécifiques intégrés dans l'offre globale d'habitat sont de plus en plus souvent mis à disposition des locataires âgés par les bailleurs sociaux. Il s'agit tant de services de soins et de veille que d'animation, l'idée étant de créer autour de l'habitat de la personne âgée un environnement sécurisé favorisant le lien social et le maintien d'une activité.

Plusieurs partenariats se développent également entre les bailleurs ou constructeurs et les organismes offrant des services d'accompagnement aux seniors, en-dehors de l'offre globale d'habitat, sur demande de la personne âgée. Il s'agit alors simplement d'une mise en relation effectuée par les bailleurs entre les personnes âgées et les partenaires locaux tels que l'Association régionale de l'aide à la personne. Ces initiatives favorisant localement le développement et l'innovation de ce secteur d'aide à la personne méritent d'être encouragées.

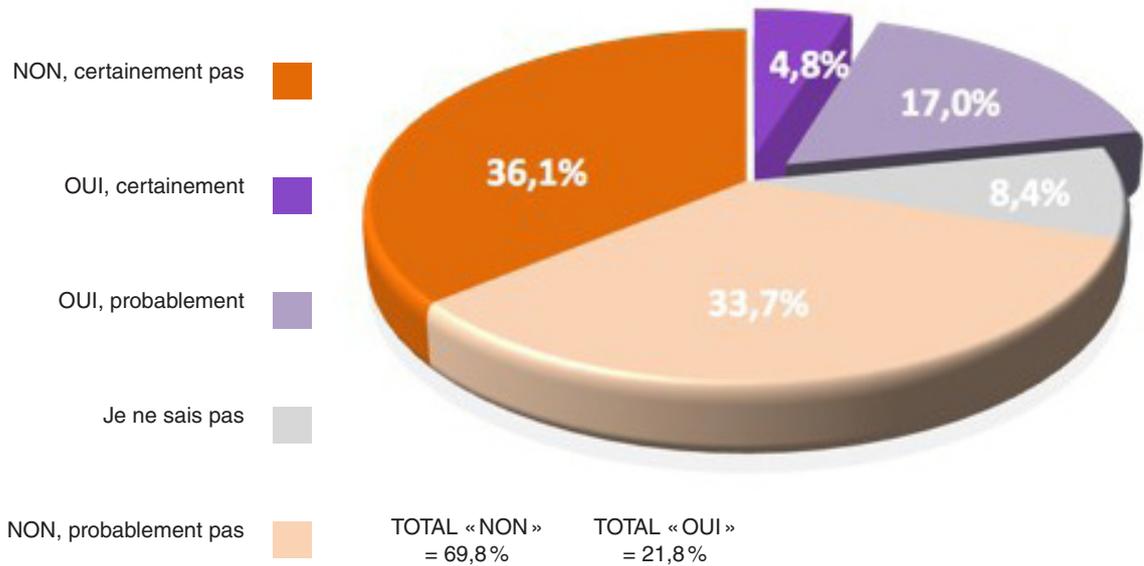
Si la présence humaine restera toujours incontournable à travers les services de soins à domicile, la prévention de la dépendance sur les lieux de vie bénéficiera de plus en plus de l'usage du numérique. Nous savons, qu'avec l'évolution démographique et les bouleversements que connaît la famille, nous assisterons à une baisse progressive du nombre des aidants « naturels ». L'amélioration de l'autonomie, l'éducation à la santé, la sécurisation des personnes à domicile, nécessitera le développement de nouveaux outils et des ressources nécessaires. Ce volet s'inscrit parmi les investissements d'avenir (ex-Grand emprunt) et les appels à projets ont été lancés. Ils seront gérés par le fonds pour la société numérique (FSN). La gérontechnologie ou gérontotechnologie est une discipline qui s'est fixé comme objectif de répondre aux besoins des personnes âgées les plus vulnérables et les plus fragiles dans différents domaines : santé, sécurité, mobilité, communication. Elle imagine et met en œuvre de nouvelles technologies conçues sur une approche croisée et multidisciplinaire entre la gérontologie qui étudie le vieillissement, et les différentes techniques et services appliqués aux besoins de la vie quotidienne. Ces technologies peuvent faire appel notamment à l'usage de micro-capteurs et aux techniques de télémédecine. Mais le coût est encore élevé posant la question de la solvabilité des bénéficiaires et de la responsabilité des pouvoirs publics.

Adapter l'environnement urbain et péri-urbain.

Et l'environnement urbain et péri-urbain ? Quels moyens mettre en œuvre pour répondre aux besoins spécifiques de mobilité et maintenir la qualité de vie de cette nouvelle génération de séniors, plus urbaine et plus exigeante dans les conditions qui lui sont offertes d'utilisation de la voiture et des transports collectifs ? Vu les opinions couramment exprimées sur les risques d'accidents et les problèmes de circulation, il est donc indispensable qu'une réflexion soit engagée quant à l'urbanisation et aux équipements. Les enquêtes « ménages-déplacements », effectuées dans quinze villes depuis 1995, renseignent sur les déplacements quotidiens d'une population de plus de 65 ans. Par ailleurs, la revue de littérature française et étrangère sur cette question, complète cette analyse et amène à dégager des perspectives d'évolution des besoins de mobilité du troisième âge.

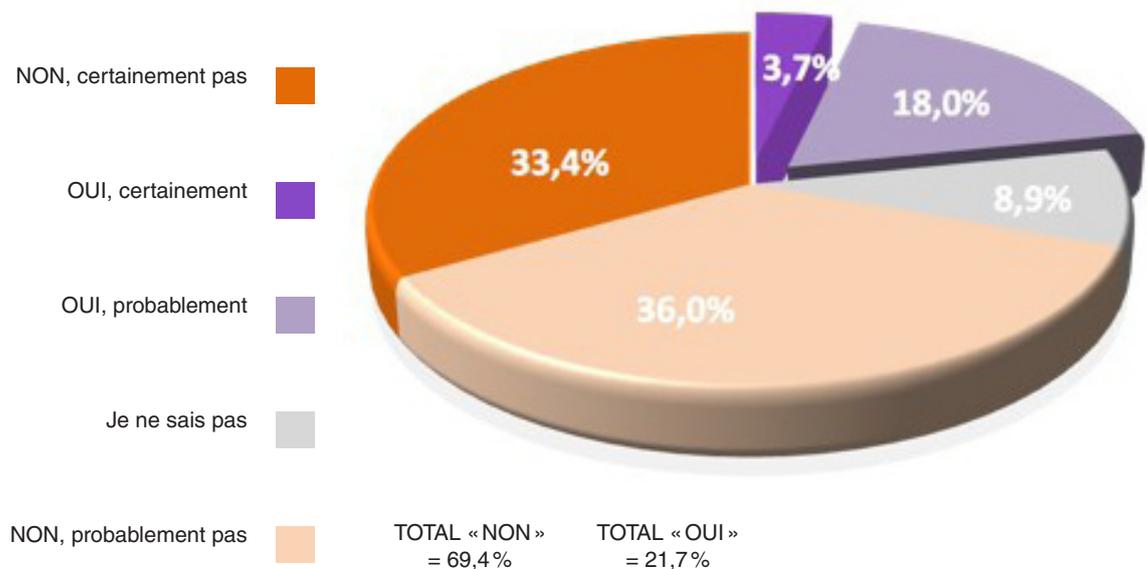
7

Pensez-vous auriez les moyens financiers de faire face à une perte d'autonomie définitive, pour un membre de votre famille (Grand-parent, parent, conjoint, enfant...)?



8

Pensez-vous auriez, pour vous-même, les moyens financiers de faire face à une perte d'autonomie définitive ?



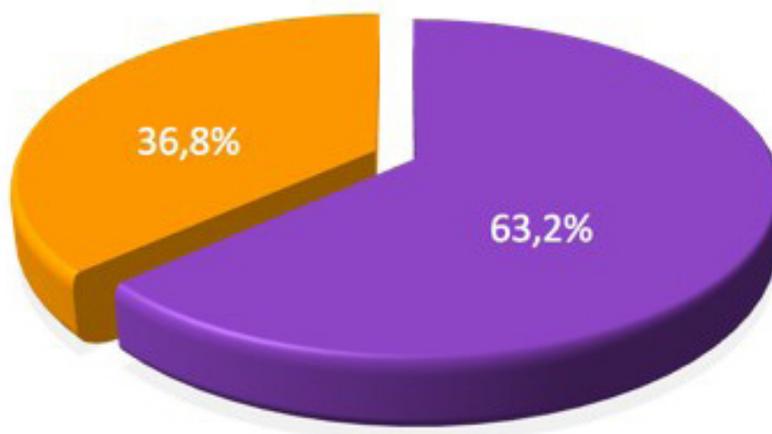
Sondage

9

Laquelle de ces deux propositions est la plus proche, ou la moins éloignée, de votre propre opinion concernant le financement de la dépendance ?

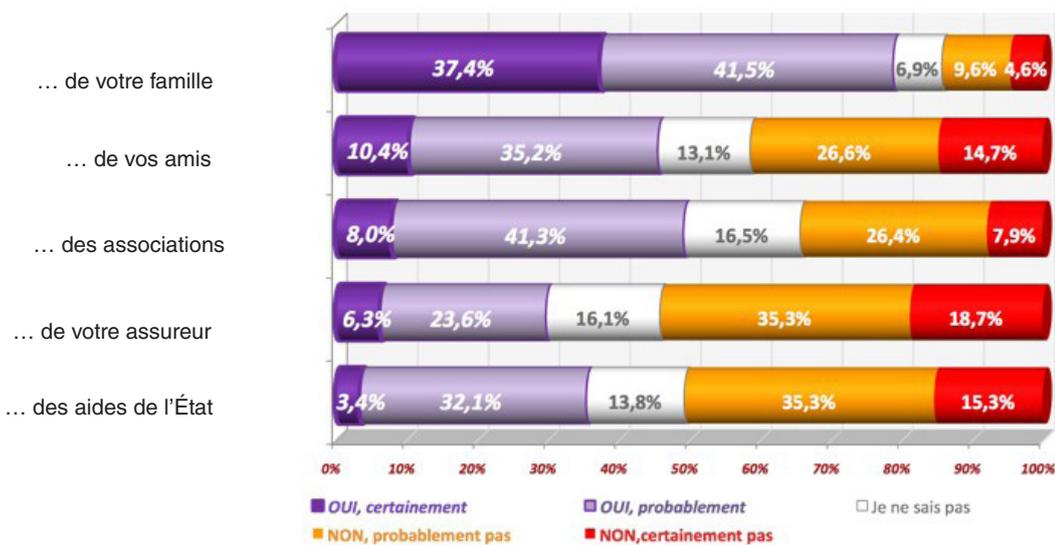
Il y a d'abord un DEVOIR DE SOLIDARITE NATIONALE. ■
 Quitte à créer un impôt adapté, ce n'est pas aux familles de supporter le coût de la dépendance de leurs proches

Il y a d'abord un DEVOIR DE SOLIDARITE FAMILIALE. ■
 Si leurs ressources le permettent (revenus, immobilier, épargne...), il est normal que les familles aident financièrement à la prise en charge de leurs proches en situation de dépendance.



10

Dans le cas où vous seriez confronté à d'importants problèmes de dépendance, pour vous-même ou vos proches, avez-vous le sentiment que vous pourriez compter sur le soutien...





2

L'enjeu de la dépendance Aspects financiers

2-1

L'AUGMENTATION DU BESOIN DE FINANCEMENT EST INÉVITABLE

Selon le rapport Gallez¹ de 2005, parmi les personnes atteintes de maladies dégénératives en France métropolitaine :

- 89.5 % étaient âgées de plus de 75 ans,
- 73.4 % étaient âgées de 80 ans et plus.

Selon l'enquête Handicap-Santé réalisée par l'INSEE et la DREES en 2008² :

- 13.7 % des personnes âgées de 60 à 79 ans et 25 % des personnes âgées de 80 ans ou plus sont touchées par des pertes modérées d'autonomie,
- 3.3 % des personnes âgées de 60 à 79 ans et 13.7 % des personnes âgées de 80 ans ou plus sont concernées par la dépendance.

1 — Cécile GALLEZ, La maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées, Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé, n° 2454, 6 juillet 2005.

2 — DREES, Études et Résultats, n° 718, février 2010.

Selon les Tableaux de l'économie française établis par l'INSEE en 2010, la France comptait en 2010 62.8 millions d'habitants dont 22.9% de personnes âgées de plus de 65 ans et 8.8% de personnes âgées de 75 ans ou plus. Dès 2020, dans 9 ans, ce nombre s'élèverait à 65 millions dont 26.2% de plus de 60 ans et 9.1% de plus de 75 ans.

De fait, quand bien même la prévalence de la dépendance serait stable au sein de la population âgée de plus de 60 ans, son accroissement significatif dans les dix prochaines années à la fois en valeur absolue et en part relative rend prévisible une augmentation du besoin de financement de la prise en charge de la dépendance.

Cela étant, compte tenu de la progression de l'espérance de vie sans handicap, la DREES a estimé que la progression du nombre de personnes âgées dépendantes, au sens de l'allocation personnalisée d'autonomie, s'inscrirait dans une fourchette de 21.2 à 28.5% entre 2000 et 2020.³

2-2

LE BESOIN DE FINANCEMENT ANNUEL EST ÉVALUÉ À 8 MILLIARDS D'EUROS DANS UN CONTEXTE DE FINANCES PUBLIQUES EN CRISE

Au fil des entretiens ayant servi de matériau à la présente étude, un consensus émerge pour évaluer le besoin de financement supplémentaire annuel à 8 milliards d'euros, afin de passer d'un volume global de 24 à 32 milliards d'euros. Ce besoin de financement s'inscrit dans un contexte de crise des finances publiques en général et du financement de la protection sociale en particulier.

Quelques chiffres-clés permettent de rendre compte de la situation :

- Le déficit de la Sécurité sociale s'est établi à 23.9 milliards d'euros en 2010, soit approximativement 1% du produit intérieur brut (PIB) français.
- La dette sociale reprise par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) est de l'ordre de 140 milliards d'euros, soit approximativement 7% du PIB.
- Le déficit public s'est établi à 7% du PIB fin 2010.
- La dette publique est estimée à 81.7% du PIB fin 2010.

3 — Hélène GISSEROT, Perspectives financières de la dépendance des personnes âgées à l'horizon 2025, Rapport au Ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, 2007.

À tierces dépenses constantes, l'option d'un financement public est donc exclue, sauf à choisir d'augmenter la pression fiscale dans le cadre de la solidarité nationale ou d'augmenter le niveau des cotisations dans le cadre de la création d'une nouvelle branche de la protection sociale.

2-3 **CLARIFIER LE PÉRIMÈTRE DES DÉPENSES DE DÉPENDANCE ET L'AMPLEUR DE LA PRISE EN CHARGE**

Il est difficile de tracer une ligne claire entre ce qui relève du financement des retraites, du handicap, et plus spécifiquement de la dépendance. Par ailleurs, au sein même des dépenses de dépendance, la ligne de démarcation est tout aussi difficile à établir entre les dépenses contraintes indispensables à l'utilisateur, les dépenses censément de confort mais qui relèvent en fait du minimum exigible de dignité humaine, et les dépenses de confort au sens le plus strict.

Au-delà du consensus autour d'un besoin de financement annuel de 8 milliards d'euros, une réforme portant sur la prise en charge de la dépendance ne saurait donc faire l'économie de l'adoption de définitions qui fassent consensus. Un tel effort de clarification devra faire l'objet d'une négociation spécifique, rassemblant au niveau national l'ensemble des acteurs concernés.

En tout état de causes, ne sauraient faire l'objet d'un financement dédié au sens de la présente étude que les dépenses contraintes indispensables à l'utilisateur, d'une part, et les dépenses censément de confort mais qui relèvent en fait du minimum exigible de dignité humaine, d'autre part.

