

# **REVELER LE DEFI POLITIQUE DE L'AVANCEE EN ÂGE**

## *Perspectives internationales*

**Rapport remis à M. le Premier Ministre**

**Martine Pinville**  
*Députée de la Charente*

*Parlementaire en mission auprès de la Ministre déléguée auprès de la Ministre des affaires sociales et de la santé en charge des personnes âgées et de l'autonomie*

Rapporteur  
Guillaume Malochet, Centre d'analyse stratégique – Services du Premier Ministre







*Le Premier Ministre*

Paris, le 17 OCT. 2012

1 3 6 7 / 1 2 / SG

*Madame la Députée,*

*Nous assistons à une révolution de la longévité qui va se traduire par un fort accroissement du nombre de personnes âgées. Au cours des cinquante prochaines années, le nombre de personnes de plus de 75 ans va être multiplié par deux et celui des personnes de plus de 85 ans par quatre. Ces évolutions représentent un progrès mais également un défi majeur. C'est la raison pour laquelle le Président de la République et moi-même nous sommes prononcés en faveur d'une loi sur l'autonomie portant un projet de société embrassant toutes les dimensions de l'avancée en âge:*

- l'anticipation, par une prévention individuelle et collective dans le domaine de la promotion de la santé tout au long de la vie ;*
- l'adaptation de la société en matière d'infrastructures (logement, urbanisme, transports) et de représentation du vieillissement ;*
- l'accompagnement des personnes âgées et de leurs familles lors de la perte de l'autonomie (organisation et financement d'un soutien à domicile ou d'un placement en établissement).*

*La ministre des affaires sociales et de la santé et la ministre déléguée chargée des personnes âgées et de l'autonomie viennent de demander au comité « avancée en âge : prévention et qualité de vie », présidé par le Dr Jean-Pierre Aquino, de formuler des propositions sur le volet « anticipation » du projet de loi et de confier à M. Luc Broussy une mission sur l'adaptation de la société au vieillissement.*

*Madame Martine PINVILLE  
Députée  
Assemblée Nationale  
126 Rue de l'Université  
75355 PARIS 07 SP*

*Je souhaite vous charger d'une mission visant à identifier et comparer au plan international les pratiques intéressantes et innovantes susceptibles de nourrir la réflexion sur la préparation des volets anticipation-prévention et adaptation de la société au vieillissement du projet de loi sur l'autonomie.*

*Vous pourrez notamment vous inspirer des politiques publiques menées au Québec, en Suède, au Danemark, en Finlande, en Norvège, en Espagne, en Allemagne, au Royaume-Unis, au Japon ou aux Etats-Unis. Il ne s'agira pas de réaliser des monographies mais de tirer des enseignements utiles pour la préparation de la loi sur l'autonomie. A cet égard, vous pourrez effectuer des voyages d'études dans certains de ces pays.*

*Vous établirez un lien avec les deux autres missions précitées, afin d'échanger sur vos réflexions respectives et d'apporter, dès que possible, des éléments de comparaison internationale.*

*Le Centre d'analyse stratégique, qui a déjà travaillé sur les sujets de comparaison internationale en matière de prise en charge de la perte d'autonomie, vous apportera son appui dans la conduite de cette mission. Vous pourrez également mobiliser le réseau des conseillers sociaux de nos ambassades.*

*Un décret vous nommera, en application de l'article L.O. 144 du code électoral, parlementaire en mission auprès de Madame Michèle DELAUNAY, Ministre déléguée auprès de la ministre des affaires sociales et de la santé, chargée des personnes âgées et de l'autonomie.*

*Vous voudrez bien me remettre votre rapport définitif d'ici la fin du mois de décembre prochain.*

*Je vous prie d'agréer, Madame la Députée, l'expression de mes respectueux hommages.*



---

Jean-Marc AYRAULT

## SYNTHESE

Par lettre en date du 17 octobre 2012, le Premier Ministre a confié à Mme Martine Pinville, Députée de la Charente, une mission « *visant à identifier et comparer au plan international les pratiques intéressantes et innovantes susceptibles de nourrir la réflexion sur la préparation des volets anticipation-prévention et adaptation de la société au vieillissement du projet de loi sur l'autonomie* », actuellement en préparation. Le volet "accompagnement" de la loi n'entre pas dans le champ de cette mission, du fait de l'existence de plusieurs travaux récents de comparaison internationale sur la question<sup>1</sup>.

La mission conduite par Mme Martine Pinville, avec l'appui d'un rapporteur du Centre d'analyse stratégique, M. Guillaume Malochet, s'est déplacée dans trois pays, en Europe (Espagne, Suède) et outre-Atlantique (Canada), choisis pour leurs différences d'approches sur la prévention et l'adaptation à l'avancée en âge. En parallèle de ces visites de terrain, la mission a auditionné des experts institutionnels, associatifs et académiques qui ont permis d'alimenter sa comparaison internationale. Elle a également bénéficié des informations transmises par le réseau des conseillers sociaux des ambassades de France à l'étranger.

Le champ de la mission couvre l'ensemble des pays de l'OCDE, sans se réduire à une série de monographies par pays, l'intérêt étant de « tirer des enseignements utiles pour la préparation de la loi sur l'autonomie ».

### ► LA REVOLUTION DE L'AVANCEE EN AGE

Entre 2006 et 2050, la proportion de personnes âgées de plus de 60 ans devrait doubler pour atteindre 22%. Ce sera la première fois dans l'histoire de l'humanité que les personnes âgées seront plus nombreuses que les enfants. Cette révolution de l'avancée en âge concerne tous les pays, riches ou en transition. C'est là **une victoire** qui permet à chacun d'espérer vivre plus longtemps que ses parents, de voir grandir non seulement ses petits-enfants, mais aussi ses arrière-petits-enfants.

C'est aussi **une révolution qui nous oblige**. La société doit s'y adapter pour permettre à tous de profiter dans les meilleures conditions sociales, économiques et sanitaires de ce formidable espoir porté par l'allongement de l'espérance de vie. Cette révolution emporte par ailleurs, **au-delà même du progrès social, des opportunités indéniables sur le plan économique** (« *silver economy* »).

Aucun autre pays n'a vraiment pris en compte dans des politiques transversales et cohérentes cette révolution de l'avancée en âge. **La France va jouer un rôle pionnier** en la matière, en montrant que l'avancée en âge est une chance qui nous concerne et nous oblige tous

### ► DES POLITIQUES DE L'ÂGE ENCORE TROP CIBLÉES ET SECTORISÉES

De manière générale, dans l'ensemble des pays de l'OCDE, **les politiques de l'âge apparaissent encore très ciblées** (sur un groupe aux contours flous : les « seniors », les

---

<sup>1</sup> On pourra notamment se reporter à V. Gimbert, G. Malochet (2011), *Les défis de l'accompagnement du grand âge. Perspectives internationales*, Rapports & Documents du Centre d'analyse stratégique, n°39, Paris, La Documentation française.

retraités ou les « personnes âgées ») **et sectorisées** (dans le domaine de la santé et des services sociaux pour l'essentiel).

**Aux niveaux européen et international, il existe certes de nombreuses initiatives** pour promouvoir des politiques de l'âge globales et coordonnées. La démarche « **Villes amies des aînés** » mérite à cet égard une mention particulière, notamment parce qu'elle a inspiré dès son commencement l'un des pays en pointe sur les politiques de l'âge, le Québec.

#### ► **TROIS CONVICTIONS APPUYEES SUR CE QUI SE PASSE AU NIVEAU INTERNATIONAL**

1/ **Il ne sert à rien de segmenter l'action publique en fonction de critères d'âge** : sans même parler du caractère discriminatoire d'une telle pratique, celle-ci se révèle contre-productive en opposant inutilement les « jeunes » aux « vieux ».

2/ **Il faut parier sur l'adaptation de la société à tous les âges de la vie**, en mettant en avant l'idée que les besoins des plus jeunes peuvent être, au moins pour une part, congruents avec ceux des plus âgés.

3/ **Nombre d'actions menées en direction de la jeunesse pourraient être aisément déclinées dans des politiques de l'âge globales et transversales**, comme c'est le cas dans certains pays.

#### ► **LUTTER CONTRE TOUTES LES DISCRIMINATIONS LIEES A L'AGE**

**Les personnes âgées sont souvent victimes de discriminations** dans les domaines suivants :

- l'emploi (recrutements, départs forcés)
- l'accès aux assurances (assurances voyage, automobile, pension, vie et santé) ;
- les services bancaires (crédit à la consommation, cartes de crédit, emprunts, prêts hypothécaires) ;
- le logement ;
- la protection sociale.

**Il importe donc que leurs droits soient mieux connus par les personnes âgées et qu'ils soient pleinement reconnus** dans tous les domaines où « l'âgisme » se manifeste. Plusieurs outils juridiques existent. Dans des pays comme le Pays de Galles, l'Irlande et, de manière un peu différente, le Québec, la mission a pu noter la présence d'institutions dédiées explicitement à la promotion des droits des personnes âgées. Les discussions actuellement en cours sur la ratification d'une **convention internationale en faveur des personnes âgées** vont dans le même sens.

