

RELEVONS LE DÉFI DU VIEILLISSEMENT
ET DU GRAND ÂGE EN MEURTHE-ET-MOSELLE



LES ASSISES DEPARTEMENTALES DE L'AUTONOMIE 5 & 6 FÉVRIER 2019

INCLUS : LA CONTRIBUTION
DE LA MEURTHE-ET-MOSELLE AU DÉBAT
DU GRAND ÂGE ET DE L'AUTONOMIE

ACTES

RELEVER LE DÉFI DU GRAND ÂGE ET DU VIEILLISSEMENT



© G. Berger-CD54

P 4

Manifeste de la Meurthe-et-Moselle pour une réforme structurelle de l'accompagnement du vieillissement de la population

P 5

Restitution des paroles des citoyens par Jean-Marie SCHLERET

P 7

Résultats du questionnaire

P 9

Actes 1 - Revaloriser le rôle des personnes âgées dans une société en quête de sens

P 15

Actes 2 - Adapter les réponses publiques à un nouveau contexte

P 19

Actes 3 - Définir les nouvelles sources de financement et de nouveaux modes de gouvernances

P 24

Synthèse des Fabriques du 6 février 2019

P 26

Contribution du Conseil Départemental de la Citoyenneté et de L'Autonomie de Meurthe-et-Moselle

ÉVEILLER LES CONSCIENCES

Les Assises de l'autonomie des personnes âgées sont nées des débats intervenus au sein de la majorité départementale à l'occasion de la mise en œuvre de la nouvelle tarification et suite aux mouvements sociaux dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) en janvier et mars 2018. Soutenus par de grandes fédérations d'employeurs, ces mouvements dénonçaient la dégradation des conditions de réalisation des missions des professionnels auprès des résidents.

Paru fin 2017, le rapport des députées Fiat et Iborra sur les EHPAD a également marqué les esprits et contribué à éveiller les consciences. Parallèlement, la dégradation de la situation financière et sociale des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD), chevilles ouvrières du maintien à domicile répondant à l'aspiration dominante des personnes âgées à vivre chez elles, complétait le tableau inquiétant de l'évolution de la prise en charge de la dépendance.

ENGAGER UNE RÉFORME STRUCTURELLE DE L'AUTONOMIE

Un constat s'imposait : le système actuel d'accompagnement et de financement de la perte d'autonomie n'est pas adapté à l'accélération du vieillissement de la population et à la transition démographique qui s'annonce.

Lors de la session de mars 2018, l'Assemblée départementale adoptait à l'unanimité une motion appelant l'État à engager une réforme structurelle du financement de l'autonomie devant d'abord se traduire par l'augmentation de la présence humaine auprès des personnes, tant à domicile qu'en établissement. Peu de temps après, la Ministre des Solidarités et de la Santé engageait le chantier de la dépendance en ouvrant la Concertation grand âge autonomie.

CRÉER UN ESPACE DE PARTICIPATION AU DÉBAT SUR L'AUTONOMIE

Avec Annie SILVESTRI, vice-présidente déléguée à l'autonomie des personnes, nous avons souhaité offrir aux Meurthe-et-Mosellans un espace de participation et de contribution à ce débat car il renvoie à des enjeux de société majeurs touchant à la préservation de notre modèle social. Dans ce but, j'ai constitué dès l'été 2018, un groupe de pilotage constitué de la diversité des acteurs de l'autonomie de Meurthe-et-Moselle, des équipes de directions aux représentants de salariés en passant par des élus locaux, des universitaires, les vice-présidents du Conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie et des associations citoyennes. Ensemble, nous avons préparé ces Assises.

La mise en ligne d'un questionnaire citoyen à partir de décembre 2018 a permis à près de 1 000 personnes – dont 130 collégiens – de s'exprimer sur les trois grandes thématiques qui ont structuré nos réflexions : l'affirmation de la fonction sociale des personnes âgées, l'adaptation territoriale de la réponse publique au vieillissement et enfin, la gouvernance et le financement de l'autonomie.

Le 5 février 2019, s'est tenu un forum citoyen précédé par une pièce de théâtre réalisée par la Compagnie du Jarnisy et soutenue par la Conférence des financeurs de la perte d'autonomie. Ce forum a permis à 200 personnes de formuler des propositions dans le cadre de groupes d'échanges. Elles ont enrichi les données recueillies dans le cadre du questionnaire citoyen dont les conclusions sont présentées dans ce document.

Le 6 février 2019, les Assises réunissaient 350 personnes autour d'experts reconnus de l'autonomie dont les exposés ont nourri 4 Fabriques regroupant les participants dans une réflexion partagée. Leurs idées sont également reprises dans ce document.

CONTRIBUER AU DÉBAT NATIONAL « GRAND ÂGE AUTONOMIE »

Cette plaquette est la synthèse de ces réflexions, propositions et débats dans leurs diversités. Cette pluralité des idées est une richesse représentative des sensibilités qui se sont exprimées lors des Assises. Le manifeste de la Meurthe-et-Moselle « pour une réforme structurelle de l'accompagnement du vieillissement de la population » s'efforce de faire converger dans une position cohérente ces différentes contributions.

L'ensemble de ces éléments a été versé à la démarche nationale grand âge autonomie avant sa clôture, fixée au 12 mars 2019.

Les actes des Assises seront édités au printemps et comprendront les exposés des experts que je voudrais remercier pour leur participation et la grande valeur de leurs témoignages ainsi que toutes celles et ceux qui sont intervenus tout au long de ces Assises.

RESTER VIGILANTS

Il ne s'agit cependant que d'une étape vers une nouvelle politique du vieillissement. La loi grand âge promise par le Gouvernement devra être à la hauteur des enjeux que ce débat a révélés et des espoirs qu'il a fait naître. Des arbitrages importants seront rendus et nous devrons tous être attentifs au respect des valeurs de justice et d'équité qui devront guider l'élaboration de cette loi.

Le suivi de la rédaction de ce texte mais aussi l'adaptation de la politique départementale aux enjeux du grand âge nous fourniront l'occasion de poursuivre avec les Meurthe-et-Mosellans la réflexion engagée à l'occasion de ces Assises. ■



© Ch. Courbis

MATHIEU KLEIN

Président du conseil départemental de Meurthe-et-Moselle

MANIFESTE DE LA MEURTHE-ET-MOSELLE POUR UNE RÉFORME STRUCTURELLE DE L'ACCOMPAGNEMENT DU VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION



© N. Wicker-CD54

La France vieillit. Entre 2005 et 2020, nous assisterons au doublement du nombre de personnes âgées de plus de 85 ans. Dans le Grand Est les plus de 60 ans représenteront 1,7 million d'habitants en 2050 soit 30 % de la population. En 2040, le Département de Meurthe-et-Moselle devrait compter plus de 210 000 personnes âgées de + de 60 ans, alors qu'elles sont aujourd'hui au nombre de 174 000, soit une augmentation de 20 %.

Derrière la rigueur des chiffres, c'est l'enjeu du vieillissement de la population et de la transition démographique qui nous est lancé. Il nous offre, comme la transition écologique, des opportunités de repenser la manière dont nous faisons société et la place et le rôle des Seniors dans la France qui vient.

La Meurthe-et-Moselle est déterminée à relever le défi de l'allongement de la durée de vie. Le conseil départemental a fait le choix depuis de nombreuses années d'un niveau de dépense par habitant pour l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) bien supérieur à la moyenne nationale. Le schéma de l'autonomie adopté à l'unanimité en juin 2017 constitue la feuille de route de notre ambition. Son déploiement, en lien avec nos partenaires est pourtant fragilisé par un système national d'accompagnement et de financement de la perte d'autonomie à bout de souffle et générateur d'injustice.

Ce manifeste s'inspire des travaux des Assises, il repose sur 3 thématiques clés qui permettent d'appréhender si ce n'est la totalité, du moins l'essentiel, des problématiques du vieillissement et du grand âge : l'affirmation de la fonction sociale des personnes âgées, l'adaptation territoriale de la réponse publique au vieillissement et la gouvernance et le financement de l'autonomie.

UN SYSTÈME GÉNÉRATEUR DE 4 GRANDES INJUSTICES

1. Le reste à charge. Qu'est-ce qui justifie aujourd'hui en France, que d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) à l'autre, d'un Département à l'autre, un-e résident-e connaisse un tel différentiel de reste à charge ? Il peut y avoir des modèles économiques différents, il peut y avoir des financements différents, il peut y avoir une dépendance naturellement différente, des revenus et une solidarité familiale différents. Mais le reste à charge des français est l'un des plus élevés d'Europe. Un résident en EHPAD supporte un reste à charge moyen de 1 860 €, alors que le revenu médian d'une personne de plus de 75 ans est de 1 600 € par mois.

2. La situation des services d'aide à domicile qui sont confrontés à l'épuisement de leur modèle économique mettant en péril la réponse à la principale aspiration des personnes âgées : vivre chez soi dans de bonnes conditions et le plus longtemps possible.

3. Au-delà des services d'aide à domicile, l'ensemble des métiers de l'autonomie souffre d'un déficit d'attractivité, souffre de rémunérations inadaptées, trop faibles et parfois d'inégalités territoriales en raison d'une concurrence effrénée avec les pays voisins qui offrent des rémunérations supérieures.

4. Enfin, la situation des Départements : il convient de rappeler que le financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) repose aujourd'hui sur des bases inéquitables. L'acte de naissance de l'APA en 2001 prévoyait un financement paritaire de l'État et des Départements hors correctif des accords de Matignon de 2013. Ce principe n'a jamais vraiment été mis en œuvre. Aujourd'hui l'APA est assurée à 70 % par les Départements ; faire reposer le financement de la solidarité nationale sur des bases inéquitables à l'échelle territoriale, ne peut pas être une solution durable.

L'AFFIRMATION DU RÔLE SOCIAL DES PERSONNES ÂGÉES

Il convient en premier lieu d'agir à un niveau culturel et de changer de regard sur la personne âgée. Nous devons prendre conscience que toutes les stigmatisations de l'âge dans notre langage, dans nos attitudes ou pratiques quotidiennes, alimentent une vision déficitaire de la vieillesse.

Ce cloisonnement générationnel nous prive d'un atout considérable tant pour le développement des liens sociaux que pour le développement économique de notre pays. Celui-ci a bien du mal à attribuer aux personnes âgées un rôle déterminant dans la production de richesses malgré les perspectives offertes par la Silver économie. Or, ils sont nombreux à pouvoir davantage être mobilisés sur les terrains économiques, éducatifs et sociaux. Autrement dit, la définition d'un rôle moteur des personnes âgées dans leur territoire de vie servirait non seulement leur intérêt en favorisant le « bien vieillir », mais également celui de toute la société, comme facteur de croissance et de cohésion sociale.

Il s'agit bien plus fondamentalement de repenser le rôle citoyen, éducatif et économique des retraités et des personnes âgées dans leur environnement ; les personnes âgées ont parfois davantage besoin d'aider que d'être aidées, et ce d'autant plus, que le premier facteur de prévention de la perte d'autonomie est l'inscription de la personne âgée dans un réseau d'interactions sociales. L'engagement citoyen offre, de ce point de vue, de nombreuses opportunités d'implication et d'utilité sociale.

C'est pourquoi, et comme le recommandent les groupes de travail préparatoires aux Assises, il faudra identifier tout ce qui, dans un territoire déterminé, peut contribuer à généraliser des dynamiques d'inclusion de toutes les personnes âgées. Il faudra aussi engager une réflexion sur les nouvelles fonctions ou nouveaux métiers induits par l'évaluation des besoins que ces diagnostics feront émerger.

L'ADAPTATION TERRITORIALE DE LA RÉPONSE PUBLIQUE AU VIEILLESSEMENT

En matière d'organisation de la réponse publique au vieillissement, il est impératif de poursuivre de façon déterminée le décloisonnement entre la protection sociale, le sanitaire et le domicile. Il faut construire des projets territorialisés coordonnant et optimisant les ressources dans le souci de la fluidité des parcours des personnes. La contractualisation et la co-construction doivent être les leviers méthodologiques de ces démarches dont l'impulsion et la coordination devront relever des Départements en lien avec les Agences régionales de santé (ARS).

Notre contexte est ainsi marqué par une évolution de la demande sociale et notamment celle des seniors. Les personnes âgées aspirent à des services plus individualisés tenant compte de leur mode et de leur rythme de vie là où la génération précédente se satisfaisait d'une aide publique ou marchande standardisée.

À l'instar du conseil départemental qui s'est engagé dans la réalisation d'un programme de 6 résidences accompagnées, de nombreuses communes se sont mobilisées pour s'adapter au vieillissement de leur population et proposer des modes d'habitat innovants. Il faut essaimer leurs bonnes pratiques, accompagner les collectivités volontaires et développer l'appui aux communes mais aussi aux opérateurs de l'habitat qui s'engagent dans cette ambition. Peut-être même, faudrait-il être plus incitatif à l'égard des collectivités qui resteraient en retrait.

Le nouvel écosystème médico-social d'accompagnement du vieillissement devra traduire la volonté de remettre la personne au cœur de ses dispositifs. L'utilisateur ne doit pas être la variable d'ajustement de la complexité et des contraintes de l'offre de services. C'est aux organisations d'adapter leurs fonctionnements aux besoins des personnes.

C'est l'état d'esprit qui anime la Meurthe-et-Moselle, pour laquelle la proximité est un principe d'action comme en témoignent ses services territorialisés de l'autonomie qui accueillent annuellement plus de 30 000 usagers ainsi que le déploiement des 17 Maisons Départementales des Solidarités (MDS) et 77 points de contact dans un contexte de désengagement général des services publics.

La territorialisation de l'action publique du conseil départemental de Meurthe-et-Moselle n'est pas figée et pourrait évoluer en fonction des besoins d'un maillage de proximité plus fin.

Le projet territorial multi partenarial devra organiser des collaborations décloisonnées articulant de manière efficace et efficiente les multiples leviers de l'action publique au service de parcours fluides, quel que soit le niveau d'autonomie de la personne. Dans ce cadre, les EHPAD pourraient aussi devenir le pivot de la télémédecine aussi bien pour leurs résidents que pour les autres habitants du territoire, contribuant ainsi à la lutte contre les déserts médicaux.

UNE GOUVERNANCE SOLIDAIRE

S'agissant des principes qui nous animent en matière de gouvernance et de financement, la réforme autonomie grand âge devra s'attacher à mettre fin aux inégalités territoriales. Il ne faut plus que dans un Département aux faibles ressources, le contribuable départemental finance davantage une prestation relevant de la solidarité nationale que dans un Département aux ressources élevées.

L'État doit être le garant du financement de la perte d'autonomie et les Départements doivent rester responsables des solidarités de proximité, de l'aide et de l'accompagnement des personnes en coopération étroite avec les communes et les acteurs du secteur.

Dans cette perspective, le rôle de chef-de-file des Départements doit être réaffirmé en coopération avec le bloc communal et les centres communaux d'action sociale (CCAS) / Centres Intercommunaux d'Action Sociale (CIAS), parce que les collectivités locales sont fortes des valeurs ajoutées de la décentralisation : l'approche fine des territoires, le maillage des acteurs publics, l'activation des réseaux associatifs et citoyens, la connaissance des besoins des populations...

UN FINANCEMENT ÉQUITABLE

Il faut aller vers d'autres modes de financement. Les besoins de la dépendance sont aujourd'hui estimés par les économistes de la santé entre un demi et un point de PIB ; soit entre 8 et 12 milliards d'euros par an. Rappelons que la France consacre aujourd'hui 2 % de son PIB à l'autonomie, contre 4 % pour les Pays-Bas ou 3 % pour le Danemark.

Le point de départ d'une réflexion sur la refonte du système de financement de l'autonomie ne peut être seulement technique ou comptable. Comme l'ont préconisé les groupes de travail préparatoires aux Assises, elle doit s'ancrer dans la définition d'une offre de prestations, socle d'accompagnement de la perte d'autonomie permettant de répondre aux différents besoins de la personne afin d'établir une réponse individualisée adaptée et digne sur la base de coûts connus.

Le financement de l'autonomie doit, non seulement couvrir ce socle de besoins essentiels afin d'assurer la bientraitance de la personne à tout moment du parcours de vie et reposer sur une tarification adaptée tant en établissement qu'à domicile et un plafonnement du reste à charge pour les personnes. Le niveau de ce reste à charge pourrait être établi selon des mécanismes proches de ceux pratiqués pour les établissements accueillant des jeunes enfants et basés sur le quotient familial.

Cela permettrait de garantir une juste participation aux coûts établis sur la base des capacités contributives de la personne.

VERS UN 5^e RISQUE

Au-delà du socle de prestations d'accompagnement que devra assurer la solidarité nationale dans le cadre d'une 5^e branche de la sécurité sociale, car la responsabilité de la prise en charge du risque de perte d'autonomie doit être collective, un financement complémentaire doit encore être réfléchi : solidarité familiale, assurance, recours au patrimoine... Toutes les pistes doivent être examinées dans un souci d'équité et de justice comme celles avancées, par exemple, par des économistes de la santé dans le cadre du Conseil d'analyse économique :

- La mise en place d'une assurance obligatoire contre le risque de dépendance lourde.
- La création d'une APA élargie en établissement combinant l'APA et l'aide sociale à l'hébergement (ASH) qui couvrirait l'ensemble des dépenses de dépendance autres que les soins.
- L'instauration d'un prêt-dépendance assis sur l'immobilier des ménages pour recourir au patrimoine pour financer la perte d'autonomie.

Dans le cadre de l'enquête citoyenne initiée par le conseil départemental, une majorité de personnes s'est exprimée en faveur d'une contribution des familles, sous réserve de supprimer les contraintes pour les petits-enfants et de ne procéder à la récupération sur succession qu'au-delà d'un seuil de patrimoine.

Quelles que soient les solutions retenues et dès lors qu'elles sont respectueuses des valeurs républicaines d'équité et de solidarité, il est indispensable qu'elles soient encadrées par la loi et protègent les personnes les plus démunies.■

RESTITUTION DES PAROLES DES CITOYENS PAR JEAN-MARIE SCHLERET

Ancien président du Conseil National
Consultatif des Personnes Handicapées
(CNCPH) et ancien président
de la commission
solidarité du Département
de Meurthe-et-Moselle

*Voilà bien encore une singularité positive
à l'actif d'un conseil départemental
innovant : la parole des citoyens dès
l'ouverture des Assises, afin que celle
des experts et des « sachants »
qui interviendront tout au long de
la journée puissent s'en imprégner.
Difficile cependant pour moi de ne pas me
départir complètement de mes anciennes
fonctions d'élu en charge du social et du
logement, de coordonnateur du réseau HLM
Grand Est et surtout celle d'avoir présidé,
durant 7 ans, le Conseil National Consultatif
des Personnes Handicapées (CNCPH) depuis
l'élaboration dès 2002 de la loi de 2005
jusqu'à la parution de l'ensemble des textes
d'application et la première conférence
du handicap en 2008.*

En croisant à la fois les réponses au questionnaire général, les 130 réponses de collégiens et le résultat du fructueux travail de 8 ateliers de la soirée du 5 février, j'ai dégagé 5 grands thèmes parmi les nombreuses pistes tracées.