2-4 **LES MODALITÉS DE FINANCEMENT ENVISAGÉES DANS LE DÉBAT PUBLIC : ASSURANCE INDIVIDUELLE FACULTATIVE OU OBLIGATOIRE, IMPÔT, ET PRÉLÈVEMENT SPÉCIFIQUE SUR LES ASSUREURS**

Le financement par une assurance privée facultative équivaut au choix du statu quo.

Le financement par une assurance privée obligatoire est sans surprise l'option à laquelle les Français sont les plus défavorables. Cette piste a pour avantage qu'elle serait par définition autofinancée. Elle pose cependant un problème d'équité, dans la mesure où la qualité de la prise en charge potentielle y est croissante avec le prix de l'assurance contractée, ce qui défavorise les plus pauvres. En outre, les pistes pour résoudre ce problème, à savoir la réglementation de la qualité des produits d'assurance ou la réglementation des prix, lui substitueraient un nouveau problème, respectivement la sélection draconienne des clients à l'entrée et la carence d'offre.

Le financement par l'impôt a l'avantage d'être le dispositif le plus équitable, à la condition que le prélèvement augmenté ou créé soit progressif, ce que n'est pas la contribution sociale généralisée (CSG). Cette piste pose le problème du taux de prélèvements obligatoires de la France qui, à plus de 42 %, est déjà l'un des plus élevés d'Europe.

Le financement partiel par un prélèvement sur les bénéfices des assureurs afin de financer l'assurance des plus pauvres, logiquement couplé à une assurance privée obligatoire, a l'avantage d'être un dispositif autofinancé en plus d'ouvrir des prestations de qualité aux plus démunis. Cependant, à y regarder de plus près, ce dispositif aurait pour conséquence prévisible une augmentation des prix des produits d'assurance ou la dégradation de la qualité de la prise en charge potentielle. Là encore, résoudre ce problème en réglementant la qualité ou les prix lui en substituerait un nouveau, respectivement la sélection draconienne des clients à l'entrée et la carence d'offre.

Les sondages dont les principaux médias se sont faits l'écho montrent sans surprise une forte corrélation entre la catégorie socioprofessionnelle des sondés et l'orientation qui a leur préférence. Par exemple, la préférence pour une assurance individuelle facultative croît avec le niveau de vie du sondé, tandis que la préférence pour un financement par l'impôt en est une fonction décroissante.

2-5

REFUSER LA CRÉATION D'UNE NOUVELLE BRANCHE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE DU FAIT DE L'INEFFICIENCE, DE L'INCOHÉRENCE ET DE L'ILLISIBILITÉ DE SON SYSTÈME DE FINANCEMENT

Dans le cadre du financement de la prise en charge de la dépendance, une piste envisagée est la création d'une nouvelle branche de la Sécurité sociale. Il existe donc un risque réel d'ajouter l'illisibilité à l'illisibilité, et la complexité de gestion à la complexité de gestion. La Sécurité sociale pâtit en effet, du fait de strates de réformes sédimentées au fil des décennies, d'un système de financement extraordinairement complexe que des

ajustements successifs ont rendu progressivement illisible.

Sans aller jusqu'à une revue exhaustive, quelques exemples suffisent à rendre compte de ce problème :

- Le système de financement multiplie les micro-prélèvements affectés, sans qu'une logique autre que celle de « trouver de l'argent quelque part » y préside. Pour ne prendre qu'un exemple, une part du surcroît de taxe sur la valeur ajoutée (TVA) sur les paquets de cigarettes financent le régime de sécurité sociale de la mutualité sociale agricole (MSA).
- Le système de financement additionne les cotisations sociales et des prélèvements obligatoires dédiés au premier rang desquels la CSG. La Sécurité sociale n'est donc ni un système d'assurance assis sur des cotisations, ni un système de solidarité nationale assis sur l'impôt, mais bien un système dont la logique sous-jacente n'est plus définissable.
- Les cotisations sociales financent à la fois la Sécurité sociale et l'assurance-chômage, sans toutefois que la seconde soit intégrée à la première.
- Alors que l'assurance-maladie et la branche famille relèvent indiscutablement de la solidarité nationale, le système de financement en place les fait partiellement relever d'une logique assurantielle assise sur les cotisations sociales. Réciproquement, alors que la branche ATMP et les retraites relèvent indiscutablement de l'assurance, le système de financement en place les fait partiellement relever d'une logique de solidarité nationale.
- Bien que le principe de solidarité entre caisses de la Sécurité sociale rende inopérant le concept de déficit d'une de ses branches et ne rende appréhendable que le déficit de l'ensemble, les mesures de gestion, en particulier de réduction des coûts, restent appréhendées branche par branche.

Si la création d'une nouvelle branche consacrée à la dépendance ne s'accompagne pas d'un mouvement résolu de simplification du système de financement de la Sécurité sociale, il est donc prévisible qu'une telle mise en place se traduira par un accroissement de l'illisibilité et du manque de cohérence de ce dernier. Au-delà de la simple rigueur formaliste et du souci d'efficience, l'enjeu est d'effectuer des choix politiques extrêmement clairs entre ce qui relève de l'assurance et ce qui relève de l'impôt.

A système de financement constant de la Sécurité sociale, l'approche retenue ici est donc de refuser d'ajouter la complexité à la complexité, et donc d'exclure la création d'une nouvelle branche.

2-6

LES ACTEURS EN PRÉSENCE ET LEURS POSITIONNEMENTS

Les positions des acteurs en présence quant à la prise en charge du financement de la dépendance sont résumées par le tableau ci-après :

| | Épargne | Prévoyance | Complémentaires |
|--|---|---|---|
| Acteurs | Banques, Assurances | Instituts de prévoyance, mutuelles, assurances | Instituts de prévoyance, mutuelles. |
| Accessibilité selon santé | Toujours | - Pas au delà d'un certain âge/état - Dossiers non instruits après 40 ans | - Pas au delà d'un certain âge/état - Les dossiers peuvent être instruits au delà de 50 ans |
| Accessibilité financière | Exige un niveau de ressources suffisant pour épargner | - Exige un niveau de ressources suffisant - Aidé par le mécanisme collectif en entreprise | - Exige un niveau de ressources suffisant - Aidé par le mécanisme collectif en entreprise - Aide à la Mutuelle par État |
| Mécanisme de solidarité | - Aucun car aucune mutualisation - Argent épargné réinvesti par prestataires | Mutualisation possible entre cotisants selon acteurs | Mutualisation inter-cotisants |
| Pertinence du produit | Pas de lien spécifique entre produit et risque assuré | La dépendance n'intervient pas forcément (1/7 à 1/4 des PA), elle est bien comparable à un «accident» | Lien fort entre complémentaire santé et complémentaire dépendance via la prévention |
| Réactivité du dispositif | Lent (n'offre pas de réponse aujourd'hui à ceux qui n'ont pas épargné) | Lent (n'offre pas de réponse aujourd'hui à ceux qui n'ont pas cotisé) | Transition plus rapide (âge limite d'inscription plus élevé) |
| Réticences financières éventuelles de l'État ou de l'Entreprise | Aucun impact donc favorable | - Modérée de l'État et forte des entreprises - Alourdissement possible du coût du travail | - Forte du MEDEF (coût du travail) - Forte de l'État (devrait payer pour les fonctionnaires) |
| Mécanisme de souscription | Individuel | Collectif / Individuel | Collectif / Individuel |
| Contributeur financier | Individu seulement | Individu + Organisation | Individu + Organisation |

2-7 **CRÉER UN NOUVEAU DISPOSITIF DE SOLIDARITÉ NATIONALE COMPLÉTÉ PAR UN DISPOSITIF D'ASSURANCE PRIVÉE OBLIGATOIRE**

Des arguments simples permettent d'opérer un tri entre les options envisagées dans le débat public :

- Le financement de la prise en charge de la dépendance par une assurance privée facultative revenant au choix du statu quo, cette piste ne saurait être retenue.
- Le financement par les cotisations sociales ne se justifie pas. En effet, ces dernières relèvent d'une logique d'assurance au sein de la population active.
- Le financement par l'assurance privée obligatoire se justifie, y compris en termes d'équité, dès lors qu'il ne s'applique qu'à partir d'un certain niveau de revenus annuels, en dessous duquel joue la solidarité nationale.

Réciproquement, le financement par la solidarité nationale se justifie dès lors qu'il ne s'applique qu'en dessous d'un certain niveau de revenus annuels.

Le système de financement qui doit être privilégié combine donc un étage de financement public et un étage de financement privé.

Cependant, se limiter au tracé d'une stricte frontière entre financement privé et financement public reviendrait à créer un considérable effet de seuil, générateur d'une double injustice :

- dès lors que son revenu est supérieur au seuil, l'individu qui en est proche est appelé à financer lui-même son risque de dépendance au même titre que l'individu le plus fortuné ;
- dès lors que son revenu est inférieur au seuil, l'individu qui en est proche est pris en charge par la solidarité nationale au même titre que l'individu le plus défavorisé.

Il s'avère donc nécessaire, dans un souci d'équité, d'adopter un taux de financement par la solidarité nationale qui soit progressif par tranches, et inversement proportionnel au revenu.

Reste à déterminer si, à partir d'une certaine tranche parmi les revenus les plus élevés, le financement par la solidarité nationale serait nul. Au regard de la marge de manœuvre laissée par l'ampleur de la source de financement mobilisée (cf proposition n°4), l'existence d'un versement de solidarité nationale, même minime, atteignant les plus hautes catégories de revenu, est possible.

2-8

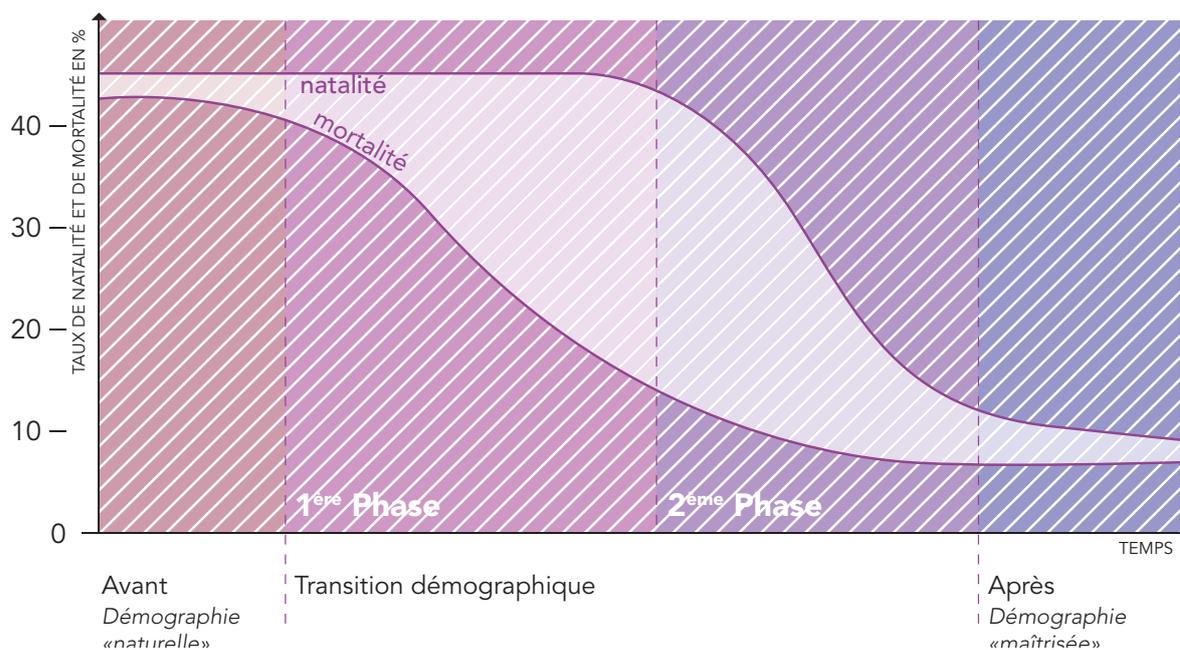
FINANCER LE DISPOSITIF DE SOLIDARITÉ NATIONALE PAR LE PRÉLÈVEMENT À LA SOURCE DE L'IMPÔT SUR LE REVENU ET L'ATTÉNUATION DE LA NICHE FISCALE SUR PLUS-VALUES DE CESSION DE TITRES DES ENTREPRISES

Une mesure de solidarité nationale financée par un impôt proportionnel ignore une donnée simple : l'équité fiscale n'est pas l'égalité de proportion prélevée sur le contribuable, mais bien l'égalité de « souffrance » devant cet impôt, de sorte que l'augmentation de la CSG, impôt proportionnel, pour financer cette mesure ne serait pas équitable.

A fiscalité constante, le financement grâce à l'impôt progressif par excellence, l'impôt sur le revenu, est donc à privilégier. Dans la mesure où la solidarité nationale ne jouerait qu'en dessous d'un certain seuil de revenus, et uniquement pour les cas où l'état de dépendance adviendrait, le montant requis serait faible. Cela étant, il est préférable, la pression fiscale étant déjà élevée en France, de ne pas recourir à une augmentation de l'impôt sur le revenu.

Une première piste de financement sans recourir à une telle augmentation est d'augmenter le taux de recouvrement de ce dernier en passant au système de retenue à la source, et d'affecter le produit de cette progression au financement du dispositif de financement public de la prise en charge de la dépendance. Pour mémoire, l'impôt sur le revenu rapportant environ 50 milliards d'euros par an, 1 point supplémentaire de taux de recouvrement rapporterait 0.5 milliard d'euros. Elle est cependant insuffisante.

Une seconde piste de financement, toujours sans recourir à une telle augmentation, est d'affecter la suppression d'une niche fiscale au financement du dispositif de financement public de la prise en charge de la dépendance. Il s'agit en l'occurrence de la taxation à taux réduit des plus-values de cession de titres des entreprises, qui représente un manque à gagner de 20 milliards d'euros par an pour les finances publiques. Cette suppression représentant plus de 2.5 fois le besoin total de financement annuel déjà évoqué, et ce besoin étant partiellement pris en charge par l'assurance privée obligatoire, un simple atténuation de la niche serait suffisant.



3

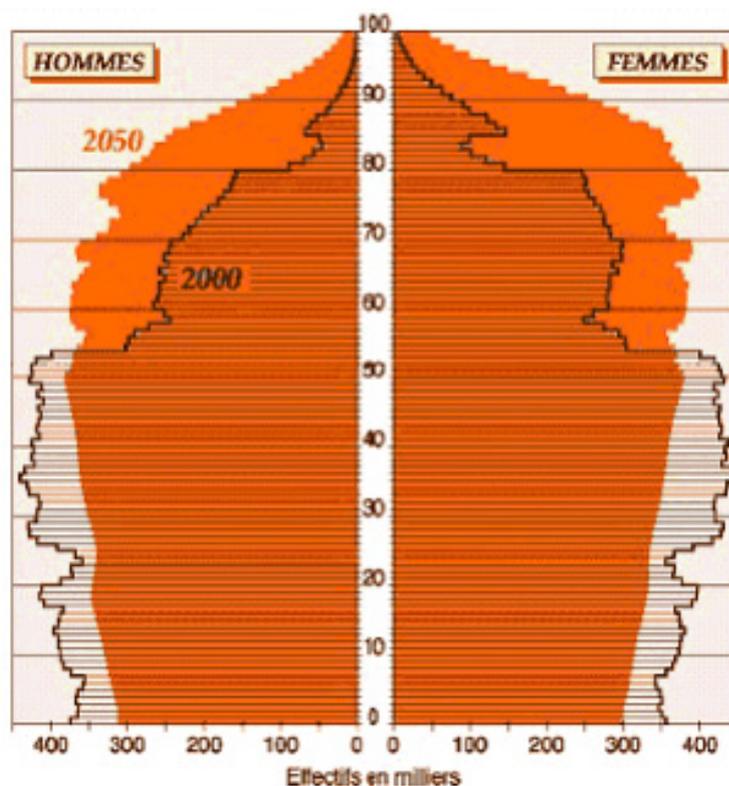
L'enjeu de l'immigration Une réponse au vieillissement

3-1

TRANSITION DÉMOGRAPHIQUE, PYRAMIDE DES ÂGES ET HOMO SENECTUS

La théorie de la transition démographique distingue trois grandes étapes dans les bouleversements contemporains des populations. Dans un premier temps, la baisse rapide de la mortalité infantile sous l'effet conjugué du progrès médical, de l'accroissement des conditions de confort, et d'une meilleure alimentation, entraîne une augmentation de la population. Dans un deuxième temps, l'évolution des mentalités dans un sens plus individualiste, l'émancipation des femmes et la généralisation des méthodes contraceptives conduisent à une baisse de la natalité. Dans un troisième temps, la combinaison des générations de la baisse de mortalité et de celles de la baisse de natalité entraîne un

vieillessement de l'ensemble de la population, qui par la suite se stabilise peu ou prou du fait d'un taux de natalité de 2 enfants par femme. Cette transition a été accomplie, ou est en cours, sur l'ensemble de la surface de la planète, y compris sur le continent africain. L'outil le plus célèbre pour visualiser le vieillissement de la population est la pyramide des âges. En France, cette pyramide se déforme dans le sens d'une colonne : en d'autres termes, notre population vieillit.