La reconnaissance de leurs droits constitue en effet un **préalable indispensable à une plus forte implication des personnes âgées dans la société**, qu'il s'agisse d'actions bénévoles ou de formes de participation politique, comme dans les pays où des conseils de seniors ont été institués à l'échelle locale (Danemark, Finlande, Suède).

#### ► **ANTICIPER L'AVANCEE EN AGE**

Les axes d'intervention publique sur lesquels la future loi devrait concentrer son action :

- Les **moments de « rupture » dans les trajectoires individuelles**, qui peuvent déclencher ou rendre manifestes les premières fragilités. De ce point de vue, la **préparation de la cessation d'activité professionnelle** devrait faire l'objet d'une vigilance particulière (Québec) ;

- L'accès à la **prévention pour les populations âgées fragiles ou vulnérables**, dans une logique de lutte contre les inégalités sociales de santé (Italie, Suède) ;



- La **promotion de l'activité physique et sportive** pour permettre une avancée en âge en bonne santé (Danemark, Etats-Unis, Japon) ;

- L'**encouragement à la participation sociale des aînés** (bénévolat, implication politique et citoyenne dans la vie de la cité) et la lutte contre les discriminations et la maltraitance (Espagne, Royaume-Uni, Danemark).

Quelles conditions de réussite ?

1/ **Les actions de prévention doivent se mettre en place relativement tôt**, en tout cas bien avant l'apparition des premières manifestations de perte d'autonomie, de façon à inciter le plus grand nombre à adopter des comportements positifs, **sur les plans médical et social**.

2/ Il faut **installer une culture de la prévention tout au long de la vie** : dès le plus jeune âge, la vie de nos concitoyens devrait être rythmée par une série d'actions de prévention permettant de réaliser des bilans globaux sur l'état de santé, l'environnement physique et social des personnes.

3/ **Le repérage et le ciblage sont essentiels. L'efficacité dépend pour partie aussi de l'existence d'un point d'entrée bien repéré dans le dispositif**. Le développement de guichets uniques d'accès aux droits et aux interventions sanitaires et sociales doit être encouragé, comme c'est le cas en Espagne ou au Québec.

4/ **Les dispositifs de prévention doivent être l'occasion de tisser des liens intergénérationnels**, avec une forte valorisation des projets bénévoles et « communautaires » (c'est-à-dire inscrits dans des réseaux de sociabilité locaux).

#### ► **ADAPTER LA SOCIÉTÉ AUX BESOINS DU PLUS GRAND NOMBRE POUR MAINTENIR L'AUTONOMIE DES PERSONNES**

L'environnement dans lequel la plupart des Européens vivent, en milieu rural comme urbain, n'est pas adapté à l'augmentation du nombre de personnes âgées et handicapées. Des obstacles physiques empêchent un bon nombre d'entre elles d'accéder à certains services. Ce manque d'accessibilité est particulièrement problématique dans les domaines de la vie quotidienne, comme **l'environnement bâti** (les trottoirs, les infrastructures extérieures, etc.), le **logement** (par exemple, les ascenseurs dans les immeubles), les **technologies de l'information et de la communication** (les ordinateurs, téléphones...), les **transports**, les bornes libre-service (par exemple, les distributeurs automatiques de billets, les distributeurs de tickets), etc.

Il est crucial de **rendre les biens et services accessibles à tous** afin que les personnes âgées en particulier puissent **vivre de façon digne et autonome, participer activement à la société et jouir de l'ensemble de leurs droits en tant que citoyens**.

Quatre axes stratégiques communs se dégagent des comparaisons réalisées par la mission :

- **adapter l'habitat**, afin de garantir à chacun la possibilité de rester le plus longtemps possible dans un logement indépendant (Québec, Pays-Bas, Angleterre, Espagne) ;
- **faire en sorte que chacun puisse avoir accès à des services de proximité** (en matière sanitaire bien sûr, mais aussi plus largement des commerces, des services publics, des lieux de socialisation et de loisirs ouverts aux personnes âgées) ;
- **rendre l'espace public plus convivial et accueillant** (ce qui inclut aussi bien la présence de toilettes publiques, de bancs, de dispositifs facilitant la traversée de la chaussée qu'un travail sur les parcs et jardins, avec des parcours de santé adaptés par exemple) ;
- **faciliter la mobilité en adaptant les réseaux de transports existants, voire en proposant des formules « hybrides », à la carte** (entre le collectif et l'individuel, comme aux Pays-Bas).

De manière générale, les **démarches d'adaptation de l'environnement urbain** sont **plutôt portées par des collectivités locales** qui souhaitent ainsi faire une meilleure place à leurs concitoyens âgés.

**Le niveau central peut néanmoins avoir un rôle d'incitation et d'organisation** globale à l'égard des programmes mis en œuvre localement, comme le montre l'exemple britannique (stratégie « Lifetime neighbourhoods »).

# SOMMAIRE

<b>SYNTHESE</b>	<b>7</b>
<b>INTRODUCTION</b>	<b>13</b>
<b>PARTIE I</b>	
<b>PLACER L'AVANCEE EN ÂGE AU CŒUR DES POLITIQUES PUBLIQUES</b>	<b>17</b>
1. UN ENJEU ENCORE EN DEMI-TEINTE	17
1.1. Aucun pays n'échappera à la révolution de l'avancée en âge	17
1.2. Des politiques de l'âge encore trop ciblées et sectorisées	21
1.3. Vers des environnements amis de tous les âges ? Les initiatives européennes et internationales	23
2. L'AVANCEE EN ÂGE COMME LEVIER DE CROISSANCE ECONOMIQUE	26
2.1. Les promesses de la "silver economy"	26
2.2. Un vecteur de soutien à certains secteurs d'activité	29
<b>PARTIE II</b>	
<b>ANTICIPER L'AVANCEE EN ÂGE</b>	
<b>QUELLES POLITIQUES DE PREVENTION ?</b>	<b>35</b>
1. UN OBJECTIF CONSENSUEL QUI PEINE A S'IMPOSER	35
1.1. Le succès de la notion de prévention	35
1.2. Face aux difficultés d'une déclinaison opérationnelle	38
1.3. Une typologie des actions de prévention	39
2. CIBLER LES MOMENTS DE « RUPTURE » DANS LES TRAJECTOIRES INDIVIDUELLES	41
2.1. Une tendance générale à cibler les démarches de prévention selon des critères d'âge	41
2.2. La cessation d'activité professionnelle : une occasion de prévention encore trop peu saisie	42
3. DIRIGER LES ACTIONS DE PREVENTION VERS LES POPULATIONS AGEES FRAGILES OU VULNERABLES	44
3.1. Repérer les personnes en situation de fragilité	44
3.2. Eviter les hospitalisations inutiles : l'« intermediate care »	45
3.3. La prévention ne doit pas s'arrêter pas aux portes des établissements	46
4. PROMOUVOIR L'ACTIVITE PHYSIQUE ET SPORTIVE	47
4.1. Un objectif partagé dans l'ensemble des pays de l'OCDE	47
4.2. La prévention des chutes	49
4.3. En établissement, des recommandations encore timidement appliquées	50

5. ENCOURAGER LA PARTICIPATION SOCIALE DES AINES	50
5.1. Promouvoir le bénévolat des aînés et les activités intergénérationnelles	51
5.2. Sensibiliser aux technologies de l'information et de la communication	51
<b>PARTIE III</b>	
<b>ADAPTER LA SOCIETE AUX BESOINS DU PLUS GRAND NOMBRE</b>	
<b>QUELLES ACTIONS SUR NOTRE ENVIRONNEMENT ?</b>	<b>55</b>
1. CHANGER DE REGARD SUR L'AVANCEE EN AGE	56
1.1. Les droits des personnes âgées	56
1.2. La contribution des personnes âgées	59
2. SOUTENIR LES PERSONNES AGEES SOUHAITANT VIVRE EN LOGEMENT INDEPENDANT	60
2.1. L'adaptation des logements	61
2.2. Le logement partagé, une option envisageable	65
3. VERS DES ENVIRONNEMENTS URBAINS AMIS DE TOUS LES AGES	67
3.1. Des axes stratégiques communs	67
3.2. La participation des personnes âgées, une condition de succès	68
3.3. Quelques exemples de villes pionnières	69
3.3. Les actions sur la mobilité	72
<b>CONCLUSION GENERALE</b>	<b>75</b>
<b>Liste des personnes auditionnées par la mission</b>	<b>77</b>

## INTRODUCTION

Ce rapport est le fruit d'un travail de **comparaison internationale** réalisé à la demande du Premier Ministre, pour « *identifier et comparer (...) les pratiques intéressantes et innovantes susceptibles de nourrir la réflexion sur la préparation des volets anticipation-prévention et adaptation de la société au vieillissement du projet de loi sur l'autonomie* ». Le volet "accompagnement" de la loi ne sera pas traité dans ce rapport, du fait de l'existence de plusieurs travaux récents de comparaison internationale sur la question<sup>2</sup>.

Avant toute chose, je souhaite exprimer ma profonde gratitude à l'égard du Premier Ministre. Non seulement sa confiance m'honore à titre personnel, mais je suis aussi très sensible à son souhait d'associer les parlementaires, à travers cette mission, aux travaux préparatoires du projet de loi porté par la Ministre déléguée en charge des personnes âgées et de l'autonomie.