RESTER ENGAGÉ DANS LA VIE EN SOCIÉTÉ

La conception fixiste de la vieillesse traduit par « âge d'or, 3^e et 4^e âge... » plus récemment séniors s'accompagne dans les esprits et les décisions politiques d'une sorte de relégation en « division d'honneur » que traduit du reste le terme de « retraite », avec toutes sortes de formes de considération, d'obligations sociales. Mais en définitive ce qui manque à l'ensemble de nos politiques, c'est de considérer que des personnes qui vieillissent durant 30 ans, ont avant tout besoin de demeurer inscrites dans des relations d'échange où leur utilité familiale et sociale peut se déployer.

Les personnes vieillissantes voient s'organiser autour d'elles presque exclusivement des dispositifs de protection. Il en a été de même pour les personnes en situation de handicap avec la loi de 1975, avant que le CNCPH ne marque de son empreinte la loi de 2005 : participation et citoyenneté. Ce qui nous a obligé à repenser l'ensemble des mécanismes de notre action collective en arrêtant de tout organiser sous l'angle de l'aide sociale, ce qui ne viendrait à l'idée de personne en matière de politiques de la jeunesse.

Avec le recul d'un vieux que je deviens moi-même, je réalise qu'en 2005, nous aurions dû intégrer davantage - et pas uniquement dans nos réflexions sur la suppression des barrières d'âge (60 ans, on n'est plus une personne handicapée, mais un vieux !) - la dépendance sous toutes ses formes. Aujourd'hui, les choses s'inversent : recul sur le handicap y compris par la loi Évolution du logement, de l'aménagement et du numérique (ELAN), et mise en avant de la dépendance.

Les personnes vieillissantes auraient dû pouvoir bénéficier d'une loi garantissant la participation et la pleine citoyenneté, en allant jusqu'aux déclinaisons en matière de prestations de compensation. Les personnes en situation de handicap ont su imposer leur place entière dans la société, actrices de leur devenir et participant à l'ensemble des activités qui constituent la vie d'une collectivité, développement économique, solidarités, vie culturelle, action syndicale et politique.

Au lieu de cela, dans le meilleur des cas, les personnes vieillissantes sont invitées à donner des avis au sein de « conseils des sages », alors qu'elles entendent demeurer actives dans les multiples champs d'engagement et participer à l'ensemble du débat public. Dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) eux-mêmes, il conviendra de sortir des seules perspectives de « protection gérontologique ». Dans l'exceptionnelle représentation théâtrale du 5 février « Qui va changer l'ampoule ? », combien de fois est revenu : « on est vieux mais on veut vivre ».

Les enquêtes montrent que 80 % des seniors entendent rester utiles dans tous les domaines (habitat et environnement, aide aux jeunes parents, aides à des futurs retraités, tutorats divers, aides aux devoirs à l'apprentissage, vie associative et de quartier) : ils ont de l'énergie, beaucoup d'expérience, et très souvent des qualités de cœur et de l'optimisme.

PROJET DE VIE ET AIDANTS

Là encore, la loi de 2005 aurait dû s'appliquer aux personnes vieillissantes, dans l'importance donnée au projet de vie, à la dimension d'accueil et d'écoute que la Maison Départementale pour les Personnes Handicapées (MDPH 54) met en œuvre. Je n'ai pas oublié qu'en 2003 quand le CNCPH a entendu Denis PIVETEAU préconiser des lieux d'accueil centralisés dans les Départements, l'insistance apportée à la participation des personnes concernées par l'évaluation de leurs difficultés, certes, mais également de leurs potentiels, en évitant les pratiques de l'hygiaphone.

Ne pas se contenter de répondre à des besoins, mais à des attentes d'une personne mise en confiance avec, quand c'est possible, la famille.

Au stade des décisions, jadis tout était décidé en fonction des capacités d'accueil ou de services. Puis on a progressé. C'est le « on va vous notifier ». Désormais, cela doit être la construction d'un projet. La participation des intéressés eux-mêmes est garantie par un Conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA).

Personnes vieillissantes, actrices de leur devenir, cela signifie beaucoup d'efforts en matière de soutien aux aidants (aidant principal ou référent), inscrits dans une prestation de compensation du handicap (PCH) spécifique qui peut comporter un volet consacré aux besoins et aux attentes des aidants y compris en matière de formation ou d'évaluation.

TECHNOLOGIES NOUVELLES ET SOLIDARITÉS RÉINVENTÉES

Pour les plus jeunes, on le sent bien à travers l'enquête des collégiens, la question qui se pose est : quelle vie dans 30 ou 50 ans ? Les progrès de la médecine, de la prévention et des soins s'accompagnent des fulgurantes avancées des technologies nouvelles qui améliorent la vie quotidienne.

Les barrières liées aux déclins de l'audition, de la vision, les freins à la mobilité sont en train de reculer. Les nouveaux EHPAD intègrent tous les progrès de la domotique, sans pour autant pouvoir remédier aux carences en ressources humaines. Nouveaux modes de communication, informations mieux accessibles, tout cela comporte aussi de nombreux revers.

Déferlements de nouvelles mal vérifiées, avalanches d'actualités dont la dernière fait oublier la précédente, communications en instantané, n'empêchent nullement la solitude et même la renforcent.

Combien de fois dans les émouvants témoignages des Assises est revenu : « toute seule dans mon grand appartement, on attend longtemps quand on est seul, la compagnie, même quand on cause pas, ça fait du bien... ». Les personnes vieillissantes, quel que soit le stade d'avancée en âge, manifestent le besoin de rester intégrées dans une relation d'échange. Au lieu de cela, les nouveaux modes de communication, le tout numérique ou robotique, ne parviennent pas à éviter aux plus faibles d'épuisantes démarches. Une véritable rupture s'installe, plus insupportable encore dans des services publics où l'accueil standardisé passe par l'usage d'un ordinateur ou de robots téléphoniques, privant la personne de l'accueil humain.

Plus globalement, des politiques sociales qui se sont faites au prix de montages complexes avec des chefs de projets n'ont pas suffisamment pensé la place de la personne âgée dans la ville. Alors que nos collectivités comprennent depuis 2000 (1er appel à la Fraternité de Michel Dinot) la dimension de meilleur partage, les indifférences de voisinages s'accroissent. Les grandes initiatives tel que le réseau Cuny doivent être amplifiées, notamment en ce qui concerne la réponse urgente à une sortie d'hôpital pour une entrée en EHPAD ou l'articulation rapide des services à la personne. Les efforts associatifs sont là, comment mieux les fédérer et traduire la belle formule de Michel Dinot : $1 + 1 = 3$.

HABITAT ET ENVIRONNEMENT

Les conditions soulignées par tous pour bien vieillir sont : environnement inclusif, habitat accessible. Ce qui nécessite de repenser les mobilités et l'accès aux services de proximité. Les organismes HLM sont pleinement engagés dans cette dynamique. L'évolution des modes d'habitat conduisent à imaginer de nouveaux modes d'accompagnement et non plus de prises en charge. Souligner à nouveau les liens entre les démarches des personnes en situation de handicap et des personnes vieillissantes.

La personne handicapée souhaite, plus que par le passé, se détacher du « tout institutionnel ». On est en effet à la fin d'un modèle monolithique. Le financement à la place s'oriente progressivement vers des financements à la personne qui choisit son mode d'habitat et ses aidants. La personne vieillissante veut retarder le plus longtemps possible le recours à l'institution, elle veut vivre chez elle. Et quand le logement est devenu trop grand ou trop inconfortable, elle veut rester dans son quartier et dans sa ville, sans souhaiter pour autant la colocation, notamment quand elle perturbe trop les habitudes de vie. Mais cela n'exonère pas la collectivité de repenser les réseaux de solidarité à l'échelle des quartiers, voire des immeubles pour enrayer le fléau de l'isolement grandissant. Les nouveaux types d'habitat qui sont proposés, ne répondent-ils pas trop souvent à des logiques de profit, alors que d'autres pays ont su développer de l'habitat communautaire avec partage de lieux de vie ? Il ressort de l'enquête une attente pour la réalisation de petites unités de vie, permettant d'associer autonomie et solidarités.

FINANCEMENTS

Si les réponses au questionnaire soulignent, chez les plus jeunes, le fait de devoir privilégier les solidarités familiales, la grande majorité souhaite une répartition équitable des efforts et la nécessité de corps de mettre en place une politique du 5^e risque. La canicule de 2003 avait donné le coup d'envoi à la journée chômee travaillée.

La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) a vu le jour. Les 2,5 milliards de recettes concernent aussi bien les personnes en situation de handicap que les personnes vieillissantes. Et la CNSA est à la fois le bon exemple des articulations entre des politiques trop souvent conduites séparément dans le domaine du handicap et de la dépendance, et le mauvais exemple quand il vient à l'idée de l'état de « siphonner » l'argent non dépensé pour d'autres causes, certes d'intérêt public, mais éloignées de l'objectif premier. ■

© N. Wicker-CD54



RÉSULTATS DU QUESTIONNAIRE

Retrouvez les résultats complets sur : www.meurthe-et-moselle.fr

LES PARTICIPANTS

1 083 personnes ont répondu au questionnaire. Ce sont majoritairement des femmes (71 %), vivant en ville (63 %) et dont 58 % sont concernées, elles-mêmes, ou proches de personnes dépendantes.

Si toutes les tranches d'âges sont représentées, celle des 41 à 65 ans est la plus présente (49,5 %) alors qu'elle est encore loin de l'âge de la dépendance.

LE RÔLE DES PERSONNES ÂGÉES

Concernant les représentations qu'ils se font des personnes âgées, 57 % des participants estiment qu'une personne âgée est quelqu'un de fragile qui a besoin d'aide au quotidien.

Plus d'un quart met en avant un rôle davantage social de partage et de transmission. Cette volonté de préserver la place et le rôle des personnes âgées dans la société d'aujourd'hui et de demain est confirmée. 43 % estiment qu'il faut permettre aux personnes âgées de participer le plus longtemps possible à la vie en société.

37 % des collégiens évoquent également l'importance de la transmission de savoirs et d'expériences par les personnes âgées.

Parmi les solutions d'avenir pour les personnes âgées, un quart des jeunes interrogés évoque les progrès de la médecine et les liens intergénérationnels. 21 % seulement accordent un rôle prépondérant aux nouvelles technologies.

Le « Vivre ensemble » et les valeurs solidaires et intergénérationnelles sont aussi soulignées par les collégiens interrogés.

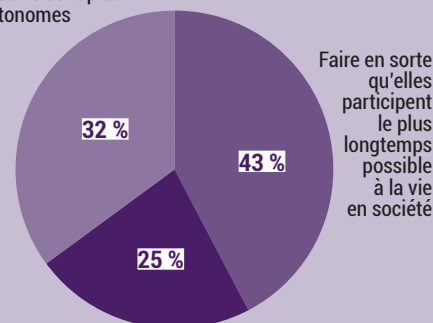
LA PRISE EN COMPTE DU VIEILLISSEMENT

À la question : « La société est-elle suffisamment adaptée au vieillissement de sa population ? », 91 % répondent par la négative. Les thématiques des soins, de la prévention et de l'adaptation du logement émergent en majorité, suivies du regard de la société sur le vieillissement.

Le logement des personnes âgées apparaît comme une préoccupation majeure. Les expressions libres ne laissent planer aucun doute : la volonté première des personnes âgées est de rester à leur domicile. Mais lorsque ce n'est plus possible, 87 % jugent utile de développer des solutions d'habitats alternatifs à l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) avec une préférence pour des structures de proximité, à taille familiale.

Pour vous, le plus important c'est ?

S'occuper d'elles quand elles ne sont plus autonomes



Lutter contre l'isolement des personnes âgées

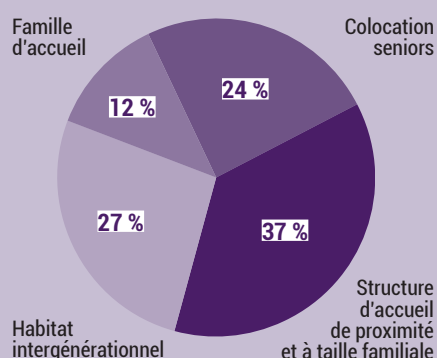
Quelles solutions d'avenir pour les personnes âgées, selon les collégiens :

Les progrès de la médecine	26 %
La solidarité entre les générations	24 %
Les nouvelles technologies	21 %
Le versement de nouvelles aides financières	15 %
La création d'habitats alternatifs	14 %

Quels domaines ou comportements adopter en priorité ?

Soins et prévention	361
Logement	313
Regard sur le vieillissement	216
Relations sociales	202
Services de proximité	183
Transports	140
Urbanisme	106
Loisirs	83

Quels habitats alternatifs au domicile et à l'EHPAD à développer ?



LE FINANCEMENT DU VIEILLISSEMENT ET SES MODALITÉS

« Qui doit payer en priorité les aides à apporter aux personnes âgées ? ». À cette question, une courte majorité préconise un financement partagé entre la personne âgée, sa famille et la société.

Une nette majorité estime que la contribution de la famille est juste, à condition qu'elle soit plafonnée (36 %).

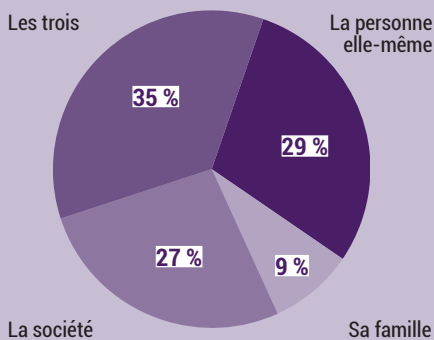
En second lieu, cette contribution est également jugée équitable si les petits-enfants ne sont pas sollicités (28 %). Par ailleurs, près d'une personne sur deux pense qu'au-delà d'un seuil minimal, il est juste de récupérer une partie du patrimoine transmis.

En revanche, les participants sont massivement opposés (71 %) à la récupération de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) sur la succession. On ne relève pas de différence significative en fonction du lieu de vie urbain ou rural. Par contre, les personnes concernées par la dépendance sont plus réticentes à la mise en place de la récupération de l'APA sur la succession.

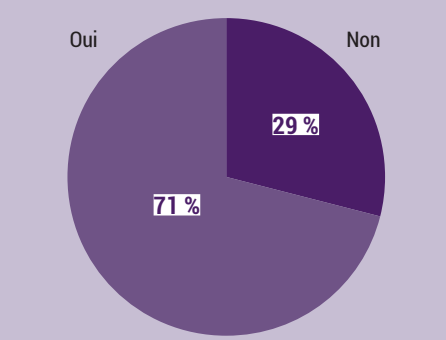
S'il fallait dégager de nouvelles sources de financements, les personnes ont eu à choisir entre trois propositions. Une courte majorité (37 %) s'est exprimée en faveur d'une journée supplémentaire de solidarité.

Pour le recours à l'assurance individuelle, le débat est serré mais reste en faveur de ce mode de financement. Dans les commentaires libres, les réponses négatives sont motivées par un manque de moyens pour répondre à cette dépense supplémentaire. ■

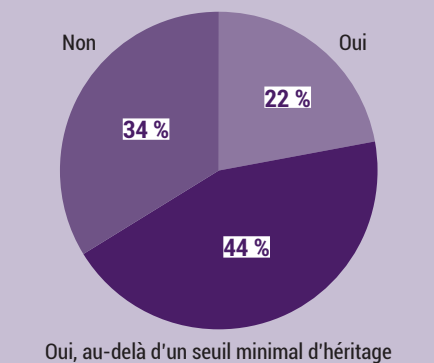
Qui doit payer en priorité les aides apportées ?



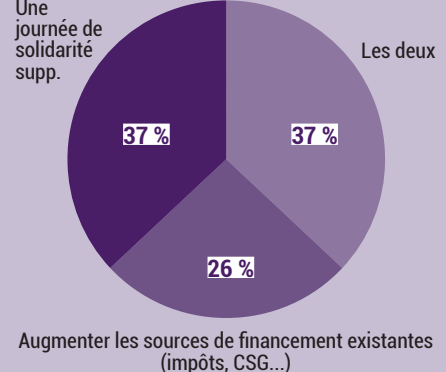
L'absence de récupération de l'APA sur l'héritage est-elle juste ?



La récupération sur l'héritage est-elle juste ?



Quelles sources de financement privilégier ?



ACTES SÉQUENCE 1 REVALORISER LE RÔLE DES PERSONNES ÂGÉES DANS UNE SOCIÉTÉ EN QUÊTE DE SENS

RESTITUTION DE LA PAROLE DU GROUPE DE TRAVAIL

Ingrid Volery, sociologue, enseignante –
chercheuse à l'Université de Lorraine

Ce groupe de travail s'est réuni trois fois. Il réunissait des représentants associatifs et institutionnels. Pour ma part, j'y suis intervenue au titre d'universitaire pour accompagner les échanges, aider à la formulation des points de vue, à l'échange d'arguments, à la recherche de documents scientifiques sur les questions soulevées par le groupe. Le texte que je vais lire n'est pas le point de vue de l'universitaire mais la formalisation des idées et états des lieux apportés par les participants.

La question qui était initialement posée portait sur les représentations sociales de la vieillesse et du vieillissement dans notre société car une première hypothèse de travail consistait à dire que les difficultés rencontrées par les retraités et les aînés découlent des stéréotypes. Dans cette perspective, réduire les inégalités subies par les aînés implique une action culturelle, un travail sur les stéréotypes engagé par plusieurs acteurs associatifs.

Une première rencontre du groupe de travail a cependant permis de pointer des situations-problèmes ne s'expliquant pas totalement par les stéréotypes âgistes. À l'image par exemple de situations dans lesquelles le désir d'un parent âgé de rester à son domicile n'est pas entendu par la famille, non pas parce qu'elle déconsidère par principe la parole du parent âgé, mais parce que les contraintes sociales ou économiques dans lesquelles elle se trouve empêchent de soutenir le parent dans sa demande de vieillir cher lui : problèmes de disponibilité temporelle, visions de ce qui relève ou non de sa responsabilité, épuisement des aidants qui peuvent être mobilisés dans d'autres circuits d'entraide vis-à-vis de leur propre descendance, etc.

Pour cette raison, la réflexion du groupe s'est située à deux niveaux sur lesquels il faut conjointement agir. D'un côté, le niveau de l'action culturelle : celui qui vise à faire prendre conscience de tous les stéréotypes âgistes passant dans notre langage, nos pratiques quotidiennes. Pourquoi caractérise-t-on prioritairement ces personnes par leur âge : ne les appelle-t-on pas « personnes âgées » ? Pourquoi parle-t-on de leur maintien au domicile et non de la manière dont elles se maintiennent au domicile ? Toutes ces expressions mettent l'accent sur la passivité, le manque et alimentent une vision déficitaire de la vieillesse et une réduction des personnes âgées à leur âge. Ce levier est essentiel, car la place faite aux aînés est avant tout une question sociale, politique, impliquant l'ensemble de la population et pas seulement les institutions de l'action gériatrique, les aînés et leur famille.

De l'autre, le niveau des situations-problèmes concrètes repérées par les membres du groupe de travail et abordées dans la littérature institutionnelle et scientifique.

Nombre de ces situations-problèmes nous sont apparues découler de trois changements concomitants affectant les solidarités familiales, les solidarités publiques et les changements des attentes des aînés d'aujourd'hui.

Les familles se transforment, tant du point de vue de leur forme (dispersion géographique, complexité des liens dans des familles constituées autour de plusieurs alliances, précarisation économique et sociale parfois sur plusieurs générations en même temps) que des normes sous-tendant les relations familiales.