Source : Sénat, Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007

Ce phénomène n'est pas particulier à notre pays. Il est la conséquence mécanique de l'aboutissement de la transition démographique auquel s'ajoute la poursuite du progrès médical. Il caractérise l'entrée progressive de l'humanité dans un nouvel âge, décrit par la recherche canadienne comme celui de l'*Homo senectus*⁴. L'exemple le plus abouti est celui du Japon qui, selon l'ONU, comptera 38% d'habitants de 65 ans ou plus d'ici 2050. Loin d'être un cas extrême, cette situation ne fait cependant que préfigurer l'évolution de l'ensemble des pays du monde.

4

Richard LEFRANÇOIS, Les nouvelles frontières de l'âge, Social Science, 2004, chapitre

3-2 LE RAPPORT DE DÉPENDANCE TOTALE : LA FRANCE A BESOIN D'IMMIGRÉS

En démographie, le rapport de dépendance totale mesure, en bonne logique, l'écart entre la part de la population qui est en mesure d'exercer une activité et celle qui ne l'est pas. Il est donc calculé en rapportant le nombre des jeunes (enfants, adolescents) et des personnes âgées à la population adulte en âge de travailler. Cet outil a le mérite de souligner qu'avant de parvenir à l'âge adulte, les enfants représentent une charge inactive tout autant, voire davantage, que les personnes âgées. Le nombre de personnes âgées et leur part relative dans la population totale s'accroissant, le levier principal qui doit être mobilisé pour rétablir un rapport de dépendance totale soutenable n'est donc pas, contrairement à une idée reçue, la natalité. C'est en effet d'une augmentation immédiate de sa population active que la France a besoin. Or par définition, le caractère immédiat d'une telle augmentation suppose un appel accru à l'immigration.

Il convient d'insister sur le fait que la population active n'est pas, en démographie, la population exerçant une activité, mais bien la population en mesure d'exercer une activité. Elle inclut donc les chômeurs. Il va de soi qu'en pratique, un actif n'exerçant pas d'activité ne participe pas au rétablissement d'un rapport de dépendance totale soutenable. Pour autant, l'argument du chômage préexistant des Français contre l'appel accru à l'immigration n'est pas recevable, d'un simple point de vue logique. En effet, la définition du nombre d'actifs nécessaires pour rétablir un rapport de dépendance totale soutenable et l'enjeu du plein-emploi sont deux questions distinctes, sauf à supposer que l'économie serait constituée de toute éternité d'un nombre fixe et limité d'emplois.

En d'autres termes, si le plein-emploi est indiscutablement un enjeu majeur, il n'en demeure pas moins qu'en plus de cet objectif, la France a besoin d'immigrés pour pouvoir viser un rapport de dépendance totale soutenable. En 2000, l'ONU établissait ainsi ce besoin à 25 millions d'immigrés supplémentaires d'ici 2025, alors que le solde migratoire actuel est de l'ordre de 100 000 personnes par an, soit à peine 10% de l'effectif nécessaire.

3-3

QUELQUES INFORMATIONS PEU CONNUES SUR L'IMMIGRATION EN FRANCE

Le solde migratoire annuel de la France est l'un des plus faibles de l'Union européenne. La part de l'immigration dans la population française était au début du XXe siècle du même ordre qu'aujourd'hui. La moyenne annuelle des entrées sur le territoire dans l'entre-deux-guerres était supérieure d'un tiers à celle d'aujourd'hui. La part des immigrés dans la population en Espagne est le double de celle de la France. Le ressenti d'une vague croissante ne peut donc s'expliquer que par la concentration de l'immigration sur certains territoires, 20 % des immigrés vivant actuellement en zone urbaine sensible.⁵

Selon l'INSEE, un solde migratoire de 150 000 personnes par an engendrerait 1 million d'actifs supplémentaires d'ici 2040.

Selon l'INSEE et l'INED, les migrants subsahariens ont en moyenne un niveau d'instruction supérieur aux personnes vivant en France métropolitaine, 40 % d'entre eux étant diplômés du supérieur.⁶

Les immigrés originaires du Maghreb et du reste de l'Afrique sont respectivement 1.6 et 1.7 fois plus nombreux que la moyenne à bénéficier de l'assurance-chômage. Ils sont en outre 3.8 et 3.9 fois plus nombreux à bénéficier du RMI-RSA. Cependant, ils ne sont pas favorisés pour autant par rapport aux nationaux. En effet, les immigrés étant proportionnellement peu nombreux parmi les plus de 60 ans, premiers bénéficiaires de la protection sociale, leur part dans les comptes sociaux reste mineure malgré un taux de chômage fort. En outre, du point de vue du budget de l'État, parce qu'ils comptent proportionnellement davantage d'individus actifs, les immigrés rapportent davantage aux finances publiques qu'ils ne leur coûtent, soit un solde positif de 12 milliards d'euros annuels. De fait, sans l'immigration, le besoin de financement de la protection sociale augmenterait d'un volume équivalent à 2 % du PIB.⁷

5 — Les Echos, 26 avril 2011.

6 — INSEE-INED, Trajectoire et origine, 2010.

7 — Xavier CHOJNICKI, Cécily DEFOORT, Carine DRAPIER et Lionel RAGOT, Migrations et protection sociale : étude sur les liens et les impacts de court et long terme, 2010.

11

Pensez-vous auriez les moyens financiers de faire face à une perte d'autonomie définitive, pour un membre de votre famille (Grand-parent, parent, conjoint, enfant...) ?

Favoriser le développement des services à la personne (ménage, courses, portage de repas...) afin de permettre le plus longtemps possible le maintien à domicile.



Favoriser le développement des technologies d'assistance, des outils et équipements de la maison, pour permettre le plus longtemps possible le maintien à domicile des personnes dépendantes.



Développer les assurances dépendances individuelles permettant à chacun de s'assurer contre les frais d'une éventuelle dépendance.



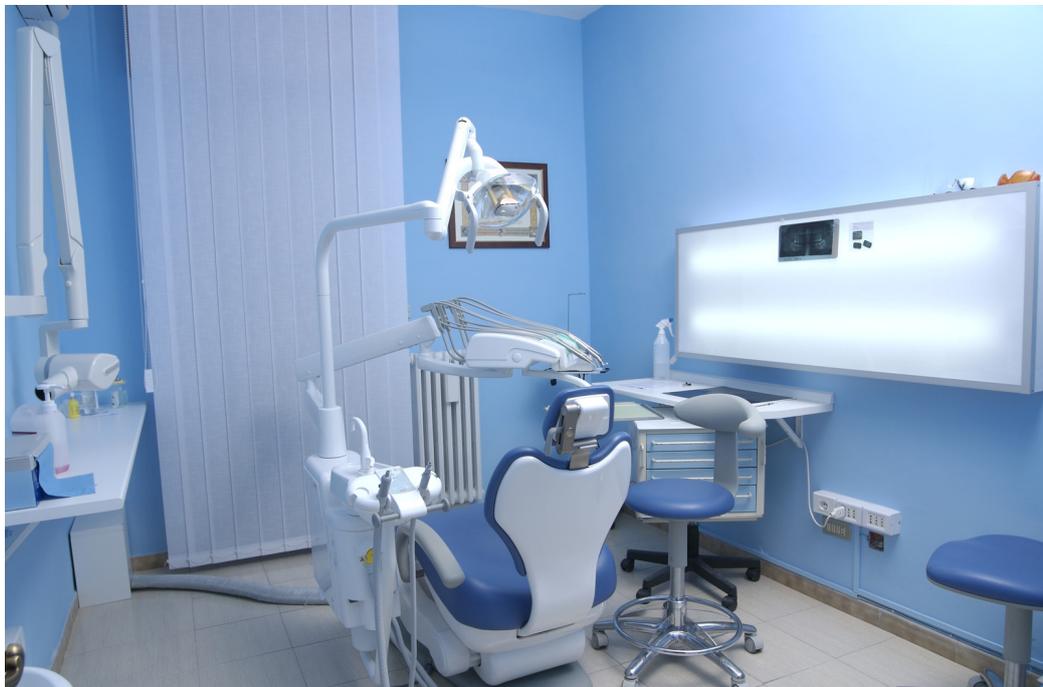
Un impôt de solidarité pour aider les personnes dépendantes les plus démunies



0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80%

■ *Choix prioritaire*

■ **Choix secondaires**



4

Les géronto-technologies Un enjeu d'avenir

Nous pouvons raisonnablement anticiper dans l'usage des technologies numériques un potentiel formidable d'amélioration de la qualité de l'environnement de vie des personnes âgées, de gains d'efficacité pour la prise en charge des personnes dépendantes, et ce faisant, une source importante de limitation des coûts.

Schématiquement, les champs d'application des géronto-technologies sont :

- le suivi de la personne âgée,
- l'assistance physique et cognitive,
- l'organisation de l'environnement des intervenants médicaux et des aidants.

4-1

LES GÉRONTO-TECHNOLOGIES : L'ATOUT-MAÎTRE DE LA PRÉVENTION

Il est aujourd'hui établi que l'évolution des maladies peut être largement contenue par de simples mesures de prévention. Ainsi, pour des maladies chroniques, parmi les plus fréquentes, et touchant préférentiellement les personnes âgées, l'intérêt du suivi, servant de guide à l'adaptation du comportement du patient et de sa thérapeutique, est largement reconnu.

Les géronto-technologies peuvent devenir le bras moteur du développement d'une culture de la prévention, laquelle gagnerait à marquer et à orienter davantage nos politiques de santé aussi bien que le comportement de nos concitoyens

FACILITER LE SUIVI ET L'ENCADREMENT DES MALADES

De nombreuses entreprises développent aujourd'hui des appareillages de télé-médecine afin d'assurer le suivi à distance des personnes atteintes de maladies chroniques.

Le monitoring à distance de différents paramètres vitaux est alors l'occasion de suivre l'état de santé d'un patient sans présence médicale spécifique. Ceci est un élément crucial pour les personnes âgées, puisque cet accompagnement retarde d'autant l'entrée dans un processus de dépendance. On parle alors de prévention primaire.

De plus, un des problèmes importants auxquels les hôpitaux sont régulièrement confrontés réside dans l'aval des soins, à savoir l'organisation de la sortie de l'hôpital. En mettant à la disposition des équipes de soins la possibilité de suivre en temps réel les différents paramètres cliniques, on assure l'orientation davantage vers le domicile que vers des institutions de prise en charge des personnes âgées, les soulageant de la pression d'une demande que l'on sait croissante et à laquelle ils ne sont plus en mesure de répondre faute de dispositifs d'accueil suffisants. En sus, les ré-hospitalisations consécutives à des complications liées aux soins se font dans des conditions de nécessité clinique, offrant alors à l'hôpital de voir revenir des patients qui méritent réellement des soins. L'hôpital reçoit alors et traite les patients les plus sérieux : on parle alors de prévention secondaire.

LES POSSIBILITÉS DE PRÉVENTION DE CHUTE

La Haute Autorité de Santé estime aujourd'hui que 30% des personnes âgées de plus de 65 ans font un total de 7 millions de chutes. D'apparence banale, une chute peut être

un authentique traumatisme, tant sur le plan organique que sur le plan psychologique, pouvant être ressenti comme une perte de ses capacités et signer alors l'entrée dans un processus inéluctable de vieillissement accéléré, avec la dépendance comme conséquence naturel.

Au plan médical, les chutes qui « atteignent » une personne âgée peuvent avoir pour conséquence grave les traumatismes crâniens et de façon fréquente la fracture du col du fémur. D'évolution banale pour la personne de moins de 65 ans, elle peut provoquer chez le sujet plus âgé une cascade d'événements réduisant considérablement l'espérance de vie. Ainsi, entre 10 et 20% de la population âgée ayant subi une fracture du col décède dans l'année qui suit la chute. Ce pronostic est aggravé pour les personnes âgées vivant seules, puisque 50% des personnes ayant subi une chute et resté au sol plus d'une heure décéderont dans les 6 mois suivant la chute. Le simple coût des soins et de la réadaptation de la chute est estimé à 2,5 milliards d'euros annuels !

L'usage des géronto-technologies peut considérablement améliorer la prévention de ces événements. Différentes solutions sont aujourd'hui disponibles sur le marché : on trouve ainsi des dispositifs de revêtement au sol détectant précisément la chute ou des ceintures disposant d'un accéléromètre, qui détectent les chutes et activent alors un système d'alerte. Ceci peut être mis à la disposition de personnes âgées vivant seules, permettant ainsi l'intervention au plus tôt d'équipes médicalisées.

Indiquons que ces dispositifs seraient sans doute utiles aux EHPAD, avec les mêmes avantages de qualité de prise en charge lorsque l'intervention médicale survient dans des délais courts et permettraient aussi une répartition des tâches plus efficaces pour les personnels de santé, dans un contexte de démographie des professions de santé on ne peut plus tendu.

L'EXEMPLE DE LA TÉLÉGESTION DU DIABÈTE

Du fait de l'évolution de nos habitudes alimentaires, le diabète s'est imposé comme une des maladies majeures de notre société et dont l'évolution du coût de la prise en charge semble difficile à enrayer. Or, il est établi que les mesures de prévention sont d'une efficacité certaine sur la maladie. Ce poids croissant pour les caisses impécunieuses d'Assurance Maladie peut être sensiblement allégé par un usage pertinent de technologies aujourd'hui disponibles. Le groupe suédois Doro a développé un système de télécommunications par mobile permettant de surveiller son diabète. Les chiffres du contrôle glycémique quotidien ou pluri-quotidien obtenus sont alors transmis à des équipes qui se chargent d'intervenir

en cas d'incidents. Sur ces mobiles simplifiés, le groupe DORO a mis en place une application permettant de gérer en temps réel un pillulier numérique, le patient étant averti en cas d'oubli de prises de médicaments.

L'EXEMPLE DE LA MALADIE D'ALZHEIMER

Au delà de 80 ans, les démences représentent 50% des cas de perte d'autonomie. On estime aujourd'hui à 850.000 le nombre de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et à 225.000 le nombre de nouveaux cas annuel. A cette cadence, les projections à l'horizon 2020 prévoient un nombre de français atteints de l'ordre de 1,3 millions.

Au côté d'une recherche très active visant la mise au point d'une thérapeutique efficace, la stimulation cognitive est aujourd'hui un des aspects premiers de la lutte contre l'évolution de la maladie d'Alzheimer. Ainsi, Nintendo a développé une gamme de jeu spécifiquement dédiée au travail de la mémoire, sur un mode ludique. Une très large gamme d'aide-mémoires vocaux est aujourd'hui accessible.

