

<p>Rapport de suivi de la mise en œuvre du plan international de Madrid (2002) pour la période 2007-2011</p>

Résumé.....	1
Section 1 - Situation nationale du vieillissement	2
Section 2 - Méthodologie	5
1 ^{er} engagement : Intégrer la prise en compte du vieillissement dans tous les domaines politiques afin de parvenir à une société pour tous	6
2ème engagement : Assurer l'intégration pleine et entière des personnes âgées dans la société	7
3ème engagement : Promouvoir une croissance économique équitable et durable pour faire face au vieillissement de la population	9
4ème engagement : Ajuster les systèmes de protection sociale face à l'évolution démographique et à ses conséquences sur les plans économique et social.....	10
5ème engagement : Aider le marché du travail à s'adapter aux conséquences économiques et sociales du vieillissement de la population.....	13
6ème engagement : Promouvoir la formation continue et adapter le système éducatif de manière à répondre à l'évolution de la situation économique, sociale et démographique	18
7ème engagement : S'efforcer d'assurer la qualité de la vie à tout âge et le maintien d'une vie indépendante, y compris la santé et le bien-être	19
8ème engagement : Intégrer une stratégie tenant compte des besoins et des spécificités de chaque sexe dans une société vieillissante	24
9ème engagement : Aider les familles qui soignent des personnes âgées et promouvoir la solidarité entre les générations et entre les membres d'une même génération.....	25

Résumé

Depuis l'élaboration du précédent rapport en 2007, les réalisations les plus marquantes ont été :

- la réforme du système de retraite avec l'adoption, par le Parlement, de la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites ;
- la réforme de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (minimum vieillesse) ;
- la mise en œuvre du plan Alzheimer ;
- l'amélioration de l'offre d'hébergement en institution (tant d'un point de vue quantitatif que qualitatif) : les derniers plans pluri annuels ont ainsi permis, entre 2007 et 2010, la création de 41 000 places nouvelles et la médicalisation de première génération de 99 % des places d'Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Des progrès ont également été réalisés en matière de qualité et « bientraitance ».

Les défis sont notamment :

- la révision de la stratégie de la couverture de la dépendance des personnes âgées. Une étape essentielle a été franchie en 2002 avec la création de l'Allocation Personnalisée Autonomie (APA). Toutefois, compte tenu de l'augmentation à venir du nombre de bénéficiaires, les modalités doivent être revisitées et ce d'autant plus que le « reste à charge » reste important. Le débat national organisé en 2011 sur ce sujet a plutôt fait apparaître une demande de consolidation du système actuel ;
- le développement des services d'aide et de soin à domicile, ainsi que de solutions intermédiaires entre EHPAD et domicile, pour répondre au souhait de 80 % des personnes âgées de rester le plus longtemps possible à domicile ;
- l'amélioration de la gouvernance du système de prise en charge et la simplification des différents circuits financiers.

Compte tenu des délais d'élaboration de ce document, les dernières mesures prises dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale et de la loi de finances 2012 n'ont pas été intégrées au présent rapport.

INFORMATIONS GENERALES

Pays : France

Auteur du rapport : la rédaction de ce rapport a été coordonnée par la Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS).

Coordonnées du point de contact national sur le vieillissement :

Marie Keirle, cheffe du bureau des affaires européennes et internationales

14 avenue Duquesne

75007 Paris

Tel : + 33 (0)1 40 56 86 00

Section 1 - Situation nationale du vieillissement

1. Présentation des indicateurs démographiques favorisant une meilleure compréhension du développement du pays en rapport avec la problématique du vieillissement.

Le taux de fécondité totale en France est supérieur à celui de nombreux Etats développés (1,97 enfant par femme pour la période 2005-2010 alors que ce taux est en moyenne de 1,66 sur la même période pour les Etats les plus développés)¹. En 2010, le taux de fécondité en France a légèrement augmenté et s'élève à 2,01. Le relatif dynamisme de la France sur le plan démographique se traduit par un vieillissement démographique moins prononcé que dans la plupart des pays européens.

Les perspectives d'évolution de la population de personnes âgées dépendantes résultent de deux types de facteurs : premièrement le vieillissement de la population, deuxièmement l'évolution des déterminants sanitaires et sociaux qui, à chaque âge, influent sur le risque de dépendance.

¹ UN World Population Prospects: the 2010 revision.

En France, l'espérance de vie a continué à progresser ces dernières années (84,8 ans pour les femmes en 2010 et 78,1 ans pour les hommes)². Parallèlement, les générations du baby boom arrivent à l'âge de la retraite.

Les projections démographiques 2010 de l'Institut National de la statistique et des études économiques (INSEE) font ainsi apparaître une nette augmentation de la population de plus de 80 ans à l'horizon 2060, liée à la fois au vieillissement de la génération du baby-boom et à l'allongement de l'espérance de vie.

Toutes les personnes âgées ne seront toutefois pas confrontées à la dépendance (moins de 18 % des 80-89 ans le sont actuellement).

Il est difficile de disposer de tendances claires sur une période longue de l'évolution de la dépendance à chaque âge ou d'une connaissance précise des différents déterminants de la dépendance et de leur évolution. Cependant, la projection moyenne réalisée par un groupe de travail en 2011 laisse entendre que le nombre de personnes âgées dépendantes en France métropolitaine pourrait être multiplié par 1,4 entre 2010 et 2030 (de 1 150 000 à 1 550 000 personnes) et par 2 entre 2010 et 2060 (de 1 150 000 à 2 300 000 personnes)³.

2. Présentation des principaux indicateurs sociaux et économiques et des dispositifs mettant en lumière la problématique du vieillissement et facilitant les analyses quantitatives.

Depuis 2008, la France, a été durement frappée par la crise économique, même si l'intensité de la récession a été moins forte que dans de nombreux autres Etats européens. En 2010 l'économie française est à nouveau en expansion, après le repli historique de l'activité en 2008-2009 : le PIB augmente de 1,5 %, après - 2,7 % en 2009 et - 0,1 % en 2008 en moyenne annuelle. L'économie a en fait recommencé à croître dès la mi-2009. La reprise est néanmoins modérée : au quatrième trimestre 2010, le niveau d'activité reste inférieur à celui d'avant la récession⁴.

Après avoir fortement augmenté entre mi-2008 et fin 2009 (de 2,2 points à 9,5 % en France métropolitaine et 9,9 % en France y compris Départements d'Outre-mer (DOM), le taux de chômage au sens du BIT tend à reculer légèrement depuis. Fin 2010, il s'établissait à 9,2 % en France métropolitaine et à 9,6 % en France y compris DOM. Entre 2008 et 2010, la hausse du chômage a concerné toutes les tranches d'âge. Cependant, son ampleur a été plus importante depuis le début de la crise pour les jeunes de 18 à 24 ans (+ 4,0 points entre 2008 et 2010). Le taux de chômage des 55-64 ans (6,6 % en 2010) est plus faible que celui des actifs moins âgés et a augmenté de 2 points de 2008 à 2010.

L'activité des 55-64 ans a progressé entre 2003 et 2010 pour les hommes (+ 2,1 points) comme pour les femmes (+ 4,8 points). Le taux d'emploi des seniors reste néanmoins encore inférieur à celui de l'UE (En 2010, ce taux d'activité des 55-64 ans était de 42,4 % dans son ensemble, de 45,1 % pour les hommes et de 39,9 % pour les femmes)⁵.

En 2009, 8,2 millions de personnes vivent sous le seuil de pauvreté⁶, soit 13,5 % de la population française. 10,4% des personnes se situant sous le seuil de pauvreté ont plus de 65 ans, soit à un niveau moins élevé que la moyenne de la population française. Néanmoins, ce niveau est le plus

² Résultats provisoires INSEE

³ Rapport du groupe de travail « Enjeux démographiques et financiers de la dépendance ».

⁴ Sources : INSEE. L'économie française. Edition 2011.

⁵ Sources : enquêtes Emploi, Insee, traitement Dares ; données 2010 provisoires.

⁶ Seuil de pauvreté monétaire relatif de 60% de la médiane des niveaux de vie des ménages.

élevé enregistré depuis le début de la série établie par l'INSEE en 1996. En effet, on constate qu'après avoir fortement baissé durant la période entre 2002 et 2004 (passant de 9,8 % à 8,6 %), le taux de pauvreté monétaire des 65 ans et plus augmente depuis 2005 (passant de 8,6 % à 10,4 %).

Sur le long terme, on constate que depuis 1970 le taux de pauvreté des ménages dont la personne de référence est âgée de 65 ans ou plus a été divisé par 4. Il en est résulté une inversion de la situation par rapport aux actifs.

Cependant, certaines catégories de personnes âgées voient leur situation se détériorer. Ainsi, le taux de pauvreté monétaire des femmes de plus de 75 ans se détériore depuis la fin des années 1990, avec un passage progressif de 10,3 % de personnes se situant sous le seuil de pauvreté à 60 % du revenu médian à 12 % au début des années 2000 puis à 14,7 % en 2009.

Le minimum vieillesse, créé en 1956, a été remplacé par l'Allocation de Solidarité aux Personnes Agées en 2007 (ASPA). Il s'élève, au 1^{er} avril 2011, à 742,27 € au maximum par mois pour une personne seule. Il atteindra 777 € par mois en 2012. Pour les personnes en couple, le montant est de 1 181,77 € par mois au 1^{er} avril 2011. En 2009, on dénombrait 583,2 milliers d'allocataires de l'ASPA, ce qui représente une augmentation par rapport à 2008 (575,2 milliers d'allocataires).

3. Brève description de la situation sociale et politique, afin de replacer la problématique du vieillissement dans son contexte.

Au sein du Gouvernement, les questions relatives aux personnes âgées relèvent plus particulièrement du ministre du Travail, de l'emploi et de la santé, M. Xavier Bertrand, et de la ministre des Solidarités et de la Cohésion sociale, Mme Roselyne Bachelot-Narquin.

D'un point de vue social, l'année 2010 a été marquée par le processus de réforme des retraites, vivement débattu, et qui s'est achevé avec l'adoption de la loi du 10 novembre 2010.

Au cours du premier semestre de l'année 2011, l'attention s'est concentrée sur les questions de dépendance des personnes âgées et de financement des dispositifs de prise en charge de la dépendance, un grand débat national ayant été organisé sur ce sujet.

Face aux défis représentés par le vieillissement de la population et l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques, ce débat avait pour objectif de lancer une concertation la plus large possible, aussi bien au niveau national que local, en vue de préparer une réforme du système français de prise en charge de la dépendance et, plus largement, de s'interroger sur la place des personnes âgées dans notre société ainsi que sur les défis multiples liés au vieillissement⁷.

Les derniers développements de la crise économique et financière ont néanmoins amené le Gouvernement à remettre la réforme initialement envisagée. L'effort public en faveur des personnes âgées dépendantes n'a pas pour autant diminué. Il devrait même s'accroître en 2012 avec une augmentation prévue de l'ONDAM⁸ médico-social de 4,2 % (contre 2,8 % pour l'ONDAM général) et de 6,3 % pour le sous-objectif des dépenses en faveur des personnes âgées dépendantes. En outre, 140 millions d'euros seront consacrés à la médicalisation des EHPAD. Enfin, si les aspects financiers de la prise en charge de la dépendance doivent être traités ultérieurement, de nombreuses mesures peuvent d'ores-et-déjà être entreprises pour améliorer l'organisation générale de la prise en charge et trouver des marges d'efficience.