Par exemple, les enquêtes sociologiques montrent que la norme de la solidarité inconditionnelle vis-à-vis des parents âgés n'est plus systématique. Dans certains milieux sociaux (aisés), elle est négociée et elle vient s'articuler à d'autres principes : la qualité des relations entretenues avec le parent. On n'aide alors plus nécessairement le parent parce qu'il est le parent mais parce qu'on a une qualité de relation passée ou présente, ou bien parce qu'on veut réparer au grand-âge une relation filiale que l'on estime manquée.

De la même manière, la norme n'est plus de co-résider avec son parent âgé pour lui permettre de se maintenir au domicile, tout en assurant une continuité de surveillance que les institutions et les associations ne peuvent dispenser. S'il existe des situations familiales dans lesquelles une co-résidence intergénérationnelle parents-enfants-petits-enfants réapparaît, elles sont souvent problématiques. Cette norme consistant à penser qu'il faut aider le parent âgé sans vivre avec lui va générer de nouveaux besoins, comme on l'imagine bien.

Enfin, les aidants familiaux, y compris les femmes tout particulièrement engagées dans ces solidarités, ont aujourd'hui aussi des attentes et des préoccupations qu'elles n'avaient pas nécessairement au milieu du XX^e siècle. Ainsi le travail de recherche documentaire entrepris par le groupe a montré que certaines aides corporelles posent aujourd'hui fortement problème aux femmes aidantes et constituent un point de rupture des solidarités familiales et un départ en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), par exemple l'aide à la toilette corporelle, plus exactement dans des situations d'incontinence.

On assiste également à une transformation des solidarités publiques : d'une part, elles se sont fortement développées depuis les années 1960 et ont installé l'idée d'un accompagnement public du vieillissement, au point que c'est aujourd'hui aux institutions de cet accompagnement de proximité que les aînés et leur famille adressent leurs demandes (par exemple, de soutien la nuit, les week-ends, durant les vacances des aidants familiaux, etc.).

© M. Fauvé-CD54



D'autre part, si les politiques publiques ont développé certains pans de leur action (par exemple, l'habitat intermédiaire longtemps laissé en friche entre le domicile et l'EHPAD, l'innovation technologique au service des personnes dépendantes, l'amélioration de l'offre de services et de la coordination autour de la personne âgée...), elles continuent à se développer dans un oubli des groupes intermédiaires, situés entre les aînés / leur famille et les institutions. Quid par exemple des circuits d'échange de proximité présents aux échelles de territoires de vie qu'il faut prendre en compte lorsque l'on développe un panier de services ?

Les aînés d'aujourd'hui sont nés entre les années 1920 et 1940. Ils avaient entre 20 et 40 ans dans les années 1960 et ils ont vécu dans une société qui mettait déjà l'accent sur les valeurs d'égalité, d'épanouissement personnel, de participation sociale. Bien sûr, ces valeurs n'ont pas touché de la même manière les urbains et les ruraux, les milieux modestes et les milieux aisés mais dans l'ensemble, les attentes des aînés ont bougé.

Plusieurs enquêtes ont montré que beaucoup souhaitent mettre à distance l'aide de leurs enfants au profit de celle de leur conjoint.e pour « ne pas être une charge », « ne pas vivre ce que leurs parents ont vécu avec leurs grands-parents ».

Elles ont aussi parfois souligné une demande de services et d'aides plus individualisés (tenant compte de leur mode et de leur rythme de vie, de leur façon de faire) là où leurs grands-parents considéraient « normal » de se suffire d'une aide publique ou marchande bien plus rare et plus standardisée. Ces aînés d'aujourd'hui ont, en effet, vécu dans des époques valorisant d'autres rapports à l'aide avec des demandes plus fortes d'autonomie, de liberté individuelle qu'ils continuent à porter au cours de leur vieillissement. Et leurs demandes se heurtent parfois aux visions des aidants familiaux et à celles des professionnels de l'aide publique pouvant mal supporter de rester à la porte d'un domicile lorsqu'ils arrivent plus tôt que l'heure prévue alors même qu'ils ont souvent de grosses difficultés à tenir les plannings et à trouver les personnels qualifiés.

Enfin, ces aînés ne souscrivent pas tous aux objectifs aujourd'hui poursuivis par les politiques médicosociales et par l'action associative et qui valorisent un vieillissement actif, souvent à l'extérieur de chez soi, engagé dans les espaces publics. Les recherches faites par le groupe montrent au moins 3 situations dont il faudrait tenir compte dans les orientations ultérieures :

- des aînés qui vivent le repli sur leur chez soi comme une assignation et qui souhaitent que leur soient proposés des soutiens techniques ou relationnels (une voiture, un compagnon de sortie) leur permettant de faire des activités hors de leur domicile, de s'engager dans des associations. Pour eux, les objectifs du vieillissement actif / participatif sont particulièrement ajustés.

- des aînés qui souhaitent vivre le vieillissement en restant « connectés » au monde mais qui préfèrent rester dans leur domicile, territoire connu, apprivoisé, qui représente pour les plus modestes d'entre eux, l'œuvre de toute une vie. Pour eux, les politiques du vieillir actif doivent inventer d'autres modes d'intervention, permettre par exemple à un aîné de continuer à entretenir du lien social mais depuis son domicile, en l'aidant à recevoir ou à opérer des dons à travers lesquels se sentir utile.

- des aînés qui souhaitent au contraire faire de leur vieillissement une retraite, en se mettant à distance du rythme de vie des « autres », en entretenant leurs souvenirs, en se préparant à l'ultime transition existentielle. Pour eux, les politiques publiques actuelles semblent peu ajustées. Il y a probablement des nouveaux métiers à inventer ; nouveaux métiers dont les contours sont un peu tracés par les bénévoles engagés dans les visites au domicile mais qui ne parviennent pas à apporter un soutien allant au-delà de la conversation (pouvoir aborder la question de sa finitude notamment).

Ces transformations simultanées créent des décalages, des nouvelles attentes et des nouveaux besoins qu'il importe d'apprécier de manière précise pour ensuite se demander quel espace de solidarité publique, marchande, associative, familiale... mobiliser. Cet objectif impliquerait que soit réalisé :

- un outil diagnostic simple des ressources mobilisables autour des aînés, à l'image des contrats locaux de santé. À cette échelle, les centres sociaux et les centres communaux d'action sociale (CCAS) semblent être le niveau le plus pertinent. L'enjeu majeur serait de cartographier les réseaux d'entraide (familiales, associatives, de voisinage, publiques) pour éviter les « zones blanches », mais aussi pour repérer les modes de vie sur un territoire donné et ainsi adapter au mieux les propositions d'accompagnement faites aux aînés. Cet outil diagnostic local doit permettre une observation à un grain plus fin que ce que proposent les enquêtes nationales.

- Cet outil ne doit pas seulement aborder les grands principes des politiques d'adaptation de la société au vieillissement mais repérer de manière fine les situations-problèmes dans leurs particularités contextuelles (tous les territoires ne se ressemblent pas ; les vieillissements dans les espaces ruraux posent d'autres questions, certains territoires peu dotés en aides publiques se caractérisent par ailleurs par des populations très ancrées et un fort réseau associatif ou d'entraide de proximité, etc.). Le vieillissement se conjugue au pluriel : il dépend des parcours des gens mais aussi des lieux et des contextes.

- Cet outil ne doit pas non plus se limiter aux questions sanitaires (fragilité, dépendance) mais aussi poser des questions existentielles susceptibles de se poser durant la vieillesse (notamment la proximité à la mort, la transmission, etc.).

- une réflexion sur les « nouvelles » fonctions ou nouveaux métiers appelés par les « nouveaux » besoins que les diagnostics feront émerger ; notamment une réflexion autour du besoin d'une présence mobilisable de façon flexible, avec laquelle pouvoir développer un lien différent du lien familial ou du lien associatif, fonction qui n'est ni celle de la « personne de compagnie », ni celle du « bénévole venant faire des visites de courtoisie ».

Sous cet angle, l'action gérontologique est sans doute un laboratoire social permettant de penser des questions se posant notamment dans les situations de vulnérabilité, à d'autres âges sociaux.

COMMENT MIEUX PRENDRE SOIN DE NOS AÎNÉS ?

Denis Piveteau, conseiller d'État, ancien directeur de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)

Avant même le Grand débat, dès le mois de septembre, le ministère des Solidarités avait lancé une consultation sur le thème : « Comment mieux prendre soin de nos aînés ? ».

Cette consultation a recueilli près de 420 000 retours de personnes de tous âges, entre le 1^{er} octobre et le 5 décembre 2018. En réponse à cette question du « comment faire ? », on relève quatre attentes majeures :

- améliorer et contrôler la qualité des lieux de vie collectifs (EHPAD) ;
- les rendre plus accessibles financièrement ;
- permettre autant que possible de rester chez soi, inséré dans la vie sociale ;
- venir urgemment en aide aux professionnels et aux familles qui assurent l'accompagnement d'une personne âgée dépendante.

Ce sont les demandes auxquelles il va falloir répondre et « dérouler », dans le cadre du prochain projet de loi, un plan d'action mobilisant, sur ces quatre attentes, tous les acteurs à leurs niveaux de compétence.

Mais en introduction, sans mettre ces questions de côté, je voudrais « faire un pas de côté » pour montrer qu'il est possible d'arriver aux mêmes attentes fondamentales en partant, non plus du « comment faire ? » mais du « pourquoi faire ? ». Quels sont les ressorts collectifs de sens sur lesquels nous devons prendre appui ? Il ne s'agit pas d'une philosophie éthérée : je suis un technocrate ! Mais le pourquoi est capital.

Nous sommes très directement tombés sur cette question du « pourquoi » avec la Commission qui a travaillé pendant un an (à la suite du mouvement de grève dans les EHPAD début 2018) pour remettre au gouvernement, il y a une dizaine de jours, une « note d'orientations » proposant une cinquantaine de mesures pour lutter contre la maltraitance et promouvoir la bientraitance. Cette question de « bientraitance » est au cœur de l'accompagnement : plus une personne est fragile, vulnérable, privée d'autonomie, plus la question de sa « bientraitance » est au centre de ce qu'elle attend.

Or l'axe principal de cette « note d'orientations » est que, au-delà (ou en arrière-plan) de toutes les mesures techniques qu'il propose, réside une question de sens : celle de la place qu'on veut donner à l'autonomie de décision et de choix, au pouvoir d'agir des personnes qu'on a trop tendance à considérer comme de simples « destinataires d'une aide ». Ce « pouvoir d'agir » est (très justement) devenu un leitmotiv aujourd'hui (pouvoir d'agir, empowerment, capacitation, agentivité, les mots ne manquent pas).

Cette reconnaissance du pouvoir d'agir des personnes vulnérables (vulnérables parce qu'âgées, handicapées, ou pour quelque raison que ce soit) se décline selon deux directions, un peu différentes, qu'il ne faut pas confondre, et qui doivent guider toute action publique en direction du grand âge :

La première concerne la reconnaissance des droits fondamentaux. Le fait qu'à tout âge l'on est un citoyen comme les autres, qui doit avoir accès aux mêmes droits que tous. Le point essentiel est qu'avant d'être « âgé dépendant », ou « âgé handicapé », on est M. ou Mme X et qu'on a les mêmes droits fondamentaux que tout le monde. Être citoyen, c'est ce qui reste ... même quand tout le reste semble avoir disparu. La perte d'autonomie peut grignoter le lien professionnel, le lien social, le lien familial, mais pas le lien civique. Elle diminue les capacités, mais ne doit pas diminuer les droits.

On pourrait arguer que la perte d'autonomie porte aussi atteinte aux droits civiques, lorsqu'on prend une mesure de protection juridique (tutelle, curatelle). En toute pureté de principe, la réponse est « non » ; surtout depuis la loi du 5 mars 2007, une mesure de protection n'est pas prise pour priver de droits, mais pour permettre de continuer à les exercer, en étant accompagné pour cela.

La première source de bientraitance à l'égard d'une personne vulnérable en raison de l'âge, l'autonomie ou l'incapacité, réside donc dans la reconnaissance de ses droits fondamentaux. Lorsqu'on creuse ce principe, et nous l'avons fait au sein de la Commission de lutte contre la maltraitance, on couvre tout ce qui s'est exprimé, lors de la grande consultation, sur la question du domicile et de l'hébergement en EHPAD. Et même plus que cela. Le résultat est potentiellement déflagrant.

En effet, qu'est-ce que le droit fondamental « d'habiter » le lieu où l'on vit ? Trois éléments au moins le constituent : premièrement, le gîte et le couvert, bien sûr ; avoir un toit, ce qu'on pourrait appeler le droit au logement, pouvant exiger des aménagements d'accessibilité ou un changement de domicile et dans ce dernier cas, la possibilité financière de pouvoir le faire.

Deuxièmement, le droit que ce toit soit « chez soi » : si je dois vivre durablement dans un lieu nouveau, dans un nouveau domicile, ça peut arriver à tout le monde de devoir déménager, il faut que je puisse m'y sentir chez-moi, même si c'est un habitat collectif. Un chez moi duquel, en principe, je rentre et je sors quand je veux, où je mange à l'heure que je veux, où j'y fais ce que je veux, j'y invite qui je veux... Personne n'accepterait d'habiter durablement, définitivement, dans un lieu qui ne peut pas être un chez-soi.

Enfin troisièmement, le droit d'habiter au plein sens relationnel du terme : si j'habite Nancy, dans un immeuble dont je ne sors jamais et où je ne vois personne, la position GPS de mon habitat est à Nancy, mais je n'habite pas Nancy. Habiter, c'est accéder à des relations sociales et de voisinage.

On mesure ainsi l'exigence, si l'on veut que vivre dans un EHPAD signifie vraiment y habiter. Si l'on veut que les « résidents » cessent d'être appelés résidents et qu'on puisse dire qu'ils sont « habitants », disposant des services de l'EHPAD mais ayant un vrai chez eux, avec les libertés qui vont avec, et des relations ouvertes avec le voisinage.

L'objectif est très difficile à atteindre, parce que dans les vies en collectivité, il existe des normes techniques sur la restauration, la blanchisserie, des règlements de sécurité, des questions de personnels disponibles, d'organisation (il suffit de voir comme il est difficile de permettre à des résidents de prendre des repas dans leur chambre quand ils le souhaitent) ; et certaines activités ou certaines sorties seront considérées comme trop risquées, etc. Mais une approche radicale par les droits fondamentaux consiste à questionner frontalement tous ces obstacles, remettant au sommet la seule chose qui compte : le droit à être « chez soi » là où l'on est amené à vivre durablement. Nos normes, nos règlements, ne tombent pas du ciel, nous en sommes à l'origine. S'ils ont pour conséquence que l'on n'est plus chez soi là où on vit durablement, je ne dis pas qu'il faut supprimer toutes les normes de sécurité, mais il y a peut-être d'autres équilibres à trouver. En tous cas, la bonne manière de poser le problème n'est pas : « Voilà les normes, voilà les organisations du travail, quelle place est-ce qu'elles laissent aux libertés individuelles ? » Mais : « Voilà les libertés fondamentales, quelles sont les normes vraiment indispensables ? Quelles sont les organisations tolérables ? ».

Plus généralement : il s'agit d'aborder autrement la question des protections dont nous avons, évidemment, besoin lorsque nous sommes en situation de vulnérabilité. Le choix entre la sécurité et la liberté des personnes vulnérables ne se résume pas à placer un curseur quelque part entre deux extrêmes. C'est pourtant souvent la vision que l'on en a : d'un côté une sécurité parfaite contre tous les risques, mais qui interdit tout (on ferme les chambres, on met au lit, on remonte les barrières, etc...) et de l'autre une liberté totale, mais qui met la personne en danger ou qui porte atteinte à sa dignité. Il faudrait placer le curseur entre les deux, ou le déplacer un peu dans le sens de plus de liberté.

Ce n'est pas la bonne vision non plus : il n'y a pas de « curseur » à placer entre un moyen (la sécurité) et un objectif (la liberté). La mise en sécurité n'est jamais un but en soi. Comme pour les mesures de protection juridique des majeurs, l'approche d'une protection, par une assistance, un accompagnement n'est un pas compromis avec le maximum de liberté, mais au contraire l'instrument du maximum de liberté ; l'accompagnement permettant de faire ce que l'on n'aurait pas pu faire sans lui. Protéger du danger, non pas en interdisant une activité dès qu'elle est risquée, mais en essayant chaque fois de la rendre possible en étant capable de l'accompagner. Ceci n'est pas toujours sans conséquences en termes d'organisation ou de budget. Une activité que l'on accompagne coûte en général plus cher qu'une activité que l'on interdit. Mais l'idée ici n'est pas de dire que tout sera toujours possible tout de suite, mais plutôt de montrer le sens de l'effort à fournir. Pour la Commission que je présidais, cette idée était, au-delà des mesures administratives et techniques que nous avons proposées, le premier axe essentiel de la lutte contre la « maltraitance ».

Le deuxième axe est un autre aspect du pouvoir d'agir, qui est un peu l'inverse du précédent : les personnes vulnérables, privées d'autonomie, handicapées, etc. doivent être écoutées et présentes à la société, pas seulement au motif qu'elles sont « comme tout le monde », mais aussi parce que, justement, elles ne sont pas comme tout le monde, et que leur différence est importante à entendre ; qu'elles ont des savoir-faire et des savoir-être qui leur sont propres ; que leur situation de vulnérabilité leur confère une parole propre, et que le but d'une vie à plusieurs n'est pas d'oublier les vulnérabilités en faisant comme si elles n'existaient pas, mais au contraire de les regarder en face et de leur faire une place.

Ceci correspond aux trois grandes bascules conceptuelles de l'aide sociale. Et comme j'ai bientôt soixante ans, j'ai l'impression de les avoir vécues toutes les trois. Ça fait beaucoup en une vie...

La première bascule a été celle des grandes politiques mises en place à la fin des années 1970, lorsque nous avons compris qu'il fallait partir des besoins des gens. L'expression « évaluation personnalisée des besoins » est arrivée plus tard, mais la notion était déjà présente il y a cinquante ans : le travail social devait débiter par un diagnostic des besoins, basé sur l'écoute de la personne. « Dites-moi ce que je peux faire pour vous aider ? » fut la phrase fondamentale consistant à quitter l'aide sociale prescriptive, normative, du XIX^e siècle. Nous ne l'avons pas encore complètement réussi : il reste encore des progrès à faire et de multidisciplinarité de l'écoute.

La seconde bascule a été celle de l'émergence, encore très timide par endroits, d'une prise de conscience des « savoirs expérientiels », de la compétence propre de la personne accompagnée. L'accompagnant ne se contente pas de demander à l'accompagné de dire ses besoins. Il a aussi besoin de lui pour y répondre, parce qu'il n'est pas non plus détenteur exclusif du savoir nécessaire en la matière. Il se tourne alors vers celui qu'il accompagne et lui dit « aidez-moi à vous aider ». Cela a commencé très tôt dans le champ du soin, autour de certaines maladies chroniques, avec les associations de malades qui ont assis cette idée « d'alliance thérapeutique » se mariant bien avec celle d'aide par les pairs.