Par ailleurs, afin de prévenir des situations potentiellement dangereuses pour la personne atteinte ainsi que son environnement, sont fabriqués des détecteurs de gaz coupant automatiquement l'alimentation de la gazinière en cas d'émanation suspecte. Aussi, ont été développées des solutions innovantes de géolocalisation pour des personnes dont les facultés mnésiques atteintes les menacent de désorientations temporo-spatiales. En effet, les situations d'errance sont fréquentes dans le cadre de la Maladie d'Alzheimer. De nombreux pays ont largement investi ce secteur. Par exemple, une technologie de géolocalisation dite Columba s'est développée au Canada. En Allemagne, l'industriel Siemens produit aujourd'hui une technologie de ce type fondée sur le RFID.

À l'évidence, l'émergence de ces technologies ne suppose par leur développement en dehors de toute rationalité éthique. Certaines difficultés à l'appropriation d'objets de télésurveillance tiennent aux craintes de voir ces dispositifs dévoyés et participer d'une société de la surveillance généralisée. Or, il serait contraire à toute éthique que d'obstruer le développement de produits qui permettent de prévenir des situation potentiellement graves : errance de personnes démentes... Il s'agit donc d'inscrire la réflexion dans une démarche globale, et la Société Française des Technologies pour l'Autonomie et de Géronto-technologie doit veiller attentivement à la conformité des produits mis sur le marché selon des normes éthiques.

Pour mémoire, indiquons qu'en sus de l'ensemble des technologies d'ores et déjà disponibles et que nous avons exposées plus haut, certains projets de recherche laissent augurer de conséquences à la frontière de l'imaginable : la mise au point d'exosquelettes permettant à une personne dont les facultés motrices sont diminuées de retrouver la possibilité de se déplacer ou encore, en pointe avancée de la technologie, le développement de nouvelles interfaces « homme-machine » au travers de la conception d'objets guidés par la pensée. On imagine aisément l'amplitude des usages possibles pour les personnes dépendantes.

4-2 LES OPPORTUNITÉS D'UN MARCHÉ

Comme nous l'indiquons plus haut, la formidable opportunité que représentent les géronto-technologies tient à ce qu'elles sont tout à la fois des moyens de lutte contre la dépendance effective mais aussi un ensemble de biens de consommation courante qu'il s'agit d'adapter aux facultés cognitives et physiques des personnes âgées. Le développement du marché des géronto-technologies peut alors avoir des conséquences majeures sur l'ensemble de notre tissu, économique et social. Il permettrait d'assurer un vieillissement de nos seniors dans des conditions optimales de sécurité, et de qualité, leur offrant la possibilité d'avoir une vie sociale active. Maintien à domicile, prolongement d'une vie sociale qualitative, croissance économique, tout cela semble aller dans l'esprit d'une croissance soutenue, durable et inclusive.

« DESIGN FOR ALL » ET VIEILLISSEMENT DE QUALITÉ

Le concept de « design pour tous » est apparu dans les pays scandinaves à la fin des années 60 lorsqu'il s'est agi d'affermir la base de leurs politiques de sécurité sociale. Ainsi, l'idée de ménager la construction d'une « société pour tous » a affirmé l'exigence pour les pouvoirs publics de travailler à l'accessibilité des services publics pour les personnes handicapées, rompre avec l'isolement social progressif des personnes âgées. C'est dans ce contexte qu'a émergé la nécessité pour les entreprises d'adapter la gamme de leurs produits selon les publics auxquels ils sont destinés.

Dans le même temps, au Royaume-Uni s'imposait l'« *Inclusive Design* » et un mouvement similaire, porté par la charte « *Americans with disabilities Act* », a permis le développement du « *Universal Design* » aux États-Unis.

Cette approche matérialise l'ambition de créer les conditions assurant une croissance économique soutenue, tout en garantissant au plus grand nombre d'en apprécier les fruits. Loin de considérer que l'égalité des chances de participer à tous les aspects de la vie en société et le respect de la dignité de chacun sont une contrainte supplémentaire pour les pouvoirs publics et pour les entreprises qui ne pourraient s'en accommoder dans un monde particulièrement concurrentiel, le mouvement du « design for all » aura été d'une remarquable efficacité économique et sociale dans les pays d'Europe du Nord. La rationalité économique n'y aura rien perdu, car les nouveaux débouchés relatifs à la personnalisation de la production qu'ont trouvés de nombreuses entreprises sont considérables.

Pour les biens d'usage habituel, la production a été ainsi spécifiée de façon à les ajuster aux capacités des seniors, limitant ainsi les conséquences liées à la perception du déclin de ses propres facultés, et le sentiment d'inadaptation et d'inutilité qui peut en découler. Par exemple, la presbycusie ou la presbytie, évolutions naturelles de l'âge rendent nécessaires l'adaptation de la production. Les initiatives ne manquent alors pas : clavier à grosses touches, écran adapté aux facultés visuelles déclinantes, téléphone à un bouton et autres écrans tactiles idoines à l'usage des personnes dont la discrimination tactile est diminuée. De plus, le « design for all » est l'occasion d'une véritable course à la créativité et à l'imagination pour les marketteurs en vue d'adapter le « packaging » de produits pouvant être perçus comme intrusif.

Cette vision de la société qui unit dans un même ensemble la nécessaire solidarité et la possibilité du gain économique ont fait concourir deux objectifs que beaucoup auraient considéré comme antagonistes l'un de l'autre, la création de valeurs économiques et la concrétisation de liens de solidarité. C'est donc sur le fondement de la reformulation des termes du contrat social qu'une nouvelle stratégie économique s'est dessinée.

Pour se figurer l'effet d'entraînement économique que peut induire le développement des outils d'assistance aux personnes âgées en situation de dépendance, indiquons que nombreuses sont les expériences de production de biens initialement destinés à des personnes dont les facultés psycho-motrices étaient altérées, et dont l'usage a diffusé à l'échelle de l'ensemble de la population. Un exemple illustre est celui de la télécommande, développée afin de pourvoir aux difficultés de mobilité de personnes âgées ou handicapées et dont on sait la généralisation de l'usage.

4-3

EN FRANCE, UN MARCHÉ GELÉ
ELÉMENTS DE CONTEXTE

La proportion des personnes âgées de plus de 60 ans l'emportera sur les jeunes de moins de vingt ans à l'horizon 2015. Le nombre d'ALD (Affections de Longue Durée), qui explique l'essentiel de la croissance des dépenses d'Assurance Maladie, est passé de 5 Millions à 9 Millions en 5 ans. Les ALD constituent alors un marché inaugurale vers la dépendance, sinon le premier pas dans la dépendance. Le poids du problème de la dépendance est une intrication complexe d'éléments médicaux, sociaux et économiques. L'innovation numérique est en train d'accomplir une transformation radicale de l'ensemble de notre activité économique, riche de services améliorant l'accès à l'information, à la communication, au savoir. Elle ne peut être en reste quant à la dépendance car elle se trouve apporter des solutions de toute nature, améliorant le suivi des personnes dépendantes, facilitant la tâche des aidants, rompant l'isolement affectif et social des personnes âgées : capteurs de télé-assistance, domotique, visiophonie de lien social, les possibilités qu'offrent les géronto-technologies sont indénombrables.

À L'HORIZON 2015, UN MARCHÉ POTENTIEL DE 25 MILLIARDS D'EUROS

Pour près de dix millions de seniors de plus de 65 ans non connectés à internet, il ne se vend que 10 000 unités d'ordinateurs simples. Pour plusieurs millions de presbytes, il ne se vend que quelques dizaines de milliers de téléphones adaptés. La production de biens et services à destination des personnes âgées semble donc largement sous-dimensionnée.

Le marché français est aujourd'hui estimé à 2,5 milliards et les scénarios prospectifs estiment à 25 milliards la taille du marché à l'horizon 2025. Les perspectives d'emploi représenteraient un bassin d'emploi de 100.000 à 150.000 emplois, d'ici 5 ans. Nombre d'experts prévoient ainsi une croissance globale importante du marché de télé-assistance, avec notamment les services de téléphonie mobile. La vente de système de télé-assistance devrait ainsi augmenter de 1,2 à 3,3 millions d'euros à l'horizon 2015.

Pourtant, force est de constater que ce marché peine à émerger en France. Ceci contraste largement avec le dynamisme constaté dans les pays d'Europe du Nord, ou aux États-Unis.

UN SECTEUR PORTEUR : LES TECHNOLOGIES DE LA SANTÉ

Le secteur des technologies de la santé est aujourd'hui le premier secteur économique en termes de valeur ajoutée créée. Le marché mondial s'élève à près de 200 milliards d'euros, et sa croissance voisine les 6 à 7 % annuel. Pour mémoire, les États-Unis occupent 50 % de ce marché. Compte tenu de la montée en charge du vieillissement de la population, le secteur des géronto-technologies représente d'ores et déjà une part importante du marché des dispositifs médicaux. Or, si l'industrie pharmaceutique française reste un des fleurons de notre tissu industriel, l'on ne peut que s'inquiéter, comme le montre le baromètre EUCOMED, de ce que la France est devenue importateur net en matière de dispositifs médicaux.

UNE DEMANDE LATENTE CONSIDÉRABLE

Selon Eurostat, les personnes âgées de plus de 55 ans sont 110 millions en Europe. La population des moins de 20 ans représente 23,1 % contre 21,4 % pour les plus de 60 ans. Les besoins d'assistance sont donc importants et vont mécaniquement croître dans les années qui viennent. Dans le même temps, les seniors représentent aujourd'hui environ 50 % des revenus nets, 75 % des portefeuilles boursiers.

4-4

LES POLITIQUES PUBLIQUES EN RENFORT : ÉLÉMENTS DE BENCHMARK

Afin d'appuyer notre analyse sur des éléments comparatifs, il importe d'apprécier le degré de développement des géronto-technologies en France à l'aune d'un tour d'horizon international rassemblant une série de pays ayant conçu depuis de nombreuses années la nécessité d'intégrer pleinement des outils situés à la frontière technologique, et ce, en vue d'assurer le plus longtemps une autonomie, un vieillissement de qualité et une meilleure prise en charge de la dépendance.

Ce sera alors l'occasion d'évaluer la profondeur du fossé qui nous sépare de pays qui ont adapté l'ensemble de leurs politiques publiques et dynamisé une large gamme de secteurs économiques afin d'anticiper et absorber au mieux la montée en charge du vieillissement de la population.

Nous allons donc effectuer un rapide état de l'art du développement de l'éco-système économique, social et politique dans lequel baigne le secteur des technologies de lutte contre la dépendance et du maintien de l'autonomie, aux États-Unis, en Europe et au Japon.

Il sera alors notable de constater que des éléments de similitudes forts entre ces pays rassemblent ces pays. L'implication, le volontarisme des pouvoirs publics y représentent des marqueurs communs et décisifs.

AUX ÉTATS-UNIS

Force est de constater que de nombreux pays ont établi des politiques actives de soutien au marché des géronto-technologies, y compris dans des pays à tradition libérale forte.

Le financement public dans la R&D joue un rôle majeur aux États-Unis, loin de l'image d'un État économe de ses moyens d'intervention, peu enclin à perturber l'évolution naturelle des marchés.

Depuis de nombreuses décennies, l'État agit ainsi utilement au travers des SBIR (*Small Business Innovation Research*), et a retenu comme prioritaire l'investissement dans le secteur des technologies de soutien aux personnes dépendantes. Rappelons brièvement que les SBIR sont des structures de soutien des premières phases de développement d'une technologie et qui permettent de financer des projets de «prototypages». L'État verse ainsi une somme pouvant s'élever jusqu'au million de dollars sans qu'en retour ce dernier n'exige de droits de propriété sur la technologie développée.

De nombreux acteurs publics s'investissent énergiquement dans le soutien à la recherche dans les géronto-technologies : la *National Search Fondation*, ou des structures plus spécialisées comme le *National Institute of Disability and Rehabilitation Research* ou le *Rehabilitation Engineering Research Center*. Par ailleurs, un cadre législatif fort a permis de lutter efficacement contre les discriminations dont les personnes handicapées sont victimes. Ainsi, l'*American with Disabilities Act* fournit un cadre clair et protecteur qui aura sensibilisé l'ensemble des citoyens américains à la problématique.

Dans l'ensemble, l'avance technologique et le développement du marché américain sont remarquables. L'acquisition du savoir-faire dans ces domaines concerne à la fois des entreprises spécialisées dans le secteur de la perte d'autonomie mais aussi l'ensemble des entreprises qui souhaitent adapter la production de biens courants aux capacités des personnes âgées.

L'on trouve alors sur le marché des ordinateurs avec des claviers simplifiés, des écrans adaptés... Parmi les entreprises qui travaillent intensément à la spécialisation de leur gamme de produits, Microsoft figure en bonne place, au travers d'une stratégie ambitieuse visant à l'accessibilité de l'ensemble de ses outils de communication.

EN EUROPE

La question démographique est une problématique qui concerne l'ensemble des pays européens. La population est vieillissante et les scénarii démographiques dressent un tableau sensiblement uniforme à l'échelle de l'ensemble du continent. Aujourd'hui, le Royaume-Uni et les pays d'Europe du Nord assurent le leadership européen en matière de prise en charge des personnes en perte d'autonomie.

L'étude réalisée en 2009 par le Cabinet Basic, « Etude télé-assistance Europe : marchés et évolution » montre que le taux de pénétration des géronto-technologies est en moyenne plutôt faible et sensiblement différent d'une région à l'autre de l'Europe. Globalement la pénétration moyenne des services de télé-assistance en Europe est de l'ordre 5%, soit une population de 4,17 millions de seniors. Et, si les outils de télé-assistance trouvent un marché porteur en Scandinavie ou au Royaume-Uni, la France et l'Allemagne leur restent relativement peu ouvertes. Signalons qu'une forme de coopération transnationale s'est construite dans le cadre du programme européen InterReg (2007-2013), et qui se propose d'accompagner l'émergence du secteur des technologies pour l'autonomie. Cette coopération ne concerne que certains pays du Nord-Ouest de l'Europe et, pour l'heure, l'essentiel de l'action menée a consisté à évaluer les entraves au développement des géronto-technologies et les potentialités du secteur. Peu d'actions concrètes n'ont encore vu le jour.

FOCUS SUR LE ROYAUME-UNI

Le Royaume-Uni détient 50% du marché européen des AAC, *Augmentative & Alternative Communications*. Ceci s'explique par des politiques publiques pro-actives en matière de promotion des géronto-technologies.

Il est alors notable qu'au Royaume-Uni, une législation incitative forte, au travers du *Disability Discrimination Act*, encourage la mise en place d'infrastructures adaptées, permettant de supporter un accès à tous à l'usage des géronto-technologies. Aussi, les ressources financières du « *Preventative Technology Grant* » sont-elles mises à la disposition des collectivités locales, vraies chevilles ouvrières des politiques de

dépendance, afin qu'elles en assurent l'usage le plus pertinent pour maintenir au mieux le maintien à domicile. Les autorités locales développent dans ce cadre des partenariats public-privé avec des entreprises spécialisées.

De plus, au Royaume-Uni, plusieurs millions d'anglais se trouvent aujourd'hui couverts par un système dit de *Community Equipment Services*. Il s'agit d'un service mobilisant différents professionnels du secteur médico-social pour aider au maintien à domicile des personnes âgées et s'appuyant sur des services de télé-médecine, consistant essentiellement en des services de télé-alarme, depuis la surveillance des constantes jusqu'à la détection de comportements anormaux. (Ce peut être par exemple une personne chez laquelle on remarque une augmentation de la fréquence des réveils nocturnes et chez laquelle on suspecte de ce fait une infection urinaire).

FOCUS SUR L'EUROPE DU NORD

En Europe du Nord, la présence marquée des services publics dans ce secteur permet une prise en charge optimale des personnes âgées. Le travail de prospective des pouvoirs publics depuis plusieurs décennies a permis d'anticiper les conséquences du vieillissement de la population. De plus, l'organisation décentralisée des politiques spécifiques aux personnes âgées a engagé les collectivités locales à formuler des solutions innovantes et à s'adapter aux réalités locales.