\*\*\*\*\*

Pour une élue de terrain engagée comme moi depuis de longues années sur les questions sociales, les conséquences de l'avancée en âge sont une réalité concrète.

**Je parle d'avancée en âge et non de « dépendance »**, ce terme qui a fait florès à partir des années 1970 et qui me semble tout sauf éclairant. Chacun se souvient que la précédente majorité présidentielle en avait fait le porte-étendard d'un débat qui a finalement renforcé la stigmatisation de la vieillesse en se centrant sur la perte d'autonomie et en dramatisant fortement les aspects financiers liés à sa prise en charge.

Ce que je connais, quant à moi, de l'avancée en âge n'est pas toujours si noir... Loin s'en faut !

\*\*\*\*\*

Nous vivons en moyenne plus longtemps et en meilleure santé que nos parents et nos grands-parents. La plupart d'entre nous connaîtront leurs petits-enfants et leurs arrière-petits-enfants. Les chiffres sont parlants : entre 2006 et 2050, à l'échelle mondiale, la proportion de personnes

---

<sup>2</sup> On pourra notamment se reporter à V. Gimbert, G. Malochet (2011), *Les défis de l'accompagnement du grand âge. Perspectives internationales*, Rapports & Documents du Centre d'analyse stratégique, n°39, Paris, La Documentation française.

âgées de plus de 60 ans devrait doubler, pour atteindre 22%. Ce sera **la première fois dans l'histoire de l'humanité que les personnes âgées seront plus nombreuses que les enfants.**

Il s'agit là d'**une des révolutions majeures des temps modernes**, une victoire incontestable sur les fléaux naturels, les maladies et les accidents tragiques de l'histoire, un bouleversement d'une ampleur encore insoupçonnée sur le plan social, économique et politique.

Mais la révolution de l'avancée en âge est surtout un **défi qui oblige chacun d'entre nous**. La société doit s'y adapter pour **permettre à tous de profiter dans les meilleures conditions de ce formidable espoir porté par l'allongement de l'espérance de vie.**

\*\*\*\*\*

Ce rapport propose de décentrer notre regard, d'alimenter notre réflexion collective avec une bouffée d'air venu d'ailleurs. **Laissons au placard les sempiternels débats sur la vieillesse**, l'idée que celle-ci ferait peser sur notre pays un fardeau beaucoup trop lourd, l'antienne selon laquelle une « guerre des âges » se profilerait. Rêvons un peu : et si tout cela n'était qu'un prêt-à-penser idéologique ? Et si l'avancée en âge était plutôt un atout pour notre pays ?

D'aucuns m'accuseront peut-être d'excès d'optimisme. Je l'assume et, à ce propos, fais volontiers mienne cette phrase prononcée par le Président de la République lors de sa conférence de presse du 13 novembre dernier : « *Le déclin n'est pas notre destin !* »

**Avancer en âge, pour un pays, une nation, voilà une force bien supérieure aux sirènes du déclin.**

Mais bien sûr, cela suppose de s'adapter ! Là réside l'ambition politique de ce projet de loi auquel j'entends contribuer à travers ce rapport. **Il nous faut imaginer les contours d'une société « amie de tous les âges », adaptée aux besoins de tous**, c'est-à-dire à l'écoute des plus fragiles et plaçant la solidarité entre les générations au cœur de la cohésion sociale.

Aucun autre pays n'a vraiment pris en compte dans des politiques transversales et cohérentes cette révolution de l'avancée en âge. **La France peut donc jouer un rôle pionnier en la matière.** Elle en a l'opportunité politique avec le soutien de la majorité présidentielle ; elle en a aussi, j'en suis persuadée, la capacité institutionnelle, sociale et économique, comme le montre, en creux, le présent rapport.

\*\*\*\*\*

**La comparaison internationale** que j'ai menée, avec l'appui de Guillaume Malochet, membre du Centre d'analyse stratégique, **couvre l'ensemble des pays de l'OCDE**, sans se réduire à une série de monographies par pays. J'ai procédé à des visites de terrain dans trois pays, en Europe (Espagne, Suède) et outre-Atlantique (Canada), choisis pour leurs différences d'approches sur la prévention et l'adaptation à l'avancée en âge. En parallèle, j'ai auditionné des experts institutionnels, associatifs et académiques. J'ai enfin bénéficié des informations transmises par le réseau des conseillers sociaux des ambassades de France à l'étranger. A toutes les personnes rencontrées, j'adresse mes plus vifs remerciements.

Ce rapport se compose de trois parties, qui expriment trois convictions fortes issues de la comparaison internationale.

**Partie 1 : Pour être efficace, la politique de l'âge doit être globale et transversale** (ce qui est loin d'être le cas dans les pays étudiés).

- Globale dans la mesure où elle concerne chacun d'entre nous, quel que soit notre âge. Il faut sortir en effet de la logique du ciblage *a priori* des personnes âgées. L'ambition politique à laquelle fait référence le titre de ce rapport doit être mise au service de l'ensemble de nos concitoyens. Un progrès substantiel aura été accompli lorsque nous serons tous convaincus de cela.
- Transversale dans la mesure où la politique de l'âge a vocation à traiter de l'ensemble des dimensions de l'action publique : la santé, l'emploi, le logement, la ville, l'égalité des territoires, le tourisme, l'économie, la décentralisation... Il s'agit en réalité d'une politique interministérielle par nature, ce dont le projet de loi futur devra tenir compte.

**Partie 2 : Il faut anticiper l'avancée en âge par des dispositifs de prévention**

- relativement précoces et continus sur l'ensemble du cycle de vie
- articulant les dimensions sanitaires et sociales
- reposant sur des actions de ciblage et de repérage, avec un point d'entrée bien repéré (guichet unique)
- valorisant la participation intergénérationnelle

**Partie 3 : Une société « amie de tous les âges » doit s'adapter aux besoins du plus grand nombre pour maintenir l'autonomie des personnes :**

- **Adapter l'habitat**, afin de garantir à chacun la possibilité de rester le plus longtemps possible dans un logement indépendant ;
- Faire en sorte que chacun puisse avoir **accès à des services de proximité** (en matière sanitaire bien sûr, mais aussi plus largement des commerces, des services publics, des lieux de socialisation et de loisirs ouverts aux personnes âgées) ;

- Rendre l'**espace public plus convivial et accueillant** (ce qui inclut aussi bien la présence de toilettes publiques, de bancs, de dispositifs facilitant la traversée de la chaussée qu'un travail sur les parcs et jardins, avec des parcours de santé adaptés par exemple) ;
- Faciliter la mobilité en **adaptant les réseaux de transports existants**, voire en proposant des formules « hybrides », à la carte (entre le collectif et l'individuel).

Quand on la compare aux autres pays de l'OCDE, la France n'a certes pas à rougir, comme j'aurai l'occasion de le souligner dans ce qui suit. Néanmoins, la tâche à accomplir demeure immense et multiforme.

La dynamique amorcée par le Gouvernement, en plein accord avec le Président de la République, m'apparaît très positive. Puisse ce rapport l'encourager et la nourrir jusqu'à l'adoption de la loi.



## PARTIE I

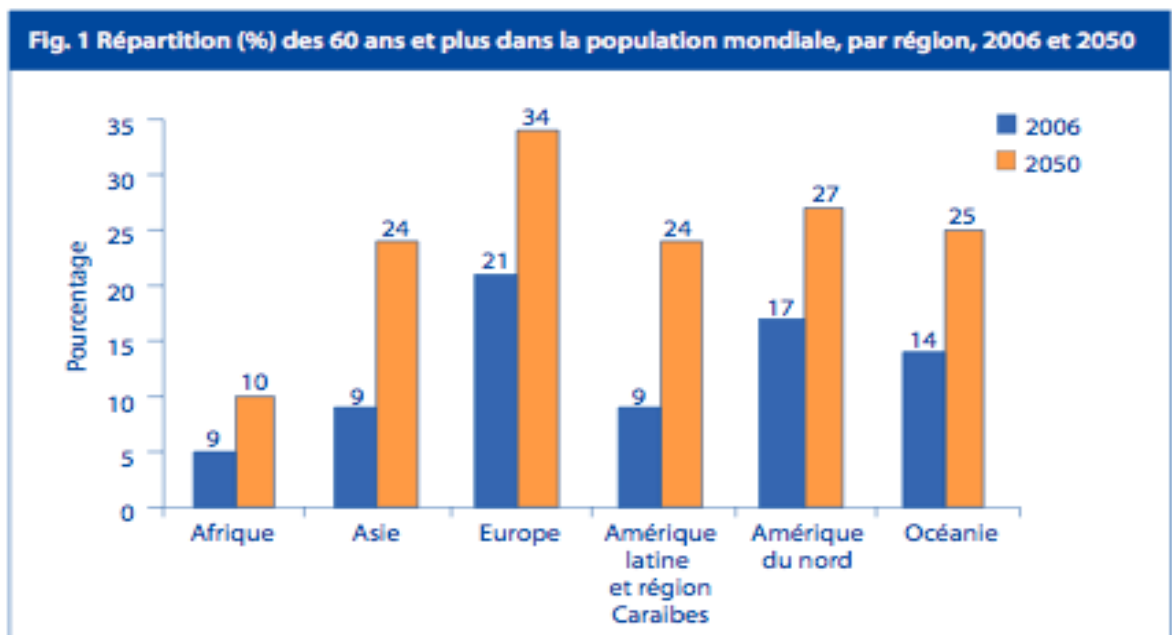
### PLACER L'AVANCEE EN ÂGE AU CŒUR DES POLITIQUES PUBLIQUES

L'enjeu de l'avancée en âge n'apparaît pas encore de façon très nette dans les stratégies nationales des pays de l'OCDE. Aucun ne développe de stratégie globale et transversale ouvrant à ce que l'on pourrait appeler des politiques de l'âge. Les actions demeurent encore trop ciblées et sectorisées. Pourtant, la révolution de l'avancée en âge concerne tous les pays riches et elle emporte, au-delà même du progrès social, des opportunités indéniables sur le plan économique.