La troisième bascule est la prise en compte de la réciprocité dans la relation d'accompagnement. Ce n'est plus seulement : « J'ai besoin de vous écouter pour connaître vos besoins », ou « J'ai besoin de vous écouter, pour mieux vous aider », mais « J'ai besoin de vous écouter » tout court... Pour moi, car je prends conscience que j'ai, moi aussi, besoin que la relation m'apporte quelque chose. La relation d'aide, même dans un cadre professionnel, ne peut pas être authentiquement « bientraitante » si elle est à sens unique. Posez la question à n'importe quel aide-soignant en EHPAD : l'accompagnement sans ne serait-ce qu'un soupçon de retour, sans quelques leurs de réciprocité, est une porte ouverte à tous les glissements vers la maltraitance.

Ce constat perturbe un peu la manière d'envisager la traditionnelle « distance professionnelle » du travail social : même dans le rapport professionnel, il existe une réalité d'apports mutuels qui doit parvenir à se vivre et à se dire. Lors d'un congrès de santé mentale, face à des professionnels soignants que je sentais un peu stupéfaits quand je leur disais que le contact avec les malades psychiques était quelque chose qu'ils devaient aussi comprendre comme leur apportant quelque chose à eux-mêmes, je leur ai dit : « Faites le test : pouvez-vous authentiquement aider quelqu'un en vous disant, en votre for intérieur : Tu ne m'apportes rien ! ». La relation d'accompagnement humain authentique, même lorsqu'elle est professionnelle, ne peut pas se réduire totalement à une prestation de service marchand.

Le grand sociologue Marcel Mauss disait que dans un échange non marchand, il faut qu'il y ait du don, et du contre-don.

C'est d'ailleurs très exactement comme cela que le vivent les personnes dites « dépendantes ». On peut dire ce que l'on veut sur la bientraitance et les normes de qualité, la première bientraitance, la première norme, sont de permettre à la personne accompagnée non seulement d'exercer ses droits, mais aussi de se sentir utile, d'être reconnue comme quelqu'un qui ne se contente pas de recevoir, mais qui peut encore apporter, aux autres, à son entourage, à la société. Cela aussi est potentiellement déflagrateur si on y croit quel que soit le degré de la « perte d'autonomie ». Il s'agit là d'un parti-pris inconditionnel.

Pour arriver à installer, dans un EHPAD, dans une association, dans un foyer de vie, l'expression de tous il ne faut pas essayer de voir si, expérimentalement, c'est vrai et possible ; il faut la poser comme une condition de la vie ensemble, et la vouloir.

Pour faire un parallèle avec le champ du handicap, les employeurs investis dans l'emploi de travailleurs handicapés savent que l'apport, quelques fois extraordinaire, d'une personne handicapée dans un collectif de travail n'a rien d'automatique. Il y a des groupes et des modes de management sachant tirer positivement profit de cette différence (ou d'autres différences, d'ailleurs) et d'autres qui n'y parviennent pas. Cela devient alors un échec collectif. J'ai été dans cette position. Il ne s'agit pas d'avoir la main sur le cœur et bêler que « la différence est belle », que « la participation de tous est un plus », mais de décider qu'elle doit l'être et se donner les moyens pour qu'elle le soit.

Nous sommes convaincus, au sein de la Commission sur la lutte contre la maltraitance, que ce deuxième ressort de sens est fondamental : on ne peut pas être bientraitant lorsque la relation est vécue à sens unique.

C'est ici que je voudrais faire un lien avec le « deuxième cri » qui est celui des aidants, aussi bien professionnels que familiaux. Car pour affirmer, comme je le fais, que la relation d'aide n'est saine que lorsqu'elle est équilibrée et qu'elle n'est équilibrée que si celui qui aide reconnaît que cette relation lui apporte quelque chose à lui aussi, il faut que soient remplies certaines conditions.

Un aidant professionnel ou familial épuisé, débordé par sa tâche, ou contraint d'effectuer une tâche qui n'est pas de son ressort, qui le blesse dans sa sensibilité et qui ne l'effectue plus que de manière mécanique, ne peut pas vivre cette relation comme un « plus » pour lui. Des questions de moyens se posent, en personnel, en équipements, en qualité des locaux, et aussi très souvent d'organisation et de qualité d'animation d'équipe, de valeurs portées et de qualité managériale.

Et pour les aidants familiaux, des solutions d'accompagnement et de répit doivent être trouvées si l'on veut que cette aide par les proches demeure « voulue » et non pas seulement « subie ». Ici aussi la réponse à la question du « pourquoi » rejoint la réponse à la question du « comment ».

Lorsque l'on affirme que, demain, une des priorités d'action publique doit être en direction des aidants, professionnels ou membres de famille, accompagnant des personnes dépendantes, ce ne doit pas être seulement pour leur donner les « moyens de faire », comme si on leur jetait un balai dans les bras, mais avec le projet fondamental que, ayant ces moyens de faire, ils puissent investir de manière authentique la relation d'aide, en y découvrant des éléments de réciprocité, condition fondamentale de la bientraitance.

Je me résume : au seuil des décisions devant être prises, à tous niveaux (local et national), en matière d'accompagnement du grand âge, il existe deux ressorts de sens fondamentaux, renvoyant l'un et l'autre au « pouvoir d'agir » des personnes âgées :

- le respect de leurs droits fondamentaux, et tout particulièrement du droit d'habiter, en sachant conserver un objectif de protection sans qu'il ne devienne un frein à l'exercice des libertés fondamentales,
- la reconnaissance de ce qu'elles apportent, au groupe, à leur entourage, par leur vulnérabilité, et l'importance de leur participation, à condition que ceux que l'on appelle les « aidants », professionnels ou familiaux, ne soient pas dans une situation telle que cette écoute devienne impossible.

Après avoir beaucoup insisté sur la reconnaissance de l'autonomie et de la capacité d'agir, je voudrais conclure, justement, sur la fonction d'aidant, ou d'accompagnant. La « capacité d'agir » des personnes vulnérables ne peut aboutir à un : « débrouillez-vous toutes seules ! ». Là encore, ce serait inventer de « faux curseurs » qui n'existent pas. L'affirmation de la capacité d'agir d'une personne vulnérable n'est pas un discours « contre les professionnels » ou « pour moins d'aidants ». C'est au contraire un discours de valorisation des aidants, reposant sur une autre façon d'envisager ce que signifie « aider ». Le danger aujourd'hui serait qu'au prétexte d'apparences d'autonomie, certains discours radicaux sur le droit commun, la société inclusive et la « désinstitutionnalisation », ne dissimulent en réalité une forme nouvelle d'individualisme. Or, si l'autonomie est le contraire de la dépendance, elle n'est pas le contraire de l'interdépendance : nous sommes interdépendants ; nous avons besoin des autres pour être autonomes.

VIEILLESSE ET VIE SOCIALE : COMMENT RÉNOVER NOTRE REGARD SUR L'ÂGE ?

Jean-Louis Sanchez, délégué général de l'Observatoire national de l'action sociale (ODAS), fondateur du Journal des acteurs sociaux (JAS)

J'aimerais débiter par une anecdote familiale : mon père était quasiment aveugle et ma mère atteinte de la maladie d'Alzheimer. Cependant, ils voulaient rester chez eux. Fort heureusement, ils ne vivaient pas dans le 7^e arrondissement de Paris : s'ils ont pu rester à domicile, c'est parce qu'ils habitaient un quartier populaire, fortement diversifié. Ils ont pu rester chez eux car ils vivaient dans un territoire à sociabilité importante. Cette anecdote illustre une enquête réalisée par l'ODAS à sa création. Nous avons interrogé toutes les personnes âgées de 75 ans et plus de trois villes : Cannes, Roanne et Issy-les-Moulineaux. Les résultats révélèrent un constat sans appel : la ville où les personnes âgées se sentaient le mieux et le mieux protégées était Roanne, ville ouvrière, parce qu'il y avait maintien des solidarités ouvrières. Inversement, Cannes était la ville où les personnes âgées se sentaient peu en sécurité car trop isolées. Indiscutablement, la chaleur humaine est d'une toute autre force que celle du soleil... Ce sont des choses essentielles à rappeler car, depuis des années, nos gouvernants semblent avoir oublié l'importance de la sociabilité dans la construction d'une société.

LES CONSTATS

En effet, on ne peut qu'être critique envers l'état de notre société aujourd'hui. Non pas pour mettre en accusation notre communauté dans ses fondamentaux, son éthique, car la France a été le pays européen le plus sociable au XIX^e siècle, mais aujourd'hui, en la matière, nous avons les indicateurs les plus désastreux d'Europe, vis-à-vis de la confiance en l'autre, de la confiance dans les institutions et de l'optimisme. Nous sommes en difficulté, non seulement pour envisager l'avenir, mais aussi pour maintenir, au présent, l'état des liens sociaux avec de tels indicateurs.

Lorsqu'on prend les enfants en difficulté aujourd'hui, le sont-ils à cause d'un déficit de biens ? Non : grâce au revenu minimum d'insertion (RMI), puis au revenu de solidarité active (RSA), nos enfants ont le minimum vital pour vivre. Lorsqu'ils sont pris en charge par les services, c'est à cause d'un déficit de liens, parce que nous vivons dans une société de plus en plus éclatée. Tous les facteurs de déstabilisation des liens familiaux et la monoparentalité se développant, nous observons des enfants de plus en plus fragilisés, à qui fait défaut un environnement social structurant, leur permettant de se développer.

C'est également vrai des repères collectifs : depuis 30 ou 40 ans, nous constatons que la liberté et l'égalité nous poussent vers un développement personnel faisant abstraction des autres. Nous avons confondu l'intérêt de l'autonomie qui revitaliserait le bien commun, avec une sorte d'autonomie pour l'autonomie. En conséquence, nous nous séparons, les groupes se séparent, les personnes se séparent, ce qui est particulièrement préoccupant.

Revenons au problème du vieillissement. Jean-Marie Schleret a eu le mérite de rappeler à quel point les mots ont, aujourd'hui, une signification. En France, on a choisi le mot « retraite », qui désigne un repli. Alors qu'en Espagne, c'est le mot « jubilación », qui signifie « expansion », qui est utilisé. C'est ainsi que l'on devrait construire notre conception du vieillissement en France : de l'expansion pour soi et pour les autres... Effectivement, les mots ont un sens. Initialement, le mot « retraite » préfigurait l'idée que l'on se faisait de la protection des personnes âgées. Elle est très vite devenue de l'emprisonnement. Dois-je, pour l'illustrer, rappeler l'anecdote de ce contrôleur des prisons qui voulait aussi être contrôleur des EHPAD ?

Mais notre rapport à l'âge et au vieillissement est préoccupant, dans les mots et dans les comportements. Par exemple, au regard de l'emploi : dans la plupart des annonces de recrutement de cadres dirigeants publiées aux Pays-Bas, les dirigeants recherchés le sont avec un critère d'âge. Et ce ne sont pas des moins de 40 ans qui sont recherchés, mais bien des plus de 60 ans. En France, dès que l'on est âgé, on peut très vite se retrouver en dehors de l'entreprise et de l'emploi. Ailleurs, on a compris que, plus on grandit en expérience, en désintéressement, voire en authenticité, meilleur on devient comme collaborateur.

S'agissant des allocations différenciées, la France est le seul pays au monde à avoir deux prestations pour la dépendance se distinguant en fonction de l'âge. C'est dangereux : demain, nos jeunes nous diront : « Vous nous avez demandé de financer les retraites, la sécurité sociale, et aujourd'hui, vous nous demandez de financer la dépendance ». Nous aurions pu nous abstenir de les solliciter une nouvelle fois en considérant qu'il n'y a pas de problème de dépendance, mais simplement des handicaps qui peuvent surgir à n'importe quel âge. C'était d'ailleurs l'espérance qu'avait fait naître la loi de 2005. Pourtant, aujourd'hui, il est rare d'évoquer la convergence de ces deux problématiques.

Réinventons les conseils de sages, les conseils de personnes âgées. Arrêtons de cloîtrer celles-ci dans des enceintes. La vraie vie, c'est le partage ! Cessons de distribuer des colis de Noël rappelant l'âge et la nécessité d'être assisté. Ce qu'il faut, c'est au contraire tout faire pour que les personnes âgées restent au contact des autres générations. Aujourd'hui en France, l'espérance de vie sans dépendance régresse. Mais c'est bien parce que l'isolement entraîne le développement de dépendances et de pathologies psychiques.

LES PROPOSITIONS

Quelles sont nos options ? S'affranchir d'abord d'un schéma où tout n'est affaire que de ressources financières : certes, nous devons résoudre tout un ensemble de problématiques financières, parce qu'il faut bien évidemment que les services à la personne fonctionnent, que les EHPAD fonctionnent, qu'on invente de nouvelles formules. Mais nous connaissons aujourd'hui les limites des choix financiers, alors qu'en revanche, les choix sociétaux sont sans limites. Il suffirait de vouloir pour transformer radicalement notre pays. Certains le font heureusement.

Revitaliser la sociabilité : une déclaration d'intention, me direz-vous. Lorsque le maire d'une petite commune d'Alsace fait le constat de dysfonctionnements dans sa ville, mais que ceux-ci sont dépassés un jour de tempête de neige, il se dit : « Mais inventons les tempêtes de neige ! ». Il a donc instauré, chaque année, une journée citoyenne. Aujourd'hui, les deux tiers de ses administrés participent activement, tout un week-end, à la réhabilitation d'espaces verts, de bâtiments publics, des murs du cimetière, ils créent de nouveaux services qu'ils inventent eux-mêmes, en partenariat avec des entreprises locales... Et ce n'est pas uniquement le charisme de ce maire qui permet cette synergie, puisqu'à ce jour, ces journées citoyennes se sont répandues dans 2 500 autres communes ! Et ce qu'il en ressort, c'est qu'une journée citoyenne change les comportements pendant toute l'année dans les villes. Nous obéissons ainsi à ce que Boris Cyrulnik a toujours dit : « Je sais qui je suis, sous le regard des autres ».

Nous avons rappelé les journées citoyennes, mais il ne faut pas omettre d'évoquer l'action « Outils en main ». Il s'agit d'artisans, bien souvent retraités, inculquant à des enfants leurs connaissances des outils, du travail... Très vite, ce lien entre enfants et artisans se transforme en un lien entre personnes. On oublie l'artisan, on oublie l'enfant, il n'y a plus que le lien social régissant les générations. Il existe plusieurs centaines d'actions « Outil en main » aujourd'hui en France. La question que je pose maintenant, et que j'inscris au débat sur le vieillissement, est pourquoi s'arrêter à ces quelques centaines ? Pourquoi chaque commune n'aurait-elle pas son antenne « Outils en main » ?

Il s'agit donc de redonner une place économique déterminante aux personnes âgées. C'est pourquoi à l'ODAS nous lançons en ce moment une expérience dans une dizaine de villes, pour faire de chaque aîné y vivant, un acteur économique et éducatif. Comment allons-nous procéder ? D'abord par un diagnostic généralisé de toutes les opportunités qu'offre une ville pour accueillir une personne âgée. Les services publics pourraient multiplier les terrains d'accueil : dans les médiathèques, auprès des enfants en danger, auprès des jeunes à insérer... Organisons une véritable architecture du bénévolat, orientée vers l'inclusion des personnes âgées, car c'est le bouclier contre la dépendance. Nous pourrions multiplier par deux ou par trois l'intégration des personnes âgées dans la société, en tant qu'acteurs économiques et éducatifs

Arrêtons-nous un instant sur le bénévolat. Selon les médias, il serait en pleine forme en France. C'est une erreur. Le bénévolat qui se porte bien, c'est celui à vocation ludique, ponctuel. Cela se répercute d'ailleurs sur les forums associatifs qui sont aujourd'hui bien trop consuméristes. Lorsqu'on observe précisément les chiffres, un tiers des Français de plus de 18 ans sont bénévoles, mais seuls 40 % d'entre eux le sont de façon permanente. Au Québec, deux tiers des plus de 18 ans sont bénévoles et 47 % d'entre eux le sont de façon permanente. Nous avons donc un grand chemin à faire.

Et c'est possible si je me réfère à un diagnostic existant : nous sommes allés à Tournon, en Ardèche, une ville où le bénévolat est beaucoup plus développé que la moyenne française. Pourtant, nous avons constaté que la moitié des personnes âgées qui auraient voulu être bénévoles, ne l'étaient pas. Il existe donc encore des potentiels considérables restant à mobiliser, à condition que la société veuille bien de cette mobilisation. Pour ressourcer la France au moyen du bénévolat et notamment par l'utilité sociale des personnes âgées, il faudra repenser notre conception même du vivre-ensemble. Cela a déjà été beaucoup dit aujourd'hui, Denis Piveteau l'a rappelé : les notions d'altérité et d'interdépendance sont essentielles à réhabiliter.

Nous revenons donc sur le thème du changement de regard, peut-être par la mobilisation des réseaux sociaux, mais aussi en réhabilitant les mécanismes produisant de la sociabilité. Dans les écoles par exemple : faisons de ces bâtiments, n'ouvrant que quatre jours par semaine, des lieux fonctionnant sept jours sur sept, en accueillant de façon coordonnée des personnes âgées et tout ce que pourrait apporter le secteur de l'éducation populaire ou des centres sociaux. Nous réussirions ainsi une véritable inclusion des personnes âgées qui éviterait d'alourdir la charge financière de la dépendance : parce qu'une personne âgée active est une personne âgée protégée.

LES CONDITIONS DE LA RÉUSSITE

Quelles sont les conditions de réussite ? En premier lieu, le maintien de la proximité : le scénario actuel est inquiétant à cause de la destruction programmée de la démocratie locale. Depuis des années, les maires sont déstabilisés par une multitude de réformes qui les prive de leur légitimité en matières budgétaire, de gestion de leur territoire, de leurs responsabilités face à la complexité des normes...

Il faut également réinterroger le principe de précaution : comment imaginer que celui-ci est compatible avec le principe de vie sociale ? Cette dernière est, par définition, à haut risque. Aujourd'hui, interdire dans les EHPAD la production de cuisines partagées, au seul motif du respect de la chaîne du froid, est incompréhensible, alors qu'au Québec, des bénévoles produisent eux-mêmes, à leur propre domicile, des repas qu'ils vont ensuite distribuer dans le quartier. L'abolition du principe de précaution en matière de vie sociale devrait être, en tous cas, une exception à expérimenter.

Retrouvons goût à expérimenter. Pierre Méhaignerie avait fait voter, il y a quelques années, une loi permettant à toute collectivité de s'affranchir, avec des mécanismes de contrôle et d'évaluation, de règles existantes pour expérimenter de nouveaux chantiers, permettant de retrouver cette vitalité sociale perdue. Cette loi n'a jamais été réellement mise en œuvre. Mais elle existe.

Il faut encore s'interroger sur la notion d'appel à projets. La défiance est une posture tellement répandue en France, que l'on veut contrôler tout risque d'ingérence ou de corruption. Au point que nous sommes passés à un système si normé qu'il n'est plus possible de laisser l'inventivité locale s'épanouir. Pourtant, avant que cet esprit d'inventivité soit si canalisé, nous avons réussi quelques très belles avancées. Le monde du handicap, par exemple, a connu d'impressionnants progrès et s'est montré ingénieux. À ce moment-là, nous ne subissons pas autant de contraintes : nous avons un besoin et nous recherchons simplement un moyen de le solutionner. Nous faisons une proposition à la collectivité locale qui évalue le projet. Et les choses se faisaient. Mais ce sont bien les habitants qui étaient à l'initiative. Aujourd'hui, l'appel à projets donne l'initiative au fonctionnaire, ce qui n'offre plus la même qualité d'articulation de la réponse au besoin. L'idéal serait une co-construction des réponses entre habitants, élus et professionnels. C'est du domaine du possible, cela a déjà été fait. Car, et nous le vérifierons tous les jours, nous avons déjà inventé en France quasiment toutes les solutions, mais celles-ci restent désespérément isolées.