Dans l'ensemble des pays scandinaves, le développement des technologies de soutien aux personnes âgées a été très tôt considéré comme stratégique. Conscient de ce que le marché est potentiellement considérable, puisque à l'horizon 2030, la moitié de la population des ces pays aura plus de 60 ans, les pouvoirs publics ont alors largement accompagné l'effort de recherche autour des technologies de soutien aux personnes âgées, et ont déployé une couverture infra-structurelle remarquable, support vital au déploiement des solutions innovantes numérisées et de la libération d'un marché de services qualitatif.

Dans chacun de ces pays, on trouve de nombreuses structures dédiées au financement de la recherche. Citons en Suède le *Swedish Handicap Institute*, le *Danish Centre for Technical Aids for Rehabilitation and Education*. Le Danemark exporte l'essentiel des technologies qu'il développe et s'appuie sur un tissu d'entreprises auto-financées, dont le succès de Pressalit est emblématique. Autre exemple, le groupe suédois DORO s'impose aujourd'hui comme un leader incontournable sur le marché européen, en développant des solutions de services aux personnes âgées via la téléphonie mobile : surveillance des constantes vitales, messages de prévention, pilulier automatique.

Le choix des autorités suédoises de rendre accessible à tous un certain nombre de géronto-technologies traduit une ambition politique forte et d'autant plus solvable au plan des finances publiques que ce pays a fait le choix de la croissance et de l'investissement dans un secteur dont les entreprises sont à leur tour créatrices d'emplois et de valeurs. Ces dernières participent alors, par le prélèvement, d'un financement des politiques publiques de lutte contre la perte d'autonomie.

AU JAPON

Le Japon, doyen du monde en termes démographiques, compte plus de 20% de personnes âgées de plus de 65 ans. Pourtant, ce pays a anticipé largement les effets du vieillissement de sa population et a choisi de voir dans ses seniors un atout.

Outre que des politiques de l'emploi énergiques ont été entreprises avec pour ambition de maintenir le taux d'activité des seniors à un niveau élevé et de favoriser l'entreprenariat auprès de ce même public, l'effort en matière de R&D est très soutenu. De façon générale, l'effort public de recherche culmine à 3,5% du PIB, ce qui situe le Japon bien au-delà des États-Unis et bien entendu de la France (2,1%), (le Japon reste un des premiers déposants de brevets au Monde, avec deux fois plus de dépôts de brevets triadiques par habitant qu'aux États-Unis, et quatre fois plus qu'en France).

S'il est un domaine dans lequel le Japon fait la course en tête, la domotique est bien celui-là. Il s'agit de l'ensemble des technologies d'équipement d'une maison permettant l'automatisation et la synchronisation des tâches domestiques et ceci participe largement de la notoriété de l'avance technologique nipponne. Des entreprises telles Kawada, Asimo, références mondiales, ont ainsi mis au point des robots capables de se substituer largement à l'homme dans l'entretien de la maison, autant de dispositifs permettant le maintien à domicile d'une personne dépendante et le soulagement de ses aidants. De plus, une large part du tissu industriel japonais a su très tôt adapter sa gamme de production à de nouvelles pratiques de consommation : voyages sur-mesure, offres de logement adaptés, logiciels de développement mnésique,....

4-5 LES FACTEURS DU SOUS-DÉVELOPPEMENT FRANÇAIS

Lorsque l'on rapporte les crédits engagés par le ministère de l'économie français, à savoir un million d'euros en 2010 pour le soutien à l'innovation au marché des seniors à ceux investis par le Canada, (dont nous n'avons pas détaillé l'investissement dans le

secteur des géronto-technologies mais dont le dynamisme en la matière est notable), le différentiel s'établit selon un rapport de 1 contre 60.

En France, la « culture géronto-technologies » est à peine frémissante. L'état d'esprit selon lequel nous pourrions y voir une formidable opportunité pour assurer un vieillissement de qualité pour nos seniors, prévenir les situations de dépendance, libérer la formidable énergie d'un marché de produits dont l'utilisation peut se généraliser, ne semble pas s'imposer.

Il est à signaler qu'il n'existe aucun pôle de compétitivité dédié. Au plan privé, les acteurs français sont aujourd'hui rares : on trouve Opéra, Corian ou Assisteo. Précisons néanmoins que les années 2000 ont vu la naissance de la Société Française de Gériatrie et de Gérontologie, qui s'est transformée, en 2007, en Société Française de Technologies pour l'Autonomie et Gérontechnologie. Cette société savante évalue et recense les produits géronto-technologiques, en toute indépendance.

LA FAIBLESSE DU TISSU DE PME

En France la taille du marché est insuffisante et le retour sur investissement aléatoire, entravant la possibilité pour une TPE de trouver des financements. Ainsi, l'espace béant borné par d'une part des TPE peinant à trouver des investissements, et de l'autre par des grandes entreprises dont la taille est impropre au développement sur un marché trop petit, constitue une des difficultés majeures pour ce secteur. Par ailleurs, un élément important tient dans le sous-développement des entreprises prestataires de services d'aides à la personne. En effet, la France s'est engagée au milieu des années 80 dans le choix d'un recours à des services d'emploi à domicile directement par les personnes âgées ou par la famille, ainsi devenus employeurs.

De façon générale, la faiblesse du tissu de PME françaises est une constante qui peine à être conjurée. La France manque ainsi cruellement de ces entreprises de taille intermédiaire dont la dimension est propre à entraîner vers le haut la compétitivité industrielle. L'absence de pôle de compétitivité dans le secteur est d'autant plus dommageable.

L'Allemagne a depuis longtemps structuré l'ensemble de son économie autour du fameux « *Mittelstand* », cet ensemble de grosses PME qui assure une large partie de la croissance économique allemande. Plus spécifiquement, l'on constate que parmi les pays qui ont réussi à créer un marché porteur en matière de géronto-technologies, tous ont opté pour la structuration d'une capacité industrielle largement articulée autour de PME de taille intermédiaire, dont

l'essentiel de la compétitivité dite « hors prix » est assise sur une production de biens à haute valeur ajoutée technologique. C'est ainsi que DORO pour la Suède, l'Autrichien Emporia, Tunstall au Royaume-Uni se sont imposés comme des leaders européens.

En France, si l'on trouve quelques entreprises commercialisant des produits d'assistance aux personnes âgées, l'étape d'industrialisation de leur production n'est que très rarement franchie. De plus, l'absence de solvabilisation d'une demande latente pourtant importante et l'absence d'engagement de la solidarité nationale pour permettre l'accès à une prise en charge d'objets utiles pour les malades, qui peuvent du reste considérablement soulager la charge de travail pour les aidants familiaux, ne jouent pas favorablement au développement des entreprises du secteur. Indiquons ici que de nombreux outils de géolocalisation des personnes atteintes d'une démence de type Alzheimer sont répertoriés au titre d' « aides ménagères ».

LES PORTEURS DE PROJETS

Les enjeux de la prise en charge de la dépendance sont pluriels : besoins sanitaires, mobilité, sécurité, confort, communication. Il s'agit donc de créer une offre multiple, économiquement accessible cependant que 6,7% des personnes âgées vivent en dessous du seuil de pauvreté, vivant de moins de 817 euros par mois et que 80% des personnes en EHPAD doivent avoir recours aux ressources financières de leur proches.

Or, la stratégie développée par les porteurs de projets est notablement techno-centrée. L'absence de considération de nature stratégique ou marketing égare les « startupers » des réalités d'une production de biens et de services coûteux pour une demande encore peu solvable. De plus, le foisonnement de technologies très spécifiques, peu congruent aux besoins de systèmes globaux, ainsi que la multiplicité des acteurs qui interviennent, (concepteurs, fournisseurs, distributeurs, conseils, professionnels de santé, association de malades, responsables publics), sont des facteurs de complexité supplémentaire.

C'est cette réalité économique qui explique la stratégie adoptée par un des leaders mondiaux de la téléassistance, BostonLife Labs, qui a commercialisé des supports multifonctions, propres à un usage simple, ce « tout en un » répondant à une attente forte.

Au total, un porteur de projets doit considérer, d'une part la diversité des situations et des besoins qu'il se propose de couvrir, et d'autre part la pluralité des acteurs auxquels il s'adresse : aidants, famille, éventuels personnels médico-sociaux...

Enfin, si la question de la taille du marché se révèle critique, il importe que les entreprises françaises qui ambitionnent de se développer dans ce secteur puissent d'emblée s'inscrire dans une stratégie commerciale qui se donnerait l'Europe comme terrain d'exploitation. L'ensemble des pays européens étant travaillés par les mêmes difficultés démographiques, le marché peut s'y développer dans de bonnes conditions et offrir un tissu de besoins suffisamment importants pour que les processus de production puissent franchir dans de bonnes conditions l'étape de l'industrialisation.

LE DÉVELOPPEMENT D'UNE OFFRE INTÉGRÉE.

Le service d'une offre intégrée est déterminant pour que la population concernée puisse s'approprier des objets souvent sophistiqués. Un des aspects sur lequel nous reviendrons est la perception des outils technologiques modernes comme intrusive, perturbant l'environnement de la personne âgée. L'absence de confiance dans les nouvelles technologies comme en mesure de pallier certaines difficultés liées à l'âge est révélatrice de la distance qui sépare notre pays d'un usage moderne d'objets qui peuvent répondre favorablement aux enjeux de la dépendance et accompagner le processus de vieillissement selon une marche de qualité.

L'intégration de la prise en charge de la dépendance permet assurément de développer des objets simples, commodes, discrets, autant d'éléments favorables à leur accoutumance par nos seniors.

Cette offre doit alors savoir conjuguer harmonieusement les dimensions technologique, éthique et sociale et rendre possible une simplification et d'une industrialisation des « process ». Les gains d'efficacité, d'efficience, et d'économie pour les ménages et les pouvoirs publics intervenant par des mécanismes assurantiels seront substantiels.

L'EXEMPLE DE BOSTON LIFE LABS.

Cette entreprise est aujourd'hui l'un des exemples les plus aboutis de service de télé-assistance en vue de maintenir au domicile une personne dépendante.

Parmi les nombreuses innovations que Boston Life Labs a développées, figurent au premier plan le Health-Pad qui permet aussi bien la télé-consultation que la télé-surveillance. Plus précisément, il s'agit d'une

tablette tactile permettant une interface avec les professionnels de santé. En premier lieu le médecin décide des informations à colliger au près du patient selon sa pathologie : constantes vitales, état clinique... Les questions sont alors transmises au patient, par exemple l'intensité d'une douleur ressentie. Le patient répond au moyen de sa tablette en indiquant, le long d'une échelle visuelle analogique, le niveau de sa douleur. Les réponses sont transmises alors au médecin, qui décide de la conduite à tenir.

Les objets de télé-assistance sont tous connectés par des systèmes de type bluetooth, permettant ainsi d'envoyer les différents résultats de télésurveillance à une antenne commune qui les renvoie aux professionnels de santé. On peut ainsi suivre l'évolution de la glycémie d'un patient diabétique, la courbe de tension d'un patient hypertendu... Le patient ou les aidants disposent en permanence d'une interface connectée sur internet afin de solliciter des questions, renseigner l'évolution de l'état général. D'autres entreprises développent des « Box » regroupant des fonctions de télésurveillance ou de téléassistance. (Dans le cadre des soins, Bayer, Toshiba et l'Université de NYSU, ont mis en forme un boîtier universel permettant de connecter l'ensemble des dispositifs médicaux, aiguisant l'intérêt de l'industrie pharmaceutique voyant là l'occasion de développer la délivrance de médicaments lourds (chimiothérapie, immuno-modulateur...).

LES RÉSEAUX DE DISTRIBUTION DÉFAILLANTS

Du point de vue des réseaux de distribution, la situation n'est pas des meilleures. En effet, les réseaux de distribution que peuvent constituer les officines pharmaceutiques ou les opticiens restent sous-employés et peu sensibilisés. Les associations de retraités sont moins enclines que ce que l'on constate dans les pays anglo-saxons à des partenariats avec des entreprises. Par ailleurs, les grandes enseignes semblent elles aussi réticentes à la définition d'une véritable stratégie de distribution des géronto-technologies, craignant de confondre leur image à une problématique souvent anxiogène.

L'ABSENCE D'INFORMATION ET UNE DEMANDE PEU SOLVABLE

L'information en direction de la population âgée est absolument essentielle à l'appropriation des géronto-technologies par un public qui peut percevoir comme intrusif la présence d'objets d'assistance sophistiqués et dont ils ne comprennent pas nécessairement l'usage et partant l'utilité.

Le manque d'informations relatives aux potentialités des usages en matière d'e-santé est un frein considérable à l'émergence de ce secteur.

Autre difficulté pour le marché, l'absence de prise en charge des dispositifs de santé innovants par les structures de financements mutualisés. En effet, l'éligibilité au remboursement décidée par le CEPS (Comité d'Evaluation des Produits de Santé) est difficile et tardive. Il existe donc un véritable chantier à investir. La Haute Autorité de Santé devrait donc se saisir du sujet afin d'établir des normes techniques évaluant la qualité du dispositif, sa pertinence médicale. Il s'agit là d'un travail normatif considérable, qui peu ou prou amènerait l'autorité sanitaire à définir une sorte de « SMR », service médical rendu. Sur ce point précis, l'avance des États-Unis est substantielle, puisqu'un consortium s'est constitué en vue d'établir des normes techniques internationales...

Au total, il s'agit pour les entreprises de se situer sur un marché étroit grevé par le double désavantage d'une demande pas encore solvabilisée et dont les attentes en terme de géronto-technologies ne sont pas manifestes.

4-6

FAIRE DE LA FRANCE UN LEADER DES GÉRONTO-TECHNOLOGIES

Nous allons formuler une série de propositions en vue de libérer un marché des géronto-technologies qui se trouve aujourd'hui insuffisamment financé et peu appréhendé par ceux auxquels il s'adresse.

LUTTE CONTRE LA FRACTURE NUMÉRIQUE

L'équipement infra-structurel numérique est bien entendu essentiel au développement du marché des géronto-technologies. En effet, ces dispositifs ne peuvent être installés que dans un environnement numérique propice.

A l'heure où les pays d'Europe du Nord s'équipent rapidement et massivement, la France accuse un retard préoccupant. Stockholm était entièrement équipée en fibre optique depuis 2007 et si l'on rapporte le taux d'équipement en fibre optique de la France à celui de pays comme la Corée du Sud ou le Japon, on se situe dans un écart de l'ordre de 10 à 15.

L'équipement en fibre optique devrait être une priorité de l'investissement national

en termes d'infrastructure. Le Conseil National du Numérique devrait définir un plan stratégique de lutte contre la fracture numérique et ses différentes dimensions, visant à la définition d'une CNU, une Couverture Numérique Universelle.

Afin que les dimensions infra-structurelles, sociales et générationnelles de la fracture numérique ne cumulent pas leurs effets, l'Internet à haut débit devrait être accessible à tous. Il s'agit là à la fois des couvertures haut débit (50 MB/s) et des couvertures NGA (*New Generation Access*, 100 MB/s). Une concurrence forte dans l'offre Internet permettrait de ramener les prix à la baisse. Si cette solution devait ne pas se révéler efficace, la solution d'un tarif social de l'Internet, souvent évoquée, pourrait être envisagée.

CAMPAGNE DE SENSIBILISATION

Sur le modèle des campagnes de sensibilisation lancées au Royaume-Uni, au Canada, aux États-Unis, il s'agit d'informer l'ensemble de la population sur les usages des TIC. A ce titre, on remarque que les pays où le degré d'appropriation des TIC est le plus élevé sont précisément ceux dans lesquels le marché des géronto-technologies est le plus développé. On sait le succès qu'a rencontré la campagne de prévention autour de l'usage des antibiotiques : « *les antibiotiques, c'est pas automatique.* » L'on pourrait imaginer dans le même esprit « *les technologies, c'est automatique.* » Bien entendu, ceci ne saurait aller sans une lutte active contre la fracture numérique.

