

rapport

**Transformer le regard de la société sur le
vieillessement en Ile-de-France pour en faire
une opportunité sociétale**

9 nov. 2021

Rapport présenté au nom de la Section prospective
par **Hervé BIAUSSER**



Transformer le regard de la société et le contenu des politiques publiques sur le vieillissement pour en faire une opportunité sociétale

« Une société francilienne pour tous les âges »

Rapport présenté au nom de la Section prospective
par **Hervé BIAUSSER**

9 novembre 2021

Sommaire

1. Introduction : pourquoi cette étude ?	3
1.1 L'intérêt de ces travaux pour le Conseil régional	3
1.2 Champ de l'étude	4
2. La Méthode utilisée	5
3. Données socio-démographiques	6
3.1 Le Contexte	6
3.2 En Ile-de-France	7
3.3 Synthèse : La perspective démographique	16
4. Architecture du rapport : Les effets du vieillissement et ses enjeux	18
5. Le logement et le cadre de vie des personnes âgées	19
5.1 Le Logement	19
5.2 Le Cadre de vie	29
5.3 Synthèse	34
6. Développement de l'offre de service aux seniors : La Silver Économie	36
6.1 L'état des lieux	36
6.2 Les Perspectives	41
6.3 Synthèse	45
7. La reconnaissance des seniors comme acteurs essentiels et de plein droit de la société	47
7.1 L'état des lieux	47
7.2 Les Perspectives	51
7.3 Synthèse	57
8. L'emploi des seniors	59
8.1 La situation actuelle	59
8.2 Les Perspectives	66
8.3 Synthèse	73
9. La prévention	74
9.1 L'état des lieux	74
9.2 Les Perspectives	75
9.3 Synthèse	80
10. La dépendance	81
10.1 La situation de la perte d'autonomie et de la dépendance en France	82
10.2 La perte d'autonomie et la dépendance en Ile-de-France	88
10.3 Quelles projections en termes de nombre et de niveau de dépendance à l'horizon 2030-2060 en Ile-de-France ?	94

<i>10.4 L'impact financier prévisible de l'augmentation des personnes en perte d'autonomie et de dépendance à l'horizon 2030-2060 ?</i>	103
<i>10.5 Une 5^e branche de la Sécurité sociale pour financer l'autonomie sur fond d'une nouvelle étape de décentralisation</i>	108
<i>10.6 De la perte d'autonomie à la dépendance : les défis à relever en Ile-de-France</i>	109
<i>10.7 Les enjeux de la prise en charge de la perte d'autonomie et de la dépendance en Ile-de-France dans les prochaines décennies</i>	110
11. CONCLUSION GÉNÉRALE	111
12. ANNEXES	114

1. Introduction : pourquoi cette étude ?

**« On est vieux dans le regard des autres bien avant de l'être dans le sien. »
Benoîte Groult, La touche étoile, Ed. Bernard Gras**

Les raisons du choix du sujet retenu

Phénomène planétaire, le vieillissement de la population mondiale est la conséquence des effets conjugués non seulement de la diminution de la mortalité (baisse de la mortalité infantile notamment dans les pays en développement et recul de la mortalité à des âges avancés) mais aussi et surtout d'une baisse conséquente, et inattendue pour les non-spécialistes, de la natalité.

Nous détaillerons au chapitre 3 les caractéristiques de ce phénomène à différentes échelles mais il importe de retenir dès à présent qu'il concerne la quasi-totalité des pays développés et en particulier la France et toutes ses régions.

En Ile-de-France, il présentera à l'horizon 2050 les caractéristiques suivantes¹ :

- On observera une croissance globale de la population qui passera de 11,96 millions en 2013 à 13,5 millions environ en 2050 ;
- **Mais la quasi-totalité de cette croissance sera portée par la tranche d'âge des plus de 65 ans en conséquence de l'arrivée aux grands âges des « baby-boomers ».**

La part des plus de 65 ans passera donc de 1,6 million en 2013, soit 13,4 % des Franciliens, à 2,88 millions en 2050 soit 21,9 % des Franciliens. En faisant l'hypothèse raisonnable que les ratios actuels seront peu modifiés², **cela signifie qu'il y aura en plus en 2050 par rapport à 2013 :**

- Environ 1 million supplémentaire de plus de 65 ans globalement en bonne santé ;
- Mais surtout 300 000 de plus de 65 ans supplémentaires ayant des troubles fonctionnels sévères :
 - dont 200 000 en perte d'autonomie,
 - parmi lesquels 40 000 à 50 000 devront trouver une place dans un établissement spécialisé.

Ainsi et sans surprise, et même si elle restera la région la plus jeune de France à l'horizon 2050, l'Ile-de-France est dès maintenant directement concernée par le phénomène de vieillissement de sa population. Il sera l'un des facteurs majeurs d'évolution qu'elle devra prendre en compte aux cours des prochaines décennies et il importe donc que tous les acteurs régionaux puissent en connaître les effets et soient en capacité de les anticiper.

1.1 L'intérêt de ces travaux pour le Conseil régional

Les travaux proposés s'inscrivent dans la prise de conscience nationale du nouveau regard que la société va devoir porter en direction de ses aînés conformément aux termes de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

Cette loi stipule en effet que « *L'adaptation de la société au vieillissement est un impératif national et une priorité de l'ensemble des politiques publiques de la Nation* » (article 1). Il s'agit d'un changement majeur qui concerne l'ensemble des territoires, à toutes les échelles et, pour ce qui nous concerne directement, à celle des Régions.

La Région Ile-de-France dispose de compétences en matière de transports, santé, emploi, logements... qui influent directement sur les conditions de vie des personnes âgées.

¹ Enquête de l'Insee de 2012, https://www.apur.org/sites/default/files/documents/Parisiens_60 ans ou_plus.pdf.

² Extrapolation à partir de « 4 millions de seniors seraient en perte d'autonomie en 2050 », *Insee Première* n° 1767, 25/07/2019.

Parce qu'elle est en charge de la réalisation et de la mise en œuvre du schéma régional des formations sanitaires et sociales, elle a notamment sélectionné comme domaine d'intérêt majeur celui portant sur « Longévité, vieillissement ».

Mais plus généralement, la Région Ile-de-France a pour ambition de « *faire du territoire francilien un territoire [...] où il fait bon vieillir* »³ : elle est donc concernée par tous les effets et conséquences du phénomène de vieillissement, quelle qu'en soit la nature.

Dans ce contexte, l'objectif de ces travaux est de poser les jalons d'une vision transversale de la situation des personnes de plus de 65 ans à l'horizon 2050 en Ile-de-France, afin que la Région dispose d'une vision d'ensemble :

- ☐ des effets sociaux, économiques et culturels du vieillissement de sa population à moyen terme et long terme ;
- ☐ des questions qui se posent et du changement de regard qui s'impose.

1.2 Champ de l'étude

L'augmentation prévue en Ile-de-France de 1,3 million des personnes âgées de plus de 65 ans sur la période 2013-2050 pose bien sûr un grand nombre de questions. Une première analyse, fondée sur des études mentionnées dans les références, montre que la plupart des questionnements peuvent être reclassés selon quatre thématiques principales :

- ☐ L'adaptation du cadre de vie et l'amélioration du bien-être des seniors ;
- ☐ La reconnaissance des seniors comme acteurs essentiels et de plein droit de la société et la promotion de la coopération intergénérationnelle ;
- ☐ La réponse aux besoins de santé des seniors ;
- ☐ Les ressources et le financement des actions en faveur des seniors.

Les débats menés au sein d'ateliers d'échanges de perceptions conduits par la Section ont montré que ces interrogations se concentrent spontanément sur six sujets :

- ☐ Le logement et le cadre de vie des personnes âgées ;
- ☐ Les services à la personne et la Silver Économie ;
- ☐ La reconnaissance des seniors ;
- ☐ Les seniors et l'emploi ;
- ☐ La prévention ;
- ☐ La dépendance.

Il a été décidé par la Section de concentrer ses travaux sur ces six sujets.

L'étude a donc eu l'ambition, sur la base des informations démographiques disponibles à l'horizon 2050, voire 2070 :

- ☐ D'établir une vue d'ensemble transversale anticipée des effets du vieillissement de la population sur l'ensemble de la société francilienne ;
- ☐ D'analyser plus finement les six sujets principaux mentionnés ci-dessus en précisant pour chacun d'eux :
 - le point de situation actuel,
 - les tendances probables ou possibles à l'horizon de l'étude,
 - les pistes d'actions susceptibles de répondre à ces tendances,
 - les questions qu'elles posent ou vont poser aux politiques publiques et à leur conduite.

³ Rapport CR 2019-021 : Communication sur le bilan de l'action régionale en faveur des seniors.

2. La Méthode utilisée

Les travaux et leurs avancements ont été préparés en amont des réunions de la Section par un groupe de travail qui s'est réuni une fois par mois depuis juillet 2019, les travaux du groupe étant ensuite présentés et discutés lors des réunions de la Section.

L'épidémie de Covid-19 a été une très grosse perturbation dans le déroulement des travaux. Cependant, la Section a décidé de les poursuivre même durant les périodes de confinement, le groupe de travail ayant continué, à partir de mars 2020, à programmer et réaliser des « e-réunions » ouvertes aux membres de la Section et principalement consacrées à la fin des auditions prévues.

Le travail a principalement porté sur les six thèmes listés au paragraphe précédent. Il s'agit bien sûr de travaux principalement qualitatifs pour trois raisons principales :

- ☐ Les études détaillées sont du domaine des commissions concernées du Ceser ;
- ☐ Il est clair que le jeu complet des données de synthèse qui permettrait une étude quantitative n'est pas disponible ;
- ☐ Il y a trop de variables importantes pour qu'on puisse construire un nombre limité de scénarios crédibles dans le temps de l'étude.

Ces travaux sont fondés sur :

- ☐ L'analyse de rapports qui ont paru particulièrement pertinents, étant entendu que le nombre de rapports et le volume d'articles consacrés au sujet du vieillissement sont considérables et que des études sur le sujet ou sur l'un de ses aspects continuent d'être régulièrement publiées ;
- ☐ L'audition d'experts reconnus des différents sujets, souvent auteurs de rapports exploités par la Section, dont on trouvera la liste en **Annexe 1** ;
- ☐ L'enrichissement de l'analyse à partir de très nombreux documents regroupés par la Section dans une base de données, dont le rapport du Ceser sur la Silver Économie ;
- ☐ Les connaissances et/ou l'expérience personnelles des membres de la Section.

La Section souhaite remercier particulièrement la Commission Santé, Handicap et Solidarité et son Président pour sa contribution aux chapitres consacrés à la Dépendance et à la Prévention.

3. Données socio-démographiques

3.1 Le Contexte

Pour la première fois sur Terre, quatre générations cohabitent.

Phénomène planétaire annoncé dès les années 1980 par l'ONU, le vieillissement de la population est la conséquence des effets conjugués non seulement de la diminution de la mortalité (baisse de la mortalité infantile notamment dans les pays en développement et recul de la mortalité à des âges avancés) mais aussi et surtout d'une baisse conséquente, et inattendue pour les non-spécialistes, de la natalité. À l'échelle mondiale, celle-ci a été divisée par deux entre 1950 et 2019 : en moyenne, une femme avait 5 enfants au cours de sa vie en 1950, puis 2,5 enfants en 2019 et pourrait n'en avoir que 2,2 en 2050⁴.

« L'augmentation du nombre de personnes âgées s'accompagne d'une baisse du nombre de jeunes de moins de 15 ans. D'ici 2050, le nombre personnes âgées dans le monde dépassera celui des jeunes et ce pour la première fois dans l'histoire du genre humain.⁵ »

Si le vieillissement biologique est un processus normal pour tout être humain (comme pour tout animal ou végétal), le vieillissement démographique représente, pour l'humanité, un phénomène inédit. Pour un individu, l'avancée en âge augmente la fragilité et donc les risques de perte d'autonomie. En va-t-il de même pour la société qui, prenant conscience de l'augmentation de la proportion de personnes âgées au sein de sa population, peut associer son vieillissement à l'idée de son affaiblissement, voire de son déclin ? Plus généralement, le vieillissement fait, à de nombreux égards, l'objet d'une peur diffuse qui peut être assortie de représentations ou d'appréhensions.

Le vieillissement de la population mondiale s'accélère. L'espérance de vie moyenne à la naissance qui était de 47 ans dans les années 1950 a progressé de manière spectaculaire, passant à 72 ans en 2018. Elle pourrait être de 77 ans en 2050. La tranche de la population de plus de 65 ans est celle qui augmente le plus rapidement. Dans le même temps, le nombre de personnes âgées de plus de 80 ans augmente encore plus rapidement que le nombre de personnes âgées dans son ensemble. En 2050, l'humanité comptera 2,1 milliards de personnes de 65 ans et plus contre 900 millions aujourd'hui. Au niveau mondial, l'espérance de vie, qui atteint aujourd'hui 70 ans, en progrès de 6 ans depuis 1990, s'élèvera à 77 ans en 2050 et 83 ans en 2100⁶.

À noter que, globalement, la croissance démographique mondiale ira en décélérant et pourrait même se stabiliser en 2100 compte tenu de l'augmentation du vieillissement et de la baisse de la natalité.

L'Europe, continent déjà le plus âgé et dont la fécondité est maintenant, dans tous les pays, inférieure à 2,1 enfants par femme, seuil nécessaire pour le renouvellement des générations, pourrait même voir sa population décroître après 2050, mais les migrations pourraient compenser la tendance forte au vieillissement et notamment le déficit des naissances.

La France est, elle aussi, « engagée dans un processus de transition démographique caractérisé par une augmentation de la longévité des Français et par une croissance forte et continue des classes d'âge les plus élevées. Les personnes de 60 ans ou plus sont aujourd'hui 15 millions : elles seront 18,9 millions en 2025 et près de 24 millions en 2060 (Insee). Le nombre des personnes de plus de 85 ans va presque quadrupler d'ici 2050 passant de 1,4 million aujourd'hui à 4,8 millions. En 2060, une personne sur trois aura plus de 60 ans »⁷ et 15 % auront plus de 75 ans.

⁴ Note de cadrage Ceser Ile-de-France de la présente étude, janvier 2020.

⁵ ONU, « Deuxième conférence sur le vieillissement », Madrid 2002.

⁶ Audition de M. Nicolas Menet, Directeur de Silver Valley.

⁷ Audition de M. Nicolas Menet, Directeur de Silver Valley.

À noter que l'épidémie de Covid-19 en cours actuellement ne devrait pas avoir de conséquences significatives sur les tendances exposées ci-dessus⁸.

3.2 En Ile-de-France

3.2.1 La Population

En Ile-de-France, d'après l'Insee⁹, on observera une croissance globale de la population qui passera de 11,96 millions en 2013 à **13,5 millions** environ en 2050.

Cette croissance résultera de l'excédent des naissances sur les décès qui ira cependant en se réduisant, passant de 110 000/an en 2013 à 80 000/an en 2050 :

- ☐ Le solde migratoire (flux d'entrants et de sortants) restera quant à lui négatif et de l'ordre de 65 000/an ;
- ☐ Mais la quasi-totalité de cette croissance sera portée par la tranche d'âge des plus de 65 ans en conséquence de l'arrivée aux grands âges des « baby-boomers ».

L'enquête Insee de 2017 montre que la population parisienne a tendance à décroître depuis 2009 sous l'effet du solde migratoire négatif déjà mentionné. Selon un scénario tendanciel, sa population en 2050 devrait être proche de celle de 2013 alors qu'elle aura fortement augmenté en petite couronne et surtout en grande couronne (+28,8 % en Essonne et + 21,5 % en Seine-et-Marne).

	Population 2013	Population 2050	Progression	Âge moyen en 2013	Âge moyen en 2050
Paris	2 229 600	2 233 000	0,15 %	39,2	42,2
Petite Couronne	4 497 900	5 149 900	14,5 %	36,8	40,8
Grande Couronne	5 232 300	6 122 000	17 %	37,1	41
Ile-de-France	11 959 800	13 504 900	13 %	37,4	41,1

Une autre source, celle de l'IAU¹⁰, prévoit que la population francilienne progresserait plus rapidement entre 2015 et 2035 qu'entre 2006 et 2015, + 70 500 habitants par an contre + 61 000. L'Ile-de-France compterait ainsi 13 494 000 habitants en 2035, chiffre qui ne serait atteint qu'en 2050 d'après l'Insee :

- ☐ La petite couronne serait la zone de plus forte augmentation de la population avec 15 000, 12 500 et 9 500 nouveaux habitants chaque année entre 2015 et 2035 respectivement en Seine-Saint-Denis, dans le Val-de-Marne et dans les Hauts-de-Seine ;
- ☐ La population de Paris diminuerait de 30 100 personnes sous l'effet d'une production accrue de logements à sa périphérie. Cette dernière permettrait à des ménages parisiens à l'étroit dans leur logement de s'installer au-delà du périphérique, entraînant une légère baisse de la taille moyenne des ménages parisiens et de la population. Les projets de construction et de densification autour des futurs quartiers de gares du « réseau du Grand Paris Express » pourraient en outre largement faciliter ce mouvement de migration résidentielle vers la petite couronne ;
- ☐ En grande couronne, la population augmenterait du même ordre de grandeur que celle de la petite couronne avec 11 000, 10 000, 6 500 et 7 000 habitants par an entre 2015 et 2035 respectivement dans la Seine-et-Marne, l'Essonne, les Yvelines et le Val-d'Oise.

⁸ Article du *Monde* du 26/02/2021 d'Hervé Le Bras.

⁹ L'enquête Insee de 2017, <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=REG-11>.

¹⁰ « Vieillesse et Logement : Tome 1 : Impact de la composition du parc de logement sur le vieillissement à l'échelle locale et Tome 2 : Impact du vieillissement sur l'occupation et la libération des grands logements d'ici 2035 », Institut Paris-Région, octobre 2019.

S'agissant des seniors, la part des plus de 65 ans passera de 1,6 million en 2013, soit 13,4 % des Franciliens, à 2,88 millions en 2050 soit 21,9 % des Franciliens, le nombre de jeunes de moins de 20 ans restant stable dans le même temps (de 3,08 millions en 2013 à 3,15 millions en 2050).

Le nombre de personnes de plus de 60 ans augmentera à Paris mais trois fois moins vite que la moyenne d'Ile-de-France (cinq fois moins vite pour les plus de 75 ans). Ce phénomène est lié à une migration résidentielle des personnes de plus de 60 ans de Paris vers la grande couronne (et hors Ile-de-France) au moment de la retraite. Selon l'Insee, cette disparité entre Paris et l'Ile-de-France devrait s'accroître jusqu'au moins en 2030 et la proportion de seniors à Paris devrait devenir inférieure à la moyenne de l'Ile-de-France¹¹.

Il apparaît donc que ce sont les grande et petite couronnes qui subiront la quasi-totalité de l'accroissement de la population des plus de 65 ans en Ile-de-France d'ici 2050. Le phénomène de vieillissement y sera également plus important qu'à Paris, même si l'âge moyen restera plus élevé dans la capitale.

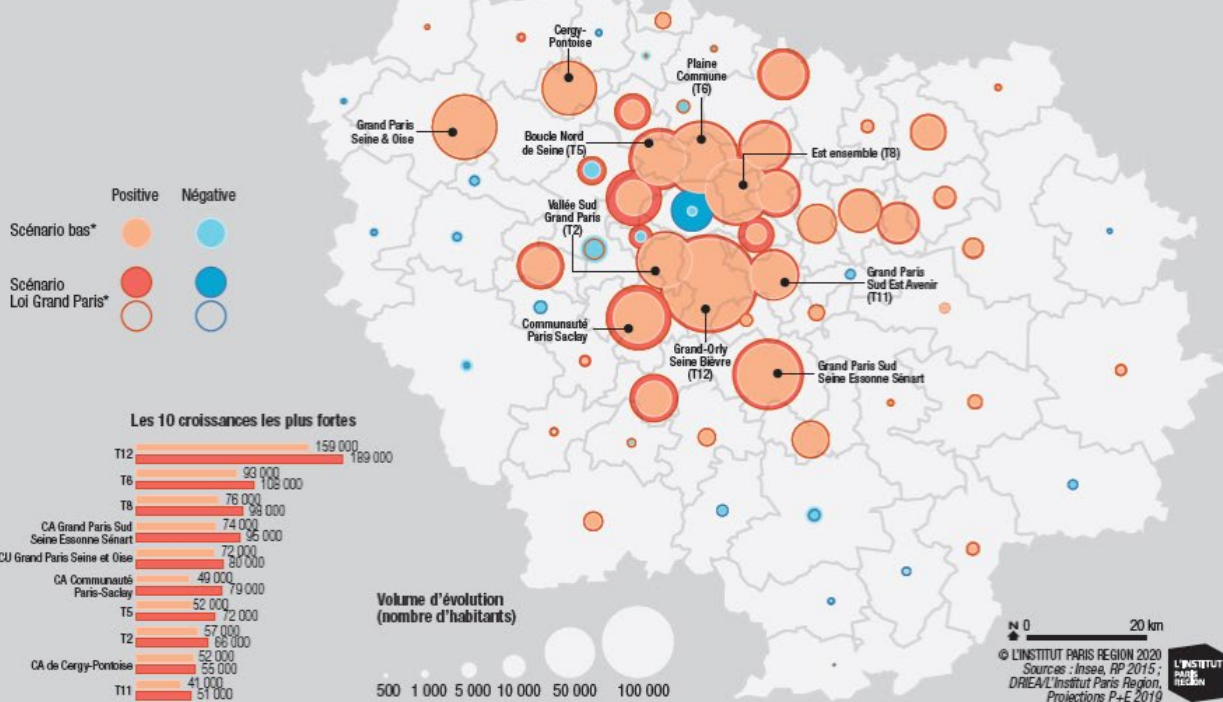
La figure ci-après illustre l'évolution de la population ainsi que des emplois à l'horizon 2035¹².

¹¹ https://www.apur.org/sites/default/files/documents/Parisiens_60ans_ou_plus.pdf

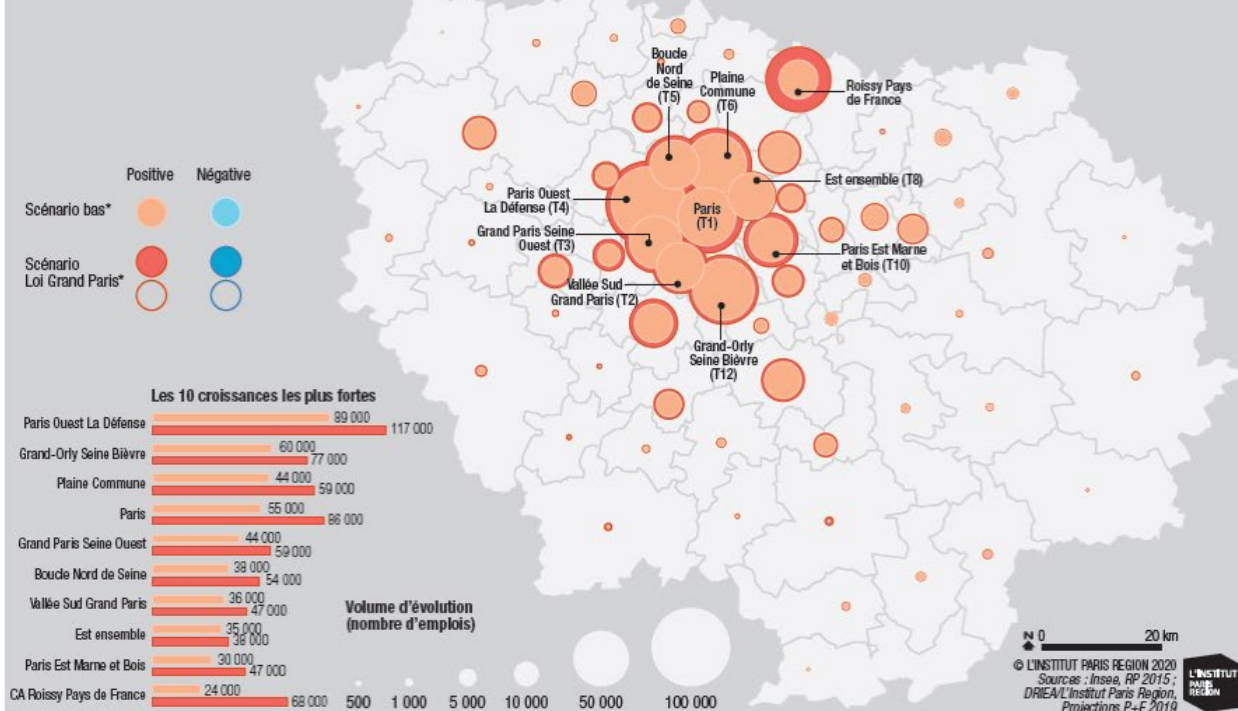
¹² Note rapide de l'IPR n° 861, juillet 2020, « Les projections de population et d'emploi en Ile-de-France, un outil d'aide à la décision ».

Évolution de la population et des emplois de 2015 à 2035 : scénarios haut et bas

Population



Emploi

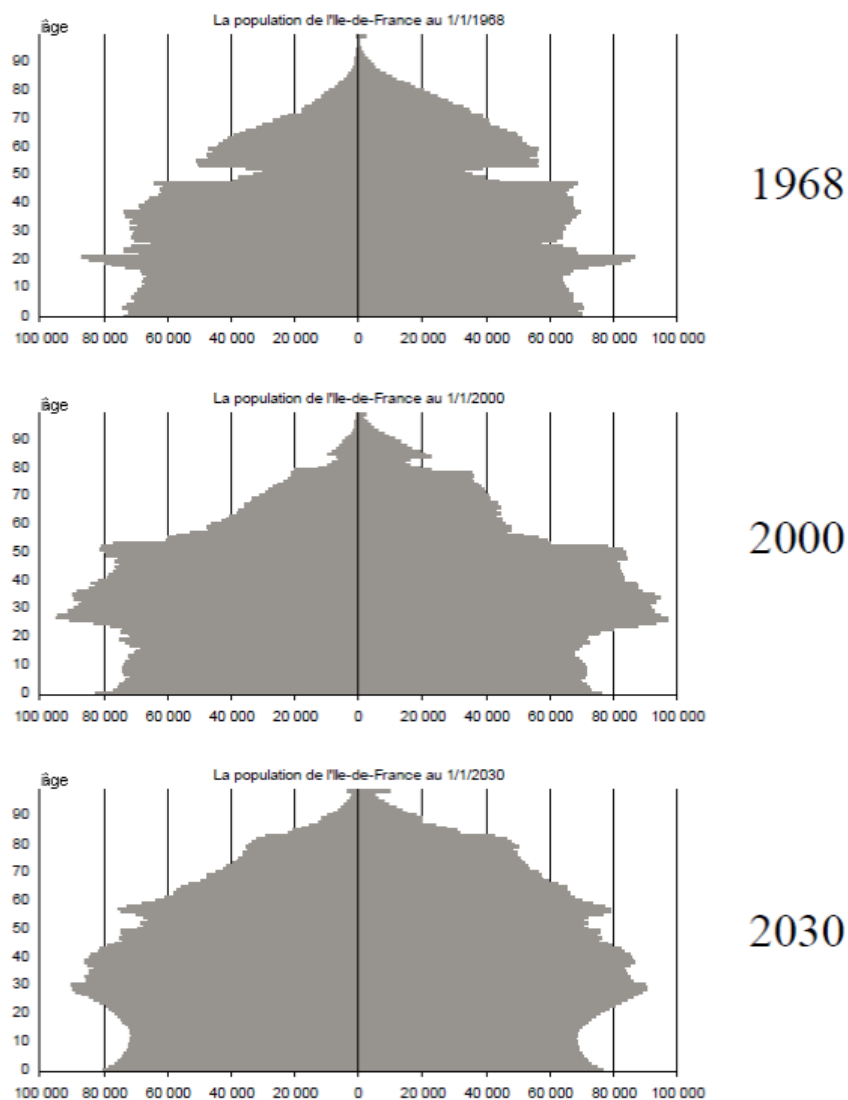


3.2.2 Illustration de la situation avec les pyramides des âges de l'ORS et de l'Insee :

Les trois Pyramides des âges de l'ORS et les trois pyramides de l'Insee ci-dessous illustrent l'évolution démographique en Ile-de-France :

Évolutions et perspectives de la prise en charge de la dépendance — Source ORS — 6 janvier 2003

Figure 3. Pyramide des âges de la population francilienne en 1968, 2000 et 2030



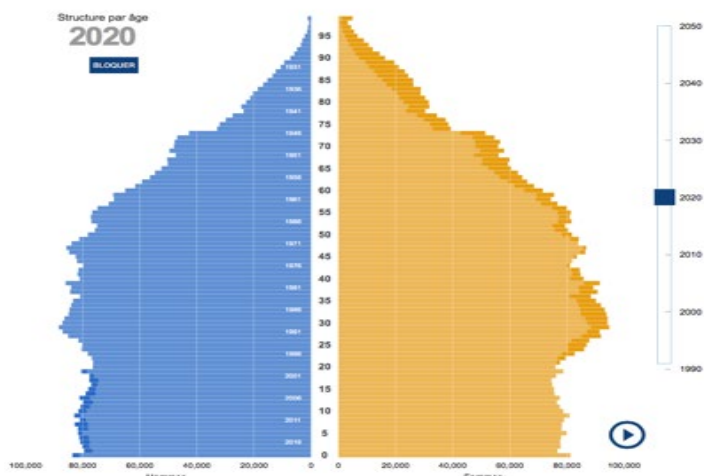
Source : INSEE - ELP pour 1968 et 2000, projections de population pour 2030 (hypothèses en page 20).

Pyramide des âges Ile-de-France à l'horizon 2020-2040-2050 — Source © Insee 2020



POPULATION EN DÉBUT D'ANNÉE

PYRAMIDE DES ÂGES INTERACTIVE



France entière France métropolitaine Régions

Sélectionnez votre région...

Ile-de-France

Les données de Mayotte ne sont disponibles qu'à partir de 2014.

Tranches d'âge	Millions	Pourcentage
65+	1,9	15%
20-64	7,3	59%
0-19	3,2	26%
Total	12,3	100%

[CHANGER LES TRANCHES D'ÂGE](#)

Notes

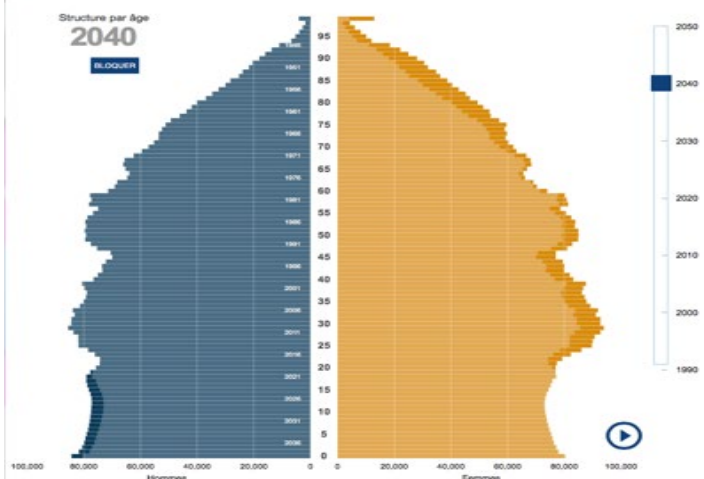
Les données sont définitives jusqu'en 2018, provisoires de 2019 à 2021, et il s'agit des projections de population (scénario central) à partir de 2022 (couleur plus foncée). Plus la projection est lointaine, plus l'incertitude est grande.
La tranche d'âge supérieure regroupe les personnes de 99 ans ou plus.
A un âge donné, la couleur plus foncée représente l'excédent d'hommes (si le nombre d'hommes est supérieur au nombre de femmes) ou de femmes à cet âge.
Les projections de population ont été réalisées en 2016 (2017 au niveau régional). Elles sont basées sur des hypothèses sur l'évolution de la fécondité, la mortalité et les migrations.

© Insee 2020, Statistics Denmark 2018, Destatis 2019



PROJECTION DE POPULATION

PYRAMIDE DES ÂGES INTERACTIVE



France entière France métropolitaine Régions

Sélectionnez votre région...

Ile-de-France

Les données de Mayotte ne sont disponibles qu'à partir de 2014.

Tranches d'âge	Millions	Pourcentage
65+	2,7	21%
20-64	7,2	56%
0-19	3,1	24%
Total	12,9	100%

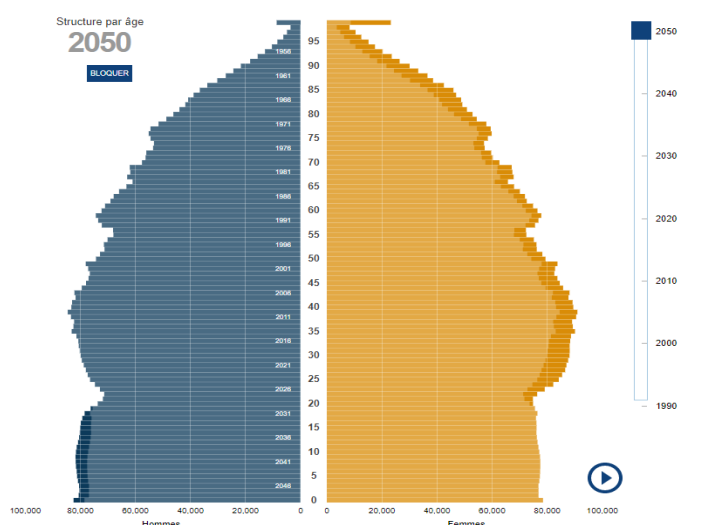
[CHANGER LES TRANCHES D'ÂGE](#)

Notes

Les données sont définitives jusqu'en 2018, provisoires de 2019 à 2021, et il s'agit des projections de population (scénario central) à partir de 2022 (couleur plus foncée). Plus la projection est lointaine, plus l'incertitude est grande.
La tranche d'âge supérieure regroupe les personnes de 99 ans ou plus.
A un âge donné, la couleur plus foncée représente l'excédent d'hommes (si le nombre d'hommes est supérieur au nombre de femmes) ou de femmes à cet âge.
Les projections de population ont été réalisées en 2016 (2017 au niveau régional). Elles sont basées sur des hypothèses sur l'évolution de la fécondité, la mortalité et les migrations.

© Insee 2020, Statistics Denmark 2018, Destatis 2019

PROJECTION DE POPULATION



France entière France métropolitaine Régions

Sélectionnez votre région...

Ile-de-France

Les données de Mayotte ne sont disponibles qu'à partir de 2014.

Tranches d'âge	Millions	Pourcentage
65+	2,9	22%
20-64	7,1	54%
0-19	3,1	24%
Total	13,2	100%

[CHANGER LES TRANCHES D'ÂGE](#)

Notes

Les données sont définitives jusqu'en 2018, provisoires de 2019 à 2021, et il s'agit des projections de population (scénario central) à partir de 2022 (couleur plus foncée). Plus la projection est lointaine, plus l'incertitude est grande.
La tranche d'âge supérieure regroupe les personnes de 99 ans ou plus.
A un âge donné, la couleur plus foncée représente l'excédent d'hommes (si le nombre d'hommes est supérieur au nombre de femmes) ou de femmes à cet âge.
Les projections de population ont été réalisées en 2016 (2017 au niveau régional). Elles sont basées sur des hypothèses sur l'évolution de la fécondité, la mortalité et les migrations.

© Insee 2020, Statistics Denmark 2018, Destatis 2019

3.2.3 Le Logement

On trouvera au chapitre 5 une analyse plus détaillée dont on peut retenir que la situation en Ile-de-France est caractérisée par :

- Une proportion élevée d'appartements (72 % des Franciliens vivant en appartement), de 2,8 pièces et de 60 m² en moyenne ;
- Des personnes physiques qui détiennent 73 % du parc, dont 88 % du secteur locatif privé, et des personnes morales détenant 27 % du parc, essentiellement dans le secteur social dont elles détiennent 93 % ;
- Très peu de logement de mauvaise qualité au sens de la loi SRU mais 9,3 % des Franciliens en situation de mal-logement en 2013, selon l'Insee ;
- Un niveau de satisfaction qui augmente mais une insatisfaction qui reste plus marquée pour les ménages locataires avec enfant(s) : surpeuplement (20 % contre 10 % au niveau national), coût du logement, insatisfaction vis-à-vis du quartier ;
- Une proportion de ménages franciliens en attente d'un logement social qui atteignait 8,4 % en 2013.

En ce qui concerne **le logement des personnes âgées** en Ile-de-France, on recense 66 % de propriétaires, 20 % de locataires dans le secteur social et 23 % de locataires dans le parc privé.

En 2011, 89 % des Franciliens âgés de 80 ans et plus vivaient à domicile pour 86 % en France métropolitaine, avec de fortes disparités régionales entre Paris, où seulement 6,5 % des plus de 80 ans vivaient en institution et la grande couronne où ils étaient 15 %.

Par ailleurs, 94 % des personnes âgées souhaitent rester chez elles au cas où leur autonomie serait réduite.

On verra au chapitre 5 que, dans les hypothèses dites « du Grand Paris », qui prévoient qu'environ 70 000 logements neufs continueront d'être construits chaque année dans notre région, il n'y aura très probablement pas de problème quantitatif majeur de logement lié à l'augmentation du nombre de personnes âgées, et en particulier pour elles-mêmes, sous réserve cependant que les loyers soient maintenus à un montant raisonnable et cohérent avec leurs ressources pour les ménages à faible revenu.

3.2.4 La Santé

En 2017, **l'espérance de vie** en Ile-de-France était la suivante :

- Pour les femmes :
 - espérance de vie : 85,7 ans ;
 - espérance de vie en bonne santé : 64,9 ans.
- Pour les hommes :
 - espérance de vie : 79,5 ans ;
 - espérance de vie en bonne santé : 62,6 ans.

Elle était en 2019 en Ile-de-France supérieure de 1,1 an à la moyenne nationale. À noter cependant que l'espérance de vie sans incapacité stagne depuis 15 ans¹³.

Un sujet particulièrement important dans le cadre de cette étude est celui de la dépendance avec l'état des lieux suivants¹⁴ :

« Elle touchait en 2015 en Ile-de-France 13,8 % des 60 ans ou plus, un taux moins élevé qu'au niveau national (15,2 %). De plus, la dépendance sévère n'affecte que 3,9 % des seniors (4,3 % en France métropolitaine).

La dépendance touche une moindre proportion de seniors à Paris, dans l'Essonne et les Yvelines (de 12,2 % à 13,2 %). Elle est en revanche plus fréquente en Seine-Saint-Denis et dans le Val-de-

¹³ « L'espérance de vie en Ile-de-France : des progrès importants, mais inégalement répartis », IPR, Valérie Féron, 25 mars 2021 <https://www.institutparisregion.fr/societe-et-habitat/lesperance-de-vie-en-ile-de-france-des-progres-importants-mais-inegalement-repartis/>

¹⁴ « Un quart de personnes âgées dépendantes supplémentaires en Ile-de-France à l'horizon 2030 », Insee Analyses Ile-de-France n° 96, avril 2019.

Marne (14,9 %). Outre l'âge, elle dépend également du niveau de vie et de l'espérance de vie à 60 ans. »

« Dans un contexte de moindre équipement en hébergements adaptés, la part de personnes âgées dépendantes à domicile est plus élevée en Ile-de-France (81,0 %) qu'en France métropolitaine (77,9 %). Il en va de même pour les personnes sévèrement dépendantes (56,7 % dans la région et 52,9 % en France métropolitaine). »

« La population des personnes âgées dépendantes évoluerait dans des proportions proches de celle des seniors au niveau régional. Ainsi, l'Ile-de-France compterait 421 400 personnes âgées dépendantes en 2030, soit une croissance de 23,4 % (24,7 % en France). La dépendance sévère, en hausse de 9,1 % (9,0 % en France), toucherait un quart d'entre elles. »

« Les plus fortes hausses auraient lieu dans les départements de grande couronne (sauf les Yvelines) et en Seine-Saint-Denis. »

Si l'on suppose en première hypothèse que les ratios actuels seront peu modifiés¹⁵, cela signifie comme on l'a déjà fait remarquer qu'il y aura en plus en 2050 par rapport à 2013 :

- Environ 1 million supplémentaire de plus de 65 ans globalement en bonne santé ;
- Mais surtout 300 000 de plus de 65 ans supplémentaires ayant des troubles fonctionnels sévères :
 - dont 250 000 en perte d'autonomie,
 - parmi lesquels 40 000 à 50 000 devront trouver une place dans un établissement spécialisé.

Cette estimation est cependant probablement pessimiste compte tenu de la volonté partagée, et par les pouvoirs publics et par les intéressés, de maintenir à domicile le plus possible de personnes âgées dépendantes. Ainsi, dans tous les départements, on observe que la part des personnes âgées dépendantes vivant en institution diminue. Entre 2005 et 2020, le nombre de personnes âgées dépendantes en petite couronne augmente cinq fois plus vite à domicile qu'en institution et deux fois plus vite en grande couronne.

3.2.5 L'activité

En 2015, en Ile-de-France, 65 % des 54-65 ans sont encore actifs contre moins de 55 % dans une région comme les Hauts-de-France par exemple.

« À l'horizon 2035, selon le scénario retenu, l'Ile-de-France compterait entre 454 000 et 668 000 actifs de plus qu'en 2015. La population active francilienne serait donc comprise entre 6,64 millions (scénario de l'IPR) et 6,86 millions (scénario loi Grand Paris). Or, les seniors représentent la majorité des actifs supplémentaires entre 2015 et 2035 en Ile-de-France. En conséquence, en 2035, un actif francilien sur dix aurait 60 ans ou plus, soit presque deux fois plus qu'en 2015.^{16 17} »

« C'est en petite couronne que la hausse serait la plus marquée, notamment en Seine-Saint-Denis. La croissance de la population active conduirait à davantage de déplacements domicile-travail en Ile-de-France, qui s'effectueraient probablement, encore plus qu'aujourd'hui, en transports en commun.

La part des femmes dans la population active francilienne serait stable sauf à Paris où elle augmenterait. »

3.2.6 Les revenus

¹⁵ Extrapolation à partir de « 4 millions de seniors en perte d'autonomie en 2050 », *Insee Première*, n° 1767, 25/07/2019.

¹⁶ « Le nombre de seniors actifs Franciliens pourrait doubler d'ici 2035 », *Défi métiers*, mai 2019, <https://www.defi-metiers.fr/breves/le-nombre-de-seniors-actifs-franciliens-pourrait-doubler-dici-2035>

¹⁷ « Deux fois plus de seniors dans la population active francilienne à l'horizon 2035 », *Insee Analyse Ile-de-France* n° 95, avril 2019.

L'enquête Insee 2017 montre que l'Ile-de-France est à la fois la région la plus riche de France (19 % de la population et 30 % du PIB national) mais aussi la plus inégalitaire en termes de revenus. Ainsi, 43 % des personnes à très haut revenu et 54 % des très aisés y résident. En particulier 20 % des très hauts revenus résident à Paris et 10 % dans les Hauts-de-Seine¹⁸.

Les ménages parisiens sont les plus aisés mais c'est aussi là où les inégalités de revenus sont les plus grandes (les ressources des 10 % des ménages les plus aisés sont 6 fois plus élevées que les 10 % des ménages les plus modestes, au lieu de 3,6 en France, 4,5 fois en Hauts-de-Seine, 3,7 en Seine-Saint-Denis, 3,4 en Essonne et en Seine-et-Marne...).

Cela est dû au fait que la part des anciens cadres et professions intermédiaires est beaucoup plus grande à Paris (48 %) que la moyenne en Ile-de-France (36 %) tandis que celle des ouvriers et employés est beaucoup plus faible (44 % au lieu de 56 %). La part des anciens cadres et professions intermédiaires y a fortement progressé depuis les années 1980 (de 29 % à 48 %) aux dépens de celle des ouvriers/employés (de 62 % à 48 %).

Personnes de plus de 60 ans	Paris	Ile-de-France
Cadres	24 %	15 %
Professions intermédiaires	24 %	21 %
Ouvriers	13 %	22 %
Employés	31 %	34 %
Artisans	8 %	7 %

À l'inverse, l'appauvrissement des ménages s'est renforcé dans les communes les plus modestes de banlieue, au nord de Paris jusqu'à l'est du Val-d'Oise et au Sud, en amont de la Seine (ouest du Val-de-Marne, nord-est de l'Essonne).

En ce qui concerne les seniors, l'enquête montre que le revenu disponible des seniors en Ile-de-France est environ 20 % supérieur à la moyenne française. Les inégalités entre les personnes :

- ☐ sont très grandes à Paris : elles ont tendance à augmenter pour la tranche d'âge des 60-74 ans et à se stabiliser pour les 75 ans et plus. Cet écart est de loin le plus important de toutes les grandes villes de France ;
- ☐ sont en grande partie liées aux revenus salariés des personnes en activité et du patrimoine déclarés par les Parisiens.

	Paris	Ile-de-France	France
Revenu ⁽¹⁾ des seniors de 60 à 64 ans	2 852 €	2 307 €	1 934 €
Revenu des seniors de 75 ans et plus	2 756 €	2 253 €	1 719 €

(1) Par unité de consommation en 2007.

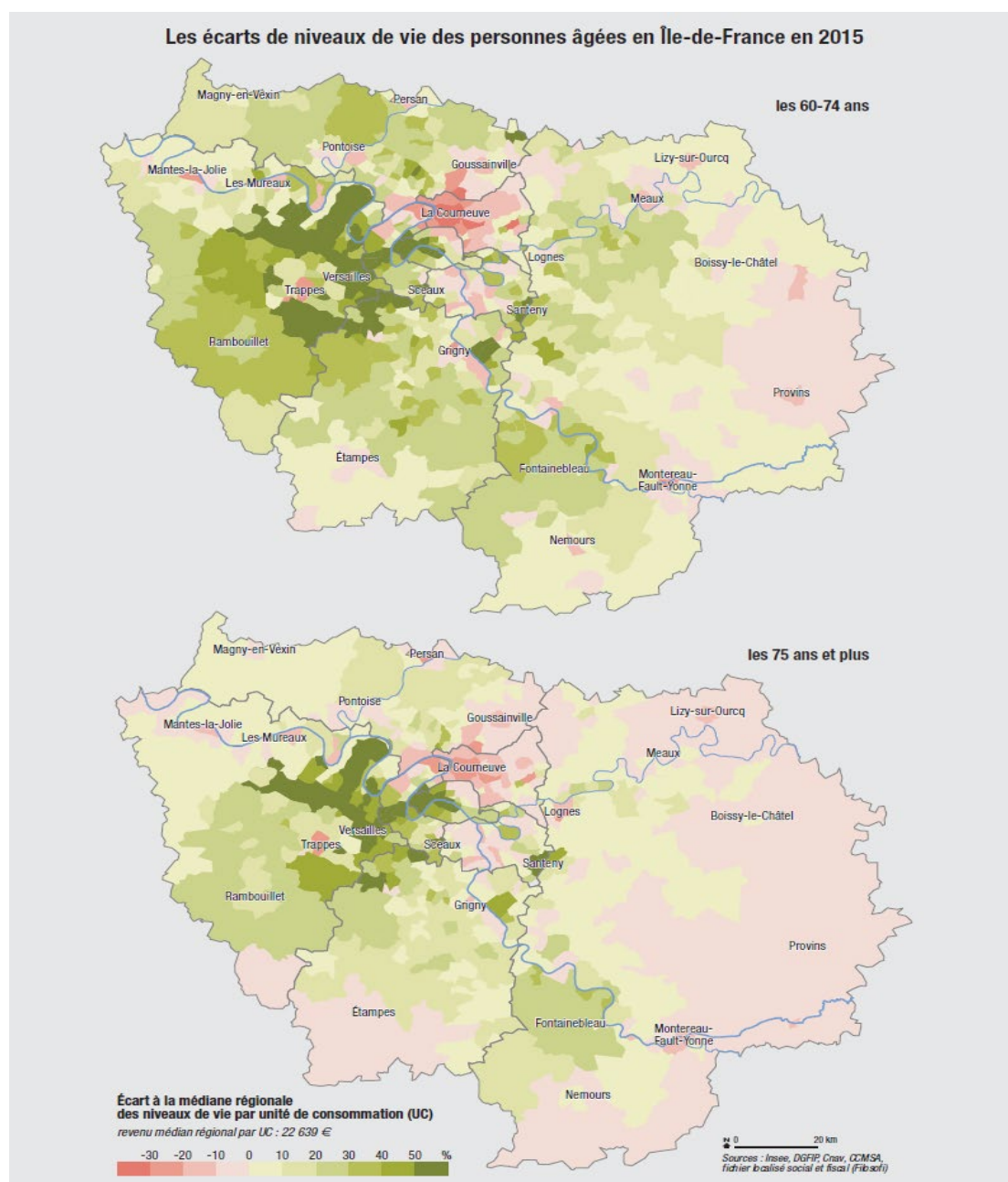
Depuis les années 2000, la part des salaires et des revenus du patrimoine progresse de façon continue, tandis que celle des salaires diminue.

À l'inverse, l'augmentation entre 2005 et 2020 du nombre de personnes ayant de faibles ressources leur permettant de bénéficier de la totalité de l'APA est 2,5 fois plus importante en grande couronne qu'à Paris. Cette progression est la plus importante en Essonne (65,4 %). La progression du coût financier qui en résulte est ainsi très différente d'un territoire à un autre.

¹⁸ https://www.insee.fr/fr/statistiques/graphique/4485692/IF_Tres_Haut_Revenus_resize.png

	Augmentation entre 2005 et 2020 du nombre de ménages âgés bénéficiant d'un taux maximum de l'APA	
Paris	+4 600	+29,3 %
Petite couronne	+7 800	+35,8 %
Grande couronne	+10 100	+60,5 %
Ile-de-France	+22 500	+41,5 %

La carte ci-dessous illustre ces disparités¹⁹ :



En ce qui concerne l'évolution de ces disparités, nous reproduisons ci-dessous in extenso l'analyse d'une démographe reconnue sur ce sujet, qui nous paraît bien résumer les tendances qui sont à prendre en compte à l'horizon 2050 :

¹⁹ Note Rapide IAU n° 783, septembre 2018, « Les retraités franciliens, situations favorables, fortes disparités ».

« LA FIN D'UN ÂGE D'OR DES RETRAITÉS ? » — Mariette Sagot, démographe

Le remplacement de générations de retraités modestes par de plus aisés maintient, pour l'heure, le niveau de vie moyen des ménages de plus de 65 ans. Mais les signes précurseurs d'un tassement relatif de leurs ressources et d'une accentuation des inégalités se manifestent d'ores et déjà.