Enfin, n'oublions pas l'éthique, qui doit être au centre de notre pensée. Car nos décisions et nos actions ont un sens. Et ce sens, on le retrouve lorsqu'on relit attentivement notre devise républicaine : en 1848, lorsqu'elle fut écrite, la liberté et l'égalité exprimaient selon ses auteurs le rôle de l'État, avec pour finalité, non pas cette tendance naturelle au repli sur soi, mais de tendre vers une harmonie sociale, vers un vivre-ensemble. C'est pourquoi je conclus en citant Edgard Morin : « La chance de la France sera peut-être de redécouvrir sa vulnérabilité, pour créer une nouvelle impulsion vers une plus grande fraternité ». ■



ACTES SÉQUENCE 2 ADAPTER LES RÉPONSES PUBLIQUES À UN NOUVEAU CONTEXTE



© D. Jacquot-CD54

RESTITUTION DE LA PAROLE DU GROUPE DE TRAVAIL

Evelyne Mathis, maire de Velle-sur-Moselle et Claire-Marie LEMONNIER, directrice d'Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

Vers un environnement plus inclusif : c'est sur ce thème que les échanges du groupe ont majoritairement porté dans un premier temps. Les témoignages ont posé d'emblée la question du renforcement de l'implication des collectivités territoriales et des autres acteurs locaux pour une accessibilité généralisée en matière d'urbanisme, d'habitat, de mobilité, de culture, de lien social... avec comme proposition la nécessaire sensibilisation des élus, du grand public, pour une prise de conscience plus aiguë du vieillissement qui repose trop actuellement sur la volonté politique locale.

L'ensemble des politiques publiques gérées par les collectivités doivent intégrer systématiquement les besoins des seniors. La question d'un dispositif plus contraignant pour que toutes les communes s'engagent, à l'instar de l'obligation d'emploi des personnes handicapées faite aux entreprises, a même émergé. Il faut sans doute aller aussi au-devant des personnes âgées. Le bénévolat, à ce titre, est à développer.

De nombreuses communes se sont mobilisées pour s'adapter au vieillissement de leur population et proposer des modes d'habitat innovants. Il faut essayer leurs bonnes pratiques, accompagner les collectivités volontaires. À cet effet, sont suggérés l'appui du Conseil d'Architecture, d'Urbanisme et de l'Environnement (CAUE), ou d'une cellule d'ingénierie, ou encore un temps de réunion organisé par l'Association des maires et consacré à la question du vieillissement. Le déploiement du label « Villes amies des aînés » est également suggéré. Il est clair que le périmètre d'actions doit être le quartier, le village.

D'autres attendus à l'égard des communes, intercommunalités et associations ont émergé, comme conforter la dynamique engagée autour de la prévention de la perte d'autonomie et du lien social, à l'instar du dispositif MONALISA, qu'il faut déployer de façon plus soutenue.

De même, différentes suggestions ont été faites aux opérateurs de l'habitat, comme l'attention à porter aux personnes ayant des revenus « intermédiaires », le renforcement de la démarche de mise en accessibilité des logements avec prise en compte de la fragilité des personnes, l'adaptation des résidences autonomie pour accompagner l'évolution des besoins des résidents, et enfin l'innovation dans la conception d'habitats inclusifs.

La seconde question investiguée par le groupe de travail était : « Quelle offre médico-sociale dans les territoires ? ».

Vue l'augmentation du nombre de personnes âgées, l'évolution de leurs attentes et de leurs besoins, tous les acteurs doivent s'engager à coopérer entre eux, aux côtés des collectivités territoriales, de l'ARS et de l'État. Chacun doit définir sa place dans le parcours de vie de la personne âgée et adapter ses prestations.

Le groupe de travail s'est entendu sur une organisation territoriale cible et s'est centré sur différents métiers piliers. Nous en citerons 3 :

- Renforcer les services spécialisés intervenant tant à domicile qu'en structure et rénover les cursus de formation. Ceux-ci doivent être qualifiants et faire une place aux nouvelles technologies. Il est également nécessaire de revaloriser les métiers par une juste rémunération. Il faut enfin les diversifier, en particulier en créant des fonctions de soutien aux personnes âgées, par des psychologues par exemple. En complément, le personnel doit être en nombre suffisant pour offrir des réponses satisfaisantes et éthiques. Au-delà de la reconnaissance et la valorisation de la filière, il s'agit aussi de concevoir des postes de travail partagés entre le domicile et les établissements, permettant ainsi d'ouvrir des postes à temps pleins pour les personnels.
- Définir la notion de territoire. Sa définition semble plus aisée en milieu rural qu'en milieu urbain. Il s'agirait de favoriser l'émergence d'une politique locale de l'autonomie, adaptée à la culture et à l'histoire du territoire. Cela suppose l'identification d'un porteur local, en capacité de décloisonner un ensemble d'acteurs actifs et pluriels pour organiser des réponses graduées, allant de l'accompagnement simple de la personne fragile à sa prise en charge dans un service hautement spécialisé. Dans cette organisation, le porteur pourrait être un EHPAD, un service polyvalent d'aide et de soins à domicile, constituant des plateformes de services. L'offre proposée inclurait une large palette de services mobilisables, de façon graduée, au rythme du parcours de la personne. Quoi qu'il en soit, la position de l'EHPAD doit être redéfinie, en l'ouvrant sur un territoire de santé, en lui accordant un rôle, y compris dans la priorité donnée au maintien à domicile, notamment par le renforcement des accueils de jour, des accueils temporaires, des accueils de nuit. Il paraît également indispensable de se pencher sur la création de services médico-sociaux d'urgence, en mesure de prendre en charge une personne sans obligatoirement passer par la case hôpital lorsque ce n'est pas nécessaire.

Demain, une partie de la population sera touchée par des maladies neurodégénératives. Nous ne pourrions pas compter en permanence sur les enfants, eux-mêmes vieillissants, pour les aider.

Le décroisement des professionnels de santé du secteur libéral et des secteurs sociaux et médico-sociaux doit s'accroître. Pour assoier ces porteurs, il sera impératif de promouvoir des initiatives locales et leur permettre de ne pas se limiter aux seuls appels à projets, mais de proposer eux-mêmes des réponses aux financeurs.

■ développer, favoriser, renforcer l'accompagnement de proximité. Toute personne a son propre chemin de vie : vieillir, devenir malade, subir des deuils, ne s'anticipe pas, ou très peu. C'est ce qui motive l'émergence de nouveaux professionnels de proximité qui seraient nommés, selon l'expérimentation, coordinateur ou coach de vie, accompagnateur de proximité. Ce professionnel interviendrait en cas d'émergence d'une nouvelle fragilité et faciliterait les démarches, accompagnerait et aiderait au franchissement des étapes jalonnant le parcours d'une personne âgée. Là aussi, en fonction de l'orientation que le porteur souhaiterait donner, il pourrait s'agir d'un travailleur social, d'un ergothérapeute, d'une assistante de vie, d'un psychologue,... Il est aujourd'hui indispensable d'identifier et de financer de façon pérenne ces nouveaux métiers.

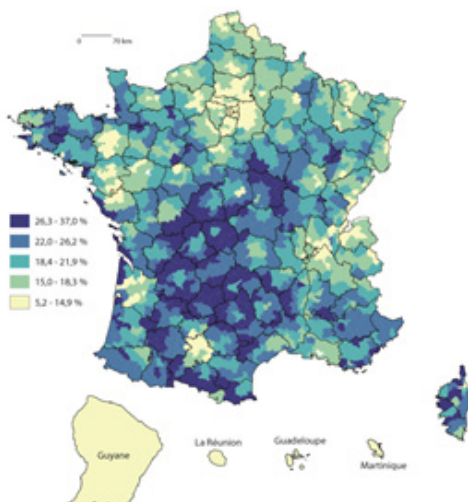
RELATIONS ENTRE TERRITOIRES ET VIEILLESSEMENT DE LA POPULATION

Mickaël BLANCHET, géographe

L'objectif de mon propos est d'aborder les relations entre territoires et vieillissement de la population, mais aussi d'expliquer comment, au moyen d'outils méthodologiques existants, appréhender le vieillissement en lien avec le territoire. Nous aborderons ce thème grâce à une série de simples questions.

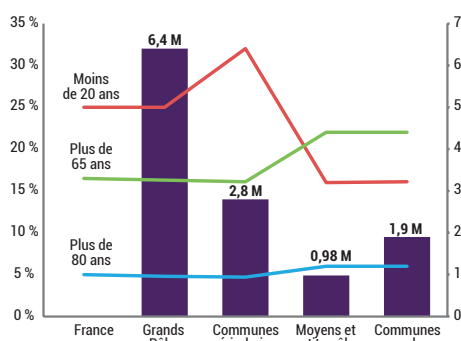
Où vivent les personnes âgées ? Le vieillissement des territoires est généralement associé aux espaces ruraux. Effectivement, lorsqu'on observe une carte de France sur laquelle on a porté la part des personnes âgées de 65 ans ou plus dans la population, on constate que les concentrations les plus fortes sont localisées dans le centre rural du pays.

Part des personnes âgées de 65 ans ou plus



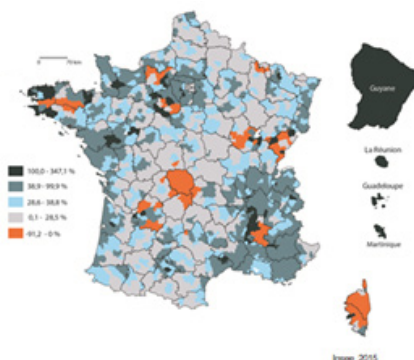
Inversement, on constate sur cette même carte que l'Île-de-France, les agglomérations, sont moins marquées par le vieillissement. La relation entre vieillissement et ruralité est donc effective. Cependant, elle est biaisée : elle n'est vraie que si l'on raisonne en termes de proportions. En valeurs absolues, les trois quarts des personnes âgées vivent en milieu urbain ou périurbain.

Des personnes âgées vivant avant tout en ville



D'un point de vue dynamique, nous observons ce que Gérard-François Dumont appelle la « géronto-croissance », c'est-à-dire une croissance démographique des personnes âgées.

Évolution de la population âgée de 65 ans ou plus entre 1999 et 2014

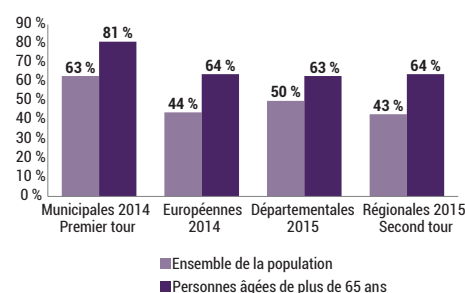


Sur cette nouvelle carte, on peut visualiser en orange, les territoires où, entre 1999 et 2014, le nombre de personnes âgées de 65 ans ou plus a diminué. En gris et vert foncé, figurent les territoires où la population des 65 ans ou plus a progressé. Sur cette même période, le nombre de personnes âgées de 65 ans ou plus a crû de 35 %, contre 9 % pour la population totale. Nous sommes donc confrontés à un phénomène concernant la majeure partie des territoires. On observe également que ces proportions se déplacent géographiquement : on constate un déplacement des personnes âgées des centres-villes et des zones rurales vers les banlieues, vers les quartiers « politiques de la ville ». Depuis 10 ans, nous subissons ces évolutions ; elles posent la question de l'inscription dans l'espace et dans le temps des équipements et de leur localisation géographique.

Au-delà de cette dynamique, on peut s'interroger sur la contribution territoriale des personnes âgées. Cette question est essentielle et abordée de manière rémanente aujourd'hui. Cette contribution est multiple.

Elle est d'abord politique : dans les territoires les plus marqués par le vieillissement, on observe que le nombre d'élus âgés est plus conséquent. Concernant la participation des personnes âgées aux élections intermédiaires, elle est particulièrement importante.

Participation des 65 ans ou plus aux élections intermédiaires

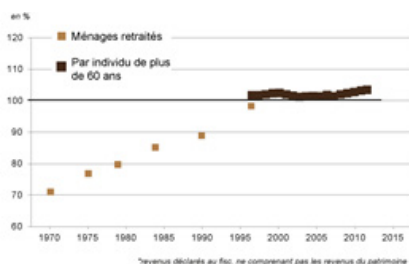


Les personnes âgées de 60 ans ou plus représentent 26 % de la population totale. Lorsqu'on observe le poids qu'elles ont lors des élections intermédiaires, elles font preuve d'un fort désir de citoyenneté. Cet engagement s'exprime également dans le secteur associatif : un tiers des retraités sont bénévoles ou engagés dans une association. Cependant, là aussi, cet engagement a de plus en plus une visée consumériste. Ceci interroge, bien entendu, leurs modes d'engagement.

D'autres types d'engagement existent, au sein de la sphère familiale par exemple. Il a été rappelé plus tôt qu'une majorité de personnes âgées vivent à proximité de leur famille (30 kilomètres en moyenne). L'espace familial recèle une multitude de solidarités. Cette solidarité familiale est d'autant plus forte pour les personnes âgées qu'elles ont pu capitaliser tout au long de leur vie : 72 % d'entre elles sont, par exemple, propriétaires de leur logement. La plupart ont également un capital économique supérieur à celui de leurs enfants. Il existe un enjeu de transmission de ce patrimoine. Les enfants sont quant à eux plus exposés à la précarité. De fait, les personnes âgées sont pivot en matière de soutien économique, de garde d'enfants, du retour au domicile des parents en cas de difficultés.

Sur un plan économique, même s'il existe des disparités locales, les revenus des ménages âgés n'ont jamais régressé. En termes de redistribution de consommation, c'est un atout.

Évolution du rapport entre le niveau de vie moyen des retraités et celui de l'ensemble de la population



Parallèlement, la consommation des ménages évolue avec le temps. S'agissant des personnes âgées, de nouveaux postes de dépenses apparaissent : des transferts économiques vers les enfants et petits-enfants, des soins de santé,... En revanche, la consommation de biens comme une voiture, des produits culturels,... s'effondre.

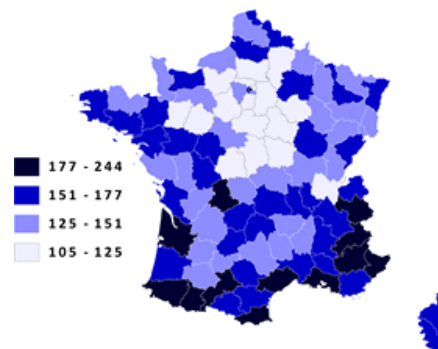
S'agissant des besoins, on en identifie trois essentiels :

- le premier concerne la perte d'autonomie. Gardons à l'esprit que, statistiquement, sur 10 personnes âgées, une est en perte d'autonomie et atteinte de la maladie d'Alzheimer, 2 autres sont en perte d'autonomie sans que cette dernière soit synonyme de morbidité. De fait, 7 personnes sur 10 sont autonomes ;
- le second concerne la lutte contre l'isolement. Quel que soit l'âge, quelle que soit la situation, on vieillit de plus en plus souvent seul. Cette propension tend à augmenter lorsqu'on arrive à l'âge de la retraite. Ceci est en partie lié à des situations de veuvage ou de divorce lors du passage à la retraite ;
- le troisième enjeu concerne la lutte contre la précarité et la pauvreté économique. Les générations qui arrivent aujourd'hui à la retraite n'ont pas toutes forcément des « carrières pleines ». L'accession à la propriété est également moins évidente. Les divorces et les situations monoparentales, désormais plus fréquentes, ont également un impact économique et social.

Quelles réponses peut-on apporter aux personnes âgées ? Nous vivons dans un univers en expansion. Depuis la création de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA), nous avons assisté à une démultiplication de dispositifs, de coordinations, de réseaux. Tous ces acteurs évoluent dans un univers complexe. C'est une force car dans le cadre de prestations individualisées, ils soulignent la volonté de répondre le plus finement possible aux attentes des personnes âgées. Cependant, en termes de coordination, de parcours, cela crée des points d'achoppement, en particulier lorsqu'ils s'inscrivent dans des logiques en silos. À ce propos, il est sans doute plus efficient de rechercher des articulations locales et ponctuelles, plutôt que de vouloir mettre en œuvre des grands principes de transversalité.

Au-delà de ces constats, différentes cartes basées sur un découpage par département permettent d'illustrer plusieurs disparités territoriales. Par exemple, la densité de médecins généralistes :

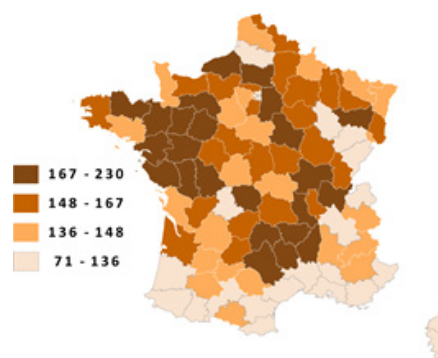
Densité de médecins généralistes pour 100 000 habitants



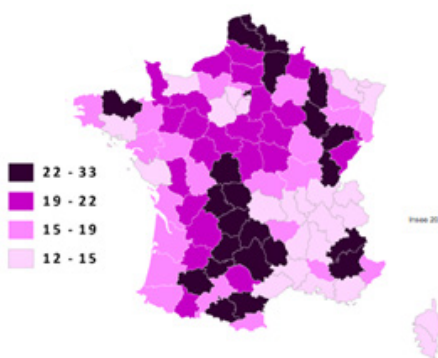
On observe un fort tropisme : les bandes sud et ouest sont bien fournies ; par contre, le nord et le centre, l'Île-de-France, le sont nettement moins, alors que ce sont des professions pivots dans le cadre du vieillissement. La Meurthe-et-Moselle se situe juste au-dessus de la moyenne nationale.

S'agissant des places en EHPAD, on observe globalement le même type de disparités, en particulier sur le secteur ouest :

Taux de places en EHPAD pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus



Taux de places en SSIAD pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus



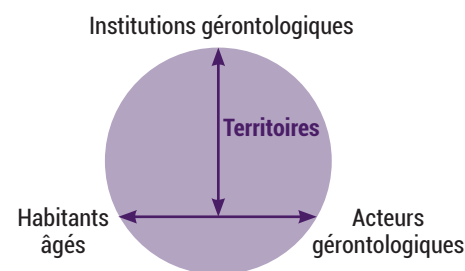
Certains taux d'équipement élevés s'expliquent historiquement : dans la région d'Angers, par exemple, ils trouvent leur origine dans le nombre de lieux de vie appartenant auparavant à des congrégations religieuses, aujourd'hui transformés en EHPAD.

Enfin, on trouve aussi des disparités lorsqu'on s'intéresse au taux de places en services de soins infirmiers à domicile (SSIAD). De ces trois cartes, retenons qu'elles traduisent des logiques se superposant : les médecins généralistes, leurs études terminées, lorsqu'ils s'installent en libéraux, obéissent à des stratégies personnelles. Certaines portions du territoire national leur échappent.