#### 1. UN ENJEU ENCORE EN DEMI-TEINTE

##### *1.1. Aucun pays n'échappera à la révolution de l'avancée en âge*

La révolution de l'avancée en âge concerne tous les pays, riches ou en transition. Pour ces derniers, le vieillissement s'opère de manière accélérée : en 2050, 80% des 2 milliards de



D'après: Nations Unies, Département des Affaires économiques et sociales (1).

personnes âgées de plus de 60 ans vivra dans ce type de pays<sup>3</sup>. Alors qu'il aura fallu 115 ans pour que la proportion des plus de 65 ans double en France, passant de 7 à 14%, le Brésil a connu cette transition en 21 ans seulement<sup>4</sup>.

Les pays de l'OCDE sont également concernés par la perspective d'un vieillissement démographique continu. La part des personnes âgées de 80 ans et plus devrait ainsi passer de 4% en 2010 à près de 10% en 2050<sup>5</sup>. De même, le taux de dépendance économique des personnes âgées<sup>6</sup> devrait croître lui aussi de façon régulière : actuellement compris entre 20 et 30% dans les pays du G7, si la tendance actuelle ne se dément pas, ce taux devrait atteindre entre 35 et 50% à l'horizon 2030 et entre 40 et 70% d'ici 2050<sup>7</sup>.

Tous les pays ne se ressemblent bien sûr pas. **Les configurations initiales et le rythme de vieillissement permettent ainsi de distinguer plusieurs modalités d'avancée en âge**, que chaque pays combine en fonction de ses caractéristiques historiques, politiques et sociales<sup>8</sup> :

- le **vieillissement « par le haut »** résulte de l'allongement de la durée de la vie ;
- le **vieillissement « par le bas »** résulte de la réduction durable du taux de fécondité sous le seuil de remplacement des générations ;
- l'arrivée à l'âge de la retraite des **générations du baby-boom** dessine une troisième forme de vieillissement démographique ;
- l'**émigration des jeunes générations** peut enfin être considérée comme la dernière modalité d'avancée en âge.

La **France** se caractérise par trois éléments : l'allongement de la durée de la vie, un taux de fécondité particulièrement élevé, à 2,07 enfants par femme, soit presque le seuil de renouvellement des générations, et le poids des générations du baby boom qui se retirent aujourd'hui du marché de l'emploi. Malgré tout, en 2030, la proportion des plus de 75 ans devrait être près de deux fois moins élevée (12,3%) que celle des moins de 20 ans (23%).

---

<sup>3</sup> United Nations Department of Economic and Social Affairs (2007), *World Economic and Social Survey 2007: Development in an Ageing World*.

<sup>4</sup> C. Petitot, J. Beard, A. Kalache, L. Plouffe, J. Cox, S. Powell, A.-M. Tahrat (2010), "Vers des environnements-amis des aînés", *Gérontologie et société*, n°132, p. 229-242.

<sup>5</sup> OCDE (2011), *Besoin d'aide ? Dispenser et financer les services liés à la dépendance*, Paris, Editions de l'OCDE.

<sup>6</sup> Le taux de dépendance économique des personnes âgées est défini comme le rapport entre la population des 65 ans et plus et celle des personnes âgées de 15 ans (ou 20 selon les systèmes statistiques nationaux) à 64 ans, exprimé en pourcentage. Ce taux, improprement appelé « de dépendance », est censé fournir une mesure de l'effort économique potentiel fourni par la population en âge de travailler par rapport à la population âgée.

<sup>7</sup> OCDE (2005), *Ageing Populations : High Time for Action*, Background paper, Meeting of G8 Employment and Labour Ministers, 10-11 March.

<sup>8</sup> V. Gimbert, G. Malochet (2011), *Les défis de l'accompagnement du grand âge. Perspectives internationales*, Rapports & Documents du Centre d'analyse stratégique, n°39, Paris, La Documentation française.

## Quelques données sur le vieillissement démographique dans différents pays de l'OCDE

### ▪ Allemagne

*Depuis 1972, l'Allemagne accuse un excédent de décès par rapport aux naissances. Si, pendant trente ans, ce déficit a pu être comblé par l'immigration, tel n'est plus le cas depuis 2003. Entre 2003 et 2007, le pays a ainsi perdu quelques 300 000 personnes, soit 0,4 % de sa population, un recul plus important encore que ne le prévoyait le scénario le plus pessimiste de l'Office fédéral de statistiques.*

Mis à part le nombre de décès qui ne baisse plus guère en raison du vieillissement de la population, *c'est la baisse de la fécondité qui est essentiellement à l'origine du déclin démographique.* Le taux de fécondité est proche de 1,4 enfant par femme depuis les années 1970, voire parfois plus bas encore.

Par ailleurs, la répartition par âge de la population féminine est défavorable à la natalité. Alors que l'Allemagne comptait en 1989 6,3 millions de jeunes femmes âgées de 25 à 34 ans, elles n'étaient plus que 4,8 millions en 2007, un recul de près d'un quart qui, à fécondité égale, accélère le recul du nombre de naissances. Les projections de l'Office fédéral de statistiques offrent peu de réconfort à cet égard, estimant que la population allemande passera, au mieux, de 82,2 millions en 2007 à 73,9 millions en 2050 (-10,1%), mais plus probablement à 68,7 millions (-16,4%).

*Il n'est pas certain que l'immigration, à l'avenir, pourra combler ce déficit des naissances.* Le recul global de la population implique une restructuration profonde de la pyramide des âges, conduisant à un nombre de plus en plus important de personnes âgées de 60 ans et plus. Déjà en 2005, les moins de 20 ans ne représentaient que 16% de la population face aux 36% de plus de 60 ans. En 2050, ce déséquilibre se sera aggravé avec un recul des jeunes à environ 15 % et une explosion du nombre de personnes âgées à près de 40 %.

L'évolution prévisible du « taux de dépendance vieillesse » est un des dangers les plus menaçants pour le modèle social allemand. Mis à part les nombreuses conséquences économiques, sociales et culturelles qu'entraîneront ces bouleversements démographiques, l'évolution prévisible du « taux de dépendance vieillesse » est très inquiétante. D'après les projections de l'Office fédéral de statistiques, ce taux devrait plus que doubler entre 2005 et 2050 pour atteindre 64,3 %.

### ▪ Québec

*Le Québec se caractérise par un vieillissement très rapide.*

En 2011, les plus de 65 ans représentaient 16% de la population. En 2031, ce pourcentage devrait égaler les 26% de la population. Les personnes de plus de 65 ans seront alors plus nombreuses que les jeunes de moins de 20 ans. Entre 2006 et 2056, on estime que la proportion de personnes âgées de 85 ans ou plus devrait quadrupler, passant ainsi de 1,6 à 6,8% de la population totale.

*Ce vieillissement démographique s'explique pour l'essentiel par une augmentation constante de l'espérance de vie à la naissance.*

En 1950, l'espérance de vie à la naissance était de 50 ans (tous sexes confondus). En 2010, elle est de 81,7 ans. Selon les projections pour 2051, l'espérance de vie devrait atteindre à cet horizon 85,5 ans pour les hommes et 89 ans pour les femmes.

### ▪ Japon

*Le Japon est confronté à un triple choc démographique, avec la diminution prévue de sa population totale, le maintien d'un faible taux de fécondité et d'une espérance de vie élevée.*

Après un plus haut à 127,8 millions d'habitants en 2004, la population du Japon a baissé de 300 000 personnes en cinq ans à 127,5 millions en 2009. Le mouvement s'est poursuivi puisque, selon les chiffres des Nations Unies (World Population Prospects), la population du Japon était en 2010 de 126,5 millions d'habitants.

La diminution de la population totale est d'abord liée aux départs de travailleurs immigrés, notamment en 2008 et 2009, suite à la crise financière. Le solde migratoire négatif (-217 000 en cumulé entre 2005 et 2009) a contribué pour 70% à la baisse de la population depuis 2005. Le

solde naturel, c'est-à-dire l'écart entre les naissances et les décès, est également négatif en cumulé sur la période 2005-2009 (-86 000), du fait du très faible taux de fécondité, moins d'1,5 enfant par femme depuis 1992 et seulement 1,37 en 2009.