Certains ont trait aux modes de vie : l'instabilité des unions, croissante depuis la fin des années 1960, pourrait se traduire par une baisse de la vie en couple aux âges avancés dans les générations d'après-guerre, en dépit des progrès de l'espérance de vie, et donc amoindrir les ressources des ménages. Certains ont trait à l'économie : les progrès des niveaux de vie au fil des générations marquent le pas pour les générations nées dans les années 1950, davantage confrontées à des périodes économiques difficiles ; la diversité grandissante des parcours professionnels, assortis pour certains par des périodes de chômage, d'inactivité ou d'emplois précaires, devrait par ailleurs, accroître les inégalités au moment de la retraite. D'autres ont trait à la démographie et à l'équilibre du système des retraites, avec l'avancée en âge des générations du baby-boom. Selon les travaux du Conseil d'orientation des retraites (COR), le taux de remplacement des retraites se stabilise pour les cohortes nées en 1950-1954, mais baisse pour celles nées après 1955. Le pouvoir d'achat des pensions tend à baisser au cours de la retraite, en raison de l'accroissement de la fiscalité — hausse de la CSG au 1^{er} janvier 2018 notamment —, et de revalorisations de certaines pensions inférieures à l'inflation.

À l'inverse, une partie des seniors devrait continuer à tirer profit d'une situation patrimoniale très favorable. Selon France Stratégie, les héritages vont représenter une part croissante du revenu disponible des Français, et vont continuer à profiter davantage aux plus âgés, avec notamment l'allongement de l'espérance de vie qui devrait faire reculer l'âge moyen des enfants au décès de leurs parents. Mais l'inégale distribution des héritages et les disparités de taux d'épargne et de rendement favoriseront une hausse des inégalités de patrimoine.

Dans ce contexte, le logement social va jouer un rôle primordial dans l'accueil des populations âgées les plus modestes. Un peu plus d'un ménage retraité sur cinq des générations 1930-1949 vit dans le parc social, une proportion qui pourrait s'accroître modérément dans les générations suivantes, leur revenu leur permettant de moins en moins d'accéder à la propriété, compte tenu de la forte hausse des prix immobiliers. Ce parc pourrait aussi constituer une solution de repli pour des ménages pauvres propriétaires contraints de vendre leur logement.

3.3 Synthèse : La perspective démographique

La perspective est en fait assez facile à décrire car peu de facteurs peuvent perturber significativement le scénario démographique de référence qui conduit donc à une augmentation de 1,6 million à 2,9 millions du nombre de personnes de plus de 65 ans à l'horizon 2050, soit une augmentation de 80 %. En effet :

- ☐ Ceux qui auront 65 ans et plus en 2050 sont déjà nés ! La composante principale de cette augmentation est donc facilement estimable et par conséquent très probable ;
- ☐ On ne voit pas de raisons fortes qui feraient que les facteurs qui déterminent le volume de cette progression changent significativement avec en outre un effet sensible durant les trente prochaines années. Pour que celle-ci soit par exemple plus forte que prévu, il faudrait en effet observer :
 - une forte hausse des naissances ; il faudrait imaginer :
 - une forte hausse de la fécondité qui n'est pas « dans le sens de l'histoire »,
 - et/ou une augmentation significative de l'attractivité de l'Ile-de-France (induisant l'arrivée dans la Région de davantage de jeunes ménages) :
 - attractivité en termes d'activités, notamment économique,
 - et/ou attractivité en termes de qualité de vie,

- mais qui est en fait contrôlée, comme on l'a vu, par le flux de construction de logements neufs.
- un solde migratoire moins négatif, voire positif ; il faudrait imaginer :
 - de nouveau une augmentation significative de l'attractivité de l'Ile-de-France (induisant de nouveau l'arrivée dans la Région de davantage de jeunes ménages mais aussi une baisse des départs de retraités),
 - et/ou des conditions de vie et un prix du logement, à l'achat comme à la location, réellement plus attractifs.
- un fort progrès de la longévité :
 - qui, là non plus, est contraire aux prévisions et qui a même cessé d'augmenter en France au cours des dernières années.

Il apparaît ainsi que :

- Le principal facteur endogène qui peut réellement modifier la donne sur le plan démographique dans une optique MT/LT est une volonté politique d'accroître la population des jeunes et des adultes dans la région, par exemple par une volonté de compensation de l'augmentation de la proportion des personnes âgées, et/ou pour accroître le dynamisme économique et social ;
- Le principal facteur qui peut conduire à cette évolution est l'amélioration de l'attractivité de la région pour les « adultes » issus d'autres régions ou d'autres parties de la planète (leur donner envie d'y venir et/ou d'y rester) ;
- Les outils essentiels de cette amélioration étant :
 - le flux de construction de logements neufs de qualité, qui est en outre un facteur quantitatif de régulation,
 - l'amélioration globale du cadre de vie,
 - et bien sûr le flux de créations d'emplois et leur attractivité.

Même en l'absence d'une politique démographique volontariste, on peut cependant imaginer que cet effet d'attractivité peut jouer, par une sorte d'effet de concurrence par rapport aux autres régions ou aux autres pays européens, comme conséquence indirecte des améliorations du cadre de vie global au bénéfice des habitants actuels et futurs. En rappelant ici que ce qui améliore le cadre de vie des personnes âgées bénéficie en fait à l'ensemble de la population. Mais il importe d'observer qu'un tel effet ne concernera pas, ou de façon minime, les personnes âgées.

On peut donc considérer le scénario démographique de référence pour les trente prochaines années comme robuste, puisque les facteurs qui viennent d'être évoqués sont sans conséquence forte sur le nombre de personnes âgées qu'il faudra loger, soigner, etc.

Cela conforte la crédibilité des tendances qui se dégagent des analyses complémentaires menées notamment par les démographes et qui sont résumées dans ce chapitre. Celles-ci ont en outre l'intérêt de mettre en évidence l'extrême diversité des « personnes âgées » et de leur situation, diversité qui se déduit logiquement de celle de notre pays. Il faudra donc toujours éviter de « catégoriser » les personnes âgées, non seulement pour éviter d'en faire une « catégorie à part » mais encore pour éviter d'avoir une approche réductrice, par trop simplificatrice, de leur réalité et de leurs aspirations.

À noter enfin que l'on ne dispose pas à l'heure actuelle d'éléments bien établis permettant d'anticiper ce que pourraient être les conséquences de la crise actuelle du Covid-19 sur l'évolution de la démographie. On peut raisonnablement penser qu'elles seront faibles sur la longévité et quasiment nulle sur la fécondité. Elles pourraient par contre être plus notables pour les migrations, dans l'hypothèse où le développement du télétravail inciterait un nombre significatif de jeunes ménages à s'installer en dehors de la région tout en continuant d'y travailler. Cependant, il est difficile d'imaginer que ce phénomène, intéressant principalement les ménages aisés, sera d'une ampleur telle qu'il remettra en cause le scénario qui vient d'être décrit. En outre il ne concerne en rien les personnes âgées : il sera donc lui aussi sans conséquence notable sur les orientations qui se dégagent du présent rapport.

4. Architecture du rapport : Les effets du vieillissement et ses enjeux

« La longévité, les vieillesse et le vieillissement constituent des enjeux majeurs actuels de notre société, en termes sociaux, de santé ou de qualité de vie et de politiques publiques. Ils relèvent d'une approche plurielle en sciences humaines et sociales, indispensable pour saisir l'intrication des questions qu'ils soulèvent. Le défi pour ce champ de recherche, richement investi par les SHS, porte sur le développement d'une interdisciplinarité et d'un dialogue avec les acteurs institutionnels.²⁰ »

Comme nous l'avons annoncé, la Section a décidé de concentrer ses travaux sur six aspects des conséquences du vieillissement de la population pour notre région :

- ☐ Deux concernent l'amélioration globale des conditions de vie et du bien-être des seniors :
 - Le logement et le cadre de vie des personnes âgées,
 - Les services à la personne et la Silver Économie ;
- ☐ Deux concernent la place des seniors dans la société :
 - La reconnaissance des seniors comme acteurs essentiels et de plein droit de la société,
 - L'emploi des seniors ;
- ☐ Deux concernent la réponse aux besoins de santé des seniors :
 - La prévention,
 - La dépendance.

L'analyse pour chacun de ces six aspects des perspectives à l'horizon 2050 sur la base d'un bref état des lieux fait l'objet des six chapitres suivants.

²⁰ <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/focus/institut-de-la-longevite-des-vieillesse-et-du-vieillissement-ilvv/>

5. Le logement et le cadre de vie des personnes âgées

5.1 Le Logement

Les études internationales soulignent le lien entre adaptation du logement et santé : le bien-être des sujets âgés résulterait d'une interaction entre leurs compétences (état de santé, capacités sensorielles, physiques, cognitives) et leur environnement (physique et social), et cette articulation serait plus forte au fur et à mesure de l'avancée en âge et de la diminution des compétences.

L'adaptation du logement aurait ainsi un fort effet, croissant avec l'âge, non seulement sur la qualité de vie mais encore la santé perçue. Or, les pouvoirs publics en France ont fait le choix depuis les années 1990 du maintien à domicile y compris pour les personnes âgées dépendantes. Le logement est dès lors un sujet essentiel dans l'anticipation de la croissance du nombre de seniors dans notre Région à l'horizon 2050.

5.1.1 L'état des lieux

Le logement en Ile-de-France comporte un certain nombre de spécificités liées à son statut de région-capitale. Avant une analyse spécifique du logement des personnes âgées, il convient d'avoir une vue générale²¹.

L'Ile-de-France comptait en 2013, 2 481 000 propriétaires, 2 464 600 locataires et 176 500 ménages logés gratuitement. Les propriétaires occupants restent les plus nombreux (48 % du total).

Le parc de logements est bien décrit par le tableau ci-dessous :

Statut d'occupation des ménages selon la localisation

Statut d'occupation	Propriétaires	Locataires du parc social	Locataires du parc privé *	Gratuits, fermiers	Total	
Localisation	%	%	%	%	%	Effectif
Paris	34,7	20,8	38,0	6,5	100	1 194 500
Petite couronne	44,3	29,9	22,9	2,9	100	1 887 500
Grande couronne	60,3	21,2	16,3	2,2	100	2 040 100
Région 2013	48,4	24,3	23,8	3,4	100	5 122 000
Région 2006	48,4	22,9	24,8	3,9	100	4 890 900
Autres grandes aggl. françaises	48,0	18,5	30,8	2,8	100	7 112 300
200 000 à 2M d'hab.						
France métropolitaine	57,9	15,9	23,6	2,6	100	28 059 800

* Regroupe les logements du parc locatif libre, de la sous-location, des meublés et des hôtels, ainsi que les logements de la loi de 1948.

Il se caractérise par :

- ☐ Une proportion élevée d'appartements (72 %, 3 Franciliens sur 4 vivent en appartement), de 2,8 pièces et de 60 m² en moyenne ;
- ☐ Depuis 1984, une diminution de la part de Paris (23 %), une stabilité de la petite couronne (37 %) et une forte augmentation de la grande couronne (40 %) ;
- ☐ Des personnes physiques qui détiennent 73 % du parc, dont 88 % du secteur locatif privé, et des personnes morales détenant 27 % du parc (dont seulement 2 % pour les acteurs institutionnels), essentiellement dans le secteur social dont elles détiennent 93 % ;
- ☐ Des occupants propriétaires et des locataires du parc social beaucoup plus stables et beaucoup moins mobiles que les locataires du parc privé, plus jeunes et aux revenus inférieurs à la moyenne francilienne ;

²¹ « Les conditions de Logement en Ile-de-France », Rapport de l'IAU avec la Driea, l'Insee Ile-de-France, l'Atelier Parisien d'Urbanisme, l'Apur, et la Drihl, Édition 2017.

- Très peu de logement de mauvaise qualité au sens de la loi SRU, et notamment un inconfort sanitaire qui a quasiment disparu : 74 % des logements ne présentent aucun défaut important, le défaut le plus souvent cité par les 26 % autres étant l'humidité.

Mais :

- Une proportion non négligeable de logements surpeuplés (20 % contre 10 % au niveau national) en raison de la présence de nombreux petits studios dans la région et notamment à Paris. 42 % des ménages à bas revenus vivent dans un logement surpeuplé, contre 19 % pour l'ensemble des ménages ;
- Un niveau de satisfaction qui augmente mais une insatisfaction qui reste plus marquée pour les ménages locataires avec enfant(s) :
 - dans le parc locatif privé, le facteur majoritaire d'insatisfaction est le surpeuplement, mais aussi le coût du logement,
 - dans le parc locatif social, le besoin d'espace est moins net mais l'insatisfaction vis-à-vis du quartier est en revanche plus marquée (28 % contre 12 % dans le parc locatif privé).
- Une proportion de ménages franciliens en attente d'un logement social qui atteignait 8,4 % en 2013, principalement pour disposer de davantage de surface et réduire le coût du logement.

En 2013, 9,3 % des Franciliens étaient en situation de mal-logement selon les critères de l'Étude nationale du logement de l'Insee, dont 53 % en situation de surpeuplement et 42 % en situation d'inconfort (= au moins un des critères suivants : pas d'eau courante, de douche, de w.-c. intérieur, de coin cuisine ou de moyen de chauffage ou façade très dégradée).

En ce qui concerne **le logement des personnes âgées** en Ile-de-France, on recense 66 % de propriétaires, 20 % de locataires dans le secteur social et 23 % de parc privé.

En 2011, 89 % des Franciliens âgés de 80 ans et plus vivaient à domicile pour 86 % en France métropolitaine, avec de fortes disparités régionales entre Paris, où seulement 6,5 % des plus de 80 ans vivaient en institution et la grande couronne où ils étaient 15 %.

La situation actuelle présente trois caractéristiques, bien résumées par une étude récente de l'Adil de Paris et du Val-de-Marne²² sur la Métropole du Grand Paris, soit 131 communes d'Ile-de-France (Paris et les communes des départements des Hauts-de-Seine, de Seine-Saint-Denis et du Val-de-Marne, ainsi que 6 communes de l'Essonne et une du Val-d'Oise) abritant au total environ 7 millions des 12 millions de Franciliens :

□ **Logiquement, les ménages sont en moyenne de petite taille :**

Chez les plus 60 ans, 41 % des ménages sont composés d'une seule personne, dont 75 % sont des femmes. Les ménages de 2 et 3 personnes représentent également 41 % de l'ensemble. Les ménages de 4 personnes ou plus sont très minoritaires.

□ **Le taux de pauvreté des personnes âgées est plus élevé que la moyenne nationale :**

C'est un facteur important car les ménages en situation de pauvreté sont le plus souvent dans l'incapacité d'assurer l'entretien et plus encore la rénovation de leur logement. Pour les ménages dont la personne de référence a un âge compris entre 60 et 74 ans, ce taux est élevé en Ile-de-France puisqu'il atteint 12,4 % pour une moyenne nationale de 9,7 %. La situation est inverse pour les personnes de plus de 75 ans où ce taux est de 7,9 % contre 8,9 % en France.

□ **Les personnes âgées occupent davantage de grands logements que la moyenne :**

40 % des ménages dont la personne de référence a 65 ans ou plus vivent dans des logements de 3 pièces ou plus alors que ce taux est de 31 % pour l'ensemble de la population de la Métropole. Inversement, la proportion de seniors occupant des logements de 2 pièces ou moins est de 29 %, alors qu'elle est de 41 % pour l'ensemble de la population de la Métropole.

²² BFM Immo, 15 novembre 2019, à partir de « Le logement des personnes âgées dans la métropole du Grand Paris », Adil de Paris et du Val-de-Marne, novembre 2019.

Ce dernier effet s'explique ainsi : les premières générations du baby-boom nées au sortir de la Seconde Guerre mondiale, qui étaient de jeunes trentenaires au début des années 1980, ont massivement accédé à de grands logements, notamment dans les villes nouvelles ou dans les secteurs périurbains qui se sont développés à cette époque. La mobilité étant plus faible chez les propriétaires et allant diminuant avec l'âge, la majorité de ces ménages reste dans ces grands logements après le départ de leurs enfants, et pour une période de plus en plus longue en raison de l'allongement de l'espérance de vie. Ainsi, entre 1990 et 2013, la part des personnes âgées de 65 ans ou plus a augmenté de 15 points dans les logements de 4 pièces ou plus du parc en propriété construits dans les années 1970 et 1980²³.

Le même phénomène existe dans le logement social car, au-delà de l'attachement à l'appartement où s'est déroulée la vie familiale, le départ du grand logement vers un logement plus adapté a pour conséquence une augmentation de loyer, même si des efforts sont faits par les offices de logement.

Par ailleurs, l'étude de l'ORS Ile-de-France de juin 2016 « Vieillir chez soi » révèle que 7 % seulement des Franciliens âgés de 60 ans et plus et moins du quart des Franciliens faisant face à de sévères limites vivent dans un logement adapté.

L'enquête montre que l'adaptation du logement et l'utilisation d'aides techniques s'effectuent sans anticipation, lorsque les personnes sont victimes d'une limitation de leur capacité et/ou de leur autonomie. Or plus de 40 % des Franciliens âgés de 60 ans et plus déclarent une limitation globale d'activités et près d'un quart des difficultés à réaliser des activités quotidiennes (se laver, se nourrir, prendre des médicaments, sortir seul...). À partir de 75 ans, ces proportions augmentent fortement.

L'étude met en outre en évidence le lien entre vivre dans un logement adapté à ses besoins et la santé perçue. Trois situations induisent un fort risque de mauvaise santé perçue et permettent de définir des enjeux pour les territoires franciliens :

- ☐ Vivre seul ;
- ☐ Vivre dans un logement dont l'intérieur n'est pas adapté à ses besoins, risque augmenté pour les locataires ;
- ☐ Ne pas pouvoir sortir seul de son logement aussi souvent que souhaité²⁴.

5.1.2 La perspective quantitative

En matière de logement, le scénario de référence est celui dit « du Grand Paris », adopté en 2010, repris par le Sdrif en vigueur, et qui fixe l'objectif de « construire chaque année 70 000 logements géographiquement et socialement adaptés en Ile-de-France » sans échéance déterminée. Le Schéma régional de l'Habitat et de l'Hébergement (SRHH), adopté en décembre 2017, décline cet objectif territorialement pour les six prochaines années et assigne notamment :

- ☐ Un solde net de 38 000 logements par an dans la métropole du Grand Paris ;
- ☐ Une cible de 30 % de logements sociaux dans le parc de résidences principales à l'horizon 2030, contre 23,5 % en 2015.

La production annuelle de 70 000 logements doit permettre :

- ☐ De desserrer les tensions observées sur le marché francilien, y compris pour les ménages les plus modestes vivant sous le seuil de pauvreté ;
- ☐ De freiner le départ des jeunes ménages et des familles de la région ;
- ☐ De faciliter l'accès aux logements des jeunes et des étudiants nouvellement arrivés sur le territoire.

²³ « Vieillissement et Logement : Tome 1 : Impact de la composition du parc de logement sur le vieillissement à l'échelle locale et Tome 2 : Impact du vieillissement sur l'occupation et la libération des grands logements d'ici 2035 », Institut Paris-Région, octobre 2019.

²⁴ « Vieillir chez soi », Étude de l'ORS Ile-de-France, juin 2016.

Précisons que l'Insee pour la démographie et les institutions régionales, notamment l'IPR, pour le logement proposent en alternative des scénarios fondés sur 50 000 logements neufs construits par an, hypothèse qui leur paraît plus réaliste^{25 26}.

En ce qui concerne l'évolution du parc sur l'ensemble de la période 2015-2035

- On observerait une intensification de la construction au cœur de la région qui s'expliquerait par une forte construction en grande partie liée aux projets immobiliers autour du métro du Grand Paris et aussi par un solde naturel élevé en Seine-Saint-Denis. Ainsi, les quatre départements centraux concentreraient plus de la moitié (55 %) des constructions neuves, particulièrement la Seine-Saint-Denis (18 %) et les Hauts-de-Seine (17 %).
- Ce mouvement d'intensification irait de pair avec un renouvellement plus rapide du parc de logements anciens, vétustes ou inadaptés, du fait de disponibilités foncières relativement faibles localement, de l'impératif de limiter la consommation d'espaces et de privilégier le renouvellement de la ville sur elle-même. Le renouvellement serait ainsi concentré à 80 % dans les quatre départements centraux, particulièrement en Seine-Saint-Denis et dans les Hauts-de-Seine. Ailleurs, la population augmenterait. La plus forte croissance démographique serait de 15 % en vingt ans dans les départements de la Seine-Saint-Denis et du Val-de-Marne.

Au final, dans le scénario loi Grand Paris, le parc de logements franciliens augmenterait de plus de 1 million entre 2015 et 2035 en Ile-de-France.

Ce scénario permettrait de loger 820 000 ménages franciliens supplémentaires par rapport à 2015, 53 % en grande couronne et à 47 % dans les quatre départements centraux. Dans ce scénario, la croissance annuelle du nombre de ménages s'accélérerait fortement en petite couronne (+ 72 % par rapport à la période 2006-2015) et dans une bien moindre mesure en grande couronne (+ 20 % par rapport à la période 2006-2015).

À noter qu'on observerait parallèlement un parc de logements inoccupés, résidences secondaires et logements occasionnels, en forte croissance à Paris mais surtout en petite couronne, en lien notamment avec la location meublée de courte durée et l'essor des plateformes de location telles qu'Airbnb.

En ce qui concerne les personnes âgées :

L'enquête de l'Insee de 2017 montre que :

- Paris sera le seul département d'Ile-de-France à ne pas voir sa population augmenter mais la moyenne d'âge y restera toutefois la plus élevée d'Ile-de-France ;
- Le phénomène de vieillissement de la population d'ici 2050 sera plus important en grande couronne et en petite couronne, où la moyenne d'âge augmentera de 4 ans, qu'à Paris où elle augmentera de 3 ans.

L'enquête de l'Insee de 2012 avait déjà mis en évidence que le nombre de personnes âgées aura tendance à diminuer à Paris : la disparité entre Paris et l'Ile-de-France devrait s'accroître au moins jusqu'en 2030 et la proportion de seniors à Paris devrait devenir à ce moment inférieur à la moyenne en Ile-de-France.

Enfin, sans surprise, l'enquête 2012 confirme que la part des anciens cadres et professions intermédiaires est beaucoup plus grande à Paris (48 %) que la moyenne en Ile-de-France (36 %) tandis que celle des ouvriers et employés est beaucoup plus faible (44 % au lieu de 56 %). C'est à Paris que l'on trouve les ménages les plus aisés (18,4 %), le plus de cadres (25,9 %) et le moins d'ouvriers (7 %).

²⁵ Enquête de l'Insee de 2012, https://www.apur.org/sites/default/files/documents/Parisiens_60 ans ou_plus.pdf.

²⁶ Enquête de l'Insee de 2017, <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=REG-11>).

Ce sont donc la grande et la petite couronne qui subiront la quasi-totalité de l'accroissement de population des plus de 65 ans en Ile-de-France d'ici 2050, le phénomène de vieillissement y étant également plus important qu'à Paris, même si l'âge moyen restera plus élevé dans la capitale. Le prix très élevé des loyers à Paris et la tendance à leur augmentation en petite couronne d'une part, l'implantation des stations de RER du Grand Paris d'autre part, risquent en outre d'amplifier la nécessité pour les personnes âgées à faible revenu de quitter Paris et ses abords vers la petite couronne et plus encore vers la grande couronne.

La dynamique globale du système de logement serait donc la suivante :

- Des personnes âgées (> 65 ans) :
 - en forte croissance, essentiellement dans la petite et la grande couronne,
 - constitutives de ménages de petite taille,
 - mais occupant des logements avec une faible mobilité, et donc le plus souvent depuis longtemps,
 - dont pourtant des parts significatives ont ou pourraient avoir intérêt à en changer :
 - celles qui subissent des situations de « mal-logement »,
 - celles qui occupent des logements plus grands que la moyenne car dimensionnés à la taille de leur famille et qui les ont conservés après le départ de leurs enfants bien qu'ils aient des difficultés à les entretenir s'ils sont propriétaires ou à en payer les loyers s'ils sont locataires.
 - ou seront contraintes à s'éloigner de Paris et de ses abords par l'évolution du prix des loyers ;
- Des personnes d'âge moyen qui vont chercher :
 - à louer ou acquérir des logements dont la taille correspond à celle de leur famille, avec comme moteur la forte natalité en Ile-de-France,
 - à améliorer leur logement (plus grand et/ou plus confortable) en fonction de leur évolution sociale et notamment de leurs possibilités financières ;
- Des jeunes adultes qui vont rechercher de petits logements, notamment du secteur locatif privé, et dont le taux de rotation est élevé ;
- L'ensemble étant régulé par :
 - le volume de logements neufs mis à disposition,
 - et le prix au m² des loyers et des logements neufs ou rénovés.

Il apparaît ainsi que :

- Il n'y a pas à prévoir de problème quantitatif global de logement lié à l'augmentation du nombre de personnes âgées : cette augmentation résultant du vieillissement des enfants du baby-boom accru par l'augmentation de la longévité, ces personnes ont déjà un logement où, à une très large majorité, elles souhaitent rester même s'il est objectivement trop grand. Si problème il y a, c'est bien plutôt celui de leur capacité à entretenir ces grands logements pour les propriétaires et à pouvoir continuer de payer leur loyer pour les locataires.
- Il n'y a pas non plus à prévoir de problème pour les jeunes adultes puisque leur nombre ne va globalement pas augmenter et que le parc des logements qu'ils recherchent continuera d'exister et de se renouveler. Si problème il y a, c'est bien plutôt leur capacité à payer les loyers correspondants, qui dès à présent poussent un certain nombre d'entre eux à s'établir en petite couronne, voire à quitter la région.
- Par contre, l'augmentation du nombre de personnes âgées va mécaniquement réduire le taux de remise sur le marché de grands logements recherchés par les familles. Si problème il y a, c'est donc la disponibilité de ces logements, qui va résulter de la remise sur le marché des grands logements existants et de la construction de grands logements neufs.

Or l'étude récente de l'IPR²⁷ montre qu'on ne peut pas anticiper des tensions quantitatives sur les grands logements :

- « *Le nombre de ménages franciliens de moins de 65 ans devrait progresser très faiblement d'ici à 2035 et au-delà de 2040, l'effet « baby-boom » s'atténuera ;*

²⁷ « Vieillissement et Logement : Tome 1 : Impact de la composition du parc de logement sur le vieillissement à l'échelle locale et Tome 2 : Impact du vieillissement sur l'occupation et la libération des grands logements d'ici 2035 », Institut Paris-Région, octobre 2019.

- *En outre, notamment dans les zones périurbaines, les propriétaires de grands logements, souvent situés loin de services et des commerces, pourraient être tentés de les vendre pour acheter un logement certes plus petit, mais mieux situé, mieux conçu et plus facile à entretenir ;*
- *L'érosion du pouvoir d'achat des retraités et/ou la volonté d'aider leurs enfants pourraient être des arguments supplémentaires les incitant à vendre leur logement. »*

Ce dernier point a été signalé comme important par Silver Valley qui anticipe qu'un nombre croissant de seniors propriétaires vendront leur logement, notamment s'il est trop grand, pour retrouver un logement mieux adapté et des liquidités qui leur permettront de financer leur accompagnement face à la dépendance. Par ailleurs, une gestion plus active de l'occupation du parc social par les bailleurs, encouragée par la loi Alur, comme notamment la mise en place de bourses d'échange de logements sociaux, pourrait aider à libérer de grands logements sociaux au bénéfice des familles.

5.1.3 La perspective qualitative

S'il semble donc qu'il n'y aura pas de problème majeur de nombre de logements, sous réserve que 70 000 logements neufs soient effectivement mis sur le marché tous les ans en Ile-de-France, il est clair en revanche que le parc de logement devra continuer de s'améliorer et en particulier améliorer la qualité de vie qu'il proposera aux personnes âgées, c'est-à-dire :

- Améliorer les logements qu'elles occupent actuellement, soit parce qu'ils sont inconfortables, soit parce qu'ils sont malcommodes pour le maintien à domicile, en particulier lorsque la dépendance apparaît ;
- Proposer des alternatives au choix binaire entre le maintien à domicile et l'EHPAD ;
- Concevoir des logements neufs mieux adaptés aux personnes âgées et en particulier dans la perspective d'un maintien à domicile ;
- Enfin, maintenir des loyers raisonnables et cohérents avec leurs ressources pour les ménages à faible revenu.

Améliorer les logements actuellement occupés par les personnes âgées

L'étude de l'ORS Ile-de-France « Vieillir chez soi » met en évidence le lien entre logement adapté et santé perçue et amène donc à souligner l'importance des politiques publiques en matière d'adaptation des logements au vieillissement et la nécessité de stratégies d'anticipation (prévention...).

Faute d'une étude spécifique²⁸ de l'état général des logements occupés par les personnes âgées en Ile-de-France, il est difficile de dire si elles sont davantage victimes d'inconfort et de mal-logement que la moyenne de la population.

Par contre, il est clair qu'un effort spécifique doit être fait pour adapter les logements qu'elles occupent à leurs problèmes spécifiques sans même parler de dépendance. Ceci est d'autant plus important que, d'après les Petits Frères des Pauvres, « *plus de 85 % des personnes âgées souhaitent spontanément rester dans leur domicile même si :*

- *Les maisons peuvent devenir un vrai handicap lorsqu'un accident survient, ou que la mobilité diminue, en particulier si elles ont un étage auquel les habitants ne peuvent plus accéder ;*
- *Les logements nécessitent des travaux de rénovation ou de réparation que les personnes âgées ne sont souvent plus en mesure de réaliser, ou de faire réaliser. »*

Cela suppose notamment de :

- Changer le regard sur les aides techniques et les aménagements par une approche positive ;
- Intégrer la problématique de la perte d'autonomie dans les plans de rénovation énergétique ;
- Renforcer les études sur le volet territorial (territoires favorables au vieillissement en bonne santé dans une démarche globale associant logement, transports, services ; identification des inégalités sociales en matière d'utilisation des aides techniques et d'adaptation du logement) ;
- Mieux investiguer le lien entre adaptation du logement, santé, bien-être et qualité de vie.

²⁸ « Solitude et isolement des personnes âgées en France : quels liens avec les territoires ? », rapports Petits Frères des Pauvres, 30 septembre 2019.

Les principaux travaux nécessaires²⁹ sont l'aménagement des pièces humides, la pose de barres de maintien, l'adaptation de la hauteur des meubles...

Cependant, le coût de l'investissement peut être onéreux (à titre d'exemple, de 6 000 à 9 400 € pour 75 m²).

Les personnes peuvent bénéficier des aides au maintien à domicile :

- ☐ L'ANAH : aides financières, cumulables avec d'autres aides, pour l'amélioration des logements ainsi que certains aménagements d'accessibilité sur les parties communes de copropriété. Pour les propriétaires occupants, deux types d'aides :
 - pour l'adaptation des logements à la perte d'autonomie en faveur des propriétaires occupants,
 - pour la lutte contre la précarité énergétique.
- ☐ Pour les personnes de plus de 60 ans les plus dépendantes, les départements peuvent verser une allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile.
- ☐ Les Caisses de retraite quel que soit le régime des salariés (public, privé) : (sous réserve de ne pas bénéficier de l'APA) : les salariés du régime général bénéficient d'aides à l'habitat, d'un kit prévention et d'un plan PAP (plan d'actions personnalisé plafonné à 3 000 €/an) sous conditions de ressources.
- ☐ Pour les personnes en situation de handicap, la prestation de compensation du handicap (PCH) peut financer tout ou partie des travaux d'adaptation du logement.
- ☐ Action Logement peut être sollicité pour adapter les salles de bains.

On voit que les aides existantes sont très morcelées et la majorité soumise à des conditions de ressources. Pour que l'adaptation d'un logement puisse se concrétiser, les préconisations suivantes paraissent pertinentes :

- ☐ Anticiper les travaux en établissant systématiquement un diagnostic habitat mobilité par un ergothérapeute de type « Bien chez moi » proposé par l'Agirc-Arrco ;
- ☐ Ne pas attendre l'état de dépendance des personnes âgées mais anticiper les besoins ;
- ☐ Lorsque les travaux d'adaptation sont urgents, réduire le délai et simplifier les procédures pour l'obtention des aides afin d'éviter que celles-ci n'arrivent après la fin des travaux, situation très préjudiciable pour les personnes à faible revenu ;
- ☐ Augmenter le montant des aides qui ne couvre souvent qu'une infime partie des travaux ;
- ☐ Prendre en compte dans les aides, au-delà du seul aménagement du bâti, les nouvelles technologies (domotique, capteurs, sols intelligents...) ;
- ☐ Prendre en compte dans les aides, l'assistance à maîtrise d'ouvrage pour les personnes qui ne sont plus en situation de l'assurer ;
- ☐ Disposer d'un guichet unique de renseignements et de conseils pour l'accompagnement des personnes dans la gestion des dossiers.

Proposer des alternatives au choix binaire entre le maintien à domicile et l'EHPAD^{30 31}

Depuis les années 1960, des alternatives à l'entrée en établissement ont été proposées aux personnes fragilisées par leur vieillissement, et en particulier des grandes structures :

- ☐ Les « foyers-logements » pour les personnes à revenus modestes ayant besoin d'un soutien médico-social ;
- ☐ Les « résidences services » qui ciblent des personnes âgées plus aisées.

En parallèle, des associations ont créé de petites structures pour accompagner les personnes ayant besoin d'aide, mouvement qui a abouti à la création du statut de PUV (petites unités de vie) mais les contraintes imposées à ces unités ont freiné leur développement.

²⁹ « Aides locales aux travaux », Anil, <https://www.anil.org/aides-locales-travaux/>

³⁰ « L'habitat alternatif, citoyen, solidaire et accompagné, prenant en compte le vieillissement », Rapport d'Étude, Collectif « Habiter Autrement », juillet 2017.

³¹ « Demain, je pourrai choisir d'habiter avec vous », Habitat Inclusif, Rapport au Premier Ministre, Denis Piveteau et Jacques Wolfrom, juin 2020.

Enfin, dans les quartiers plus aisés, la colocation intergénérationnelle promue par la loi ELAN a trouvé ses limites (nécessite un grand logement, mais souvent loin des universités, la personne âgée n'a pas envie de partager son intimité, etc.).

La France est donc très en retard pour la construction de petites unités de vie reliées aux quartiers, même pour les plus dépendants. En conséquence, on observe depuis une dizaine d'années, hors loi 2002-2, un essor des initiatives d'habitat pour personnes âgées plutôt autonomes, que le collectif *Habiter autrement* regroupe sous l'appellation « *habitat alternatif, citoyen, solidaire et accompagné prenant en compte le vieillissement* ».

Cela conduit à deux nouvelles modalités :

- ☐ « *L'habitat groupé* » où le « *vivre chez soi* » est privilégié par rapport au « *projet collectif* » : les personnes habitent des logements privatifs autonomes et partagent des activités dans des espaces communs extérieurs à leur logement.
- ☐ « *Le logement partagé* » où le « *projet collectif* » est privilégié par rapport au « *vivre chez soi* » : la part de la vie collective dans les espaces communs est importante et les espaces privatifs sont limités à la chambre et éventuellement les sanitaires.

À noter que cet habitat peut être soit occupé essentiellement par des personnes âgées, soit conjointement avec des personnes valides, qui partagent dans ce cas avec les personnes âgées les services et les espaces de vie communs.

Suivant les spécificités des projets, l'accompagnement combine quatre types d'intervention auprès des habitants : la veille, la convivialité, l'aide à la personne et l'aide à l'inclusion sociale.

Ces habitats s'appuient sur des salariés qui insufflent une dynamique collective et un sentiment d'appartenance à travers la proposition de temps de rencontre, de moments conviviaux, d'activités, et qui, ce faisant, exercent un métier nouveau, mais font une large place tant aux habitants qu'aux bénévoles et aux familles ou proches aidants.

Un exemple cité par **le collectif Habiter autrement** est celui des MARPA, animées par les MSA (sécurité sociale agricole) et qui sont de vraies réussites.

Qu'est-ce qu'une MARPA³² ?

Une maison d'accueil et de résidence pour personnes âgées (MARPA) est une initiative sociale, solidaire et volontaire. Elle s'inscrit dans une démarche de lutte contre les exclusions et l'isolement en particulier. Son objectif est de fournir aux personnes âgées un lieu et une qualité de vie qui préservent leurs repères et leurs habitudes antérieures.

La MARPA permet :

- ☐ *Un mode de vie « comme chez soi » dans un logement privatif qui se traduit par la liberté d'aller et venir, recevoir...*
- ☐ **La conservation des liens familiaux, amicaux et sociaux ;**
- ☐ *Un cadre de vie agréable et ouvert sur la commune, sur le territoire ;*
- ☐ *Une facilité d'accès aux services de soins de la commune et des services de l'intercommunalité ;*
- ☐ *Un habitat sécurisé 24 heures sur 24 par la présence du personnel et un système de téléassistance.*

Au-delà de leur intérêt propre, ces structures présentent par ailleurs d'autres intérêts :

- ☐ La prévention de la perte d'autonomie ;
- ☐ L'intégration possible de l'aide à la personne ;
- ☐ L'ouverture à une vie sociale plus riche ;
- ☐ La sécurité apportée aux familles, déchargées d'une partie du soin et des tâches matérielles et retrouvant un positionnement plus naturel auprès de leur parent.

³² <https://www.marpa.fr>

Ces structures répondent donc à une véritable demande : souhait de ne pas partir en institution, désir d'être acteur de son propre vieillissement, etc. Mais elles sont encore fragiles et à la recherche d'équilibre dans :

- La mise en œuvre des différentes interventions et dans l'articulation des différents acteurs ;
- La conception architecturale entre collectif et intimité, sécurité et ouverture ;
- Leur modèle économique pour garantir l'accessibilité aux personnes de faible revenu ;
- Leur cadre juridique, car elles n'entrent pas dans le cadre de la loi 2002-2.

On peut donc considérer comme le collectif que *« c'est un enjeu pour les municipalités, les bailleurs sociaux et les acteurs de l'économie sociale et solidaire d'accompagner ce développement pour en garantir l'accessibilité aux personnes âgées aux revenus modestes, mais le financement de ces habitats reste un défi »*.

Concevoir des logements neufs mieux adaptés aux personnes âgées, en particulier dans la perspective d'un maintien à domicile

Le Ceser Ile-de-France a déjà clairement indiqué dans l'avis³³ déjà cité (n° 2017-20) l'orientation que devrait prendre la Région : *« Dans une société en butte à un repli sur les communautés et en mal de lien social, la déségmentation des politiques de l'habitat est un chemin pertinent à emprunter pour l'avenir. Afin de sortir des logements ciblés (jeunes, vieux, personnes en situation de handicap...) et de la stigmatisation qui les accompagne, la notion même de « habitat universel » devrait représenter un horizon souhaitable pour l'habitat du futur. »*

Cet habitat universel, accessible à tous les habitants, devrait bien sûr conduire à des logements durables et utilisant largement les nouvelles technologies. À ce titre, le Ceser Ile-de-France recommande à la Région d'éviter de sombrer dans le « tout technologique » et *« d'accompagner l'habitant pour qu'il puisse s'approprier ces nouvelles technologies »*. Il propose :

- De mettre en place une véritable coordination des différentes stratégies territoriales existantes afin d'éviter des incohérences et des incompatibilités ;
- De poursuivre les réflexions sur la notion d'habitat universel dans tous ses aspects (organisation des logements, proximité des transports urbains, proximités des services, adaptation pour l'accessibilité par l'installation d'ascenseurs...) ;
- De mener avec l'ensemble des partenaires concernés, ainsi que les collectivités locales et départementales, sans oublier les habitants, des applications expérimentales intégrant les nouvelles technologies de manière raisonnée au sein des habitations concernées.

On peut regretter que les avancées de la loi ALUR dans cette optique aient été remises en cause par la loi ELAN.

Maintenir des loyers raisonnables et cohérents avec les ressources des ménages à faible revenu

Le coût du logement en Ile-de-France pèse fortement sur le niveau de vie des ménages.

D'après l'Observatoire des loyers de l'agglomération parisienne (OLAP)³⁴, le loyer médian au m² en 2019 se situe du simple au double entre la province et l'agglomération parisienne : 18,80 €/m² en Ile-de-France atteignant 24,10 €/m² à Paris contre 7-8 €/m² en province pour les petites agglomérations et 10-12 €/m² pour les plus grandes.

Selon l'étude de l'OLAP qui porte sur le logement locatif privé (environ la moitié des ménages franciliens en location), en Ile-de-France, la hiérarchie des loyers au m² s'établit du centre vers la périphérie. La taille du logement et sa localisation sont, avec l'ancienneté de son occupant, les principaux facteurs explicatifs du niveau des loyers.

Concernant la taille, le loyer des « 1 pièce » (23,20 €/m²) est en moyenne 1,4 fois supérieur à celui des 5 pièces et plus (17,10 €/m²) et l'écart dans l'agglomération entre le département le moins cher, l'Essonne (13,40 €/m²), et le plus cher, Paris (23,70 €/m²), est de 77 %.

³³ « L'habitat du futur », Avis du CeserIF n° 2017-20, 13 décembre 2017.

³⁴ « Chiffres-clés 2020 », OLAP, 30 septembre 2020.

Concernant la localisation, après Paris (23,70 €/m² de loyer moyen), le département le plus cher de l'agglomération est celui des Hauts-de-Seine (19,20 €/m²). Puis viennent le Val-de-Marne (16,70 €/m²) et les Yvelines (16,00 €/m²). La Seine-Saint-Denis est le département de petite couronne où les loyers sont les plus bas (15,10 €/m²). En grande couronne, la Seine-et-Marne, l'Essonne, et le Val-d'Oise affichent des niveaux de loyer moyen proches (entre 13,4 et 14,00 €/m²) et les plus bas de l'agglomération.

À noter cependant que les logements locatifs privés sont de plus en plus grands plus on s'éloigne du centre de l'agglomération, à l'exception de ceux de Seine-Saint-Denis.

En 2013, les loyers au m² du parc social francilien sont inférieurs de 58 % à ceux du parc locatif privé : 425 € pour 51 m² dans le parc social pour 813 € pour 64 m² dans le locatif privé.

Le prix des loyers n'a cessé d'augmenter du fait de l'insuffisance des constructions de logements ainsi que du déficit important de logements sociaux alors que près de 90 % des ménages franciliens sont éligibles à un logement social. De 2006 à 2016, selon l'OLAP, l'augmentation est de +32 % à Paris et de +26 % en petite et grande couronne. Entre 2006 et 2013, les loyers moyens au m² ont augmenté deux fois plus vite que l'inflation.

La conséquence est que le taux d'effort (la part du revenu consacrée au paiement du loyer) ne cesse d'augmenter qu'il s'agisse du locatif privé ou du parc social.

Pour 500 000 ménages franciliens, ce taux d'effort dépasse le tiers de leurs revenus³⁵. Parmi eux, plus d'un quart des retraités vivant seuls dans le secteur locatif privé alors que « ce groupe de ménages pourrait voir son effectif augmenter sous l'effet du baby-boom et de l'arrivée massive de personnes à la retraite ».

Ainsi l'enjeu de la maîtrise des loyers et de leur adéquation avec les revenus est considérable pour l'Ile-de-France de demain.

5.1.4 Synthèse pour le Logement :

La perspective quantitative et qualitative qui vient d'être brossée, suppose que :

- ☐ De l'ordre de 70 000 logements neufs continueront d'être construits chaque année dans notre Région ;
 - ☐ Les loyers seront maintenus à un montant raisonnable et cohérent avec leurs ressources pour les ménages à faible revenu,
- tant ces deux hypothèses nous paraissent difficilement contournables.

Si tel est bien le cas, il apparaît que :

- ☐ Il n'y aura très probablement pas de problème quantitatif majeur de logement lié à l'augmentation du nombre de personnes âgées, et en particulier pour elles-mêmes ;
- ☐ Les besoins des personnes âgées à l'horizon 2050 en matière de logement en Ile-de-France seront principalement de nature « qualitative » :
 - Perpétuation et même amplification des dispositifs d'aide à l'amélioration des logements actuels, tant en termes de confort que d'adaptation au maintien à domicile,
 - Conception de nouveaux logements adaptés et anticipant le vieillissement de leurs occupants (« logement universel »),
 - Soutien aux innovations sociales et notamment à l'habitat alternatif,
 - Accès des ménages de faibles revenus à de grands logements, en particulier dans le secteur social.

³⁵ Insee Analyse Ile-de-France n° 42, octobre 2016.

5.2 Le Cadre de vie

5.2.1 L'état des lieux :

Les difficultés, voire la souffrance, rencontrées dans leur cadre de vie par les personnes âgées peuvent résulter, selon les Petits Frères des Pauvres, de trois perceptions :

- ☐ Un sentiment d'isolement, spatial et/ou relationnel ;
- ☐ Un environnement vécu comme insatisfaisant ;
- ☐ Des réseaux affectifs insuffisants.

Nous reprenons ci-dessous largement leur analyse.

Un sentiment d'isolement, spatial et/ou relationnel

Il est important de préciser que sentiment de solitude et isolement résidentiel sont deux situations différentes :

- ☐ La solitude est un ressenti, l'isolement se mesure : famille, voisins, associatifs, amis, commerçants, professionnels de santé, postiers...
- ☐ Être bien entouré ne garantit pas de pouvoir parler de soi, se confier, partager son expérience... Nombreux sont ceux qui aimeraient que l'on vienne juste les voir pour eux-mêmes.

Les Petits Frères des Pauvres distinguent deux types d'isolement qui souvent se cumulent :

- ☐ L'isolement spatial, qui peut-être :
 - un isolement géographique pour les personnes en perte d'autonomie, qui vivent en zone rurale ou périurbaine et qui, ne sachant pas ou ne pouvant plus conduire une voiture, ne peuvent pas aller dans le bourg ou la ville voisine faire des courses, des démarches administratives...
 - un isolement lié à un manque de mobilité, conséquence de la baisse des capacités physiques et donc indépendant de l'emplacement du logement.

La grande angoisse des personnes victimes de cette forme d'isolement est de mourir seules, voire que leur décès passe inaperçu.

- ☐ Un isolement relationnel, pour les personnes qui n'ont plus de proches à proximité (famille, amis, voisins...) et qui n'ont plus d'activité professionnelle ou associative.
Il peut être la conséquence :
 - d'un deuil particulièrement difficile, le cas le plus fréquent étant celle d'une femme ayant perdu son conjoint ;
 - d'un déménagement, notamment au moment de la retraite ;
 - de l'évolution d'un quartier ou d'une zone rurale induisant une perte des repères anciens ;
 - de l'absence de relations de voisinage en rappelant ici qu'une personne âgée sur deux n'a aucune relation avec ses voisins.

Les Petits Frères des Pauvres font remarquer que l'isolement peut se cumuler avec :

- la pauvreté, le portrait type de la personne âgée isolée étant celui d'une femme de plus de 84 ans, vivant en dessous du seuil de pauvreté (1 026 € par mois),
- l'exclusion du monde numérique.

Sur ce second point, le rapport 2018 des Petits Frères des Pauvres confirme que l'exclusion numérique est très forte en France :

- 4 millions de personnes âgées n'utilisent pas Internet et, pour 85 % d'entre eux, ceci ne leur manque pas,
- 15 % des plus de 70 ans ne sont pas du tout internautes alors qu'ils ont travaillé avec Internet.

- ☐ L'exclusion numérique ne se résoudra pas avec l'arrivée des « nouvelles générations » de personnes âgées, habituées à cet environnement. Certes, elle va progressivement se réduire mais il subsistera toujours un noyau dur d'exclus parmi les personnes âgées, car l'exclusion numérique va perdurer pour une partie de la jeunesse la plus pauvre, et l'écart va encore s'agrandir. *« Pour ceux qui ont eu de faibles ressources toute leur vie, Internet, ce n'est même pas la peine d'y penser »* (A. Lecerf).

- Sur les autres possibilités offertes par le numérique, telles la robotisation et les capteurs, une certaine réserve est de mise. Qui peut admettre que les personnes âgées soient par exemple constamment observées dans les moindres détails de leur vie au nom du principe de précaution ? Il ne faut certes pas diaboliser les réseaux et les nouvelles technologies mais l'heure est venue d'engager une réflexion éthique sur la prise de risque, l'intimité et le libre arbitre.
- Le numérique ne doit pas être un prétexte pour réduire les indispensables contacts humains qui doivent, à l'inverse, se développer. La crise du Covid-19 suggère que l'aspect positif du numérique concerne souvent plus les aidants et les soignants que les personnes âgées elles-mêmes.

Un environnement vécu comme insatisfaisant

Sur ce thème, il existe de très grandes différences selon les territoires :

En zones rurales, le phénomène dominant est la désertification qui se traduit par la disparition progressive des services publics, des commerces de proximité, des professionnels de santé et des transports en commun. La désertification est bien sûr plus douloureusement ressentie par les personnes âgées qui sont dans l'incapacité de conduire une voiture pour se rendre dans les zones où se trouvent les commerces et les services.

Cependant, les zones rurales sont celles « où la solidarité et les relations de voisinage sont les plus fortes », et qui offrent « un cadre de vie auquel nombre d'ainés se montrent très attachés ».

En zones urbaines, le même phénomène se produit dans les centres-villes au profit de centres commerciaux en périphérie, eux-mêmes souvent inaccessibles pour les personnes âgées dans l'incapacité de conduire une voiture, faute de transports en commun. Il est amplifié dans les villes petites et moyennes, où ces personnes subissent en outre les désagréments des grandes zones urbaines (solitude, faibles solidarité et relations de voisinage, ambiance perçue comme agressive, voire insécurité...).

Plus généralement, parce qu'elles sont plus vulnérables, les personnes âgées sont particulièrement exposées à l'insécurité. Chaque année, les victimes de vols, cambriolages ou escroqueries se comptent par milliers.

Deux types d'espaces sont particulièrement concernés par l'insatisfaction liée à l'environnement du logement :

- Les quartiers politique de la ville (QPV) qui présentent le risque d'isolement le plus fort où, selon le Commissariat général à l'égalité des territoires (CGET), a été constatée une forte augmentation des personnes âgées depuis 1990. À noter que toutes les politiques en faveur des QPV ont toujours été orientées vers les jeunes ;
- Les zones périurbaines où le vieillissement sur place des nombreux jeunes ménages qui y sont devenus propriétaires à partir des années 1970, va conduire à de graves difficultés :
 - les déplacements se font quasi exclusivement en voiture,
 - les aménagements urbains n'ont absolument pas été conçus pour les personnes en perte de mobilité,
 - les équipements sont essentiellement destinés aux besoins des familles (écoles, gymnases).

Des réseaux affectifs insuffisants

Le fait majeur est la distension des relations familiales : « ... les jeunes et les adultes en activité souhaitent de moins en moins vivre avec les aînés et s'occuper d'eux. Ce sentiment fréquent d'être « oublié » même par leur famille proche génère chez les personnes âgées un fort sentiment de solitude et de relégation : il est accentué par le fait que certains à l'âge qu'ont leurs enfants s'occupaient beaucoup de leurs parents.³⁶ »

³⁶ « Solitude et isolement des personnes âgées en France : quels liens avec les territoires ? », rapports Petits Frères des Pauvres, 30 septembre 2019.