À cette logique libérale, se superposent des logiques de planification. L'Agence régionale de santé (ARS), les conseils départementaux ne cessent de réajuster les écarts. Enfin, il existe des logiques d'héritage, des logiques de rattrapage entre une démographie évoluant sans cesse et la volonté de localiser les équipements là où ils sont les plus pertinents.

L'idée est de faire territoire. Qu'entendons-nous par-là ? D'un point de vue géographique, le territoire se définit comme un ensemble de pratiques ayant cours sur une portion d'écorce terrestre. Lorsqu'on approfondit cette définition, elle englobe toutes les richesses et les interactions d'un territoire. De fait, ce dernier n'a pas la même signification pour une personne âgée de 80 ans, ayant des problèmes de mobilité que pour une personne plus autonome. Pour la première, son territoire va parfois se réduire à son domicile qu'elle pourra aménager selon ses possibilités. Pour d'autres, le territoire pourra correspondre à un découpage administratif, où il s'agira de répondre à des besoins, de créer des réseaux. La notion de territoire est également consubstantielle à celle de pouvoir.

Approche intégratrice et territoriale des réponses aux personnes âgées



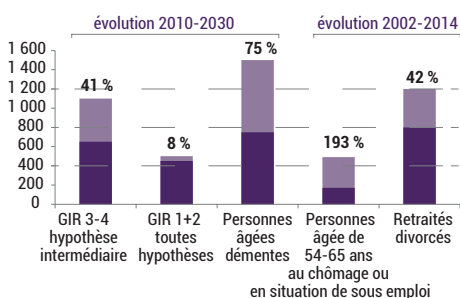
D'expérience, si l'on organise des conseils consultatifs d'habitants sur la question du vieillissement, ceux-ci sont très peu mobilisateurs, y compris auprès des personnes âgées elles-mêmes. En revanche, dès que l'on en organise sur des thématiques liées à la vie du territoire (sécurité, propreté, questions d'urbanisme, questions culturelles,...), les personnes âgées, mixées à d'autres catégories de personnes, participent plus volontiers.

L'identification est donc plus forte à ce type de thématiques qu'à celle du vieillissement. Cette relation entre l'habitant et son territoire doit être transférée au niveau opérationnel : c'est particulièrement vrai au sein des EHPAD, et plus particulièrement des conseils de vie sociale ou dans les projets personnalisés. Il est donc utile d'inciter les responsables d'établissements à se saisir de la dimension territoire (encore très rare à ce jour). Elle est également un bon vecteur de reconnaissance des personnes âgées, mais aussi des professionnels à l'égard des résidents.

Quelles sont nos perspectives ? Nous allons devoir faire face à un vieillissement accéléré de la population française : un tiers de celle-ci aura plus de 60 ans en 2050. Le nombre de personnes en perte d'autonomie ou atteintes de la maladie d'Alzheimer va proportionnellement augmenter lui aussi. Ces évolutions ne seront pas homogènes sur le territoire national.

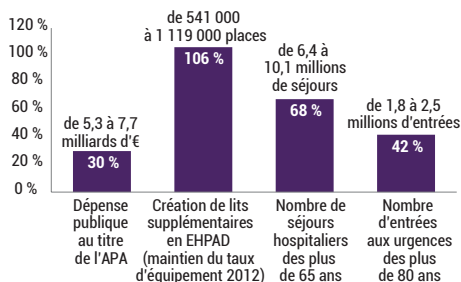
Parallèlement, nous serons confrontés à une autre évolution économique et sociale :

Évolution des publics, évolution des besoins...



Nous avons assisté à une explosion, entre 2002 et 2014, du nombre de personnes âgées de 54 à 65 ans, au chômage ou en situation de sous-emploi. S'ajoute une augmentation de 42 % des personnes retraitées divorcées. En termes de capitaux social et économique, de ce que l'on pourrait appeler le « capital conjugal », un nombre plus important qu'aujourd'hui de personnes seront fragilisées. Ce constat sera particulièrement vrai en ville. Ces évolutions auront nécessairement des répercussions sur nos politiques publiques :

Évolution des publics, évolution des besoins...



Ce sera sans doute vrai pour le nombre de places créées en EHPAD, ou par rapport au nombre et à la durée des séjours hospitaliers. Nous allons donc avoir à faire face à un défi s'exprimant avant tout dans les quartiers « politiques de la ville ». Pour le relever, il faudra en passer par des diagnostics cartographiques, bien sûr, mais également par une analyse fine du terrain où acteurs et habitants sont parties prenantes. C'est en conjuguant macro et micro-analyse que l'on pourra faire territoire. ■



ACTES SÉQUENCE 3 DÉFINIR DE NOUVELLES SOURCES DE FINANCEMENT ET DE NOUVEAUX MODES DE GOUVERNANCE

RESTITUTION DE LA PAROLE DU GROUPE DE TRAVAIL

Laëtitia Pilloy, directrice de l'Association départementale d'aide aux personnes âgées, personnes handicapées, particuliers (ADAPA) de Meurthe-et-Moselle

Jean-René Berthélémy, directeur de la Fondation Saint-Charles et membre du Conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA).

Avant d'aborder le sujet des modes de financement et une gouvernance, il est opportun de le délimiter. De quoi parlons-nous lorsque nous évoquons les modes de financement de gouvernance ? Parle-t-on de la solvabilité des personnes ? Parle-t-on du financement de l'offre de prestations ? De fait, il est nécessaire de travailler à la définition d'une offre de prestations que l'on qualifiera de « socle », afin de préciser le périmètre de la perte d'autonomie, en préalable à la question du financement.

Le financement devra nécessairement tenir compte d'une revalorisation des métiers de l'aide à la personne. De même, la gouvernance des politiques gérontologiques ne peut être que territoriale, comme cela a été souligné à plusieurs reprises depuis le début des assises.

Le système actuel de tarification est à bout de souffle. Une approche renouvelée est nécessaire. Dans ce cadre, le groupe de travail plaide en faveur d'une offre d'accompagnement individualisée. La façon la plus productive d'en aborder le périmètre est de s'appuyer sur les travaux, plus avancés, sur l'accompagnement des personnes en situation de handicap. En particulier, la méthode Serafin PH révèle un réel intérêt. Cette méthodologie devrait être étendue à la perte d'autonomie liée à l'âge. Il n'y a aucune raison de séparer les deux approches.

L'approche Serafin PH part de l'analyse des besoins, selon trois axes : la santé, l'autonomie et la participation. Cette dernière est entendue de façon élargie : participation à la vie sociale, à la vie familiale, à la vie citoyenne, à la vie politique. Le tout s'inscrit dans le cadre d'un projet de vie, respectant l'autonomie et les potentiels de la personne. Autre avantage de cette méthode : la nécessité de coordination. Celle-ci est notamment plébiscitée par les services à domicile. L'impératif de coordination se traduit par la prise en compte et le financement de prestations de gestion, de management et de coopération. L'approche Serafin PH est néanmoins perfectible sur un point au moins : elle ne tient pas compte des notions d'aide aux aidants, ni de répit. Il est proposé que cette méthodologie soit donc complétée par un volet dédié à ces notions.

Concernant le financement, la porte d'entrée de notre réflexion a été la bientraitance des personnes. L'offre socle, évoquée plus haut, doit couvrir les trois axes de la santé, de l'autonomie et de la participation. Son financement passe impérativement par la création d'un 5^e risque.

Les débats autour de cette question ont été riches. Pour autant, nous avons considéré que la priorité doit être donnée à cette solution. Pour certains, au-delà de la couverture de ses besoins fondamentaux, en fonction des choix et des possibilités propres à chacun, il pourrait y avoir un financement complémentaire issu de la solidarité familiale, du système assurantiel, par le patrimoine des personnes.

Parallèlement à la question du financement, nous avons abordé quelques interrogations posées par des acteurs opérationnels de l'aide et de l'accompagnement. Le groupe de travail déplore que la progression des rémunérations des personnels d'aide progresse moins vite que celle du SMIC. Ce constat est sans doute à l'origine d'un sentiment de dévalorisation de ces métiers et des difficultés actuelles à recruter, notamment des aides-soignantes.

Dans ce contexte, le groupe de travail préconise une homogénéisation des métiers du soin et prendre soin, dans une perspective de décroïsonnement. Il faut rapprocher les référentiels des métiers lors des formations initiales pour fluidifier les offres d'emploi. Et, bien évidemment, il conviendrait de revaloriser les salaires des métiers dont nous parlons. Pour prévenir l'usure professionnelle, l'absentéisme et la pénibilité du métier, il est indispensable de concevoir un accompagnement des reconversions.

S'agissant enfin de la gouvernance, nous nous sommes accordés sur le raisonnement suivant : la prise en charge de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) était accordée à l'origine dans le cadre d'une parité de financement État / Départements. Cette parité s'est progressivement dégradée pour aujourd'hui atteindre, globalement, une répartition de 30 % / 70 % au détriment des conseils départementaux. En conséquence, on constate aujourd'hui une inégalité territoriale inacceptable. L'accompagnement de la perte d'autonomie ne peut pas en souffrir. C'est pourquoi, sans doute, faut-il repenser le système et dans un souci de justice territoriale, réaffirmer que l'État doit être le garant du financement de la perte d'autonomie. De plus, il faut qu'il contractualise avec les territoires. C'est bien dans l'approche systémique du territoire, dans son maillage, dans ses réseaux, dans sa connaissance des acteurs locaux et des populations, que la plus-value de la décentralisation sera prouvée. Dans cette perspective, le rôle de chef de file du Département doit être réaffirmé, afin de lui conserver une influence forte sur l'évolution de l'offre et dans l'intérêt des usagers, notamment des plus pauvres d'entre eux.



© G. Berger-CD54

FINANCER LA DÉPENDANCE ? QUESTIONS, TENSIONS ET TENTATIVES DE RÉPONSES

**Thomas BARNAY, professeur des Universités
en sciences économiques, spécialité santé**

Nous avons des systèmes de santé, et plus globalement de protection sociale, en tension. Ils le sont car le poids des prélèvements obligatoires et celui des dépenses sociales sur le produit intérieur brut (PIB) s'accroissent. En soi, ce n'est pas forcément une mauvaise nouvelle. Un économiste ne cherche pas absolument à réduire la part des dépenses sociales dans le PIB. En revanche, il cherche à mettre en évidence les dépenses efficaces, et à les distinguer des dépenses inefficaces. Par exemple, en matière de prévention, la France accuse un retard considérable par rapport à d'autres pays tels le Canada.

Elle accuse également du retard quant à la coordination entre acteurs : du fait de parcours de plus en plus morcelés et, pour les chercheurs, de l'importance de disposer de données permettant de suivre les parcours de soins des patients. Il s'agit d'améliorer la qualité des soins et de mettre en évidence les parcours de soins les plus efficaces.

Nous avons enfin des prises en charge « transformées » : les débats font apparaître la nécessité de trouver le bon équilibre entre l'État et les collectivités territoriales, en matière de financement. On parle de décentralisation, de déconcentration des moyens. Au niveau local, la re-concentration des moyens pose la question d'équité d'accès aux soins dans les territoires. La volonté actuelle semble être, avec les maisons médicales, de revenir plus près des besoins des territoires.

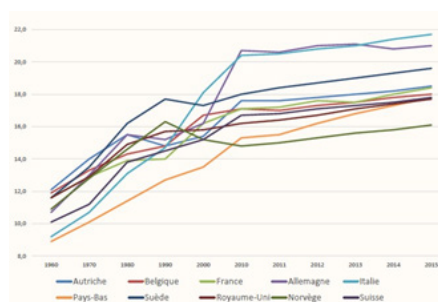
Ces besoins sont nombreux, on peut les aborder d'un point de vue démographique ; on peut également les approcher d'un point de vue épidémiologique. À titre individuel, ces deux approches permettent de savoir si l'on va vieillir en bonne santé ou non. De ce point de vue, les derniers chiffres publiés ne sont pas optimistes : dans les années 1990, les gains d'espérance de vie s'entendaient en bonne santé. Au cours des années 2000, la répartition des gains en bonne et mauvaise santé était équilibrée. Aujourd'hui, nous connaissons une expansion de la morbidité : le gain d'espérance de vie en mauvaise santé est supérieur à celui en bonne santé. S'agissant de volume, nous faisons face au « papy-boom » ou plutôt au « mamy-boom », étant donné que les femmes ont une plus longue espérance de vie. Mais nous avons aussi un effet « état de santé » très préoccupant : nous assistons à une montée de la dépendance physique bien sûr, mais aussi et surtout de la dépendance psychique. La question de la pénibilité au travail pour les aidants formels a été évoquée plus tôt lors de ces assises. D'une manière générale, la pénibilité au travail a tendance à s'accroître en France, et tout particulièrement les risques psychosociaux.

De fait, nous arrivons au seuil d'une période où les personnes dépendantes, notamment dépendantes psychiques, seront de plus en plus nombreuses et au contact desquelles les aidants informels seront totalement désœuvrés.

Cette aide informelle est également partiellement fragilisée par une modification des structures familiales. L'isolement familial de certains aidants est un réel problème ; ils ont également de plus en plus de difficultés à tenir cette tension : le modèle classique renvoie à une aide assurée par une femme de 50 à 70 ans. Il n'est pas rare que celle-ci assure le quotidien d'un ou plusieurs enfants restant de plus en plus longtemps au domicile parental, tout en s'occupant d'un parent dépendant, et à qui on impose de rester sur le marché du travail. La tension est donc très forte sur ce segment de population ; elle se combine aux autres facteurs de difficultés identifiés dans les interventions précédentes.

La part des personnes âgées de 65 ans et plus est appelée à s'accroître fortement. La démographie consécutive à l'immédiate après-guerre explique cette évolution.

**Part de la population âgée de 65 ans
et plus en Europe (1960-2015)**



Parmi les éléments faisant évoluer le paradigme figure également le « virage ambulatoire » : il conduit à s'interroger sur le parcours de soins des personnes dépendantes, le découplage entre l'hôpital et la ville, les transports sanitaires... Le pari, initié dans les années 1980, de diminuer les dépenses hospitalières et les dépenses de santé n'est pas du tout gagné : si nous sommes incapables d'avoir des « dépenses de santé de ville » efficaces, elles pèseront alors sur le secteur hospitalier. Ce principe de vases communicants ne garantira pas pour autant une meilleure qualité de prise en charge des patients. Ce constat pose de réelles questions quant à la coordination entre les soins primaires, l'hôpital, les secteurs médico-sociaux et de maintien à domicile.

Quelle que soit la discipline, lorsqu'on souhaite mesurer un phénomène, une des principales difficultés concerne l'identification des besoins (ici en l'occurrence, la demande de soins ou la demande médico-sociale).

Cette tâche est compliquée par l'existence de différentes définitions de la dépendance. Si l'on en prend une administrative, on pourrait alors ne considérer que les bénéficiaires de l'APA, soit au 1^{er} janvier 2017 et pour le territoire national, 1,3 million de bénéficiaires pour un montant global de près de 6 milliards d'euros.

Si l'on se penche sur les données d'enquêtes longitudinales fréquemment utilisées dans les études démographiques ou épidémiologiques recensant les déclarations des personnes interrogées, nous y trouvons des chiffres encore plus importants : 7 millions d'entre elles déclarent ressentir une limitation fonctionnelle ou des restrictions d'activités. Ces déclarations sont importantes : elles permettent de mettre en place, en amont, des politiques de prévention.

Les limitations ou restrictions d'activités correspondent à des indicateurs standardisés. Ils autorisent des comparaisons, y compris sur un plan international. Cette possibilité permet d'évaluer la progression de la charge « dépendance » en France, par rapport à d'autres pays.

Nous pouvons donc évaluer la dépendance telle qu'elle est décrite par les personnes concernées ; nous pouvons également l'observer au regard des constats remontés par les aidants ; c'est là une méthode typiquement anglo-saxonne.

Ce graphique (page suivante) représente la proportion d'individus déclarant des limitations dans les activités quotidiennes. Dans le périmètre de l'organisation de coopération et de développement économique (OCDE), près de 40 % des personnes âgées de 65 ans et plus déclarent ressentir ce type de limitations. La France se situe légèrement en-deçà. Traditionnellement, on observe souvent la même hiérarchie : les pays scandinaves ont souvent de bons indicateurs de santé et de dépendance. Ces derniers se détériorent dès lors qu'on s'intéresse aux pays les plus à l'Est, ou les plus au Sud. Ces indicateurs sont d'autant plus importants qu'ils sont corrélés aux questions liées au financement de la dépendance.

Notre système se caractérise par une multiplicité d'acteurs et de prises en charge : vie à domicile ou vie en établissement, aide formelle et informelle... En économie, on s'interroge souvent sur la substitution ou la complémentarité de tels dispositifs. Nous constatons logiquement que plus les taux d'incapacité et de dépendance s'accroissent, plus les besoins en aide formelle et de places en établissements augmentent. Il est sans doute possible de travailler sur la complémentarité entre les deux, à des niveaux de dépendance de moindre sévérité.

Répartition des personnes âgées par type de prise en charge et niveau de dépendance au 31 décembre 2011

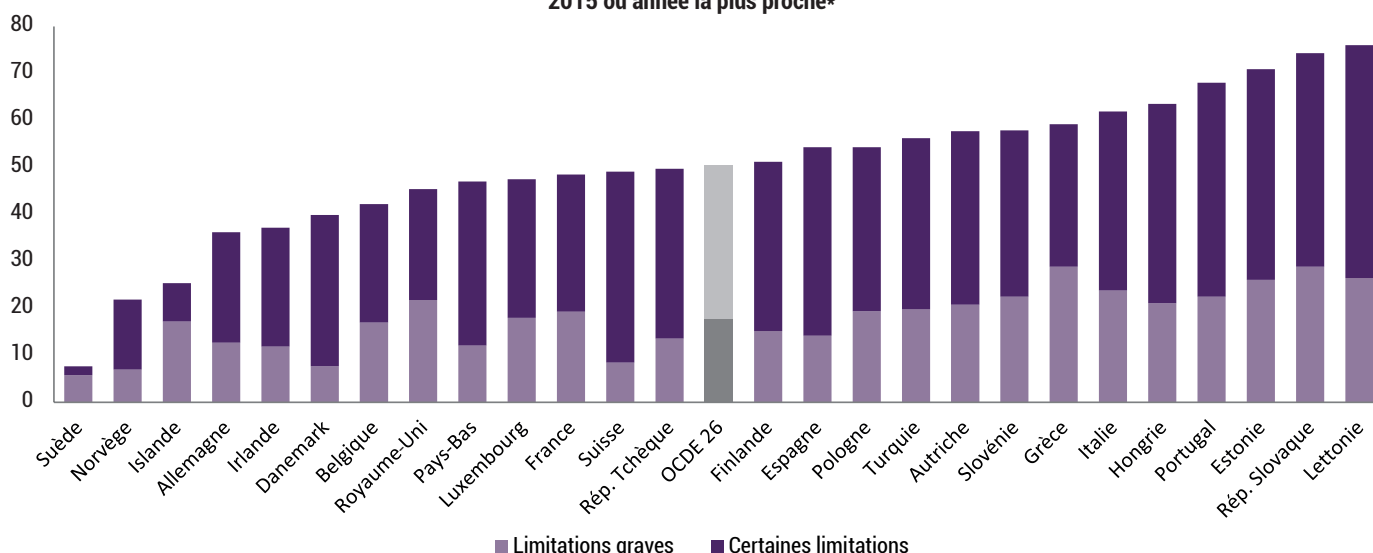
	En établissement (hors résidences autonomie)*	En résidence autonomie**	À domicile***
Dépendantes (GIR 1 à 4)	523 820	23 550	672 450
GIR 1 (très forte incapacité)	118 530	0	20 880
GIR 2	205 800	2 050	116 270
GIR 3	87 970	4 090	149 030
GIR 4	111 520	17 410	386 270
Peu dépendantes ou autonomes (GIR 5 et 6)			
GIR 5	35 730	14 340	-
GIR 6	31 030	64 520	-
TOTAL	590 580	102 410	-

* Le nombre de résidents de GIR inconnu d'après l'enquête EHPA est d'environ 50 000 personnes. On suppose que la répartition par GIR de ces résidents est la même que celle des résidents dont le GIR est connu ;

** et *** Qui perçoivent l'APA « domicile » (hors résidences autonomies). Les personnes à domicile relevant des GIR 5 et 6 ne sont pas éligibles à l'APA.