Le Japon connaît un vieillissement rapide et marqué de sa population. La part des plus de 65 ans est passé de 7% à 14% entre 1970 et 1994 puis à 20% en 2006. En 2009, 23% de la population est âgée de 65 ans ou plus. L'espérance de vie à la naissance est de 86 ans chez les femmes et de 80 ans chez les hommes. Par ailleurs, les 7 millions de baby boomers, aujourd'hui âgés de 62 à 64 ans (10% de la population active) approchent de l'âge de la retraite.

D'ici 2046, la population japonaise pourrait passer à 100 millions d'habitants et la part des plus de 65 ans à 38% (40% en 2050). Le centre de recherche NIPSS (National Institute for Population and Social Security) prévoit une accélération du déclin démographique et la poursuite du vieillissement de la population. Selon un scénario central basé sur un taux de fécondité stable compris entre 1,2 et 1,3 enfant par femme, la population du Japon passerait sous les 100 millions d'habitants en 2046, soit un recul annuel moyen de 0,6%, environ 660 000 personnes. Les plus de 65 ans représenteraient 38% de la population totale, soit 38 millions de personnes contre 29 millions aujourd'hui. Le taux de dépendance démographique, aujourd'hui de 35% (soit un retraité pour trois actifs), s'établirait à 73% (trois retraités pour quatre actifs).

#### ▪ Royaume-Uni

Le Royaume-Uni comptait 62 millions d'habitants en 2010. Plus de 10 millions ont plus de 65 ans (16,6%). D'ici 2032, une personne sur quatre sera dans ce cas.

#### ▪ Suède

L'espérance de vie en Suède est l'une des plus élevées au monde.

Le nombre de personnes âgées de plus de 65 ans devrait passer de 1,5 à 2 millions de personnes en 2050, représentant alors 23,6% de la population, contre 17,3% actuellement. De plus, le nombre de personnes âgées de plus de 80 ans risque de doubler d'ici 2050, passant alors de 453000 en 2000 à 903000 en 2050.

#### ▪ Italie

La population italienne compte plus de 60 millions de personnes. Les plus de 65 ans représentent désormais 20,6% de la population totale et les plus de 80 ans 6,1%. Le nombre de personnes centenaires a également augmenté, pour atteindre le nombre de 17 000.

L'allongement de la durée de la vie est en partie responsable du vieillissement de la population. L'espérance de vie est aujourd'hui de 79,4 ans pour les hommes et 84,5 pour les femmes. D'après les projections de l'OCDE, en 2050, 38,7% des hommes et 43,9% des femmes auront plus de 60 ans (contre 21,3% des hommes et 27% des femmes en 2000).

Le faible taux de natalité (9,3%) est l'autre cause du vieillissement de la population italienne. En 2011, le nombre d'enfants par femme s'élevait seulement à 1,41 – ce qui ne permet pas d'assurer l'accroissement naturel de la population, qui augmente seulement de 0,05% par an, grâce à l'immigration.

En 2000, le ratio entre les personnes âgées de plus de 65 ans et les actifs était de 41,9%. Il devrait atteindre 54,5% en 2020.

#### ▪ Espagne

L'Espagne compte déjà plus de 10 millions de personnes âgées de plus de 65 ans, soit environ 22 % de la population totale.

Cette situation démographique va durer puisque le pays enregistre le quatrième plus fort taux de vieillissement de la population au monde. Les prévisions démographiques de l'Institut National montrent que la part des plus de 64 ans devrait doubler d'ici à 2050 pour représenter 31,9 % de la population active.

L'autre phénomène notable est ce qu'on pourrait appeler le « vieillissement du vieillissement ». Alors que les personnes de plus de 80 ans représentaient 3,9 % de la population totale en 2001, cette tranche d'âge est évaluée à 4,7 % de la population de 2009 et ce chiffre devrait exploser à 11,8 % de la population totale en 2049.

La lecture de telles données démographiques pourrait alimenter une **représentation alarmiste du vieillissement**. C'est d'ailleurs très souvent comme cela que l'avancée en âge est vue : une **fatalité** à laquelle il faudra bien se résigner, un **fardeau** toujours plus difficile à porter pour des systèmes de protection sociale conçus dans des époques de croissance économique, alors que l'espérance de vie était bien plus faible qu'aujourd'hui. Le débat national sur la dépendance lancé par le précédent Gouvernement a fourni une illustration exemplaire de cette tendance, en se focalisant presque exclusivement sur la perte d'autonomie et les coûts financiers associés.

S'il ne faut bien sûr pas négliger la dimension financière des politiques liées au vieillissement, je considère que d'autres évidences doivent être rappelées au préalable, et notamment celle-ci : **rien n'est plus positif que cette révolution de l'avancée en âge.**

### *1.2. Des politiques de l'âge encore trop ciblées et sectorisées*

Quel que soit le pays considéré, les politiques de l'âge apparaissent encore très ciblées (sur un groupe aux contours flous : les « seniors », les retraités ou les « personnes âgées ») et sectorisées (dans le domaine de la santé et des services sociaux pour l'essentiel).

Pourtant, l'adaptation de la société au vieillissement de sa population requiert la mise en place de politiques qui répondent à deux exigences complémentaires :

- une **exigence d'universalité** : Il faut sortir de la logique de ciblage *a priori* en direction des personnes les plus âgées. En préférant la notion d'« avancée en âge » à celle de vieillissement, la Ministre en charge des personnes âgées et de l'autonomie a montré sa conviction que l'adaptation de la société à cette révolution de l'âge concernait tout le monde. Elle a indiqué ce faisant que son action ne se résumait pas à la promotion de politiques spécifiques, s'adressant à un groupe particulier. D'une part, il est bien difficile de s'entendre sur le moment à partir duquel une personne peut être considérée comme « âgée », ce qui rend malaisées les tentatives de ciblage de l'action publique en fonction de l'âge. D'autre part, certaines études montrent que les besoins exprimés par les aînés, notamment en matière d'adaptation de l'environnement physique et social (accessibilité des transports publics, présence de services de santé de proximité, existence de lieux d'échanges, de loisirs et d'informations), ne sont pas si éloignés des préoccupations des plus jeunes<sup>9</sup>. La réponse aux besoins des aînés doit donc s'inscrire dans une action publique globale, fondée sur un principe d'universalité et de non-discrimination.

---

<sup>9</sup> D. Alley, P. Liebig, J. Pynoos, T. Benerjee, I.H. Choi (2007). « Creating elder-friendly communities: Preparation for an aging society », *Journal of Gerontological Social Work*, n°49, p. 1-18.

- une **exigence de transversalité** : La problématique de l'avancée en âge ne peut plus être cantonnée à une simple politique sectorielle. Elle irrigue l'ensemble des dimensions de l'action publique : logement, emploi, citoyenneté, solidarité, urbanisme, consommation, etc. Le défi à relever consiste à faire de ce mot d'ordre, l'adaptation de la société, une sorte de pré-requis de tous les dispositifs publics (voire privés). De même que pour le handicap, on peut ainsi imaginer que chaque projet ou proposition de loi ait vocation à comporter un volet sur l'avancée en âge, qui devienne également un critère d'évaluation du texte et de son application.

Force est de constater que, pour l'heure, **aucun pays de l'OCDE ne promeut véritablement de politiques de l'âge** répondant à la définition que l'on vient d'en donner. Si beaucoup s'accordent sur le constat de la nécessaire adaptation de la société à l'avancée en âge, bien peu ont même seulement entrepris de définir un cadre d'intervention stratégique au niveau global. Le cas de l'Allemagne est intéressant de ce point de vue puisque des réflexions y sont actuellement en cours, avec un calendrier assez proche de celui de notre pays.

#### Allemagne – « Chaque âge compte »

Le gouvernement allemand a annoncé pour la première fois, le **25 avril 2012**, un plan d'ensemble intitulé « **Stratégie démographique du gouvernement fédéral – Chaque âge compte** » (« Jedes Alter zählt – Demografiestrategie der Bundesregierung »).

L'objectif annoncé est de **renforcer les liens intergénérationnels entre tous les citoyens dans l'ensemble des domaines de la vie sociale, y compris dans le champ de la vie professionnelle**. Les aspects particuliers liés à la survenance de la perte d'autonomie n'entrent pas dans le champ de ce plan dans la mesure où ils sont traités dans des politiques particulières.

**Mais ce plan se limite actuellement à définir des champs d'action et des orientations**. Il comporte très peu de mesures opérationnelles et encore moins de projets nouveaux. A ce stade, le gouvernement fédéral a seulement défini les domaines d'action stratégiques prioritaires, où il veut renforcer les fondamentaux pour améliorer la croissance, le bien-être et la vie sociale. L'objectif est de porter prioritairement les efforts dans les domaines où les citoyens ressentent le plus les conséquences du changement démographique.

Les six champs d'action censés définir les orientations de ce plan d'action concernent : le **soutien aux familles, l'allongement de la durée de l'activité professionnelle, la liberté de choix de vie pour les personnes âgées, la cohésion des territoires urbains et ruraux, le renforcement des fondamentaux de la croissance et du bien-être** ainsi que la **préservation de la capacité d'action de l'État**, notamment en limitant l'endettement public.