Y contribuent également la perte des relations amicales quelles qu'en soient la cause et la difficulté, déjà signalée, de faire connaissance des voisins et d'établir une relation durable avec eux.

Enfin, l'essentiel des relations sociales des personnes âgées isolées est le fait des associations, des personnels de santé et des aidants. Certes, elles permettent d'assurer le maintien à domicile et sont très appréciées mais elles n'ont pas la valeur affective des liens familiaux ou amicaux.

5.2.2 Perspectives

La perspective démographique

L'évolution probable de la démographie en Ile-de-France conduit à la perspective suivante :

- ☐ L'augmentation de la population en Ile-de-France jusqu'en 2035 serait portée à parts presque égales entre la petite couronne et la grande couronne mais serait quasi nulle pour Paris intramuros ;
- ☐ Au-delà, les effets propres au baby-boom sur la démographie iront en s'atténuant.

L'amplification des difficultés liée à l'augmentation de 80 % environ du nombre de personnes de plus de 65 ans en Ile-de-France permet d'imaginer les conséquences suivantes :

- ☐ L'isolement spatial sera plus particulièrement ressenti dans la grande couronne et en particulier dans les zones rurales ;
- ☐ L'isolement relationnel sera plus particulièrement ressenti dans les QPV et le périurbain ;
- ☐ L'isolement numérique sera atténué par l'arrivée progressive à 65 ans de personnes qui auront une bonne expérience du numérique :
 - les difficultés ne seront donc pas territoriales, sous réserve bien sûr de bonne couverture par les réseaux,
 - par contre, elles seront encore plus fortement ressenties par les plus âgées, et notamment les plus pauvres ;
- ☐ La qualité insuffisante de l'environnement sera ressentie :
 - par tous en ce qui concerne les transports,
 - plus particulièrement dans toutes les zones faiblement ou non urbaines pour l'accès aux commerces, aux services, aux lieux de sociabilité...

Quant à l'affaiblissement des réseaux affectifs, c'est un phénomène sociétal dont l'intensité dépendra probablement peu du cadre de vie.

La perspective qualitative

Compte tenu de la perspective démographique, il est clair que les insuffisances de leur cadre de vie risquent d'être ressenties par un nombre en forte croissance de personnes âgées en Ile-de-France et vont donc nécessiter la mise en œuvre ou l'amplification des actions des pouvoirs publics au bénéfice de ces personnes.

On trouvera ci-dessous les principales lignes d'action qui ressortent des auditions et des rapports étudiés par la Section.

Un sentiment d'isolement, spatial et/ou relationnel

On a vu que des acteurs très différents sont susceptibles d'intervenir auprès des personnes âgées qui restent dans leur domicile. Ces acteurs doivent bien sûr être soutenus et ce d'autant plus qu'ils seront « mécaniquement » plus nombreux face à l'augmentation du nombre de seniors, dans le cadre de politiques territoriales de proximité permettant :

- ☐ « *D'associer plus facilement tous les acteurs présents sur le territoire ;*
- ☐ *De s'appuyer sur leurs connaissances et leurs compétences territoriales, y compris des acteurs qui ont un rôle essentiel de veille et de repérage des personnes âgées les plus isolées : commerçants, bailleurs, livreurs... »*

Ces politiques seront d'autant plus efficaces que les acteurs disposeront :

- ☐ De données par tranche d'âge et à l'échelle de leur territoire d'intervention ;
- ☐ D'un portail commun facilitant la coordination, les contacts et les partages d'expérience.

Parallèlement, pour les personnes qui le souhaitent, les **solutions d'habitat alternatif** (logements groupés, habitat partagé, habitat inclusif...) doivent être développées et soutenues. De façon complémentaire, il semble impératif de **développer l'offre de transports** pour lutter contre l'isolement par manque de mobilité, en rappelant ici que c'est la demande prioritaire des aînés :

- ☐ En améliorant l'offre, en quantité, en pertinence horaire et en accessibilité ;
- ☐ En développant le transport à la demande, en impliquant à la fois les communes et les particuliers bénévoles ;
- ☐ En s'appuyant sur le milieu associatif et le bénévolat pour aider ceux qui ont du mal ou peur de sortir seuls.

Par ailleurs, pour lutter contre l'**exclusion numérique**, il paraît pertinent :

- ☐ D'une part, compte tenu notamment de la dématérialisation des services publics, de déployer des réseaux physiques performants dans tous les territoires ;
- ☐ D'autre part, même si les plus de 65 ans futurs seront probablement plus à même d'utiliser les moyens numériques :
 - d'accompagner les personnes âgées qui en ont été exclues,
 - mais aussi de former les jeunes générations qui n'y ont pas accès actuellement pour éviter que perdure cette exclusion.

Un environnement insatisfaisant

Compte tenu de la forte croissance du nombre de personnes âgées, les projets d'aménagement et l'urbanisme devront plus que jamais intégrer leurs besoins et leurs aspirations. Or, ce que souhaitent en priorité les personnes âgées, c'est :

- ☐ D'avoir accès à des services, notamment médicaux, et des commerces ;
- ☐ De disposer des transports leur permettant de se déplacer facilement ;
- ☐ Mais aussi de pouvoir se promener, faire du lèche-vitrine, s'asseoir dans un parc, aller au café.

C'est ce que montre l'exemple du dispositif « Paris en Compagnie » de la Mairie de Paris. Conçue initialement pour permettre de réaliser des démarches « utiles », la formule sert en fait davantage pour des moments de « loisirs /liberté /congés » tels que prendre un café, voir les vitrines, faire un tour dans un parc... ce qui correspond aux aspirations.

Il est donc essentiel de **récréer des lieux d'animation et de sociabilité** (cafés...) ouverts à tous et à proximité des lieux de vie des personnes âgées ou qui leur sont facilement accessibles. Une attention particulière doit être accordée au drame prévisible des personnes qui vieillissent seules dans les zones périurbaines et qui n'ont aucune capacité à s'adapter.

L'autre axe essentiel est que les collectivités locales dans leurs politiques territoriales **favorisent le maintien des services et commerces de proximité** :

- ☐ En espérant que les Maisons Service France, encouragées par la puissance publique, répondront aux attentes en termes de proximité territoriale, d'heures d'ouverture, d'accessibilité par les transports et de permanence du service ;
- ☐ En développant les maisons de santé ;
- ☐ En aidant au maintien des commerces de proximité, comme le font un nombre croissant de communes, en profitant par exemple du programme « Action cœur de ville » et en y intégrant les acteurs de la lutte contre l'isolement.

Cela suppose également un aménagement de l'espace public adapté aux personnes âgées (bancs, trottoirs, passages protégés...).

Cela suppose enfin un moratoire sur l'installation ou le développement des centres commerciaux en périphérie des agglomérations qui pénalisent les efforts de revitalisation des centres et pénalisent les plus âgés.

Dans l'espace rural, il faut également soutenir, outre les transports à la demande, les services et les commerces itinérants, avec l'aide des communes.

Enfin, il faut s'interroger sur la protection et la sécurité des personnes ayant fait choix de rester à leur domicile, qu'il s'agisse par exemple de moyens sécuritaires mis à leur disposition ou de contacts réguliers.

Des réseaux affectifs insuffisants

Il est malheureusement difficile de lutter contre la tendance mondiale à la distension des liens familiaux, sinon par des actions de formation des jeunes et de communication.

La voie la plus pertinente semble donc être d'encourager l'engagement citoyen et les solidarités de proximité. *« Les solidarités de proximité peuvent en effet être favorisées par des dispositifs qui impliquent des tiers de confiance (collectivités locales, partenaires associatifs, caisses de retraite...) qui sécurisent et valorisent l'engagement citoyen auprès des seniors. »*

« Ce faisant, il faut éviter la marchandisation du lien social, car les personnes âgées isolées ont très souvent de faibles ressources, et soutenir le bénévolat d'accompagnement. »

5.2.3 Quatre idées importantes

Dans beaucoup de cas, les difficultés mentionnées ci-dessus surviennent brutalement ou touchent des personnes âgées qui n'ont plus les capacités ou l'énergie de les affronter. Il est donc clair que **les actions de prévention permettant d'anticiper ces difficultés peuvent jouer un rôle fondamental dans l'augmentation du bien-être de ces personnes.**

Il faut donc pousser les personnes de 65 ans à réfléchir à ce qu'ils seront peut-être à 85 ans et les conseiller ! Ce point sera repris dans le chapitre 9 consacré à la Prévention.

L'importance de **redonner la parole aux anciens pour ce qui les concerne**, y compris aux plus anciens d'entre eux, a déjà été mentionnée, pour garantir la pertinence des solutions proposées et leur donner le rôle qui leur revient et la considération qu'ils méritent.

Les Petites Frères des Pauvres font remarquer que *« la société a capitalisé sur le jeune senior débordé surinvesti dans les associations mais elle entretient un grand écart avec la personne de plus de 85 ans. Ainsi, un débat sur un PLUI peut se faire avec 12 personnes alors que l'aménagement décidé va en toucher 400 000 (déplacement du marché...) dont un grand nombre de personnes âgées ! ».*

Il faut donc les écouter ainsi que les aidants. Les communes, idéalement placées et reconnues pour jouer un rôle de tiers de confiance, devraient être incitées à aller chercher la parole des personnes âgées et très âgées. Certaines d'entre elles ont d'ailleurs déjà créé des conseils de seniors consultatifs.

En matière d'urbanisme et d'aménagement, il est essentiel de comprendre que **ce qui sera fait pour les personnes âgées sera bénéfique pour l'ensemble de la population.** Cela est évident si l'on songe par exemple :

- ☐ Au maintien vivant des cœurs de bourgs et des quartiers en maintenant les commerces, les services, les lieux de promenades de proximité, les lieux de socialisation...
- ☐ Au développement des transports locaux ;
- ☐ À l'implantation des habitats alternatifs et des établissements pour personnes âgées dans les villes afin de ne pas les ignorer au cœur de la cité et de recréer un lien « naturel » avec elles.

Le développement et le financement des actions en faveur des personnes âgées sont donc des facteurs de progrès global du cadre et du mode de vie de la population et trouvent ainsi une nouvelle justification.

Enfin, il est clair que, face à l'augmentation forte et inéluctable des besoins d'accompagnement des personnes âgées, **les collectivités devront s'appuyer plus que jamais sur le milieu associatif dédié**, dont l'apport est dès à présent irremplaçable et qu'il faut donc reconnaître et soutenir autant que de besoin. La Région soutient des associations mais, pour être au rendez-vous de 2050, elle aura à amplifier ce soutien en particulier lorsqu'il s'adresse aux plus pauvres et aux plus fragiles.

5.2.4 Synthèse pour le cadre de vie

Sans actions déterminées des pouvoirs publics, l'hypothèse probable est que les difficultés rencontrées par les personnes âgées seront les mêmes que celles qu'elles rencontrent actuellement et qu'elles croîtront en volume proportionnellement au nombre de personnes concernées, c'est-à-dire d'environ 80 % d'ici 2050.

Dans un contexte où l'une des grandes priorités continuera d'être donnée au maintien à domicile aussi longtemps que possible des personnes âgées, les axes de progrès majeurs pour lutter contre leur isolement et améliorer leur cadre de vie semblent être les suivants :

- ☐ Soutenir les nombreux acteurs de terrain en proportion des besoins, et encourager le bénévolat et les solidarités de proximité ;
- ☐ Développer et promouvoir les solutions d'habitat alternatif ;
- ☐ Recréer des lieux de sociabilités accessibles ;
- ☐ Développer les transports vers les centres de vie et les transports à la demande ;
- ☐ Favoriser le maintien des services et des commerces de proximité, en particulier dans les bourgs et les centres-villes.

Il est important de prendre conscience que toutes ces actions seront bénéfiques non pas uniquement pour les personnes âgées mais pour l'ensemble de la population. Elles devront être particulièrement énergiques dans les zones rurales, dans les QPV et dans les zones périurbaines, et être menées en donnant beaucoup plus la parole aux personnes âgées, et notamment très âgées, que par le présent.

Bien évidemment, les actions de prévention auront un rôle considérable à jouer pour atténuer les difficultés et rendre les actions plus efficaces.

5.3 Synthèse

En ce qui concerne l'amélioration du logement et du cadre de vie des personnes âgées, un facteur essentiel est **la volonté très largement majoritaire chez ces personnes, volonté partagée par la puissance publique, de rester dans leur domicile** même lorsque la dépendance apparaît, qui suppose par ailleurs :

- ☐ Des progrès de l'accompagnement de santé à domicile et de la télémédecine ;
- ☐ Des progrès de la prévention.

Un deuxième aspect essentiel est que les **personnes âgées ou qui le deviendront d'ici 2050**, celles dont nous parlons dans cette étude, **sont pour leur quasi-totalité déjà logées** en Ile-de-France et occupent déjà le logement où elles vieilliront. Il n'y a donc pas à prévoir de problème quantitatif majeur de nombre de logements pour les personnes âgées à cet horizon.

Les problèmes sont donc dès à présent et seront principalement des problèmes « qualitatifs » que nous avons présentés dans ce qui précède selon deux rubriques :

- ☐ **La qualité des logements** : elle est objectivement ou perçue comme insuffisante par une fraction significative des personnes âgées, victimes du « mal-logement » et/ou à faibles ressources :
 - occupation de logements en mauvais état ou surpeuplés ou inadaptés,
 - manque de logements neufs adaptés aux personnes âgées, en particulier dans la perspective d'un maintien à domicile,
 - manque d'alternative au choix binaire entre maintien à domicile et EHPAD,
 - difficultés financières liées au prix des logements tant à l'achat qu'à la location, notamment dans le parc social ;
- ☐ **La qualité du cadre de vie** : elle est et risque de continuer d'être insuffisante pour un nombre croissant de personnes âgées avec trois aspects principaux :
 - d'abord, un fort sentiment d'isolement,
 - ensuite, un environnement inadapté,
 - enfin, des réseaux affectifs insuffisants.

Sur chacun de ces thèmes, les rapports dont nous avons fait la synthèse proposent des axes d'amélioration qui sont résumés ci-dessous. Le scénario qui va se dessiner à l'horizon 2050 pour que la Région soit au rendez-vous de l'augmentation de 80 % du nombre de seniors, va donc dépendre des choix qui seront faits sur ces différents axes :

□ **Pour le logement :**

- poursuivre l'amélioration de l'existant, en lien avec les progrès générés par la Silver Économie ;
- gérer la transition vers des logements mieux conçus dès le départ pour le vieillissement et faire avancer l'idée de logement universel ;
- promouvoir et soutenir les projets d'habitat alternatifs accessibles aux personnes âgées ;
- rendre les logements financièrement plus accessibles, notamment dans le parc social.

Nous traiterons dans le chapitre sur la dépendance des besoins supplémentaires en EHPAD.

□ **Pour le cadre de vie :**

- améliorer l'urbanisme, notamment des centres de villes et de bourgs qui doivent être revivifiés, y compris les transports et notamment les transports à la carte ;
- faire bénéficier les seniors des possibilités du numérique et anticiper en formant dès maintenant les plus jeunes ;
- lutter contre l'isolement relationnel :
 - développer les modalités d'habitats alternatifs,
 - multiplier les lieux de socialisation et les commerces,
 - soutenir l'engagement et le bénévolat dédiés.

On voit que ce panorama mêle :

- **Des mesures opérationnelles** qui devraient pouvoir être déployées dans le court/moyen terme : améliorer les logements existants, créer des lieux de socialisation, soutenir le milieu associatif et le bénévolat, faciliter l'accès au numérique...
- **Des mesures plus structurelles** du domaine du moyen/long terme : concevoir et développer « l'habitat universel », améliorer l'urbanisme des centres-villes, développer les transports à la carte, développer l'habitat alternatif...

On note en outre que les secondes auront souvent tendance à atténuer progressivement la nécessité des premières.

Face à l'ampleur inédite de l'augmentation des besoins à l'horizon 2050, la Région et ses collectivités territoriales auront à arbitrer avec sagesse entre ces deux types de mesures et en particulier, malgré la pression de nécessité, à ne pas délaisser les mesures structurelles au seul profit des mesures plus immédiatement opérationnelles.

6. Développement de l'offre de service aux seniors : La Silver Économie

6.1 L'état des lieux

Sous le nom de la **Silver Économie** se cachent l'ensemble des produits et services à destination des seniors et qui se développent avec l'accroissement de la population des personnes âgées. Améliorer leur qualité de vie, garantir leur autonomie le plus longtemps possible, tels sont les principaux objectifs de la **Silver Économie**.

Elle concerne tous les seniors, qu'ils soient actifs, fragiles ou dépendants. Cependant, soulignons la forte hétérogénéité de la population des seniors, qui se révèle à la fois dans les revenus et les patrimoines, dans l'état de santé ou l'espérance de vie.

Elle vise aussi à intégrer les aînés dans la croissance économique en partant du postulat qu'ils ne sont pas seulement une charge pour la société mais avant tout une opportunité pour l'économie, une richesse au sein de la famille et de la société, offrant une précieuse contribution à son bon fonctionnement.

Elle doit être conçue comme un vecteur de croissance et d'emplois aussi bien dans le secteur des nouvelles technologies (domotique, téléassistance) que dans celui des services d'aide à la personne, de l'immobilier ou du tourisme.

6.1.1 De quoi s'agit-il ?

La France doit faire face aux nouveaux besoins de sa population vieillissante, accompagner la mutation démographique tout en créant de l'emploi local, répondre aux exigences de solidarité, renforcer le besoin de lien social et intergénérationnel et créer une chaîne de valeur de l'action sociale. En théorie, la Silver Économie a donc pour objectif de conjuguer, en un cercle vertueux, deux objectifs ambitieux : assurer le mieux vivre des aînés et contribuer à la création de richesses pour tous.

C'est dans cette optique que, dès 2013, la filière Silver Économie, filière transversale à tous les secteurs industriels, a été créée par M. Delaunay et A. Montebourg, l'objectif étant de créer un comité de filière régionale dans l'ensemble des régions. Objectif malheureusement jamais atteint !

En 2018, Agnès Buzin alors ministre de la Santé a « réanimé » la filière Silver Économie en initiant le Tour de France des Silver Régions. Une convention entre France Silver Eco, qui s'est vu confier le pilotage, la CNSA qui finance cette opération et le ministère a donc été signée, donnant ainsi le coup de départ de cette tournée des treize régions métropolitaines. L'objectif était de quadriller les régions avec une nouvelle feuille de route afin que les acteurs locaux regardent comment organiser une gouvernance efficace de la Silver Économie au plan régional, structurer la filière et « construire une filière respectueuse des droits des seniors ».

C'est ainsi qu'y participent notamment non seulement les grands groupes de la Silver Économie (La Poste, la Caisse des Dépôts, AG2R La Mondiale...) mais aussi les fédérations d'EHPAD et de domicile (Synerpa, Fehap, Fhf...).

6.1.2 Quels sont les secteurs concernés ?

Nombre de secteurs de l'économie sont désormais identifiés comme « porteur » d'une démarche Silver Économie :

- ☐ La santé : les soins à domicile, la médecine à distance, la nutrition, les objets de santé connectés, la prévention des chutes, la prévention des déficits et/ou des pertes d'autonomie, la dépendance, l'audition et la mal audition, la malvoyance...
- ☐ La sécurité et l'autonomie : la téléassistance, la domotique, la protection, la géolocalisation...
- ☐ L'aide aux aidants ;

- ☐ L'habitat et son aménagement : les logements adaptés, la domotique, le design...
- ☐ L'urbanisme ;
- ☐ Les services : les services à la personne, les aides ménagères, la prévoyance...
- ☐ Les loisirs : le tourisme, le sport et les activités physiques, les jeux...
- ☐ La communication : téléphone mobile, tablette, Internet...
- ☐ Les transports : l'aide à la mobilité, les transports adaptés ;
- ☐ L'alimentation ;
- ☐ Le numérique.

6.1.3 Quels sont les acteurs ?

Les structures qui délivrent des biens et des services destinés aux seniors sont très nombreuses, tant dans le secteur économique que dans le secteur associatif, avec en outre un rôle essentiel des acteurs de proximité.

Cependant l'État est le garant de la solidarité sociale et intergénérationnelle via le système de retraite, la sécurité sociale et les aides indirectes apportées aux seniors dans le cadre de la politique de solidarité nationale.

Le secteur public :

- ☐ Les professionnels de santé ;
- ☐ L'Agence régionale de santé (ARS) ;
- ☐ L'Observatoire régional de santé (ORS) ;
- ☐ Les Conseils régionaux ;
- ☐ Les Conseils départementaux ;
- ☐ Les Communes ;
- ☐ Les Institutions de retraite (régimes de base et complémentaires) ;
- ☐ Les institutions de rente et de prévoyance ;
- ☐ Les Gérontopôles.

Le secteur économique :

- ☐ Les entreprises représentées par Les Chambres consulaires ;
- ☐ Les acteurs de l'économie sociale et solidaire.

Le secteur associatif :

- ☐ Les intervenants professionnels ;
- ☐ Les seniors bénévoles ;
- ☐ Les seniors acteurs ;
- ☐ La famille ;
- ☐ Les associations.

6.1.4 Les Seniors, principal public concerné

On a vu que la catégorie des seniors est constituée de groupes de population en forte croissance qui recouvre des réalités bien différentes selon la classe d'âge, le parcours de vie, la situation sociale et l'état de santé.

Il existe plusieurs classifications définissant différentes catégories au sein de ce que l'on peut appeler la « Silver Génération » : celle du Credoc, celle du sociologue Serge Guérin et celle de la Silver Économie. Cette dernière a été établie dans le cadre des travaux effectués lors de l'élaboration du contrat de filière qui ont conduit à une classification plus axée sur l'état de santé.

On distingue :

- ☐ **Les âgés dits « actifs »** (environ 50 % des plus de 65 ans)

Retraités autonomes et indépendants, ils connaissent un vieillissement habituel ou usuel mais avec le cas échéant des atteintes de certaines fonctions liées à l'âge. Globalement, ils se sentent bien dans leur âge ;

- ☐ **Les âgés dits « fragiles »** (environ 30 % « préfragiles » et 10 % « fragiles »).

Ils présentent des limitations fonctionnelles et une baisse des capacités d'adaptation ou d'anticipation sous l'action conjuguée du vieillissement physiologique, de maladies chroniques et du contexte de vie. La fragilité s'exprime par un risque de déséquilibre allant vers une perte de maîtrise de la situation de vie.

□ **Les âgés en perte d'autonomie ou « dépendants »** (environ 10 % des plus de 65 ans)

Ils ont besoin d'être aidés pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou requièrent une surveillance régulière. Ils peuvent vivre à domicile ou en EHPAD.

6.1.5 La situation actuelle du côté des acteurs de la Silver Économie

L'Ile de France veut être une « Silver Région ». Elle dispose pour ce faire de trois structures parmi les plus importantes en Europe en ce qui concerne le vieillissement (Silver Valley, Gérond'if, Medicen). La Région est engagée en faveur de la Silver Économie, source de croissance et d'emplois, au-delà du DIM « Longévité et vieillissement », labellisé par le Conseil régional et porté par le Gérond'if, auquel elle a contribué à hauteur de 1,6 M€ pour la période 2017 à 2019, et du soutien apporté depuis sa création au cluster Silver Valley et qui s'élèvera à 180 k€ en 2019³⁷.

Exemples de structures contribuant à la dynamique de la Région

1) Gérond'if, le Gérontopôle d'Ile-de-France³⁸

Gérond'if promeut la recherche, l'innovation, l'évaluation, la formation et l'éthique en Ile-de-France dans les domaines de la gériatrie et de la gérontologie.

Cette association à but non lucratif, créée en 2016, rassemble une communauté d'acteurs de la recherche, du soin (au domicile, à l'hôpital, en établissement médico-social), de la formation et de l'entreprise.

Avec le soutien des Fédérations et Unions professionnelles, des institutionnels, des pôles de compétitivité régionaux de la Silver Économie, des associations, des fondations, le Gérond'if contribue à évaluer les actions menées en matière de prévention, de soins, d'aide technique et de formation des professionnels de santé. Le Gérond'if mesure scientifiquement les aspects clinique, économique, éthique et pratique de ces actions.

Il est au service des acteurs de la région pour fédérer les synergies transdisciplinaires afin de relever le défi du vieillissement de la population.

Le Gérond'if est porteur du DIM (domaine d'intérêt majeur) « Longévité et Vieillesse » labellisé par le Conseil régional d'Ile-de-France.

Les ambitions concernant la recherche dans le domaine du grand âge sont les suivantes :

- Constituer un espace de collaboration interdisciplinaire sur le vieillissement ;
- Favoriser le développement des projets existants en Ile-de-France :
 - Augmenter le nombre de centres participant à des cohortes,
 - Augmenter le nombre d'inclusions,
 - Favoriser le recueil des données et la constitution de « bio-banques » ;
- Constituer une nouvelle cohorte régionale concernant les déterminants de la fragilité pouvant évoluer vers une perte d'autonomie. Cette cohorte a pour objectif d'inclure des sujets âgés ambulatoires non institutionnalisés pendant six ans.

Exemples d'axes forts de recherche :

- Le repérage précoce et la prise en charge de la fragilité des personnes âgées ;
- Les pathologies associées au grand âge, en particulier :
 - la maladie d'Alzheimer,
 - les pathologies cardiovasculaires,
 - l'oncogériatrie ;

³⁷ « Communication sur le bilan de l'action régionale et faveur des personnes âgées », Rapport pour le Conseil Régional CR 2019-2021, mai 2019.

³⁸ Audition de Mme Dufour, Déléguée générale de Gerond'if.

- ☐ Les effets secondaires des médicaments sur les personnes âgées fragiles ;
- ☐ Les parcours de soins et leur évaluation ;
- ☐ La biologie de la longévité ;
- ☐ La psychiatrie du sujet âgé ;
- ☐ La prise en charge de la dépression chez les personnes âgées.

2) Silver Valley

Créé en 2013, Silver Valley est un cluster unique en son genre qui fédère les acteurs de la Silver Économie, accompagne les entreprises innovantes dans leur développement et est à la fois expert dans le domaine de la population de seniors (sociologie, marketing, prospective...), dans le domaine de l'innovation et dans l'accompagnement de start-up (méthodes, ingénierie, public des entrepreneurs)³⁹.

Silver Valley contribue à créer des solutions utiles pour les seniors et les sociétés de demain et est à ce jour le plus important cluster d'innovation dédié à la longévité en Europe avec 300 projets d'innovation accompagnés et 4 000 personnes affiliées.

Son financement est 50 % public (Région Ile-de-France, EPT12, Cnav, MSA, CD94, Mairie de Paris) et 50 % privé (AG2R, ENGIE, AFNOR, EDF, MACIF...).

L'objectif de Silver Valley est d'abord de répondre aux besoins des personnes qui prennent de l'âge, et ensuite de faire de ces start-up des TPE/PME innovantes, pérennes et consolidées qui ont la capacité d'être implantées internationalement et qui sont aptes à répondre à la demande de TPE/PME/ETI, de grands groupes ainsi que de collectivités locales et territoriales.

Pour Silver Valley, la Silver économie n'a de réalité que si elle devient un véritable marché concret et profitable, tant au sens financier que sociétal. La spécificité de la Silver économie est qu'elle comporte un volet social au moins aussi important qu'un volet économique. Silver Économie ne signifie pas uniquement « vendre des produits et services » aux seniors, mais surtout « générer un impact positif sur la société ».

Les axes forts des contributions de Silver Valley sont les suivants :

- ☐ **Transformation sociétale opérationnelle** par la production de savoirs experts, la connaissance fine des publics.
- ☐ **Développement et pérennisation économiques** avec l'accompagnement personnalisé des entrepreneurs et intrapreneurs :
 - programme « Être entrepreneur », un programme personnalisé d'accompagnement des innovateurs, et la mise à l'échelle des projets,
 - Scale Up Lab : cellule de « dérisquage » des projets d'innovation en Silver Économie pour passage à l'échelle,
 - dispositif Open Lab : une communauté de 9 000 Franciliens.
- ☐ **Animation d'écosystème et offre évènementielle** : Bourse Charles Foix, concours innovation depuis dix-sept ans, networking, animation de communautés, mise en relation start-up-grands groupes..., (Matinales, Silver Awards, Silver Week...) sont d'autant d'événements qui permettent la rencontre des acteurs clés.

3) L'Observatoire Régional de Santé (ORS)

Premier Observatoire régional de santé (ORS)⁴⁰ créé en France en 1974, l'ORS Ile-de-France conduit, en toute indépendance scientifique, de nombreux travaux qui dressent le portrait de la santé des Franciliens dans tous ses aspects.

³⁹ Audition de M. Menet, directeur de Silver Valley.

⁴⁰ Site de l'ORS.

Créé en tant que mission d'études auprès du Préfet de région, il est devenu, conformément aux vœux de Conseil régional, un département technique autonome de l'Institut d'aménagement et d'urbanisme de la région d'Ile-de-France. En 1983, dans le cadre de la décentralisation, l'État et la Région signent une convention posant les principes d'une définition conjointe des objectifs de l'ORS et d'un financement à parts égales de son fonctionnement.

L'ORS rassemble et produit des données relatives à l'état de santé de la population francilienne et à ses déterminants. Il conduit des analyses épidémiologiques, construit des indicateurs, rédige des synthèses de la littérature... et peut être amené à réaliser des enquêtes sur le territoire francilien ou de plus grande ampleur. Il a, de plus, une expertise dans l'analyse spatialisée des données, participe au système d'information géographique de la santé en Ile-de-France et renforce le système d'observation et de connaissances sur la santé des Franciliens avec différentes approches :

- ☐ Caractériser l'état de santé des populations ;
- ☐ Suivre les évolutions ;
- ☐ Comprendre les déterminants sociaux et environnementaux de la santé ;
- ☐ Connaître les perceptions et représentations de la santé et les comportements de prévention.

Les domaines d'étude actuels couvrent notamment : VIH-SIDA, cancers et maladies chroniques, nutrition et pathologies associées, santé environnementale, santé mentale, handicap, addictions, diagnostics de territoires, populations spécifiques (jeunes, personnes âgées, personnes vulnérables...), déterminants sociaux et comportementaux, EIS, avec en fil rouge l'étude des inégalités de santé.

En 2019, l'IAU est devenu une structure associative appelée Institut Paris Région. En tant que département dédié de l'IPR, l'ORS a ainsi vu entrer à son conseil d'administration, en plus de la Région et de certaines collectivités territoriales, l'Agence régionale de santé d'Ile-de-France, le co-financeur de l'ORS à parts égales avec la Région.

Les trois axes majeurs de l'ORS définis en 2017 continuent de structurer son activité :

- ☐ L'appropriation et l'exploitation des données de l'Assurance maladie via le système national des données de santé (SNDS) ;
- ☐ L'élaboration de diagnostics territoriaux et enfin le développement ;
- ☐ La maintenance des outils d'information en santé et de data visualisation : inTerSanté et InTerSanté Jeunes.

6.1.5 Un grand besoin de coordination

L'Ile-de-France est donc un territoire d'excellence de la Silver Économie au sens strict. Cependant, de façon globale, on constate que l'ensemble du système est extrêmement atomisé et sans réelle coordination régionale. Cela apparaît d'autant plus que les acteurs ont chacun leur domaine spécifique, et notamment :

- ☐ L'État : le financement des entreprises, la formation initiale et le numérique ;
- ☐ La Région : l'aide aux entreprises et l'innovation, la formation professionnelle et sanitaire et sociale, les transports ;
- ☐ Les départements : l'action sociale et l'APA, la prévention et son financement, l'organisation de l'aide de proximité ;
- ☐ Les communes : si elles le souhaitent, l'aide sociale de proximité ;
- ☐ Les institutions de retraite : contribuent à la prévention ;
- ☐ L'ESS : le social et le médico-social sur une base d'ancrage local, et de plus en plus l'habitat, la mobilité et les loisirs ;
- ☐ Les associations : l'accompagnement et le soin, à domicile comme en institutions ;
- ☐ Les familles et les bénévoles : l'aide directe et au quotidien.

6.1.6 La situation actuelle du côté des usagers potentiels de la Silver Économie

« Jusqu'à présent, on a sans doute, et c'est normal, trop ciblé la question la plus évidente, des besoins autour des soins et de la santé des plus âgés. Il est temps de parler du bien-vivre plus que

du bien-vieillir, et aussi de se rendre compte que les marchés sont aussi très différents selon les territoires, qu'ils soient urbains, ruraux... »⁴¹

La Silver Économie est-elle un dispositif pour tous ?

Vue l'hétérogénéité du public auquel elle s'adresse, il apparaît évident que la Silver Économie ne s'adresse pas à l'ensemble des CSP. En termes de capacité d'accès en lien avec le niveau de vie, on peut distinguer :

- Les seniors en dessous du seuil de pauvreté⁴² : les seniors de cette catégorie peuvent difficilement financer eux-mêmes les biens ou services de la Silver Économie. L'État doit donc leur assurer des aides notamment en matière de prévention et de santé.
- Les seniors au revenu moyen : les seniors de cette catégorie ont la capacité de consommer des produits et services adaptés dans une gamme de prix raisonnable. Cependant, les besoins engendrés par une éventuelle perte d'autonomie peuvent être difficiles à financer et impacter sensiblement les choix des intéressés.
- Les seniors ayant un revenu élevé (d'après Silver Valley, 6 % environ des plus de 60 ans) : cette population dispose d'un revenu et d'un patrimoine lui permettant de consommer des biens et services haut de gamme, de haute technologie et très personnalisés comme les services de conciergerie.

Cependant, on ne peut ici se contenter d'un raisonnement uniquement fondé sur le revenu : il faut aussi prendre en compte l'aspect patrimonial. En clair, et nous y reviendrons ci-dessous, beaucoup de personnes à revenu moyen, voire faible, disposent cependant d'un patrimoine, principalement en étant propriétaires de leur logement (nous avons vu en effet que près de la moitié des ménages de l'Île-de-France sont propriétaires). La mise sur le marché de ce patrimoine pourrait être une solution pour que ces personnes disposent du financement nécessaire à l'amélioration de leurs conditions de vie.

6.2 Les Perspectives

Si la Silver Économie représente un réel potentiel économique, elle doit aider chacun à mieux vieillir quelle que soit sa situation.

Son champ d'action est très étendu : à la fois promouvoir le développement des entreprises, permettre un dialogue intergénérationnel, être à l'écoute des personnes concernées et mettre à leur disposition les outils existants. Elle peut en particulier jouer un rôle fondamental dans le maintien à domicile des personnes âgées qui restent un objectif essentiel pour les prochaines années. Elle doit donc être reconnue et soutenue à travers toutes les politiques nationales, territoriales et locales, et la Région doit particulièrement s'impliquer.

6.2.1 Rationaliser le dispositif et le rendre efficace

On a vu que la Silver Économie naissante est extrêmement atomisée en tant que filière et de ce fait peu efficace. Il est donc essentiel de coordonner les nombreux acteurs pour qu'elle contribue effectivement à l'autonomie et le maintien à domicile des personnes âgées. Dans son Avis n° 2017-21 du 13 décembre 2017, le Cese « estime qu'une démarche régionale est nécessaire pour soutenir l'innovation et le développement économique en faveur de la Silver Économie :

- En créant une gouvernance régionale pour impulser une plus grande dynamique ;
- En organisant et structurant la coopération entre les différents acteurs ;
- En faisant connaître les solutions existantes et les moyens de les obtenir, au travers d'une plateforme régionale ;
- En valorisant les projets structurants ».

Cette démarche de coordination devra concerner non seulement les acteurs publics mais encore les acteurs privés, qui sont au cœur de la filière. Elle devra avoir pour première priorité l'organisation de l'offre, en cohérence avec une politique sociale et sociétale en faveur des plus fragiles.

⁴¹ *La Tribune*, 14 mai 2018, par Mikael Lozano.

⁴² D'après l'Insee, 12,3 % des 60-74 ans et 8,1 % des 75 ans et plus en 2017.

6.2.2 Soutenir le développement de l'offre

Les « gérontotechnologies », et notamment celles du numérique, vont se développer sous l'impulsion conjointe du marché (entreprises privées) et des institutions publiques (universités, hôpitaux, gérontopôles, ARS) :

- ☐ Elles concernent un large public, bien au-delà des seules personnes dépendantes qui ne représentent que 8 % des plus de 80 ans en France ;
- ☐ Elles ont en un fort potentiel d'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées ;
- ☐ Elles ont un très fort potentiel économique.

Sur ce dernier point, la Silver Économie peut contribuer à la croissance et à la compétitivité des entreprises, et par conséquent des territoires de notre Région : toutes les entreprises, grandes et petites, privées et publiques, devraient l'intégrer à leur stratégie sauf à rater une opportunité. Il est donc essentiel que l'action publique soutienne la Silver Économie, voire la fasse bénéficier d'un effet de levier.

Un point particulièrement important sera de soutenir la création de start-up et la croissance des entreprises innovantes. Plus généralement, le Ceser Ile-de-France recommande, comme l'ont déjà fait d'autres régions, « la création d'un « contrat de filière » Silver Économie, en liaison avec, notamment, la CCI, la Ville de Paris... qui devra :

- ☐ Apporter des solutions technologiques innovantes et, surtout, de la simplicité dans leur mise en œuvre, ainsi que dans l'organisation des démarches pour une meilleure synergie des acteurs ;
- ☐ Promouvoir les innovations technologiques ;
- ☐ Réduire les inégalités et fractures territoriales par un accès du plus grand nombre à moindre coût ;
- ☐ Participer et favoriser le maintien d'une plus grande autonomie des personnes vieillissantes ».

Comme le fait remarquer à juste titre Défi métiers⁴³, la Silver Économie ne pourra émerger qu'en prenant appui, au moins dans un premier temps, sur les catégories les plus solvables de la population. Raison de plus pour que la Région couple son soutien aux entreprises et au développement de la Silver Économie avec une politique sociale et sociétale volontariste en faveur des plus fragiles, même si, comme le fait remarquer M. Menet, la massification entraînera une baisse tendancielle des prix.

6.2.3 Développer une offre pertinente

Il est clair que le foisonnement de l'offre, qu'elle soit ou non numérique, française ou internationale, va se poursuivre et sera amplifié par l'accélération du développement des technologies. Il est donc nécessaire que les gérontotechnologies puissent être évaluées dès leur émergence (gain pour les patients et pour les professionnels, évaluation médico-économique et rapport coût/intérêt, comparaison avec d'autres méthodes), voire labellisées. En Ile-de-France, c'est notamment le travail que contribuent à réaliser Géront'if et les structures sanitaires expérimentant ces technologies. La création par Silver Valley d'un « Centre de Preuve » semble aller dans le même sens.

Cela peut permettre :

- ☐ Soit de proposer des améliorations pour une technologie prometteuse...
- ☐ ... ou de lever les freins, notamment psychologiques, à son utilisation ;
- ☐ Soit d'alerter à l'inverse sur le manque de pertinence d'une technologie.

Par ailleurs, dans l'optique d'une meilleure coordination de l'offre, une réflexion s'impose sur la distribution des produits de la Silver Économie. À l'heure actuelle, la grande distribution n'est pas demandeuse, considérant que ces produits sont chers et discriminants, voire repoussants, et ne répondent pas à leurs exigences de volume⁴⁴. Les acteurs régionaux auront donc à réfléchir aux

⁴³ « Accompagnement des personnes en perte d'autonomie en Ile-de-France », Défi métiers, octobre 2019.

⁴⁴ M. Menet, directeur de Silver Valley.

canaux de distribution propres à rendre ces produits physiquement et économiquement accessibles aux plus fragiles et aux plus pauvres.

Enfin, le développement de l'offre ne doit pas conduire à une amplification de la fracture numérique. On a vu que, même si les générations qui auront plus de 65 ans dans les trente prochaines années seront en moyenne beaucoup plus familières de l'univers numérique, il subsistera un volant d'exclus numériques qui devra être accompagné. Cela passe par des actions de formation des personnes, des acteurs sociaux et des aidants. Cela passe aussi par la mise sur le marché de produits certes performants mais d'une utilisation simple et ne souffrant pas d'un excès de sophistication interdisant leur appropriation.

Sur ces différents aspects, il serait utile que les soignants et les aidants soient suffisamment informés pour être en capacité de conseiller les personnes âgées sur l'intérêt réel des dispositifs qui seront proposés par la Silver Économie.

6.2.4 Impact sur les métiers, les emplois et les formations

Il est légitime de s'interroger sur l'impact de la Silver Économie sur les métiers et l'emploi :

- ☐ Va-t-elle conduire au développement de nouveaux métiers tant dans le développement des dispositifs que dans leur mise à disposition des personnes ? Par exemple par un accroissement des besoins en personnels adaptés dans divers secteurs : les services à la personne, les soins, l'aide à domicile, les loisirs, le bâtiment, etc. ;
- ☐ Va-t-elle à l'inverse détruire des emplois, en substituant des dispositifs à certaines interventions des personnels de santé et des aidants auprès des personnes âgées ?

Impact sur les métiers :

C'est dans la rééducation que les professionnels ont et auront le plus à intégrer les gérontotechnologies à leur pratique. Ainsi :

- ☐ L'ergothérapeute aura un rôle déterminant dans l'intégration de cette technologie dans la vie des personnes âgées ;
- ☐ Le psychomotricien devra intégrer les nouveaux outils de mesure et d'exercice mis à sa disposition dans sa pratique professionnelle.

Cependant, on peut penser (et aussi espérer !) que ce type d'impact restera limité. Si les technologies peuvent apporter une aide précieuse en matière de « surveillance » ou de « levée de doute » des personnes âgées dépendantes, si la domotique peut apporter un meilleur confort de vie, les personnes âgées à domicile restent essentiellement demandeuses d'une aide personnalisée et portée par des personnes physiques. Elles ne sont par exemple pas prêtes à accepter, comme on peut le voir par exemple au Japon, la compagnie de robots domestiques...

Impact sur les emplois :

Dans cette perspective, le développement des gérontotechnologies devrait avoir des conséquences faibles sur l'évolution du volume des emplois nécessaires. En clair et en première approximation, ces emplois devraient augmenter en proportion du nombre de personnes âgées, soit de 80 % dans notre Région (les progrès en matière de prévention et de santé devraient tendre à l'atténuer mais l'augmentation de la longévité devrait tendre à l'augmenter).

Comme le dit la note de Défi métiers déjà citée⁴⁵, « la très forte dimension sociale, psychologique et « humaine » des activités des professionnels du secteur apparaît comme un rempart à un remplacement de l'Homme par la machine ».

Pour les intervenants professionnels, elle devrait leur permettre de mieux gérer leur temps et leur organisation et ainsi avoir davantage de temps pour la relation avec les personnes.

En revanche, la Silver Économie continuera de créer des nouveaux métiers et des emplois dans la conception et le développement des produits (R & D, développement produit, design, développement commercial, installation...).

⁴⁵ « Accompagnement des personnes en perte d'autonomie en Ile-de-France », Défi métiers, octobre 2019.

Impact sur la formation :

Les formations du sanitaire et social doivent s'adapter aux évolutions des métiers liées au développement de la Silver Économie.

Pour autant, on a vu que ces évolutions resteront limitées, au moins dans un premier temps. En particulier, une formation à ces technologies directement incluse dans les programmes de formation initiale paraît peu pertinente et de fait quasiment impossible, tant ces technologies sont diverses et évoluent, voire deviennent obsolètes, rapidement. L'apprentissage d'une technologie, s'il est nécessaire à l'exercice du métier, doit donc être principalement du domaine de la formation continue par les concepteurs/constructeurs/développeurs des outils mis sur le marché.

Ceci est particulièrement vrai pour les formations de niveau V, qui devront par contre inclure :

- ☐ Une « acculturation » minimale au numérique (savoir se servir d'un ordinateur ou d'une tablette, maîtriser la bureautique) ;
- ☐ Un accompagnement spécifique pour éviter que des personnes souhaitant exercer ces métiers y renoncent de peur de ne pas en maîtriser les nouveaux aspects liés au « numérique ».

6.2.5 Une offre accessible financièrement

Comme nous l'avons déjà mentionné, il est très probable que :

- ☐ La « démocratisation » des produits se fera notamment par le mécanisme habituel de massification entraînant une baisse des prix ;
- ☐ La Silver Économie ne pourra émerger qu'en prenant appui, au moins dans un premier temps, sur les catégories les plus solvables de la population.

Cependant, il faut impérativement distinguer comme précédemment :

- ☐ Les seniors au revenu élevé ;
 - ☐ Les seniors au revenu moyen ;
 - ☐ Les seniors en dessous du seuil de pauvreté,
- cette dernière catégorie devant impérativement bénéficier d'aides publiques.

Le paradoxe, pointé par Silver Valley et déjà mentionné, est que beaucoup de personnes âgées qui manquent de ressources pour financer les dépenses induites par leur vieillissement, qu'il s'agisse ou non de dépendance, sont propriétaires d'un logement auquel elles sont souvent très attachées alors qu'elles ne peuvent plus l'entretenir et qui leur offre de mauvaises conditions de vie.

De façon générale, Silver Valley⁴⁶ pense que « les Français n'ont pas une culture de gestion active de leur patrimoine et ne sont pas non plus acculturés à la problématique du financement du parcours de vie à la retraite. Par exemple, ils sont nombreux à ne pas savoir que les enfants sont responsables économiquement de leurs parents ou que les seniors sont plus riches en patrimoine qu'en trésorerie. Si 94 % des Français souhaitent vieillir à leur domicile, ils ne savent pas que celui-ci nécessitera d'être aménagé, notamment pour éviter les chutes, mais aussi pour mieux l'isoler ».

Cela conduit Silver Valley à proposer deux priorités :

- ☐ Priorité 1 : évaluer le besoin des personnes et non leurs biens ;
- ☐ Priorité 2 : faire émerger de nouveaux marchés pour de nouvelles classes d'actifs.

Sur cette seconde priorité, Silver Valley propose de :

- ☐ Moderniser le viager en en proposant une version mutualisée ;
- ☐ Promouvoir l'accès à des prêts bancaires garantis sur le patrimoine immobilier ;
- ☐ Généraliser les assurances-dépendance ;
- ☐ Anticiper les successions, les seniors transmettant du capital à leurs descendants alors même qu'il est souvent plus intéressant de léguer un patrimoine géré activement.

⁴⁶ M. Menet, directeur de Silver Valley.

En outre, et très logiquement, Silver Valley recommande de favoriser la solidarité intergénérationnelle en :

- ☐ Octroyant des aides fiscales aux aidants ;
- ☐ Fléchant des produits d'épargne vers le financement de la dépendance ou l'entrée en EHPAD ;
- ☐ Permettant aux enfants d'assurer leurs parents pour leur dépendance.

Le premier point ci-dessus est fondamental et nous y reviendrons dans le chapitre consacré à la dépendance. Le besoin d'aidants ne peut que croître au rythme du vieillissement de la population, et donc massivement à l'horizon 2050. Il est donc fondamental de reconnaître le travail des aidants et de le valoriser :

- ☐ En leur donnant un statut ;
- ☐ En leur donnant une reconnaissance financière, par exemple en leur donnant des aides fiscales ou en valorisant les trimestres correspondants pour leur retraite, conformément à la recommandation européenne.

6.3 Synthèse

Conformément à son projet d'être une des premières « smart région » d'Europe, la Région Ile-de-France veut intégrer les nouvelles technologies dans le « bien vieillir ».

Le développement de la Silver Économie est en effet clairement une opportunité pour la Région, tant sur le plan du développement économique que sur celui du bien-être des personnes âgées, puisque celle-ci va :

- ☐ Trouver un marché en croissance pour les prochaines années, et en intensité et en volume, le nombre de personnes de plus de 65 ans croissant de 80 % d'ici à 2050 ;
- ☐ Répondre en partie à l'augmentation « mécanique » des besoins que va induire cette croissance du nombre des personnes concernées ;
- ☐ Proposer de nouveaux outils physiques et numériques susceptibles d'améliorer les conditions de vie de ces personnes.

Cependant, sans intervention publique, le développement de la Silver Économie risque de conduire à des scénarios négatifs pour la Région :

- ☐ Le premier est une ségrégation par l'argent : alors qu'il est clair que le développement de la Silver Économie sera porté dans un premier temps par les ménages les plus aisés, les solutions devront être accessibles à tous, dans une volonté constante de réduire les inégalités et les fractures territoriales. La puissance publique aura donc à soutenir dès maintenant et dans la durée les plus pauvres, qui sont souvent les plus fragiles, pour qu'ils puissent accéder à ces nouveaux outils.
- ☐ Le deuxième est le développement anarchique d'une offre non pertinente, autrement dit d'outils a priori séduisants mais dont le rapport utilité/coût est faible : le marché étant naissant et économiquement très attractif, on risque de voir apparaître une offre foisonnante et très atomisée, portée par de très nombreuses structures, offre dont la pertinence sera problématique pour les consommateurs. La puissance publique aura donc intérêt à organiser la filière, tant ses acteurs publics que ses acteurs privés, par exemple via un contrat de filière, et à questionner, voire évaluer l'offre, par exemple en développant un label.
- ☐ Le troisième est la réduction de l'accompagnement humain des personnes âgées isolées et/ou dépendantes : les nouveaux outils permettant la communication distancielle ou la télésurveillance pourraient donner l'idée de les substituer à tout ou partie des rencontres avec les aidants et les personnels de santé. Tout en étant essentiels, ces nouveaux outils ne seront pas suffisants pour lutter contre la solitude et l'isolement et l'accompagnement humain continuera d'être prépondérant face au vieillissement de la population.

Pour s'inscrire dans un scénario à terme positif et cohérent avec son ambition, la Région aura donc à être attentive et à renforcer et/ou préciser sa stratégie sur les points suivants :

- ☐ Le soutien au développement de l'offre ;

- ☐ La rationalisation et l'organisation de la filière ;
- ☐ La pertinence de l'offre ;
- ☐ Le soutien, principalement financier, et le conseil aux plus pauvres pour qu'ils puissent en bénéficier dans les meilleures conditions.

Enfin, quelle que soit la stratégie adoptée :

- ☐ Le développement de la Silver Économie ne doit pas conduire à une réduction de l'accompagnement humain des personnes âgées qui continuera d'être essentiel pour lutter efficacement contre leur isolement en respectant leur dignité ;
- ☐ Il sera nécessaire de reconnaître statutairement et financièrement le travail des aidants dont le volume nécessaire va croître en proportion du vieillissement de la population quel que soit le développement de la Silver Économie ;
- ☐ La Région aura avantage, mais aussi s'honorerait, d'être l'une de celles qui encouragent et soutiennent la réflexion sur les questions d'ordre éthique qui restent en suspens (questions de l'usage des données recueillies sur les personnes âgées, utilisation de systèmes technologiques intrusifs, rapport au robot...). Ces questions et les réponses qui leur seront apportées tiendront en effet une place centrale dans le développement de la Silver Économie.