⁷ Une présentation plus détaillée de ce débat est disponible en annexe.

⁸ Objectifs nationaux des dépenses d'assurance maladie, voté annuellement par le Parlement. Cet ONDAM général est décliné en 3 objectifs sectoriels, parmi lesquels les dépenses des établissements médico-sociaux.

Section 2 - Méthodologie

Ce rapport a été élaboré dans un cadre interministériel.

Au sein de la direction générale de la cohésion sociale, chargée de la coordination de ce rapport, les services suivants ont été interrogés :

- sous-direction de l'autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées ;
- service des droits des femmes et de l'égalité entre les femmes et les hommes ;
- sous-direction de l'inclusion sociale, de l'insertion et de la lutte contre la pauvreté.

Ont également contribué, le ministère du travail, de l'emploi et de la santé et, en particulier la direction de la sécurité sociale, la direction générale de la santé, la direction générale de l'organisation des soins, la direction générale du travail, la délégation générale à l'emploi et à la formation professionnelle, la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.

Ce rapport a aussi été enrichi des travaux effectués au cours du débat national sur la dépendance qui s'est tenu au 1^{er} semestre 2011.

Section 3 - Capacité nationale à poursuivre les engagements du plan de Madrid

1^{er} engagement : Intégrer la prise en compte du vieillissement dans tous les domaines politiques afin de parvenir à une société pour tous

Plusieurs plans ont été adoptés ces dernières années pour faire phase aux défis du vieillissement :

Le Plan solidarité grand âge 2007-2012, en lien, pour les questions de financement, avec le plan d'aide à l'investissement des services et établissements médico-sociaux. La France a fait le choix, comme beaucoup d'autres pays européens, de développer le maintien à domicile des personnes âgées afin de répondre aux attentes des personnes âgées. Cela suppose d'organiser les conditions du libre choix, en développant notamment des nouvelles formes de logement, en développant l'aide à domicile, en améliorant les conditions de vie dans ces maisons de retraite et en les adaptant à un public plus dépendant.

Le Plan Alzheimer 2008-2012, présenté à Nice le 1^{er} février 2008 et élaboré sur la base des travaux de la Commission présidée par le docteur Joël Ménard.

Le Plan Bien vieillir 2007-2009, qui donne un intéressant exemple de démarche interministérielle.

D'autres plans, dans le domaine de la santé notamment, prennent également en compte la situation des seniors et des personnes âgées, notamment :

- le Programme de lutte contre la douleur 2006-2010 ;
- le Plan qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques (2007-2011) ;
- le Plan de développement de la bientraitance et du renforcement de la lutte contre la maltraitance 2007/2011 ;
- le Plan de développement des soins palliatifs 2008/2012 (faisant suite à d'autres actions tel que celui de 2002/2005 ...) ;
- le deuxième Plan santé au travail (2010-2014) ;
- Le Programme national pour l'alimentation a été défini dans la loi de modernisation de l'agriculture et de la pêche, promulguée le 27 juillet 2011. L'action I.4.2 de ce plan a pour objectif l'amélioration de l'alimentation des seniors.

Enfin, différentes stratégies nationales intègrent la question du vieillissement :

- la stratégie nationale de développement durable 2009-2013, adoptée en application de la loi Grenelle 1 du 3 août 2009. Pour la première fois, cette stratégie plaide en faveur de la solidarité intergénérationnelle et met l'accent sur la prise en charge des personnes âgées et sur la transmission des compétences d'une génération à l'autre.

- la stratégie nationale de recherche et d'innovation 2009-2012 dans laquelle s'intègre l'axe recherche du plan Alzheimer cité plus haut.

- l'objectif national de réduction de la pauvreté en France sur 5 ans (2008 à 2012), (voir développements ci-dessous).

- le Programme National de Réforme de la France 2011 dans le cadre de la stratégie Europe 2020 (ligne directrice n° 10 - promouvoir l'inclusion sociale et lutter contre la pauvreté – axe soutien financier aux personnes fragiles).

2ème engagement : Assurer l'intégration pleine et entière des personnes âgées dans la société

1. Participation

Mesures prises pour reconnaître, encourager et soutenir la contribution des personnes âgées à la vie de la société (campagnes médiatiques, programmes scolaires ...) ?

L'un des axes du plan Bien Vieillir 2007-2009 (axe n° 6) insiste sur l'importance de développer des liens entre générations pour renforcer la cohésion sociale et contribuer à la valorisation des aînés. L'une des mesures proposées était de contribuer au développement de la « Semaine bleue » qui peut fournir un exemple de bonne pratique (voir développements en annexe.)

L'année européenne du bénévolat et du volontariat en 2011 a également permis la labellisation d'un certain nombre de projets favorisant le bénévolat, notamment celui des personnes âgées ou en faveur des personnes âgées.

Existence d'un corps consultatif national sur le vieillissement

La France dispose d'un organe consultatif représentant les personnes âgées : le Comité National des Retraités et des Personnes Agées (CNRPA), ainsi que de Comités Départementaux des Retraités et des Personnes Agées (CODERPA).

Depuis 2007, la loi HPST (Hôpital, Patient, Santé et Territoire) de juillet 2009, a mis en place une nouvelle gouvernance des secteurs de l'hôpital, de la médecine de ville et du médico-social avec la création des Agences Régionales de Santé (ARS). Ces secteurs étaient régis par des institutions différentes et séparées auparavant). Afin d'assurer au niveau local la concertation avec tous ceux qui seront concernés par les décisions à prendre, les « conférences régionales de santé et de l'autonomie » ont été mises en place. Des représentants des CODERPA y siègent. Cette instance contribue par ses recommandations et ses avis à la définition de la stratégie régionale de santé.

Par ailleurs, l'article D. 149-2 du code de l'action sociale et des familles relatif aux attributions du CNRPA précise que ce dernier « constitue et anime des commissions régionales ». Il s'agit de constituer et d'animer, dans chaque région, des commissions de réflexion et d'échange avec les membres des CODERPA, les représentants des administrations et des institutions intéressées (ARS et DRJSCS principalement) ; l'animation incombe à des représentants du CNRPA.

La journée nationale du CNRPA du 22 septembre 2011 a été organisée avec l'appui logistique et la participation technique du ministère des solidarités et de la cohésion sociale. Près de 200 participants ont été réunis à cette occasion (représentants des collectivités territoriales et majoritairement des membres des CODERPA). Dans cet espace de dialogue, les partenaires et les acteurs des politiques publiques en faveur des personnes âgées et des retraités ont pu se rencontrer pour échanger leurs points de vue sur les enjeux, leurs attentes et leurs préoccupations.

Enfin, tant au niveau national qu'à l'échelon régional les représentants des personnes âgées et des retraités ont participé, dans le cadre de plusieurs groupes de travail au cours de l'année 2011, à la réflexion engagée par les autorités françaises sur la question de la préservation de l'autonomie des personnes âgées qui prend aujourd'hui une place de plus en plus prégnante au sein de notre société

Label « Bien vieillir – Vivre ensemble »

Le plan « Bien vieillir » comporte un axe 7 intitulé « développer le bien vieillir au niveau local ». Dans ce cadre, un label destiné à promouvoir les communes qui prennent en compte le vieillissement de

leur population au travers de l'ensemble de leur politique locale a été lancé (voir annexe « bonnes pratiques ».)

2. Intégration par les relations intergénérationnelles

Les expériences d'habitat intergénérationnel :

L'axe 6 du premier plan bien vieillir contenait une mesure consistant à favoriser les expériences d'habitat intergénérationnel. Il s'agissait notamment d'assurer la diffusion de la charte "un toit, deux générations", élaborée conjointement par la Fondation nationale de gérontologie et un établissement d'enseignement supérieur (Sciences-Po Paris) et de contribuer au développement de nouvelles expériences. Le projet repose sur le principe d'une offre de logement par la personne âgée à un étudiant qui assure en retour une présence et une aide bénévole, sans contrepartie financière ; une structure associative intervient pour mettre en contact les deux parties et assurer une médiation.

Le rapport d'évaluation de ce plan, réalisé par le Haut Conseil de la Santé publique en 2010, constate tout d'abord que cette solution d'habitat intergénérationnel ne doit pas être un choix par défaut afin de pallier deux manques : manque de logements étudiants et coût élevé pour beaucoup d'étudiants du parc locatif et manque de professionnels spécialisés dans l'aide à la personne et coût élevé du maintien à domicile quand il suppose une présence de professionnels à temps complet. Cependant, à condition de bien identifier les situations qui présenteraient l'un ou l'autre de ces biais, la proposition d'habitat intergénérationnel pourra prendre toute sa place. Plus globalement, se pose la question des structures à construire dans les trente prochaines années, avec des habitats regroupés.

3ème engagement : Promouvoir une croissance économique équitable et durable pour faire face au vieillissement de la population

1. Stratégie de lutte contre la pauvreté

Dans l'ensemble, la qualité du système de retraites, mais aussi l'existence de prestations de logement, de santé et de perte d'autonomie ainsi que des dispositifs fiscaux appropriés font que le taux de pauvreté monétaire des personnes âgées est inférieur en France à la moyenne de l'UE. Certaines catégories de personnes âgées sont néanmoins plus exposées à la pauvreté, comme, notamment, les personnes âgées isolées et les femmes. La question du vieillissement est donc, bien évidemment, prise en compte dans le cadre de la politique générale de lutte contre la pauvreté.

La France poursuit en effet l'objectif de réduire le taux et l'intensité de la pauvreté en s'appuyant sur son système socio-fiscal qui joue un rôle indéniable dans la réduction des inégalités, notamment en augmentant les niveaux de vie les plus faibles et sur des mesures ciblées vers les ménages en situation de précarité et d'exclusion. Ces dispositifs ont contribué à amortir le choc créé par la crise.

Les actions conduites par le Gouvernement n'ont pas seulement pour objet l'amélioration du niveau de vie des ménages en situation de précarité. Il s'agit également de mobiliser différents leviers de nature à favoriser l'insertion sociale et professionnelle des personnes en difficulté, en prenant en compte le caractère multidimensionnel des phénomènes de pauvreté et d'exclusion. A ce titre, la politique de lutte contre la pauvreté et l'exclusion associe de nombreux acteurs et recouvre un ensemble de mesures qui sont autant de réponses destinées à garantir l'accès effectif aux droits fondamentaux des personnes en situation d'exclusion.

Cette politique s'articule autour de quatre axes principaux :

- soutenir financièrement les personnes fragiles ;
- renforcer la participation au marché du travail des personnes qui en sont le plus éloignées ;
- favoriser l'accès et le maintien dans le logement des personnes sans abri ou mal logées ;
- garantir l'effectivité des droits fondamentaux des populations les plus vulnérables et favoriser ainsi leur accès à l'autonomie et l'exercice de leur citoyenneté.