Sources : Enquête EHPA et remontées individuelles (66 départements) et calculs des auteurs.

Limitations dans les activités quotidiennes, population âgée de plus de 65 ans, pays européens 2015 ou année la plus proche*



Source : base de données d'Eurostat, Panorama de la santé 2017 : les indicateurs de l'OCDE - © OCDE 2017

* 2014 pour la Suisse, 2009 pour la Turquie

Aujourd'hui, près de 4 millions de personnes dépendantes vivant en ménage reçoivent une aide : 50 % d'entre elles reçoivent une aide informelle exclusive (sans aide professionnelle) ; 20 % bénéficiaient d'une aide formelle exclusive ; les 30 % restants reçoivent les deux.

En définitive, la question ici posée est celle du contrat social, des prémices de l'aide sociale et de ses caractères redistributifs et d'équité. Cette dernière peut avoir plusieurs traductions : équité horizontale, où à état de santé équivalent et dans un territoire donné, la prise en charge est la même. Dans le cadre de l'équité verticale, chacun contribue en fonction de ses moyens. C'est le caractère redistributif de l'aide sociale, où celui qui gagne plus contribue plus.

En économie, on s'intéresse à ces deux types d'équité mais aussi à la notion d'efficacité. De ce point de vue, l'économiste reste attaché aux principes de justice sociale. Cette dernière est tout à fait centrale : si les individus n'adhèrent pas à une politique qui leur est proposée, elle a peu de chances de fonctionner correctement. Il faut être vigilant quant à l'équilibre entre l'efficacité économique d'une mesure et la justice sociale. Dans le champ qui nous occupe ici, cet équilibre est extrêmement complexe : la partie soins prise en charge par l'Agence régionale de santé (ARS) est globalement couverte à 80 % par l'assurance-maladie obligatoire. L'aide formelle et l'aide sociale à l'hébergement dépendent du Département. L'aide informelle dépend, bien évidemment, des familles et des proches.

Cependant, comme le souligne Mikaël Blanchet, il existe des disparités territoriales, notamment au regard du taux de bénéficiaires de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA). Concernant ces indicateurs, il convient d'être prudent : il faudrait en effet vérifier l'état de besoin ainsi que celui de l'aide informelle avant de se risquer à leur interprétation.

Taux de bénéficiaires* de l'APA à domicile ou en établissement

En % de la population des personnes âgées

Yvelines	13,0
Meurthe-et-Moselle	22,0
Haute-Corse	32,7
La Réunion	39,5
France	20,8
France métropolitaine	20,6
France métropolitaine, hors Île-de-France	21,2

* le taux de bénéficiaires de l'APA est rapporté à la population des 75 ans ou plus.

Champ : France, hors Mayotte.

Sources : DREES, enquête Bénéficiaires de l'aide sociale départementale au 31 décembre 2013 ; Insee, estimations provisoires de population au 1^{er} janvier 2014.

Ce taux est donc de 22 % en Meurthe-et-Moselle, ce qui la situe dans la moyenne nationale. Le tableau suivant donne le taux d'équipements pour personnes âgées, exprimé pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus :

Taux d'équipement en places d'hébergement* pour personnes âgées

pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus

Guadeloupe	35,9
La Réunion	44,0
Martinique	49,2
Haute-Corse	55,0
Meurthe-et-Moselle	131,8
Lozère	199,6
France	122,0
France métropolitaine	123,4
France métropolitaine, hors Île-de-France	125,0

* Places en maison de retraite, logements en logement-foyer, places en hébergement temporaire et lits en soins longue durée.

Champ : France, hors Mayotte.

Sources : DREES/ARS/DRJSCS, Statiss 2014 pour les places d'hébergement ; Insee, estimations provisoires de population au 1^{er} janvier 2014.

La moyenne en France est de 123. La Meurthe-et-Moselle se situe un peu au-dessus et l'on constate, ici aussi, des disparités qui sont, cette fois-ci, très fortes, en particulier dans les DOM-TOM et la Lozère.

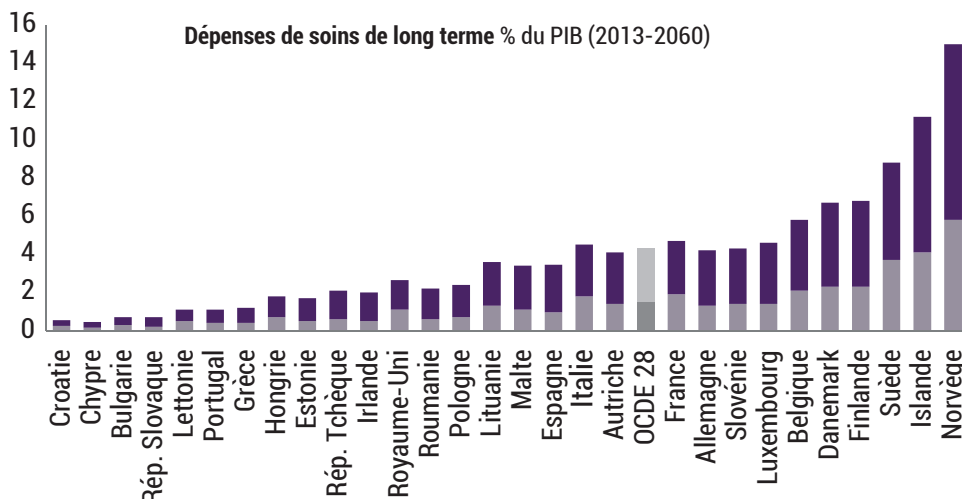
Une question reste compliquée : quel surcoût est attribuable à la dépendance ? Le chiffre de 30 milliards d'euros est souvent avancé mais cette somme ne tient pas compte de l'aide informelle.

Si on essayait de la valoriser, celle-ci serait d'environ 10 à 15 milliards d'euros. En toute logique, il conviendrait de les additionner aux 30 précédents. Par définition, la part privée est très forte concernant l'aide informelle. Mais même cette estimation ne tient pas compte de l'ensemble des coûts induits : par exemple, le temps partiel qu'un aidant informel doit parfois prendre pour s'occuper de son parent. D'autres charges, financières, morales, concernant le bien-être et la santé des aidants, pourraient être intégrées ici. En effet, plusieurs études montrent que le fait de prendre en charge une personne dépendante a pour l'aidant la conséquence de dégrader son propre état de santé.

Si on tente de faire des projections, l'évolution démographique est plus facile, moins aléatoire à prédire que les évolutions épidémiologiques ou économiques. Lorsqu'on observe les dépenses de soins à long terme, rapportées au PIB, elles ne donnent pas le sentiment de nécessiter un effort particulièrement difficile à soutenir.

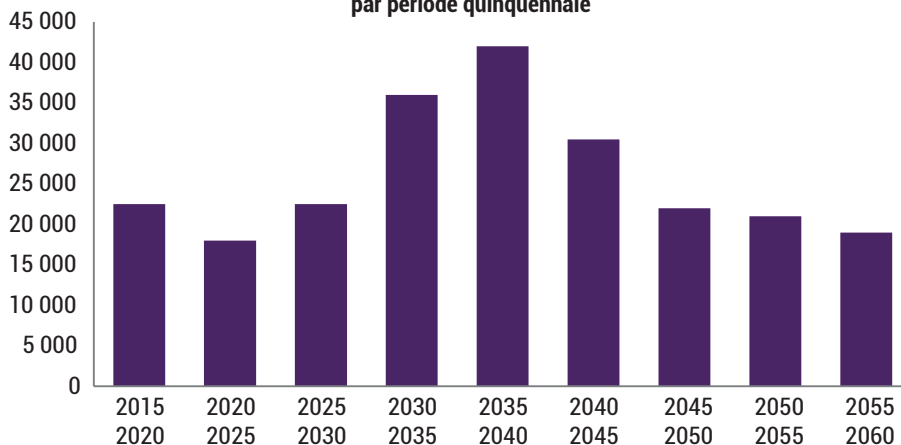
	Dépenses publiques	Dépenses privées	TOTAL
Soins	12,2	0,1	12,3
Dépendance (prise en charge formelle)	8,1	2,4	10,5
Dépendance (aidants informels)	-	7 à 11	7 à 11
Hébergement	3,3	8,2	11,5
TOTAL	23,5	17,7 à 21,7	41,2 à 45,2

Sources : Darcillon T. (2016) : « Le compte de la dépendance de 2010 à 2014 », La protection sociale en France et en Europe en 2014, Coll. Panoramas de la DREES et Renoux A., Rousel et C. Zaidman (2014) : « Le compte de la dépendance en 2011 et à l'horizon 2060 », Dossiers Solidarité et Santé, n°50, février.



Lorsqu'on se projette jusqu'en 2060, ces dépenses représenteront de 1 à 3 % du PIB. Plus intéressant encore, le Haut Conseil du Financement de la Protection Sociale a publié en 2017 un rapport où ces observations sont modulées en fonction de la sévérité de la dépendance.

Variation annuelle moyenne des effectifs projetés des personnes âgées dépendantes en GIR 1 à 4, par période quinquennale



Source : DREES / BHD. Scénario intermédiaire de prévalence de la dépendance : GIR 1 à 4, tous modes d'hébergement confondus. France entière.

Si l'on considère les personnes dépendantes classées en groupes iso-ressources (GIR) 1 à 4 (les plus dépendantes), on constate que leur nombre va croître jusqu'en 2035-2040. De fait, autant le problème des retraites va nous occuper dans les années à venir, autant le prochain défi concernera ce pic de personnes âgées dépendantes.

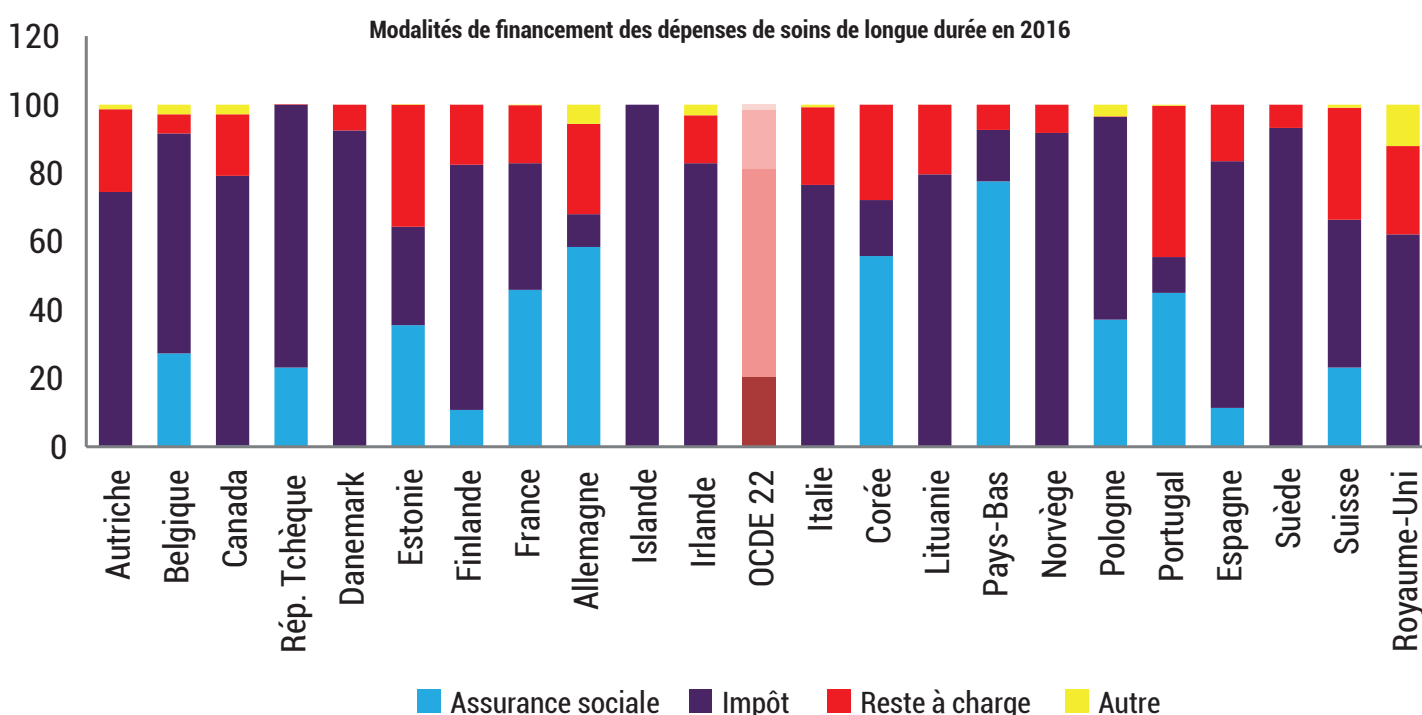
Autre question particulièrement centrale : celle du reste à charge. Autrement dit, ce qui nous reste à payer, déduction faite des prestations d'assurances sociales, de l'APA et éventuellement d'une couverture complémentaire. Précisons qu'en France, seule 10 à 20 % de la population a souscrit une assurance complémentaire dépendance.

Bien entendu, ce qui n'est pas pris en charge par les pouvoirs publics doit l'être par les ménages. Ce reste à charge est estimé à 6 milliards d'euros, dont 4 milliards concernent les frais d'hébergement. Rapportés au nombre de personnes âgées dépendantes et mensualisés, cela correspond à un reste à charge de 2 000 € par mois. De fait, 61 % des ménages français n'envisagent même pas d'entrer en EHPAD.

La question de la répartition entre l'État, le marché, les particuliers se pose. De même, celle du modèle assurantiel à retenir ; cela renvoie à l'équilibre à trouver entre efficacité et équité.

S'agissant des plus de 45 ans, 21 % d'entre eux seulement déclarent être détenteurs d'un contrat couvrant la perte d'autonomie. Peut-on ou non mobiliser le patrimoine ? Quelles sources de financement privilégier ?

On trouve une pluralité de modèles à l'étranger : on y rencontre des systèmes à base d'assurance sociale dans des pays comme les Pays-Bas, l'Allemagne, le Luxembourg,... Les systèmes universels financés par les impôts se trouvent essentiellement en Australie, en Autriche, en Finlande, en Irlande,... Enfin, il existe des modèles mixtes. C'est le cas en France, en Belgique, en Grèce, en Hongrie, aux États-Unis et dans un certain nombre d'autres pays.



Ce graphique illustre la répartition entre les différents financeurs. La partie rouge est celle directement financée par les ménages, autrement dit : le reste à charge. La partie bleue représente le financement par l'assurance ; et la partie verte correspond au système universel financé par l'impôt. En France, le reste à charge correspond à 17 ou 18 % du coût global. Ce ratio est à mettre en perspective avec le reste à charge des dépenses de santé qui est de 9 %. Donc, le reste à charge lié à la dépendance est deux fois plus important que celui lié à la santé. La répartition française est très proche de celle des autres pays membres de l'OCDE. Bien entendu, il s'agit là de chiffres moyens, cachant une grande hétérogénéité. Ils ne doivent pas masquer, dans certains cas, y compris en France, de véritables problèmes d'accès aux soins, même pour des personnes qui sont en « affection longue durée ».

Trois types de couvertures publiques sont finalement proposés. On peut s'interroger sur celui qui pourrait davantage être promu en France. Le premier est celui proposant une couverture universelle pouvant être financée au travers d'une assurance sociale dépendance. C'est par exemple le cas de l'Allemagne et cette solution est plébiscitée par les partisans du « 5^e risque ». Le problème sera alors d'en définir le périmètre, en termes de besoins, de population et de caractère obligatoire ou facultatif. D'autres modèles ciblent spécifiquement les plus démunis. C'est généralement le cas des pays anglo-saxons. Aux États-Unis, le système « Medicare » en est une bonne illustration.

Quelles sont les solutions possibles ? Il est envisageable d'élargir les bases de financement des systèmes de prise en charge de la dépendance.

Ceci est sans doute également vrai pour les dépenses de santé. Mais cela pose la question de la soutenabilité des efforts à consentir. Car, inexorablement, cela va accroître le poids de la contribution sociale généralisée (CSG).

Cet accroissement de l'assiette est sans doute une bonne chose ; il a par exemple été mis en œuvre au Japon, en Belgique, au Luxembourg, aux Pays-Bas,... Plus tôt, nous évoquions les notions d'équité horizontale et verticale. Elles renvoient aux solidarités inter et intra générationnelles. Nous en avons déjà entendu parler lors des débats sur l'âge de départ en retraite, puisque son recul traduit une forme d'équité intergénérationnelle : l'idée étant d'avoir une répartition équitable entre la durée du temps travaillé et la durée du temps espéré en retraite.

On peut également aborder la question d'une assurance dépendance privée, volontaire ou non. Évidemment, si l'on emprunte cette voie, il conviendra de mettre en place des instruments de régulation, des tarifs et des recommandations. Bref, encadrer les pratiques dans une sorte de concurrence régulée. Cela se pratique, par exemple, aux Pays-Bas.

Il existe également d'autres produits : il a été rappelé que les personnes âgées sont, à 75 %, propriétaires de leur patrimoine. Celui-ci pourrait, en partie au moins, servir au financement de la dépendance. Néanmoins, cette dernière solution revient à spolier les héritiers d'une partie de la succession. Ces dispositifs existent mais restent difficiles à mettre en œuvre. Dans sa note évoquée il y a quelques instants, le Haut Conseil du Financement de la Protection Sociale suggère l'idée d'un prêt dépendance.

La proposition d'une seconde journée de solidarité apparaît régulièrement dans le débat. Vraisemblablement, elle ne sera pas suffisante pour couvrir l'ensemble des besoins. Il s'agit sans doute là d'une fausse bonne idée.

Une autre option consisterait à développer une APA étendue : celle-ci prendrait en compte la prestation telle qu'elle existe déjà aujourd'hui, augmentée de l'aide sociale à l'hébergement. Il y aurait alors une logique d'attribution commune à la prise en charge de la dépendance et à l'hébergement, y compris pour les surcoûts liés à ce dernier.

Prise en charge publique des dépenses après réforme

	À domicile	Établissement médicalisé	Résidence à services intégrés
Soins	Assurance-maladie	Assurance-maladie	Assurance-maladie
Dépendance	APA-étendue*	APA-étendue*	APA-étendue*
Hébergement			

* Fonction du niveau du GIR et décroissante du revenu.
Source : Auteurs

On note qu'il existe très peu de données sur la « construction » des prix de l'aide formelle. Il est donc difficile d'en établir une régulation. L'idée serait alors de créer un prêt dépendance, accessible aux moins autonomes (GIR 1). Pourquoi eux plus spécifiquement ? Parce que si le prêt est contracté avant et n'est débouqué qu'en cas d'atteinte du GIR 1, son taux sera probablement moindre.