7. La reconnaissance des seniors comme acteurs essentiels et de plein droit de la société

7.1 L'état des lieux

7.1.1 Ce qu'apportent les seniors à la société

Loin d'être une entrée dans « l'inactivité », le départ à la retraite peut être le moment de nouveaux engagements ou de renforcement d'engagements passés.

La réduction du temps de travail et de la pénibilité, l'avancement de la date de départ à la retraite, les progrès de la médecine permettent aux retraités de s'investir mieux et plus dans de nombreuses activités.

Dans le cadre de la préparation à la retraite, les salariés ont envie de réinventer cette période en partant suffisamment tôt à la retraite en bonne santé pour pouvoir se projeter dans l'avenir, participer à la vie sociale et jouer leur rôle dans la société.

Ainsi, lors d'un sondage CSA réalisé en mars 2019 auprès de personnes de plus de 50 ans, à la question : « bien vieillir », qu'est-ce que cela signifie ? 31 % des personnes interrogées répondent : être actif — avoir des activités, faire du sport, voyager — 25 % répondent : avoir une vie sociale, être entouré.

Ce désir d'activité et de vie sociale peut se développer de multiples façons, spécialement au travers de la vie associative et militante qui nourrit le lien social et préserve de la solitude.

On sait que les seniors jouent un rôle très important dans le bénévolat, notamment dans l'exercice de responsabilités au sein des associations, mais également au sein d'autres formes de citoyenneté telles que les Conseils municipaux, bénéficiant de l'expérience qu'ils ont accumulée et, en principe, d'une disponibilité importante.

Ainsi :

- ☐ Au 1^{er} janvier 2018, près de 63 % des maires ont 60 ans ou plus. Plus de deux maires sur cinq sont retraités⁴⁷ ;
- ☐ Selon l'enquête vie associative 2010 BVA-Drees, les retraités consacrent en moyenne 26 jours par an à leur fonctionnement contre 24 pour les non-retraités ;
- ☐ L'étude France Bénévolat — IFOP — Crédit Mutuel de 2013 note que 12,7 millions de bénévoles sont dans une structure associative soit 24 % de la population de plus de 15 ans (40 % si on intègre toutes les formes de bénévolat). Ainsi, trois bénévoles sur dix ont plus de 65 ans.

L'engagement associatif des seniors évolue mais reste très divers. C'est ce que nous indique la note de l'*Insee Première 1580* de janvier 2016 :

« Chez les seniors, les pratiques associatives se sont modifiées depuis trente ans. Leur participation aux associations culturelles et sportives n'a cessé de progresser : elle concerne 19 % des 65 ans ou plus en 2013 contre 6 % en 1983. Le développement des pratiques culturelles et sportives parmi les seniors au fil des générations s'est accompagné d'une baisse de participation aux associations tournées vers la convivialité : de 38 % parmi les 65 ans ou plus en 1983 à 27 % en 2013. »

« Un quart des personnes âgées de 65 ans ou plus (contre 20 % des 25-39 ans) sont membres d'associations dans au moins deux des trois domaines, pratique, convivialité, défense des intérêts et 7,5 % (contre 2 % des 25-39 ans) dans chacun des trois domaines. »

L'étude ajoute : *« De fait, les plus âgés disposent de plus de temps pour multiplier leur investissement associatif. La pluridisciplinarité croît également avec le niveau de diplôme. »*

⁴⁷ « Les collectivités locales en chiffres », Ministère de l'Intérieur, 2018.

Selon François Jeger⁴⁸, plus de 50 % des dirigeants du monde associatif sont des retraités et 62 % des associations caritatives à but humanitaire et 59 % des associations de défense des intérêts sont présidées par des retraités.

Par ailleurs, ce n'est pas que dans le domaine associatif que les retraités s'engagent. L'enquête « Emploi du Temps », 2010, de l'Insee relève que les retraités consacrent 64 heures annuelles à aider autrui (famille, amis, voisins...) si l'on inclut seulement les tâches domestiques au sens strict (cuisine, vaisselle, ménage, soins aux (petits) enfants et personnes dépendantes hors ménage). Si l'on inclut le bricolage et le jardinage, ce chiffre monte à 97 heures annuelles. Enfin, si l'on prend une définition plus large qui inclut le temps passé à gérer une association, les retraités atteignent 150 heures annuelles d'engagements pour autrui.

Cette aide à autrui est très significative dans le cadre familial tant pour l'aide à la garde d'enfants que dans l'accompagnement des personnes dépendantes :

- Selon l'enquête « Modes de garde et d'accueil des jeunes enfants » de 2013 de la Drees, les grands-parents effectueraient environ 16,9 millions d'heures de garde par semaine auprès des enfants de moins de 6 ans.
- Les trois quarts des conjoints aidants ont plus de 66 ans, et sont donc à la retraite. La moyenne d'âge des aidants est de 60 ans⁴⁹.

Dominique Thierry, président d'honneur de France Bénévolat⁵⁰ craint « *une certaine concurrence entre la solidarité externe et la solidarité familiale — les nouveaux retraités sont une génération-charnière, extrêmement solidaires de leurs ascendants, de leurs enfants et de leurs petits-enfants... — et aussi la nécessité de continuer de travailler pour compenser des retraites faibles ou jugées comme telles* ».

Avec lui, nous pouvons signaler qu'il faudra être attentif à l'impact du durcissement des conditions de départ à la retraite ainsi qu'à la nécessité de compenser la faiblesse des pensions avec des « petits boulots » (la Cnav estime que 900 000 retraités travaillent et ce chiffre a tendance à augmenter).

Par ailleurs, Dominique. Thierry souligne également « *une parole collective extrêmement rare, voire inexistante, sur la place des seniors dans la société* ».

7.1.2 L'Image des seniors

Les décalages entre ce que sont les seniors et comment la société les voit.

Avant toute chose, elle ne leur voit pas d'avenir... et pas de place...

« Les personnes âgées sont sans avenir, d'où la difficulté de les nommer »

« Personnes âgées », comme si les autres personnes n'avaient pas d'âge, « nos » aînés, comme si les personnes ainsi identifiées appartenaient à ceux qui parlent d'eux, les « anciens » (en parallèle probablement avec « les nouveau-nés » ?), qui évoquent la vétusté, la poussière sous le tapis, les « vieux » qui déclenchent un sentiment de pitié ou de la lassitude, les « seniors » qui renvoie à l'obligation d'un respect compassé, le troisième ou quatrième âge (on sait que compter, c'est hiérarchiser comme Simone de Beauvoir l'a bien montré pour le *Deuxième sexe*), les « inactifs » parce que retraités, ils ont quitté le monde du travail. La terminologie utilisée, nombreuse et diversifiée, pour désigner les plus de 65 ans témoigne par son côté erratique de la difficulté de leur trouver une place dans la société au même titre que les personnes d'autres âges. Elle témoigne surtout de la volonté de leur trouver une place à part, de les sortir du lot commun de ceux qui ont une place et un avenir naturel dans notre société. On pourrait les nommer les « chevronnés » mais ce n'est qu'une piste pour ouvrir la réflexion sur l'importance de trouver un terme adéquat.

⁴⁸ « Les retraités et la vie associative en France », Unité de recherche sur le vieillissement, Direction des Statistiques, de la prospective, d'évaluation et de la Recherche, CNAV, 2012.

⁴⁹ « Enquêtes Care auprès des aidants (2015-2016) », Drees.

⁵⁰ « L'engagement bénévole des seniors : rôle sociétal et bien-être ».

« Elles sont figées dans le passé »

Nous vivons dans une société qui privilégie des valeurs antagoniques aux représentations qui caractérisent les aînés. Plus que jamais, la société encense la vitesse, la mobilité, la réactivité, la fluidité, la capacité d'adaptation, le goût de l'aventure et du risque, l'attrait pour le dépassement de soi.

Il faut faire la démonstration de ces qualités pour trouver sa place dans notre société, comme en témoigne le monde du travail qui, à travers un discours managérial bien rodé et outillé par des cabinets d'experts et consultants, fait la promotion des jeunes talents qui savent sortir de leur zone de confort, aiment à relever les défis sans chercher à s'enraciner dans l'entreprise. La rhétorique managériale privilégie hautement les générations Y et Z, celles nées entre 1980 et 2000, pour la première, après 2000 pour la seconde, qui seraient particulièrement adaptées aux nouvelles règles du jeu du monde du travail, par leurs quêtes individuelles de la reconnaissance, leur goût de la compétition, leur faible attachement à la contestation collective, et certaines prédispositions au narcissisme.

Nous sommes dans une société liquide (comme la définit Zygmunt Bauman), une société sans racines (Richard Sennett) d'accélération du changement (Helmut Rosa) qui produit de fait une disqualification de l'expérience. Or l'expérience est ce qui caractérise le mieux les anciens. Elle produit donc une disqualification des anciens qui n'ont plus rien à transmettre...

« Elles sont fautives »

Disqualifiés dans le monde du travail, les aînés sont, plus globalement, chargés de bien des péchés. Ils sont accusés d'avoir profité de façon indécente de protections, garanties, acquis sociaux arrachés durant les Trente Glorieuses, d'être à l'origine d'une dette qui pèse de façon indécente sur les plus jeunes, d'avoir eu un impact prédateur sur les ressources de notre planète. Bref, s'ils n'ont rien à transmettre sur le plan de l'expérience professionnelle, les aînés sont perçus comme ceux qui se sont par contre « bien servis » et ont profité à outrance de ce qui était bon à prendre, au détriment des générations à venir.

« Elles sont difficiles à gérer ; elles ne constituent que des problèmes »

On les accuse aussi de refuser de vieillir et de vouloir encore continuer à peser sur le cours des choses. Les aînés sont perçus comme une génération qui refuse de s'effacer devant les autres, une génération peu raisonnable, qui refuse de renoncer. On les voit comme de mauvais citoyens, et surtout des citoyens problématiques.

Les aînés sont rassemblés dans une catégorie homogène et à part envisagée sous l'angle spécifique des problèmes qu'elle véhicule, et là aussi la terminologie est éclairante : « la dépendance », les « coûts », le « poids ».

Cette manière d'appréhender la population des plus de 65 ans porte un nom : l'âgisme qui, sur le même mode que le racisme, est condamné en ce qu'il stigmatise et discrimine une partie de la population en l'affublant de caractéristiques disqualifiantes, dévalorisantes et excluantes. Elle consiste à faire des personnes âgées une catégorie fourre-tout représentée par une figure emblématique, celle des pathologies physiques, mentales et cognitives qui jette une ombre menaçante sur l'équilibre des comptes de la nation et qui risquent de peser sur la qualité de la vie de leurs descendants légalement chargés de veiller sur eux.

L'exclusion se manifeste notamment par la séparation spatiale que représentent les EHPAD qui réunissent dans un même périmètre des personnes de tous horizons qui ne partagent en réalité que leur âge et les problèmes de santé qui leur sont liés.

L'épisode de pandémie que nous traversons illustre de façon saisissante ce séparatisme entre aînés et jeunes adultes, à travers une forte culpabilisation des premiers. N'entendons-nous pas certains responsables et média recommander de confiner les personnes fragiles (ceux qui souffrent de morbidité telles que l'obésité, le diabète, l'hypertension, les maladies cardiovasculaires) pour que l'économie soit préservée et que les jeunes puissent mener leur vie de jeunes ?

Il s'agit ici d'un déni de la réalité de ce que sont l'humanité et des liens d'interdépendance qui relient entre eux tous les âges, comme tous les états de santé. La société est ainsi faite de la présence, de la contribution des uns et des autres, quelles que soient leurs ressources. Elle se nourrit de la cohésion que les sociétés parviennent à entretenir dans le respect des apports et des besoins des uns et des autres. La maladie, le handicap, la dépendance les difficultés sociales concernent tous les âges, toutes les générations : il faut les prendre en compte et en charge du mieux possible mais ne pas réduire les personnes qui en souffrent à ces aspects. Les citoyens sont multidimensionnels, ils contribuent à la cohésion sociale et à la pérennité de notre société, de diverses façons, et jusqu'à leur disparition, ils participent à son avenir.

Les décalages entre ce que sont les seniors et comment ils se voient

Quand est-on vieux ? Cette question, si souvent posée, montre la difficulté à appréhender la vieillesse. De 60 ou 65 ans (âge de la retraite) à 122 ans (limite actuellement posée à la vie), la tranche d'âge est large, et il est difficile de la qualifier d'un mot. Trois repères sont possibles : l'âge chronologique (le nombre des anniversaires), l'âge social (avec la transformation des statuts et des rôles : grand-parentalité, retraite...), l'âge biologique ou physiologique (survenue de la ménopause, des handicaps, de la maladie, de la dépendance...). On peut y ajouter l'âge subjectif, l'âge psychologique, dont il est difficile de faire un critère objectif de catégorisation tant il est mouvant et différencié en fonction des individus.

Se voir vieillir dans un contexte gérontophobe

L'allongement de la durée de la vie représente, a priori, une victoire sans précédent pour l'humanité : à 60 ans, l'espérance de vie est de 27 ans pour les femmes et 22,2 ans pour les hommes. Or, ce phénomène heureux fait paradoxalement figure de catastrophe. Car la réalité démographique s'accorde mal avec le contexte économique et social en place. Il est désormais communément admis de parler du « poids économique » des personnes âgées, que ce soit à travers le système de retraites ou à travers le système de soins.

Le rapport entre « les actifs » et les retraités qui, par défaut, incarnent la passivité, ne cesse de « se dégrader », entend-on souvent. Ce clivage se traduit par une opposition nette, qui fait dire au psychiatre Jean Maisondieu que notre société pratique « l'apartheid de l'âge » (Maisondieu, 1991). Pourquoi effectivement les personnes âgées prendraient-elles les transports aux heures de pointe quand ils sont envahis par les écoliers et les travailleurs ? Pourquoi partiraient-elles en vacances quand les sites sont accaparés par les familles ?

La méconnaissance de cet âge de la vie entraîne la crainte et le rejet de la part des plus jeunes, et ce, d'une manière d'autant plus forte que, dans une société dominée par le jeunisme, la vieillesse incarne une contre-valeur. Le vieux fait figure de valeur négative : moins de beauté, de santé, de dynamisme, de performance, de rentabilité, d'adaptabilité... Il est caractérisé par la lenteur, elle-même associée à la faiblesse quand le rapport social au temps consiste à vivre d'une manière trépidante, hyperactive. De plus, si au XIX^e siècle, la mort touchait tous les âges de la vie, aujourd'hui 82 % des décès concernent des personnes de plus de 65 ans⁵¹. La mise à distance des seniors semble aussi et surtout répondre à un besoin de se protéger de l'angoisse caractéristique d'une société thanatophobe.

Être vieux pour la société, physiquement ou selon son vécu intime : trois images qui ne coïncident pas nécessairement

Vieillir, c'est se métamorphoser et faire face à une épreuve dans la perception de soi. Difficile de faire coïncider l'image que l'on se fait de soi avec celle que les autres s'en font et, ne pouvant pas non plus se fier avec certitude à l'image que le miroir renvoie, il reste à se définir soi-même avec difficulté entre ces trois images. Quand le décalage entre le ressenti et l'apparence devient trop grand, le doute et parfois la souffrance psychologique s'installent.

⁵¹ « Personne âgée : quelles représentations sociales ? Hier et aujourd'hui », Jacqueline Trincas.

L'âge chronologique ne correspond plus à l'âge subjectif. Dans cette perspective, la jeunesse serait le temps de la coïncidence entre l'être et le paraître, la vieillesse en serait la rupture. Le sentiment d'étrangeté résulte de cette dissociation. La prise de conscience peut mener à la colère ou à l'humiliation. La honte naît parfois de ces considérations qui font ressortir la fragilité. Quant à l'indifférence, elle est cruellement ressentie.

Certains luttent et refusent le processus physiologique comme ils refusent le retrait social : puisque la société dénie toute valeur à la vieillesse, ils veulent rester jeunes à tout prix. D'autres acceptent d'être vieux, voire s'y résignent. Mais, quelle que soit l'attitude adoptée, l'absence de congruence entre les différentes injonctions sociales, souvent paradoxales, peut conduire à culpabiliser : honte de ne plus être jeune, beau et dynamique ou de vouloir encore le paraître, honte de se sentir inutile ou de vouloir « s'accrocher », honte de profiter et peur de gêner... Ces sentiments douloureux mènent parfois la personne à vivre en marge afin de ne pas subir l'opprobre des autres. La métamorphose, vécue comme une violence, fait du corps un compagnon obligé qui ne se plie plus aux désirs ni aux attentes.

L'âgisme conduit presque inévitablement à poser la question : « Avez-vous peur de vieillir ? », sans réaliser que derrière cette question marquée de stéréotypes socialement construits se cache en réalité une question neutre mais identique dans son sens : « Avez-vous peur de vivre ? ». Il semble urgent de repenser les termes de l'échange entre les générations et de redonner un rôle social aux plus âgés. Il convient de rappeler qu'une autre construction sociale du vieillissement est possible et que l'histoire a connu des périodes où le vieux était admiré et même envié, ou du moins la vieillesse ne générait pas de phobie. Reconstruire de manière plus neutre le regard porté sur le vieillissement pourrait donc être salutaire d'une part aux seniors qui souffrent de se saisir eux-mêmes dans cet âge si décrié, mais aussi, en réalité, à toute la société qui construit, avant même d'être directement concernée, les conditions d'une angoisse de devenir un jour ce vieux qu'elle ne veut pas voir.

7.2 Les Perspectives

7.2.1 Déconstruire l'image négative

Pour enclencher un processus de réhabilitation de cette population, à ses propres yeux comme aux yeux de la société dans son ensemble, il est essentiel de lutter contre les stéréotypes et de rendre effectif le principe de non-discrimination à l'égard des seniors, en renforçant la reconnaissance par le grand public de l'autorité, de la sagesse et de la productivité des personnes âgées.

Pour ce faire, il paraît nécessaire que toutes les parties prenantes, sous la conduite de la puissance publique, organisent des campagnes d'information auprès de tous les publics, comme le suggère le rapport Cordesse. Ces campagnes pourront :

- ☐ Utiliser les mêmes approches que celles qui concernent les discriminations de genre ou le racisme (spots télévisuels, réseaux sociaux, journaux locaux, rencontres intergénérationnelles etc.) ;
- ☐ Concerner l'apport des seniors à la société, tel que décrit au paragraphe 7-1-1 ;
- ☐ Et favoriser la découverte de leurs associations représentatives, en particulier les associations de retraités qui ont un fort déficit d'image.

Dans toutes ces actions de communication, il sera tout aussi essentiel d'insister sur l'extrême diversité de cette population des seniors, comme il a été dit au chapitre 3 du présent rapport. Cette extrême diversité n'est pas spécifique aux seniors mais elle est à l'identique de celle de toute la société. Il s'agit dès lors d'éviter une « catégorisation » des seniors qui, pour avoir des problèmes spécifiques à leur âge, n'en sont pas moins des citoyens comme les autres qui n'ont pas à être pointés du doigt ou « mis de côté », et notamment pour toutes les questions qui concernent l'ensemble de nos concitoyens, à l'échelle locale comme à l'échelle nationale.

Un champ particulièrement important pour la reconstruction de l'image des seniors est le monde du travail. Pour prévenir les discriminations dans l'emploi, le CESE recommande :

- L'organisation de campagnes d'information auprès des employeurs et des salariés, associant l'ensemble des acteurs du recrutement, sur la gestion de l'intergénérationnel et la valorisation d'expériences réussies concernant le maintien des seniors dans l'emploi, leur recrutement et leur intégration dans les collectifs de travail ;
- La formation et la sensibilisation de l'encadrement des secteurs privé et public à la question des stéréotypes et des discriminations à l'égard des seniors.

Sur le même thème, le rapport Bellon préconise que les entreprises, *« dans un contexte plus que jamais marqué par l'individuation des parcours et des trajectoires, peuvent de fait s'engager dans des dynamiques de progrès pour créer des organisations de plus en plus inclusives, à la base d'un changement social profond »* :

- *Via des expérimentations permettant de démontrer ce qu'apportent les travailleurs seniors aux organisations et comment ces dernières peuvent s'adapter à leurs besoins ;*
- *En partageant et en faisant valoir les pratiques à même de créer de l'émulation et d'inspirer pour que la diversité générationnelle devienne un élément de compétitivité ».*

Au-delà, des actions à forte valeur symbolique pourraient soutenir ces actions de communication. Ainsi, les pouvoirs publics pourraient par exemple soutenir la création d'incubateurs de start-up prioritairement destinées à des projets portés par des seniors.

7.2.2 Permettre aux seniors d'exercer pleinement leurs droits et libertés

Identifier les obstacles au plein exercice de leurs droits et libertés en tant que citoyens

La conception des politiques publiques, en devenant plus précise, a contribué à stigmatiser les citoyens les plus âgés.

Si les pouvoirs publics s'intéressent au moins depuis les années 1960 à la participation des seniors dans la vie politique, l'approche qui en a été faite a conditionné un traitement différencié des plus de 65 ans⁵². Alors que les premiers plans d'action se fondaient sur un principe d'universalité, les années 1980 ont vu s'opérer un changement radical dans les politiques de soutien aux seniors : les programmes ont dès lors fonctionné selon une logique de « ciblage », c'est-à-dire en différenciant les groupes de population pour mieux répondre à leurs besoins. Les programmes de soutien à la participation des seniors se sont alors concentrés plus particulièrement sur le groupe des plus 75 ans, cette « vieillesse dépendante », ce qui a contribué à stigmatiser une frange importante de la population française tout en lui apportant des aides précises et plus efficaces. La conception de l'action publique constitue donc en elle-même un obstacle à l'inclusion des seniors dans la société française.

On ne peut donc que constater l'élan pris, depuis les années 2000, autour de la question de la prévention et de la participation sociale des personnes âgées. Il reste à examiner dans quelle mesure ce principe théorique sera mis en œuvre. En effet, l'ambition est à la hauteur des enjeux et nécessite des ajustements significatifs — en termes de gouvernance et de régulation, et également en termes de moyens budgétaires alloués — pour concevoir une politique transversale qui soit à la fois cohérente et équitable, quels que soient l'âge et l'état de santé des personnes âgées. Pour cela et pour favoriser cette approche globale et positive du vieillissement, il est nécessaire que cette politique prenne en compte à la fois la variété des expériences individuelles et l'influence des déterminants socio-économiques qui façonnent les trajectoires du vieillissement. Cette mesure permettra d'éviter de stigmatiser et de culpabiliser ceux et celles qui, faute des dispositions nécessaires (sociales, économiques, relationnelles, etc.), ne sont pas en capacité d'atteindre le modèle normé du « bien vieillir ». À cette condition seulement, la promotion de la participation sociale en faveur d'un vieillissement intégré ne sera plus seulement reconnue comme un effet d'annonce, mais bel et bien comme une valeur fondamentale, bénéfique à la qualité de vie des individus, à leur citoyenneté sociale et, réciproquement, à la collectivité et à sa cohésion sociale. Ces mêmes politiques publiques, tant au niveau national qu'europpéen, sont divisées entre deux courants théoriques, l'un ayant pour finalité de faire gagner des années de vie, l'autre ayant pour

⁵² « La Santé en action », mars 2018, n° 443, « Promouvoir la participation sociale des personnes âgées », www.santepubliquefrance.fr

objectif de faire gagner des années de vie en bonne santé. Dans un cas comme dans l'autre, l'action publique en faveur des seniors s'est amplement médicalisée, et a souvent laissé de côté les enjeux tels que la participation civique, politique et économique. Il semble aujourd'hui nécessaire de s'intéresser à la conception des politiques, afin que les plus âgés de nos sociétés ne soient pas uniquement considérés comme des corps à entretenir aux frais de la société, mais surtout comme des citoyens à part entière.

Un sentiment de décalage par rapport au monde

En outre, ainsi que l'a montré Caradec⁵³, la santé n'est pas le seul élément venant restreindre les opportunités d'engagement des personnes très âgées. Les fragilités sociales et culturelles, le sentiment « d'étrangeté au monde » qui accompagnent souvent le vécu du grand âge semblent difficilement conciliables avec la participation sociale telle que pensée traditionnellement. La distanciation qui se crée entre les citoyens les plus âgés et le reste de la société, après la retraite, après le départ des enfants et parfois le décès du conjoint, lorsque les réseaux sociaux deviennent moins denses, crée une forme d'auto-ostracisation, ce que les spécialistes appellent le « syndrome du nid vide ».

Si l'on considère que la vieillesse — définie comme la dernière étape de la vie — n'a pas disparu, mais a simplement été repoussée et que les personnes très âgées qui la vivent expérimentent une perte de prise sur le monde, alors ce temps de la vie s'avère incompatible avec une vision utilitariste de la participation sociale. On dénombre 2 721 suicides chez les plus de 65 ans en France en 2016 (étude de l'Inserm) : les 65-74 ans mettent ainsi fin à leurs jours trois fois plus souvent que les jeunes et les plus de 85 ans jusqu'à six fois plus. De tels chiffres ne peuvent manquer de faire percevoir le mal-être qui accompagne actuellement le vieillissement dans nos sociétés.

Il existe des obstacles liés à d'éventuelles déficiences

Aucun de ces obstacles n'est ni le propre de la vieillesse et encore moins d'un âge défini, ni constant même aux âges les plus avancés. Même l'association de multiples obstacles, si elle est plus fréquente au cours de la vieillesse, n'a rien de spécifique. Ainsi, les déficits cognitifs et psychiques exposent à des limitations des capacités de prise de décision pour soi (autonomie). Les carences psychologiques, quel que soit l'âge, sans qu'il y ait de pathologie médicale, mais sous l'influence de facteurs sociologiques (isolement) ou psychologiques (besoin d'affection, solitude), peuvent conduire des individus à se placer sous l'emprise de prédateurs individuels ou collectifs (sectes) qui mettent en danger les ressources et/ou la santé des victimes et parfois de personnes extérieures. Cette mise en danger par emprise se fait avec le plein consentement de la victime lucide qui protège l'auteur. Enfin, le risque de déficits physiques est accru avec l'âge. C'est leur apparition progressive qui définit la « vieillesse physiologique », de plus en plus tardive.

Par ailleurs, l'existence de zones grises où la capacité de décision de la personne peut être mise en cause ou s'exprimer de manière non verbale constitue une première difficulté à l'exercice plein de la liberté. Cet obstacle est renforcé lorsqu'il faut articuler la liberté individuelle de décider de la personne âgée avec les possibilités de l'entourage : l'entrée en établissement illustre parfois ces tensions entre le choix de la personne âgée et celui de ses proches. Enfin, de façon plus générale, le risque individuel assumé par la personne âgée (refus de soins par exemple) peut entrer en contradiction avec les principes éthiques portés par la collectivité ou avoir des conséquences dommageables pour elle.

Le manque d'information et la distance physique sont des freins à l'exercice plein des droits et des libertés

Enfin, la dégradation de la santé après 75 ans peut avoir des répercussions indirectes sur l'exercice des droits des citoyens les plus âgés : les déplacements plus compliqués peuvent rendre difficiles voire impossibles la participation à des activités politiques (exercice du droit de vote, participation à des conseils municipaux...). Aussi, les politiques publiques récentes axent-elles particulièrement leurs actions sur l'urbanisme et le logement, afin que ceux-ci facilitent l'inclusion sociale des seniors.

⁵³ « L'épreuve du grand âge. Retraite et société », Caradec V, 2007, vol. 3, n° 52, p. 1137.

De plus, la participation sociale et politique passe aussi largement par des moyens de télécommunication (réseaux sociaux, pétitions en ligne...) auxquels nos aînés ne sont majoritairement pas formés. Il convient donc, pour repenser leur inclusion politique, civique et sociale, de s'interroger sur la manière dont des moyens alternatifs de participation doivent toujours être maintenus.

« Alors que les limites d'âge se multiplient, il n'existe pas de représentations citoyennes réelles des adultes âgés. Cette situation conduit à la passivité, à l'exonération de devoirs et affecte un peu plus ces populations « invisibles » dans l'exclusion de la vie active de la société. Heureusement de plus en plus de groupes associatifs réagissent et mettent la fin de l'exclusion sociale comme revendication prioritaire. Même si les intérêts des adultes âgés ne sont pas homogènes, une représentation consultative serait nécessaire⁵⁴. »

Reconnaître leur participation à la vie et à la cohésion sociale

La participation sociale des personnes âgées se distingue de celle de la population générale par le fait qu'elle ne peut plus prendre appui sur le lieu de socialisation qu'est le monde du travail. La participation sociale devient alors une action cruciale pour rester un acteur de sa communauté. Les quatre familles de participation sociale — fonctionnement dans la vie quotidienne, interactions sociales, réseau social et vie associative structurée — doivent bénéficier d'environnements favorables et de systèmes socio-économiques équitables, que l'action publique peut favoriser.

La difficulté des actions à mener pour favoriser l'inclusion des seniors dans la société se trouve alors entièrement ramassée dans la problématique suivante : comment cibler leurs difficultés et chercher à les atténuer tout en les considérant, selon le principe de l'universalité, comme des membres pleins, entiers, indifférenciés de la société ? Comment les politiques publiques peuvent-elles développer des aides spécifiques aux seniors sans pour autant les ostraciser et donner l'impression qu'ils sont assistés et donc incapables d'être par eux-mêmes des citoyens à part entière ?

Une préoccupation des pouvoirs publics encore récente

Rappelons que l'inclusion de la vieillesse dans l'action publique est un concept récent, puisqu'il date de 1962 et de la publication du rapport Laroque. Jusqu'à cette date et outre la question des retraites, le traitement social de la vieillesse demeurait une affaire privée, à la charge des familles ou des hospices pour les plus nécessiteux. Avec le rapport Laroque, c'est une autre conception qui s'impose, contribuant à bouleverser la hiérarchie préexistante des interventions en faveur de cette période de vie. À l'époque, il était alors question de redéfinir le rôle et la place des personnes âgées dans la société, dans un contexte d'espérance de vie réduite et de conditions d'existence éprouvantes, tant financièrement que socialement. L'objectif du rapport Laroque était donc d'œuvrer à la promotion d'un mode de vie socialement intégré pour lutter contre la marginalisation à domicile et pour éviter la relégation en institution.

Il faut envisager des leviers différents en fonction des diverses catégories de seniors

Certaines réponses pour favoriser l'inclusion des seniors existent mais ne s'appliquent qu'à une partie de la vieillesse, les retraités actifs et aisés, consommateurs choyés, qui ont du temps, de l'argent et de multiples rôles à tenir, en particulier dans le monde associatif et dans leur famille. Ces « seniors » ont parfois vécu une étape délicate lors du passage à la retraite, mais arrivent à maintenir, souvent pendant plus de vingt ans, une vie personnelle, familiale et sociale riche. Les solutions proposées présentent de multiples intérêts, en particulier celui de la diversification de leurs rôles (soutien scolaire aux enfants, aide à la recherche d'emploi pour les jeunes...). Elles doivent être encouragées, mais elles ne doivent pas constituer toute la politique sociale de la vieillesse : elles invitent ces retraités (qui ont plus besoin d'incitation que d'aide) à tenir leur rôle. Les besoins sont différents avec le public très âgé et dépendant : les réponses, différentes elles aussi, se situent dans une continuité. Les expériences récentes permettent d'en distinguer trois sortes.

⁵⁴ « Société et vieillissement », Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales, juin 2011.

L'institutionnalisation de la participation des seniors : des initiatives intéressantes

Depuis la fin des années 1970 en France, la dynamique législative générale en faveur de la consultation des plus de 60 ans contribue à **une institutionnalisation de la participation des seniors**, d'abord à l'échelle nationale puis locale (Argoud, 2001, Landanger, 2005, Viriot Durandal, 2003). En effet, les collectivités territoriales jouent un rôle de plus en plus important dans cette dynamique du fait soit d'incitations législatives, soit de résolutions locales, soit encore de l'influence de grands programmes nationaux ou internationaux. Par exemple, la mise en place depuis 2004 des Comités départementaux des retraités et personnes âgées (Coderpa), instances consultatives réunissant notamment des représentants des associations locales de retraités, a pour but de faire remonter les attentes et les besoins des personnes âgées et de penser des solutions pour améliorer leurs conditions de vie. Les Coderpa sont consultés sur les projets d'application territoriale des textes réglementaires concernant les seniors, mais n'ont pas de rôle décisionnel⁵⁵.

On peut également faire référence **au développement au sein des municipalités ce qu'on appelle des « conseils de sages » ou « conseils d'anciens »**. La mise en place de ces conseils n'est pas contrainte par le cadre législatif et dépend entièrement de la libre initiative et de la volonté des élus. Leur mode de fonctionnement et leur composition varient donc beaucoup d'une ville à l'autre. Mais là encore leur rôle est purement consultatif vis-à-vis du pouvoir décisionnel.

Enfin, on peut mentionner **le programme « Villes-amies des aînés »**, initiative mondiale (lancée par l'OMS en 2005) visant à aider les villes à se préparer au vieillissement rapide de la population dans un contexte d'urbanisation croissante. L'objectif de ce programme est de favoriser « un environnement urbain participatif et accessible qui favorise un vieillissement actif ». Concrètement, les villes qui intègrent le réseau mondial des « Villes-amies des aînés », s'engagent à mettre en place un diagnostic de leur territoire et des groupes de travail réunissant usagers et experts pour élaborer un plan d'actions. Mais les effets de ce processus restent encore à évaluer.

Il y a des limites non négligeables à institutionnaliser la participation des seniors

Plusieurs auteurs mettent en évidence les limites, voire les « effets pervers », de cette institutionnalisation de la participation des seniors. Le premier écueil se rapporte aux thématiques sur lesquelles ils/elles sont consultés⁵⁶. Si l'idée des dispositifs participatifs réservés aux plus de 60 ans est bien de promouvoir les intérêts spécifiques de cette classe d'âge, il semblerait que les sujets abordés portent le plus souvent sur des problèmes généraux, qui renvoient à l'ensemble de la population. Dès lors, il s'agit d'avantage d'impliquer les aîné-e-s comme catégorie de citoyens en vue de les faire interagir avec la société, plutôt que de leur donner la capacité d'influer sur les politiques et les pratiques qui les concernent directement.

Un autre problème important se pose : celui de la représentativité des personnes âgées. Dominique Argoud pointe la faible confiance des retraités dans leurs représentants : « d'après un sondage réalisé en 1992, seulement 22 % des retraité-e-s considèrent que les associations nationales de retraité-e-s défendent réellement leurs intérêts ». La plupart du temps, les individus « recrutés » pour prendre part aux procédures de consultation des plus de 60 ans sont ceux déjà identifiés par les agents territoriaux dans d'autres instances (dans les comités de quartier par exemple) ; l'archétype de la figure du « senior qui participe » étant un homme, âgé de 60 à 75 ans, plutôt favorisé socialement, parfois militant de divers réseaux associatifs et surtout déjà très impliqué localement. La question de la représentativité des retraités et des personnes âgées met donc en lumière la difficulté à différencier les catégories de vieillesse, aussi bien du point de vue des âges, que du point de vue social, en particulier du point de vue des ressources financières et culturelles. La participation des personnes âgées aux politiques qui les concernent nécessite la mise en place d'un processus et de procédures démocratiques⁵⁷ de participation qui prennent en considération la diversité des situations de vieillesse. Des solutions sont par conséquent à explorer du côté de formules

⁵⁵ « La Santé en action », mars 2018, n° 443, « Promouvoir la participation sociale des personnes âgées », www.santepubliquefrance.fr

⁵⁶ « Droits fondamentaux sur l'avancée en âge, l'accès aux droits et l'exercice des droits par le citoyen âgé », Déclaration de la Fédération française de gériatrie et de gérontologie, décembre 2018.

⁵⁷ « Le vieillissement des rôles sociaux, VST — Vie sociale et traitements », Bernard Hervy, revue des CEMEA 2008/3 (n° 99), p. 34 à 40.

alternatives de participation, dépassant les mécanismes procéduraux et s'appuyant davantage sur le vécu et l'expérience quotidienne des personnes âgées.

Un exemple intéressant : l'habitat participatif pour changer de regard sur la citoyenneté des personnes âgées

Le lien entre vieillissement et habitat est une question primordiale, le plus souvent traitée sous l'angle des politiques publiques (notamment de l'adaptation du parc social au vieillissement de la population), ou des pratiques sociales d'habitation, ou encore des choix résidentiels des seniors, et plus récemment du point de vue des alternatives possibles. L'enquête de Dominique Argoud (2011) sur les nouvelles formules d'habitat pour personnes âgées esquisse une typologie des initiatives innovantes, parmi lesquelles l'habitat partagé, l'habitat autogéré et l'habitat intergénérationnel apparaissent comme des alternatives à la maison de retraite.

Ces nouveaux modes de penser l'habitat et l'habiter des aînés répondent à des aspirations pour des formes d'organisation plus solidaires (mutualisation des ressources et des services, gestion communautaire, partage des espaces) et moins cloisonnées (coproduction, implication par le faire, vivre ensemble...), dans lesquelles les habitants jouent un rôle central⁵⁸.

Les projets d'habitat participatif pour personnes âgées sont encore peu répandus en France, mais se développent avec l'arrivée à l'âge de la retraite de la génération qui avait lancé les mouvements autogestionnaires de mai 1968 et qui s'interroge aujourd'hui sur les conditions de sa vieillesse (Labit, 2009, Vermeersch, 2010). La recherche de formes alternatives d'habitat pour cette génération se comprend par la volonté de rester maître de son logement, mais surtout de continuer à développer des liens sociaux pour éviter de basculer dans l'isolement dont souffrent souvent les personnes les plus âgées, et en particulier les femmes.

Un exemple d'habitat participatif intéressant en Ile-de-France :

L'un des projets les plus emblématiques d'habitat participatif qui interrogent le rapport au vieillissement est la Maison des Babayagas, inauguré à Montreuil (Seine-Saint-Denis) en 2013. Lancé par un collectif de femmes, le projet a abouti après une quinzaine d'années de réflexion, discussions, négociations. Les Babayagas, ce sont une vingtaine de militantes féministes — d'origines sociales et culturelles variées, avec des revenus modestes à la retraite — qui se retrouvent autour d'une volonté d'autonomie et d'affirmation d'une vieillesse citoyenne et active. Concrètement, l'immeuble comprend 25 logements sociaux (studio avec une petite cuisine et une salle d'eau), dont 21 adaptés aux personnes âgées et 4 dédiés à des femmes de moins de 30 ans. Par ailleurs, une place importante a été faite aux espaces communs : au rez-de-chaussée des locaux associatifs sont ouverts sur le quartier et destinés à recevoir une « université populaire du savoir des vieux » animée par les Babayagas ; d'autres espaces sont réservés aux résidentes (une salle de gym, un bassin) ; il y a également un jardin écologique. S'il est encore trop tôt pour évaluer le projet sur la durée, on peut d'ores et déjà affirmer que la Maison des Babayagas répond à la double préoccupation des femmes vieillissantes : continuer à vivre chez soi, tout en préservant des liens et en participant à la vie sociale.

Ainsi, l'expérience des Babayagas contribue à changer le regard de la société sur la vieillesse et met en lumière la capacité des personnes âgées à prendre en main leur destin et à participer à la vie citoyenne, en dehors de cadres institutionnels souvent jugés inefficients. La Maison des Babayagas a inspiré d'autres expériences alternatives en France, qui restent pour l'instant inabouties. Pourtant ce projet porte le germe d'une nouvelle approche du vieillissement, basée sur une participation active des personnes âgées sur des sujets qui les concernent en premier lieu.

D'une manière générale, l'habitat participatif révèle des perspectives intéressantes pour réfléchir aux manières de valoriser les savoirs d'usages des vieux/vieilles. La Maison des Babayagas en est une illustration, mais bien qu'elle soit remarquée dans les milieux de l'innovation sociale, elle est souvent considérée comme une expérience singulière, difficilement reproductible.

⁵⁸ « La participation des personnes âgées en France : entre ambivalence et impensé », Sabrina Bresson, Rencontres Polonium Tours-Varsovie 2012-2013, « Les politiques publiques sociales locales à l'égard des personnes âgées ».

7.2.3 Être reconnu par le travail

Une redéfinition forcée du rôle individuel après la vie professionnelle

L'une des difficultés principales de l'avancée en âge tient à la redéfinition du rôle de chacun dans la société par-delà la sociabilité professionnelle. Si, jusqu'à la retraite, l'individu maintient un ancrage social soutenu et des interactions multiples par le biais de la sphère du travail, ceux-ci s'interrompent brutalement lorsque la retraite arrive, souvent sans avoir été suffisamment préparée. Au problème de la sociabilisation s'ajoute celui des rentrées d'argent qui baissent elles aussi brutalement : il faut donc se redéfinir en tant qu'agent économique, repenser son rapport à la production de richesses (puisqu'on cesse de travailler) et à la consommation (puisque les revenus sont plus faibles).

Reconstruire sa vie en dehors de l'axiome social structurant qu'est le travail impose en effet une vraie préparation, sur les plans psychologique, social et économique, qui n'est pas assez anticipée ni par les individus ni par les pouvoirs publics.

La frontière entre actifs et retraités est pourtant en réalité poreuse

Si la retraite révèle, par son absence, l'importance que joue le monde du travail dans la reconnaissance sociale des individus, il faut toutefois noter qu'il n'y a pas de rapport d'équivalence entre l'âge avancé et l'absence d'activité professionnelle. Nombre de seniors travaillent encore (ou souhaiteraient travailler), par nécessité économique quand leurs pensions ne leur permettent pas de vivre décemment ou parfois par envie, alors que la part des 50-65 ans au chômage est très importante⁵⁹.

Les catégories actuelles divisant les actifs et les retraités ne suffisent pas à épuiser la complexité des situations et illustrent, par leurs lacunes, la porosité de la frontière que pose artificiellement l'âge du départ à la retraite. Il y a donc un paradoxe qu'il convient de remarquer : alors que le passage à la retraite est une limite poreuse et floue, il induit malgré tout une rupture radicale dans la manière dont les individus sont perçus par la société, quand bien même ceux-ci ne seraient pas personnellement concernés par les changements sociaux et économiques évoqués plus haut.

Il convient donc d'éclairer le rapport qu'entretiennent les seniors à l'emploi pour mieux comprendre la manière dont cela influence leur perception par la société, et si cette perception est fondée ou illusoire.

7.3 Synthèse

Au moment où le nombre des seniors est en train d'augmenter très rapidement, leur reconnaissance comme des acteurs essentiels et de plein droit de la société apparaît comme une clef pour favoriser voire accélérer l'amélioration de leurs conditions de vie et de leur inclusion dans la société. Mais comment espérer des progrès significatifs si les seniors sont considérés, plus ou moins implicitement, par le reste de la population comme une catégorie à part, générant surtout des problèmes, voire fautive d'avoir profité de la croissance de la fin du xx^e siècle sans avoir construit une véritable perspective pour les jeunes générations ?

Il est donc essentiel de déconstruire ces images négatives par une communication intense, fondée sur la réalité des apports considérables des seniors à la société et utilisant les outils désormais bien connus des campagnes de lutte contre les discriminations. Ces campagnes doivent s'adresser à l'ensemble de la population mais aussi cibler plus particulièrement les pouvoirs publics, le système éducatif et le monde de l'emploi.

⁵⁹ Cf. partie 8.1 du présent rapport.

En cohérence avec cette déconstruction, un autre axe d'amélioration est la participation réelle des seniors, via les associations qui les représentent mais surtout directement :

- ☐ Non seulement aux décisions qui les concernent spécifiquement ;
- ☐ Mais encore, et comme n'importe quels autres citoyens, à toutes les instances qui traitent des questions concernant l'ensemble de la population.

Ce dernier point est essentiel pour arrêter de « catégoriser » les seniors, population dont nous avons déjà largement souligné l'extrême diversité, à l'image de la diversité de notre pays.

Une réflexion sur l'amélioration de la participation effective des seniors aux décisions et de leur représentation s'impose donc.

Concernés au premier chef par le vieillissement de sa population, la Région et ses collectivités territoriales pourraient être le cadre pertinent pour piloter cette communication et mener cette réflexion.

8. L'emploi des seniors

Pour notre région, la transition démographique est une opportunité en termes de croissance et d'emploi si elle sait la saisir. L'évolution dans ce domaine est globalement positive puisque l'emploi des seniors (mesuré en taux d'emploi et taux d'activité) a rapidement augmenté depuis une dizaine d'années. Mais il reste encore beaucoup de progrès à accomplir pour amener une large majorité des seniors en situation d'emploi jusqu'à la retraite, leur permettre s'ils le souhaitent ou s'ils en ont l'obligation pour d'évidentes raisons financières d'aller au-delà, et ce dans les meilleures conditions, et les aider à gérer et vivre au mieux la période de transition entre la vie professionnelle et la retraite.

8.1 La situation actuelle

8.1.1 Taux d'emploi et taux d'activité

La situation quantitative des seniors vis-à-vis de l'emploi peut être exprimée à l'aide de deux paramètres classiques :

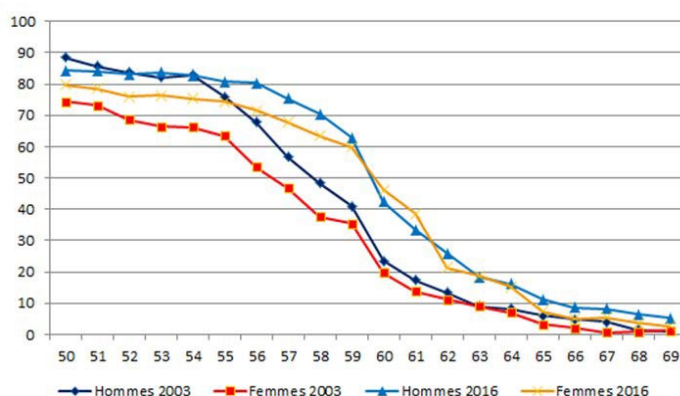
- Le « taux d'emploi », calculé en rapportant le nombre d'individus ayant un emploi d'une classe au nombre total d'individus dans cette classe ;
- Le « taux d'activité », défini comme le rapport entre le nombre d'actifs (actifs occupés et chômeurs) et l'ensemble de la population correspondante.

Le taux d'emploi

En 2018, alors que le taux d'emploi des 50 à 54 ans s'établit à hauteur de celui des 25 à 49 ans (80,5 %, contre 80,6 %), le taux d'emploi des 55 à 59 ans se limite à 72,1 % et celui des 60 à 64 ans n'est que de 31,0 %. Au-delà, les taux d'emploi des 65 à 69 ans et 70 ans et plus s'établissent respectivement à 6,5 % et 1,4 % en 2018⁶⁰.

Les taux d'emploi des 55 à 59 ans et des 60 à 64 ans ont beaucoup augmenté au cours des dernières années, respectivement de 16,8 % et 15,1 % depuis 2007, et de 23,2 % et 20,5 % respectivement depuis 2000. Au cours des dernières années, la hausse du premier a ralenti tandis que celle du second s'est accentuée (+5,1 et +9,3 % entre 2012 et 2018).

La figure ci-dessous, en donne une autre illustration :



Taux d'emploi des seniors en France par âge en 2003 et 2016. Source : enquête Emploi Insee.

À noter que la progression de l'emploi des seniors ne se fait pas au détriment de celui des jeunes : *« l'hypothèse d'une substitution entre emploi des seniors et emploi des jeunes est peu probable, en raison des différences de capital humain et de poste occupé ».*

⁶⁰ « Favoriser l'emploi des travailleurs expérimentés », janvier 2020, le rapport au Premier Ministre, Sophie Bellon, Olivier Mériaux et Jean-Manuel Soussan.

Le taux d'activité

En 2016, 54 % des personnes de 55 à 64 ans sont actives : 50 % sont en emploi et 4 % sont au chômage. Le taux d'activité des seniors accuse une très forte baisse après 61 ans. Supérieur à 40 % pour les 60-61 ans, il est d'à peine 20 % pour les 62-64 ans.

Son évolution traduit néanmoins elle aussi une forte augmentation de l'emploi des seniors au cours de dernières années⁶¹ :

- Les années 1970 à 1990 (crise économique, mondialisation...) ont été marquées par une mise à la retraite « de bonne heure » à 50-55 ans, assorti du slogan « place aux jeunes » ;
- Dans les années 2000, la tendance s'inverse et il s'agit de les maintenir dans l'emploi ou de leur permettre d'en retrouver un, avec certains dispositifs d'aide pour ce faire, tels que le CDD senior.

Ainsi, en une dizaine d'années, la France est passée d'une politique valorisant les retraites précoces du marché du travail (les préretraites par exemple) à une politique d'allongement des fins de carrière.

Constats

- **Les taux d'emploi et d'activité ont évolué de manière parallèle.** Ces taux ont plus fortement augmenté pour les femmes depuis 1975 avec le vieillissement de cohortes de femmes plus actives que les précédentes. Les femmes ont aussi été moins affectées par la crise de 2008 que les hommes (BTP...) ;
- **Le taux de chômage des seniors est inférieur à la moyenne :** En 2017, il est de 6,5 % pour les 55-64 ans alors qu'il est de 9,1 % pour les 20-64 ans ;
- **La proportion de seniors en emploi s'accroît avec le niveau de diplôme :** En 2017, le taux d'emploi des 55-64 ans ayant un diplôme de niveau égal ou supérieur à bac + 2 était de 70,3 % contre 39,8 % pour les titulaires d'un CAP et les « sans diplôme » ;
- **Les non-salariés sont nettement surreprésentés parmi les 55 ans et plus :** ils sont 19 % chez les 55-64 ans : 19 %, contre 11,6 % pour l'ensemble des actifs. La hausse de la part d'emploi non salarié est particulièrement prononcée après 60 ans. Les non-salariés, qui ne sont pas exposés aux représentations négatives des employeurs, restent plus longtemps dans l'emploi et notamment les professions libérales ;
- **Le CDI demeure particulièrement la norme pour les seniors salariés,** avec un taux d'emploi à durée limitée plus faible que pour les autres tranches d'âge. L'allongement des carrières ne s'est donc pas accompagné d'une précarisation de l'emploi des seniors mais les embauches en CDD sont plus fréquentes que pour les autres tranches d'âge ;
- **Le travail à temps partiel est plus répandu** chez les seniors quel que soit le sexe (en 2017, 25,4 % de l'emploi des 55-74 ans contre 18,7 % pour l'ensemble des actifs occupés). Le recours au temps partiel est plus marqué pour les seniors cumulant emploi et (pré) retraite (63,2 % d'entre eux). La croissance du recours au temps partiel avec l'âge n'est pas propre à la France, mais il n'est en France « choisi » que pour 62 % des 55-64 ans.

Synthèse :

Globalement, **le taux d'emploi des seniors en France est inférieur à la moyenne observée dans l'Union européenne et dans l'OCDE.**

Avec la moitié des personnes de 55 à 64 ans en emploi, la France se situe, en 2016, plus de cinq points en dessous de la moyenne européenne (55,3 % pour l'Union européenne et 55,4 % pour la zone euro). Toutefois, un rattrapage des taux d'activité et d'emploi est en cours sous l'effet des réformes successives des retraites depuis le milieu des années 1990. La part des 65-74 ans en emploi est elle aussi en forte croissance depuis dix ans avec :

Tranches d'âges /Taux d'emploi	2006	2017
65 à 69 ans	2,4 %	6,6 %
70 à 74 ans	1,1 %	2,8 %

⁶¹ « Les seniors, l'emploi et la retraite », Emmanuelle Prouet et Julien Rousselon, France Stratégie, 1^{er} octobre 2018.