Parmi les mesures prises récemment pour améliorer la situation des personnes âgées dont les revenus sont faibles, on peut notamment citer :

- l'augmentation de l'Allocation de Solidarité aux Personnes Agées (ASPA)⁹ qui, depuis 2007, a augmenté progressivement de 25 % pour les personnes vivant seules. Environ 400 000 allocataires sont concernés par cette mesure (très majoritairement des femmes) soit près de 3 % de l'ensemble des personnes âgées de plus de 60 ans. A l'issue de ces revalorisations, l'ASPA passera progressivement de 621 euros par mois en 2007 à 777 euros par mois en 2012 ;
- depuis 2010, les conjoints survivants, aux pensions modestes et ressources faibles, bénéficient d'un relèvement de leur pension de réversion de base dans la limite d'un plafond (800 euros en 2010) ;
- les retraites des « petits pensionnés de l'agriculture » ont également été améliorées et la réforme des retraites a facilité l'accès des travailleurs indépendants agricoles à l'Allocation de Solidarité des Personnes Agées.

Il convient également de rappeler que, dans le cadre de la réforme des retraites, des mesures spécifiques ont été prises afin d'inciter à davantage d'égalité professionnelle entre les hommes et les

⁹ L'ASPA constitue un montant minimum de pension de vieillesse accordé, sous condition de ressources, aux personnes qui n'ont pas suffisamment cotisé aux régimes de retraite pour pouvoir bénéficier d'un revenu d'existence à l'âge de la retraite.

femmes (voir engagement n° 4) et que la politique du bien vieillir, en encourageant notamment l'insertion sociale des personnes âgées, participe également à la lutte contre la pauvreté.

Rappelons enfin que la France a été parmi les premiers pays européens à se doter d'un objectif chiffré de réduction de la pauvreté. L'article 1er de la loi du 1er décembre 2008 généralisant le Revenu de solidarité active et réformant les politiques d'insertion reprend en effet l'engagement du Président de la République de réduire la pauvreté d'un tiers en cinq ans et prévoit que le Gouvernement fixe, par période de cinq ans, un objectif quantifié de réduction de la pauvreté.

Afin de suivre cet objectif, le Gouvernement est tenu de transmettre au Parlement, chaque année, **un rapport sur les conditions de réalisation de cet** objectif, ainsi que sur les mesures et les moyens financiers mis en œuvre pour y parvenir. Le 3^{ème} rapport de suivi de cet objectif¹⁰ procède à une analyse de l'évaluation de la pauvreté en France, notamment au regard de l'âge, les différents indicateurs connaissant une désagrégation par tranches d'âges.

Enfin, des études ou expérimentations ont été menées à l'intention de publics particuliers tels que les personnes sans domicile fixe ou mal logées vieillissantes¹¹, le recours à l'aide alimentaire ou au glanage¹², l'isolement des personnes âgées précaires¹³...

2. Le développement de services numériques pour la santé et l'autonomie considéré comme un investissement d'avenir.

En 2009, le programme « investissements d'avenir pour construire la France de demain » a été lancé par le Gouvernement. L'objectif est de préparer la France aux défis du XXI^{ème} siècle en consentant un effort massif dans les secteurs porteurs de croissance et d'emploi.

Parmi les 5 axes retenus, figure le développement d'une véritable économie numérique créatrice d'emplois et de valeur ajoutée pour notre pays pour lequel le Gouvernement a mobilisé 4,5 milliards d'euros. L'un des programmes est consacré à l'e-santé avec une mise en œuvre en deux temps :

- un premier appel à projets de 10 millions d'euros, publié en janvier 2011 et dont les résultats seront prochainement publiés, a été centré sur le développement de solutions technologiques innovantes (capteurs, objets domotiques communicants, dispositifs médicaux...) destinées à faciliter le maintien de l'autonomie de la personne et le « bien vivre » des personnes sur leur lieu de vie.

- un second appel à projets, de 30 millions d'euros, clôturé le 15 décembre 2011, avec une ambition plus large : son objectif est de faire émerger des modèles économiques du secteur de l'e-santé via des démonstrateurs à échelle représentative, proposant un ensemble de services et reposant sur un large partenariat.

4^{ème} engagement : Ajuster les systèmes de protection sociale face à l'évolution démographique et à ses conséquences sur les plans économique et social

1. Adaptation du système de protection sociale aux changements démographiques et sociaux

¹⁰ http://www.onpes.gouv.fr/IMG/pdf/RAPPORT_PAUVRETE_OCTOBRE_2011.pdf

¹¹ Réalisation d'une expérimentation de maisons-relais accueillant spécifiquement des personnes âgées sans domicile fixe. Cette expérimentation a fait l'objet d'une évaluation consultable à l'adresse suivante :

¹² Voir notamment l'étude sur le glanage alimentaire en ville remise au Haut commissariat aux solidarités actives en janvier 2010 qui montre que les personnes de plus de 60 ans, jusqu'à un âge très avancé, sont assez fortement représentées parmi les glaneurs.

¹³ Voir, notamment le rapport de la Fondation de France « Les solitudes en France », paru en juillet 2010 qui estime que les personnes dépendantes pauvres présentent un risque d'isolement deux fois plus important que les autres personnes dépendantes.

La réforme du système de retraite

A la dégradation structurelle des régimes de retraite (1,6 actif pour 1 retraité en 2010), la crise a ajouté un choc conjoncturel brutal et a fortement détérioré les prévisions à court terme du solde des régimes de retraites. Elle a notamment pesé sur les recettes, en lien avec le ralentissement de la croissance des salaires, la hausse du chômage et de l'inactivité. La crise a accéléré de plus de 20 ans la chronique attendue de la dégradation des déficits des retraites : les déficits auparavant prévus à l'horizon 2040 (1,8 % de PIB) sont aujourd'hui annoncés pour 2015 : sous des hypothèses macroéconomiques comparables, en l'absence de réforme, ils étaient estimés à 720 milliards d'euros 2008 pour la période 2010-2030, contre 450 milliards d'euros 2008 pour la même période d'après les projections réalisées en 2007 par le Conseil français d'Orientation des Retraites.

Dans ce contexte, une réforme a donc été adoptée en 2010 par le Parlement français pour apporter une réponse durable au problème du financement des retraites tout en préservant l'adéquation du niveau des pensions. La *loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites* a introduit trois mesures pour *augmenter la durée de vie active* :

- hausse de 2 ans de l'âge légal d'ouverture des droits, celui-ci étant porté progressivement de 60 ans à 62 ans en 2018 ;
- hausse de 2 ans également de l'âge d'obtention d'une pension complète sans condition de durée, celui-ci étant progressivement porté de 65 ans à 67 ans en 2023 ;
- poursuite du principe d'indexation de la durée d'assurance (requis pour obtenir une pension à taux plein) sur les gains d'espérance de vie, selon les principes définis par la précédente réforme de 2003. La durée d'assurance passe ainsi de 40 années pour la génération née en 1948 à 41,25 années pour les générations nées en 1953 et 1954. Elle continuera d'évoluer par la suite compte tenu des gains d'espérance de vie.

Tous les secteurs d'activité sont concernés par ce relèvement des « bornes d'âge » : la réforme s'applique à tous, salariés du privé, fonctionnaires, agents des régimes spéciaux et travailleurs indépendants. Elle tient toutefois compte de la spécificité de certaines carrières :

- la possibilité de partir plus tôt ouverte aux salariés ayant eu des « carrières longues » (début d'activité précoce et durée de cotisation élevée) depuis la réforme de 2003 est maintenue et même élargie, avec des conditions strictes sur la durée de cotisation, à ceux ayant commencé à travailler avant 18 ans afin d'accompagner le report de l'âge d'entrée sur le marché du travail ;
- les salariés souffrant d'une invalidité permanente de 10 % à la suite d'une maladie professionnelle ou d'un accident du travail gardent la possibilité de partir au taux plein à 60 ans.

La réforme incite à davantage d'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes et une meilleure prévention de la pénibilité au travail : les entreprises d'au moins 50 salariés doivent être couvertes par des accords ou un plan d'action sur ces deux thèmes d'ici janvier 2012 sous peine d'être soumises à une pénalité d'1 % de leur masse salariale.

La loi de 2010 poursuit également les efforts de la précédente réforme de 2003 pour renforcer l'équité entre travailleurs du secteur public et travailleurs du secteur privé, en harmonisant certaines règles : suppression de la possibilité de départ anticipé pour les parents de trois enfants ayant quinze années de service effectif ; fermeture du dispositif des cessations progressives d'activité dans la Fonction publique ; alignement progressif du taux de cotisation des fonctionnaires sur celui des

salariés du privé (soit un relèvement de 7,85 % à 10,55 %) ; rapprochement des règles du minimum garanti et de celles du minimum contributif.

En ce qui concerne le volet des ressources, le choix a été fait d'adopter des recettes ciblées plutôt qu'une hausse généralisée des prélèvements pour ne pas pénaliser la croissance et l'emploi. Le dispositif d'allègement de cotisations sociales patronales sur les bas salaires a été rationalisé et, concernant les ménages aisés :

- le taux le plus élevé du barème progressif de l'impôt sur le revenu a été augmenté d'un point (de 40 % à 41 %) ;
- le prélèvement forfaitaire libératoire de l'impôt sur le revenu applicable aux intérêts et dividendes et du taux d'imposition proportionnelle des plus-values de cession de valeurs mobilières a été porté de 18 à 19 %.

La réforme de 2010 a enfin mis en place des mesures de pilotage et de suivi en créant notamment une enceinte de gouvernance et d'alerte, le Comité de pilotage des régimes de retraite, qui devra remettre annuellement un avis sur la situation financière des régimes de retraite et proposer des mesures de redressement en cas de risque sérieux. Il aura aussi pour mission d'organiser une réflexion nationale sur les objectifs et les caractéristiques d'une réforme systémique de la prise en charge collective du risque vieillesse, portant notamment sur les conditions de mise en place d'un régime par points ou en comptes notionnels.

2. L'adaptation du système de protection sociale des femmes et des hommes tout au long de leur vie

Pour le calcul de la retraite, des majorations de durée d'assurance existent au titre de l'accouchement ou de l'éducation. Une réforme de ce système est intervenue en 2010. Ainsi, les mères disposent d'une majoration de 4 trimestres au titre de chaque accouchement. De plus, une majoration de 4 trimestres supplémentaires au titre de l'éducation peut être attribuée à la mère ou au père, voire partagée pour les enfants nés après la réforme.

De plus, la réforme des retraites de 2010 a prévu des mesures afin de permettre :

- une meilleure prise en compte du temps partiel qui est très majoritairement le fait des femmes. C'est ainsi que les négociations engagées chaque année sur les objectifs d'égalité professionnelle dans l'entreprise devront également porter sur les conditions dans lesquelles, en cas d'activité à temps partiel, l'employeur peut prendre en charge tout ou partie du supplément de cotisations lié au maintien de l'assiette des cotisations d'assurance vieillesse à hauteur d'une rémunération à temps plein ;
- une amélioration de l'information délivrée aux assurés tout au long de leur vie ;
- une meilleure prise en compte du congé maternité : les indemnités journalières maternité versées à compter du 1er janvier 2012 seront désormais prises en compte dans le salaire annuel moyen qui sert de base au calcul de la retraite ;
- l'amélioration des droits à la retraite complémentaire en cas de congé parental d'éducation, de congé de solidarité familiale, de soutien familial ou de présence parentale. L'employeur et le salarié peuvent désormais cotiser au régime de retraite complémentaire pendant ces périodes, dans des conditions fixées par un accord collectif. La prise en charge par l'employeur de la part salariale de la cotisation n'est pas considérée comme une rémunération pendant les 6 premiers mois de congés et n'est donc pas soumise à la cotisation de sécurité sociale.