Il est remarquable qu'aux États-Unis, l'usage et la confiance dans les TIC est homogène selon les âges, les personnes âgées les pratiquant quasiment autant que leurs générations cadettes. Indiquons que les acteurs associatifs doivent être tout aussi bien sensibilisés à l'usage des TIC. En effet, élément crucial de la prise en charge social des seniors, ils semblent eux aussi éprouver quelques craintes à l'usage des géronto-technologies, les barrières se formulant essentiellement sur un plan éthique.

INTERVENTION PUBLIQUE ET INVESTISSEMENT

On observe une corrélation forte entre le degré d'intervention publique et le développement des marchés de géronto-technologies en croissance. De plus, l'attention des pouvoirs publics est d'autant plus importante que se joue en partie la cohésion sociale et le lien inter-générationnel.

SOUTIEN DE LA R&D ET DYNAMISATION DU SECTEUR

Dans le cadre du grand emprunt, 4,5 milliards seront consacrés à l'économie numérique. Les dynamiques d'investissements consistent en des appels à projets et des soutiens sous forme de prêts et de prises de participation mais la part des dépenses consacrés aux projets de R&D dans les secteurs «santé et autonomie sur le lieu de vie grâce au numérique» reste relativement modeste. Or, le soutien à la R&D dans ce domaine est vital.

Les initiatives de soutien de la R&D et de dynamisation du secteur peuvent être nombreuses :

- créer un *Small Business Act* européen ainsi qu'un *Small Business Innovation and Research* ;
- labelliser un pôle d'excellence spécifiquement dédié aux technologies de la santé et l'intégrer à un pôle d'excellence européen, la labellisation étant un élément de sensibilisation fort pour les usagers souvent méfiants des nouveaux usages ;
- regrouper les TPE dans une fédération/filière ;
- soutenir la création d'un fonds de capital risque dédié ;
- accompagner le financement des entreprises dans le « early-stage » ;
- ramener à une structure unique la multiplicité des structures de financements, telles OSEO, FSI, etc.

De manière générale, le Conseil National du Numérique, récemment installé, devrait être en mesure d'orienter, de suivre et d'évaluer l'ensemble des investissements dans le numérique, et d'inscrire au rang de ses priorités la dynamisation du secteur des géronto-technologies.

– LE RÔLE DES COLLECTIVITÉS LOCALES

Les collectivités locales devraient porter un effort conséquent en termes d'équipements publics : wifi, déploiement des espaces numériques publics... En effet, à la manière d'expériences menées en Belgique, un réseau d'espaces numériques publics pourrait assurer aux personnes défavorisées une formation aux usages des TIC. Ceci serait tout à fait utile aux personnes âgées, dont la culture numérique et l'instruction aux usages du Web méritent d'être parfaites, et va dans le sens du point que nous avons développé plus haut, relatif à la sensibilisation des personnes âgées.

Par ailleurs, le bilan énergétique des logements gagnerait à être accompagné d'un bilan numérique : type et état des connexions.

– LE RÔLE DES AUTORITÉS DE SANTÉ

Il est important que la France puisse participer du mouvement, aujourd'hui essentiellement américain, consistant à élaborer les standards internationaux en matière de normes de construction des dispositifs de soutien aux personnes dépendantes :

- la Haute Autorité de Santé devrait mobiliser son savoir-faire en matière d'évaluation des nouveaux dispositifs médicaux. Il s'agirait de mettre en place un système de type SMR (service médical rendu), en vue d'établir des grilles de remboursement. Parallèlement, les médecins devraient être en mesure de prescrire des dispositifs d'assistance utilisant des géronto-technologies.

- les autorités de santé devraient veiller à pourvoir les EHPAD en équipements numériques : infra-structure, formation web, jeux vidéos, intégration à des réseaux sociaux numériques.

À L'ÉCHELLE EUROPÉENNE

L'Europe peut être un moteur puissant pour l'ensemble du secteur des géronto-technologies. Il ne s'agit pas de segmenter l'intervention de l'Europe sur un des aspects de l'innovation. Au contraire, c'est sur l'ensemble des technologies innovantes que l'Europe doit marquer sa présence et articuler ainsi son ambition sur la gamme d'une économie numérique qui assure aujourd'hui près de 25% de la croissance mondiale.

L'Europe gagnerait ainsi à amplifier et exploiter pleinement les moyens de l'Agence Européenne de l'Innovation, dont l'une des thématiques d'intervention forte serait le développement des géronto-technologies. Son ambition devrait être de mobiliser et coordonner les moyens du PCRD d'une part, la participation de l'ANR et de la CNSA, de leurs homologues européennes d'autre part, pour définir un projet d'envergure européenne mutualisant les capacités de financement relatives aux technologies de la santé et celles du soutien à l'autonomie. En effet, la taille du marché étant encore insuffisante dans l'ensemble des pays européens, l'Europe est la juste échelle de développement du secteur.

Un *Small Business Act* européen, c'est-à-dire l'accès des PME à la commande publique, est une idée largement défendue. Nous pourrions lui adjoindre un élément d'efficacité supplémentaire, au travers de SBIR européens (*Small Business Innovation and Research*). L'Agence Européenne de l'Innovation, qui inscrirait au rang de ses priorités stratégiques le soutien aux géronto-technologies, accompagnerait, dans le cadre du financement « early-stage », des projets de prototypes. La propriété intellectuelle serait laissée aux porteurs de projets : les *vouchers* danois ou les SBIR américains peuvent être de bonnes sources d'inspiration.

Nos pôles d'excellence gagneraient à être dimensionnés à l'échelle de l'Europe en rationalisant les initiatives dans lesquels s'enchevêtrent aujourd'hui tous les niveaux d'intervention : départements, régions, État, Europe.

L'Europe pourrait aussi se doter d'une plate-forme d'échelle européenne d'échanges de bonnes pratiques de manière que les pouvoirs publics nationaux puissent s'informer en temps quasi-réel des différentes innovations expérimentées et qui méritent alors d'être généralisées.



5

Monnaie complémentaire et « séniodarité »

5-1

DÉFINITION DE LA MONNAIE COMPLÉMENTAIRE

Les monnaies complémentaires ont pour vocation essentielle la valorisation de l'ensemble des activités qui participent au bon fonctionnement de la société mais qui ne sont pas dans le circuit prévu des échanges habituels de biens. Systèmes d'échanges locaux, et autres banques du temps, il s'agit de l'émergence de systèmes s'inspirant de pratiques d'entraide ancestrales, oubliées au fur et à mesure de l'évolution de nos systèmes sociaux-économiques.

Elles forment ainsi un vaste groupe de monnaies définies par une fonction d'échange, modulo une valorisation dont les principes varient considérablement d'une monnaie à une autre. Elles n'ont pas vocation à se substituer aux monnaies nationales existantes mais interviennent en compléments en vue de faciliter certains types d'échanges et participent de l'accroissement du capital social. La taxonomie de ces monnaies est riche. Les usages et les objectifs sont distincts : soutenir certaines activités (culturelles, associatives...), stimuler les échanges locaux... On estime à 5000 le nombre de monnaies complémentaires aujourd'hui en circulation. Indiquons brièvement quelques exemples.

5-2

DES EXEMPLES D'UTILISATION : FRANCE, ROYAUME-UNI, ALLEMAGNE, SUISSE, ÉTATS-UNIS, PAYS-BAS, BRÉSIL

Commençons par quelques monnaies d'usage courant et qui sont d'authentiques monnaies complémentaires. L'exemple dont nous sommes les plus familiers puisque nous en effectuons un usage courant est le chèque-déjeuner. En effet, il s'échange contre des biens alimentaires et, comme la monnaie habituelle, il représente une réserve de valeur en ce qu'il permet de différer dans le temps l'achat de tels biens. Les « miles » qu'offrent les compagnies aériennes ou encore nos systèmes de retraites complémentaires, fonctionnant selon un système par points, sont aussi des exemples de monnaies complémentaires. (Les points de retraite, une fois les droits à pensions liquidés, sont alors convertis en euros).

La première banque du temps, appelée « maison de pierre, » a ouvert en 1988 à Cloucester. Elle a permis de recréer un environnement digne et vivable pour l'ensemble des personnes âgées frappées par la solitude.

En Allemagne, se trouve un réseau conséquent de monnaies complémentaires, soit près de 30 monnaies régionales. La première monnaie complémentaire née en Allemagne est le ROLAND. Le ROLAND est une monnaie indexée sur l'euro. Mais une fois le mois de détention passé, le ROLAND perd de sa valeur, précisément 1 % tous les mois. L'idée étant alors de favoriser davantage la dépense que l'accumulation. Le ROLAND a été alors utilisé pour soutenir l'agriculture biologique en accordant des prêts sans intérêt.

En Bavière, mise en place par un professeur d'économie et son groupe d'élèves, le *Chiemgauer* est une monnaie éthique rassemblant dans un réseau d'échanges des entreprises et des associations à but non lucratif. Cette monnaie est indexée sur l'euro et est fondante comme le *Time Dollar*, ce qui stimule l'intensité des échanges. Ainsi, figure sur chaque billet *Chiemgauer* sa durée de validité. Au delà de cette période de plein usage, le billet perd de sa valeur. Dans ce système, les entreprises versent 5 % du fruit de leurs ventes à une association indépendante qui colligent les *Chiemgauer*. En retour, elles bénéficient d'un réseau de clients dédiés sensibles à des « échanges éthiques ».

En Suisse, certaines banques ont développé le WIR de façon à ne pas dépendre des cycles de retournement économiques et tisser ainsi un réseau de banques en mesure de continuer à échanger indépendamment de la conjoncture. Une banque échangeant des

WIR a ainsi été créée. On estime aujourd'hui à 75000 le nombre de PME échangeant dans cette monnaie, ce qui n'a rien d'anecdotique.

Développé aux États-Unis, le *Time Dollar* est aussi une monnaie complémentaire. La valeur de la monnaie est négativement corrélée à sa durée de détention. Ceci peut permettre de stimuler les échanges et de limiter au maximum la thésaurisation. On trouve aussi de nombreuses monnaies complémentaires dites franches, qui perdent de la valeur au fur et à mesure de leur détention lorsqu'elles ne sont pas échangées.

Autre initiative originale, s'est développé à l'initiative de l'ONG néerlandaise STO (*Social Trade Organisation*) un système de paiement par compensation. Ainsi, un réseau d'entreprises se paient les unes les autres par compensation davantage que par monnaie conventionnelle, le paiement traditionnel étant surtaxé. Ainsi, un fournisseur recevra de son débiteur une sorte de reconnaissance de dette dont il fera usage pour payer lui-même ses propres fournisseurs. Il s'agit là de neutraliser dans le temps les difficultés de trésorerie, qui sont « monnaies courantes » dans les échanges entre clients et fournisseurs. Selon un principe voisin, on trouve l'euro RES, qui permet pour les entreprises de payer par compensation. Les clients se voient accorder un rabais sur l'ensemble des biens achetés en RES. Les entreprises trouvent là une clientèle fidélisée, l'opération étant neutre pour l'État en terme de TVA.

Enfin, pour mémoire, indiquons que circule dans les universités brésiliennes le *Gran*. Dans ce système, les étudiants reçoivent un *Gran* pour tout dépôt d'objets dont ils souhaitent se dessaisir, et ce indépendamment des objets déposés. Par un système d'auto-sélection, les étudiants choisissent de trier et donner les objets dont ils se défont mais dont ils estiment qu'ils n'ont pas de valeur. L'usage s'est alors ajusté et généralisé à l'échelle de ces universités, les librairies ou les snacks d'universités acceptant même le *Gran* comme monnaie de paiement.

5-3 **CRÉER UNE NOUVELLE MONNAIE COMPLÉMENTAIRE : LE GÉRONTE, INSPIRÉ DU FUREAI KIPPU JAPONAIS**

Dans la mesure où le pouvoir d'achat n'est pas extensible à l'infini, il n'est pas à la mesure de l'ensemble des seniors de s'offrir des services d'assistance souvent coûteux. Il s'agit ici de créer une monnaie spécialisée de façon à contourner la difficulté et « capitaliser »

sur la solidarité entre les générations. Des échanges de services entre juniors et seniors, sur la base d'intérêts bien entendus, sont non seulement utiles pour les bénéficiaires de ces aides mais contribuent aussi à nouer et approfondir un sentiment de solidarité entre des générations qui viendraient ainsi au contact l'une de l'autre. Notre monnaie complémentaire, le *géronte*, comme toute monnaie, aura vocation à intensifier les échanges, qui sont ici ceux de la solidarité. Le système dont l'état initial est mû par l'intérêt que l'aidant et la personne aidée trouvent, crée des liens forts, riches de solidarité.

Notre proposition consiste ainsi à établir une monnaie complémentaire que nous appelons le *Géronte*. Il s'agit d'une monnaie indexée sur le temps passé auprès d'un senior, un compte épargne-temps en somme. Concrètement, une personne offre de son temps au service d'une personne âgée, celle-ci recevant une assistance aussi diverse que faire les courses, prendre un bain, s'occuper des affaires administratives ou du courrier... Le senior verse alors à l'aidant une somme, dont l'unité est le temps qui lui aura été consacré. Cette somme vient abonder un compte numérique. Une fois âgé, tout dépositaire peut payer en *gérontes* une personne qui lui offre ses services. Bien entendu, ces droits sont transférables si bien qu'une personne peut choisir ainsi de transférer à ses proches dans le besoin l'ensemble des *gérontes* engrangés. Ces droits sont convertibles en un panier de services : cours particuliers, garde d'enfants, logement étudiant...

Indiquons qu'une construction proche a été imaginée au Japon. Le *Fureai Kippu* est une monnaie complémentaire qui permet aux aidants d'engranger et d'épargner de la monnaie qui sera utilisée une fois l'aidant devenu senior. Ce système rassemble aujourd'hui plusieurs centaines de milliers de personnes et montre une réelle efficacité aussi bien sociale qu'économique. En revanche, le *Fureai Kippu* n'est pas convertible en vue du paiement d'autres services que l'aide aux personnes dépendantes.

Il est intéressant de constater que dans les pays dans lesquels les monnaies complémentaires ont été éprouvées et évaluées, les jeunes âgés de 15 à 35 ans apparaissent comme des usagers réguliers de ces innovations sociales, y voyant un facteur important de sociabilité... Dans le cadre de ces mêmes études, il est démontré un cercle vertueux de participation, consacrant l'envie de vivre selon des valeurs que sont celles d'un bien-être plus partagé, le sentiment de participer à l'évolution de notre monde au-delà des circuits conventionnels, et donc de s'associer à la transformation de celui-ci.

Si la dynamique de l'accumulation du capital et de ses richesses tient à la reconnaissance de soi par les autres, depuis quelques décennies, la portée du militantisme pour une éthique de la consommation, des pratiques durables, a fait émerger un discours gratifiant considérablement les comportements de don de soi, d'entraide. La reconnaissance de soi semble en passe de céder le pas à des formes plus complexes de reconnaissance collective.

5-4 LES RÉSEAUX SOCIAUX ET LA SÉNIODARITÉ

Il est établi aujourd'hui que l'allongement de la durée de la vie se fait de pair avec un accroissement de la durée de la vie sans incapacité. La période de vie qu'aborde un senior s'est profondément transformée du fait des progrès médicaux. Il s'agit alors d'un moment potentiellement riche de relations familiales, de loisirs. C'est ainsi la qualité du tissu social qui mérite d'être largement entretenu. L'adhésion à des réseaux sociaux est alors propice à la participation à de nouvelles formes de sociabilité, (aux États-Unis, sont nés de nombreux réseaux sociaux spécifiques rassemblant des personnes âgées).

En effet, la mobilisation des circuits informels de solidarité est un aspect essentiel des défis à relever. Ce peut être ainsi, au travers de la familiarisation et de l'implication des seniors dans des réseaux sociaux, un élément concret et pertinent de lutte contre le sentiment d'isolement des personnes âgées. Désenclaver certains de nos seniors de la solitude n'est du reste pas seulement un impératif moral, c'est aussi une nécessité médicale. En effet, il relève pleinement de la démarche préventive que d'assurer une intégration sociale de qualité pour nos seniors car un des facteurs précipitant la survenue des pathologies liées à l'âge et la perte d'autonomie qui lui est consécutive réside dans l'isolement social, que l'on peut alors tout aussi bien considérer comme une pathologie sociale liée à l'âge.