8.1.2 Le taux d'emploi des 65-69 ans et des plus de 70 ans

On a vu que, en France, en 2018, 6,5 % des 65-69 ans et 1,4 % des 70 ans et plus sont en emploi, contre un tiers des 60-64 ans. En outre, le taux d'emploi des 65-69 ans varie nettement entre hommes et femmes : il est de 7,8 % pour les hommes en France (17,2 % en UE et 33,4 % dans l'OCDE) contre 5,4 % pour les femmes (10 % en UE et 20,7 % dans l'OCDE).

L'appréciation des écarts avec les pays de l'UE doit néanmoins tenir compte du développement massif du temps de travail partiel dans certains pays (Pays-Bas, Suisse...) et du risque de pauvreté monétaire plus important lors du passage à la retraite (Suisse, Allemagne, Suède, Finlande), ce qui constitue une incitation à prolonger l'activité. Ainsi, alors qu'il se limite à 8,2 % pour la France, le taux de pauvreté monétaire chez les 65 ans et plus s'élève à 13,2 % en Finlande, 14,6 % en Suède, 18,2 % en Allemagne et 23,1 % en Suisse.

France Stratégie précise que la part des 65-74 ans en emploi est en forte croissance depuis dix ans, même si elle ne représente encore que 5 % de cette classe d'âge. C'est le taux d'emploi des 65-69 ans qui a le plus évolué en passant de 2,4 % en 2006 à 6,6 % en 2017. Celui des 70-74 ans a lui augmenté de 1,1 % à 2,8 %.

À noter que la part des personnes qui cumulent emploi et retraite est faible (environ 3 % des 65 à 69 ans).

Constats

□ **La part d'emploi non salarié est en hausse chez les 65-69 ans** : À partir de 60 ans, on observe une hausse de la part d'emploi non salarié. Ainsi, chez les 65-69 ans, plus de 40 % des emplois sont des emplois non-salariés (Insee, enquête Emploi 2016) contre environ 15 % pour les personnes de 50 ans.

□ **Les évolutions technologiques impactent l'emploi des 65 ans et plus** : les seniors sont particulièrement concernés par la question de l'inclusion numérique. Ainsi, en matière de pratique du numérique, plus de 40 % des 65 ans et plus se déclarent non-internautes (contre environ 20 % des 50-64 ans) et seuls 4 % d'entre eux environ se déclarent hyperconnectés (contre environ 12 % des 50-64 ans).

De plus, la proportion de personnes possédant des niveaux de compétences numériques de base décroît avec l'âge (il s'agit plus d'un effet de génération que d'un effet d'âge). En 2015, en France, 29 % des 65-74 ans ont un niveau de base ou supérieur en compétences numériques (contre 40 % des 55-64 ans et 82 % des 16-24 ans).

8.1.3 La situation de l'Ile-de-France

Le nombre de demandeurs d'emploi franciliens de 50 ans et plus a plus que doublé depuis 2008 (+160 %). Les seniors franciliens sont davantage touchés par le chômage de très longue durée que les autres actifs : plus de la moitié d'entre eux (52 %) sont inscrits à Pôle Emploi depuis trois ans ou plus. En nombre d'inscrits, les métiers regroupant le plus de demandeurs d'emplois seniors sont ceux d'agents d'entretien, de cadres commerciaux et d'assistantes maternelles.

Malgré tout, le taux d'emploi des seniors en Ile-de-France reste plus élevé que dans le reste du pays. Cet écart provient du fait que les actifs franciliens en emploi sont plus diplômés, plus souvent cadres, et sont entrés dans la vie professionnelle plus tardivement que les actifs provinciaux⁶².

Le décalage avec les autres régions s'explique aussi par l'impact des migrations résidentielles après le départ à la retraite. En effet, les seniors d'Ile-de-France perdant leur emploi ou prenant leur retraite auraient plus tendance à quitter l'Ile-de-France que ceux des autres régions. Dès lors, d'après l'Insee, les seniors restant en Ile-de-France auraient ainsi une probabilité plus grande d'être en emploi⁶³.

8.1.4 La perspective en Ile-de-France

« Selon le scénario retenu, l'Ile-de-France compterait à l'horizon 2035, entre 454 000 et 668 000 actifs de plus qu'en 2015. La population active francilienne serait donc comprise entre 6,64 millions (scénario bas) et 6,86 millions (scénario loi Grand Paris).

⁶² <https://www.defi-metiers.fr/dossiers/emploi-des-seniors-quels-enjeux-queelles-solutions>, janvier 2020.

⁶³ « Emploi : plus de travail pour les seniors en Ile-de-France », Adélaïde Hasl, Paris Job, 2019.

En 2035, un actif francilien sur dix aurait 60 ans ou plus, soit presque deux fois plus qu'en 2015. En effet, les seniors représentent la majorité des actifs supplémentaires entre 2015 et 2035 en Ile-de-France (la moitié selon le scénario loi Grand Paris, et 71 % selon le scénario bas). La part des 60-64 ans parmi l'ensemble de la population active atteindrait 7,2 % en 2035 quel que soit le scénario retenu, contre 4,2 % en 2015. Elle serait particulièrement élevée dans les Yvelines, les Hauts-de-Seine et le Val-de-Marne⁶⁴. »

« La croissance plus rapide de la population active dans le scénario loi Grand Paris est uniquement due aux migrations résidentielles dont l'impact (+ 0,21 % par an) est équivalent à celui des taux d'activité (+ 0,23 % par an). »

« C'est en petite couronne que la hausse serait la plus marquée, notamment en Seine-Saint-Denis. La croissance de la population active conduirait à davantage de déplacements domicile-travail en Ile-de-France, qui s'effectueraient probablement, encore plus qu'aujourd'hui en transports en commun.

La part des femmes dans la population active francilienne serait stable sauf à Paris où elle augmenterait⁶⁵. »

8.1.5 Les difficultés des seniors vis-à-vis de l'emploi

L'analyse qui précède suggère que la situation des seniors vis-à-vis de l'emploi n'est pas satisfaisante pour au moins trois raisons :

- ☐ Près de 50 % des seniors arrivent à l'âge de la retraite sans être en situation d'emploi ;
- ☐ La transition de l'emploi vers la retraite n'est pas toujours bien anticipée et/ou bien gérée ;
- ☐ Des seniors qui souhaiteraient prolonger leur vie professionnelle au-delà de l'âge de la retraite, soit par nécessité soit par intérêt pour leur activité professionnelle, ne peuvent le faire ou le faire dans de bonnes conditions.

Arriver à la retraite en situation d'emploi

Quatre freins principaux bien identifiés par France Stratégie⁶⁶ ont tendance à s'opposer au maintien des seniors dans leur emploi ou à la reprise d'un emploi pour ceux qui l'ont perdu :

- ☐ Le poids des représentations négatives liées à l'âge ;
- ☐ La perte d'adéquation des compétences ;
- ☐ L'état de santé ;
- ☐ Les conditions de travail difficiles, voire pénibles, sans aménagement de poste.

☐ **La reconnaissance des seniors dans le monde du travail**

Comme il a été indiqué dans le chapitre précédent, *« l'âge constitue ainsi, avec le sexe (NdR : et le handicap), le premier motif déclaré des expériences de discrimination liées au travail, loin devant l'origine ethnique »*.

Ceci est la conséquence de représentations sur le prétendu coût des seniors, leur productivité moindre ou leur « fragilité » supposée face aux contraintes du travail. Ces ressentis peuvent induire « une démotivation des seniors et un vécu plus difficile de leurs conditions de travail »⁶⁷.

Comme le fait remarquer France Stratégie, *« un âge plus avancé joue en défaveur du candidat à l'emploi, et il n'est pas anodin que cette perception soit commune aux employeurs, aux travailleurs et aux cabinets de recrutement »*, en soulignant que la France est particulièrement affectée par ce phénomène.

« Si le taux d'emploi des seniors s'est redressé, la transformation culturelle semble avoir peu progressé. La « préférence collective » des employeurs et des salariés pour les départs anticipés

⁶⁴ « Le nombre de seniors actifs franciliens pourrait doubler d'ici 2035 », Défi métiers, mai 2019 : <https://www.defi-metiers.fr/breves/le-nombre-de-seniors-actifs-franciliens-pourrait-doubler-dici-2035>.

⁶⁵ « Deux fois plus de seniors dans la population active francilienne à l'horizon 2035 », Insee Analyse Ile-de-France n° 95, avril 2019.

⁶⁶ Janvier 2020, <https://www.defi-metiers.fr/dossiers/emploi-des-seniors-quels-enjeux-queles-solutions>

⁶⁷ « 10^e Baromètre de la perception des discriminations dans l'emploi », Défenseur des droits, 2016 : https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/etudesresultats-oit-21.03.17-num_0.pdf

est toujours bien visible, et si les seniors sont souvent plus longtemps en emploi, l'idée que le déclin professionnel en milieu de vie est une donnée immuable semble encore très partagée. »

□ **La perte d'adéquation des compétences**

Les évolutions technologiques impactent l'emploi des seniors, et en particulier des 65 ans et plus. Ils sont particulièrement concernés par la question de l'inclusion numérique. Ainsi, plus de 40 % des 65 ans et plus se déclarent non-internautes (contre environ 20 % des 50-64 ans et moins de 1 % des 18-24 ans) et seuls 4 % d'entre eux environ se déclarent hyperconnectés (contre environ 12 % des 50-64 ans et 25 % des 18-24 ans).

De plus, la proportion de personnes possédant des niveaux de compétences numériques de base décroît avec l'âge (il s'agit plus d'un effet de génération que d'un effet d'âge). En 2015 en France, 29 % des 65-74 ans ont un niveau de base ou supérieur en compétences numériques (contre 40 % des 55-64 ans et 82 % des 16-24 ans).

Or, il n'est pas facile pour les seniors de remettre à jour leurs compétences par de la formation. En effet, l'accès à la formation décroît avec l'âge. À caractéristiques d'emploi identiques, les plus de 50 ans se forment moins que leurs cadets, leur taux d'accès fléchissant nettement après 55 ans. De plus, « les seniors sont moins nombreux à tenter un diplôme ou un titre reconnu au cours de leur carrière ».

En outre, les caractéristiques de l'employeur et de l'emploi occupé (secteur d'activité, taille d'entreprise...) jouent un rôle : appartenir à la catégorie cadre ou profession intermédiaire, posséder un niveau de diplôme élevé, ou travailler dans une grande entreprise ou dans le secteur public augmentent les chances de bénéficier d'une formation professionnelle⁶⁸.

□ **Un état de santé déficient**

Les seniors qui ont été durablement exposés à des pénibilités physiques au cours de leur carrière sont moins souvent en emploi. Ainsi, les personnes de 50 à 59 ans, qui ont été durablement exposées à des pénibilités physiques (travail de nuit, travail répétitif, travail physiquement exigeant, produits nocifs ou toxiques) :

- sont moins souvent en bonne santé,
- sont également moins souvent en emploi après 50 ans, notamment après un cumul de pénibilités physiques : 68 % des personnes exposées à au moins une pénibilité et 62 % de celles exposées à au moins trois pénibilités sont en emploi après 50 ans contre 75 % de celles qui n'ont pas été exposées ou qui l'ont été moins de quinze ans⁶⁹.

Plus généralement, une santé altérée est défavorable au maintien dans l'emploi. Or, près de 42 % des actifs d'au moins 50 ans se déclarent en mauvaise santé, contre 27 % de l'ensemble des actifs. Pourtant, les actifs à la santé altérée qui restent en emploi connaissent plus souvent que les autres des changements favorables dans leur environnement familial et social⁷⁰.

Les conditions de travail peuvent influencer sur l'état de santé, mais aussi, à état de santé donné, sur la capacité à exercer son métier.

« S'agissant plus particulièrement des seniors, ils ne sont pas exposés à des conditions de travail plus difficiles que les autres actifs. Par rapport à l'ensemble des actifs, les 55 ans et plus subissent un peu moins de contraintes physiques [...] sont également moins confrontés aux horaires atypiques, sont soumis à des rythmes de travail moins contraignants, et disposent de plus d'autonomie dans le travail. En revanche, ils déclarent moins de possibilités d'apprendre et une exposition aussi forte aux contraintes de moyens. »

« Mais les personnes... qui ont été durablement exposées à des pénibilités physiques sont moins souvent en bonne santé et également moins souvent en emploi après 50 ans, notamment quand elles ont cumulé plusieurs facteurs de pénibilité. »

⁶⁸ « Formation professionnelle : quels facteurs limitent l'accès des salariés seniors ? », Dares n° 31, juin 2016 : <https://dares.travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/2016-031.pdf>

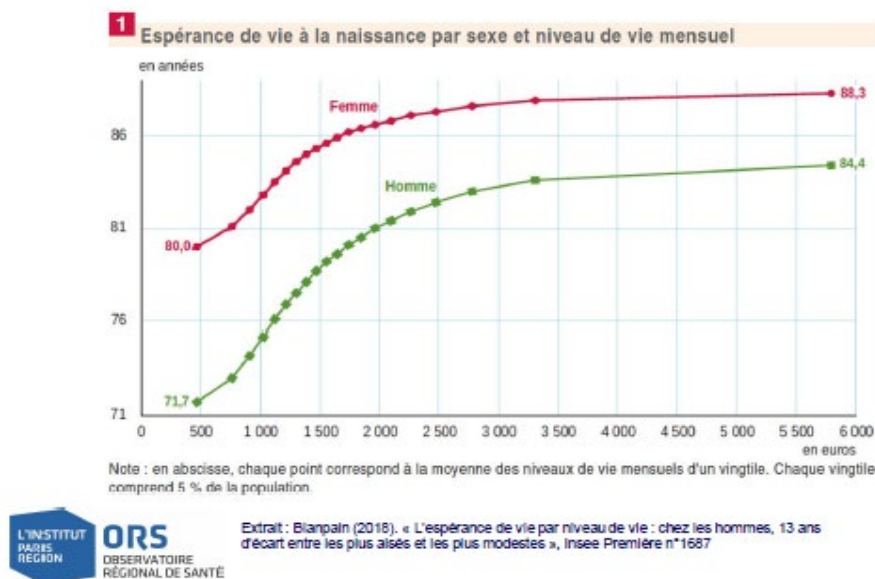
⁶⁹ Enquête « Santé et itinéraire professionnel », Dares, mars 2011 : <https://dares.travail-emploi.gouv.fr/dares-etudes-et-statistiques/enquetes/article/sante-et-itineraire-professionnel-sip>

⁷⁰ « Le devenir professionnel des actifs en mauvaise santé », Dares, septembre 2015 : <https://dares.travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/2015-068.pdf>

« Deux facteurs de pénibilité sont particulièrement corrélés à la perception d'un problème de soutenabilité de l'emploi : les postures physiques (surtout chez les hommes) et les horaires de travail (surtout chez les femmes). »

Rappelons enfin, comme le montre la figure ci-dessous⁷¹, l'écart considérable d'espérance de vie en fonction du niveau de revenu des personnes, un travail plus qualifié et un niveau de diplôme plus élevé entraînant une espérance de vie très significativement plus élevée.

Des différences d'EV considérables selon le niveau de vie



□ Le manque de postes de travail adaptés

Les conditions de travail difficiles, voire pénibles, sans aménagement de poste découragent également le maintien en emploi.

Dans ce domaine, selon Jean-Paul Charlez, président de l'Association nationale des DRH, « *un peu plus de la moitié des entreprises (51 %) n'ont pas d'actions spécifiques sur l'emploi des seniors. Mais des pratiques existent pour les maintenir au travail : mesures ponctuelles, individuelles, adaptation de poste à la demande de la médecine du travail, flexibilité de l'organisation du temps de travail sous forme de temps partiel, départ progressif, télétravail...* ».

« *Les entreprises ne font pas rien, sauf peut-être les plus petites, et la situation varie selon les secteurs. Ainsi, 36 % déclarent prendre des mesures favorisant l'employabilité et l'accès à la formation des seniors. Mais quand il y a des tensions économiques, cette catégorie sort du viseur, qu'il s'agisse de formation, d'augmentation salariale au mérite ou d'évolution professionnelle. Il n'y a pas de réelle prise de conscience. Elles n'ont pas réfléchi à ce qu'elles devaient faire avec les salariés qui ont encore dix ans de travail avant la retraite* »⁷².

Le maintien dans l'emploi

Dans le privé, un actif sur deux qui part en retraite n'est déjà plus en emploi, parce qu'il est au chômage, en inaptitude ou en inactivité. Si le taux d'emploi des 50-54 ans se maintient à la hauteur des plus jeunes (80,5 %), il tombe à 72,1 % pour les 55-59 ans, et chute carrément à 31 % pour les 60-64 ans.

⁷¹ Audition ORS, Mmes Grémy et Laborde.

⁷² « Le maintien des seniors en poste passe par davantage de transparence », *Le Monde*, Propos recueillis par Anne Rodier, publié le 21 novembre 2019, https://www.lemonde.fr/economie/article/2019/11/21/le-maintien-des-seniors-en-poste-passe-par-davantage-de-transparence_6019999_3234.html

C'est désormais plutôt autour de 60-62 ans que le taux d'emploi tend à baisser, alors que pendant longtemps le cap des 60 ans est apparu comme une norme de cessation d'emploi. On a vu que le taux de chômage des femmes est nettement inférieur à celui des hommes pour les 50-54 ans et 55-59 ans. L'écart se creuse pour les plus de 60 ans, avec 2,9 points d'écart entre hommes et femmes pour les 60-64 ans et 2,3 points d'écart pour les 65-69 ans⁷³.

Age	50-54 ans		55-59 ans		60-64 ans		65-69 ans	
Année	2008	2015	2008	2015	2008	2015	2008	2015
Femmes	4,7	6,1	3,9	7	2,8	5,7	2,3	1,9
Hommes	4,4	7,3	4,3	7,5	3,8	8,6	2,5	4,2

Le défi principal du maintien dans l'emploi est de valoriser l'allongement de la vie professionnelle des seniors peu qualifiés, en leur offrant des emplois de qualité.

Le retour à l'emploi

Lorsqu'ils sont au chômage, les seniors font face à de plus grandes difficultés de retour à l'emploi. Ainsi, en 2016, seuls 1,6 % des plus de 50 ans inscrits à Pôle Emploi en sont sortis pour reprise d'emploi le mois suivant, contre 3,7 % chez les 25-49 ans.

Deux populations sont particulièrement concernées :

- ☐ Les travailleurs découragés : leur part chez les seniors français est néanmoins plus faible en moyenne qu'en Europe ou dans l'OCDE en raison notamment d'un fort filet de protection sociale (reconnaissance comme chômeur, poursuite de la recherche d'emploi...) ;
- ☐ Les seniors sans emploi ni retraite (NER) : en 2015, 1,4 million de personnes âgées de 55 à 64 ans — soit 11 % des personnes de cette tranche d'âge — ne perçoivent ni revenu d'activité ni pension de retraite, qu'elle soit de droit direct ou de réversion.

Ces seniors n'ayant ni emploi ni retraite (NER) sont en majorité des femmes. Ils sont en moins bonne santé et moins diplômés que les autres seniors. Ils sont aussi plus éloignés du marché du travail que les personnes de 25 à 52 ans sans emploi. Leur taux de pauvreté atteint 32 %, contre 7 % pour les seniors en emploi ou à la retraite. Les redistributions réduisent le nombre de seniors NER pauvres de 30 %, comme pour les autres seniors. En l'absence de ces transferts sociaux et fiscaux, presque un senior sans emploi ni retraite sur deux serait pauvre⁷⁴.

La mobilité professionnelle des actifs en fin de carrière

Les transitions hors du chômage sont plus souvent des mobilités « descendantes » (passage à une CSP de salaire moyen inférieur) que des mobilités « ascendantes »⁷⁵.

La mobilité des salariés d'une entreprise à l'autre baisse de façon continue avec l'âge :

- ☐ « Les emplois précaires se concentrent sur les individus en début de carrière, leur diminution au-delà de ce début de carrière fait diminuer le changement d'entreprise lié à cette précarité ;
- ☐ Les entreprises manifestent des réticences à embaucher des salariés âgés, même lorsqu'elles éprouvent des difficultés générales de recrutement ;
- ☐ Les seniors eux-mêmes en poste, anticipant ces difficultés, pratiquent une mobilité volontaire sans doute moindre ;
- ☐ Une partie d'entre eux s'installent dans un chômage de longue durée ou cessent la recherche active d'un emploi compte tenu des difficultés rencontrées sur le marché du travail ».

« De plus, les changements de qualification et les chances de promotion sont plus rares pour les salariés âgés, les employés sont ainsi favorisés par rapport aux ouvriers. Travailler à temps partiel

⁷³ « L'emploi des seniors », CESE, avril 2018, Alain Cordesse, rapporteur au nom de la section travail et emploi.

⁷⁴ « Un tiers des seniors sans emploi ni retraite vivent en dessous du seuil de pauvreté », Aurélien D'Isanto, Jérôme Hananel, Yoann Musiedlak, Études et Résultats, n° 1079, septembre 2018.

⁷⁵ « Les seniors, l'emploi et la retraite », Emmanuelle Prouet et Julien Rousselon, France Stratégie, 1^{er} octobre 2018.

ou avoir un emploi intermittent constitue en revanche un frein à la promotion, toutes choses étant égales par ailleurs. Les femmes sont également désavantagées »⁷⁶.

La transition pleine activité — pleine retraite

« La transition de l'emploi à la retraite reste précoce et problématique pour de nombreux seniors en France ». En effet, « entre 2008 et 2011, seuls 55 % des seniors sont passés directement de l'emploi à la retraite en France. Les autres ont connu à la fin de leur carrière des périodes de non-emploi, souvent de longue durée »⁷⁷.

« Lorsque l'épanouissement que procure un travail intéressant et socialement gratifiant l'emporte sur la pénibilité physique ou mentale qui lui est attachée, le désir de s'y maintenir jusqu'à un âge avancé, au-delà de l'âge moyen de la retraite, tend à s'imposer », phénomène que l'on observe plus souvent dans les CSP supérieures, qui ont souvent bénéficié de meilleures conditions de travail et qui peuvent tirer parti d'un niveau de compétences élevées, et/ou dans les professions indépendantes (médecins, avocats) qui ne sont pas soumises à un âge plafond (contrairement aux salariés et assimilés).

Les principales motivations de départ à la retraite évoquées par les fonctionnaires et salariés du privé partis à la retraite entre juillet 2015 et juin 2016 sont : « profiter de sa retraite le plus longtemps possible, atteindre l'âge légal d'ouverture des droits à la retraite et bénéficier du taux plein ». Par rapport à 2014, les deux premiers motifs ont gagné en importance »⁷⁸.

Au-delà d'une simple référence administrative, l'âge légal de la retraite est aussi un droit de « retraiter sa vie » et de pouvoir mener des activités épanouissantes pour la personne sans avoir la nécessité de travailler. En cela aussi, la retraite est une expression de la solidarité nationale. L'augmentation du souhait de « profiter de la retraite le plus longtemps possible » montre que cette conception est de plus en plus partagée.

8.2 Les Perspectives

L'état des lieux qui vient d'être dressé fait apparaître que, pour améliorer la situation des seniors vis-à-vis de l'emploi, trois axes de progrès principaux se dégagent :

- ☐ Augmenter le nombre de ceux qui seront effectivement en situation d'emploi au moment de la retraite :
 - qu'il s'agisse de permettre à ceux qui ont un emploi de le conserver,
 - ou de permettre à ceux qui l'ont perdu d'en retrouver un.
- ☐ Permettre à ceux qui souhaitent travailler au-delà de la retraite, soit par nécessité soit par intérêt pour leur activité professionnelle, de le faire dans de bonnes conditions ;
- ☐ Améliorer la transition de l'emploi vers la retraite.

Actuellement⁷⁹ :

- ☐ Un peu plus de la moitié des entreprises (51 %) n'a pas d'actions spécifiques sur l'emploi des seniors. Mais des pratiques existent pour les maintenir au travail : mesures ponctuelles, individuelles, adaptation de postes à la demande de la médecine du travail, flexibilité de l'organisation du temps de travail sous forme de temps partiel, départ progressif, télétravail... ;
- ☐ Seules 20 % des entreprises mettent en place des mesures pour favoriser le recrutement des seniors ;

⁷⁶ « La mobilité professionnelle à travers les âges », Frédéric Laine, *Gérontologie et Société* n° 27, 2004, <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2004-4-page-131.htm>

⁷⁷ « Vieillesse et politique de l'emploi : France 2014 — mieux travailler avec l'âge », OCDE, 2014, https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/vieillesse-et-politiques-de-l-emploi-france-2014_9789264206847-fr#page1

⁷⁸ « Profiter de la retraite le plus longtemps possible motive les départs encore plus que par le passé », Drees, *Études & Résultats*, décembre 2017 : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/profiter-de-la-retraite-le-plus-longtemps-possible-motive-les-departs-encore>

⁷⁹ « Le maintien des seniors en poste passe par davantage de transparence », *Le Monde*, Propos recueillis par Anne Rodier, publié le 21 novembre 2019, https://www.lemonde.fr/economie/article/2019/11/21/le-maintien-des-seniors-en-poste-passe-par-davantage-de-transparence_6019999_3234.html

- 36 % déclarent prendre des mesures favorisant l'employabilité et l'accès à la formation des seniors. Mais quand il y a des tensions économiques, cette catégorie sort du viseur, qu'il s'agisse de formation, d'augmentation salariale au mérite ou d'évolution professionnelle.

8.2.1 Arriver à la retraite en situation d'emploi

La reconnaissance des seniors dans le monde du travail

Le CESE⁸⁰ émet trois grandes recommandations pour lutter contre ces stéréotypes liés à l'âge :

- Organiser des campagnes d'information auprès des employeurs et des salariés, par exemple au niveau des branches, des secteurs ou des plateformes régionales de ressources humaines de la fonction publique, sur la question de la gestion de l'intergénérationnel et la valorisation d'expériences réussies concernant le maintien des seniors dans l'emploi, leur recrutement et leur intégration dans les collectifs de travail ;
- Décliner cette campagne en faveur du maintien dans l'emploi des seniors dans les établissements d'enseignement supérieur et les écoles de formation du service public, et vis-à-vis des encadrants de proximité ;
- Faire que les acteurs du recrutement s'inspirent et complètent la « charte du recrutement responsable » conçue par la branche Syntec dont *« le but avéré est de garantir aux candidats des pratiques responsables, respectueuses et inscrites dans la tolérance en parfaite cohérence avec les règles définies par le Défenseur des Droits »*.

L'information des salariés paraît particulièrement importante car ils méconnaissent souvent les différents aspects de leur situation d'emploi et des leviers correspondants. Dans cette optique, la Commission pour l'avenir des retraites avait proposé en 2014 la création d'un observatoire de l'emploi des seniors⁸¹.

En ce qui concerne les contenus, un certain nombre de préjugés défavorables à l'embauche des seniors semble pouvoir être aisément combattu.

Ainsi :

- *« Si la retraite du salarié senior est plus proche, sa probabilité de quitter l'entreprise pour une autre est plus faible, ce qui relativise fortement les différences d'horizon temporel à l'embauche ;*
- *Le fait d'avoir travaillé dans plusieurs organisations ou tout simplement l'expérience de la vie peuvent être considérés comme des facteurs d'adaptabilité ;*
- *Les générations actuelles de seniors maîtrisent beaucoup mieux l'informatique que par le passé ;*
- *Nombreux sont les domaines où la clientèle, elle-même d'un certain âge, verra dans son interlocuteur senior un gage de respectabilité, voire une plus grande facilité à échanger et à se comprendre. »*

Le CESE précise que l'action pour le maintien en emploi des seniors constitue une contribution essentielle à la lutte contre les stéréotypes.

En matière de recrutement, l'utilisation de progiciel de gestion du recrutement n'est pas favorable aux seniors, dont les diplômes sont anciens et les qualités liées à leur expérience et à la richesse de leur parcours professionnel sont difficilement formalisables⁸².

La méthode de recrutement par simulation, qui consiste à sélectionner directement sur des tests d'aptitude, limitant ainsi l'impact des préjugés, est à l'inverse recommandée⁸³.

⁸⁰ « L'emploi des seniors », CESE, avril 2018, Alain Cordesse, rapporteur au nom de la section travail et emploi.

⁸¹ « Les seniors, l'emploi et la retraite », Emmanuelle Prouet et Julien Rousselon, France Stratégie, 1^{er} octobre 2018.

⁸² « Outils informatiques de gestion de recrutement et standardisation des façons de recruter », Fondev Y. et Lhermitte F., Document de travail, CEE, avril 2013.

⁸³ « Retour à l'emploi des seniors au chômage », Daniel C., Eslous L. et Karvar A., recommandation n° 7 ; OCDE (2018), « Principales politiques pour promouvoir l'allongement... ».

La perte d'adéquation des compétences

La formation est bien sûr le meilleur moyen de palier la perte de compétence que peuvent connaître les seniors face à l'accélération de l'évolution des métiers, des savoirs et des pratiques managériales. Pour ce faire :

- ☐ L'accès à la formation doit s'opérer d'autant plus tôt que les salariés sont peu qualifiés. La frontière des 50 ans, voire celles des 45, s'avère beaucoup trop tardive pour bon nombre d'entre eux ;
- ☐ Il faut envisager de modifier certaines de ces caractéristiques pour qu'elles s'adaptent aux problématiques des seniors et ce bien avant qu'ils aient 50 ans⁸⁴.

Sur ce thème, la Région Ile-de-France finance des dispositifs de formations qualifiantes pour favoriser le retour à l'emploi des seniors :

- ☐ Programme régional de formation pour l'emploi ;
- ☐ Programme régional qualifiant compétences.

Ces deux programmes visent à l'obtention d'une certification reconnue par l'État.

La Région soutient aussi plusieurs projets comme « Nov'essor » (coaching auprès des seniors) ou « Label Emploi 45 + » (accompagnement individuel renforcé) mais aussi du Conservatoire national des arts et métiers (CNAM) dans ses actions de formation pour les seniors engagés dans une reconversion ou une spécialisation professionnelle en fin de carrière.

Ainsi, la participation financière de la Région en faveur de la formation pour l'emploi des seniors représente un montant de 364 000 €.

Le manque de postes de travail adaptés

Dans l'interview déjà citée, Jean-Paul Charlez, président de l'Association nationale des DRH, recommande :

- ☐ De créer un référent spécifique à l'image du référent handicap, qui permettrait de libérer la parole sur des sujets tabous ;
- ☐ De renchérir le coût des départs des 58-65 ans et faciliter leur recrutement et leur maintien en emploi. Actuellement, seules 20 % des entreprises mettent en place des mesures pour favoriser le recrutement des seniors.

Pour l'adaptation des postes de travail, il est recommandé⁸⁵ :

- ☐ Pour éviter un cloisonnement, de concevoir des postes, non pas spécifiques pour les seniors mais qui sont la conséquence d'une amélioration des conditions de travail pour tous ;
- ☐ De généraliser des actions déjà existantes et/ou conçues pour un cas particulier et qui donnent satisfaction.

Le télétravail peut également être utilisé pour faciliter la prestation de travail, notamment en réduisant les contraintes de déplacements ⁸⁶.

Une attention particulière doit être accordée à la situation des personnes qui sont dans l'obligation de continuer à travailler au-delà de l'âge légal de la retraite, soit par besoin financier immédiat, soit parce que le montant de leur retraite est insuffisant pour leur assurer des conditions de vie acceptables. C'est notamment le cas des personnes ayant des emplois peu qualifiés, habitant loin de leur lieu de travail et ne disposant pas de moyen propre de transport, la longueur du trajet devenant avec l'âge un facteur supplémentaire de pénibilité.

⁸⁴ « Former les seniors, un objectif à reformuler », Céreq Bref n° 278, septembre 2010, <https://www.cereq.fr/sites/default/files/2018-09/f140d70739d83ccff006f601acc9533f.pdf>

⁸⁵ « Conditions de travail et maintien en emploi des seniors : enjeux d'un « décloisonnement » des approches et des pratiques. Quelques enseignements issus de monographies d'entreprises françaises », Catherine Delgoulet, Serge Volkoff, Laurent Caron, Fabienne Caser, Annie Jolivet et Laurence Théry, Relations industrielles / Industrial Relations, vol. 69, n° 4, 2014, p. 687-708.

⁸⁶ « Les seniors, l'emploi et la retraite », Emmanuelle Prouet et Julien Rousselon, France Stratégie, 1^{er} octobre 2018.

Un état de santé déficient

L'espérance de vie augmente mais l'espérance de vie en bonne santé diminue. Il faut donc apporter une attention particulière à la santé au travail, en particulier si l'on souhaite travailler à un âge plus avancé ou si on y est contraint par la nécessité.

« Les politiques d'amélioration des conditions de travail ont vocation à s'appliquer également en amont des fins de carrière, tout au long de la vie active. Dans cette optique, l'ANACT (Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail) s'attache notamment à promouvoir une prévention de l'usure professionnelle sur l'ensemble des carrières. De même, le plan Santé au travail 3 (2016-2020) vise à « l'appropriation effective par tous les acteurs d'une culture de la prévention primaire » avec comme deuxième axe stratégique : améliorer la qualité de vie au travail, levier de santé, de maintien en emploi des travailleurs et de performance économique et sociale de l'entreprise. »

Dans cette optique, « un « compte personnel de prévention de la pénibilité » (C3P) a été créé par la loi du 10 janvier 2014. Alors que les dispositifs antérieurs concernaient la situation de personnes souffrant déjà d'une incapacité avant l'âge de la retraite, le C3P a entendu prendre en compte l'impact à venir de l'exposition aux risques sur la santé et l'espérance de vie des salariés du secteur privé. Les points accordés au titre de l'exposition pendant toute la carrière de chaque salarié ouvrent droit à une réorientation professionnelle (par la formation), un passage à temps partiel en fin de carrière ou une retraite anticipée, le financement s'effectuant via des cotisations additionnelles dues par l'employeur en fonction du nombre de salariés exposés. Le dispositif a été modifié par les ordonnances du 22 septembre 2017 relatives au dialogue social et transformé en « compte professionnel de prévention (C2P) ».

Au-delà, le CESE :

- ☐ Souligne l'importance des démarches de prévention des risques professionnels pour permettre aux personnes de demeurer en bonne santé et intégrées dans l'emploi tout au long de leur carrière ;
- ☐ Invite les branches à se saisir des sujets des conditions de travail et de la qualité de vie au travail, en intégrant l'expérience et les compétences des seniors pour les améliorer ;
- ☐ Préconise aux branches professionnelles et aux entreprises, qui sont concernées par les facteurs de risques professionnels, de travailler pour agir sur la pénibilité et de prévoir des accords d'aménagement de l'organisation du travail ;
- ☐ Préconise que les branches professionnelles identifient les emplois de reconversion envisageables et les formations correspondantes le cas échéant nécessaires, par bassins d'emplois et secteurs d'activité.

Enfin, la médecine du travail, actuellement en grande difficulté car délaissée par les jeunes médecins, devrait avoir un rôle important pour aider les seniors à arriver en bonne santé à l'âge de la retraite, en particulier par des actions de prévention qui font l'objet du chapitre 9 du présent rapport.

8.2.2 Le maintien dans l'emploi et le retour à l'emploi :

Les politiques publiques privilégient désormais l'encouragement des entreprises à prendre en compte les problématiques des seniors dans le cadre de la GPEC, en mettant l'accent sur l'amélioration des conditions de travail.

Après la suppression des préretraites, les pouvoirs publics ont fait le choix de politiques visant à encourager l'augmentation du taux d'emploi des seniors. Des dispositifs de différentes natures, spécifiques aux seniors, ou comportant des dispositions particulières pour les salariés plus âgés, ont été mis en place. Mais la plupart ont progressivement été abandonnés ou restreints, faute d'un impact jugé suffisant ou se sont avérés être très peu utilisés pour les seniors. Il s'agit de :

- ☐ La contribution Delalande, supprimée au 1^{er} janvier 2008 ;
- ☐ L'aide différentielle de reclassement (2006-2015) ;
- ☐ Les contrats aidés, développés depuis les années 1990 ;
- ☐ Le contrat de professionnalisation, introduit en 2008 ;

- ☐ Le contrat de génération (2012-2018) ;
- ☐ Le CDD senior, introduit en 2015.

Compte tenu des résultats décevants des différents dispositifs qui ont été essayés depuis une trentaine d'années (voir ci-dessous), les pouvoirs publics privilégient désormais la négociation, obligatoire depuis 2003 au niveau des branches et des entreprises. Ses modalités ont beaucoup évolué au cours du temps mais les diverses évaluations ont conduit à un bilan mitigé. Les ordonnances de septembre 2017 maintiennent une obligation générale de négocier sur les conditions de travail et la GPEC dans les branches et pour les entreprises de 300 salariés et plus. Mais il n'y a aucune obligation que cette négociation porte « sur l'emploi des salariés âgés et la transmission des savoirs et des compétences, [...] et l'amélioration des conditions de travail des salariés âgés »⁸⁷.

Il semble que cette obligation de négocier soit plus efficace pour lutter contre les discriminations dans l'emploi que sur le retour à l'emploi des seniors⁸⁸.

Dans la même optique, le CESE fait les préconisations suivantes :

- ☐ Engager des négociations dans la fonction publique sur la seconde partie de carrière ;
- ☐ Créer un dispositif national d'appui à la négociation de mesures actives en faveur de la gestion des âges.

Divers dispositifs ont néanmoins été proposés récemment :

- ☐ Considérant l'urgence sociale, le CESE recommande « *la mise en place, en faveur des seniors demandeur.euse.s d'emploi âgé.e.s de 57 ans et plus, d'un contrat de travail permettant, avec une incitation financière pour l'employeur.e, le retour dans l'emploi jusqu'à l'acquisition des droits à une retraite à taux plein* ».
- ☐ L'Institut Montaigne propose de créer une prime « maintien d'emploi » pour les seniors retardant leur départ à la retraite : « Cette mesure consisterait à verser une prime au salarié qui continuerait de façon volontaire à travailler alors qu'il a atteint l'âge de la retraite. Il conserverait son salaire et l'entreprise verrait quant à elle le coût du salaire chargé diminuer de 20 % (par exemple avec une exonération de cotisations sociales chômage et retraite et l'application d'un taux réduit sur d'autres postes de charge)⁸⁹. »

Il faut mentionner ici que des dispositifs de cette nature existent et fonctionnent déjà sur des champs restreints. Il s'agit :

- ☐ Dans l'enseignement supérieur, des professeurs associés détachés à temps partiel et pour une durée de trois ans renouvelables une fois par une entreprise en milieu universitaire, enseignants plus connus sous le nom de « PAST » (professeur associé en service temporaire) ;
- ☐ Des personnels d'entreprise bénéficiant en fin de carrière d'une convention de mécénat.

Le rapport Bellon ajoute les recommandations suivantes :

- ☐ Intégrer aux lignes directrices du reporting extra-financier des entreprises une incitation à publier des items relatifs à l'emploi des travailleurs expérimentés ;
- ☐ Encourager la systématisation de critères relatifs à l'inclusion des travailleurs expérimentés et à la dynamique intergénérationnelle dans les « labels diversité ».

Un autre angle concerne l'amplification de l'accompagnement des salariés. Dans ce domaine, le CESE recommande de :

- ☐ Intégrer des mesures actives d'accompagnement des salariés seniors dans le cadre du congé de mobilité ;

⁸⁷ Art. L. 2242-21 du Code du travail.

⁸⁸ « L'incitation à négocier en faveur de l'emploi des seniors. Un instrument efficace ? », Caser F. et Jolivet A., *La revue de l'IRES* n° 80, 2014/1, p. 27 à 48.

⁸⁹ « Emploi des seniors : levier de croissance et bien-être », Institut Montaigne, juillet 2015, https://www.institutmontaigne.org/ressources/pdfs/publications/emploi_des_seniors.pdf

- Promouvoir une culture de la formation tout au long de la vie en s'appuyant sur l'entretien professionnel ;
- Développer la certification Cléa dans les branches professionnelles en vue d'une meilleure reconnaissance des qualifications ;
- Accroître la reconnaissance des qualifications et la formation certifiante dans des activités employant très majoritairement des femmes.

Là encore, la mise en place de dispositifs permettant d'identifier les bonnes pratiques des entreprises et de les diffuser aux directions d'entreprises ainsi qu'aux salariés est recommandée. *« Le guide pratique intergénérationnel pour les entreprises actuellement élaboré par la DGEFP en constitue un exemple.⁹⁰ »*

Il est important de prendre en compte que *« les aménagements de poste ou de conditions de travail, plus encore que les changements de poste, sont corrélés au maintien dans l'emploi : parmi les seniors en emploi en 2006 avec un état de santé dégradé, 85 % étaient encore en emploi en 2010 ; cette proportion s'élevait à 90 % pour ceux qui avaient changé de poste ou de métier entre 2006 et 2010, et à 95 % pour ceux qui avaient bénéficié sur la période d'aménagements de poste ou de conditions de travail.*

Au-delà, le maintien dans l'emploi est corrélé au sentiment de satisfaction professionnelle, faisant aussi intervenir des éléments de qualité de vie. Une comparaison européenne menée en 2013 indique que les indices de satisfaction professionnelle les plus élevés chez les 50-64 ans sont enregistrés au Danemark, en Norvège, en Suisse, en Islande et en Finlande, qui sont tous des pays à haut taux d'emploi des seniors ».

Enfin, en matière de mobilité professionnelle des actifs en fin de carrière, le CESE recommande de mieux accompagner les transitions professionnelles :

- Généraliser le recours au conseil en évolution professionnelle dans le cadre d'un accueil et d'un suivi présents des demandeurs d'emploi de plus de 50 ans par Pôle Emploi ;
- Mieux informer sur les droits et les conditions de départ à la retraite tout au long de la carrière professionnelle. Généraliser les ateliers d'information des demandeurs d'emploi organisés par Pôle Emploi et les CARSAT ;
- Inciter à la négociation d'accords d'aménagements de fin de carrière au niveau des branches et des entreprises en garantissant le maintien des cotisations retraites sur la base d'un taux plein, et en intégrant les dimensions de transmission intergénérationnelle des savoirs ainsi que la situation des femmes.

8.2.3 La Transition pleine activité — pleine retraite

Début 1981, l'âge moyen de départ à la retraite était de 61 ans, avec une espérance de vie moyenne inférieure à 70 ans. En 2016, l'âge moyen de départ à la retraite est de 62 ans et 10 mois avec une espérance de vie de 80 ans. Il est donc clair que cette question a une dimension économique et qu'elle ne se posera donc pas de la même manière en 2030-2050.

Il est dès lors probable qu'on s'oriente vers un allongement de la durée de vie au travail lié à des données économiques et démographiques d'où la question : comment le faire dans les conditions les plus décentes possibles ?

Or, la retraite progressive et le cumul emploi-retraite sont largement plébiscités. Créés ou refondus à l'occasion de la réforme des retraites de 2003, ces deux dispositifs ont pour objectif de donner plus de liberté de choix dans l'âge de départ. La retraite progressive entend favoriser une transition douce via une modulation du temps de travail mais sans forcément prolonger la durée d'activité.

Cependant, en pratique, ces dispositifs d'une part n'existent pas dans la fonction publique et d'autre part ne connaissent pas encore un franc succès. Pour les promouvoir, un dispositif simple serait qu'ils permettent à l'avenir d'obtenir des points supplémentaires, ce qui n'est pas le cas actuellement pour un cumul emploi-retraite.

⁹⁰ « Les seniors, l'emploi et la retraite », Emmanuelle Prouet et Julien Rousselon, France Stratégie, 1^{er} octobre 2018.

En matière de fins de carrière, sont notamment disponibles aujourd'hui dans les entreprises des outils relatifs aux aménagements du temps de travail. La législation permet notamment pour un salarié travaillant à temps partiel de surcotiser sur la base d'une rémunération à temps plein avec l'accord de son employeur qui devra également surcotiser sur sa propre part. L'employeur peut également prendre en charge la part salariale (art. L. 241-3-1 du Code de la sécurité sociale).

Par ailleurs, la retraite survient le plus souvent à un moment où la personne n'a pas perdu son utilité sociale, bien au contraire, et est à son maximum d'expérience et peut-être même de compétences. Il serait donc utile et intéressant de concevoir et mettre en place une mission nationale d'utilité publique de transferts de compétence qui serait le reflet d'un nouveau regard consensuel porté sur les personnes âgées.

Ces transferts pourraient par exemple prendre la forme de mentorats de jeunes par de seniors, qui pourraient donner des bonifications sur la retraite en particulier lorsque celle-ci est peu élevée.

Les principales mesures de politique publique récentes ayant un impact sur l'activité des seniors⁹¹

De nombreuses mesures de politique publique ayant un impact sur le taux d'activité des seniors ont été prises en 1993, puis depuis 2003, notamment dans le cadre des lois réformant les retraites et des lois de financement de la sécurité sociale (LFSS). Ces mesures ont eu pour but principal le recul de l'âge de départ à la retraite (tout en ouvrant des marges de choix et en prenant en compte les carrières longues et les contraintes de pénibilité), ainsi qu'à restreindre les dispositifs encourageant les cessations anticipées d'activité.

A — Mesures visant à retarder l'âge de départ à la retraite et à favoriser le cumul emploi-retraite :

- Allongement progressif de 37,5 à 40 années entre 1994 et 2004 de la durée de cotisation nécessaire pour bénéficier d'une retraite à taux plein pour les salariés du privé et les indépendants et instauration d'une décote de 9 % par année manquante (réforme des retraites de 1993) ;
- Allongement progressif de 37,5 à 40 années entre 2004 et 2008 de la durée de cotisation nécessaire pour bénéficier d'une retraite à taux plein pour les salariés de la fonction publique puis à 41 ans pour tout le monde entre 2008 et 2012 (réforme des retraites de 2003) ;
- Règle explicite de dépendance aux gains d'espérance de vie de la durée de cotisation nécessaire pour le taux plein (réforme des retraites de 2003), entraînant le passage à 41 ans et 1 trimestre pour les générations nées en 1953 et 1954 ;
- Réduction progressive du taux de décote (5 % à partir de la génération 1953) et instauration progressive de la décote dans la fonction publique ; création d'une surcote en cas de départ à la retraite au-delà de l'âge d'obtention du taux plein (3 % supplémentaire relevé progressivement à 5 % à compter de 2009) (réforme des retraites de 2003) ;
- Assouplissement des règles régissant le cumul emploi retraite et la retraite progressive (réforme des retraites de 2003) ;
- Âge de la mise à la retraite d'office repoussé de 60 à 65 ans (réforme des retraites de 2003), puis à 70 ans (LFSS 2009) ;
- Relèvement progressif de 60 à 62 ans de l'âge légal d'ouverture des droits à la retraite entre mi-2011 et début 2017 (réforme des retraites de 2010) ;
- Relèvement progressif de 65 à 67 ans de l'âge de départ à taux plein quelle que soit la durée de cotisation (réforme des retraites de 2010) ;
- Allongement progressif de la durée de cotisation nécessaire pour bénéficier d'une retraite à taux plein jusqu'à 43 années pour les générations nées à partir de 1973 (réforme des retraites de 2013).

B — Mesures sur les cessations anticipées d'activité :

- Instauration d'une contribution spécifique sur les préretraites d'entreprise fixée à 23,85 % des avantages versés par l'entreprise aux préretraités (loi de 2003), portée ensuite à 50 % (LFSS 2008) ;
- Extinction des différents dispositifs de préretraites publiques entre 1996 et 2010, à l'exception de celles accordées au titre de l'exposition à l'amiante (14 000 bénéficiaires fin 2017 soit 0,2 % de la population des 55-64 ans, contre 250 000 en 1996 pour l'ensemble des dispositifs).

⁹¹ « Emploi et chômage des seniors en 2018, Hausse du taux d'emploi et du taux de chômage », Résultats Dares, mars 2019.

8.3 Synthèse

Pour permettre à davantage de seniors d'arriver à la retraite en situation d'emploi, soit par maintien dans l'emploi soit par retour à l'emploi, et à gérer au mieux la transition entre la vie professionnelle et la retraite, il apparaît qu'il faut travailler selon trois axes.

Le premier est **la poursuite de la mise en place ou du développement de plans d'action spécifiques** auprès des employeurs de toute nature (entreprises, secteur public et administrations, artisanat et commerce, associations...). L'échec relatif des dispositifs mis en place depuis trente ans pour favoriser le maintien et/ou le retour à l'emploi a conduit les pouvoirs publics à privilégier désormais la négociation, même si celle-ci n'a pas non plus le niveau d'efficacité souhaité :

- La négociation doit pouvoir s'appuyer sur des dispositifs pertinents (primes à l'emploi, contrats de travail adaptés...), même si ceux-ci induisent des effets d'aubaine, sur lesquels il faut donc probablement continuer de travailler ;
- Mais elle doit aussi traduire une volonté partagée de gérer les carrières des seniors en leur proposant :
 - Des postes adaptés, de façon spécifique mais aussi résultat d'une démarche globale d'amélioration des conditions de travail fondée par exemple sur la généralisation d'expériences réussies ; cette adaptation des postes est particulièrement nécessaire pour les personnes exerçant des emplois peu qualifiés et qui sont dans l'obligation de travailler pour d'évidentes raisons financières au-delà de l'âge légal de la retraite,
 - Un suivi médical et une évolution des postes de nature à éviter l'arrivée en fin de carrière avec une santé déficiente,
 - Des actions de formation adaptées pour leur permettre de gérer au mieux leur bonne adaptation à leur poste de travail.

Le deuxième axe est **l'accompagnement des salariés** qui doivent être informés de leur situation et des possibilités offertes pour leur fin de carrière. Il s'agit pour les salariés d'avoir accès aux informations nécessaires, via la DRH de leur entreprise ou d'un « référent », à l'image des référents handicap, pour bénéficier au mieux des dispositions énoncées ci-dessus (suivi médical, gestion de carrière, postes adaptés, formations...).

Sur ces points, face à l'augmentation des besoins, la Région aura notamment à amplifier l'effort de formation qu'elle propose aux seniors.

Mais il est clair que tout ceci ne fonctionnera que si l'état d'esprit du monde du travail change vis-à-vis des seniors, comme il a déjà été exposé dans le chapitre précédent. Le troisième axe est donc **le combat contre les préjugés**, pour lequel on dispose en outre d'excellents arguments. Il pourra utiliser tout un arsenal d'outils de communication, comme c'est déjà le cas pour d'autres sujets sociétaux, vers les entreprises et plus spécifiquement les dirigeants, les DRH et les recruteurs mais aussi vers l'enseignement, et notamment l'enseignement supérieur, vers les salariés eux-mêmes et plus généralement vers l'ensemble de la société.