5ème engagement : Aider le marché du travail à s'adapter aux conséquences économiques et sociales du vieillissement de la population

1. Les actions entreprises pour encourager l'emploi des seniors

La France a mis en œuvre un Plan national d'action concerté pour l'emploi des seniors sur la période 2006-2010 (voir rapport précédent pour la présentation de ce plan). Inscrit dans la durée, ce plan visait à faire croître la proportion des seniors en emploi en luttant contre les facteurs qui les en excluent, en favorisant leur employabilité et en sécurisant leurs parcours professionnels.

S'il est difficile de dresser un bilan précis et exhaustif de l'ensemble des actions prévues dans le cadre ce plan – toutes ne relèvent pas d'un comptage statistique, certaines ne relèvent pas de l'action de l'Etat mais de pratiques innovantes de gestion des ressources humaines au sein des entreprises – il convient toutefois de souligner les avancées majeures favorisées par la mise en œuvre de ce plan.

Un certain nombre d'actions du plan ont nécessité des modifications législatives et réglementaires structurantes visant d'une part, à favoriser le maintien dans l'emploi des seniors ou la poursuite d'une activité professionnelle et, d'autre part, à permettre le recrutement de salariés âgés.

Mesures destinées à favoriser le maintien dans l'emploi des seniors ou la poursuite d'une activité professionnelle :

- Limitation du bénéfice des préretraites financées par l'Etat : suppression du dispositif de cessation anticipée d'activité de certains travailleurs salariés (CATS) et des préretraites progressives (PRP) ; forte restriction de l'accès aux préretraites totales (allocations spéciales licenciement du Fonds national de l'emploi) par le biais d'une instruction en date du 19 décembre 2007 adressée aux services de l'Etat ;
- Incitation au non recours des préretraites privées : doublement de la taxation des préretraites d'entreprises (la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) 2008 a fixé à 50 % du revenu de remplacement cette taxation mise en place par la loi portant réforme des retraites du 21 août 2003 fixée initialement à 23,85 %) ; suppression progressive de la dispense de recherche d'emploi : la loi du 1^{er} août 2008 relative aux droits et aux devoirs des demandeurs d'emploi a institué un relèvement progressif de l'âge d'accès à la dispense (58 ans en 2009, 59 ans en 2010 et 60 ans en 2011) ; la LFSS 2009 a supprimé cette dispense à compter du 1^{er} janvier 2012.
- Incitation à la poursuite d'une activité professionnelle : taxation des indemnités de mise à la retraite à hauteur de 50 % (LFSS 2008) ; suppression totale de la possibilité de la mise à la retraite d'office (LFSS pour 2009) : la mise à la retraite d'office n'est désormais plus possible avant 70 ans, ce qui permet au salarié qui le souhaite de prolonger son activité professionnelle au-delà de 65 ans et de bénéficier de la surcote ; majoration de la surcote, passée de 3 % à 5 % par année de travail supplémentaire à compter du 1^{er} janvier 2009 (LFSS 2009) ; Libéralisation des règles de cumul entre une retraite et un emploi (LFSS 2009) ;
- Organisation des transferts de compétence : développement de la pratique du tutorat dans l'entreprise. La loi n° 2009-1437 du 24 novembre 2009 relative à l'orientation et à la formation professionnelle tout au long de la vie (article 33) et le décret n° 2010-661 du 15 juin 2010 ont institué un dispositif de prise en charge du tutorat de jeunes de moins de 26 ans embauchés depuis moins de 6 mois ou de stagiaires, dispositif expérimenté jusqu'au 31 décembre 2011.

Mesures favorisant la demande de travail en direction des seniors et l'offre de travail des seniors :

- Suppression de la « contribution Delalande » (LFSS 2008) ; instaurée en 1987 et due par les employeurs licenciant un salarié âgé de plus de 50 ans car cette contribution avait pour effet de freiner l'embauche des salariés âgés.
- Forte mobilisation des contrats aidés dans les secteurs marchand et non-marchand en faveur de l'emploi des seniors, en particulier le contrat initiative emploi et le contrat d'accompagnement vers l'emploi. Ainsi, entre 2006 et 2010, le nombre d'entrées annuelles de seniors dans les dispositifs de contrats aidés a augmenté de 35 %. Le 2 septembre 2011, le Président de la République a annoncé la création de 20 000 contrats aidés supplémentaires notamment à l'attention des seniors.
- Mise en place du « Contrat à Durée Déterminée seniors » (CDD seniors) par le décret du 28 août 2006, suite à la demande des partenaires sociaux ; Ce CDD s'adresse aux personnes de plus de 57 ans inscrites depuis plus de 3 mois comme demandeur d'emploi ou bénéficiant d'une convention de reclassement personnalisé. Il n'a cependant pas été utilisé dans la mesure où aucune aide spécifique n'était associée à ce CDD.

Parallèlement à ces mesures législatives et réglementaires, une forte mobilisation de l'ensemble des acteurs socio-économiques, condition indispensable à la mise en œuvre effective du plan, a été recherchée.

Ainsi, afin de mettre en relation les entreprises, le service public de l'emploi, les partenaires sociaux, les associations, les services de santé au travail, et de définir des plans d'action régionaux, les directions régionales de l'emploi et de la formation professionnelle ont commencé à organiser des assises régionales dès le mois de décembre 2006.

Parallèlement à l'organisation de ces assises, ces directions régionales (devenues Directions Régionales des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi – DIRECCTE - le 15 février 2010) ont également cherché à favoriser une meilleure prise en compte des seniors dans le cadre d'autres actions mises en œuvre à leur échelon, s'agissant notamment du développement des nouveaux outils de la formation professionnelle (cf. actions collectives de démarche de validation des acquis de l'expérience).

Pour sa part, l'Agence nationale pour l'emploi (ANPE) - devenue Pôle emploi - a établi un plan de mobilisation spécifique en faveur du retour à l'emploi des demandeurs d'emploi de plus de cinquante ans.

2. Inciter les employeurs à adopter une gestion active des âges.

Au-delà du plan national d'actions concerté et afin de créer une prise de conscience permettant de modifier durablement les comportements, le législateur a invité, dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour l'année 2009, les employeurs à adopter une gestion active des âges.

Pour atteindre cet objectif, l'article 87 de la loi de financement de la sécurité sociale a prévu l'obligation, à compter du 1^{er} janvier 2010, pour les entreprises de plus de 50 salariés, d'être couvertes par un accord de branche ou d'entreprise ou par un plan d'action en faveur de l'emploi des seniors sous peine de se voir infliger une pénalité de 1 % de leur masse salariale. Le produit de cette pénalité, recouvré par les organismes de recouvrement des cotisations sociales (URSSAF¹⁴ et caisses

¹⁴ Union de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales (URSSAF)

de la Mutualité sociale agricole (MSA)), est affecté à la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse des Travailleurs Salariés.

L'accord ou plan d'action doit comporter un objectif chiffré de maintien dans l'emploi des salariés de 55 ans ou plus ou de recrutement des salariés âgés de 50 ans ou plus, ainsi que des dispositions favorables à ce maintien et ce recrutement portant sur trois domaines d'action au moins choisis parmi une liste de 6 domaines : le recrutement des salariés âgés dans l'entreprise, l'anticipation de l'évolution des carrières professionnelles, l'amélioration des conditions de travail et prévention des situations de pénibilité, la transmission des savoirs et des compétences et le développement du tutorat, le développement des compétences et des qualifications et accès à la formation et l'aménagement des fins de carrière et de la transition entre activité et retraite.

Malgré sa mise en place relativement récente, il est possible d'établir un premier bilan très positif de ce dispositif. La mobilisation des entreprises et des partenaires sociaux a été très forte. Ainsi, fin 2010, 80 % des salariés des entreprises de 50 salariés et plus étaient couverts par un accord de branche, d'entreprise ou un plan d'action.

En étudiant les accords de branche signés en 2009, on constate que le domaine des conditions de travail est le thème le plus souvent mentionné avant la transmission des savoirs et des compétences ou le développement du tutorat. En effet, sur les 44 accords de branche signés en 2009, 41 accords comportaient des dispositions explicites sur les conditions de travail, les thèmes abordés au cours des négociations portant le plus souvent sur l'aménagement du temps de travail, les mesures spécifiques de prévention et d'identification de la pénibilité, le renforcement des consultations et interventions du Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT) en lien avec les institutions représentatives du personnel, les Caisses Régionales d'Assurance Maladie (CRAM) ou les Associations Régionales pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ARACT), l'aménagement et l'adaptation des postes de travail ainsi que les études ergonomiques.

2. Améliorer l'employabilité des travailleurs âgés

Une nouvelle convention d'objectifs et de gestion pour la branche accidents du travail-maladies professionnelles a été signée pour 2009-2012. Cette convention engage la branche accidents du travail – maladies professionnelles (AT-MP) et l'Etat sur des publics ciblés notamment sur les salariés seniors menacés par la désinsertion professionnelle.

Le deuxième Plan Santé au Travail (2010-2014) reconnaît les seniors comme public prioritaire.

Les actions proposées complètent celles prévues dans le « Plan national d'action concerté pour l'emploi des seniors » et le programme 6 de la convention d'objectifs gestion (COG) « Prévention de la désinsertion professionnelle », en intégrant l'approche spécifique et les inflexions éventuelles qu'appellent la prise en compte du vieillissement des salariés et la prévention de l'usure au travail.

Ainsi, il est prévu de :

- suivre les accords et plans d'actions pour enrichir leur contenu en mettant l'accent sur l'embauche des seniors ;
- inciter à la négociation et promouvoir l'échange de bonnes pratiques ;
- renforcer l'action des équipes de santé au travail sur le maintien dans l'emploi ;
- développer les actions de maintien en emploi, de prévention de l'usure professionnelle, d'amélioration des conditions de travail tout au long de la vie et de réorientation professionnelle ;

- développer notamment les actions qui visent à aménager l'organisation, les horaires et le contenu du travail des seniors, et à adapter les postes de travail.

Ces actions sont déclinées localement dans le cadre des plans régionaux de santé au travail.

La loi du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites, en particulier son titre IV relatif à la pénibilité du parcours professionnel qui instaure diverses mesures relatives à la prise en compte et à la prévention de la pénibilité au travail.

L'article 77 instaure une obligation pour certaines entreprises de conclure un accord ou d'élaborer un plan d'action en faveur de la prévention de la pénibilité.

L'enjeu de ce dispositif est d'améliorer les conditions de travail pour maintenir en emploi les salariés tout en préservant leur santé tout au long de leur vie professionnelle. Si l'objectif est de réduire la pénibilité pour tous, cette politique active de prévention devrait permettre d'améliorer l'employabilité des travailleurs âgés.

En effet, les accords ou plans d'action doivent traiter de thèmes obligatoires parmi la réduction des poly expositions, l'adaptation et l'aménagement du poste de travail, l'amélioration des conditions de travail, notamment au plan organisationnel, le développement des compétences et des qualifications, l'aménagement des fins de carrière et le maintien en activité.

Ce dispositif entre en vigueur au 1^{er} janvier 2012.