La solidarité entre les générations est un facteur fort de vieillissement de qualité et de cohésion sociale, ce qui rend les éventuels efforts financiers à consentir mieux acceptés. Ainsi des initiatives portées par un usage innovant d'Internet sont intéressantes. Citons le site « mamy », qui permet aux enfants de colliger l'ensemble des souvenirs de vie de leurs grands-parents. Ceci continue de fortifier le lien entre des générations qui, si elles ne s'associent pas autour de projets communs, ne peuvent qu'inévitablement approfondir la distance entre juniors et seniors.

Récapitulatif des propositions

Trouver des financements sans dégrader les finances publiques

- Majorer le montant de l'APA au moins pour les GIR 1 et 2, le reste à charge pouvant actuellement aller jusqu'à 2 200 euros pour une personne en établissement, aides comprises.
- Réserver l'allocation « dépendance » aux GIR 1 à 3, les GIR 4 à 6 étant alors considérés comme des GIR « prévention » relevant d'autres mécanismes d'aide.
- Créer une allocation accordée aux aidants pour financer le transport des personnes dépendantes vers les accueils de jour.
- Majorer les crédits dédiés de l'ANAH et les primes à l'amélioration des logements à utilisation locative et à occupation sociale.
- Développer le micro-crédit pour permettre aux seniors les plus modestes de financer le coût résiduel des travaux d'adaptation pour rester à domicile, en parallèle de la constitution de fonds dédiés par les collectivités territoriales.
- Clarifier le périmètre des dépenses de dépendance et l'ampleur de la prise en charge. N'inclure dans le dispositif de financement dédié que les dépenses contraintes indispensables à l'usager, d'une part, et les dépenses censément de confort mais qui relèvent en fait du minimum exigible de dignité humaine, d'autre part.
- Refuser la création d'une nouvelle branche de la Sécurité sociale consacrée à la dépendance, du fait de l'inefficacité, de l'incohérence et de l'illisibilité de son système de financement.
- Créer pour la prise en charge de la dépendance un nouveau dispositif de solidarité nationale, progressif par tranches, inversement proportionnel au revenu. Le compléter par un dispositif d'assurance privée obligatoire.
- Financer ce dispositif de solidarité nationale par le prélèvement à la source de l'impôt sur le revenu et l'atténuation de la niche fiscale sur plus-values de cession de titres des entreprises.

Mieux développer l'aide aux aidants et les structures d'accueil

- Compte tenu du tarissement prévisible du nombre d'aidants naturels disponibles, eu égard aux évolutions sociétales, organiser les dispositifs publics (services à la personne) de sorte que le plus grand nombre de personnes en situation de dépendance, même légère, puisse recourir ponctuellement ou régulièrement aux services d'un intervenant professionnel à domicile.
- En maison de retraite, passer à 2 animateurs à temps plein sur 50 employés pour 90 personnes âgées.

- Développer les structures de répit afin de maintenir le plus longtemps possible le libre choix entre domicile et établissement d'hébergement.
- Mettre en place un système d'interlocuteur unique pour l'information de la personne âgée dépendante et de sa famille.
- Encourager le développement des plateformes de petite taille combinant différentes formules d'accueil et d'hébergement temporaires afin d'optimiser l'adaptation aux attentes des aidants, moyennant un effort d'évaluation et la levée d'obstacles notamment juridiques.
- Accélérer le développement des comités de liaison, d'information et de coordination (CLIC) pour aboutir dans tous les territoires de santé au guichet unique d'information et d'orientation.
- Pour aller plus loin que les coordonnateurs prévus par le plan Alzheimer 2008-2012, créer une nouvelle profession de prescripteurs socio-médicaux, chargés d'un diagnostic dépassant le cadre médical (situation sociale de la personne âgée, orientation médico-sociale).
- Développer au profit des aidants les services d'accompagnement ou de veille nocturne, de soutien psychologique et d'aides de nuit sur Internet.
- Créer pour les aidants un statut juridique incluant des droits sociaux.
- Créer un Conseil de la vie et de la famille dont la communication publique sera à même d'orienter la personne âgée pour les prochaines étapes de sa vie.

**Faire de la
France un leader
des géronto-
technologies**

- Labelliser un pôle d'excellence spécifiquement dédié aux technologies de la santé et l'intégrer à un pôle d'excellence européen, la labellisation étant un élément de sensibilisation fort pour les usagers souvent méfiants des nouveaux usages.
- Regrouper les TPE concernées dans une fédération/filière.
- Confier au Conseil National du Numérique l'orientation, le suivi et l'évaluation de l'ensemble des investissements dans le numérique, en inscrivant au rang de ses priorités la dynamisation du secteur des géronto-technologies.
- Confier à la Haute Autorité de Santé la mise en place d'un système de type SMR (service médical rendu), en vue d'établir des grilles de remboursement.
- Permettre aux médecins de prescrire des dispositifs d'assistance utilisant des géronto-technologies.
- Confier à l'Agence Européenne de l'Innovation, moyennant un accroissement de ses moyens, la coordination des moyens du PCRDT d'une part, la participation de l'ANR et de la CNSA, de leurs homologues européennes d'autre part, pour

définir un projet d'envergure européenne mutualisant les capacités de financement relatives aux technologies de la santé et à celles du soutien à l'autonomie.

Lutter contre la fracture et l'illétrisme numérique

- Faire de l'équipement en fibre optique une priorité de l'investissement national en termes d'infrastructure.
- Confier au Conseil National du Numérique la définition d'un plan stratégique de lutte contre la fracture numérique visant une Couverture Numérique Universelle (CNU).
- Généraliser l'accès à l'Internet à haut débit.
- Conduire une vaste campagne de sensibilisation de l'ensemble de la population aux usages des TIC.
- Ajouter au bilan énergétique des logements le bilan numérique (type et état des connexions).
- Pourvoir les EPHAD en équipements numériques (infrastructures, formations Web, jeux vidéos, réseaux sociaux numériques).
- Encourager l'intégration des plus âgés aux réseaux sociaux numériques.

Faire de la prévention la priorité de la politique publique de santé

- Donner la priorité à la lutte contre le tabagisme, l'obésité infantile et l'hypertension artérielle, d'où un abaissement de 30% du risque d'accident vasculaire cérébral et de 50% du risque de démence, deux causes majeures de dépendance chez le sujet âgé.
- Encourager l'activité physique tout au long de la vie.
- Introduire l'éducation à la santé à l'école, à l'université et dans les entreprises.
- Créer un label au profit des entreprises engageant des programmes de prévention en leur sein.
- Développer les programmes de recherche fondamentale et clinique en matière de prévention.
- Favoriser le maintien des activités sociales des 60-69 ans pour préserver leurs fonctions cognitives (cumul emploi-retraite, bénévolat, accompagnement des jeunes, tutorat, humanitaire).
- Généraliser la pratique du contrôle individualisé à tout moment pour éviter le basculement prématuré vers une prise en charge trop lourde.

Passer du concept de prise en charge de la dépendance à celui de soins de longue durée

- Faire évoluer l'ensemble de notre système de soins trop axé sur le curatif et pas assez sur le préventif, renforcer la coordination entre les principaux acteurs de la prise en charge sanitaire et médico-sociale, accélérer les délégations de charges entre professionnels soignants pour le suivi des états chroniques dont le traitement est bien codifié.
- Confier au médecin traitant le dépistage, l'évaluation, l'intervention et le suivi de la dépendance, moyennant une rémunération au forfait par pathologie et/ou par capitation afin d'optimiser la prévention et la vigilance.
- Encourager le développement des maisons de santé pluridisciplinaires, des cabinets de groupe et des centres de santé dans l'approche de la dépendance (combinaison des approches des médecins généralistes, spécialistes et professionnels paramédicaux).
- Généraliser la consultation gériatrique à 70 ans, incluant un bilan de santé et un examen des comportements physiologiques et psychologiques, afin d'établir un plan d'accompagnement personnalisé. Confier ce processus au médecin traitant, appuyé par de nouvelles plateformes d'investigation développées en milieu hospitalier ou dans les maisons de santé pluridisciplinaires déjà évoquées.

Repenser l'organisation des politiques publiques

- Décentraliser l'ensemble des politiques conduites et à venir à l'échelon régional.
- Désenclaver la politique ciblée sur l'âge pour inclure les acteurs de l'habitat et du médico-social, dans le sens du rapport britannique « Lifetime Homes, Lifetime Neighbourhoods. »
- Développer le concept spécifique de solidarité envers les seniors, la séniorité.
- Corriger les inégalités interrégionales et interindividuelles dans l'application de la grille AGGIR, en instaurant une formation plus rigoureuse des coordonnateurs.

Accroître la compétitivité et l'attractivité de la France

- Au rebours de l'orientation actuelle, adopter une politique résolument immigrationniste pour atteindre le solde migratoire annuel le plus élevé de l'Union européenne.
- Créer un Small Business Act européen ainsi qu'un Small Business Innovation and Research.
- Soutenir la création d'un fonds de capital risque dédié. Accompagner le financement des entreprises dans le « early-stage. »
- Ramener à une structure unique la multiplicité des structures de financements, telles OSEO, FSI, etc.

- Redimensionner les pôles d'excellence français à l'échelle européenne, moyennant partenariats, et intensifier les échanges de bonnes pratiques d'un pays à l'autre, en temps réel.
- Créer une nouvelle monnaie complémentaire baptisée le Géronte. Il s'agit d'une monnaie indexée sur le temps passé auprès d'un senior, un compte épargne-temps en somme. Concrètement, une personne offre de son temps au service d'une personne âgée, celle-ci recevant une assistance aussi diverse que faire les courses, prendre un bain, s'occuper des affaires administratives ou du courrier, etc. Le senior verse alors à l'aidant une somme, dont l'unité est le temps qui lui aura été consacré. Cette somme vient abonder un compte numérique. Une fois âgée, tout dépositaire peut payer en gérontes une personne qui lui offre ses services. Ces droits sont transférables, si bien qu'une personne peut choisir ainsi de transférer à ses proches dans le besoin l'ensemble des gérontes qu'il aura engrangés. Ces droits sont convertibles en un panier de services: cours particuliers, garde d'enfants, logement étudiant, etc.

Imaginer des logements adaptés à chacun

- Développer au sein du logement social des places adaptées aux personnes âgées non dépendantes, moyennant la levée de l'obstacle juridique empêchant la spécialisation sur critère d'âge.
- Encourager la labellisation de logements adaptés au grand âge, déjà entreprise par plusieurs départements. Y inclure notamment des systèmes de protection d'ouverture des portes et des fenêtres, des aides-mémoires externes, un balisage lumineux, l'élimination des obstacles au déplacement de la personne âgée, des veilleuses entre le lit et les toilettes, des détecteurs de chute.
- Développer au profit des aidants, sur le modèle des crèches d'entreprise, des foyers d'entreprise, systèmes de prise en charge de jour des aînés organisés selon le même principe.
- Identifier les environnements favorables au maintien d'une vie sociale pour la personne âgée : présence de commerces de proximité et de transports accessibles, notamment.
- Augmenter le nombre d'étages des immeubles déjà existants dans les zones ne permettant pas de nouvelles constructions, afin de libérer des espaces de logement en centres-bourgs et quartiers urbains, mieux adaptés aux personnes âgées.
- Organiser une consultation des spécialistes, ergothérapeutes et gérontologues notamment, ainsi que des personnes âgées elles-mêmes, pour définir les cri-

tères des logements adaptés en s'inspirant de la notion américaine de « universal design. »

- Dans la conception des logements « conçus pour tous, » prendre en compte la réversibilité des aménagements pour les maintenir adaptables à tous les besoins : cloisons mobiles, pré-câblages, par exemple.
- Par la réglementation et/ou l'incitation, amener davantage les copropriétés à conduire les travaux d'adaptation nécessaires.
- Développer la sensibilisation aux risques liés à un logement inadapté à l'aide de brochures et de visites d'appartements-témoins.
- Introduire l'évaluation systématique du logement à partir d'un certain âge atteint par l'occupant ou dans des cas précis tels que le retour d'hospitalisation.
- Mettre en place un référent assurant la coordination des démarches et la communication avec les personnes âgées lors des travaux d'adaptation du logement.
- Sur le modèle du label qualité HANDIBAT créé par la CAPEB de l'Eure, développer la labellisation des professionnels des travaux d'aménagement, quant à leur aptitude à intervenir sur site occupé sans risque pour la personne âgée et à prendre en compte l'accessibilité.
- Encourager les travaux d'adaptation dans les copropriétés grâce à la mutualisation des demandes par le biais de plateformes informatiques dans chaque immeuble.
- Sur le modèle du site internet ADALOGIS créé autour du concept de bourse aux logements pour les handicapés, et sur le modèle du portail internet IMMADÉA focalisé sur les logements destinés aux seniors, encourager le développement de sites internet rapprochant l'offre et la demande de logements adaptés aux personnes âgées.
- Développer l'habitat intergénérationnel, ou habitat partagé, sur le modèle de l'habitat Kangourou québécois et belge.

ANNEXE : GRILLE AGGIR ET GROUPES ISO-RESSOURCES.

La grille nationale AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources) constitue un outil destiné à évaluer le degré de perte d'autonomie ou le degré de dépendance, physique et psychique, des demandeurs de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), dans l'accomplissement de leurs actes quotidiens.

L'évaluation se fait sur la base de 17 variables :

- 10 variables dites «discriminantes» se rapportent à la perte d'autonomie physique et psychique et sont utilisées pour le calcul du GIR (groupe iso-ressources) : cohérence - orientation - toilette - habillage - alimentation - élimination - transferts (se lever, se coucher, s'asseoir) - déplacement à l'intérieur - déplacement à l'extérieur - communication à distance ;
- 7 variables dites «illustratives», concernant la perte d'autonomie domestique et sociale, qui n'entrent pas dans le calcul du GIR mais apportent des informations utiles à l'élaboration du plan d'aide : gestion personnelle de son budget et de ses biens – cuisine – ménage – transports – achats – suivi du traitement – activités de temps libre.

Pour chacune des variables, il convient de coder l'une des 3 modalités qui lui est applicable (A, B ou C) :

- A – fait seul les actes quotidiens : spontanément, et totalement, et habituellement, et correctement
- B – fait partiellement : non spontanément, et/ou partiellement, et/ou non habituellement, et/ou non correctement.
- C – ne fait pas : ni spontanément, ni totalement, ni habituellement, ni correctement.

Les 6 groupes iso-ressources de la grille AGGIR classent les personnes âgées en fonction des aides à la personne ou des techniques commandées par leur état :

- le GIR 1 comprend les personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants ;
- le GIR 2 concerne les personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions intellectuelles ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante. Ce groupe s'adresse aussi aux personnes âgées dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui ont conservé leurs capacités de se déplacer ;
- le GIR 3 réunit les personnes âgées ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui ont besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'être aidées pour leur autonomie corporelle ;
- le GIR 4 intègre les personnes âgées n'assumant pas seules leurs transferts mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur de leur logement. Elles doivent parfois être aidées pour la toilette et l'habillage. Ce groupe s'adresse également aux personnes âgées n'ayant pas de problèmes locomoteurs mais devant être aidées pour les activités corporelles et pour les repas.
- le GIR 5 comporte des personnes âgées ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage ;
- le GIR 6 réunit les personnes âgées n'ayant pas perdu leur autonomie pour les actes essentiels de la vie courante.