Dans cette optique, la Région et ses collectivités territoriales pourraient être dans les prochaines années des acteurs forts de ces actions de communication, tant vers les entreprises que vers les seniors, et d'actions de soutien dédiées complétant ou amplifiant les dispositions prises au niveau national.

9. La prévention

Face à l'augmentation en cours et durable du nombre de personnes de plus de 65 ans en Ile-de-France, il est clair que la politique de prévention va jouer un rôle essentiel pour atténuer les problèmes de santé auxquelles ces personnes auront à faire face et pour limiter leur coût social. Cela paraît d'autant plus nécessaire que :

- Les effets du vieillissement sont difficiles à prévoir et nécessitent dès lors une approche individualisée lorsqu'ils surviennent : toute mesure permettant de les atténuer par anticipation voire de les reporter ou de les éviter est donc bénéfique ;
- Comme nous l'avons déjà noté, *« les Français vivent plus longtemps que leurs voisins mais en moins bonne santé. La situation de la France, très mal placée s'agissant de l'espérance de vie à 65 ans en bonne santé, justifie plus que jamais de s'investir très fortement dans ce domaine. »*⁹²

9.1 L'état des lieux

En matière de prévention, notre pays a défini en 2015 un « Plan national de prévention de la perte d'autonomie »⁹³. Indépendamment de l'existence de ce plan, qui sera repris au prochain paragraphe, la situation actuelle en matière de prévention appelle les commentaires suivants :

- **Les actions de prévention sont très centrées sur la perte d'autonomie**, ce que l'on peut comprendre compte tenu de ses conséquences sur la vie quotidienne des personnes concernées et de son coût économique et social (voir chapitre 10 du présent rapport). Mais sans même parler de perte d'autonomie, la prévention peut en outre jouer un rôle essentiel dans le bien-être des personnes vieillissantes.
- **La politique actuelle « n'est pas suffisamment basée sur l'approche capacitaire de l'individu. Très associée aux campagnes de vaccination ou de dépistage, la prévention est marquée par une approche sanitaire. Or la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées doit reposer sur un repérage des facteurs de fragilité qui couvre un champ bien plus large »**.
La référence dans ce domaine est l'approche ICOPE (Integrated Care for Older People) recommandée par l'OMS. Il s'agit de :
 - « passer de la prise en charge de la dépendance à la prévision d'un risque de perte d'autonomie par une approche multidimensionnelle précoce » ;
 - en surveillant pour les maintenir cinq fonctions essentielles : la mobilité, la cognition, les sens, le psychosocial et la nutrition ;
 - et en prenant explicitement en compte les aspects biologiques, cliniques, sociaux et environnementaux.
- **L'offre actuelle est trop dispersée et souvent mal ciblée**, comme le constate dans son rapport de juillet 2018, le Haut Conseil de la santé publique⁹⁴. Elle a beaucoup été développée notamment par les organismes de protection sociale (Assurance maladie, CnavTS, MSA, Agirc-Arrco, mutuelles...), ces dispositifs étant soit destinés spécifiquement aux personnes âgées, soit accessibles par elles. Mais ces initiatives n'ont pas été coordonnées et n'ont donc aucune cohérence d'ensemble. Il est donc très difficile de s'y retrouver pour une personne qui souhaite évaluer sa situation, pouvant être soit très sollicitée, soit à l'inverse en grande difficulté pour prendre des contacts pertinents.

⁹² Dominique Libault, « Concertation Grand âge et autonomie », Rapport au Ministre des Solidarités et de la Santé, mars 2019.

⁹³ Dr Jean-Pierre AQUINO (dir.), « Plan National d'Action de Prévention de la Perte d'Autonomie », remis au Secrétaire d'État chargée de la famille, de l'enfance, des personnes âgées et de l'autonomie, septembre 2015.

⁹⁴ « Avis relatif à la place des offreurs de soins dans la prévention », rapport du Haut Conseil de la santé publique, 14 juin 2018.

En outre, les interlocuteurs « naturels » ne sont pas nécessairement en situation de répondre :

- Le médecin traitant n'a souvent pas de connaissance globale des structures médico-sociales susceptibles d'intervenir et des conditions d'accès aux aides ;
- L'assistante sociale, par ailleurs souvent débordée, dispose d'informations institutionnelles sur ces structures mais n'est pas en situation de porter un jugement sur celles qui seraient les plus à même de répondre à la situation de la personne qui la consulte.

Ces difficultés sont souvent amplifiées par les facteurs suivants :

- Les questions sont souvent abordées dans l'urgence, lorsque le risque de perte d'autonomie voire la perte d'autonomie elle-même sont avérés ;
- La définition et la mise en place d'un dispositif d'accompagnement à domicile sont complexes car elles peuvent faire intervenir de très nombreuses personnes et structures (médecin traitant, pharmacien, auxiliaires médicaux, transporteurs sanitaires, prestataires de dispositifs médicaux, aides à domicile...) ;
- L'absence institutionnelle d'un référent et d'un document de suivi centralisé reporte sur un aidant ou sur la personne elle-même la responsabilité de la coordination et de l'agencement dans le temps de tous ces intervenants. À ce sujet, *« la personne, comme son entourage (aidants ou famille) est le grand oublié des systèmes d'information actuels, excessivement cloisonnés »*.

9.2 Les Perspectives

Le Plan national de prévention de la perte d'autonomie, établi en 2015, définit un cadre général dans lequel peut être décrite l'évolution souhaitée pour les prochaines années des actions de prévention au bénéfice des personnes âgées. En effet :

- Ce Plan prend en compte la prévention dite « primaire » dont le but est d'améliorer les « déterminants de la santé », notamment par une bonne hygiène de vie. Il ne se limite donc pas à la stricte prévention de la perte d'autonomie ;
- En outre, il ne se limite pas au seul aspect sanitaire de la prévention mais vise à prendre en compte tous les aspects de la personne et de son environnement pouvant conduire à la dépendance et ce faisant, passe en revue la plupart des facteurs qui peuvent conduire à une dégradation de sa santé.

Ce faisant, il est donc cohérent avec l'Approche ICOPE préconisée par l'OMS, soulignant que *« les stratégies précoces de prévention ont des effets tout à fait positifs, qu'il s'agisse du maintien de l'autonomie physiologique ou cognitive. Il s'agit là d'un motif d'espoir, porteur d'une ambition nouvelle »*.

Nous rappelons ci-dessous les grandes orientations proposées par ce Plan, en nous limitant aux intitulés pour les propositions traitées plus explicitement dans d'autres chapitres du présent rapport. Le Plan comporte **trois axes principaux** complétés par des recommandations générales, chacune des recommandations faisant l'objet d'une fiche détaillée :

1. Axe 1. Prévention primaire : Améliorer les grands déterminants de la santé et de l'autonomie

a. Garantir la santé des seniors

- i. Promouvoir une alimentation favorable à la santé
- ii. Développer la pratique d'activités physiques et sportives
- iii. Maintenir les seniors en activité dans le cadre de l'allongement des carrières et favoriser leur entrée en retraite sans inaptitude
- iv. Améliorer le repérage des risques et anticiper les problèmes potentiels, par exemple liés au choix du logement et du cadre de vie
- v. Adopter des mesures en faveur de la santé des aidants

b. Préparer le passage à la retraite (voir chapitre 8)

- c. *Lutter contre l'isolement et favoriser le lien social, l'intergénération et les activités cognitives (voir chapitre 5)*
- d. *Favoriser le maintien à domicile en logement individuel ou collectif et adapter l'environnement aux conséquences du vieillissement (voir chapitre 5)*
- e. *Soutenir les dispositifs d'accompagnement et de coordination des parcours et de repérage de la perte d'autonomie et des fragilités*
 - i. Assurer aux personnes âgées une information, une orientation, un accès aux droits et un accompagnement rapide et pertinent vers les aides, les professionnels, les services et dispositifs adaptés à leur situation ;
 - ii. Assurer le repérage et la prise en charge des facteurs de risque de la perte d'autonomie et des fragilités ; (les observatoires des situations de fragilité).

2. Axe 2. Prévention secondaire : Prévenir les pertes d'autonomie évitables par des interventions préventives et coordonnées

- i. Améliorer et coordonner les pratiques en matière d'octroi des aides techniques, de diagnostic habitat et d'adaptation du logement
- ii. Lutter contre la sédentarité, conforter le maintien de la mobilité : équilibre, marche, prévention des chutes
- iii. Prévenir les risques de dépression pour lutter contre ses effets sur l'autonomie ;
- iv. Prévenir et accompagner les troubles sensoriels
- v. Préserver la plus grande autonomie possible des résidents pour les activités de la vie quotidienne en EHPAD

3. Axe 3. Prévention tertiaire : Éviter l'aggravation des situations déjà caractérisées par une incapacité

- i. Prévenir et limiter l'aggravation de la perte d'autonomie : dépister, prendre en charge et réduire
- ii. Réduire la dénutrition chez les personnes âgées et améliorer sa prise en charge
- iii. Améliorer le parcours de santé des personnes âgées en perte d'autonomie
- iv. Mobiliser les structures hospitalières autour du risque de perte d'autonomie des personnes âgées pendant une hospitalisation et autour de l'accompagnement de leur retour à domicile après hospitalisation
- v. Informer, sensibiliser et former l'ensemble des professionnels intervenant en EHPAD à la prévention des risques liés à la santé des résidents inhérents à leur vulnérabilité pour optimiser leur potentiel restant

Par ailleurs, **les recommandations générales du Plan**, en phase avec l'état des lieux, sont les suivantes :

1. Réduire les inégalités sociales de santé

« Les inégalités sociales de santé peuvent être définies comme toute relation entre la santé et l'appartenance à une catégorie sociale.⁹⁵ »

La France connaît depuis des années une amélioration de l'état de santé de sa population mais les progrès ne profitent pas à tous de manière équitable et sont plus substantiels pour les catégories sociales favorisées. Par exemple, en 2008, un ouvrier de 35 ans avait une espérance de vie réduite de sept ans par rapport à celle d'un cadre ou d'une personne exerçant une profession libérale. Chaque catégorie sociale présente des niveaux de mortalité et de morbidité plus élevés que la classe immédiatement supérieure. Ce phénomène est résumé par le terme de « gradient social » des inégalités de santé.

⁹⁵ « Les inégalités sociales de santé : déterminants sociaux et modèles d'action », Marguerite Moleux, Dr Françoise Schaetzel, Claire Scotton, Rapport IGAS, mai 2011.

Par ailleurs, une meilleure diffusion d'informations sur les comportements favorables à la santé profite généralement davantage aux catégories les plus éduquées. Les programmes de prévention doivent donc viser à réduire les inégalités sociales de santé et d'accès aux services et aux soins mais aussi à toucher les populations qui en ont le plus besoin, les plus fragilisées, celles qui cumulent faible revenu, faible niveau éducatif, méconnaissance des arcanes du système de santé et manque d'information.

Le Plan propose les lignes d'action suivantes :

- ☐ Améliorer le repérage des personnes âgées socialement fragiles confrontées à une situation d'isolement (social, géographique, familial), de précarité économique ou nécessitant des parcours de soins attentionnés ;
- ☐ Améliorer et développer l'accès aux aides techniques et aux appareillages en ciblant les aides sur les personnes âgées à bas revenus ;
- ☐ Réaliser des supports et des campagnes d'information centrés sur ces publics.

2. Former massivement les intervenants professionnels auprès des personnes âgées aux réflexes de prévention de la perte d'autonomie

L'accompagnement des personnes en perte d'autonomie fait intervenir une très grande diversité de professionnels, soignants, travailleurs sociaux, professionnels de l'aide à domicile et peut concerner également des professionnels du sport, de la culture, de l'habitat et de l'animation et des bénévoles. Pour les soignants comme pour les travailleurs sociaux, l'accompagnement de la perte d'autonomie est depuis longtemps intégré dans les cursus de formation initiale. Par exemple, l'arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études médicales du premier et du deuxième cycles prévoit une unité d'enseignement « Handicap — Vieillesse — Dépendance — Douleur — Soins palliatifs — Accompagnement ».

Mais il importe d'avoir le souci permanent de remettre à jour ces formations et surtout d'amplifier l'effort de formation continue pour améliorer la qualité des accompagnements au bénéfice des personnes âgées, des professionnels et des prestataires de services d'aide à domicile et d'hébergement.

Dans cette perspective, le Plan propose les mesures suivantes :

- ☐ « *Améliorer et renforcer les compétences de l'ensemble des professionnels intervenant dans l'accompagnement des personnes âgées, pour prendre en compte l'approche préventive dans le maintien, la réhabilitation ou la préservation de l'autonomie des personnes ;*
- ☐ *Renouveler les pratiques professionnelles et intégrer les enjeux nouveaux de la prévention de la perte d'autonomie dans leur culture professionnelle ;*
- ☐ *Diffuser et faire connaître les guides, les bonnes pratiques et les expérimentations en matière de formation des professionnels réalisés dans les différents champs de la prévention de la perte d'autonomie. »*

3. Matérialiser une forte ambition en matière de prévention de la perte d'autonomie

Pour être crédible et efficace, la mise en œuvre de ces orientations, qui vont concerner un nombre croissant de nos concitoyens, devra être la conséquence d'une ambition nationale forte, affichée et déclinée aux niveaux régional et local, pour l'augmentation de l'espérance de vie sans incapacité.

Pour y parvenir, quatre conditions devront être remplies :

☐ **Mieux coordonner :**

Le besoin de coordination est mis en avant par tous les intervenants et doit se concrétiser à tous les niveaux, au niveau national où la politique de l'État en matière de prévention doit être clarifiée, affirmée et diffusée comme au niveau régional et local où les acteurs doivent être coordonnés auprès des personnes âgées.

Parmi les propositions :

- ☐ Désigner des coordinateurs au niveau du terrain et proposer un référent unique auprès de chaque personne en situation de fragilité, qui continuera d'exercer cette fonction si la personne devient dépendante ;
- ☐ Généraliser une offre de service d'information, d'orientation, d'aide aux démarches administratives et gestion de cas complexes au sein d'un guichet unique, la Maison des aînés et des aidants ;
- ☐ Conforter le rôle d'animation territoriale du Conseil départemental en matière de prévention et de perte d'autonomie.

Ce travail de coordination doit inclure l'hôpital et porter également sur les systèmes d'information dont nous avons dit que « *la personne, comme son entourage (aidants ou famille) est le grand oublié des systèmes d'information actuels, excessivement cloisonnés* ».

☐ **Mieux financer :**

Le think-tank Le club des Acteurs de la Prévention propose trois axes pour améliorer le financement des actions de prévention :

- ☐ Augmenter la lisibilité et la transparence des fonds publics destinés à la prévention :
 - Rendre explicite la part consacrée à la prévention dans le Projet de loi de financement de la sécurité sociale ;
 - Rendre publiques les actions menées dans le domaine de la prévention et financée par le Fonds d'intervention régional ;
 - Faire une évaluation dans le temps des actions de prévention.
- ☐ Développer un partenariat public-privé au service de la prévention :
 - Mener dès la maternelle des actions de prévention ludiques, en partenariat avec des professionnels et des entreprises ;
 - Financer de l'innovation dans le domaine de la prévention et du dépistage.
- ☐ Promouvoir l'initiative privée vers des actions de « prévention primaire » ciblées :
 - Encourager la création de fonds de dotation dédiés à la prévention ;
 - Faire un classement annuel des meilleures actions des mutuelles dans le domaine de la prévention primaire ;
 - Établir une obligation de production et de diffusion de programmes dédiés à la prévention et à l'éducation à la santé ;
 - Consacrer un pourcentage des recettes publicitaires pour les produits « addictifs » à la création de programmes audiovisuels de divertissement dédiés à la prévention.

☐ **Mieux communiquer :**

L'adhésion aux actions de prévention, qui vont donc concerner un public de plus en plus large, suppose une communication pertinente. Il s'agit de :

- ☐ Passer les bons messages : en ce qui concerne l'avancée en âge, il paraît essentiel d'avoir en particulier un discours raisonnable sur la retraite, qui ne doit être présentée et/ou perçue ni comme un naufrage ni comme l'ouverture d'une « période formidable » ;
- ☐ Utiliser les bons vecteurs : parmi ceux-ci, outre les organismes de protection sociale et les soignants, le monde du travail, et en particulier la médecine du travail, devrait jouer un rôle de plus en plus important, des actions spécifiques étant par ailleurs à amplifier pour les personnes qui en sont éloignées.

Le projet « Solid'Âge »⁹⁶ menée en Ile-de-France par Gêrond'if est un excellent exemple du type de démarche qu'il convient de mener en matière de prévention et de sensibilisation de tous à une société plus respectueuse des personnes âgées.

⁹⁶ Audition de Madame Dufour, Déléguée générale du Gêrontopôle d'Ile-de-France.

SOLID'ÂGE

Le gérontopôle d'Ile-de-France a mis en place un programme d'actions innovant au service de l'autonomie et du bien vieillir. Financé par les Conférences des financeurs des départements franciliens et soutenu par la Cnav Ile-de-France (Caisse nationale d'assurance vieillesse), le projet Solid'Âge a pour objectif d'élaborer de nouveaux outils de prévention et de sensibilisation au moyen d'une démarche de co-conception avec les Franciliens.

Pour un vieillissement en bonne santé et une société de tous les âges

Dans le contexte de forte augmentation de la population âgée en Ile-de-France, permettre aux seniors de rester autonomes et intégrés dans la société le plus longtemps possible constitue un enjeu majeur pour les années à venir. Il convient donc d'impulser une transformation des perceptions sur le vieillissement et des comportements vis-à-vis des aînés et ainsi contribuer au changement indispensable des mentalités et du regard de la société.

Solid'Âge : « Être solide dans l'âge et solidaire entre les âges »

Solid'Âge, c'est la conception d'une campagne grand public, autour de deux grands axes :

- **La « prévention » pour rester autonome.** Destiné au public âgé autonome, cet axe vise à informer, sensibiliser et/ou modifier son comportement afin d'éviter, limiter ou retarder la perte d'autonomie liée à l'âge.
- **La « sensibilisation » de tous pour une société plus respectueuse et solidaire des plus âgés.** Cet axe a pour objectif de lutter contre les préjugés et les comportements discriminatoires envers les seniors en sensibilisant l'ensemble de la population à l'âgisme.

Une campagne de prévention et de sensibilisation pensée et créée par les Franciliens

Basé sur le principe de co-conception et de co-construction des messages et des outils finaux, ce projet suit une démarche participative et inclusive qui consiste à impliquer l'ensemble des acteurs concernés. Travaillés sur le fond et sur la forme avec les personnes cibles, les messages de cette campagne permettront ainsi au public de mieux en saisir la teneur et les enjeux et d'impulser la volonté d'agir en déclenchant des changements de comportement.

Une initiative soutenue au plan départemental

Les Conférences des financeurs des départements franciliens (voir ci-dessous) ont décidé de soutenir pour deux ans ce projet s'inscrivant pleinement dans leurs axes prioritaires. S'appuyant sur le diagnostic de leurs besoins et le recensement de leurs initiatives locales, l'ensemble des actions collectives de prévention proposées, issues de la réflexion citoyenne, s'adapte aux problématiques et spécificités de chaque département.

☐ **Mieux piloter**

La mise en place en 2016 des Conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie (instituées par la loi d'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015 dans chaque département, présidées par le Président du Conseil départemental et vice-présidées par le directeur général de l'Agence régionale de santé) a permis de développer de nombreuses actions de prévention mais leur cohérence locale et globale reste à améliorer. Le pilotage sur la base d'éléments de preuve de leur efficacité doit donc être renforcé ainsi que l'échange d'informations et de bonnes pratiques entre les acteurs.

Pour y parvenir, le Plan propose cinq lignes d'action :

- ☐ Renforcer le pilotage national de la politique de prévention : « *fixer de façon pluriannuelle au niveau national des axes prioritaires de prévention de la perte d'autonomie. Ces axes prioritaires, en nombre resserré, seraient obligatoires pour les Conférences* » ;
- ☐ Augmenter les capacités d'intervention des Conférences des financeurs en améliorant leur financement en contrepartie d'un cadrage national et/ou régional ;

- Mieux coordonner les actions de prévention conduites par les organismes de sécurité sociale (CNAM, Cnav, MSA) et développer les échanges d'informations entre eux, notamment au bénéfice des personnes fragiles ;
- Créer un Centre de preuves national assurant la capitalisation des enseignements de la recherche et des évaluations d'impact sur l'espérance de vie en bonne santé, la diffusion des synthèses d'expériences probantes et la coordination des expérimentations existantes ;
- Développer un réseau national d'expertise et de ressources, constitué notamment des gérontopôles et des grands pôles de gériatrie.

9.3 Synthèse

Face à l'augmentation du nombre de personnes de plus de 65 ans dont la très large majorité souhaitera rester à domicile lorsqu'elles seront sujettes à des pertes d'autonomie, il est clair que la prévention est appelée à jouer un grand rôle dans les prochaines années pour améliorer le bien-être de ces personnes et atténuer le coût économique et les conséquences sociales du vieillissement de la population.

À l'heure actuelle, les actions de prévention, bien que nombreuses, sont globalement insuffisantes, trop centrées sur la dimension sanitaire, trop dispersées et mal coordonnées. Il paraît donc essentiel de les améliorer qualitativement et quantitativement.

Si beaucoup d'efforts concernent et concerneront les préventions secondaires (prévenir les pertes d'autonomie évitables) et tertiaire (éviter l'aggravation des situations d'incapacité), un point essentiel est de ne pas négliger la prévention primaire : améliorer tout au long de la vie les grands déterminants de la santé et de l'autonomie.

Pour rendre plus efficace la prévention, il importe également :

- D'intensifier les actions en direction des catégories sociales les moins favorisées ;
- De former aux « réflexes » de la prévention tous les acteurs de la santé, et pas uniquement ceux qui interviennent auprès des personnes fragiles ou dépendantes, et d'actualiser régulièrement ces formations ;
- De mieux les financer, les piloter, les communiquer et surtout les coordonner.

Sur ce dernier point, le relais sur le terrain d'une politique nationale que tous les acteurs souhaitent de plus en plus ambitieuse et la prise d'initiatives locales seront bien sûr décisifs.

À cet égard, les propositions suivantes du Plan national de lutte contre la perte d'autonomie paraissent très pertinentes :

- Désigner des coordinateurs de terrain et proposer un référent unique auprès de chaque personne en situation de fragilité ;
- Généraliser des guichets uniques d'information, d'orientation, d'aide aux démarches administratives et gestion de cas complexes ;
- Conforter le rôle d'animation territoriale du Conseil départemental en matière de prévention et de perte d'autonomie.

Dans cette perspective, la Région peut jouer un rôle important de dynamisation, de coordination et de soutien des actions des collectivités territoriales et notamment des Départements.

10. La dépendance

Nous sommes tous des « vieux en puissance », tous concernés et confrontés à une évolution, dans le temps, de nos capacités... Nous passons toute notre vie à nous adapter en permanence physiquement et mentalement. La vieillesse n'est pas une maladie.

« On pense de plus en plus la vieillesse, non comme une chance de vivre plus longtemps, une force de l'expérience, *mais comme un handicap de vivre hors des schémas de la vitesse et de l'agilité que l'on exige de chacun...* » (Chloé Morin, Daniel Perron, *Être vieux, relégation ou solidarité ?*⁹⁷). Dans la préface de cet essai récent, Jérôme Guedj caractérise trois typologies de relégation : la première étant le sort des seniors au travail, la deuxième, le passage à la retraite et enfin la troisième l'assignation au rôle de « poids mort et à l'invisibilité croissante ». La perte d'autonomie pourrait ainsi se définir comme « l'amorçage » des difficultés à rester dans la temporalité effrénée des « bien portants ». C'est le constat de ne plus savoir/pouvoir faire certains actes de la vie quotidienne.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit plus précisément la perte d'autonomie comme un processus au cours duquel les maladies altèrent les fonctions (physiques, sensorielles ou cognitives) qui à leur tour engendrent des restrictions dans les activités (se laver, cuisiner...). Par exemple, souffrir d'arthrose entraînera des difficultés pour marcher qui pourront entraîner une restriction d'activité comme se déplacer hors du domicile diffus ou faire des courses.

Ainsi, chez les personnes vieillissantes, c'est souvent le cumul de restrictions d'activité importantes qui conduit à une perte d'autonomie. Mais ce processus n'est pas inéluctable, la survenue et l'évolution des pathologies peuvent être limitées avec une prise en charge adaptée des soins, des diagnostics, des traitements et des suivis. C'est ainsi que les problèmes fonctionnels peuvent être compensés partiellement grâce à une aide technique ou une adaptation du logement (du « chez soi »). Et, parallèlement — on ne le soulignera jamais assez — par un accompagnement humain, une présence quotidienne dont dépend le « bien-vivre » des personnes concernées.

Cette présence c'est d'abord celle de la famille, les amis, les voisins, l'action associative... tous ces « aidants »⁹⁸ qui rompent l'isolement des personnes en leur permettant de vivre le mieux possible dans leur domicile et en repoussant le plus loin possible la rupture émotionnelle d'un hébergement et d'une prise en charge quotidienne des besoins des personnes dans un établissement spécialisé. Cet accompagnement humain indispensable au « bien-vivre » des personnes en situation de perte d'autonomie, c'est aussi le rôle de tous les professionnels de santé et des personnels techniques et administratifs dont la présence et la compétence professionnelle sont indispensables au bien-vivre des personnes. Un personnel dont le statut professionnel (formations, salaires...) n'est souvent pas à la hauteur de la complexité des diverses tâches qu'ils accomplissent.

Disons-le aussi, les opportunités de limiter la progression du processus de perte d'autonomie sont inégales selon les catégories de population. Elles dépendent non seulement de la sévérité de leurs atteintes, mais aussi, de leur histoire personnelle, leur parcours de vie résidentiel, de leur capacité à mobiliser leurs ressources économiques, sociales ou encore intellectuelles pour utiliser des aides techniques, aménager leur domicile, accéder aux lieux et structures de leur choix⁹⁹...

Sur le chemin de la perte progressive d'autonomie, arrive ce que l'on appelle la dépendance. On parle de dépendance en effet lorsque l'aggravation de la perte d'autonomie est quasi irréversible et qu'elle nécessite un accompagnement spécifique des personnes de plus de 60 ans, non seulement

⁹⁷ Chloé Morin, Daniel Perron, Fondation Jean Jaurès et Éditions de L'aube, janvier 2021.

⁹⁸ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1103.pdf>
<https://institut.amelis-services.com/aidants/aidant-familial-un-engagement-a-prendre-tres-au-serieux/>

⁹⁹ Bulletin de santé n° 24, ORS, septembre 2017 : https://www.ors-ile-de-france.org/fileadmin/DataStorageKit/ORS/Etudes/Etude_1496/bulletinPA.pdf

dans les actes courants de la vie quotidienne, mais dans toutes les activités physiques et de soin des individus (article L.232-1, du Code l'action sociale et des familles).

Pour accompagner ces personnes — notamment celles dont les ressources sont faibles — une aide financière spécifique a été créée en 1997, gérée par les Conseils généraux (devenus Conseils départementaux en 2013), la prestation spécifique dépendance (PSD), dont les montants perçus — fonction de l'état de dépendance des personnes — étaient récupérables dans la succession. Ce soutien financier a été remplacé en 2001 par l'aide personnalisée à l'autonomie (APA), versée toujours par les départements, laquelle ne rentre pas, à ce jour, dans la succession.

De la perte d'autonomie de plus en plus importante à la dépendance, on évalue entre 17 et 18 millions le nombre de personnes concernées en France¹⁰⁰.

10.1 La situation de la perte d'autonomie et de la dépendance en France

10.1.1 Un champ de compétence départemental

La prise en charge de la perte d'autonomie et de la dépendance¹⁰¹ est une compétence spécifique des départements. Ce rôle majeur dans le champ social est issu des deux grandes phases de décentralisation de 1982-1983 et 2003-2004. De nombreux domaines qui relevaient de l'État ont été alors confiés aux collectivités locales et territoriales.

Depuis la loi de décentralisation de 1983, l'action départementale, centrée sur l'aide à l'enfance et aux personnes en situation de handicap, s'est élargie à :

- La lutte contre l'exclusion et la pauvreté, devenue un champ de compétence départementale depuis le transfert en 2004 du revenu minimum d'insertion (RMI) puis du revenu de solidarité active (RSA) de l'État aux départements ;
- La prise en charge de la dépendance, principalement au travers de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)¹⁰².

Ce champ de compétence spécifique des départements en matière d'action et d'accompagnement social a été confirmé par la loi NOTRe en 2015 (Nouvelle organisation territoriale de la République) et, la même année, par la loi ASV¹⁰³ (Adaptation de la société au vieillissement) et inscrite dans le Code de l'action sociale et des familles¹⁰⁴.

La compétence de l'action sociale des départements comprend aujourd'hui :

¹⁰⁰ « Les personnes âgées en 2030 », Jérôme Guedj, Luc Broussy et Anna Kuhn Lafont, Les études de Matières Grises, septembre 2018.

¹⁰¹ <https://www.gouvernement.fr/action/la-reforme-territoriale>

¹⁰² En France, la prise en charge publique de la dépendance des personnes âgées se fait par l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Cette aide financière destinée aux personnes de 60 ans ou plus a été instituée au 1^{er} janvier 2002. L'APA peut être attribuée aux personnes vivant chez elles pour les aider à payer les dépenses nécessaires pour rester vivre à domicile malgré la perte d'autonomie, on parle d'APA à domicile. Elle peut être attribuée aux personnes vivant en établissement pour les aider à payer une partie du tarif dépendance en EHPAD, on parle d'APA en établissement. L'APA est administrée et versée par le conseil départemental. L'évaluation de la perte d'autonomie est réalisée par une équipe médico-sociale qui évalue le degré de la perte d'autonomie à l'aide de la grille nationale AGGIR ainsi que les conditions matérielles, sociales et familiales du demandeur. En fonction de son degré de dépendance, la personne âgée est rattachée à l'un des six groupes iso-ressources (GIR). Seuls les GIR 1 à 4 ouvrent droit à l'APA. Aucun plafond de ressources n'est fixé, les revenus du demandeur déterminent le montant de son reste à charge.

□ GIR 1 — Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessite une présence indispensable et continue d'intervenants ; ou personne en fin de vie.

□ GIR 2 — Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante ; ou personne dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui est capable de se déplacer et qui nécessite une surveillance permanente.

□ GIR 3 — Personne ayant conservé son autonomie mentale, partiellement son autonomie locomotrice, mais qui a besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'une aide pour les soins corporels.

□ GIR 4 — Personne n'assumant pas seule ses transferts mais qui, une fois levée, peut se déplacer à l'intérieur de son logement, et qui a besoin d'aide pour la toilette et l'habillage ; ou personne n'ayant pas de problèmes locomoteurs mais qui doit être aidée pour les soins corporels et les repas. (www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1229).

¹⁰³ <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000031700731/>

¹⁰⁴ <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000006157553/>

- L'aide sociale à l'enfance (qui inclut l'accueil d'urgence des mineurs étrangers isolés, la protection des enfants faisant face à des violences intrafamiliales ou en difficulté sociale...), la protection maternelle et infantile (actions de prévention en faveur des femmes enceintes, des parents et des enfants de moins de 6 ans, instruction des demandes d'agrément des assistantes maternelles...), le soutien aux familles en difficulté financière ;
- Les personnes en situation de handicap : politiques d'hébergement et d'insertion sociale, gestion des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) qui informent et accompagnent les personnes handicapées et leurs proches, attribution des prestations de compensation ;
- Les personnes vieillissantes : création et gestion de maisons de retraite, politique de maintien des personnes âgées à domicile, versement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ;
- Le versement du revenu de solidarité active (RSA), dont le montant est fixé au niveau national ainsi que le suivi et l'accompagnement de ses bénéficiaires. À ce titre, le département est responsable de la politique d'insertion sur son territoire ;
- La lutte contre la précarité énergétique avec des dispositifs d'aide pour la rénovation de l'habitat.

Les départements sont par ailleurs responsables de l'élaboration des schémas d'amélioration de l'accessibilité aux services publics, en lien avec les autres collectivités exerçant sur leur territoire.

Un décret¹⁰⁵ (9 décembre 2020) du ministère de l'Intérieur a par ailleurs déconcentré les services de l'État chargé notamment de la cohésion sociale, en créant à compter du 1^{er} avril 2021 :

- Au niveau régional, un nouveau service déconcentré de l'État — les directions régionales de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (DREETS) — regroupant, d'une part, les missions actuellement exercées au niveau régional par les directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE) et les services déconcentrés chargés de la cohésion sociale ;
- Au niveau départemental, les « unités départementales » des DIRECCTE aux directions départementales interministérielles que sont les directions départementales de la cohésion sociale (DDCS) et les directions départementales de la cohésion sociale et de la protection des populations (DDCS-PP) dans le but de former de nouvelles directions départementales de l'emploi, du travail et des solidarités (DDETS).

C'est dans le cadre de cette réorganisation des services de l'État que devront être établis les schémas régionaux et départementaux des mandataires judiciaires à la protection des majeurs, concernant notamment les procédures de tutelles des personnes vieillissantes.

Ce schéma qui, s'agissant de la Région Ile-de-France, s'est achevé en 2020¹⁰⁶ doit être réactualisé, à l'exemple de ce qui a été fait en Auvergne-Rhône-Alpes dont le nouveau schéma porte de 2017 à 2021.

Avec 38,4 milliards d'euros de dépenses consacrées en 2018 à l'action sociale, les départements ont ainsi versé 4,3 milliards d'euros de prestations d'aide sociale, couvrant ainsi 6,2 % de la population française ¹⁰⁷.

¹⁰⁵ <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000042636412>

¹⁰⁶ http://ile-de-france.drjcs.gouv.fr/spip.php?article814&debut_articles_pagination=4

¹⁰⁷ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/l-aide-et-l-action-sociales-en-france-perde-d-autonomie-handicap-protection-de-12190>

Synthèse :

Les dépenses de l'action sociale départementale en 2018 se répartissaient en quatre postes principaux :

- la part la plus importante consacrée à la lutte contre l'exclusion et la pauvreté (principalement le revenu de solidarité active — RSA) : 12 Mds€
- l'aide sociale à l'enfance (ASE) : 8,3 Mds€
- l'aide sociale aux personnes vieillissantes : 7,6 Mds€
- l'aide sociale aux personnes en situation de handicap : 8,4 Mds€.

10.1.2 Le nombre de personnes en situation de dépendance en France, en 2017

Fin 2017, les départements ont octroyé 1,5 million de dispositifs d'aides sociales aux personnes âgées (60 ans ou plus)¹⁰⁸. L'APA en représente les neuf dixièmes.

Le nombre de bénéficiaires a très fortement augmenté depuis la création de l'APA, mais les dynamiques ont été différentes à domicile et en établissement. L'APA à domicile concerne 768 800 personnes, soit 59 % de l'ensemble des bénéficiaires de cette allocation, ils sont globalement moins dépendants que ceux en établissement : 58 % d'entre eux sont modérément dépendants (GIR4) contre 23 % pour les allocataires vivant en établissement. À l'opposé, 19 % sont très dépendants (GIR 1 et 2) contre 59 % en établissement.

Depuis 2009, la proportion de personnes vieillissantes très dépendantes (GIR 1 et 2), qui requièrent un accompagnement médical plus conséquent, s'accroît tendanciellement au sein de la population hébergée en établissement.

Synthèse :

En 2018, 1,4 million de personnes de plus de 60 ans étaient bénéficiaires de l'APA, dont 59 % vivaient à domicile. Le nombre de personnes en situation de dépendance sévère est plus élevé en établissement qu'à domicile (59 % contre 19 %).

10.1.3 Une grande diversité territoriale**Un nombre de bénéficiaires de l'APA très variable, d'un département à l'autre**

Fin 2014, en France métropolitaine, on dénombrait 205 bénéficiaires de l'APA à domicile diffus et 1 établissement pour 1 000 habitants de 75 ans ou plus. Ce taux varie selon les départements, de 125 pour l'Essonne à 299 pour les Ardennes.

Les taux de bénéficiaires les plus faibles sont principalement observés en Ile-de-France et dans les départements limitrophes de l'Oise, de la Marne et de l'Eure. En Ile-de-France, tous les départements affichent un taux inférieur ou très proche du premier décile, sauf la Seine-Saint-Denis qui compte 246 bénéficiaires pour 1 000 habitants de 75 ans ou plus.

C'est principalement dans les départements situés dans le sud et le centre de la France que les taux de bénéficiaires sont les plus élevés. Ces disparités territoriales attestent de structures sociales différentes selon les départements, d'inégalités sociales face à la santé, mais aussi, pour partie, de différences dans l'offre de soins à domicile et en établissement.

La Drass (Direction régionale des affaires sanitaires et sociales) et l'Insee ont tenté d'analyser les approches économétriques qui tentent d'expliquer ces disparités s'agissant du recours à l'APA tant en établissement qu'à domicile¹⁰⁹, en fonction de diverses variables (démographie, contexte social, offres de soins, politique sociale du département...). Ces approches n'expliquent pas les raisons des 36 % d'écarts territoriaux observés.

¹⁰⁸ <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277754?sommaire=4318291>

¹⁰⁹ Les personnes qui font la demande de l'APA peuvent résider à domicile ou en établissement. L'APA en établissement concerne les EHPAD (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) et les USLD (unités de soins de longue durée). L'établissement doit être situé en France. Si la personne vit dans une résidence autonomie (logement-foyer par exemple), dans une résidence services ou chez des accueillants familiaux, elle doit faire une demande d'APA à domicile. La demande d'APA en établissement doit se faire auprès du conseil départemental où est situé le domicile de secours, dernier domicile où une personne a vécu au moins trois mois avant d'aller vivre dans une structure d'hébergement. Le domicile de secours ne comprend pas les structures médico-sociales ou hospitalières. Il sert à déterminer quel conseil départemental est responsable de l'attribution et du versement.

Au vu de ces différences, la Drass et l'Insee ont donc tenté de modéliser eux-mêmes les mécanismes de recours de l'APA en établissement et à domicile diffus. Il en ressort que :

- **S'agissant de l'APA à domicile diffus**, le taux de bénéficiaires pour les plus de 75 ans, est de 120 pour 1 000 habitants. Ce taux varie fortement selon les départements, de 63 (Mayenne) à 244 (Haute-Corse). Les taux les plus faibles sont observés dans les départements situés dans les Pays de la Loire, en Ile-de-France et limitrophes de l'Ile-de-France. Les taux les plus élevés se situent principalement en Corse, dans le Sud, dans les départements frontaliers du nord et de l'est de la France et dans le département francilien de la Seine-Saint-Denis.
Si on ne prend pas en compte la variable dépendance, ces disparités territoriales pourraient s'expliquer en grande partie par la diversité de l'offre territoriale d'infirmiers libéraux, puis par des différences dans les structures sociales, dans la composition des ménages et par des différences dans les politiques en matière d'aide sociale du département. Mais si on prend en compte cette variable, une grande part de ces disparités ne s'expliquent plus. La diversité des acteurs qui interviennent dans l'accompagnement de la personne à domicile (famille, amis, voisins, associations, acteurs sociaux, médicaux et paramédicaux...), difficilement quantifiable, doit être à l'origine de ce décalage¹¹⁰.
- **S'agissant de l'APA en établissement**, le taux de bénéficiaires varie de 24 pour 1 000 (Corse du Sud) à 157 (Lozère). Certains départements, comme ceux situés en Corse et dans le Sud, présentent des taux de bénéficiaires plutôt élevés à domicile diffus et plutôt faibles en établissement. À l'inverse, d'autres présentent des taux de bénéficiaires parmi les plus faibles que ce soit à domicile diffus ou en établissement. On compte, parmi ceux-ci, des départements franciliens comme l'Essonne, les Yvelines et la Seine-et-Marne. Les différences dans l'offre d'établissements médicalisés en constituent l'élément essentiel, de même, dans une moindre mesure, les structures familiales et les politiques sociales propres à chaque département.
Ainsi, plus un département comporte de places en établissement spécifiques, plus le taux de bénéficiaires APA y est élevé. Une plus grande capacité d'hébergement au sein d'un département facilite sûrement l'entrée en institution des personnes âgées en proposant une diversité de prestations et de tarifs, en assurant aux personnes vieillissantes de rester dans leur département à proximité de leurs proches et attire probablement les personnes vieillissantes des départements voisins.

De grandes disparités financières des tarifs de l'APA à domicile entre les départements

L'Observatoire national du domicile¹¹¹ a effectué en 2018 une étude détaillée des réalités des tarifs de l'APA à domicile entre les départements de France, dans un contexte de fortes tensions budgétaires qui compromet la solidarité territoriale entre les personnes vieillissantes en situation de dépendance.

Depuis la création de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) par la loi du 20 juillet 2001, la solidarité nationale garantit que *« toute personne âgée résidant en France qui se trouve dans l'incapacité d'assumer les conséquences du manque ou de la perte d'autonomie liés à son état physique ou mental a droit à une allocation personnalisée d'autonomie permettant une prise en charge adaptée de ses besoins »*. Définie dans des conditions identiques sur l'ensemble du territoire national, cette allocation est destinée à financer des aides humaines pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie, pour la surveillance de l'état et de la sécurité de la personne, ou encore pour de l'équipement en aides techniques, pour l'aménagement du domicile et le soutien aux proches aidants. Le montant que versent les départements est calculé en fonction de plusieurs critères : les revenus, le niveau de dépendance et le coût des aides.

¹¹⁰ Un des résultats principaux reste la forte association entre la densité d'infirmiers libéraux et le taux de bénéficiaires d'APA à domicile : plus la densité d'infirmiers libéraux est élevée, plus le taux de bénéficiaires dans ce département est important (et vice-versa). La raison est très certainement liée au fait, qu'outre leurs compétences médicales, ils apportent un appui social aux personnes âgées leur facilitant la vie à domicile. La Drass et l'Insee ont analysé également les autres variables – moins significatives a priori – qui pourraient expliquer cette forte disparité territoriale en matière de recours à l'APA à domicile : espérance de vie, situations de précarité (ou au contraire de revenus importants), structures familiales...

¹¹¹ <https://www.fedesap.org/wp-content/uploads/2018/05/ETUDE-APA-VDEF-04-2018-BD.pdf>

Mais le système actuel de financement et la compréhension du tarif sont complexes et souvent confus car deux logiques différentes se superposent : d'une part les départements financent l'offre via une tarification des services et, d'autre part, ils assurent la solvabilisation des personnes ayant besoin d'aide. Il convient donc de distinguer deux significations à la notion de « tarif APA » à domicile : le tarif minimum fixé par le Conseil départemental pour recourir à un service prestataire (« tarif de référence ») et le tarif reconnu à certains services qui sont tarifés par le département (« tarif opérateur »).

L'étude de l'OND montre que les « tarifs de référence » en France varient entre les départements de 13 à 22,43 €, selon le statut juridique du service à domicile (public, privé, associatif). Et bien que la loi ASV ait affirmé une volonté politique de diminuer le « reste à charge » de ces services à domicile (tarifs opérateurs), sa mise en œuvre reste très différente d'un département à l'autre et varie de 3 et 7 €/heure.

Il est clair que la politique du « bien-vivre à domicile » est beaucoup trop déconnectée des réalités socio-démographiques des départements. Il y a des départements où il fait relativement « bon vieillir à domicile », et d'autres qu'il faudrait « mieux éviter » en cas de perte d'autonomie. Suivant le lieu de résidence, une personne vieillissante ne dispose pas des mêmes montants d'aide malgré un niveau de dépendance et de revenus identiques.

De plus, même dans les départements où le prix médian en EHPAD est élevé, il n'y a pas systématiquement une politique soutenue d'accompagnement à domicile diffus.

Synthèse :

Alors que l'un des objectifs de la loi ASV (adaptation de la société au vieillissement) était de revaloriser l'APA pour réduire le reste à charge des personnes, il apparaît que le choix des personnes de vieillir à domicile dépend encore trop souvent de leur capacité à payer les aides dont elles ont besoin.

Au regard des écarts existants d'un département à l'autre, il est manifeste que les conseils départementaux ne sont pas en mesure de garantir une égalité de traitement sur tous les territoires.

D'autres facteurs de disparités

La disparité des situations de dépendance est bien évidemment liée aux diversités des situations face à la vieillesse. Une enquête de la Drass/Insee, montre qu'en 2014, les femmes vivaient plus longtemps que les hommes¹¹² mais en plus mauvaise santé¹¹³. À 65 ans l'espérance de vie des femmes est de 23,6 ans et 19,3 pour les hommes. 80 % de ce « bonus » se fait avec des limitations d'activité dont plus de la moitié avec des incapacités sévères. Elles vivent également davantage seules (57 % d'entre elles vivent seules après 85 ans, contre 28 % des hommes). Cette propension à vivre seule augmente avec l'âge : 1 sur 3 à 65 ans, 4 sur 10 à 75 ans et 6 sur 10 à 85 ans.

¹¹² <https://www.ors-idf.org/nos-travaux/publications/incapacite-et-dependance-des-personnes-agees-en-ile-de-france.html>

¹¹³ Plusieurs hypothèses peuvent être avancées pour expliquer les inégalités entre les hommes et les femmes face au processus de perte d'autonomie. Parmi celles-ci, il semblerait que les femmes soient davantage exposées à des maladies moins mortelles mais plus invalidantes que les hommes du fait d'une plus forte sédentarité et d'une plus forte obésité (Leveille, 2000). Verbrugge (1997) indique que si les femmes sollicitent davantage une aide humaine pour réaliser leurs activités, les hommes utilisent davantage une aide technique. Les femmes auraient ainsi moins de chances de pouvoir réaliser seules les activités élémentaires et davantage de risque de perdre leur autonomie.

Par ailleurs, les cadres vivent plus longtemps et en meilleure santé que les autres catégories socioprofessionnelles. L'espérance de vie à 35 ans est la suivante :

Catégories socioprofessionnelles	Hommes	Femmes
Cadres	49 ans	53 ans
Professions intermédiaires	46,7 ans	51,9 ans
Employés	44,9 ans	51,1 ans
Ouvriers	42,6 ans	49,8 ans
Ensemble	44,5 ans	50,5 ans

10.1.4 Une définition de la perte d'autonomie et de la dépendance plus affinée que l'APA

Dans un rapport conjoint, l'IAU et l'ORS¹¹⁴ ont élargi en 2017, la définition de la dépendance au-delà des seules personnes bénéficiaires de l'APA. Deux approches sont utilisées pour identifier cette dépendance :

- La première comptabilise le nombre de bénéficiaires de l'APA. Cette approche permet d'estimer le nombre de personnes âgées avec un niveau de dépendance sévère et ayant besoin d'aide pour effectuer les soins corporels (évaluées en GIR 1-4). Les enquêtes annuelles sur l'aide sociale de la Drees actualisent chaque année le nombre de bénéficiaires APA par sexe, âge, département, niveau de GIR, pour les personnes vivant à domicile diffus et celles accueillies en établissement. En revanche, ne sont pas prises en compte dans ces estimations les personnes vieillissantes dont la demande d'APA a été refusée ; et celles n'ayant pas fait de demande d'APA soit par méconnaissance des aides existantes soit parce qu'elles ne le souhaitaient pas. Peuvent se retrouver dans ce dernier cas de figure les personnes en situation de handicap bénéficiaires de la prestation de compensation du handicap (PCH) ou de l'allocation compensatrice tierce personne (ACTP) qui font le choix de conserver cette prestation après 60 ans ; et les personnes vieillissantes à revenus élevés pour lesquelles le niveau du ticket modérateur est très élevé (90 % à domicile et 80 % en établissement).
- La seconde approche repose sur des enquêtes de santé qui interrogent directement les personnes sur les difficultés qu'elles rencontrent et permet d'apprécier la diversité des états de santé aux âges élevés. Les enquêtes qui peuvent être utilisées dans ce cadre sont l'enquête européenne annuelle EU-SILC menée depuis 2004 ; les enquêtes Handicap-Santé ménages et institutions de la Drees et l'Insee (dont la dernière date de 2008) ; et la nouvelle enquête Vie quotidienne et santé (VQS)¹¹⁵ mise en place auprès des ménages par la Drees en 2014, qui fait partie du dispositif « Care-Seniors ». À partir de cette dernière enquête, la Drees a établi un « score d'autonomie VQS » pour approcher le nombre de personnes vieillissantes en perte d'autonomie. Plus généralement, un des avantages majeurs des enquêtes de santé est de pouvoir estimer la part de personnes vieillissantes atteintes d'incapacité pour toutes les étapes

¹¹⁴ https://www.ors-idf.org/fileadmin/DataStorageKit/ORS/Etudes/Etude_1498/2017_impact_vieillessement_apa_ORS_IAU.pdf

¹¹⁵ L'enquête Vie quotidienne et santé, menée par la Drees en 2014, est une enquête nationale qui permet de décrire, département par département, la diversité des états fonctionnels des personnes vieillissantes. Elle a été menée auprès de 170 000 personnes vivant à domicile en France. Elle fait partie du dispositif Care (capacités, aides et ressources) qui comprend trois volets d'enquêtes : l'enquête filtre VQS, l'enquête Care Ménages et l'enquête Care Institutions. L'objectif de l'enquête est de repérer dans la population des personnes susceptibles d'avoir des difficultés pour réaliser des activités de la vie quotidienne, afin de les interroger en profondeur dans l'enquête. Pour qualifier l'état fonctionnel des personnes vieillissantes, la Drees a établi un « score synthétique d'autonomie » à partir de leurs déclarations dans l'enquête VQS sur :

- les difficultés rencontrées par les personnes âgées dans les situations mobilisant les fonctions motrices (monter un étage d'escalier ou marcher sur 500 mètres, lever le bras, se servir de ses mains et ses doigts, se pencher ou ramasser un objet) et cognitives (se concentrer plus de 10 minutes, se souvenir des choses importantes, résoudre les problèmes de la vie quotidienne, comprendre les autres ou se faire comprendre des autres) ;
- les restrictions dans les activités déclarées par les personnes âgées (limitation globale d'activité, se laver, sortir de son logement) ;
- les aides techniques mobilisées (aide technique, aménagement du logement), les aides humaines mobilisées (entourage, professionnel), la reconnaissance administrative (perçoit l'APA) ;
- l'état général de santé perçu par la personne âgée.

Ce score permet de classer les personnes vieillissantes selon leur degré d'autonomie, du plus autonome (score proche de 0) au moins autonome (score proche de 100). Plus une personne âgée déclare de difficultés sévères sur des limitations fonctionnelles ou pour la réalisation d'activités, plus son score autonomie VQS sera élevé. Ces individus sont ensuite classés en quatre groupes de dépendance : les personnes classées en groupe I sont considérées comme totalement autonomes ; celles classées en groupe IV comme dépendantes.

du processus de perte d'autonomie. Des espérances de vie selon l'état de santé peuvent également être calculées pour mesurer la qualité des années qui restent à vivre, notamment à partir de 65 ans.