Enfin, le vieillissement au travail se trouve au cœur de plusieurs autres dispositifs :

- le Réseau Francophone de Formation en Santé au Travail (RFFST) avec la constitution d'un groupe de travail « Vieillesse, santé et conditions de travail » chargé de produire des supports de formation sur ces questions ;
- le volet « Bien vieillir au travail » dans le cadre du plan national « Bien vieillir » 2011-2013 ;
- la participation à l'année européenne du vieillissement actif avec la valorisation des actions menées notamment par les Directions Régionales des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi (DIRECCTE) et leurs partenaires.

3. Accroître l'activité de toutes les femmes et de tous les hommes

Objectif de création de solutions de garde supplémentaire pour les jeunes enfants

Afin de permettre une meilleure conciliation de la vie professionnelle et de la vie familiale, un objectif de création de 200 000 solutions de garde supplémentaires pour l'accueil des jeunes enfants a été fixé d'ici 2012 (100 000 pour l'accueil collectif et 100 000 pour l'accueil chez une assistante maternelle). Le développement de l'offre passe par la création de places de crèche, la diversification des modes d'accueil et l'adaptation des normes. Ainsi, pour l'accueil collectif, 40 000 places d'accueil devraient être trouvées avec la modification des dispositions relatives aux établissements d'accueil du jeune enfant, et 60 000 places agréées Protection Maternelle et infantile (PMI) issues notamment des différents plans crèches pour la création de nouvelles places (dont 10 000 places de crèches d'entreprise, et 10 000 places « innovantes » issues du Plan espoir banlieue, micro-crèches et jardins d'éveil).

Renforcement de la négociation collective en matière d'égalité professionnelle

La loi du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites fait le constat que l'amélioration de la situation des femmes au regard des droits à retraite implique une réduction des inégalités constatées pendant l'activité tant en matière de carrière qu'en matière de salaire. Cette loi prévoit, à compter du 1^{er} janvier 2012 de sanctionner les entreprises d'au moins 50 salariés qui n'ont pas conclu d'accord collectif en matière d'égalité professionnelle ou, à défaut, n'ont pas adopté de plan en faveur de l'égalité professionnelle.

Cet accord collectif ou ce plan d'action unilatéral doit être adopté sur la base d'un diagnostic de la situation des femmes et des hommes dans l'entreprise qui doit comporter notamment un volet relatif à l'articulation entre l'activité professionnelle et l'exercice de la responsabilité familiale, mais aussi sur l'embauche, la formation, la promotion professionnelle, la qualification, la classification, les conditions de travail et sur les rémunérations effectives.

La loi prévoit la « publicité » du plan d'action en faveur de l'égalité professionnelle : l'employeur doit porter à la connaissance des salariés, par voie d'affichage sur le lieu de travail ou tout autre moyen adapté, la synthèse du plan d'action relatif à l'égalité professionnelle comprenant des indicateurs et objectifs de progression définis par décret. Cette synthèse du plan d'action est tenue à la disposition de toute personne qui la demande et publiée sur le site internet de l'entreprise.

La sanction prévue en l'absence d'accord collectif ou de plan d'action relatif à l'égalité professionnelle est une sanction financière dont le montant sera fixé par l'inspection du travail dans la limite de 1 % de la masse salariale des rémunérations et gains bruts en fonction des efforts constatés dans l'entreprise en matière d'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes.

6ème engagement : Promouvoir la formation continue et adapter le système éducatif de manière à répondre à l'évolution de la situation économique, sociale et démographique

Mesures favorisant l'accès des seniors aux contrats de professionnalisation¹⁵

Une aide à l'embauche des seniors dans le cadre de contrats de professionnalisation, a été créée par le décret n° 2011-524 du 16 mai 2011. Compte tenu du taux très élevé d'insertion dans l'emploi des bénéficiaires des contrats de professionnalisation (environ 70 % quel que soit l'âge du bénéficiaire), le gouvernement a en effet souhaité encourager l'accès des seniors à ces contrats. Applicable depuis le 1^{er} mars 2011, cette aide forfaitaire de 2 000 € versée se cumule avec les 2 000 € d'ores et déjà versés par Pôle emploi à l'employeur lors de la conclusion du contrat de professionnalisation avec un salarié de 26 ans et plus, ainsi qu'avec l'exonération de charges sociales. L'objectif est de soutenir la conclusion de 10 000 contrats de professionnalisation.

¹⁵ Le contrat de professionnalisation est un contrat de travail conclu entre un employeur et un salarié. Son objectif est l'insertion ou le retour à l'emploi des jeunes et des adultes par l'acquisition d'une qualification professionnelle (diplôme, titre, certificat de qualification professionnelle...) reconnue par l'État et/ou la branche professionnelle. Le contrat alterne des périodes d'enseignement général, technologique et professionnel et des périodes de travail en entreprise dans une activité en rapport avec la qualification visée.

7ème engagement : S'efforcer d'assurer la qualité de la vie à tout âge et le maintien d'une vie indépendante, y compris la santé et le bien-être

1. Qualité de vie, indépendance, santé, bien être

Le plan national « Bien vieillir »

Le Plan national « bien vieillir » 2007-2009 s'inscrit dans la continuité du Programme National Bien Vieillir, initié en 2003 et renforcé en 2005. Inscrit dans le projet « Healthy Ageing » de l'Union européenne, avec pour objectif de proposer des mesures favorisant « un vieillissement réussi », il a développé des actions individuelles et collectives. Dans une démarche de prévention primaire, trois domaines ont été essentiellement concernés en raison de leur contribution à un vieillissement harmonieux : la nutrition, l'exercice physique et la culture du lien social.

Dans son évaluation du Plan « bien vieillir » 2007-2009, le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) précise que « malgré l'ambition et la pertinence de la thématique et des objectifs, on peut déplorer un déficit de gouvernance, de structuration et de moyens ». En effet, des idées pertinentes ont été agrégées plutôt que logiquement structurées dans une problématique. Les actions définies sont le plus souvent orientées sur le développement d'outils, sans que soient toutefois organisés l'accompagnement et l'utilisation de ceux-ci. Enfin, l'évaluation a été insuffisamment précisée lors de l'élaboration du plan.

Fort de ce constat, plusieurs recommandations sont formulées par le HCSP pour alimenter la réflexion sur les suites à donner à ce plan :

- pérenniser le concept. La dynamique préventive se doit d'être poursuivie afin d'accroître son efficacité. Une prolongation du premier plan est souhaitée, un ensemble d'actions concertées et intersectorielles est préconisé ;
- adapter la méthode. La prévention est par nature intersectorielle. Il est nécessaire de distinguer un pilotage relevant de la puissance publique, au niveau interministériel, de la mise en œuvre confiée aux opérateurs adéquats ;
- inclure la problématique des inégalités sociales de santé ;
- intégrer la notion du « bien vieillir » dans une action politique à visée collective et individuelle.

Sur la base de cette évaluation, des travaux sont actuellement en cours sur les suites à donner à ce plan. Plusieurs principes nécessaires à l'organisation future des actions à mener ont ainsi été retenus :

- globalité de la démarche : sanitaire, psychosociale, sociétale, environnementale (logement, urbanisme, transports, travail/emploi...) et écologique (développement durable) ;
- actions transversales, multidimensionnelles, coordonnées aux niveaux national, régional et territorial ;
- équilibre entre les mesures individuelles et les mesures collectives, afin de contribuer à la réduction des inégalités sociales en santé ;
- mise en cohérence avec les autres plans de santé publique (Programme National Nutrition Santé, Plan Alzheimer...), mais aussi avec les préconisations issues des rapports sur la dépendance (ministère des Solidarités et de la Cohésion sociale, Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie, Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie..), et mise en œuvre de certaines préconisations du rapport « Vivre chez soi » ;
- importance de la recherche et des applications (formation, aides) qu'elle permettrait de développer ;

- liens avec la stratégie européenne « 2012 : Année Européenne du vieillissement actif et de la solidarité intergénérationnelle » - « European Innovation Partnership on Active Healthy Aging ».

La qualité de vie dans les EHPAD

La qualité de vie pour les personnes accueillies dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) n'est évidemment pas une préoccupation nouvelle pour les personnels de ces structures. Elle a été prise en compte dans les textes relatifs à la réforme de la tarification des EHPAD dès 1999 (cahier des charges : arrêté du 26 avril 1999). Dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité, au regard du référentiel cahier des charges, un outil d'auto-évaluation intitulé « ANGELIQUE » a été construit avec les professionnels, mis à la disposition des équipes des EHPAD. Cet outil leur permet de repérer leurs points forts et leurs points faibles, puis de travailler sur des axes d'amélioration de la qualité.

L'ANESM (Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux) en charge des recommandations de bonnes pratiques élabore notamment une série de recommandations sur la qualité de vie en EHPAD : « de l'accueil de la personne à son accompagnement » et « l'organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne » (parus), « la vie sociale des résidents » (à paraître) et les besoins en santé (travaux sur 2012)¹⁶.

Une attention particulière a été aussi portée, notamment dans le cadre du **programme pour la bientraitance**, aux questions de qualité dans les établissements sociaux et médico-sociaux, en particulier dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées.

Par ailleurs, depuis 2002, les EHPAD, comme tous les établissements et services sociaux et médico-sociaux sont soumis depuis à des procédures d'évaluation interne et externe. Les structures doivent communiquer les résultats de leur évaluation interne tous les cinq ans et procéder à deux évaluations externes sur une période de quinze ans, condition nécessaire à la poursuite de leur autorisation. L'ANESM est responsable de l'habilitation des organismes chargés de cette évaluation externe.

Comme exemple de bonne pratique, on peut notamment citer le programme Mobiquil, porté par la Société Française de Gériatrie et Gérontologie (voir présentation en annexe).

2. Garantir l'accès sur un pied d'égalité aux services sociaux et sanitaires, notamment aux soins de longue durée pour les personnes de tout âge

Développement des services de soins à domicile

Le maintien à domicile le plus longtemps possible est le souhait de l'immense majorité des personnes âgées qui, bien souvent, n'acceptent la solution d'un hébergement collectif que lorsque le maintien à domicile n'est plus possible dans des conditions de sécurité suffisantes. L'une des manières de favoriser le maintien à domicile est de développer et rationaliser les services des soins à domicile.

Ces services sont en effet des services médico-sociaux au sens du code de l'action sociale et des familles. Ils assurent, sur prescription médicale, aux personnes âgées de plus de 60 ans malades ou dépendantes et aux personnes adultes de moins de 60 ans présentant un handicap ou atteintes de

¹⁶ http://www.anesm.sante.gouv.fr/spip.php?page=article&id_article=375

maladies chroniques, les soins infirmiers et d'hygiène générale ainsi que les concours à l'accomplissement des actes essentiels de la vie.

Les services de soins à domicile ont pour mission de contribuer au soutien à domicile, notamment en prévenant ou en différant l'entrée à l'hôpital ou dans un établissement d'hébergement et en raccourcissant certains séjours hospitaliers. Ils interviennent au domicile des patients ou dans les établissements sociaux et médico-sociaux non médicalisés (petites unités de vie notamment) prenant en charge des personnes âgées ou des personnes handicapées.

Fin 2009, les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) représentent **2 351 services** et un volume financier de **1 308 millions** d'euros. Le nombre de places est de 108 613 places autorisées et 103 821 places installées (source FINESS) avec un coût moyen à la place (Personnes âgées/Personnes handicapées) prévu dans l'Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) 2010 de 10 500 €.

Le Plan solidarité grand âge prévoit la création de 6 000 places par an pour atteindre, en 2025, l'objectif de 232 000 places ouvertes.