Le gouvernement allemand a par ailleurs souligné que les défis liés aux changements démographiques faisaient d'ores et déjà l'objet d'actions publiques. Citons-en quelques exemples :

- l'introduction du congé familial et l'augmentation du nombre de crèches participant au soutien à la **famille** et à la natalité ;
- l'instauration du service volontaire fédéral permet de renforcer le volontariat de la **jeunesse**,
- pour les **seniors**, le développement de lieux de rencontre avec les « maisons multi-générationnelles », la poursuite du programme « Le logement social lors de la vieillesse » et la

formation des professionnels intervenant auprès des personnes âgées.

Lors du 1<sup>er</sup> Forum démographique des 11 et 12 janvier 2012, la Ministre fédérale de la famille, des seniors, des femmes et des jeunes (*Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend*) avait pour l'essentiel souligné que le vieillissement de la population pouvait également présenter des avantages pour la société allemande. Le Ministre fédéral de l'intérieur (*Bundesministerium des Innern*) avait quant à lui préconisé des mesures favorisant la venue d'un 3<sup>ème</sup> enfant. Le deuxième Forum démographique annuel s'est tenu les 9 et 10 janvier 2013 à Berlin, sur le thème « Générations – Apprentissages – Prospérité » (*Generationen – Lernen – Wohlstand*) mais aucune annonce concrète n'a été faite à cette occasion.

### *1.3. Vers des environnements amis de tous les âges ? Les initiatives européennes et internationales*

**Aux niveaux européen et international, de nombreuses initiatives se mettent en place pour promouvoir des politiques de l'âge globales et coordonnées.** La démarche « Villes amies des aînés » mérite à cet égard une mention particulière, notamment parce qu'elle a inspiré dès son commencement l'un des pays en pointe sur les politiques de l'âge, le Québec, où la mission s'est rendue en novembre 2012.

#### **La démarche « Villes amies des aînés »**

L'idée d'un réseau mondial des « Villes amies des aînés » est née en 2005, lors de la séance d'ouverture du XVIII<sup>ème</sup> Congrès mondial de gérontologie et de gériatrie à Rio de Janeiro, au Brésil. **En 2006, 33 villes de 22 pays** se sont réunies sous l'égide de l'OMS pour participer à l'élaboration d'un projet visant à déterminer les facteurs environnementaux d'un vieillissement en bonne santé.

Une ville amie des aînés est censée « encourager le vieillissement actif en optimisant la **santé**, la **participation** et la **sécurité** des citoyens âgés, pour améliorer leur qualité de vie. (...) [elle] adapte ses structures et ses services afin que les personnes âgées aux capacités et aux besoins divers puissent y accéder et y avoir leur place »<sup>10</sup>.

La démarche initiée par l'OMS a offert aux personnes âgées la possibilité de participer à des groupes de discussion sur les obstacles qu'elles rencontrent au quotidien dans leur environnement. Les rapports qui sont sortis de cette phase de consultation ont ensuite permis aux villes de mieux cerner les points sur lesquelles elles devaient agir. Le fait que cette démarche ait été initiée dès l'origine sous la forme d'un réseau entre villes a également permis le partage d'expériences et un apprentissage mutuel.

Huit domaines d'action ont été sélectionnés : **l'environnement bâti, les transports, le logement, la participation au tissu social, le respect et l'inclusion sociale, la participation citoyenne et l'emploi, la communication et le soutien communautaire<sup>11</sup> et les services de santé.**

<sup>10</sup> OMS (2007), *Guide mondial des villes amies des aînés*.

<sup>11</sup> La notion de « communauté » renvoie ici aux liens qui unissent des individus sur une base territoriale (habitants du même quartier) et/ou affinitaire. Ce terme n'a pas les mêmes connotations négatives dans les pays anglo-saxons qui considèrent que les communautés sont au fondement du pacte social.

### → Une déclinaison au Québec

Depuis 2009, la démarche « Municipalités<sup>12</sup> amies des aînés » (MADA) se développe fortement au Québec. On compte aujourd'hui **579 municipalités engagées**, soit plus de la moitié de l'ensemble des municipalités québécoises, qui sont au nombre de 1135. Les plus grandes villes (Montréal, Québec, Sherbrooke) se sont lancées dans la démarche, qui rassemble environ 70% des habitants du Québec.

Le programme MADA est soutenu par le Ministère de la santé et des services sociaux depuis 2008, à raison de 1 million de dollars annuels. En 2012, le nouveau gouvernement a clairement indiqué sa volonté de continuer à subventionner le programme. Cela s'est d'ailleurs concrétisé par un doublement du budget consacré à MADA dans le dernier budget, avec un engagement de pérennisation sur cinq ans.

Le Ministère apporte un soutien de deux ordres aux municipalités désireuses de s'engager dans une reconnaissance MADA :

- un soutien financier : en fonction de la taille de la ville, celui-ci peut varier de 8000 à 25000\$.
- un soutien technique : à travers un accompagnement réalisé par le Carrefour action municipale et famille (CAMF), organisme à but non lucratif centré à l'origine sur la politique familiale et qui s'est orienté depuis 2008 sur l'expertise des projets MADA.

Par ailleurs, en collaboration avec le Ministère des affaires municipales, des régions et de l'occupation du territoire, le Ministère de la santé et des services sociaux offre une autre forme de soutien financier via le **Programme d'infrastructures Québec-Municipalités (PIQM)**. Le PIQM est doté de 9 millions de dollars sur trois ans. Les aides sont offertes lorsque la municipalité réalise des **travaux de construction, de réfection ou d'agrandissement d'infrastructures utilisées par les personnes âgées**.

L'aide financière par projet correspond à un maximum de 50 % des coûts admissibles pour les municipalités de 3000 habitants et plus et à un maximum de 80 % pour les municipalités de moins de 3000 habitants. Toutefois, **l'aide gouvernementale** allouée dans le cadre du PIQM **ne peut excéder 100 000 \$** par projet.

L'intérêt de la démarche « Villes amies des aînés » réside dans son extension délibérée à des domaines allant de l'urbanisme à l'emploi, en passant par la participation sociale et la santé. Sa mise en place repose par ailleurs sur une mobilisation de l'ensemble des parties prenantes, ce qui signe une belle expérience de démocratie participative. On peut néanmoins regretter son ciblage encore trop fort sur la seule problématique du vieillissement. Les résultats du programme MADA au Québec ont certes porté leurs fruits à l'échelle locale, comme on le verra dans la troisième partie de ce rapport, mais on peut déplorer que l'objectif de créer une **société de tous les âges** ne soit pas davantage mis en avant, conformément au Plan d'action international sur le vieillissement adopté par les Nations Unies en 2002.

---

<sup>12</sup> On parle de « municipalités » pour inclure à la fois les villes (municipalités locales) et les « municipalités régionales de comté », entités supra-locales se rapprochant des établissements publics de coopération intercommunale en France.



## Vers une société amie de tous les âges ?

En 2002, le Plan d'action international de Madrid sur le vieillissement visait l'instauration d'une « société pour tous les âges » (« *society for all ages* »)<sup>13</sup>. Le premier de ses dix engagements<sup>14</sup> consistait à intégrer la problématique de l'avancée en âge (« *ageing* ») dans tous les domaines de politique publique, avec l'ambition de parvenir à une intégration harmonieuse des changements démographiques et ainsi promouvoir une société pour tous les âges.

C'est une telle ambition qui anime le « Manifeste pour une Union européenne de tous les âges », porté par la coalition de parties prenantes de l'Année européenne 2012 pour le vieillissement actif et la solidarité entre les générations. « Créer une Union européenne pour tous les âges signifie soutenir la solidarité entre les générations et encourager la participation et l'implication active de tous les groupes d'âges dans la société, tout en leur assurant une assistance et une protection adéquate. » Il s'agit donc non seulement de garantir l'absence de discrimination en raison de l'âge, mais aussi de permettre à chacun de bénéficier d'une reconnaissance de sa valeur et de sa contribution à la société, quel que soit son âge.

### → Une prochaine déclinaison au programme ERASMUS ?

La Commission européenne a proposé que le programme Education et formation tout au long de la vie devienne « Erasmus pour tous » (Erasmus for all ages). Ce programme, actuellement en cours de négociation au Parlement européen et au Conseil, pourrait débiter dès 2014. « Erasmus pour tous » part du principe qu'investir dans l'éducation et la formation a des effets bénéfiques sur les citoyens de tous âges. Cela favorise en effet le développement personnel, l'acquisition de nouvelles compétences et l'amélioration des perspectives d'emploi.

Au terme de ce premier tour d'horizon sur les politiques de l'âge, **trois convictions** se font jour. La première est tout simplement qu'**il ne sert à rien de segmenter l'action publique en fonction de critères d'âge** : sans même parler du caractère discriminatoire d'une telle pratique, celle-ci se révèle contre-productive en opposant inutilement les « jeunes » aux « vieux ». De ce constat découle ma deuxième conviction : il faut **parier sur l'adaptation de la société à tous les âges de la vie**, en mettant en avant l'idée que les besoins des plus jeunes peuvent être, au moins pour une part, congruents avec ceux des plus âgés. Enfin, comme je l'ai dit en introduction, ma troisième conviction est que **nombre d'actions menées en direction de la jeunesse pourraient être aisément déclinées dans des politiques de l'âge globales et transversales**. J'aurai l'occasion de développer ces différents points.