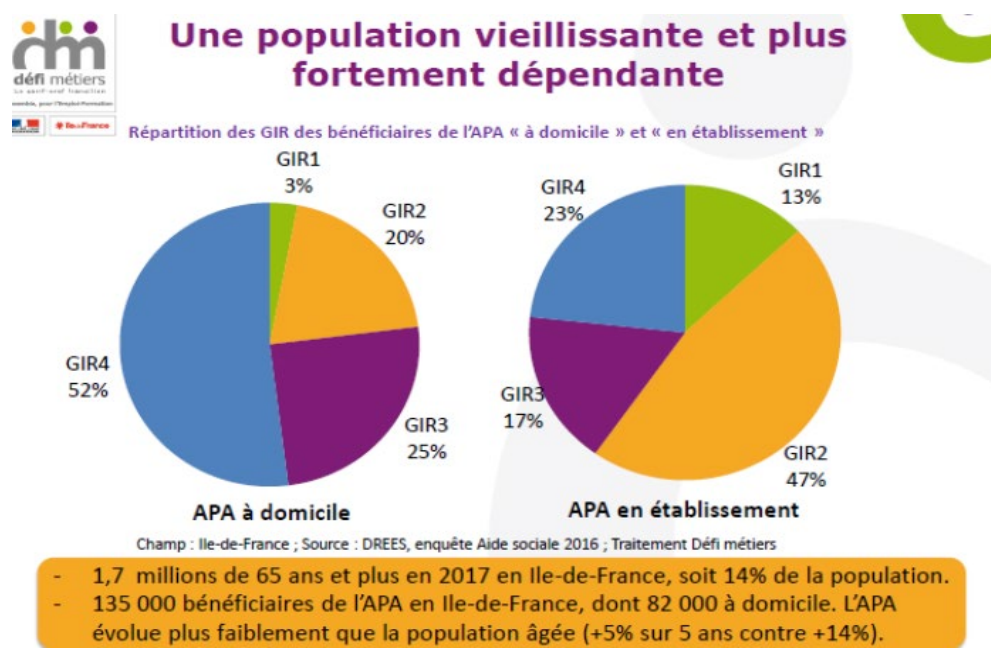
Ces deux approches ont chacune leurs limites mais elles apportent des éclairages complémentaires. Leur utilisation conjointe permet de dresser un état des lieux de la santé aux âges avancés dans sa diversité. Par cette approche, l'ORS/Insee ¹¹⁶ a établi **un état des lieux de la dépendance à domicile** (hors établissements médicaux). En France métropolitaine, en 2014, on évaluait ainsi à :

- 907 000 le nombre de personnes de 60 ans ou plus vivant à domicile diffus en situation de dépendance, au sens où elles appartiennent au groupe IV des groupes d'autonomie VQS (soit 6 % des 60 ans et plus) ;
- 741 210, le nombre de personnes considérées comme très dépendantes en tant que bénéficiaires de l'APA à domicile diffus (soit 5 % des 60 ans et plus).

Le nombre de personnes en situation de forte dépendance (APA) à domicile diffus, représente 45 % de l'ensemble des personnes en situation de dépendance dans leur domicile diffus. Par une définition plus fine des besoins de santé des personnes âgées, la Drees estime que 26 % des 60 ans et plus en France métropolitaine sont atteints de problèmes fonctionnels (physique, sensorielle ou cognitive), 12 % éprouvent des difficultés pour se laver tout seul et 28 % reçoivent une aide humaine.

10.2 La perte d'autonomie et la dépendance en Ile-de-France

10.2.1 La situation en 2017



L'étude de l'ORS, traitée par Défi métiers pour analyser les besoins en formation et emplois des métiers du sanitaire et social, schématise d'une façon globale, la situation en 2017 de la dépendance en Ile-de-France, en établissement et à domicile, tant en termes de nombre de bénéficiaires de l'APA que de leur degré de perte d'autonomie (GIR 1 à 4).

Synthèse :

¹¹⁶ https://www.ors-idf.org/fileadmin/DataStorageKit/ORS/Etudes/Etude_1498/2017_impact_vieillessement_apa_ORIS_IAU.pdf

En 2017, 135 000 personnes étaient identifiées en Ile-de-France comme étant en situation de dépendance (bénéficiaires de l'APA) :

- 60,7 % vivaient à domicile, 23 % d'entre elles avaient des niveaux de dépendance élevés (GIR1 et 2) ;
- 39,3 % vivaient en établissement, 60 % d'entre elles avaient des niveaux de dépendance élevés (GIR1 et 2).

10.2.2 L'évolution de la dépendance en Ile-de-France, depuis 2005

La Drass (Direction régionale des affaires sanitaires et sociales) et l'Insee ont étudié en 2009 les spécificités des départements d'Ile-de-France en termes de dépendance et de son évolution prévisible d'ici 2020 ¹¹⁷.

Ils ont évalué à 25 % la progression du nombre de Franciliens âgés de plus de 75 ans entre 2005 et 2020 (de 759 200 à 952 600, soit de 6,1 % à 7,3 % de la population totale) au regard de l'augmentation de l'espérance de vie et de l'arrivée aux âges élevés de la génération du baby-boom.

L'Insee¹¹⁸ a dénombré en 2021 une progression réelle du nombre de personnes de plus de 75 ans en Ile-de-France plus faible que ces prévisions (855 577, soit 6,9 % de la population), répartie de la façon suivante entre les huit départements de région de la capitale :

Ile-de-France	Paris	Seine-et-Marne	Hauts-de-Seine	Seine Saint Denis	Val-de-Marne	Essonne	Yvelines	Val-d'Oise
855 577	174 934	93 769	119 707	82 712	98 705	94 086	117 582	74 082
6,9 %	8,1 %	6,5 %	7,6 %	5 %	6,5 %	7,1 %	8,1 %	6 %

La Drass et l'Insee évaluaient dans leur enquête une progression de 23 600 (+24,5 %) du nombre de personnes de plus de 75 ans en situation de dépendance en Ile-de-France entre 2005 et 2020, selon des proportions variables selon qu'elles vivaient seules ou non à domicile ou en établissement spécialisé.

Elles devaient se répartir de la façon suivante entre les départements d'Ile-de-France :

Progression prévisible (2005-2020) du nombre de personnes de +75 ans en situation de dépendance	Ile-de-France	Paris	Seine-et-Marne	Hauts-de-Seine	Seine-Saint-Denis	Val-de-Marne	Essonne	Yvelines	Val-d'Oise
Seules à domicile	7 100 33.3 %	400 5.4 %	900 52 %	900 27.5 %	1 000 41.5 %	900 40.9 %	1 100 73.1 %	1 100 66.9 %	800 56 %
Non seules à domicile	13 200 30.9 %	1 000 9.4 %	1 700 40.6 %	1 500 24.1 %	1 800 33.1 %	1 400 28.9 %	2 100 56.9 %	2 300 51.7 %	1 400 41.5 %
En établissement	3 300 10.3 %	-800 -16.1 %	500 11.5 %	100 2.7 %	300 9.9 %	400 9.1 %	1 000 27.2 %	1 200 26.7 %	600 18.7 %
Ensemble	23 600 24.5 %	600 2.7 %	3 100 30.8 %	2 500 17.7 %	3 100 29.8 %	2 700 6 %	4 200 47.1 %	4 600 43.5 %	2 800 34.6 %

La répartition prévisible en fonction des départements d'Ile-de-France de ce nombre supplémentaire de personnes de plus de 75 ans en situation de dépendance était la suivante :

	Ile-de-France	Paris	Seine-et-Marne	Hauts-de-Seine	Seine-Saint-Denis	Val-de-Marne	Essonne	Yvelines	Val-d'Oise
--	---------------	-------	----------------	----------------	-------------------	--------------	---------	----------	------------

¹¹⁷ <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1560035>

¹¹⁸ <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1893198>

Progression du nombre de personnes en situation de dépendance entre 2005 et 2020	100 %	2,5 %	13,1 %	10,6 %	13,1 %	11,5 %	17,8 %	19,5 %	11,9 %
--	-------	-------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------

L'augmentation entre 2005 et 2020 du nombre de personnes vieillissantes dépendantes de plus de 75 ans, et de leurs modes de vie, entraîne par ailleurs un besoin accru d'aidants professionnels, à domicile comme en institution.

Selon les scénarios d'évolution de l'offre d'hébergement en Ile-de-France, l'Insee/Drass estimait qu'il faudrait créer :

- ☐ 37 400 emplois (à domicile et en institution) pour stabiliser le nombre de places et 47 900 pour s'adapter à la demande d'hébergement, notamment à domicile ;
- ☐ 40 % environ de ces emplois concerneraient les aides à domicile et les auxiliaires de vie sociale, 25 % des aides-soignants et aides médico-psychologiques ;
- ☐ 15 % des infirmiers et autre personnel médical ;
- ☐ 12 % des agents d'entretien ;
- ☐ 8 % du personnel d'animation et administratif.

Synthèse :

Entre 2005 et 2020, l'Insee/Drass prévoyait en Ile-de-France :

- ☐ une augmentation de 23 600 du nombre de personnes de plus de 75 ans en situation de dépendance, dont trois fois plus devraient résider à domicile qu'en établissement ;
- ☐ une répartition du nombre de personnes supplémentaires de plus de 75 ans en situation de dépendance, beaucoup plus faible à Paris (+2,5 %) qu'en petite couronne (+35,2 %) et en grande couronne (+ 62,3 %) ;
- ☐ au moins 37 000 emplois supplémentaires pour stabiliser le nombre de places (domicile et établissement) au regard de l'augmentation du nombre de personnes supplémentaires de plus de 75 ans en situation de dépendance et 47 900 pour s'adapter à la demande, notamment s'agissant de l'accueil à domicile.

En fonction du nombre de personnes en situation de dépendance dans chaque département

Les derniers chiffres de l'Insee de la dépendance en Ile-de-France datent de 2019¹¹⁹. On estime en 2015 à 2 467 400 le nombre de personnes de plus de 60 ans, soit 20,4 % de la population francilienne (24,5 % en France). La dépendance touche 13,8 % (340 500 personnes) des plus de 60 ans en Ile-de-France (15,2 % en France) ; la dépendance sévère n'affecte que 3,9 % de cette tranche d'âge (4,3 % en France). La part des Franciliens dépendants passe de 6,3 % pour les moins de 75 ans à 27,6 % au-delà. La part de la dépendance sévère est de 0,9 % pour les moins de 75 ans et 3,9 % au-delà.

Synthèse :

En dix ans (2005-2015), la part des Franciliens de plus de 75 ans en situation de dépendance est ainsi passée de 13,5 % à 27,6 %, sous l'effet de l'allongement de la vie. Pour autant, la proportion de personnes en situation de perte d'autonomie/dépendance est plus faible en Ile-de-France que la moyenne en France (13,8 % au lieu de 15,2 %). L'enquête de l'IAU/ORS de 2017 sur la situation spécifique de la dépendance à domicile diffus en Ile-de-France évalue en 2014 à :

- 116 506, le nombre de personnes de 60 ans ou plus dépendantes, vivant à domicile diffus ; elles appartiennent au groupe IV des groupes d'autonomie VQS (soit 5 % des 60 ans et plus),
- 78 325, le nombre de personnes très dépendantes, vivant à domicile diffus ; elles bénéficient de l'APA à domicile (soit 3 % des 60 ans et plus).

☐ **10.2.3 La diversité territoriale des bénéficiaires de l'APA en Ile-de-France**

¹¹⁹ <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4124769>

Dans la même enquête, le nombre de personnes âgées de 60 ans et plus en situation de dépendance vivant à domicile diffus variait d'un département à l'autre, en 2014, de la façon suivante :

Type de dépendance	Ile-de-France	Paris	Seine-et-Marne	Hauts-de-Seine	Seine-Saint-Denis	Val-de-Marne	Essonne	Yvelines	Val-d'Oise
Dépendance à domicile diffus (Enquête Vie quotidienne santé/Groupe IV)	116 506	22 127	16 793	14 043	17 050	16 793	9 654	13 169	10 611
Bénéficiaires de l'APA à domicile diffus	78 325	17 821	7 942	8 427	14 426	9 509	6 432	7 043	6 725
% APA	40,2 %	44,6 %	32,1 %	37,5 %	45,8 %	36,1 %	40,0 %	34,8 %	38,8 %

Synthèse :

L'Ile-de-France se caractérise par un taux de situation de forte dépendance à domicile diffus (bénéficiaires de l'APA) plus faible (40,2 %) que la moyenne en France métropolitaine (45 %) même si celui-ci a fortement progressé (+15 %) entre 2008 et 2014. Ce taux varie entre 32,1 % en Seine-et-Marne et 44,6 % à Paris

□ Une diversité selon les bénéficiaires de l'APA à domicile diffus et en établissement

Comme en France, on observe une grande diversité des situations de perte d'autonomie et de dépendance en Ile-de-France selon les départements. D'une façon générale, les taux de bénéficiaires de l'APA à domicile diffus et en établissement sont faibles dans tous les départements, sauf en Seine-Saint-Denis.

On distingue, plusieurs situations :

- Les Yvelines, la Seine-et-Marne et l'Essonne qui présentent des taux très faibles de recours de l'APA, à domicile comme en établissement ;
- Le Val-d'Oise, Paris et le Val-de-Marne où les taux sont légèrement supérieurs à domicile diffus et en établissement que les départements du premier groupe ;
- Les Hauts-de-Seine qui sont à cheval entre ces deux groupes avec un taux très faible d'APA à domicile et un taux d'APA en établissement plus proche de la moyenne nationale ;
- La Seine-Saint-Denis qui présente un taux assez faible pour l'APA en établissement mais très élevé pour l'APA à domicile diffus.

Diverses raisons sont avancées par la Drass/Insee pour expliquer cette diversité territoriale :

- Pour les Yvelines, l'Essonne et les Hauts-de-Seine où le taux est faible : une faible densité d'infirmiers, une proportion de personnes âgées dépendantes faible, en lien avec une structure sociale plutôt favorisée (faible taux de chômage, surreprésentation de cadres) et de faibles dépenses d'aide sociale par rapport à la moyenne nationale ;
- Pour la Seine-et-Marne où le taux est élevé : un profil social plus modeste ;
- À Paris où le taux est inférieur à la moyenne nationale : des effets contraires interviennent avec — d'une part — une densité d'infirmiers libéraux proche de la moyenne nationale, des dépenses en matière d'aide sociale plus élevées qu'en France métropolitaine et une part très élevée de personnes vieillissantes vivant seules, contribuant à un recours important de l'APA à domicile et — d'autre part — un profil aisé de la population (présence forte de ménages à hauts revenus et de cadres) qui tend à le limiter ;
- En Seine-Saint-Denis où la part des personnes de plus de 60 ans dépendantes est plus élevée que dans les autres départements franciliens, où le profil social est nettement plus défavorisé, avec un taux de chômage élevé, une surreprésentation des ouvriers par rapport aux cadres et un taux de pauvreté élevé parmi les plus âgés.

□ **Trois composantes de tarification :**

La tarification des EHPAD comprend :

- Le forfait soins dont les charges sont couvertes directement par l'Assurance maladie ;
- Le tarif dépendance, fixé par le Président du Conseil départemental pour une durée d'un an. Il couvre les dépenses liées à l'aide apportée aux personnes accueillies pour accomplir les actes essentiels de la vie. Il s'agit de frais liés à la mise à disposition d'un personnel formé, par exemple pour l'aide à la toilette, les déplacements. Il croît avec le niveau de dépendance du résident, évalué par son groupe iso-ressources (GIR) ;
- Le tarif hébergement qui comprend les dépenses d'entretien et d'administration, la restauration et les activités d'animation. Il est fixé par le Président du Conseil départemental si l'établissement est habilité à l'aide sociale ; sinon, la liberté tarifaire prévaut, et c'est le gestionnaire de l'EHPAD qui l'établit. Ce tarif constitue la principale composante du reste à charge du résident. Son évolution annuelle est fixée par décret chaque année au 1^{er} janvier.

□ **Des coûts différents selon le type d'EHPAD :**

On recense 6 992 EHPAD tarifés en France en 2017. Parmi eux 42 % sont publics, près d'un tiers sont privés associatifs non lucratifs et un quart sont privés lucratifs. 49 % des places en hébergement permanent sont regroupées dans les EHPAD publics, 29 % dans les EHPAD non lucratifs et 22 % dans les EHPAD commerciaux.

En Ile-de-France, on recense 689 EHPAD tarifés en 2017 (9,8 % du nombre d'EHPAD tarifés en France). Parmi eux 49 % sont privés commerciaux, un tiers sont privés non lucratifs et 18 % sont publics. 24 % des places en hébergement permanent sont regroupées dans les EHPAD publics, 32 % dans les EHPAD non lucratifs et 44 % dans les EHPAD commerciaux. Les EHPAD commerciaux sont davantage situés en banlieue et en centre-ville.

Les EHPAD privés non lucratifs sont présents sur tous les types de zones géographiques et un peu plus en centre-ville. C'est également le cas des EHPAD publics, qui sont répartis entre tous les types de zones géographiques.

Le prix médian d'une place en EHPAD hors privés lucratifs en France en 2017 était de 41 453 €.

En Ile-de-France, ce prix médian est supérieur de 12 % (46 330 €). Il varie sensiblement selon les départements, entre 42 840 (Yvelines) et 51 125 (Paris) :

Départements	Prix médian annuel (en euros)
Paris	51 125
Seine-et-Marne	45 012
Yvelines	42 840
Essonne	46 769
Hauts-de-Seine	43 940
Seine-Saint-Denis	46 929
Val-de-Marne	48 043
Val-d'Oise	43 785
<i>Ile-de-France</i>	46 330
<i>France</i>	41 452

¹²⁰ Rencontre personnes âgées dépendantes, Comité régional d'information économique et social (Cries), 11 juin 2019.

□ **Des coûts d'accès différents pour les résidents :**

On observe une très forte dispersion des tarifs dépendance en France selon le niveau de dépendance :

Niveau de dépendance	Tarif minimum (en euros)	Tarif médian (en euros)	Tarif maximum (en euros)
GIR 1-2	16,89	20,35	24,16
GIR 3-4	10,68	12,91	16,36
GIR 5-6	4,57	5,47	6,48

Le prix mensuel 2017 en France d'une chambre simple en hébergement permanent (GIR 5-6) pour les résidents variait fortement en 2017, entre 1 674 et 2 819 € (prix médian : 1 953 €)

En Ile-de-France, le prix mensuel 2017 médian d'une chambre simple en hébergement permanent (GIR 5-6) pour les résidents est plus élevé qu'en France, il varie entre 2 405 € en Seine-et-Marne et 3 188 à Paris.

Départements	Prix médian mensuel en euros payé par le résident (chambre seule avec GIR 5-6)
Paris	3 188
Seine-et-Marne	2 509
Yvelines	3 045
Essonne	2 649
Hauts-de-Seine	3 176
Seine Saint Denis	2 550
Val-de-Marne	2 405
Val-d'Oise	2 718

Le tarif médian d'une place d'EHPAD en France (1 953 €) est supérieur au niveau de vie des personnes de 75 ans et plus (1 740 €).

On observe le même phénomène en Ile-de-France bien que le niveau de vie des retraités soit supérieur (2 056 €), dans la mesure où le prix d'accès à un EHPAD pour les résidents est également supérieur.

En fonction du montant de l'APA versé aux personnes résidant à domicile diffus

Dans le classement¹²¹ des départements de France, en matière de conditions d'accueil à domicile, l'Observatoire national du domicile¹²² positionne les départements entre la 8^e et la 89^e place.

¹²¹ Pondération : ordre des coûts des tarifs de référence (x10), ordre des écarts avec la moyenne du coût des opérateurs de service à domicile (x2) et ± 10 points en fonction de l'existence ou non d'un tarif spécifique le dimanche et les jours fériés.

¹²² <https://www.fedesap.org/wp-content/uploads/2018/05/ETUDE-APA-VDEF-04-2018-BD.pdf>

Départements	Paris	Seine-et-Marne	Hauts-de-Seine	Seine-Saint-Denis	Val-de-Marne	Essonne	Yvelines	Val-d'Oise
Classement préférentiel parmi les autres départements de France	54 ^e	17 ^e	44 ^e	60 ^e	8 ^e	45 ^e	12 ^e	89 ^e

Synthèse :

En 2017, le tarif médian d'une place en EHPAD en Ile-de-France est supérieur de plus de 10 % à celui de France ; il diffère encore plus d'un département à l'autre (17 %). On observe une très forte variation des tarifs dépendance en France (40 %).

Le prix d'accès à un EHPAD pour les résidents en Ile-de-France est très différent d'un département à l'autre (32 %) et supérieur au niveau de vie médian des personnes vieillissantes.

L'extrême diversité des aides départementales, en matière de soutien aux personnes vieillissantes en situation de dépendance à domicile diffus, traduit une grande fracture territoriale de l'action publique en Ile-de-France. Elle rompt l'égalité républicaine face au montant de l'APA (contrairement au versement du RSA, pourtant versé aussi par les départements, mais encadré par l'État). Cette situation est d'autant plus préjudiciable que la demande de l'accueil à domicile est très forte et que son coût (reste à charge pour les personnes) est d'autant plus élevé que la sévérité de la dépendance est grande.

10.3 Quelles projections en termes de nombre et de niveau de dépendance à l'horizon 2030-2060 en Ile-de-France ?

La prise en charge de la dépendance liée au vieillissement s'annonce comme un enjeu majeur pour les politiques publiques.

Le critère retenu pour effectuer ces projections est celui des bénéficiaires de l'APA qui permet également des projections d'ordre financier. L'âge seuil de 60 ans pour l'attribution de l'APA (GIR 1 à 4), bien que discutable pour appréhender de manière pertinente le vieillissement, est celui à partir duquel les allocations destinées aux personnes âgées dépendantes peuvent être versées.

C'est ce critère qui a été choisi pour évaluer l'évolution du nombre de personnes dépendantes dans les prochaines décennies.

10.3.1 Projection de la dépendance en 2060 en France

Un colloque ministériel a permis de faire le point en 2011 sur la situation de la dépendance en France¹²³ et son évolution à l'horizon 2060.

D'autres données (Insee, IAU, Drees) ont étayé les projections faites^{124 125 126}. Le scénario central des projections démographiques indique que, en 2060, la France comptera environ 12 millions de personnes supplémentaires avec un nombre de personnes de plus de 60 ans qui pourrait augmenter de 80 %.

Un tiers de la population sera alors âgé de plus de 60 ans en France, contre seulement un quart aujourd'hui. Parmi ces personnes, la moitié aura 75 ans ou plus.

Jusque vers 2035, les plus de 60 ans augmenteraient très fortement à la suite de l'arrivée des générations nées après la Seconde Guerre mondiale et avant 1975.

Entre 2035 et 2060, la part des plus de 60 ans devrait continuer de progresser mais plus modérément.

¹²³ https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Synthese_de_debat_national_sur_la_dependance.pdf

¹²⁴ <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281151#titre-bloc-3>

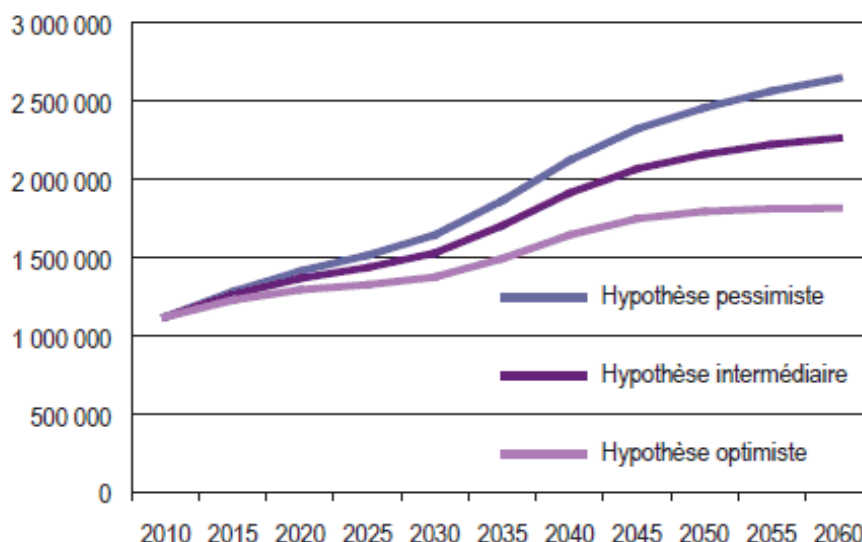
¹²⁵ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1032.pdf>

¹²⁶ <https://data.seinesaintdenis.fr/politiques/Politiques%20de%20solidarite/Autonomie/Documents/Impact%20du%20vieillessement%20sur%20le%20recours%20a%20l%20apa%20-%20Enjeux%20departementaux%20horizon%202040%20-%202017.pdf>

Synthèse :

Selon le scénario central imaginé, le nombre de personnes en situation de dépendance en France (calculé par rapport aux bénéficiaires de l'APA) pourrait être de 2 millions en 2040 et se situer autour de 2,3 millions à l'horizon 2060 (scénario intermédiaire).

Effectifs de personnes âgées dépendantes projetés à l'horizon 2060 selon trois hypothèses de projection



Champ • France métropolitaine.

Sources • DREES, données individuelles anonymisées des bénéficiaires de l'APA, 2006-2007 ; INSEE, projections de population 2007-2060 ; calculs DREES.

Parmi les 1,2 million de personnes vieillissantes en France métropolitaine en situation de dépendance en 2012, 60 % vivaient à domicile diffus et 40 % en établissement. Les personnes modérément dépendantes (GIR 3-4) représentaient la majorité des bénéficiaires de l'APA (64 %), et résidaient le plus souvent à domicile diffus.

Degré de dépendance	Domicile		Établissements		Ensemble APA	
GIR 1	3 %	20 892	19 %	90 364	10 %	111 256
GIR 2	17 %	118 388	40 %	190 240	26 %	308 628
GIR 3	22 %	153 208	19 %	90 364	21 %	245 572
GIR 4	58 %	403 912	22 %	104 632	43 %	508 544
Ensemble	100 %	696 400	100 %	475 600	100 %	1 172 000

Un taux de dépendance moyen a été calculé (scénario intermédiaire) en 2060 (9,8 %) par référence à celui de 2010 (7,8 %), à partir d'une analyse de l'évolution des bénéficiaires de l'APA sur plusieurs années, en fonction des tranches d'âges, de l'espérance de vie en général et avec/sans incapacité, et du sexe. Dans ce scénario, la part de l'espérance de vie sans dépendance dans l'espérance de vie (à 65 ans) reste stable à 85 % pour les femmes et 92 % pour les hommes ; le taux de dépendance des femmes de 90 ans serait de 35 %, celui des hommes de 25 %. Le nombre de personnes âgées dépendantes serait ainsi multiplié par 1,4 entre 2010 et 2030 et par 2 entre 2010 et 2060. En 2060, 2,3 millions de personnes seraient dépendantes, contre 1,1 million en 2010.

Pour les projections par niveau de dépendance, sachant que la dépendance lourde est surtout caractéristique de la fin de vie et donc étroitement liée à la mortalité, celle-ci devrait évoluer de la façon suivante :

- Entre 2010 et 2030, le nombre de personnes relevant des GIR 1 et 2 serait multiplié par 1,3 ;
- Entre 2010 et 2060, cet effectif doublerait.

Les différences entre les scénarios portent uniquement sur l'évolution de la dépendance modérée : le nombre de personnes appartenant aux GIR 3 et 4 serait ainsi multiplié, selon les scénarios :

- Entre 1,2 à 1,5 entre 2010 et 2030 ;
- Entre 1,5 à 2,5 entre 2010 et 2060.

10.3.2 Projection de la dépendance en Ile-de-France en 2030

À l'horizon 2030, en raison des politiques qui font du maintien à domicile une priorité, l'offre francilienne d'hébergement (pour 100 personnes vieillissantes) en institution pourrait être proche de celle observée en 2015, alors que le nombre de personnes concernées devrait fortement augmenter. La part des personnes âgées sévèrement dépendantes parmi les résidents en institution pourrait cependant être supérieure à 75 % dans l'Essonne et le Val-d'Oise à l'horizon 2030.

Synthèse :

Le nombre de places en établissements pour 100 personnes vieillissantes dépendantes devrait peu évoluer entre 2015 et 2030 (16 à 20 places), mais pour maintenir la répartition actuelle des seniors dépendants entre domicile diffus et établissements, la création de 12 600 places serait nécessaire. Les personnes sévèrement dépendantes représenteraient 67,5 % des résidents en 2030 contre 61,6 % en 2015.

Au niveau infrarégional à l'horizon 2030 :

- La part des personnes vieillissantes dépendantes en établissement devrait être maintenue à **Paris** et diminuer faiblement dans les **Hauts-de-Seine** en raison d'une hausse modérée du nombre de personnes vieillissantes dépendantes. Corrélativement à la baisse des effectifs de personnes vieillissantes sévèrement dépendantes dans ces deux départements, leur proportion diminuerait parmi les résidents en établissement (-10 points notamment dans la capitale), alors qu'elle augmenterait dans les autres départements ;
- Dans les **Yvelines** et le **Val-de-Marne**, le nombre de personnes vieillissantes dépendantes vivant à domicile diffus augmenterait dans des proportions équivalentes à la moyenne. La part des personnes vieillissantes sévèrement dépendantes parmi les résidents en établissement serait en hausse modérée, approchant néanmoins les 70 % dans le Val-de-Marne du fait d'une offre institutionnelle moins importante ;
- **En Seine-Saint-Denis, en Seine-et-Marne, dans l'Essonne et le Val-d'Oise**, dans l'hypothèse de l'absence de création de places en institution, la croissance du nombre de personnes vieillissantes dépendantes conduirait à une forte hausse du nombre de personnes âgées au domicile diffus (de +35 % en Seine-Saint-Denis à +46 % dans l'Essonne). La part de personnes âgées sévèrement dépendantes parmi les résidents en institution, en croissance, atteindrait des niveaux très élevés (69 % à 79 %) au sein de ces départements.

Synthèse :

Dans la région Ile-de-France, la hausse du nombre de personnes vieillissantes dépendantes, conjuguée à l'offre stable de places en établissement, nécessiterait un renforcement des dispositifs de maintien à domicile diffus et des personnels en établissement pour accueillir cette proportion accrue de personnes.

Les prévisions de l'Insee¹²⁷ sont les suivantes :

¹²⁷ <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4124769>

	Augmentation du nombre de personnes vieillissantes dépendantes (%)	Augmentation du nombre de personnes vieillissantes sévèrement dépendantes (%)	Augmentation du nombre de personnes vieillissantes dépendantes à domicile (%)
Essonne	34,6	20,9	45,6
Seine-et-Marne	33,9	15,7	44,8
Val-d'Oise	30,8	13,9	39,3
Seine-Saint-Denis	30,1	15,2	35,3
Val-de-Marne	24,2	9,2	28,7
Yvelines	22,9	10,6	29,4
Hauts-de-Seine	12,9	-2,3	16,6
Paris	9,3	-2,0	10,9

Synthèse :

On devrait observer une progression générale, d'ici 2030, du nombre de personnes vieillissantes sévèrement dépendantes dans tous les départements sauf à Paris et dans les Hauts-de-Seine. Les plus fortes progressions devraient être enregistrées en Essonne et en Seine-et-Marne. Le nombre de personnes vieillissantes sévèrement dépendantes parmi les résidents en institution pourrait dépasser les 75 % en Essonne.

	Nombre de places en institution en 2015	Nombre de places en établissement pour 100 personnes vieillissantes dépendantes		Nombre de places à créer d'ici 2030 pour maintenir la répartition actuelle entre ménages et institutions	Personnes vieillissantes dépendantes en institution (en %)		Personnes vieillissantes sévèrement dépendantes en institution en 2015 (en %)	Places en institution occupées par des personnes vieillissantes sévèrement dépendantes (en %)	
		2015	2030		2015	2030		2015	2030
Paris	9 117	15,0	13,7	0	12,8	12,4	32,5	62,8	52,8
Hauts-de-Seine	10 508	22,2	19,7	800	22,2	19,7	48,9	65,6	63,3
Seine-Saint-Denis	6 028	14,7	11,3	1 000	14,7	11,3	34,9	62,1	71,1
Val-de-Marne	6 845	15,7	12,7	1 100	15,0	12,7	37,4	66,9	69,5
Seine-et-Marne	9 856	24,4	18,2	3 200	24,4	18,2	50,3	59,8	68,9
Yvelines	9 184	22,0	17,9	1 600	21,4	17,9	45,0	59,5	64,6
Essonne	8 209	24,1	17,9	2 800	24,1	17,9	51,1	62,6	76,2
Val-d'Oise	7 083	21,6	16,5	2 100	21,6	16,5	49,2	70,1	79,4
Ile-de-France	66 830	19,6	15,8	12 600	19,0	15,6	43,5	61,6	67,5
France métropolitaine	-	24,3	-	-	22,1	-	47,1	55,0	-

Et d'ici 2060 ?

Les projections de la Drees en matière d'évolution du nombre de personnes en situation de dépendance en Ile-de-France à l'horizon 2060 laissent imaginer (scénario intermédiaire) une progression des besoins supplémentaires en places d'accueil des personnes en situation de dépendance de l'ordre de +40 % /2030, soit un nombre de places supplémentaire à créer en établissement pour les personnes très sévèrement dépendantes entre 2030 et 2060, de l'ordre de 5 000.

10.3.3 Les besoins en emplois et formation dans la prise en charge des personnes vieillissantes en perte d'autonomie et de dépendance en Ile-de-France, à l'horizon 2030

Après la grande vague de construction des EHPAD des années 1980, la tendance aujourd'hui est de favoriser le maintien à domicile des personnes vieillissantes dans un contexte de hausse du niveau de leur situation de dépendance.

Les politiques publiques favorisent le plus possible ce maintien et on constate un recul de l'âge de l'entrée en EHPAD sous l'effet de l'allongement de l'espérance de vie en bonne santé et grâce à l'amélioration du suivi médical et à un moment où les polypathologies sont installées. Il ne s'agit alors plus d'un véritable choix entre le domicile et l'établissement : les personnes s'y rendent lorsqu'elles n'ont plus le choix... La population des établissements a donc tendance à être de plus en plus en situation de « dépendance » sévère et concentrera de plus en plus les « cas difficiles ».

L'augmentation du nombre de personnes vieillissantes de plus en plus sévèrement dépendantes et le désir croissant de « bien vieillir » à domicile vont nécessiter un besoin en emplois et en formation de plus en plus important dans les prochaines décennies.

Les activités de prise en charge du « grand âge » et de la perte d'autonomie représentent aujourd'hui, en termes d'emplois, 90 000 professionnels dont les deux tiers exercent des métiers du sanitaire ou du social. À partir des scénarios d'évolution du nombre de personnes en situation de perte d'autonomie et de dépendance à l'horizon 2030, Défi métiers¹²⁸ a évalué les besoins en emplois et en formation des métiers dans le domaine sanitaire et social à l'horizon 2030.



Le défi-métiers
Le défi-métiers
Ressources pour l'emploi-formation

Besoin en recrutement

Scénario central

		Effectifs 2015	Création nette de postes 2015- 2030	Départs à la retraite 2015- 2030	Poste à pourvoir 2015-2030
Aides à domicile	+43%	31 816	13 523	12 852	26 375
Aides soignants	+57%	11 215	6 395	3 636	10 032
AMP	+22%	2 117	471	563	1 034
ASH	+14%	7 996	1 112	3 175	4 287
Cadres infirmiers	+30%	804	245	206	451
Infirmiers	+54%	3 505	1 876	1 188	3 064
Psychomotriciens / ergothérapeutes	+72%	567	408	82	490
Total		58 020	24 030	21 702	45 733

Defi métiers • 15 av. Jean Moulin 75014 Paris • 01 56 53 32 32 • www.defi-metiers.fr • • • •

avril 2020

Les besoins nets en recrutement (hors départ à la retraite) à l'horizon 2030 (scénario central) sont particulièrement importants pour les aides-soignants (+57 % / 2015) et les aides à domicile (+43 %

¹²⁸ https://www.defi-metiers.fr/sites/default/files/docs/rapports-etudes/synthese_silver_economie_ile-de-france_2019_1_3.pdf

/ 2015). Ce sont ces deux métiers où les besoins sont les plus pressants. Globalement, en Ile-de-France, le besoin en recrutement devrait progresser de +41,4 %.

Différentes dynamiques (augmentation du nombre de personnes atteintes de pathologies lourdes, fortes attentes sociétales pour une meilleure prise en charge du « grand âge », émergence de nouvelles technologies, virage ambulatoire...) font également évoluer l'exercice de ces métiers tant au sein des établissements sanitaires et médico-sociaux que s'agissant des besoins à domicile des personnes vieillissantes, notamment s'agissant des métiers¹²⁹ :

- Du soin : infirmier, aide-soignant (AS) ;
- De la rééducation : ergothérapeute, psychomotricien ;
- De l'accompagnement : aide médico-psychologique (AMP), aide à domicile, agent de services hospitaliers ou hôteliers (ASH) de l'encadrement (cadre de santé/infirmier coordinateur, cadre de l'intervention sociale, directeur d'établissement).

Pour certains de ces métiers (infirmier, ergothérapeute par exemple), la possession d'un diplôme d'État (DE) rattaché à la profession est indispensable. En revanche, l'exercice du métier d'aide à domicile ne nécessite pas toujours de qualifications particulières.

Seuls 26 % seraient diplômés Auxiliaire de vie sociale (AVS) et 19 % d'un autre diplôme du sanitaire et social (bac professionnel par exemple). Ce diplôme d'AVS et celui des AMP (aides médico-psychologiques) — qui sont deux diplômes de niveaux V (niveau CAP, BEP, infra-bac) — ont été fusionnés en un seul diplôme depuis 2016, le diplôme d'Accompagnement éducatif et social (AES), dont ils constituent des spécialités. L'intérêt de ce diplôme rénové — qui crée également une spécialisation d'auxiliaire de vie en milieu scolaire pour reconnaître le métier « d'accompagnement des élèves en situation de handicap » — est de fournir un tronc commun et des spécialisations liées à l'exercice des métiers, favorisant les possibilités de mobilité et permettant aussi de lutter contre l'usure professionnelle.

Mais l'attractivité de ces diplômes souffre d'une image dépréciée et d'un statut professionnel insuffisamment reconnu d'un point de vue salarial qui se traduit par un manque de personnels qualifiés en établissement et surtout à domicile.

C'est aussi pourquoi la question de la durée en emploi¹³⁰ des infirmiers et des aides-soignants est une problématique récurrente en Ile-de-France qui — malgré sa forte attractivité — se trouve confrontée elle aussi à un « turnover » important des professionnels et donc à des difficultés de recrutement.

Les besoins en professionnels et les volumes de personnes formées qui entrent sur le marché du travail passent par la levée de différents freins à l'attractivité du secteur et des formations du sanitaire et social. C'est ainsi que le concours d'entrée pour le diplôme d'aide-soignant (AS) sera tout prochainement remplacé par un système d'examen de dossiers afin de mieux valoriser certaines compétences humaines absolument essentielles pour l'exercice de ce métier.

De plus, les problématiques de plus en plus complexes de la prise en charge de personnes vieillissantes sévèrement dépendantes imposent une adaptation des formations aux besoins créés par les dynamiques en cours (démographiques, technologiques, culturelles, législatives...) et une meilleure définition du rôle des professionnels. L'étude menée par Défi métiers sur le secteur médico-social à destination des personnes vieillissantes a mis en exergue un certain nombre de tendances fortes (développement de la médecine ambulatoire, renforcement du maintien à domicile, accent mis sur la prévention, développement technologique...) qui pourraient, dans les prochaines décennies, faire évoluer ces formations du sanitaire et social et la place de leurs diplômés dans le secteur.

Le développement de nouvelles technologies devrait également améliorer l'accompagnement des personnes vieillissantes et modifier les pratiques des professionnels. Les rééducateurs utilisent ainsi

¹²⁹ https://www.defi-metiers.fr/sites/default/files/docs/rapportsetudes/synthese_silver_economie_formations_2019_2_3.pdf

¹³⁰ <https://www.defi-metiers.fr/etudes/les-durees-de-carriere-des-aides-soignants-et-des-infirmiers-plus-courtes-en-ile-de-france>

déjà largement les gérontechnologies¹³¹ (dans la rééducation, la compensation de la perte de capacités, l'évaluation de l'état de santé ou l'aménagement du lieu de vie).

En revanche, les professionnels de niveau V (et infra) seraient, pour leur part, nombreux à souffrir de difficultés (ou de manque d'accès) dans l'usage des outils du numérique, ce qui constitue un frein dans l'exercice de leurs fonctions. Une formation aux technologies du numérique (savoir se servir d'un ordinateur, d'une tablette, maîtriser la bureautique...), durant leur formation, permettrait aux futurs professionnels de s'adapter plus facilement aux usages de plus en plus quotidiens de ces outils.

Synthèse :

L'augmentation du nombre de personnes vieillissantes de plus en plus sévèrement dépendantes et le désir croissant de « bien vieillir » à domicile vont nécessiter, en Ile-de-France, un besoin en emplois de plus de 40 % à l'horizon 2030. Les métiers les plus en tension sont les aides-soignants (+57 %/2015) et les aides à domicile (+43 %/2015).

Les problématiques de plus en plus complexes de la prise en charge des personnes vieillissantes sévèrement dépendantes imposent également une adaptation des formations aux besoins créés, une meilleure définition du rôle des professionnels et une meilleure anticipation des gérontechnologies dans un contexte de « turnover » particulièrement important en Ile-de-France, compte tenu de la pénibilité des métiers dont le statut n'est pas suffisamment valorisé.

10.3.4 Le rôle majeur des proches aidants dans l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie et de dépendance

Le proche aidant

Le rôle du proche aidant est apparu dans un contexte de vieillissement important de la population, accompagné d'une demande accrue de soins. En France¹³², les proches aidants constituent une population grandissante et très hétérogène. Leur nombre est passé de 2 millions dans les années 2000 à 3 millions en 2005¹³³ et à presque 11 millions¹³⁴ aujourd'hui. Il y a 472 structures de soutien aux aidants pouvant intervenir dans la région Ile-de-France¹³⁵ et la Région a mis en place des dispositifs de soutien dans leur direction¹³⁶.

Il existe une définition de plus en plus utilisée du proche aidant : « Il s'agit d'un membre de la famille ou de l'entourage qui accompagne de façon régulière une personne dépendante, que ce soit lié à la maladie ou au handicap, et qui prodigue des soins, en général, non rémunérés en dehors de tout contexte professionnel. »

En général, ils ne s'identifient pas comme des « aidants » au sens littéral du terme. Leur premier rôle c'est d'abord le lien familial ou amical qui les lie avec la personne aidée et chaque situation d'aide est singulière et dépend de l'« aidé » et du proche aidant.

Ils répondent à des besoins spécifiques en réalisant des soins techniques ou des traitements médicamenteux qu'ils gèrent eux-mêmes, participent à l'aide aux activités de la vie quotidienne, les courses, les repas, les déplacements. Certains aidants interviennent pour des démarches administratives ou encore pour coordonner les professionnels qui interviennent auprès de la personne.

Parfois certains aidants se positionnent sur plusieurs tâches à la fois et alors que d'autres font tout, tout seuls.

¹³¹ https://www.defi-metiers.fr/sites/default/files/docs/rapports-etudes/synthese-silver-economie-gerontechnologie-2019-3_3.pdf

¹³² <https://www.aidants.fr/>

¹³³ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1103.pdf>

¹³⁴ <https://www.ocirp.fr/actualites/les-chiffres-cles-sur-les-aidants-en-france>

¹³⁵ <http://www.medipages.org/aidants/ile-de-france>

¹³⁶ <http://www.medipages.org/aidants/ile-de-france>

Selon un sondage BVA-MATMUT (mai 2020)¹³⁷, il apparaît que, si les femmes sont toujours majoritaires parmi les proches aidants, à hauteur de 57 %, les hommes jouent donc aussi un rôle important. La population des aidants reste globalement jeune et tend à l'être de plus en plus. En 2019, 81 % des aidants familiaux en France ont moins de 65 ans (76 % en 2018) et 44 % ont moins de 50 ans. Parmi la population des aidants, 61 % travaillent (dont 53 % sont salariés). Des chiffres qui sont en constante augmentation depuis 2015. Passant de 53 % à 61 % pour les actifs. Le manque de temps (38 %, selon une enquête de 2019) est la principale difficulté rencontrée par les aidants, suivie par la fatigue physique (32 %), puis la complexité des démarches administratives (26 %).

Les impacts du rôle de proche aidant

Les aidants ont également à faire face à des difficultés extérieures avec, en premier lieu, la faible sensibilisation des professionnels de santé à la question des aidants. Ces professionnels mettent en place les soins nécessaires à la prise en charge du malade mais, bien souvent, ils ne s'intéressent pas beaucoup à l'entourage du patient, faisant ainsi l'impasse sur les aspects relationnels qui sont indispensables pour le patient et ses proches.

Les proches aidants doivent parfois cumuler vie professionnelle et vie d'aidant. Beaucoup d'aidants se voient ainsi contraints de réduire leur temps de travail, voire de s'arrêter momentanément de travailler, impactant ainsi leurs revenus mais aussi leurs futures retraites. Sans compter les frais de participation aux frais de soins, de transport, de déplacement... de leur personne aidée.

Ce surcroît d'activités a un impact important sur la vie sociale de l'aidant allant jusqu'à créer des problèmes d'isolement, d'épuisement, de stress, voire parfois de détresse psychologique.

Si aujourd'hui la charge pour les aidants est aussi importante, c'est d'abord parce que le potentiel des aides des professionnels reste encore insuffisant.

Depuis une dizaine d'années, différentes solutions se développent pour accompagner et soutenir les aidants.

Tout d'abord, l'accès à l'information. Aujourd'hui sur les territoires, notamment les départements franciliens, il existe des plateformes d'accompagnement et de répit qui centralisent l'ensemble des ressources pouvant servir à accompagner les proches aidants, notamment s'agissant des mécanismes d'attribution de l'APA (allocation personnalisée d'autonomie) et de la PCH (prestation de compensation du handicap).

Dans certaines conditions, les proches aidants peuvent bénéficier d'une indemnisation mais cela varie selon la situation et le territoire. Les formations destinées aux proches aidants se développent de plus en plus et visent à apporter des savoir-faire techniques et des réflexions sur les limites du rôle d'aidant. Nombre d'associations, comme France Alzheimer¹³⁸ ou France Parkinson¹³⁹, développent des groupes de parole qui permettent aux aidants de se rassembler et d'échanger entre eux sur leurs difficultés et sur leur vécu permettant à chacun de s'apercevoir qu'ils ne sont pas seuls. France Alzheimer organise par ailleurs, chaque année, près de 500 formations, regroupant 8 à 12 proches aidants, pour les aider à accomplir leur mission, au-delà de leur engagement affectif.

Un dispositif a aussi été créé permettant d'évaluer et de diminuer ce que l'on appelle la « charge ressentie »¹⁴⁰, reposant essentiellement sur la nature des tâches effectuées par le proche aidant.

Ces dernières années, une solution se développe de plus en plus, c'est la solution de répit, différente de l'ensemble des prestations de soins destinées aux personnes aidées. Le répit vise en premier lieu à restaurer la qualité de la relation entre proche aidant et personne aidée.

Au Québec depuis plus de quinze ans, Le baluchon Alzheimer¹⁴¹ consiste à remplacer un proche aidant à son domicile par un intervenant unique. En France, le baluchonnage¹⁴² est également une

¹³⁷ <https://www.matmut.fr/mutuelle-sante-ociane/conseils/cinq-chiffres-cles-aidants-france>

¹³⁸ <https://www.francealzheimer.org/soutien-aux-aidants-et-aux-personnes-malades/>

¹³⁹ <https://www.franceparkinson.fr/la-sante-des-aidants/>

¹⁴⁰ <https://www.anpere.fr/la-charge-ressentie-par-laidant/>

¹⁴¹ <https://baluchonalzheimer.com/>

¹⁴² <https://baluchonfrance.com/aidants/>

nouvelle solution envisagée par les acteurs du médico-social. Mais des barrières juridiques et financières empêchent le dispositif de se développer.

Les besoins des proches aidants

En 2011, la Commission européenne a effectué un sondage auprès de la population européenne sur les besoins des aidants et une charte européenne des aidants a été adoptée¹⁴³. La majorité des aidants désire poursuivre une activité professionnelle mais souhaite, en cas d'aménagement de leur temps de travail, bénéficier d'un soutien financier, de conditions de travail adéquates et adaptées et la prise en compte du temps d'activité d'aidant dans le calcul de la retraite. À cela s'ajoutent le répit, l'accès à un congé pour se reposer et l'accès à la formation.

Depuis le 30 septembre 2020¹⁴⁴, le congé qui permet à un salarié résident en France d'arrêter son activité professionnelle pour accompagner un membre de sa famille est indemnisé pour un parent en perte d'autonomie particulièrement grave (GIR 1 à 3), un conjoint malade, un enfant en situation de handicap... Sa durée maximale est de 3 mois mais il peut être renouvelé, sans pouvoir dépasser 1 an sur l'ensemble de la carrière du salarié. L'aidant a désormais droit à un maximum de 22 AJPA (allocation journalière du proche aidant) par mois¹⁴⁵. L'indemnité¹⁴⁶ peut être versée à la demi-journée, sauf pour les demandeurs d'emploi. Ce congé concerne tous les salariés du secteur privé, les agents du secteur public, les indépendants ainsi que les demandeurs d'emploi¹⁴⁷.

Synthèse :

Il y a plus de 10 millions de proches aidants en France et quelque 500 structures de soutien pour les aider à accompagner leur proche en situation de perte d'autonomie et de dépendance, au côté des professionnels de la santé. Une majorité d'entre eux sont des femmes (57 %) et 61 % travaillent (dont 53 % sont salariés).

Le rôle des proches aidants en France n'est pas suffisamment valorisé : il vient seulement d'être reconnu en 2020 en leur permettant de bénéficier d'un congé professionnel de 3 mois maximum, renouvelable mais d'un maximum de 1 an sur l'ensemble de la carrière du salarié et peut faire l'objet d'une indemnité.

10.3.5 Les patients experts

En posant les cadres de l'éducation thérapeutique du patient, la loi Hôpital, patients, santé et territoire¹⁴⁸ de 2009 a favorisé l'essor des patients experts.

« Patient-expert, patient partenaire, patient pair, ressource, formateur... autant d'expressions désignant la reconnaissance et la valorisation de l'expérience des patients. En effet, certains d'entre eux prennent progressivement une part active, au côté des professionnels de santé, à l'accompagnement d'autres patients ou à la formation des soignants de demain. Plus qu'un nouveau métier, la professionnalisation de ces patients témoigne de mutations importantes dans la relation soignants/soignés et de la progression de la démocratie sanitaire en France. » C'est donc un patient qui a acquis de solides connaissances de sa maladie au fil du temps. Ayant appris à vivre avec, il s'implique auprès de malades souffrant de la même pathologie. Son expérience et ses compétences sont de solides atouts pour établir une relation de confiance avec les autres patients.