Dernière piste : celle d'une assurance dépendance mutualisée et obligatoire. Il faut instaurer ce caractère obligatoire pour s'épargner ce que les économistes appellent « l'aléa moral » où seules les personnes les plus exposées souscriront cette assurance ; le caractère obligatoire autorisant la mutualisation. En revanche, là aussi, il conviendrait de la concentrer sur les niveaux de dépendance les plus lourds. Derrière cette possibilité se profile la notion de « bouclier dépendance ». L'objectif visé est un plafonnement du reste à charge.

Bien entendu, si ce plafonnement est mis en place, il implique inexorablement une augmentation des cotisations. Il s'agit là d'un choix de société : on améliore la couverture des personnes lourdement dépendantes et, collectivement, nous acceptons de cotiser plus ou de payer plus d'impôts.

Un candidat aux élections présidentielles avait parlé de risque lourd. De quoi s'agit-il ? Aujourd'hui, les affections longues durées représentent 70 % des dépenses des caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), contre 60 % en 2005. Nous assistons donc à une concentration de l'assurance obligatoire sur le risque lourd. Cela signifie que les complémentaires ont un rôle de plus en plus important dans les dépenses de santé. Il conviendra vraisemblablement de travailler avec ces dernières sur le risque dépendance, en complémentarité. On peut imaginer un financement public intégral pour les plus démunis, lorsqu'ils deviennent lourdement dépendants. Dans les autres cas, le partenariat public-privé est inexorable. ■

SYNTHÈSE DES FABRIQUES DU 6 FÉVRIER

Retrouvez les compte-rendus
complets des Fabriques sur :

meurthe-et-moselle.fr

FABRIQUE 1 REVALORISER LE RÔLE DES PERSONNES ÂGÉES DANS UNE SOCIÉTÉ EN QUÊTE DE SENS

« Positionner cette Fabrique en premier, c'est affirmer que les interrogations ne sont pas que financières. Ce sont également des questions de valeurs, de sens et d'espérance... ».

Les personnes âgées ont bien un rôle à tenir dans notre société. Elles n'ont pas un rôle spécifique mais un rôle à part entière et ne doivent pas être cantonnées au statut de personnes âgées.

Pour que les personnes âgées trouvent une place dans la société, il convient de réinventer le bénévolat. Plusieurs idées ont été émises à ce sujet. Il faut également insister sur le fait qu'aujourd'hui, les personnes âgées demandent autant à aider qu'à être aidées.

Enfin, il est souligné que même s'il faut inciter les personnes âgées à avoir une vie sociale, on doit également leur permettre un droit au repli : elles peuvent ne pas vouloir être sollicitées.

Lorsqu'elles sont entrées en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), elles sont devenues des personnes plus fragiles. Les établissements doivent s'adapter et être en mesure de maintenir une vie sociale et une certaine forme d'épanouissement à leurs résidents.

Sur le fait que la société change, et avec les besoins et les aspirations des personnes âgées, il est noté l'importance qu'il y aurait à développer un diagnostic territorial sur la question de la participation des personnes âgées à l'épanouissement de la société, ce diagnostic devant être « lisible » au niveau communal voire infra communal.

FABRIQUE 2 ADAPTER LES RÉPONSES PUBLIQUES À UN NOUVEAU CONTEXTE

« Il existe des espaces où inventer de nouveaux métiers et des solutions intermédiaires entre le domicile et l'EHPAD... ».

Ici, le mot d'ordre est « transversalité opérationnelle », notamment entre les soins et le soutien à la perte d'autonomie. Il faut des temps dédiés à la coordination, alors qu'aujourd'hui celle-ci est le plus souvent informelle, peu approfondie.

Si ces coordinations sont prioritaires, elles n'excluent pas de se pencher sur l'amélioration des conditions de travail des salariés dans les EHPAD ou les services d'aide à la personne. Il faut rendre les métiers plus attractifs.

Il conviendrait de favoriser l'émergence d'une politique locale de l'autonomie adaptée à la culture et à l'histoire du territoire. L'identification d'un « porteur local » serait en mesure de décloisonner et de fédérer un ensemble d'acteurs actifs et pluriels pour organiser des réponses graduées qui iraient du simple accompagnement de la personne fragile à sa prise en charge dans un service hautement spécialisé. Dans cette organisation, le porteur peut être un EHPAD ou un Service polyvalent d'aide et de soins à domicile (SPASAD) structuré en plateforme de services.

L'offre proposée doit intégrer une large palette de services mobilisables, évoluant au rythme du parcours de la personne, notamment en raison de l'augmentation à venir des maladies neuro-dégénératives. Quoiqu'il en soit, la place de l'EHPAD doit être redéfinie en l'ouvrant sur le territoire de santé, en lui confiant un rôle dans la priorité accordée au domicile, notamment par le renforcement des accueils de jour, de nuit, temporaire.

Enfin, même lorsque l'EHPAD devient beaucoup moins une maison de retraite et beaucoup plus une maison de fin de vie, il convient d'y préserver une prise en charge dignement humaine. Il faut donc probablement redéfinir sa conception architecturale et son ouverture sur la commune. Éviter les EHPAD périphériques et les maintenir au cœur de nos villes et trouver tous les moyens permettant à des personnes en situation de très grande fragilité psychologique, de trouver dans le lien social maintenu quelques moments de bonheur, d'espérance... Humanisons les EHPAD, tout en reconnaissant qu'aujourd'hui, leurs missions sont extrêmement délicates.

FABRIQUE 3 DÉFINIR DE NOUVELLES SOURCES DE FINANCEMENT ET DE NOUVEAUX MODES DE GOUVERNANCE

« Il ressort des échanges la volonté d'une lisibilité sur l'ensemble des financements de la dépendance et d'une sanctuarisation de ce qui sera collecté pour financer la perte d'autonomie, avec une égalité de traitement sur tout le territoire. »

Est plébiscitée l'idée de créer une 5^e branche de la sécurité sociale couvrant la perte d'autonomie, financée par une assiette de cotisations la plus large possible, l'ensemble des ressources devant être soumises à cotisations. L'idée d'une nouvelle journée de solidarité a ainsi fait débat, puisque reposant sur les seuls actifs.

De l'avis unanime, l'assurance individuelle ne peut être qu'un instrument complémentaire, acceptable à la condition qu'il soit très encadré par l'État et les Départements. De même, la vigilance doit rester de mise sur les emprunts viagers, qui sont insuffisamment encadrés. Une harmonisation de la position de tous les Départements est attendue, quant à l'obligation alimentaire supportée par les petits-enfants. Le recours sur succession, évoqué, a fait débat, appelant des positions tranchées de part et d'autre.

Le dyptique composé d'une part, de la mise en œuvre de la solidarité nationale pour l'attribution des aides, et d'autre part, de l'animation territoriale par les Départements, est fortement mis en avant dans les échanges.

Enfin, est privilégiée l'idée de construction d'un parcours coordonné de la personne, avec un système de financement qui s'adapte à sa situation à chaque moment. La nécessité d'établir un barème de tarifs en vue d'uniformiser les restes à charge est également avancée.

FABRIQUE 4 CONTRIBUTION CITOYENNE À LA DÉCISION PUBLIQUE

« J'ai été ce que vous êtes, vous serez ce que je suis ».

Ce groupe rejoint très largement ce qui s'est déjà dit sur la citoyenneté et la participation. Vieillir, c'est grandir ! Et donc, nous devons être heureux d'avoir une multitude de gens qui grandissent dans ce pays pour leur apporter des choses aussi importantes qu'une analyse économique et sociale de notre pays. Que ce soit dans le rural ou dans les villes, la citoyenneté doit être enrichie par la contribution de toutes les personnes âgées et la reconnaissance de leurs savoir-faire.

Il faut également en finir avec l'idée que les personnes âgées vivent différemment. Beaucoup vivent « comme à 20 ans » et sont, par exemple, bien plus familiarisées avec les instruments nouveaux, qui permettent effectivement l'intégration dans des réseaux sociaux.

Mais les personnes âgées en veulent davantage et demandent, notamment aux conseils départementaux, d'œuvrer pour une meilleure formation des personnes âgées sur tous les registres nouveaux du numérique.

Enfin, les personnes âgées souhaitent que soient plus lisibles tous les dispositifs qui leur permettraient d'être bénévoles et reconnues dans leurs compétences et leurs expériences.

Le constat est commun aux 4 Fabriques : il existe un déficit d'information. Ceci peut rendre moins facile la mobilisation des personnes âgées, dans leur dimension sociale. Il est souhaité que soit établi un droit à l'information accessible au niveau des communes qui seraient, en la matière, l'échelon le plus pertinent. ■



© G. Berger-CD54

CONTRIBUTION DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE LA CITOYENNETÉ ET DE L'AUTONOMIE DE MEURTHE- ET-MOSELLE AUX ASSISES DE L'AUTONOMIE ORGANISÉES PAR LE DÉPARTEMENT DE MEURTHE-ET MOSELLE VOTÉE EN SÉANCE PLÉNIÈRE LE 14 JANVIER 2019

Le président du conseil départemental de Meurthe-et-Moselle a saisi, dans le cadre de l'organisation des Assises de l'autonomie des 5 et 6 février 2019, le Conseil Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie (CDCA) aux fins de solliciter sa contribution aux débats sur les enjeux de la perte d'autonomie, de son financement et de sa gouvernance.

© A. Guenquin-CD54



À l'issue de ses travaux réunissant les deux formations personnes âgées et retraitées et personnes handicapées, le CDCA entend déposer les recommandations suivantes desquelles sera issue une motion.

LA PLACE DES PERSONNES ÂGÉES ET DES PERSONNES HANDICAPÉES DANS LA SOCIÉTÉ : LEUR PARTICIPATION

Le CDCA exprime sa conviction que l'intégration des personnes âgées et des personnes handicapées dans la société constitue un impératif catégorique.

Le CDCA considère en conséquence que tant les personnes âgées et retraitées que les personnes handicapées, y compris en perte d'autonomie, doivent pouvoir tenir leur rôle social à la mesure de leurs capacités et de leur expertise de sorte que leur identité ne se réduise pas au seul statut que leur assigne leur état ou leur manque d'autonomie.

Pour cela, elles doivent pouvoir conserver un libre choix de vie et la pleine possession de leur liberté de citoyen.ne, conditions indispensables à la valorisation de leur image.

À cet effet, le CDCA préconise notamment la promotion d'une politique susceptible d'associer les dites personnes à des activités bénévoles d'intérêt général, en particulier en matière de formation ou via le recours à la notion de personne experte, ces activités bénéficiant de dispositions fiscales attractives.

Enfin, le CDCA demande que les personnes âgées, retraitées et les personnes handicapées siègent de droit dans toutes les instances les concernant.

LES DISPOSITIONS QUE LA SOCIÉTÉ DEVRAIT ADOPTER : L'INTÉGRATION SOCIALE

En premier lieu, le CDCA a fait le constat d'une globale complexité des dispositions administratives et a émis le souhait de leur simplification et la prise en compte de la fracture numérique.

Surtout, il a mis l'accent sur le rôle capital de la prévention de la perte d'autonomie et plus généralement de la préservation maximale de l'autonomie restante, une telle politique étant à la fois susceptible d'engendrer des économies et mieux à même de sauvegarder l'intégration.

Considérant que l'immense majorité des personnes âgées et des personnes handicapées souhaitent vivre et finir leur vie à domicile, au cœur des cités, et non en hébergement collectif et que ce choix est indissociable d'une intégration dans la société, le CDCA émet les préconisations suivantes selon lesquelles :

- Il y a lieu de procéder d'urgence au sauvetage des services d'aide à domicile à destination des personnes fragiles (personnes âgées et personnes handicapées), leur modèle économique étant à bout de souffle. Le métier d'aide à domicile doit être revalorisé et justement rémunéré afin de retrouver un minimum d'attractivité, faute de quoi tout recrutement deviendra bientôt impossible. Par ailleurs, ce personnel devra recevoir une formation adaptée. Une réforme du mode de financement s'impose donc à très bref délai.
- Pour les personnes qui ne peuvent pas rester dans leur logement initial, il est nécessaire de développer des logements sociaux actuellement insuffisants. Pour les personnes à revenu moyen, il est urgent d'offrir un habitat adapté et accessible financièrement. Ces personnes ne doivent pas être dépendantes des promoteurs immobiliers qui proposent des résidences ne répondant pas à leurs besoins et inabordable financièrement.

- Il est indispensable d'aménager les résidences « autonomie » actuelles afin que les personnes y vivent et finissent leur vie sans un nouveau déracinement. Il est également nécessaire d'en construire des nouvelles.

- L'accessibilité et l'adaptation des logements individuels, et tout particulièrement des logements sociaux, doivent être respectées à minima, à hauteur des regrettables quotas imposés par la loi évolution du logement, de l'aménagement et du numérique (ELAN). à cet égard, le CDCA émet le vœu fort que l'accessibilité de ces logements ne se trouve encore réduite par la voie réglementaire des textes d'application. Le rôle des décideurs est à cet égard primordial, et ce sur tous les territoires urbains ou ruraux.

- La politique de l'habitat inclusif doit être vivement encouragée en sauvegardant la souplesse imposée par la diversité de ces types d'habitat aussi bien ceux destinés aux personnes âgées que ceux destinés aux personnes handicapées. De telles formules permettent de concilier l'existence d'un libre « chez soi » avec la nécessaire sécurité qu'offrent les services d'accompagnement et d'aide qui y interviennent. Elles permettent de retarder voire même d'éviter les orientations en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou en maison d'accueil spécialisée (MAS).

- Il faut repenser la fonction de l'EHPAD et son mode de financement. à ce jour, instrument d'une véritable maltraitance institutionnelle faute de moyens, son financement à hauteur de ses besoins est urgent. Ce financement, par ailleurs, doit réduire les restes à charge pesant sur les résidents et leurs familles et laisser un reste à vivre suffisant pour les résidents (au minimum 20 % de leurs revenus propres). Enfin, sa vocation doit se limiter à l'avenir, au seul hébergement des personnes atteintes de maladies cognitives et apparentées.

- Le statut, la place et l'accompagnement des aidants familiaux doivent également être repensés dans la mesure où leur participation est essentielle et considérable. Les temps et les lieux de répit doivent être augmentés et la possibilité doit être prévue, d'un accompagnement psychologique individuel de l'aidant.

- Enfin, la loi du 11 février 2005 devra être révisée et complétée. Elle comporte en effet des lacunes dans la mesure où la prestation de compensation du handicap (PCH) n'a pas pris en considération les aides domestiques (préparation des repas et aides ménagères) ou encore l'aide à la parentalité. Au demeurant, des restes à charge importants subsistent en matière d'aides humaines, d'aides techniques, d'aménagement du logement ou du véhicule.

- Mais elle devra également être appliquée en toutes ses dispositions et en particulier celles de l'article 13 prévoyant la convergence des régimes d'aide aux personnes handicapées et aux personnes âgées.

POUR UNE NOUVELLE GESTION : UN FINANCEMENT ET UNE GOUVERNANCE

Pour parvenir au financement nécessaire à ces réformes, le CDCA a considéré que le doublement du jour de solidarité n'était pas opportun. Sa charge repose en effet exclusivement sur les salariés. De plus, les fonds ainsi collectés ne seraient pas à la hauteur du défi aujourd'hui posé par le financement de la perte d'autonomie.

Le CDCA s'est également déclaré hostile à toute forme de récupération des aides accordées sur le patrimoine de la personne bénéficiaire, cette mesure n'étant pas d'ailleurs de nature à permettre là encore le financement de la perte d'autonomie.

En revanche, le CDCA s'est clairement positionné en faveur de la création de ce qui a été appelé le « 5^e risque » c'est-à-dire un droit universel, accordé à tous, de bénéficier de la solidarité nationale pour la prise en charge de la perte d'autonomie. En conséquence, il a estimé que le financement solidaire et intergénérationnel de ce risque doit trouver son origine dans une contribution généralisée de nature fiscale prenant la forme d'une taxation directe sur l'ensemble des revenus, sans recours à la succession et l'assuranciel. Tous les citoyens sont confrontés à l'accompagnement de la perte d'autonomie et doivent être sensibilisés à ce problème par une communication adaptée.

Il a considéré, enfin, que la gouvernance du nouveau dispositif devrait naturellement revenir à la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) au niveau national, en raison des compétences qui sont déjà les siennes, et au niveau local aux Départements, en raison de leurs liens de proximité avec la population dans le domaine de l'aide aux personnes âgées, retraitées et handicapées. À cet effet, la création de Maisons Départementales de l'Autonomie (MDA) a été souhaitée. ■

***La motion votée par le CDCA
en séance plénière
le 14 janvier 2019 sur
www.meurthe-et-moselle.fr***



© G. Berger-CD54

REMERCIEMENTS

L'organisation et le bon déroulement des Assises départementales de l'autonomie n'auraient pas été possibles sans le soutien et l'implication d'un ensemble de personnes et de groupes. Le conseil départemental de Meurthe-et-Moselle tient donc à exprimer toute sa gratitude à :

- Thomas BARNAY, professeur des Universités en Sciences Économiques, spécialité santé
- Jean-René BERTHELEMY, directeur de la Fondation Saint-Charles et membre du Conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA)
- Mickaël BLANCHET, géographe
- Bernard FOUCAUD, ancien directeur général adjoint solidarités du Département de l'Eure et conseiller de l'Observatoire De l'Action Sociale (ODAS)
- François JEGER, ancien administrateur de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), conseiller de l'ODAS
- Claire Marie LEMONNIER, directrice d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)
- Didier LESUEUR, directeur général de l'ODAS
- Patricia MALGRAS, directrice de l'Association Familles Rurales
- Evelyne MATHIS, maire de Velle-sur-Moselle
- Arthur PETIT, chargé de mission à l'association Familles Rurales
- Laëtitia PILLOY, directrice de l'Association Départementale d'Aide aux Personnes Âgées, Personnes Handicapées et particuliers (ADAPA) de Meurthe-et-Moselle
- Denis PIVETEAU, conseiller d'État, ancien directeur de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)
- Jean-Louis SANCHEZ, délégué général de l'ODAS et fondateur du Journal des Acteurs Sociaux (JAS)
- Jean-Marie SCHLERET, ancien président du Conseil National Consultatif des Personnes Handicapées (CNCPH)
- Ingrid VOLERY, enseignante-chercheuse à l'Université de Lorraine
- À la compagnie de théâtre du Jarnisy
- Aux membres du comité de pilotage et les membres des groupes de travail réunis en amont des Assises
- Aux 550 participants des Assises départementales de l'autonomie les 5 et 6 février 2019
- Aux 1 083 Meurthe-et-Mosellans de 11 à 87 ans qui ont pris part aux Assises en répondant au questionnaire qui leur était proposé, témoignant ainsi de leur intérêt pour le « Vivre ensemble », en Meurthe-et-Moselle.



meurthe-et-moselle.fr

Conseil départemental de Meurthe-et-Moselle
48, esplanade Jacques-Baudot - CO 900 19
54035 NANCY CEDEX - Tél. : 03 83 94 54 54