Les auteurs

Mehdi BENCHOUFI

Président du Club Jade

Doctorant en mathématiques et interne en médecine

Jean-Pierre CAMILLERI

Médecin

Professeur des universités et biologiste honoraire des hôpitaux

Ancien directeur de l'Institut Curie

Ancien enseignant-chercheur dans les hôpitaux de Paris

Thomas GUÉNOLÉ

Secrétaire général du Club Jade

Doctorant en science politique (CEVIPOF)

Maître de conférences en économie à Sciences Po

Professeur de démographie à l'université Panthéon-Assas

Consultant politique

Sophie HADINE

Trésorière du Club Jade

Etudiante en droit à Paris-II

Alexandre JOST

Président de la Fabrique Spinoza

Ancien directeur général adjoint pour la dépendance du Groupe SOS
(groupe d'économie sociale et solidaire)

Roméo LUCIBELLO

Entrepreneur en informatique.

Ingénieur des Mines de Nancy, diplômé de Sciences Po Paris

Didier RAYON

Directeur des études de SQLI

Ancien directeur associé d'Opinion Way

**Liste des
entretiens avec
des experts.**

Olivier BERRUYER

Trésorier de l'Institut des Actuaire

Jean-Luc de BOISSIEU

Secrétaire général de la GEMA, le Groupement des Entreprises Mutuelles d'Assurances.

Jean-Michel CAUDRON

Gérontologue et spécialiste des politiques publiques gérontologiques

Gilles DUTHIL

Fondateur de l'Institut Silverlife, think tank sur les enjeux économiques du vieillissement

Elisabeth HIRSCH DURETT

Professeure à l'Ecole d'Études Sociales et Pédagogiques (EESP) de Lausanne

Alexandre JOST

Président de la Fabrique Spinoza

Ancien directeur général adjoint pour la dépendance du Groupe SOS (groupe d'économie sociale et solidaire)

Blanche LE BIHAN

Docteure en science politique, enseignant-chercheur à l'Ecole des hautes études en santé publique (EHESP) et chercheuse au Centre de recherche sur l'action politique en Europe (CRAPE/CNRS)

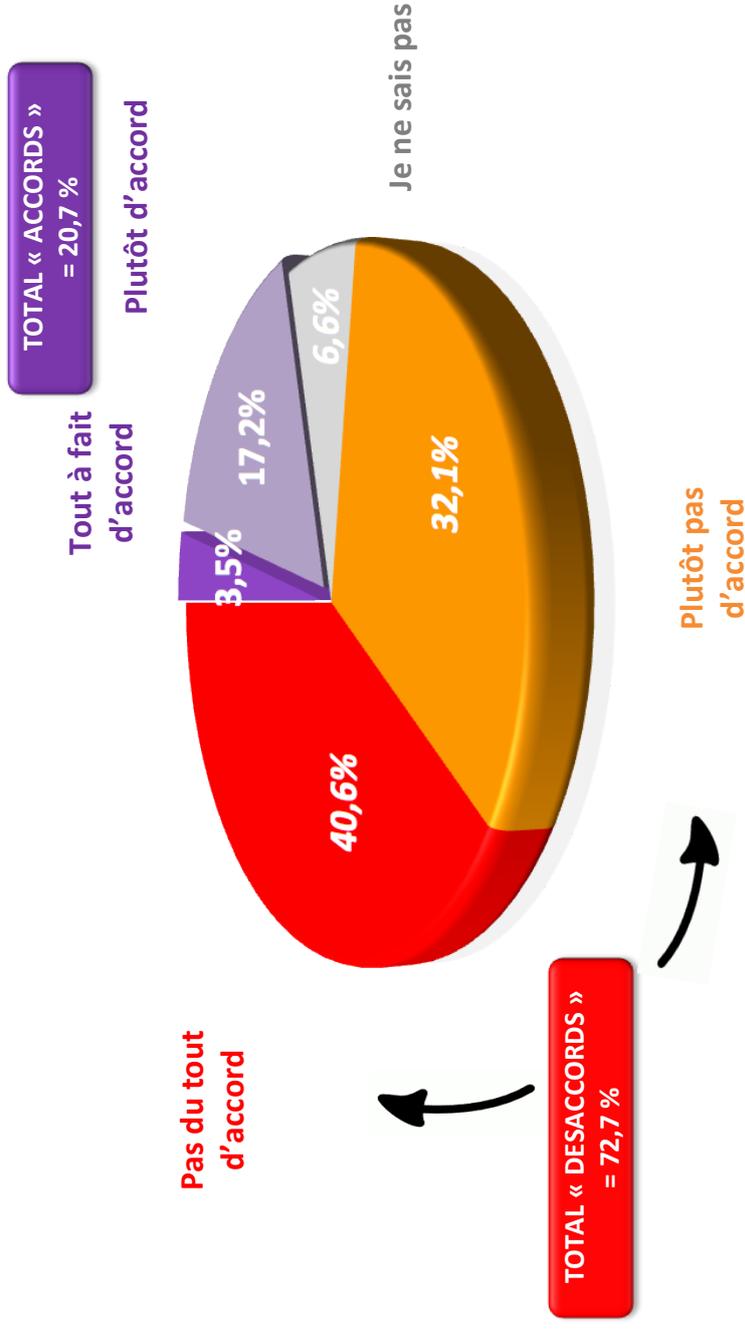
Virginie GIMBERT

Chargée de mission au Département Questions Sociales du Centre d'Analyse Stratégique

LA DEPENDANCE : une faible confiance dans la classe politique

Q° 12 / Face aux besoins actuels et futurs de la société française, en matière de dépendance et de financement de la solidarité nationale (assistance, maladie, retraites...), diriez-vous que, globalement, en France, les responsables politiques...

...Ont une bonne compréhension de la réalité quotidienne des Français.



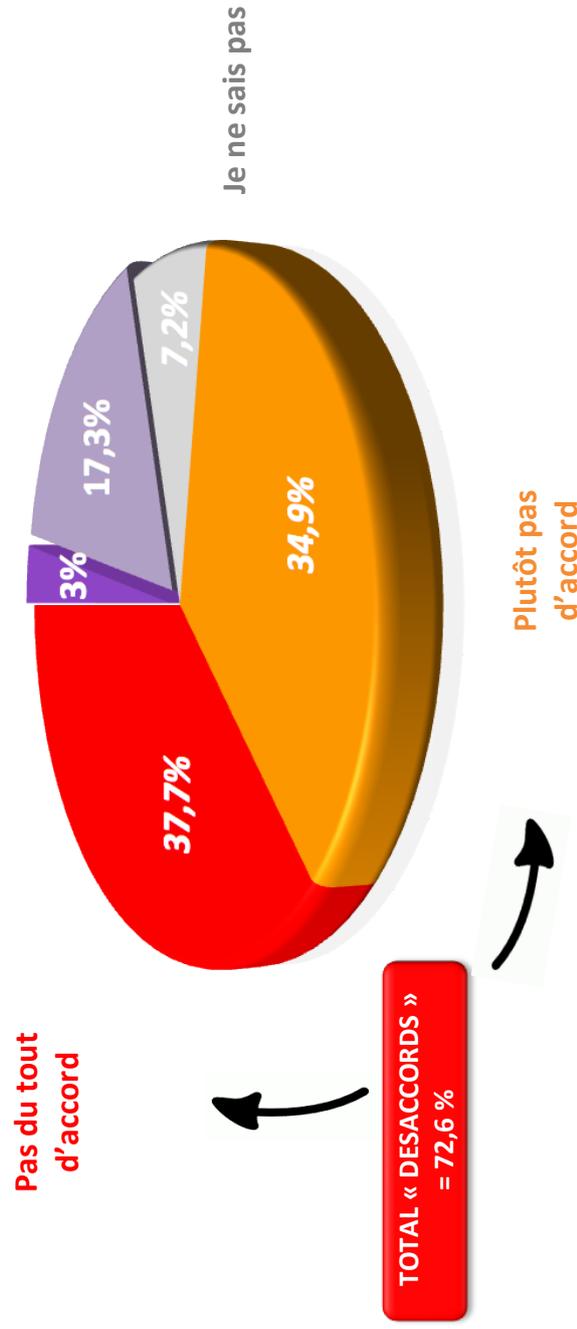
LA DEPENDANCE : une faible confiance dans la classe politique

Q° 12 / Face aux besoins actuels et futurs de la société française, en matière de dépendance et de financement de la solidarité nationale (assistance, maladie, retraites...), diriez-vous que, globalement, en France, les responsables politiques...

...Ont une bonne vision de l'avenir et savent piloter le pays pour répondre à ces besoins liés à la dépendance

TOTAL « ACCORDS »
= 20,3 %

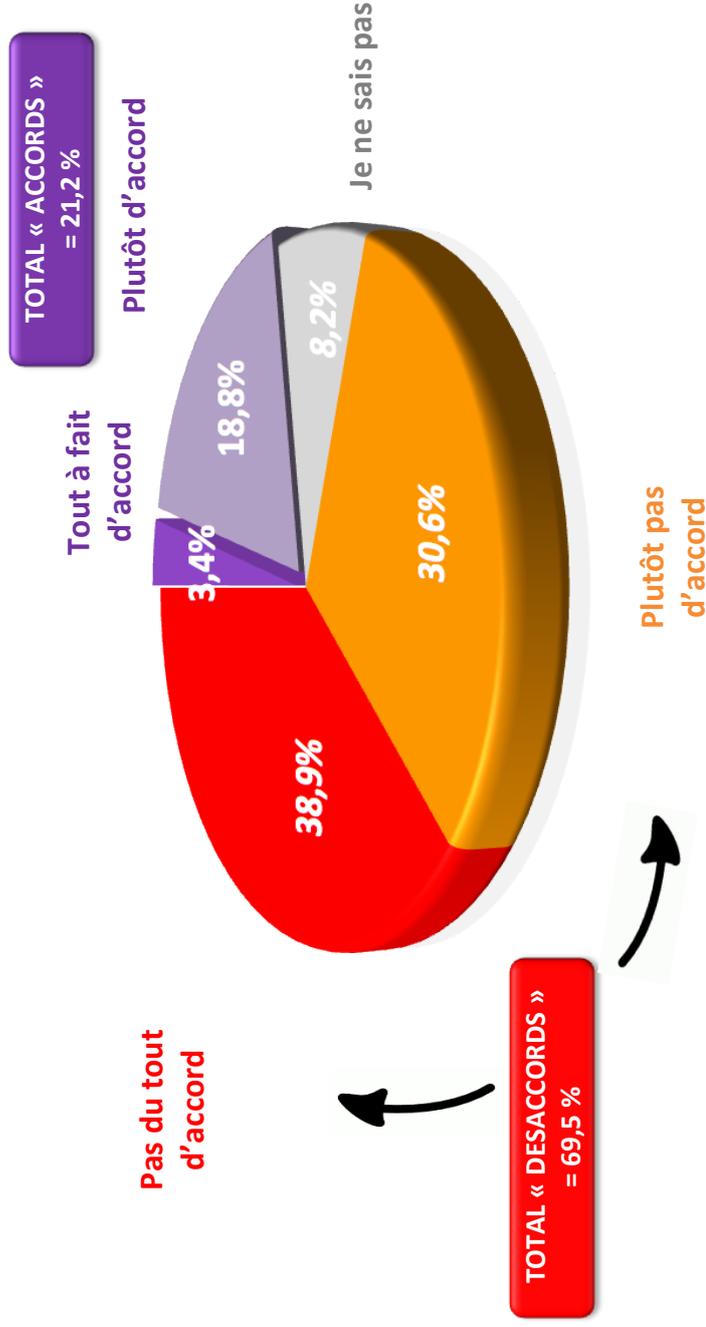
Tout à fait d'accord
Plutôt d'accord



LA DEPENDANCE : une faible confiance dans la classe politique

Q° 12 / Face aux besoins actuels et futurs de la société française, en matière de dépendance et de financement de la solidarité nationale (assistance, maladie, retraites...), diriez-vous que, globalement, en France, les responsables politiques...

...Ont le courage d'assumer leurs responsabilités pour anticiper ces futurs besoins, quitte à prendre des décisions impopulaires si cela est nécessaire.

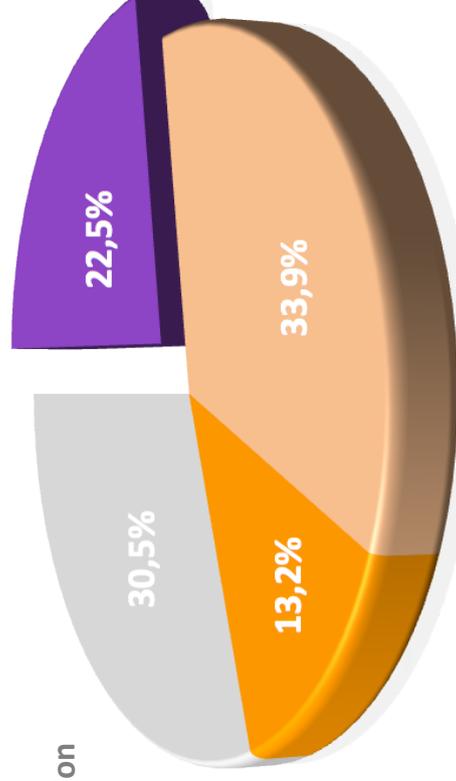


LA SOLIDARITE : inégalités ou équité générationnelles ?

Q° 13 / En matière de réformes, diriez-vous que les décideurs politiques, économiques et sociaux, en France, prennent des décisions :

Qui préservent un juste équilibre entre les intérêts des générations actuelles et ceux des générations futures

Sans opinion



... Qui favorisent plutôt les intérêts des générations futures en sacrifiant ceux des générations actuelles.

... Qui préservent plutôt les intérêts des générations actuelles, en sacrifiant ceux des générations futures.

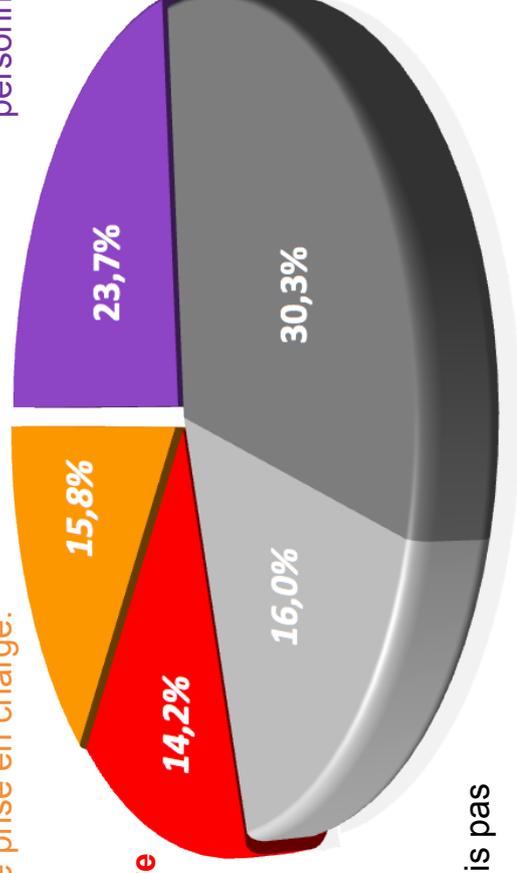
LA DEPENDANCE : un sujet au cœur des présidentielles

Q° 14 / Si, au moment des présidentielles de 2012, le candidat ou la candidate dont vous êtes le plus proche, demandait aux Français, des efforts personnels, y compris financiers, pour une meilleure prise en charge des personnes en situation de dépendance. Cela influencerait-il votre intention de vote ?

Cela dépend si je fais parti ou non des personnes qui devront participer au financement de cette prise en charge.

Oui, mais de façon négative car je ne suis pas d'accord avec un tel projet.

Oui, de façon positive, car je suis d'accord avec un tel projet d'aide aux personnes dépendantes



Je ne sais pas

Non, ce projet n'aurait aucune influence sur mon intention de vote

LA DEPENDANCE : la responsabilité du Peuple

Q° 15 / Concernant la question des modalités de financement de la dépendance et de l'aide aux personnes dépendantes, laquelle de ces formules vous paraît la meilleure ?