Cette relation trouve sa déclinaison entre les personnes vieillissantes en situation de perte d'autonomie et de dépendance et leur environnement de soutien en établissement et à domicile (personnel médical, proche-aidant, autre personne vieillissante...).

Comment devenir patient expert ?

Plusieurs associations de patients forment des patients experts et leur fournissent même un diplôme universitaire. Il existe trois universités de patients en France, à Paris, Marseille et Grenoble. C'est Catherine Tourette-Turgis, enseignante en médecine à l'Université Pierre et Marie Curie, qui a

¹⁴³ <https://www.aidants.fr/sites/default/files/public/Pages/chartecofacehandicapfr.pdf>

¹⁴⁴ <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F16920>

¹⁴⁵ <https://droit-finances.commentcamarche.com/faq/80039-ajpa-et-conge-de-proche-aidant-montant>

¹⁴⁶ <https://www.aide-sociale.fr/allocation-proche-aidant-ajpa/>

¹⁴⁷ Legi France.

¹⁴⁸ <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000020879475/>

permis à ce dispositif pédagogique de voir le jour. L'objectif : proposer une formation aux personnes atteintes d'une maladie chronique, afin qu'elles deviennent expertes de leur pathologie. Elles peuvent aussi devenir des acteurs du système de santé en participant à la conception des programmes d'éducation thérapeutique dans les associations de patients. Ou se proposer comme « patients intervenants » dans les hôpitaux et les réseaux de soins.

Avoir été patient : un atout majeur

Le patient expert possède plusieurs atouts notamment sa bonne connaissance du langage médical, mais aussi l'expérience de la pathologie. Cela lui confère une légitimité et une crédibilité dans les messages qu'il délivre sur la maladie. Les conseils sont mieux perçus quand ils émanent d'un autre patient. Le malade se sent sécurisé, le dialogue s'ouvre plus facilement. « *Cela permet de dédramatiser la situation, il a le témoignage en direct* », explique Éric Balez. Quant aux malades, ils expriment plus volontiers leurs angoisses et posent les questions qu'ils n'oseraient peut-être pas poser aux équipes médicales. À aucun moment pour autant, le professionnalisme des médecins et des équipes médicales n'est remis en cause. Pour Éric Balez, « *il s'agit de rendre les malades acteurs de leur maladie, et surtout de leur apprendre à gérer les priorités* ».

10.4 L'impact financier prévisible de l'augmentation des personnes en perte d'autonomie et de dépendance à l'horizon 2030-2060 ?

10.4.1 Les prévisions d'accroissement des dépenses relatives à la dépendance en France

La France a consacré en 2019, 31 % de son PIB (2 420 milliards d'euros environ) pour des dépenses à caractère social, soit 715 milliards environ. C'est le taux le plus élevé des pays de l'OCDE¹⁴⁹.

S'agissant des dépenses des retraites (un peu plus de 300 milliards d'euros, 13,6 % de PIB), la France se situe au 3^e rang des pays de l'OCDE (après l'Italie et la Grèce).

Pour ce qui concerne les dépenses destinées à la prise en charge de la dépendance, avec 1,7 % du PIB (40 milliards d'euros), la France ne se situait qu'en 28^e position des pays de l'OCDE après le Danemark (4,9 %), la Norvège (4,4 %), la Suède (3,8 %), la Finlande (3,2 %)...

La Drees (Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques)¹⁵⁰ a évalué l'évolution du coût de la dépendance entre 2014 et 2060. Tous financeurs confondus, les dépenses de prise en charge des personnes âgées dépendantes ne représentaient en 2014 que 30 milliards d'euros, soit 1,4 point de PIB. Plus des trois quarts de ce montant (23,7 milliards d'euros, soit 1,11 point de PIB) sont financés par les pouvoirs publics. Cette somme recouvre les dépenses de santé, de prise en charge de la perte d'autonomie et d'hébergement.

Selon le scénario de référence choisi pour cette étude par la Drees, la dépense publique en faveur des personnes dépendantes devrait augmenter fortement d'ici à 2060 pour atteindre 2,07 points de PIB, et la dépense totale devrait atteindre 2,78 points de PIB. Les plus fortes évolutions seraient observées de 2030 à 2045, pour des raisons démographiques. La répartition des différents postes de dépense de la dépendance en 2014 est la suivante :

¹⁴⁹ <https://data.oecd.org/fr/socialdep/depenses-sociales.htm#indicator-chart>

¹⁵⁰ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1032.pdf>

Type de dépenses		Dépenses totales (en milliards d'euros)	% de finances publiques
Dépenses de santé	Total	12,2	99,2 %
	Personnes vieillissantes	9,4	95 %
	Soins de ville	1,8	100 %
	Unité de soins de longue durée	1	100 %
Perte d'autonomie	Total	10,7	77,6 %
	APA	5,5	100 %
	... dont aide à domicile	3,5	100 %
	... dont aide en établissement	2	100 %
	Ticket modérateur APA et aides complémentaires au-delà de l'APA	2,5	0 %
	Prestation de compensation du handicap et allocation compensatrice pour tierce personne (+60 ans)	0,6	100 %
	Actions sociales des collectivités territoriales	0,9	100 %
	Exonération fiscale employeur, crédit Impôts sur le revenu (dépendance à domicile) et autres aides fiscales	1,2	100 %
Hébergement	Total	7,1	46,5 %
	Aides sociales à l'hébergement	1,2	100 %
	APL et ALS, aides aux établissements	2,1	100 %
	Coût de l'hébergement (hors gîte et couvert) ⁽¹⁾	3,8	0 %
TOTAL en milliards		30	79 %

(1) Les 3,8 milliards d'euros ne comprennent pas les 4,4 milliards d'euros de gîte et couvert (nourriture, frais de logement et d'assurance) supportés par les ménages en établissement, mais qui seraient également à leur charge s'ils résidaient à leur domicile.

Le financement de ces trois postes de dépenses est assuré en grande partie par la puissance publique (État en très grande partie pour les dépenses de santé et les départements pour la perte d'autonomie) et, dans une moindre mesure, les frais d'hébergement (hors le gîte et le couvert) par les personnes concernées (données¹⁵¹ de 2011) :

	Santé	Perte d'autonomie	Hébergement
Financements publics	99 %	83 %	72 %
Ménages	1 %	17 %	28 %

¹⁵¹ <https://www.argusdelassurance.com/mediatheque/5/0/8/000025805.pdf>

La répartition des dépenses par financeur dépend du type d'hébergement (à domicile ou en établissement) ; elle est bien sûr plus élevée pour les familles s'agissant de l'hébergement en établissement et plus élevée pour les départements s'agissant de l'hébergement à domicile (+30 % environ).

Synthèse :

Le coût de la dépendance en France (30 milliards d'euros en 2014, 40 milliards d'euros en 2019) est réparti entre trois postes principaux :

- ☐ La santé, la perte d'autonomie et l'hébergement ;
 - ☐ De la façon suivante : Santé : 40,7 % ; Perte d'autonomie : 35,7 % ; et Hébergement : 23,6 %.
- Ce coût devrait atteindre 60 milliards d'euros en 2060.

Le scénario de la Drees prévoit que la dépense publique en direction des personnes en situation de dépendance devrait fortement augmenter d'ici à 2060 (+86 % en moyenne). Les plus fortes évolutions seraient observées de 2014 à 2045, pour des raisons démographiques. La croissance (en PIB et en valeur absolue) de la dépense envisagée entre 2014 et 2060 pourrait être la suivante :

Dépenses	Valeur du PIB en 2014	Valeur du PIB en 2030	Valeur du PIB en 2045	Valeur du PIB en 2060	Progression des coûts entre 2014 et 2060
Santé	0,57	0,67	0,86	0,98	+72 %
Perte d'autonomie	0,39	0,54	0,69	0,78	+100 %
Hébergement	0,15	0,19	0,26	0,31	+100 %
TOTAL en % du PIB	1,11	1,4	1,81	2,07	86 %
TOTAL en milliards d'euros	30	38	49	56	

Synthèse :

Le coût de l'hébergement de la dépendance pris en charge par les familles devrait doubler entre 2014 et 2060.

10.4.2 Les conséquences pour les départements d'Ile-de-France, de la prise en charge du financement de la dépendance dans les prochaines décennies

Par référence à l'étude de la Drees, le coût des dépenses au titre de l'autonomie des personnes vieillissantes en situation de dépendance, pris en charge par les départements, devrait doubler entre 2014 et 2060.

Principalement liées au coût de l'APA, ces dépenses vont être fonction des situations contrastées auxquelles vont être confrontés les huit départements d'Ile-de-France, selon l'augmentation du nombre et personnes en situation de dépendance et de leur niveau, des ressources des départements et de la politique d'accompagnement social de chaque département.

S'agissant de la progression du nombre de personnes vieillissantes en situation de dépendance à domicile diffus et en établissement d'ici 2030¹⁵², le tableau ci-après rappelle les grandes tendances par département en Ile-de-France.

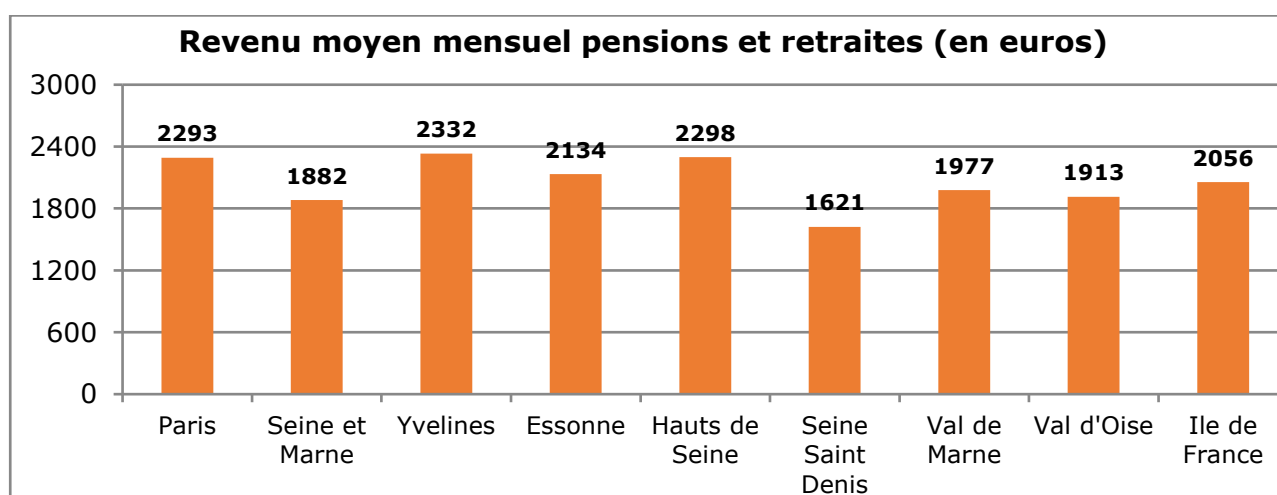
¹⁵² <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4124769>

	Département	Progression du nombre de personnes vieillissantes en situation de dépendance	Progression du nombre de personnes vieillissantes sévèrement dépendantes résidant en institution	Progression du nombre de personnes vieillissantes dépendantes à domicile
Grande couronne	Essonne	Très forte	Très forte	Très forte
	Seine-et-Marne	Très forte	Forte	Très forte
	Val-d'Oise	Très forte	Forte	Forte
	Yvelines	Forte	Modérée	Forte
Petite couronne	Seine-Saint-Denis	Très forte	Modérée	Forte
	Val-de-Marne	Forte	Modérée	Forte
	Hauts-de-Seine	Faible	En diminution	Faible
Paris		Faible	En diminution	Faible

Synthèse :

C'est essentiellement en grande couronne que le montant des aides départementales en direction des personnes vieillissantes en situation de dépendance devrait progresser le plus d'ici 2030, par référence à l'augmentation du nombre de personnes concernées et de leur niveau de dépendance. C'est surtout en Essonne, Val-d'Oise et Seine-et-Marne où les situations seront les plus en tension. L'évolution des dépenses à Paris et dans les Hauts-de-Seine devrait en revanche être beaucoup plus faible.

Cette disparité dans l'évolution des coûts de prise en charge de la perte d'autonomie et de la dépendance dans les prochaines décennies entre les départements d'Ile-de-France est d'autant plus problématique que la situation socio-économique des départements est très différente¹⁵³, notamment s'agissant des revenus moyens des pensions et des retraites¹⁵⁴, plus importants à Paris, dans les Yvelines et les Hauts-de-Seine, plus faibles en Seine-Saint-Denis et Seine-et-Marne.



¹⁵³ <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3291402>

¹⁵⁴ <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277596?sommaire=4318291>

L'IAU/ORS¹⁵⁵ a analysé dans le détail cette progression prévisible des dépenses liées à la prise en charge de la dépendance d'ici 2040 dans les différents départements d'Ile-de-France, au regard de la progression prévisible du recours à l'APA.

Conformément aux évolutions prévisibles, les coûts pour les départements de grande couronne auront tendance à être les plus élevés. La proportion de personnes vieillissantes dépendantes à domicile bénéficiaires de l'APA, par rapport à toutes les personnes allocataires de l'APA (domicile + établissement), dans chaque département, n'évoluerait pratiquement pas, dans ce scénario. Cette proportion resterait ainsi la plus faible à Paris (33,3 % de toutes les personnes bénéficiaires de l'APA) et la plus élevée en grande couronne, notamment en Seine-et-Marne (89,1 %), Val-d'Oise (61,2 %) et Essonne (58,5 %).

Par référence, uniquement, à l'augmentation du nombre de bénéficiaires de l'APA, selon le type d'hébergement (à domicile diffus ou en établissement), la progression entre 2020 et 2040 des coûts par département — dans l'hypothèse où les niveaux de dépendance n'évolueraient pas d'ici 2040 (ce qui signifie donc que la progression simulée des coûts constitue des niveaux planchers, puisque les situations de dépendance vont avoir tendance à s'accroître d'ici 2040) — serait la suivante (scénario central) :

		Évolution du nombre d'allocataires de l'APA				
		Domicile	Établissement	Ensemble	Rapport domicile/ensemble domicile + établissement	Progression (domicile + établissement) entre 2020 et 2040
Paris	2020	18 200	13 000	31 200	58,3 %	33,3 %
	2040	23 900	17 700	41 600	57,4 %	
Seine-et-Marne	2020	9 500	6 100	15 600	60,9	89,1 %
	2040	17 600	11 900	29 500	59,6 %	
Yvelines	2020	8 300	7 200	15 500	53,5 %	41,3 %
	2040	11 000	10 400	21 900	50,2 %	
Essonne	2020	7 700	5 800	13 500	57,0 %	58,5 %
	2040	12 000	9 400	21 400	56,0 %	
Hauts-de-Seine	2020	9 000	8 900	17 900	50,2 %	35,2 %
	2040	12 100	12 100	24 200	50,0 %	
Seine-Saint-Denis	2020	15 400	6 300	21 700	70,9 %	42,8 %
	2040	21 800	9 200	31 000	70,3 %	
Val-de-Marne	2020	10 400	6 900	17 300	60,1 %	41,0 %
	2040	14 600	9 800	24 400	59,8 %	
Val-d'Oise	2020	7 500	5 400	12 900	58,1 %	61,2 %
	2040	11 900	8 900	20 800	57,2 %	
Ile-de-France	2020	86 100	59 600	145 700	59,0 %	48,9 %
	2040	126 500	90 400	216 900	58,3 %	

¹⁵⁵<https://data.seinesaintdenis.fr/politiques/Politiques%20de%20solidarite/Autonomie/Documents/Impact%20du%20vieillessement%20sur%20le%20recours%20a%20l%20apa%20-%20enjeux%20departementaux%20horizon%202040%20-%202017.pdf>

Synthèse :

Entre 2020 et 2040, par référence au scénario central de l'évolution du recours à l'APA, la hausse des coûts liée à la prise en charge de la dépendance pourrait se situer en moyenne en Ile-de-France autour de 50 %, avec de plus fortes progressions pour les départements de grande couronne que ceux de petite couronne et Paris :

- ☐ +33,33 % à Paris et +35,9 % dans les Hauts-de-Seine,
- ☐ +42,8 % en Seine-Saint-Denis, +41 % dans le Val-de-Marne, et +41,3 % dans les Yvelines,
- ☐ +58,5 % en Essonne et +61,2 % dans le Val-d'Oise,
- ☐ +89,1 % en Seine-et-Marne.

10.5 Une 5^e branche de la Sécurité sociale pour financer l'autonomie sur fond d'une nouvelle étape de décentralisation

La loi n° 2020-992 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie¹⁵⁶ dans son article 5, prévoit explicitement la création d'une cinquième branche au sein de la Sécurité sociale pour « *la prise en charge du soutien à l'autonomie* », et ce « *indépendamment de son âge et de son état de santé* ». Le législateur affirme ainsi la nécessité de la prise en charge de la dépendance dans un cadre « *solidaire et universel* ».

Cela semble répondre à un souhait de la population puisque le baromètre d'opinion 2020 de la Drees indique que les deux tiers des Français (64 %) seraient demandeurs d'une prise en charge financière par les pouvoirs publics de la perte d'autonomie et que sept Français sur dix souhaitent que cette aide soit réservée aux personnes âgées disposant de faibles revenus. Cependant, cette même étude indique que de plus en plus de Français sont favorables à une aide universelle, sans conditions de ressources¹⁵⁷.

La caisse chargée de la gestion de cette 5^e branche est la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) créée en mai 2005. La loi prévoit qu'elle soit financée par la CSG (contribution sociale généralisée) à hauteur de 0,15 point par un report d'un quart de la CSG actuellement affectée à la CADES (Caisse d'amortissement de la dette sociale). Cependant, si la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021¹⁵⁸ confirme la mise en place du 5^e risque, elle renvoie, dans son article 33, à une concertation menée par le Conseil de la CNSA pour l'émission d'un avis et de recommandations « *sur les pistes de financement de la politique de soutien à l'autonomie* » au 1^{er} mars 2021.

L'article 5 de la loi n° 2020-992 prévoit l'écriture d'un rapport avant le 15 septembre sur les modalités de mise en œuvre du nouveau risque et de la nouvelle branche. Celui-ci est paru le 14 septembre 2020, rédigé par Laurent Vachey, Florence Allot et Nicolas Scotté et l'Inspection générale des finances¹⁵⁹.

Le rapport constate les inégalités de « prestations » de l'APA et des différentes allocations, ainsi que la complexité pour leur accès, selon les départements qui ont la charge de l'instruction et de l'attribution.

C'est pourquoi la mission préconise le transfert de certaines prestations relevant aujourd'hui du périmètre d'autres branches de la sécurité sociale comme l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (famille), l'allocation supplémentaire d'invalidité (maladie) ou les aides à l'investissement et à l'aménagement du domicile (vieillesse), et également de l'État comme l'allocation aux adultes handicapés. L'ensemble des transferts proposés ferait passer le périmètre de la branche de 27 milliards (l'actuelle CNSA) à 42 milliards.

Les auteurs du rapport se refusent à créer des caisses locales de l'autonomie car cela supposerait de retirer aux conseils départementaux leurs compétences en matière d'action sociale envers les personnes vieillissantes et les personnes en situation de handicap, notamment sur les questions d'évaluation pour l'attribution (maison départementale des personnes en situation de handicap, MDPH, et équipes d'évaluation de l'APA des conseils départementaux).

¹⁵⁶ <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000042219376>

¹⁵⁷ <https://www.vie-publique.fr/eclairage/19352-quelle-prise-en-charge-de-la-dependance-des-personnes-agees>

¹⁵⁸ <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000042665307>

¹⁵⁹ <https://www.vie-publique.fr/rapport/276269-la-branche-autonomie-perimetre-gouvernance-financement-rapport-vachey>

S'appuyant sur le rapport Libault¹⁶⁰, les auteurs préfèrent l'adossement du réseau de la CNSA sur les agences régionales de santé (ARS) et les départements.

Le fonctionnement s'appuierait sur un contrat départemental pour l'autonomie entre les ARS et les départements (avec l'association des communes) permettant l'organisation de l'offre, depuis le domicile jusqu'aux établissements ainsi qu'un financement unique.

L'accès à l'information et à l'évaluation des prestations pourrait se faire dans des maisons départementales de l'autonomie (MDA), sous un statut d'établissement public local sous la présidence du département et la participation des associations dans sa gouvernance.

Le rapport ne fait pas l'impasse sur le fait que les propositions ne recueillent pas forcément l'assentiment de l'ensemble des partenaires sociaux. Ainsi, sans remettre en cause la nécessité d'une prise en charge, certains syndicats¹⁶¹ souhaitent que celle-ci se fasse dans le cadre de la branche maladie en posant le principe de l'universalité de l'Assurance maladie. Ces désaccords portent notamment sur le financement par la CSG, élargie récemment aux retraités eux-mêmes, qu'elle oppose, avec d'autres, aux cotisations sociales.

La création de cette 5^e branche s'effectue dans le contexte d'une nouvelle étape de décentralisation (projet de loi dite « 4D » : différenciation, décentralisation, déconcentration et décomplexation)¹⁶² en cours de concertation-préparation, qui verrait le rôle des départements s'élargir, notamment en matière d'adaptation du logement au vieillissement et de santé, des champs de compétences qui pourraient être de nature à accompagner la demande de plus en forte de « bien vieillir à domicile ».

Synthèse :

La loi prévoit désormais la création d'une 5^e branche au sein de la Sécurité sociale pour « la prise en charge du soutien à l'autonomie et de la dépendance dans un cadre solidaire et universel ». Le financement de cette prise en charge par la CSG, tel que la loi le prévoit, ne fait pas cependant consensus, certains syndicats préférant qu'il se fasse plutôt par le biais de la branche « maladie » de la sécurité sociale. Il interroge également sur le rôle des départements.

10.6 De la perte d'autonomie à la dépendance : les défis à relever en Ile-de-France

- ❑ **Une forte progression du nombre de personnes vieillissantes sévèrement dépendantes dans tous les départements d'Ile-de-France, sauf à Paris et dans les Hauts-de-Seine**, même si globalement la Région est moins touchée par ce phénomène de vieillissement que d'autres régions, avec une part de retraités dans la population plus faible qu'au niveau national et bénéficiant de revenus plus élevés.
- ❑ **Une forte demande des personnes vieillissantes sévèrement dépendantes à vivre dans leur domicile diffus** qui va nécessiter dans les prochaines décennies un renforcement des dispositifs de soutien public (montant des aides financières, renforcement du nombre de personnels d'accompagnement...) en direction de ces personnes.
- ❑ **Une forte hausse des dépenses publiques liées à la prise en charge de la dépendance entre 2020 et 2040**, qui devrait se situer en moyenne en Ile-de-France autour de 50 %, avec de plus fortes progressions pour les départements de grande couronne que ceux de petite couronne et pour Paris. **Une augmentation prévisible encore plus forte, pendant cette période, du coût de l'hébergement en établissement pour les personnes**, notamment dans les départements où l'augmentation du nombre de personnes vieillissantes sera importante (grande et petite couronnes).
- ❑ **L'extrême diversité du montant des aides départementales en Ile-de-France**, en matière de soutien aux personnes vieillissantes en situation de dépendance (notamment à domicile diffus),

¹⁶⁰ <https://www.vie-publique.fr/en-bref/268954-rapport-libault-comment-reformer-la-politique-du-grand-age>

¹⁶¹ <https://www.cgt.fr/comm-de-presse/pour-un-droit-lautonomie-tout-au-long-de-la-vie-dans-le-cadre-de-la-branche-maladie>

¹⁶² <https://www.publicsenat.fr/article/parlementaire/decentralisation-transferts-de-competences-jacqueline-gourault-detaille-la-loi>

qui rompt l'égalité républicaine face au montant de l'APA (contrairement au versement du RSA qui est encadré par l'État).

- **La difficulté pour bon nombre de personnes vieillissantes sévèrement dépendantes en établissement ou à domicile diffus d'en financer le coût à partir de leurs propres ressources**, alors que l'un des objectifs de la loi ASV (adaptation de la société au vieillissement) était de revaloriser l'APA pour réduire le « reste à charge » des personnes.
- **La nécessité de valoriser et d'adapter le statut professionnel** (attractivité, adaptation des formations, salaires...) **des acteurs de santé et des autres intervenants techniques/administratifs** dans les établissements et à domicile diffus, dont le rôle est central pour améliorer le bien-vivre quotidien des personnes vieillissantes en situation de dépendance.
- **Un rôle de plus en plus majeur des aidants** dans l'accompagnement de leurs proches en situation de perte d'autonomie et de dépendance, au côté des professionnels de la santé.
- **Le retard que prennent les pouvoirs publics pour légiférer sur les modalités de financement** (report de la loi Grand Âge, modalité de financement de la 5^e branche de la Sécurité sociale) **de la perte d'autonomie et de la dépendance** dans le contexte de forte progression du nombre de personnes vieillissantes dans les prochaines décennies.

10.7 Les enjeux de la prise en charge de la perte d'autonomie et de la dépendance en Ile-de-France dans les prochaines décennies

- **Garantir la continuité territoriale de l'action publique en Ile-de-France — et son accès à tous — en direction des personnes vieillissantes en situation de dépendance**, face à la croissance très différente, à l'échelle des départements d'Ile-de-France (Paris, petite et grande couronne), de ce public dans les prochaines décennies ;
- **Repenser les dispositifs/montants d'attribution de l'APA** pour qu'ils soient identiques dans tous les départements d'Ile-de-France ;
- **Veiller à ce que le « reste à charge » de l'hébergement des personnes vieillissantes accueillies en établissement, soit compatible avec les ressources dont elles disposent**, dans un contexte de forte progression du coût de cet hébergement dans les prochaines décennies ;
- **Être attentif à ce que le coût du maintien à domicile diffus pour les personnes vieillissantes sévèrement dépendantes ne soit pas supérieur au tarif d'un hébergement en établissement** dans un contexte de forte croissance de la demande de ce mode de vie ;
- **Rendre plus attractives — et les adapter aux besoins émergents — les formations d'Ile-de-France dans les métiers de la prise en charge des personnes vieillissantes en situation de perte d'autonomie et de dépendance ;**
- **Soutenir le rôle des proches aidants** qui va être de plus en plus majeur, aux côtés des professionnels de santé, dans l'accompagnement des personnes vieillissantes en situation de perte d'autonomie et de dépendance.

11. CONCLUSION GÉNÉRALE

Confrontée comme toutes les autres Régions au vieillissement de sa population, l'Ile-de-France va connaître au cours des trente prochaines années une transformation majeure de sa démographie. Sa population va en effet continuer d'augmenter, passant de 12 millions d'habitants à l'heure actuelle à 13,5 millions en 2050, mais, conséquence du « baby-boom », de l'augmentation de la longévité et de la baisse de la fécondité, l'essentiel de cette croissance sera porté par les personnes de plus de 65 ans. Leur nombre passera de 1,6 million actuellement à 2,9 millions en 2050, soit une augmentation de 80 %, et elles représenteront alors plus de 20 % de la population de notre Région.

Ce phénomène est pour l'Ile-de-France un défi à la fois quantitatif, qualitatif et territorial pour tous les acteurs publics et pour toutes les collectivités :

- ☐ Un défi quantitatif car il s'agira de faire bénéficier non plus à 1,6 million mais à 2,9 millions de personnes des dispositifs actuels contribuant à leur bien-être ;
- ☐ Un défi qualitatif car il apparaît dès à présent que ces dispositifs sont insuffisants ou susceptibles de progrès, et doivent donc être amplifiés, améliorés et complétés ;
- ☐ Un défi territorial compte tenu de la très grande diversité des territoires de notre Région conduisant à l'amplification de certains déséquilibres face au vieillissement.

Deux des thèmes traités dans le présent rapport permettent de l'illustrer : le logement et le cadre de vie d'une part, la santé abordée ici sous l'angle de la dépendance d'autre part, en rappelant ici que :

- ☐ Plus de 90 % des personnes de plus de 65 ans souhaitent être maintenues à leur domicile si leur autonomie diminue ;
- ☐ La proportion des personnes lourdement dépendantes restera sensiblement la même qu'actuellement, soit de l'ordre de 4 % des plus de 60 ans ;
- ☐ La population de Paris restera quasiment constante et c'est principalement en grande et petite couronnes que se fera l'augmentation de la population.

En ce qui concerne le logement, il n'y a pas à prévoir de problème quantitatif majeur de nombre de logements pour les personnes âgées si la construction de logements neufs suit la projection dite « du Grand Paris ». Les problèmes seront donc principalement « qualitatifs » :

- ☐ Qualité des logements, qui doivent en outre être adaptés au maintien à domicile ;
- ☐ Et bien sûr accessibilité et prix pour les personnes les plus fragiles et/ou les plus défavorisées.

En revanche en ce qui concerne le cadre de vie, les problèmes seront à la fois quantitatifs et qualitatifs. Il faudra en effet :

- ☐ Améliorer l'urbanisme des centres-villes d'un nombre croissant de villes moyennes et petites, augmenter l'offre de transports, développer la formation au numérique...
- ☐ Et dans le même temps, lutter contre l'isolement, facteur principal de mal-être des personnes âgées, en développant les modalités d'habitat alternatif, en multipliant les lieux de socialisation, en soutenant l'engagement et le bénévolat dédiés...

En ce qui concerne enfin la dépendance, le problème sera majoritairement quantitatif et territorial. Il faut prévoir en effet une forte augmentation des dépenses en conséquence :

- ☐ Des besoins de places en institution pour les personnes en forte perte d'autonomie ;
- ☐ Mais surtout de la forte croissance du maintien à domicile, solution dès maintenant privilégiée et par les personnes et par la puissance publique ;
- ☐ L'ensemble conduisant à une forte augmentation des dépenses de formation des personnels dédiés et de valorisation, tant statutaire que salariale, de leurs emplois, indispensables pour rétablir leur attractivité.

Il conviendra que la Région, en lien avec l'État et dans le cadre de son champ de compétence, puisse être particulièrement attentive à rendre attractives — et les adapter aux besoins qui vont émerger dans les prochaines décennies — les formations et les métiers de la prise en charge des personnes vieillissantes en situation de perte d'autonomie.

Par ailleurs, il faudra gérer le déséquilibre territorial de la Région, car ces dépenses nouvelles pèseront peu sur Paris et pour l'essentiel sur la petite et surtout la grande couronne. La Région pourrait avoir à cet égard un rôle d'équilibrage et d'harmonisation. Elle pourrait, dans l'esprit du rapport Libault, plaider auprès des départements l'importance d'harmoniser les dispositions d'attribution de l'APA en Ile-de-France et les coûts des services à domicile, pour une meilleure continuité territoriale de l'action publique.

Dans cette perspective, le développement de la Silver Économie, qui doit être soutenue et organisée car génératrice de valeur économique et d'emplois, contribuera certainement à l'amélioration du bien-être des personnes âgées, sous réserve que ses avancées soient financièrement accessibles aux plus défavorisés. Cependant, il ne peut en aucun cas en être l'élément principal, tant l'accompagnement humain des personnes âgées continuera d'être essentiel pour lutter efficacement contre leur isolement en respectant leur dignité.

Au-delà, au moment où le nombre des seniors est en train d'augmenter très rapidement, leur reconnaissance comme des acteurs essentiels et de plein droit de la société apparaît comme une clef pour favoriser, voire accélérer, l'amélioration de leurs conditions de vie et de leur inclusion dans la société. Comment en effet espérer des progrès significatifs si les seniors sont considérés, plus ou moins implicitement, par le reste de la population comme une catégorie à part, générant surtout des problèmes, voire fautive d'avoir profité de la croissance de la fin du xx^e siècle sans avoir construit une véritable perspective pour les jeunes générations ?

Il faut réaffirmer ici que, loin d'être un problème, les seniors sont à l'inverse une véritable opportunité pour la société si elle sait mieux tirer parti de leur expertise, de leur expérience, et plus généralement de leur formidable potentiel humain, en particulier à un moment où un nombre croissant de jeunes doutent de l'avenir. Ce potentiel s'exprime déjà largement au sein des familles, du milieu associatif et des collectivités territoriales, le plus souvent de façon totalement bénévole, mais comme d'autres, le présent rapport confirme qu'il reste encore largement sous-utilisé.

Et il faut également réaffirmer que la solidarité intergénérationnelle doit impérativement jouer en faveur des plus démunis et des plus fragiles d'entre eux, faute de mettre gravement en péril la cohésion de notre société et cette valeur fondatrice qu'est la fraternité.

Cet indispensable changement de regard passe par une reconnaissance des seniors par le monde du travail qui suppose de lutter contre les préjugés dont ils sont victimes. Moyennant une certaine adaptation des postes de travail, les seniors peuvent en effet apporter beaucoup, notamment par leur expérience et leur savoir-faire.

Il passe aussi par la participation réelle des seniors non seulement aux décisions qui les concernent spécifiquement, mais encore, et comme n'importe quels autres citoyens, à toutes les instances qui traitent des questions concernant l'ensemble de la population.

Il passe enfin par une communication intense visant à déconstruire ces images négatives, fondée sur la réalité des apports considérables des seniors à la société et s'adressant à l'ensemble de la population et plus particulièrement aux pouvoirs publics, au système éducatif et au monde de l'emploi.

Ce dernier point est essentiel pour arrêter de « catégoriser » les seniors, population dont nous avons largement souligné l'extrême diversité, à l'image de la diversité de notre pays, non seulement pour éviter d'en faire une « catégorie à part » mais encore pour éviter d'avoir une approche réductrice, par trop simplificatrice, de leur réalité et de leurs aspirations.

En outre, revaloriser les seniors, c'est aussi revaloriser les professionnels et les bénévoles qui se consacrent à leur accompagnement lorsqu'ils en ont besoin. Or cela est indispensable pour préparer un avenir où davantage de personnes devront se tourner vers les activités d'aides-soignants, d'aides à domicile, d'aidants... plus que jamais nécessaires et qui devront donc être davantage reconnus et devenir un véritable motif de fierté pour ceux qui les exercent.

Enfin, cinq principes contribueront à la pertinence, à l'efficacité et à l'acceptabilité des actions de mise en œuvre des orientations présentées ci-dessus :

- Il faut redire ici que :
 - il sera essentiel d'associer les seniors eux-mêmes, y compris les plus anciens d'entre eux et par tous les moyens adéquats, pour garantir la pertinence des solutions ;
 - la priorité devra être donnée aux actions destinées aux personnes les plus fragiles et/ou les plus défavorisées.
- Parmi les orientations suggérées dans le présent rapport, certaines sont plus opérationnelles, dans le court-moyen terme, et d'autres plus structurelles, dans le moyen-long terme mais les secondes auront souvent tendance à progressivement atténuer la nécessité des premières. La Région et ses collectivités territoriales auront donc à arbitrer avec sagesse entre ces deux types de mesure et notamment à ne pas délaisser les mesures structurelles au seul profit des mesures plus immédiatement opérationnelles.
- Les difficultés qui touchent les personnes âgées surviennent souvent brutalement ou à un moment où ces personnes n'ont plus les capacités ou l'énergie de les affronter. Il est donc clair que les actions de prévention, y compris la prévention « primaire » (améliorer tout au long de la vie les grands déterminants de la santé et de l'autonomie), permettront de les atténuer et joueront un rôle fondamental dans l'augmentation du bien-être de ces personnes.
- Face à l'augmentation forte et inéluctable des besoins d'accompagnement des personnes âgées, les collectivités devront s'appuyer plus que jamais sur les aidants, sur le milieu associatif dédié et sur les bénévoles, dont les apports sont dès à présent irremplaçables et qu'il faudra donc reconnaître et soutenir autant que de besoin.
- Enfin, il est essentiel de comprendre que ce qui sera fait pour les personnes âgées sera bénéfique pour l'ensemble de la population. Cela est évident si l'on songe par exemple au maintien vivant des cœurs de ville et des quartiers ou au développement des transports locaux. Le développement et le financement des actions en faveur des personnes âgées sont donc des facteurs de progrès global du cadre et du mode de vie de la population et trouvent ainsi une nouvelle justification.

Il est clair que certaines des lignes d'actions suggérées ne sont pas incluses dans les champs de responsabilité de notre Région. Mais celle-ci ayant pour ambition de « *faire du territoire francilien un territoire [...] où il fait bon vieillir* »¹⁶³, elle est donc concernée par tous les effets et toutes les conséquences du phénomène de vieillissement, quelle qu'en soit la nature. En outre, compte tenu de sa très grande diversité, la Région paraît toute désignée pour non seulement dynamiser les actions en faveur des seniors mais encore les harmoniser sur l'ensemble de son territoire. Ce faisant, elle contribuera non seulement au bien-être de ses habitants mais encore à son attractivité et elle pourrait ainsi développer, sur ce sujet majeur qu'est le vieillissement de la population, un véritable leadership à l'échelle nationale, voire internationale.

¹⁶³ Rapport CR 2019-021 : Communication sur le bilan de l'action régionale en faveur des seniors.

12. ANNEXES

Annexe 1 : Auditions effectuées par la Section prospective et remerciements

2019	
Mardi 18 juin	Audition de Monsieur Jean-François Simonin « Quels futurs possibles à l'heure de l'anthropocène ? »
Mardi 2 juillet	Audition de Monsieur Philippe Louchart « Les projections démographiques franciliennes sur la base des évolutions récentes de l'Insee »
2020	
Mardi 18 février à 14 heures	Madame Isabelle Gremy, directrice de l'Observatoire régional de la santé (ORS) Madame Caroline Laborde, socio-démographe, Observatoire régional de santé Ile-de-France Vieillesse en bonne santé en Ile-de-France — État des lieux et enjeux
Mardi 24 mars à 14 heures	Réunion annulée — Confinement — Audition de Monsieur Menez reportée au 2 juin
Jeudi 16 avril à 14 heures	Monsieur Alain Cordesse, conseiller au CESE, rapporteur au nom de la section travail et emploi du rapport intitulé « l'emploi des Seniors » en avril 2018
Jeudi 23 avril à 14 heures	Monsieur Mathieu Le Floch, Chargé d'études, Docteur en anthropologie sociale et ethnologie Défi-Métiers, présentation des enjeux du secteur sanitaire et social francilien
Mardi 19 mai à 14 heures	Monsieur Michel Delamaire, Directeur général de l'Essonne, Madame Sonia Pirès, Directrice de l'autonomie, Monsieur Olivier Marouteix, Chef de Projet à la Direction des études, observation et prospective — Présentation, réalités et enjeux du vieillissement en Essonne
Mardi 2 juin à 14 heures	Monsieur Nicolas Menet, directeur général de Silver Valley — Présentation de Silver Valley
Mardi 16 juin à 14 heures	Monsieur Jean-Louis Wathy, Délégué général adjoint en charge des territoires des Petits Frères des Pauvres et Madame Isabelle Sénécal, Responsable du Pôle Plaidoyer/Relations presse — Présentation des actions et de la philosophie des Petits Frères des Pauvres à l'occasion de la parution en juin 2020 du Rapport « Solitude et confinement »
Jeudi 23 juin à 14 heures	Madame Isabelle Dufour, Déléguée générale de Gêrond'if, présentation du Gêrontopôle d'Ile-de-France

Jeudi 9 juillet à 14 heures	Madame Marie-Reine Tillon, Présidente nationale de l'Union nationale des aides à domicile et Madame Line Lartigue-Doucoure, Directrice du pôle Politiques publiques — Présentation des enjeux dans le secteur de l'aide à domicile.
--------------------------------	---

Annexe 2 : Bibliographie générale

Articles généraux

Cadre législatif et réglementaire national

- Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (1)
Article 1 « *L'adaptation de la société au vieillissement est un impératif national et une priorité de l'ensemble des politiques publiques de la Nation.* »

- En préparation : Projet de loi Autonomie et grand âge d'ici fin 2019 (Cf. Rapport Libault juin 2019)

Cadre régional

- CR 2019-021 : Communication sur le bilan de l'action régionale en faveur des seniors, mai 2019

Rappel de travaux antérieurs du Ceser Ile-de-France en lien avec le sujet

- « L'Habitat du futur : les 4 critères de l'habitat universel », Avis n° 2017-20 présenté au nom de la commission Ville Habitat et cadre de vie par Alain Lecerf et Marion Blank, 13 décembre 2017
- « La Silver Économie : une réponse aux enjeux du vieillissement du plus grand nombre dans une démarche solidaire ? » Avis n° 2017-21 présenté au nom de la commission Santé, solidarité et affaires sociales par Valérie Muller et Alain Lecerf, 13 décembre 2017
- « Démographie, Économie et lien social à l'horizon 2050. Quelles perspectives, quels leviers pour agir ? » Rapport préparé par Yves Vandenboomgaerde au nom de la section de la prospective et de la planification (adopté le 13 septembre 2010) et avis n° 2010-06 préparé par Jean-Louis Girodot (adopté le 21 octobre 2010)

Travaux menés par ailleurs sur le sujet (ORS, CGET, CESE)

- « Les personnes âgées en Ile-de-France », Observatoire Régional de la Santé, 2003
- « Le vieillissement de la population et ses enjeux », CGET, janvier 2018
- « Vieillir dans la dignité », CESE, séance plénière du 24 avril 2018

ONU

- « World Population Prospects 2019 », Highlights, ONU
- « Plan d'action international de Madrid pour le vieillissement », 2002
- « Conférences des Nations unies sur le vieillissement », et tout particulièrement la conférence tenue à Madrid en 2002 « Vers une société de tous les âges »

Europe

« Le vieillissement actif : élaboration, légitimation et tentatives de diffusion d'un référentiel transversal en Europe », Laure Kaeser et Pierre-Alain Roch, Dans *Critique internationale* 2015/3 (N° 68, p. 145 à 169)

France

France-Stratégie, mars 2016 :

- « Jeunesse, vieillissement : quelles politiques ? »
- « Faut-il rééquilibrer les transferts publics en direction des plus jeunes alors que nous devons faire face à des besoins accrus liés au vieillissement ? »

« Faire du bien vieillir un projet de société », Institut Montaigne, juin 2015

Institut national d'études démographiques (Ined), notamment :

- « Tous les pays du monde, Populations et sociétés », n° 569, Gilles Pison, Ined, septembre 2019
- « Populations et sociétés », n° 482, octobre 2011

Insee

- « Projections de population à l'horizon 2070. Deux fois plus de personnes de 75 ans ou plus qu'en 2013 », *Insee Première* n° 1619, paru le 03/11/2016
- « Projections à l'horizon 2070 : une hausse moins soutenue du nombre d'actifs », *Insee Première* n° 1646 mai 2017
- « 4 millions de seniors seraient en perte d'autonomie en 2050 », *Insee Première*, n° 1767, 25/07/2019
- « D'ici 2050, la population augmenterait dans toutes les régions de métropole », *Insee Première*, n° 1652, 22/06/2017
- « Tableau de l'économie française (TEF) », 2019, pages démographie.
- « Quarante ans d'évolution de la démographie française : le vieillissement de la population s'accélère avec l'avancée en âge des baby-boomers », *France, Portrait social*, Édition 2019, p. 11 à 26.
- « Bilan démographique 2019. La fécondité se stabilise en France », *Insee Première* n° 1789, janvier 2020
- « La mortalité stagne à l'âge adulte pour les générations nées entre 1941 et 1955, Méthode et résultats », *Insee Première* n° 1824, le 24 novembre 2020
- « Suivre l'évolution du grand âge, compte rendu et diaporama de la commission Démographie et Questions sociales », Cnis, 2 décembre 2020
- « Le dynamisme démographique faiblit entre 2013 et 2018, avec la dégradation du solde naturel, Vincent Vallès », *Insee Focus* n° 221, décembre 2020
- « Bilan Démographique 2020 », *Insee Première* n° 1834, janvier 2021

Conseil national de l'information statistique (Cnis), notamment :

- « Suivre l'évolution du grand âge », *Compte rendu et diaporama de la commission Démographie et Questions sociales du Cnis*, 2 décembre 2020

Conseil d'Orientation des retraites (COR), notamment :

- « Inégalités et évolutions récentes de l'espérance de vie », Conseil d'Orientation des Retraites /COR dans un document de travail (Réunion du 11 février 2021)

Ile-de-France :

- « La population de Paris à l'horizon 2050 », *Insee Flash Ile-de-France*, n° 20, 28/11/2017
- « Même vieillissante, l'Ile-de-France resterait la région la plus jeune de France métropolitaine en 2050 », *Insee Analyses Ile-de-France* n° 62, 22/06/2017
- « La population des Hauts-de-Seine à l'horizon 2050 », *Insee Flash Ile-de-France* n° 24, 28/11/2017
- « Deux fois plus de seniors dans la population active francilienne à l'horizon 2035 », *Insee Analyses Ile-de-France*, n° 95, 11/04/2019.
- « Projections de la population francilienne à l'horizon 2030 », IAU, NR 489, novembre 2009

Drees :

- « Projection des populations âgées dépendantes – Deux méthodes d'estimation », Drees n° 43, septembre 2013 (Horizon 2060)
- « Personnes âgées dépendantes : les dépenses de prise en charge pourraient doubler en part de PIB d'ici à 2060 », *Études et Résultats* n° 1032, Drees, octobre 2017
- « Accompagnement professionnel de la dépendance des personnes âgées », Mélina Ramos-Gorand (Chercheuse associée, Université de Lorraine, Université de Strasbourg, CNRS, BETA, 54000, Nancy, France), Les dossiers de la Drees n° 51, mars 2020
- « En 2019, l'espérance de vie sans incapacité à 65 ans est de 11,5 ans pour les femmes et de 10,4 ans pour les hommes », Drees *Études et Résultats* numéro 1173, décembre 2020
- « Perte d'autonomie : à pratiques inchangées, 108 000 seniors de plus seraient attendus en EHPAD d'ici à 2030 », Drees *Études et Résultats* n° 1172, décembre 2020
- « Espérance de vie sans incapacité », Drees n° 1173, décembre 2020

- « 108 000 seniors de plus seraient attendus en EHPAD d'ici à 2030 – Projections de population âgée en perte d'autonomie selon le modèle Lieux de vie et autonomie (LIVIA) », Drees n° 1172, décembre 2020

Cnav :

- « Statistiques des retraites en Ile-de-France en 2019 », Cnav, décembre 2020

Articles sur quelques-uns des thèmes abordés

Logement :

- « Vers de nouvelles mobilités résidentielles à la retraite ? », *Les cahiers de la Cnav* n° 13, juillet 2019, Enquête AMARE Ancrage et mobilité résidentielle à la retraite
- « Bien vieillir », Cnav Portail (adaptation logement) <https://www.lassuranceretraite.fr/portail-info/home/retraite/bien-vieillir-aides-conseils/vie-retraite/adaptation-logement-vieillir.html>
- « Bien vivre chez soi le plus longtemps possible », Guide, l'Assurance retraite, juillet 2012
- « Synthèse des petits-déjeuners Habitat des seniors comment innover », IAU, 12 avril 2016
- « Logement des seniors, Les retraités Franciliens : Situations favorables, Fortes disparités », IAU, Note rapide n° 783, septembre 2018
- « Niveaux de vie contrastés au moment du départ à la retraite », Note *Insee Première* n° 1792, IAU, février 2020
- « Les projections de population francilienne à l'horizon 2030 », Note rapide IAU 489, novembre 2009
- « Études pour le débat public sur le Grand Paris, Hypothèses socio-démographiques », Driea, septembre 2010
- « La territorialisation des objectifs de logement en Ile-de-France bilan 2014 », octobre 2015
- « Ministère du Logement, de l'Égalité des territoires et de la Ruralité », ministère de l'Écologie, du Développement durable et de l'Énergie
- « Études pour le débat public sur le Grand Paris, Hypothèses socio-démographiques », Driea, septembre 2010

Emploi :

- « Emploi des seniors, bilan et perspectives », Amandine Brun-Schammé, Madame Véronique Janod, *Revue française d'Économie*, Persée, volume XXII, n° 2, 2007, pp. 81-102
- « Le bricolage du maintien dans l'emploi des seniors : régulation publique, dialogue social et boîte à outils », Nicolas Farvaque, *La Revue de l'Ires* n° 69, 2011/2, p. 139 à 172
- <https://www.cairn.info/revue-de-l-ires-2011-2-page-139.htm>
- « Conditions de travail et maintien en emploi des seniors : enjeux d'un « décroisement » des approches et des pratiques. Quelques enseignements issus de monographies d'entreprises françaises », Conseil d'orientation des retraites, Séance plénière du 23 mai 2019
- « Relations industrielles / Industrial Relations », Catherine Delgoulet, Serge Volkoff, Laurent Caron, Fabienne Caser, Annie Jolivet et Laurence Théry, vol. 69, n° 4, 2014, p. 687-708
- « Emploi et chômage des seniors en 2018, Hausse du taux d'emploi et du taux de chômage », Dares résultats, mars 2019
- « Analyse : Chômage de longue durée : le calvaire des seniors », *La Tribune*, mars 2019
- <https://www.latribune.fr/economie/france/chomage-de-longue-duree-le-calvaire-des-seniors-811094.html>
- « Deux fois plus de seniors dans la population active francilienne en 2035 », Direccte, synthèse thématique n° 88, mars 2019
- « Deux fois plus de seniors dans la population active francilienne à l'horizon 2035 », Insee Analyse Ile-de-France n° 95, avril 2019
- « Rapport sur la création d'un système universel de retraite », rapport remis au Premier ministre par Jean-Paul Delevoye, le 19 juillet 2020

- Situation actuelle de l'emploi des seniors : <http://www.journaldunet.com/management/ville/paris/ville-75056/emploi>
- « Le maintien des seniors en poste passe par davantage de transparence », *Le Monde*, Propos recueillis par Anne Rodier, 21 novembre 2019

Dépendance :

- « Les personnes âgées en Ile-de-France, Évolutions et perspectives de la prise en charge de la dépendance », ORS, janvier 2003
- « Les personnes âgées dépendantes », Cour des comptes, novembre 2005
- « La dépendance des personnes âgées en Ile-de-France », Drees, Insee, Dossiers : Regards sur... et dossiers thématiques, 02/10/2009
- « Dépendance des personnes âgées en Ile-de-France : un tiers d'emplois supplémentaires d'ici 2020 », Insee n° 93, juillet 2012
- « L'impact des dépenses sociales sur l'équilibre financier du département, Exercices 2011 et suivants, Observations définitives délibérées le 10 mars 2017 », Chambre régionale des comptes, Département des Yvelines (78)
- « Les personnes âgées en 2030 », Matières grises, septembre 2018
- « Un quart de personnes âgées dépendantes supplémentaires en Ile-de-France à l'horizon 2030 », Insee Analyses Ile-de-France n° 96, 16/04/2019
- « Les personnes âgées dépendantes », Rencontres du Cries, juin 2019 (avec les membres du Cesis : A. Lecerf, M. Vandencapelle, R. Messina)
- « Rapport El Khomri sur l'attractivité des métiers du grand âge », octobre 2019