<sup>13</sup> United Nations Programme on Ageing (2002), *Report of the Second World Assembly on Ageing. Madrid International Plan of Action on Ageing*.

<sup>14</sup> Ils ont été formulés et explicités lors de la Conférence ministérielle sur le vieillissement de Berlin, qui s'est tenue du 11 au 13 septembre 2002.

## 2. L'AVANCEE EN ÂGE COMME LEVIER DE CROISSANCE ECONOMIQUE

Le vieillissement démographique a longtemps été perçu comme un frein au développement économique et social. Plusieurs arguments se mêlent dans les diagnostics alarmistes sur l'avenir d'un pays confronté au vieillissement de sa population. Les interrogations sur la soutenabilité des dépenses publiques liées à l'avancée en âge (financement des retraites et de la perte d'autonomie) apparaissent en tout premier lieu. Vient ensuite l'établissement de corrélations indémontrables, le vieillissement étant accusé d'enrayer la croissance et de peser négativement sur l'innovation.

### 2.1. Les promesses de la "silver economy"

Cette perception de l'avancée en âge est aujourd'hui contrebalancée par des représentations beaucoup plus positives de ses conséquences en termes de consommation et d'innovation. Après avoir beaucoup glosé sur le fardeau lié au vieillissement démographique<sup>15</sup>, il est frappant de constater à quel point le regard est désormais plus nuancé, certains de nos voisins allant même jusqu'à considérer l'avancée en âge comme un levier de croissance économique. L'expression « **silver economy** » s'est d'ailleurs imposée pour rendre compte des opportunités de croissance de la demande de biens et de services de la part de la population âgée<sup>16</sup>. Elle ne désigne pas un secteur économique précis dont la population des aînés constituerait la clientèle unique, donc le levier de croissance privilégié. L'expression renvoie plutôt à l'idée que le vieillissement de la population a des répercussions sur l'ensemble des secteurs d'activité, de manière transversale. Il en découle, pour les acteurs privés, la nécessité de développer des produits et services qui puissent être appropriables à tous les âges de la vie – ce qu'encourage le mouvement dit du « design universel ».

#### **Le design universel, un mode de conception des produits et services adapté aux besoins du plus grand nombre**

L'idée du « design universel » (*design for all*) a été lancée en 1995 en Espagne, lors de l'Assemblée générale du European Institute for Design and Disability (EIDD). Depuis lors, l'idée s'est diffusée dans l'ensemble des pays de l'OCDE.

Le design universel repose sur plusieurs principes :

- l'usage équitable : le produit conçu dans cette optique est censé être utile et vendable à des personnes ayant des revenus divers ;
- la flexibilité d'usage : le produit conçu doit répondre à un large éventail de préférences individuelles ;

<sup>15</sup> A la fin des années 1920, l'économiste A. Sauvy présentait le vieillissement démographique comme « l'accroissement du nombre de vieillards à la charge de la collectivité » (Communication présentée à la Société statistique de Paris le 21 novembre 1928). Cette vision a longtemps fait autorité.

<sup>16</sup> A. Ahtonen (2012), « Healthy and active ageing: turning the 'silver' economy into gold », *European Policy Centre*, policy brief, march.

- le mode d'emploi intuitif : l'utilisation doit être facilement appropriable, quelles que soient les expériences de l'utilisateur, ses connaissances, ses capacités d'expression et de concentration ;
- la disponibilité de l'information : l'information nécessaire à l'usage est communiquée à l'utilisateur, quelles que soient ses capacités sensorielles et les conditions ambiantes ;
- la tolérance à l'erreur : le produit doit minimiser les risques et les conséquences négatives d'actions accidentelles ou involontaires ;
- l'absence d'effort physique : le produit doit permettre un usage efficace en étant à la fois confortable et peu fatigant ;
- des dimensions permettant l'accès au produit et son usage : la taille du produit et l'espace qu'il requiert doivent permettre l'accès, la manipulation et l'usage à l'utilisateur, quelles que soient ses mensurations, sa position et son niveau de mobilité.

Pour une entreprise, l'intérêt de souscrire à ce type d'approche consiste tout simplement dans les économies d'échelle induites : si un même produit peut convenir à l'ensemble des clients, et non seulement à un segment très particulier, alors les débouchés potentiels sont beaucoup plus grands et les coûts de productions bien moindres.

### L'existence de labels pour les produits et services « amis de tous les âges »

Les entreprises saisissent-elles vraiment le potentiel de développement induit par l'accroissement du nombre de personnes âgées ? Si l'on se fie aux résultats d'un sondage réalisé en 2009 au Royaume-Uni par les grandes associations Age Concern et Help the Aged<sup>17</sup>, il est permis d'en douter. La majorité des personnes âgées (57% d'entre elles, soit 11,8 millions de personnes) se disent convaincues que les entreprises ne sont pas intéressées par leurs besoins et n'entendent pas y apporter de réponse spécifique. Les entreprises seraient au contraire « obsédées » par les jeunes consommateurs. L'une des manifestations de cet état de fait pourrait être trouvée dans la publicité, qui véhiculerait – pour la moitié des personnes âgées (10,4 millions) – une image stéréotypée et condescendante des seniors. Pourtant, le Royaume-Uni compte désormais davantage de personnes âgées de plus de 60 ans que de jeunes de moins de 18 ans. Et leur pouvoir d'achat est estimé à 250 milliards de livres par an.

Au **Royaume-Uni** comme en **Allemagne**, l'une des réponses privilégiées consiste dans la promotion de « labels » venant récompenser les commerces et les produits adaptés à une clientèle âgée.

- Outre-manche, l'idée de créer de tels labels « age-friendly » est à la fois relativement ancienne, initiée par de grandes associations (*charities*<sup>18</sup>) et associée de façon étroite aux politiques de lutte contre les discriminations dans l'emploi. Dès 1999, une campagne de communication intitulée « Age positive » entend sensibiliser les employeurs sur la question du maintien dans l'emploi des seniors. Un label « Age Positive » vient appuyer les bonnes pratiques dans un certain nombre de secteurs (grandes enseignes commerciales, banques, etc.). En 2006, la loi vient interdire à la fois les discriminations à l'embauche en raison de l'âge et la mise à la retraite contre son gré d'un salarié de moins de 65 ans (âge de l'ouverture du droit à pension)<sup>19</sup>.



<sup>17</sup> Cf. [www.thematuremarket.com/SeniorStrategic/Age\\_OK-10713-5.html](http://www.thematuremarket.com/SeniorStrategic/Age_OK-10713-5.html)

<sup>18</sup> Il est à noter que le Royaume-Uni se distingue en Europe par la forte structuration associative des groupes de personnes âgées.

<sup>19</sup> C. Godot (2010), « Modèles de carrière et logiques de fin de vie active : quelles leçons de la comparaison européenne ? », *Note de veille*, n°186, Centre d'analyse stratégique.

Plus récemment, en 2009, les associations Age Concern et Help the Aged ont décidé de lancer le label « Age OK », destiné aux produits et services adaptés à une clientèle âgée. Ce label est décerné par un groupe d'experts indépendants. La société BSKyB, fournisseur d'accès à des services télévisuels, fut la première lauréate pour sa télécommande très maniable avec ses larges touches. L'environnement a par ailleurs été spécifiquement conçu pour apparaître très intuitif à l'utilisateur.

- En Allemagne, le Gouvernement fédéral a lancé en mars 2010 un label de qualité pour les commerces proposant un environnement intergénérationnel (« Generationenfreundliches Einkaufen »). En janvier 2012, ce label avait été attribué à 2600 commerces, sur la base d'une évaluation complète de leur accessibilité et de l'accueil réservé aux clients.

En matière d'accessibilité, les critères sont nombreux et concernent aussi bien l'extérieur (présence d'aires de stationnement adaptées) que l'intérieur (larges couloirs, indications en gros caractères, éclairage suffisant...). Avec ce label, le Gouvernement fédéral entend promouvoir des lieux accueillants pour tous les âges et toutes les situations : parents avec des poussettes, personnes en fauteuil roulant, etc.



Il est intéressant de remarquer qu'en Allemagne, le label privilégie une approche « génération-friendly », qui permet de rassembler sous une même bannière des situations relevant de différents âges de la vie et de ne pas courir le risque d'une stigmatisation « à l'envers ». Il faut en effet veiller à ce que la reconnaissance des seniors permise par un label du type « Age OK » ne vienne pas consacrer une logique marketing ségrégative, donc potentiellement discriminatoire.

La démarche de labellisation / certification de lieux et de produits « amis de tous les âges » pourrait à terme être intégrée par les entreprises à leurs démarches de responsabilité sociale.

Bien évidemment, si le vieillissement n'est pas une fatalité sur le plan économique, il importe toutefois de ne pas mettre l'accent sur les seuls retraités aisés, dont la situation économique relativement favorable pourrait faire oublier les forts enjeux d'égalité sociale et territoriale dans la population des aînés<sup>20</sup>.