Les frais afférents aux soins à domicile dispensés par les services de soins à domicile sont pris en charge par l'assurance maladie dans le cadre d'une dotation globale de soins qui tient compte de différentes charges. Des travaux sont actuellement en cours pour réformer la tarification de ces services afin d'améliorer la prise en charge des patients les plus dépendants et de définir une meilleure allocation des ressources.

Le Plan Alzheimer 2008-2012

Le Plan Alzheimer 2008-2012 vise à construire un parcours personnalisé pour chaque malade, depuis le diagnostic de la maladie (qui se caractérise par la perte progressive de la mémoire et des fonctions cognitives, à laquelle s'ajoutent des modifications du comportement) jusqu'à la prise en charge à domicile ou en établissement.

Le Plan s'articule autour de 3 priorités : améliorer la qualité de vie du malade et des proches, encourager la recherche et faire changer le regard de la société sur la maladie.

Un bilan des réalisations de ce plan a été présenté en février 2011, à l'occasion de son 3^{ème} anniversaire (voir reprise des chiffres clé en annexe). Ce Plan a effectivement permis d'atteindre une mobilisation sans précédent contre cette maladie en permettant d'améliorer la santé et la qualité de vie des malades et de leur famille, tout en consentant un effort très important pour la recherche. Il a contribué à ce que la société porte un nouveau regard sur les malades et leurs aidants.

La coordination et l'intégration des services fournis aux personnes âgées

Les Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC) continuent d'assurer leur mission d'orientation des personnes âgées et de leurs familles vers des parcours de soins et de prise en charge mieux coordonnés. Un site internet permet de localiser les CLIC existants¹⁷(un peu plus de 500, répartis sur tout le territoire national).

Dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées, **la fonction de médecin coordonnateur** a été créée et s'est généralisée ces dernières années¹⁸. Un décret du 2 septembre 2011 vient préciser ses missions. Il augmente notamment le temps de présence minimale du médecin coordonnateur en établissement et renforce sa mission de coordination des soins.

¹⁷ <http://clic-info.personnes-agees.gouv.fr/clic/replic/construireRechercher.do>

¹⁸ Article L.313-12 du CASF

Le développement des Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades Alzheimer (MAIA) est une mesure phare du Plan Alzheimer 2008-2012 visant à améliorer l'accueil, l'orientation et la prise en charge des malades atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée et plus généralement des personnes âgées en perte d'autonomie, quelle que soit la nature de leurs besoins. Trop souvent, malades et leurs familles ressentent le besoin d'être davantage accompagnés après l'annonce du diagnostic puis dans les différentes étapes de la maladie. L'enjeu est de mettre fin aux difficultés rencontrées par les malades et leurs familles face à une multitude de dispositifs présents sur les territoires insuffisamment articulés entre eux. La MAIA décloisonne le secteur médico-social et le secteur sanitaire, organise leur coopération et celle de tous les partenaires recensés sur son territoire en partageant des référentiels, des pratiques communs et des systèmes d'information et les faisant évoluer vers un mode d'organisation intégré. Il s'agit de proposer une réponse harmonisée, complète et adaptée à chaque malade.

L'objectif à terme est celui d'un dispositif national correctement implanté, parfaitement identifié, éprouvé et pérenne, organisant un maillage cohérent du territoire à partir des échelons locaux et départementaux, articulé autour des bassins de vie qui constituent le périmètre adéquat de mise en œuvre d'une politique publique répondant aux attentes concrètes de ses usagers : les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée ou en perte d'autonomie et leur entourage.

Après la phase d'expérimentation et d'observation conduite au cours des années 2009-2010, l'année 2011 inaugure une première phase de développement du dispositif avec la création de 40 nouvelles MAIA sur le territoire national qui s'ajoutent aux 15 MAIA labellisées fin 2011 à la suite de l'expérimentation.

L'article 78 de la loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011 a inséré au sein du code de l'action sociale et des familles un article L.113-3 qui donne une base légale aux MAIA et renvoie à un cahier des charges approuvé par décret. Ce décret a été publié le 30 septembre 2011 au Journal Officiel. Il est enfin prévu de créer 100 MAIA supplémentaires en 2012.

Pour les situations complexes, le plan prévoit que les MAIA disposent de professionnels aguerris « coordonnateurs » ou « gestionnaires de cas » qui sont les interlocuteurs uniques, responsables du suivi sur le long terme de la coordination des différents intervenants.

A l'issue du plan, il est prévu la création de plusieurs centaines de postes de gestionnaires de cas élaborant un plan de services personnalisé et organisant la prise en charge multidisciplinaire adaptée à chacun. Le gestionnaire de cas sera le correspondant unique du médecin traitant et le porte-parole de la personne malade et de son entourage. Une formation spécifique a été créée à l'Université Paris V René Descartes. Un référentiel national de formation est en cours de finalisation. Dès la rentrée 2011, plusieurs universités proposent cette formation dans le cadre d'un diplôme interuniversitaire (Paris V, Marseille, Nantes, Bordeaux).

Développement de l'éducation du patient et de ses proches

Le Plan qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011 et le Plan national inter-régime de gestion du risque 2006-2007 de l'assurance maladie ont posé le développement de l'éducation thérapeutique comme une priorité. La loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires du 21 juillet 2009 a inscrit l'éducation du patient et de ses proches dans le parcours de soins du patient. Les textes d'application ont été publiés en août 2010. Les Agences Régionales de Santé autorisent ces programmes et s'assurent de la qualité de la

réponse apportée aux besoins des personnes malades. Ces programmes concernent le plus souvent le diabète, les maladies cardiovasculaires et respiratoires.

Formation des soignants professionnels

La formation initiale des médecins comprend, dans le cadre du 2^{ème} cycle des études de médecine, un module spécifique sur le « vieillissement » (arrêté du 4 mars 1997 relatif à la 2^{ème} partie du 2^{ème} cycle des études médicales). Par ailleurs, un Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaire (DESC) du groupe 2 de gériatrie, c'est à dire un diplôme de spécialiste ouvrant droit à l'exercice exclusif de cette spécialité, a été créé dans le cadre du 3^{ème} cycle des études de médecine (arrêté du 22 septembre 2004). *Le contenu des enseignements du DESC, d'une durée de six semestres, est décrit en annexe.*

Concernant la spécialité médicale de « neurologie », le nombre de postes ouverts aux Epreuves Cassantes Nationales (ECN) augmente dans les prévisions établies jusqu'en 2016 ; la totalité des postes ouverts ces deux dernières années a été pourvue.

	Postes ouverts
ECN 2010-2011	79
ECN 2011-2012	89
ECN 2012-2013	93*
ECN 2013-2014	96*
ECN 2014-2015	99*
ECN 2015-2016	103*

(*) : prévisions (cf. arrêté quinquennal du 13 juillet 2011)

Pour les professions paramédicales, de façon générale, la question du vieillissement est largement prise en compte dans les programmes de formation. La réingénierie en cours pour inscrire ces cursus dans le schéma Licence-Master-Doctorat (LMD) permet d'approfondir ce domaine et de le décliner dans les programmes, sous la responsabilité des équipes pédagogiques des instituts de formation.

Les professions de la rééducation, (ergothérapeute et psychomotricien) font l'objet d'une mesure particulière dans le plan Alzheimer en vue d'une augmentation du quota qui devrait passer à 1000 d'ici 2012 (le quota a ainsi doublé entre 2000 et 2010, passant de 310 en 2000 à 673 en 2010. Par ailleurs, le nombre d'inscrits en 1^{ère} année de formation d'ergothérapeute et de psychomotricien est en constante augmentation :

Nombre d'inscrits en 1ère année

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Ergothérapeutes	408	416	484	520	576	605
Psychomotriciens	378	451	555	674	770	839

Sources : déclarations écoles, régions et ARS

8ème engagement : Intégrer une stratégie tenant compte des besoins et des spécificités de chaque sexe dans une société vieillissante

1. Mesures pour éliminer toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes et pour promouvoir l'avancement et le renforcement du pouvoir d'action des femmes tout au long de leur vie

La loi n° 2008-496 du 27 mai 2008 portant diverses dispositions d'adaptation au droit communautaire dans le domaine de la lutte contre les discriminations est venue compléter l'état du droit existant sur les discriminations et compléter la transposition des trois directives communautaires existantes sur le sujet. Elle prévoit notamment la reprise en droit interne des définitions communautaires de la discrimination directe et indirecte. Elle permet également l'assimilation du harcèlement à une discrimination.

La loi du 27 janvier 2011 relative à la représentation équilibrée des femmes et des hommes au sein des conseils d'administration et de surveillance et à l'égalité professionnelle consacre le principe d'un quota minimum de personnes de chaque sexe au sein d'un certain nombre de sociétés privées, d'entreprises publiques et d'établissements publics mixtes de l'État dont le personnel est soumis à des règles de droit privé : un quota de 40 % le 1^{er} janvier de la sixième année suivant l'année de la publication de la loi (c'est-à-dire à partir du 1^{er} janvier 2017) et un quota intermédiaire de 20 % à partir du 1^{er} janvier 2014 ou 2015 selon la date de la première assemblée générale ordinaire).

Mise en place une commission sur l'image des femmes dans les médias, pour favoriser l'intégration d'une démarche antisexiste.

Enfin, différents textes législatifs ont été adoptés ces dernières années afin de faire avancer la parité politique¹⁹.

2. Recueil et mise à disposition de données tenant compte des différences d'âge et de sexe

Chaque année sont édités les « chiffres clés de l'égalité », disponibles sur internet sur le site du ministère des solidarités et de la cohésion sociale : la somme des études et statistiques disponibles sur la situation respective des femmes et des hommes avec notamment des distinctions suivant l'âge est ainsi présentée de manière synthétique.

¹⁹ Voir le dossier consacré sur ces sujets par l'observatoire de la parité entre les femmes et les hommes : <http://www.observatoire-parite.gouv.fr/>

9ème engagement : Aider les familles qui soignent des personnes âgées et promouvoir la solidarité entre les générations et entre les membres d'une même génération

1. Plusieurs plans gouvernementaux récents comportent un objectif et des mesures visant directement les aidants

En effet, les pouvoirs publics français, à la suite des associations et d'acteurs précurseurs, prennent de plus en plus en considération le rôle fondamental des aidants dans le maintien ou le retour à domicile après hospitalisation, la vie en milieu ordinaire autant et aussi longtemps que possible, des personnes âgées, et la nécessité de les soutenir et de les accompagner.

- **Le Plan solidarité grand-âge 2007-2010** : donner le libre choix aux personnes âgées dépendantes de rester chez elle par le développement des services d'aide et de soins à domicile et le soutien des aidants familiaux ; développement de l'offre d'accueil de jour et d'hébergement temporaire (AJ-HT) pour permettre le maintien à domicile.
- **Le Plan Alzheimer 2008-2012** : développer l'accueil de jour et l'hébergement temporaire et des formules diversifiées de répit et d'accompagnement (dans le cadre de plateformes de répit et d'accompagnement) ; formation des aidants ; suivi sanitaire des aidants ; labellisation des MAIA et coordinateurs de cas ; numéro d'appel téléphonique d'information des aidants.
- **Le Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011** : Axe 3 - mesure 9, groupe de travail sur le rôle des aidants et la coordination des professionnels sur rôle propre et besoins des aidants (actes techniques, formations, supports psychologique...).
- **Le Programme de développement des soins palliatifs 2008-2012** : mettre en place un soutien des proches et des aidants en leur proposant un accompagnement et des formations en soins palliatifs ; développer et favoriser l'intervention de garde-malades à domicile et assurer leur formation.
- **Le Plan accidents vasculaires cérébraux (AVC) 2010-2014** : formation des aidants aux AVC et à l'accompagnement du handicap.
- **Le Programme d'action Parkinson.**

2. Stratégies régionales.

Les Agences Régionales de Santé, en charge d'élaborer en 2010-2011 leurs premiers schémas régionaux d'organisation médico-sociale et projets régionaux de santé et de décliner les plans nationaux sur le territoire, ont été incitées à définir une stratégie globale en direction des aidants de personnes en perte d'autonomie ou atteintes de maladie chroniques. Il s'agissait notamment de s'appuyer sur les attributions et les crédits dont elles disposent en matière de soutien à l'offre médico-sociale (accueil de jour, plateformes de répit et d'accompagnement) à la formation des aidants et des professionnels.

Globalement, les mesures de soutien des aidants visent les objectifs suivants : les informer sur les dispositifs d'aide pour eux et pour leurs proches ; les former et les soutenir dans l'accomplissement de leur rôle ; les relayer et leur apporter du répit ; offrir à ceux d'entre eux qui travaillent des congés ou de la souplesse dans l'organisation de leur temps de travail ; préserver leur santé.

3. Répit et relais

Le plan solidarité grand âge puis le Plan Alzheimer ont prévu un développement important de l'offre d'accueil de jour et d'hébergement temporaire. On comptait fin 2010 plus de 10 000 places d'accueil de jour, regroupées dans 1 663 centres autonomes ou adossées à des maisons de retraite, ayant permis d'accueillir environ 28.000 personnes, en majorité atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée. Le Plan Alzheimer a mis en outre l'accent sur la diversification des formules de répit au delà de l'accueil de jour et de l'hébergement temporaire, pour mieux répondre à la diversité des attentes et des situations des personnes malades et de leurs aidants (voir développements en annexe).

4. Formation et soutien

Le Plan Alzheimer a également prévu 14 heures de formation pour les aidants, respectant un cahier des charges précis, financés par les pouvoirs publics (Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA)) et mis en œuvre notamment par les associations France Alzheimer, dans le cadre de conventions pluriannuelles avec leur Union nationale, et des organismes locaux sur appel à projets des ARS.

Après un premier appel à projet national lancé en 2007, dans la foulée de la conférence de la famille de 2006 consacré aux aidants familiaux, la loi a également prévu un soutien de la CNSA et des ARS avec des crédits dédiés, des actions de formation des aidants de personnes âgées dépendantes (et de personnes handicapées).

La CNSA soutient plus globalement des actions de soutien des aidants, en les cofinçant à hauteur de 50 %, dans le cadre de conventions signées avec les départements (collectivités locales) sur l'amélioration du maintien à domicile des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées. Elle a également signé, en 2010, une convention relative au soutien psychologique des aidants avec l'association France Alzheimer, assortie d'un objectif de modélisation.

5. Santé

L'amélioration des prises en charges des personnes dépendantes, le répit, la formation et le soutien doivent notamment permettre de réduire l'impact sur la santé du rôle d'aidant. En outre, le plan Alzheimer a prévu une mesure particulière sur le sujet, qui a donné lieu à la diffusion par la Haute Autorité de Santé de recommandations aux médecins généralistes et à la prise en compte de la problématique des aidants dans la formation professionnelle continue de ces derniers.

6. Congés

Le congé de solidarité familiale, qui permet à un membre de la famille ou une personne de confiance d'accompagner un proche en fin de vie, d'une durée de trois mois renouvelable une fois et utilisable de façon fractionnée ou sous forme de temps partiel avec l'accord de l'employeur, est assorti depuis 2011 d'une allocation d'un montant de 53 euros par jour sur une durée de 21 jours.

7. Information

Le guide de l'aidant familial réalisé par le ministère en 2006, qui rassemble informations sur les droits, les aides et les services, conseils pratiques sur la vie quotidienne et un carnet pour aider les aidants à valoriser leurs compétences, a été régulièrement réédité depuis.

Un numéro unique et un site internet d'information et d'orientation locale a en outre été expérimenté dans le cadre du Plan Alzheimer et devrait être généralisée prochainement.

Les ministres en charge des personnes âgées et de la santé ont organisé le 6 octobre 2010 la première journée nationale des aidants. Il s'agissait de faire connaître et valoriser leur rôle, les nombreuses initiatives locales et nationales mises en place pour les soutenir, et favoriser le débat et l'élaboration de propositions entre l'ensemble des acteurs. Cette journée a été rééditée en 2011.

Le débat national sur la dépendance organisé en 2011 et les différents rapports qui en sont issus ont fait une large place à la question des aidants et à des propositions visant à mieux les prendre en compte et les soutenir. Ces analyses et ces propositions pourront alimenter la réforme à venir de la prise en charge de la dépendance en France.

Les mécanismes mis en place pour renforcer le rôle des collectivités, organisations et associations dans le soutien et les soins aux personnes âgées :

Les départements sont responsables de la politique gérontologique et de sa coordination, compétence réaffirmée et renforcée en 2004 avec le transfert du Comité Départemental des Retraités et des Personnes Agées (CODERPA) et des Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC) sous leur entière responsabilité. La définition, la mise en œuvre de cette action sociale ainsi que la coordination des acteurs et des actions en direction des personnes âgées sont prévues dans le schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale élaboré en concertation avec les représentants de l'Etat, de l'Agence Régionale de Santé, des acteurs professionnels du secteur et des usagers.

La loi du 20 juillet 2009 (HPST) a donné une cohérence aux politiques menées en faveur des personnes âgées en perte d'autonomie ou handicapées en confiant à un organisme unique, l'Agence Régionale de Santé la responsabilité du champ de la prévention, du soin et de la prise en charge médico-sociale, qui se traduit dans l'élaboration du projet régional de santé : toute personne en situation de vulnérabilité du fait de son âge ou d'un handicap peut désormais être accompagnée dans un parcours de vie coordonné. Le projet régional de santé, notamment le schéma régional d'organisation sociale et médico-sociale qui en est l'une des composantes, est élaboré en tenant compte des schémas départementaux et en concertation avec les représentants des départements et des usagers.

Annexes au rapport FRANCE

ANNEXE 1 : BONNES PRATIQUES

1. L'organisation du débat national sur la dépendance en 2011

Face aux défis représentés par le vieillissement de la population et l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques, un grand débat national sur la dépendance a été organisé par le Gouvernement au cours du premier semestre 2011. Ce débat avait pour objectif de lancer une concertation, la plus large possible, en vue de préparer la réforme du système français de prise en charge de la dépendance et, plus largement, de s'interroger sur la place des personnes âgées dans notre société et sur les défis multiples liés au vieillissement.

Au niveau national, 4 groupes de travail thématiques, associant experts et partenaires concernés, ont été mis en place pour traiter des sujets suivants :

groupe 1 : Société et vieillissement ;

groupe 2 : Perspectives démographiques et financières de la dépendance ;

groupe 3 : Accueil et accompagnement des personnes âgées ;

groupe 4 : Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées.

Quatre colloques interrégionaux thématiques et 30 débats interdépartementaux ont été organisés, réunissant environ 12 000 personnes. Ces colloques ont fait une large place à des groupes de parole citoyens. Un site internet permettait également à chacun de consulter l'état d'avancement des travaux, les rapports des groupes de travail et de recueillir directement des contributions citoyennes.¹

L'organisation de ce débat national, décliné au niveau local, a suscité une prise de conscience, par la société française, des défis démographiques et une meilleure connaissance « scientifique » de ce phénomène. Un gros travail de projection a été réalisé pour mieux prévoir les évolutions à venir. Les outils d'analyse ainsi élaborés s'avéreront très utiles (voir notamment les travaux de projection réalisés pour le groupe de travail n° 2 sur le nombre de bénéficiaires de l'APA en France à l'horizon 2040-2060)².

Le débat a également démontré qu'il existait de nombreuses marges d'efficacités, par exemple en matière de journées d'hospitalisation, aujourd'hui trop nombreuses. Une demande de nos concitoyens est également apparue en matière d'accompagnement lors du choix d'une maison de retraite. La mise en place d'indicateurs de qualité pour les EHPAD pourrait contribuer à répondre à cette demande.

En raison du contexte économique et financier que nous connaissons aujourd'hui, le Premier ministre a décidé, à l'issue du débat, de reporter la réforme des modalités de financement à 2012. Il s'agit en effet d'un choix qui engage la société dans son ensemble et qu'il convient d'effectuer dans des conditions adéquates.

¹ <http://www.dependance.gouv.fr/>

² <http://www.sante.gouv.fr/projections-du-nombre-de-beneficiaires-de-l-apa-en-france-a-l-horizon-2040-2060-sources-methode-et-resultats.html>

2. Participation, reconnaissance de la participation des personnes âgées à la société : la Semaine bleue

Organisée chaque année au cours de la troisième semaine du mois d'octobre, la «Semaine Bleue», ou Semaine nationale des retraités et personnes âgées, est une initiative qui a démarré sous cette appellation en 1977. Il s'agit de mettre en valeur les actions associatives d'animation intergénérationnelle. Un comité national, composé de représentants d'associations et d'organismes nationaux, coordonné par l'Union Nationale Interfédérale des Œuvres et Organismes Privés sanitaires et Sociaux (UNIOPSS) et parrainé par le ministère des Solidarités et de la Cohésion sociale, définit le thème et l'organisation générale de la Semaine bleue, en lien avec les comités départementaux. Les thématiques sont choisies pour deux ans. Plusieurs prix sont attribués, dont un prix «Intergénération», financé par le ministère. En 2010 et 2011, le thème choisi est « A tout âge : acteurs proches et solidaires ». Il s'agit de rappeler qu'aujourd'hui, les retraités font vivre les territoires en s'impliquant dans les solidarités de proximité et qu'ils ne constituent pas le fardeau que l'on dépeint trop souvent. Ils sont aussi porteurs de richesses prêtes à être transmises aux autres sous forme d'engagement, de présence et de convivialité.

S'il est trop tôt pour dresser un bilan de la Semaine bleue 2011, il est possible de fournir les éléments relatifs à l'année 2010 : 30 000 événements ont été recensés sur le territoire national. Le soutien apporté dans le cadre du Plan a représenté 30 000 euros, versés annuellement par la DGCS à l'UNIOPSS.

3. Les chiffres clé du premier bilan du plan Alzheimer 2008-2012

- Plus de 600 médecins formés à la recherche clinique sur Alzheimer ;
- Plus de 500 points de diagnostic pour les malades répartis sur tout le territoire ;
- Plus de 140 équipes mobiles Alzheimer pluridisciplinaires formées créées pour permettre aux personnes à un stade débutant ou modéré de la maladie de rester à domicile ;
- Création en cours de plateformes d'accompagnement et de répit pour répondre aux besoins des couples aidant / aidé (150 d'ici fin 2012) ;
- Plus de 50 unités cognitivo-comportementales ouvertes dans les hôpitaux ;
- Création de plus de 200 Pôles d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) pour les malades d'Alzheimer présentant des troubles du comportement modérés et 100 Unités d'Hébergement Renforcées (UHR) pour les malades d'Alzheimer présentant des troubles du comportement sévères dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées ; 140 PASA et 60 UHR supplémentaires sont prêts à fonctionner ;
- Au moins une Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer (MAIA) déjà ouverte par région. 145 MAIA seront ouvertes d'ici la fin 2012 et environ 400 d'ici 2014 ;
- Plus de 125 projets de recherche financés (sur les 200 millions d'euros en faveur de la recherche, 81 millions ont déjà été attribués) ;
- Plus de 130 nouveaux chercheurs recrutés ;
- 23 pays européens unissant leurs forces dans des programmes communs de recherche, grâce à l'action menée pendant la Présidence française du Conseil de l'Union européenne.

4. Label « Bien vieillir-Vivre ensemble »

Lancé au mois de juillet 2009, le label « Bien vieillir - Vivre ensemble », monté en partenariat avec l'association des maires de France et l'Association « vieillir en France », vise à promouvoir les communes qui prennent en compte le vieillissement de leurs populations au travers toutes leurs politiques locales (services, transports, sécurité, habitat et urbanisme etc. ...). La création de ce label

était inscrite dans l'axe 7 du plan bien vieillir 2007-2009 qui s'intitulait « développer le bien vieillir au niveau local ».

Ce label qui s'inspire d'un programme de l'organisation mondiale de la santé « villes amies des aînés », vise à promouvoir les communes qui optimisent les possibilités de bonne santé, de participation et de sécurité des personnes âgées afin d'accroître leur la qualité de la vie.

En 2010, 34 villes se sont engagées dans cette démarche de labellisation qui s'étend sur 5 ans.

En termes démographiques, le panel des villes retenues est large puisque l'on retrouve 7 villes de plus de 100 000 habitants dont une mégapole (Marseille), 16 villes moyennes et 11 villes de moins de 10 000 habitants.

Sur les 34 labels décernés en février 2010, ce sont donc près de 62 % des villes labellisées qui ont établi un audit, dont 8 villes universitaires (Marseille, Tours, Villeurbanne, Metz, Versailles, Courbevoie, Saint-Denis, Sceaux). 7 villes ont suivi le cahier des charges du label : Courbevoie, Bey, Schoeler, Breuillet, Metz, Canohès, Sceaux. Les autres villes participantes ont envoyé un rapport faisant état de l'existant.

En 2011, ce sont 38 nouvelles villes de plus de 4000 habitants qui ont adhéré au concept de labellisation.

5. Campagnes d'information et outils à destination des personnes âgées, de leur entourage et/ou des professionnels de santé pour favoriser un mode de vie sain

Des campagnes d'information et des outils à destination des personnes, de leur entourage ou des professionnels de santé sont régulièrement mis à disposition par l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES) sur les thèmes suivants :

- Accidents de la vie courante : Exemple du guide « Aménagez votre maison pour éviter les chutes » (2009)³.
- Nutrition et activités physiques: élaboration de différents guides et mémo, pour les personnes âgées et les aidants, campagnes de sensibilisation.
- Education du patient : élaboration de guides pratiques à l'usage des personnes et de leur entourage, comme, par exemple « Quand la malvoyance s'installe »⁴.
- évènements climatiques, fortes chaleurs : exemple de l'outil mis à disposition des professionnels de santé « prévenir les risques sanitaires chez la personne âgée »⁵.

6. Le programme MOBIQUAL

Ce programme, porté par la Société française de gériatrie et de gérontologie, en partenariat avec la CNSA, vise à développer des outils pour soutenir l'amélioration de la qualité des pratiques professionnelles en EHPAD, établissements de santé et à domicile, au bénéfice des personnes âgées et handicapées.

³ Consultable à l'adresse suivante : <http://www.sante.gouv.fr/les-campagnes-de-prevention-des-accidents-de-la-vie-courante-chez-les-personnes-agees.html>

⁴ Consultable à l'adresse suivante : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1161.pdf>

⁵ Consultable à l'adresse suivante : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1033.pdf>

Il a été initié dans le cadre du plan douleur 2006 – 2010, poursuivi dans le cadre des mesures en faveur de la « bienveillance » des personnes âgées en établissement, et du plan de développement des Soins Palliatifs 2008-2012.

Les différentes thématiques de ce programme sont : la « bienveillance », la douleur, les soins palliatifs, la dépression, ainsi que la maladie d'Alzheimer et les troubles du comportement, la nutrition et l'alimentation, les risques infectieux.

A chacune de ces thématiques correspond au moins un outil de sensibilisation, de formation et d'aide à la pratique quotidienne – sous forme de « mallette ». Ces outils sont distribués gratuitement, sous réserve de la signature de la charte MOBIQUAL.

Chaque outil du programme MOBIQUAL est un outil de référence, regroupant l'essentiel des connaissances les plus récentes, dans la double perspective de soutenir des actions de sensibilisation, de formation mais également d'aider à la pratique quotidienne.

Des actions de sensibilisation des professionnels sont également mise en œuvre : organisation de journées régionales, de réunions d'information à l'intérieur des établissements s'impliquant dans la démarche...

Au 30 juin 2010, les promoteurs du projet rapportaient que 11 000 de ces outils avaient déjà été distribués dans toutes les régions françaises et que plus de 6000 professionnels avaient été directement impliqués par les actions de sensibilisation. Ils estimaient à 79 000 le nombre de professionnels finalement touchés grâce à l'utilisation des outils.

Pour en savoir plus : <http://www.mobiqua.org/>

7. Partenariat ANHA/CNAV

L'Agence Nationale de l'Habitat (ANHA) mène depuis plusieurs années, une action d'adaptation des logements à la perte d'autonomie des personnes. 62% des propriétaires occupants éligibles à une aide de l'ANHA ont plus de 60 ans (37% plus de 75 ans).

La Caisse nationale d'assurance vieillesse verse, pour sa part, des prestations d'action sociale pour favoriser le maintien à domicile, parmi lesquelles, des aides à l'amélioration de l'habitat.

Ces deux organismes ont signé, en juin 2011, un accord de partenariat destiné à renforcer les aides qu'ils apportent en faveur d'un maintien à domicile des propriétaires occupants modestes.

L'ANHA et la CNAV coopèrent dans les trois domaines suivants :

- l'information des acteurs de l'habitat et des personnes âgées affiliées à la CNAV sur les aides proposées ;
- l'articulation des aides de l'ANHA et de la CNAV en faveur de l'autonomie des personnes âgées ;
- l'harmonisation des instruments de mise en œuvre et un partage de l'expertise des deux établissements.

La CNAV s'est fixé l'objectif de transmettre au moins 50 000 signalements en besoin de travaux sur la période 2011-2013. Les deux organismes participent financièrement aux actions de repérage, d'ingénierie spécialisée et de travaux d'amélioration du logement.

8. La diversification des formules de répit pour les aidants familiaux

Une expérimentation et une évaluation de plateformes d'accompagnement et de répit des aidants a été lancée sur 11 sites, à la suite d'un appel à projets national, pour offrir sur un même territoire toute une palette de formules, combinant répit et soutien.

A la suite de cette expérimentation, un déploiement national des plateformes d'accompagnement et de répit a été décidé à partir d'accueils de jour d'une capacité d'au moins 10 places en incitant au développement d'activités complémentaires et à la mise en place d'un volet « aide aux aidants » prenant en compte les besoins du couple aidant-aidé au travers d'une palette de prestations (« bistrot mémoire », groupe de parole, formation des aidants, répit à domicile, activités favorisant la poursuite de la vie sociale...). Les ARS ont été chargées en juillet 2011 de déployer les plateformes d'accompagnement et de répit, répondant à un cahier des charges, sur leur territoire. Un financement de 8 Millions€ par an est prévu en 2011 et en 2012 afin de créer 150 plateformes d'ici fin 2012.

Parallèlement, en 2010, un appel à projets a été lancé pour modéliser des formules de répit innovantes peu développées en France, en particulier le répit à domicile (inspiré du « Baluchon Alzheimer », la garde itinérante de nuit, les séjours de vacances et les activités sociales, culturelles et de loisirs pour le couple aidant-aidé). Un guide sur ces formules destiné aux porteurs de projet a été mis en ligne sur les sites du ministère des Solidarités et de la Cohésion sociale et de la CNSA en septembre 2011⁶.

9. Développement de projets intergénérationnels dans les écoles

Dans le cadre des expérimentations conduites dans l'académie de Paris, un programme s'est mis en place depuis une douzaine d'années en partenariat avec l'association « Ensemble demain » (www.ensembledemain.com) afin de permettre le développement de projets intergénérationnels sur le temps scolaire et périscolaire au sein des écoles et collèges. Ces projets comportent des contenus disciplinaires, des objectifs du socle commun, un répertoire des partenaires, de la formation de formateurs et de l'ingénierie pédagogique.

Ce programme se déploie actuellement au niveau national sous l'impulsion du ministère de l'Education nationale.

Les objectifs principaux sont de :

- permettre aux élèves de retrouver, auprès des anciens les notions de respect et de tolérance, en partageant avec eux un projet.
- favoriser les apprentissages du socle commun, notamment dans les domaines de l'histoire et de l'éducation à la responsabilité civique et morale.
- permettre à des retraités en associations ou en établissements de s'investir dans un travail bénévole avec des écoliers et collégiens en apportant leurs compétences lors d'activités pédagogiques prévues aux projets d'école et d'établissement.

Pour en savoir plus, site de l'Académie de Paris : http://www.ac-paris.fr/portail/jcms/p1_363430/approches-intergenerationnelles-pourquoi-comment-ou-par-carole-gadet-chargee-de-mission?cid=p1_321556&portal=piapp2_69419

⁶ Consultable à l'adresse suivante : http://www.cnsa.fr/article.php3?id_article=1024

ANNEXE 2 : LISTE DES ACRONYMES

AJ-HT	d'accueil de jour et d'hébergement temporaire
ANESM	Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
ANHA	Agence Nationale de l'Habitat
APA	Allocation Personnalisée Autonomie
ARACT	Associations Régionales pour l'Amélioration des Conditions de Travail
ARS	Agences Régionales de Santé
ASPA	Allocation de Solidarité aux Personnes Agées en 2007
AVC	accidents vasculaires cérébraux
CATS	cessation anticipée d'activité de certains travailleurs salariés
CDD seniors	Contrat à durée déterminées seniors
CHSCT	Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
CLIC	Centres Locaux d'Information et de Coordination
CNAV	Caisse Nationale d'assurance vieillesse
CNRPA	Comité National des Retraités et des Personnes Agées
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CODERPA	Comités Départementaux des Retraités et des Personnes Agées
COG	convention d'objectifs et de gestion
CRAM	Caisses Régionales d'Assurance Maladie
DESC	Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaire
DIRECCTE	Directions Régionales des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi
DRJSCS	Directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
FINESS	Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
HCSP	Haut Conseil de la Santé Publique
INPES	l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
INSEE	l'Institut National de la statistique et des études économiques
LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale
MAIA	Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades Alzheimer
MSA	Mutualité sociale agricole
ONDAM	Objectif national des dépenses d'assurance maladie
PASA	pôles d'activités et de soins adaptés
PRP	Préretraites progressives
RFFST	Réseau Francophone de Formation en Santé au Travail
SSIAD	services de soins infirmiers à domicile
UHR	unités d'hébergement renforcées