### Allemagne – « L'âge, un facteur économique »

Parmi les pays européens, l'Allemagne est le seul à avoir mis en place un plan stratégique visant, d'une part, à améliorer la qualité de vie des personnes âgées et, d'autre part, à sensibiliser les entreprises au potentiel de développement de produits et services destinés à cette partie de la population.

La situation démographique de l'Allemagne pourrait pourtant inciter aux diagnostics les plus pessimistes. Les plus de 65 ans y représentent un quart de la population totale, soit près de 17 millions de personnes. On estime que la part des plus de 80 ans passera de 5,1% en 2010 à 14,7% en 2050. En 2035, les plus de 50 ans représenteront près de la moitié de la population allemande totale. Par ailleurs, contrairement à la situation française, le taux de fécondité reste bas (1,36 enfant par femme en 2010). Il n'assure pas le renouvellement des générations, le

<sup>20</sup> R.G. Heinze, G. Naegele (2009), « “Silver Economy” in Germany – more than only an “economic factor” », *GeroBilim: Journal on Social & Psychological Gerontology*, n°2, p. 37-52.

vieillesse démographique étant expliqué en Allemagne à la fois par le haut (augmentation de l'espérance de vie) et par le bas (faible fécondité)<sup>21</sup>.

Mais ce que le gouvernement fédéral met en avant, c'est plutôt le marché potentiel des aînés. Le pouvoir d'achat des plus de 60 ans en Allemagne est évalué à 316 milliards d'euros. Si l'évolution démographique suit le rythme actuel, il devrait même avoisiner les 413 milliards d'ici 2030<sup>22</sup>. Les pouvoirs publics insistent donc sur l'importance de l'adaptation des entreprises à cette nouvelle donne démographique. Il y aurait ainsi une opportunité à saisir, pouvant procurer aux entreprises allemandes un avantage concurrentiel non négligeable sur un segment de marché appelé à croître, sur le territoire national et bien sûr plus largement au-delà des frontières allemandes. Dès 2005, le Cinquième Rapport de suivi sur la qualité de vie des aînés, intitulé « Le potentiel des aînés dans l'économie et la société »<sup>23</sup>, pointait la faible exploitation par les entreprises du marché liée au vieillissement de la population. Les petites et moyennes entreprises sont la cible privilégiée des pouvoirs publics. Tous les secteurs économiques sont concernés a priori, avec un ciblage plus particulier néanmoins sur cinq d'entre eux : la santé, le tourisme, le commerce de détail, les services financiers et les services à la personne.

S'inscrivant dans une démarche plus globale, « *Alter schafft Neues* » (littéralement, « l'âge crée de nouvelles choses »), le programme « *Wirtschaftsfaktor Alter* » (« L'âge, un facteur économique ») est porté conjointement depuis 2008 par le Ministère fédéral de la famille, des personnes âgées, des femmes et de la jeunesse et par le Ministère fédéral de l'économie et des technologies. Il a pour ambition de montrer les opportunités que recèle le vieillissement démographique, à la fois pour les personnes âgées elles-mêmes et pour l'économie du pays de façon plus générale<sup>24</sup>. Cela passe par le développement de produits et de services adaptés aux personnes de tous âges. La promotion du design universel est d'ailleurs citée comme une priorité essentielle<sup>25</sup>.

Outre des démarches d'information et de sensibilisation au potentiel économique de l'avancée en âge, notamment par le biais de forums régionaux rassemblant PME, associations de consommateurs et retraités, ce programme a permis la mise en place d'un label de qualité en faveur des entreprises et commerces proposant des produits et services adaptés à tous les âges. Délivré par l'Association professionnelle du commerce depuis mars 2010, ce label a été accordé à 2600 commerces.

## ***2.2. Un vecteur de soutien à certains secteurs d'activité***

L'avancée en âge peut être considérée comme un levier de croissance économique d'un double point de vue : d'une part, à travers le soutien apporté à des secteurs d'activité comme le tourisme et les loisirs, la santé ou les services à la personne et, d'autre part, par les opportunités d'innovation que les entreprises peuvent saisir pour capter une population ayant certains besoins spécifiques.

<sup>21</sup> Sources: Nations Unies (2010), *World Population Prospects*.

<sup>22</sup> Cf. RKW Magazin (2008), « *Wirtschaftsfaktor Alter* », n°4, Décembre. Disponible sur : [www.wirtschaftsfaktor-alter.de/fileadmin/user\\_upload/RKW\\_Magazin\\_Dez\\_2008.pdf](http://www.wirtschaftsfaktor-alter.de/fileadmin/user_upload/RKW_Magazin_Dez_2008.pdf)

<sup>23</sup> Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2005), *Potenziale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft. Der Beitrag älterer Menschen zum Zusammenhalt der Generationen*, Fünfter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland.

<sup>24</sup> Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2012), Bundesinitiative « *Wirtschaftsfaktor Alter* ». *Wie ältere Menschen und die Wirtschaft vom demografischen Wandel profitieren können*, Février. Disponible sur : [http://www.wirtschaftsfaktor-alter.de/fileadmin/user\\_upload/WIFA\\_Flyer\\_BF.pdf](http://www.wirtschaftsfaktor-alter.de/fileadmin/user_upload/WIFA_Flyer_BF.pdf)

<sup>25</sup> Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2008), *Alter schafft Neues – Initiativen und Informationen für ältere Menschen*.

### Canada (Nouveau Brunswick) - Programme « Entreprise amie des aînés »

**Moncton**, plus grande ville francophone du Canada en-dehors du Québec, a lancé en 2011, à l'initiative du Comité consultatif des aînés installé par la municipalité, un programme « Entreprise amie des aînés ». L'objectif est de sensibiliser les commerces implantés sur le territoire communal au vieillissement progressif de leur clientèle et donc au fait qu'ils doivent adapter leur activité à cette nouvelle donne.



Une entreprise amie des aînés offre un accueil physique et un service de qualité, adapté aux besoins des aînés.

**Pour obtenir cette certification délivrée par les services de la municipalité, les entreprises doivent remplir 80% des 28**

**critères établis** en amont. Ceux-ci concernent :

- le **service à la clientèle** (avec des items sur l'existence d'un service de livraison, d'aides pour porter les colis, ou sur la courtoisie et la disponibilité des employés en magasin) ;
- la **communication** (taille et couleur des polices de caractère dans les dépliants et en magasin, services téléphoniques clairs pour l'utilisateur avec des voix préenregistrées parlant lentement et clairement...);
- le **stationnement** (existence de places accessibles, pratiques et bien indiquées, déblaiement de la neige et de la glace pendant l'hiver...);
- la **disposition des lieux** (ouvre-portes automatiques, ruban réflecteur pour indiquer la dernière marche des escaliers, planchers antidérapants, rampes des deux côtés d'un escalier, portes assez larges pour laisser passer un fauteuil roulant, ouverture de toilettes au public...)
- l'**éclairage** (intensité suffisante dans tous les endroits du magasin)
- les **salles d'attente** et les bureaux (existence de fauteuils ou d'aires de repos dans les magasins)
- l'**affichage** (heures d'ouverture claires et lisibles, existence d'affiches indiquant clairement les directions...).

La prise en compte de l'avancée en âge peut être créatrice d'emplois non délocalisables. Trois éléments ne seront pas approfondis dans ce rapport, dans la mesure où leur analyse aurait mérité un travail spécifique<sup>26</sup>.

- Le premier élément tient tout simplement aux emplois induits par les mesures d'adaptation au vieillissement. Si l'on s'intéresse par exemple au secteur du logement, les répercussions pourraient concerner aussi bien l'artisanat que les acteurs industriels investis dans l'intégration des services et des technologies aux habitations des personnes âgées.

- Le second élément est lié aux conséquences économiques de la mobilisation de l'épargne des personnes âgées. Cette réserve d'épargne, plus conséquente en France que chez nos voisins européens, pourrait être plus directement dirigée vers le financement de l'économie, avec des conséquences positives sur l'emploi et la consommation.

- Troisième point, je n'évoquerai pas ici le potentiel de création d'emplois dans les services à la personne parce que nous disposons d'assez peu d'évaluations chiffrées en

<sup>26</sup> Celui-ci est actuellement en cours au Centre d'analyse stratégique (Département Economie Finances), suite à une saisine du cabinet de Mme la Ministre déléguée en charge des personnes âgées et de l'autonomie.

comparaison internationale. Mais la professionnalisation de ce secteur, de même que la revalorisation des salaires et des carrières des personnels, sont des enjeux essentiels sur lesquels les pouvoirs publics devront apporter des réponses claires. Mon propos concernera donc, non pas le secteur traditionnel de l'aide et du soins aux personnes âgées, mais d'autres secteurs que la révolution de l'avancée en âge concerne également au premier chef.

### 2.2.1. L'exemple du tourisme

Dans les pays européens, le tourisme est l'un des secteurs d'activité économique qui bénéficient le plus de l'accroissement du nombre de personnes âgées. C'est d'ailleurs ce que confirment les résultats d'une récente étude d'**Eurostat**<sup>27</sup>. En 2011, tous pays européens confondus, les sommes consacrées au tourisme par les personnes âgées de plus de 65 ans étaient supérieures d'un tiers par rapport aux montant dépensés en 2006. Le fait que cette population dispose à la fois de temps et, en moyenne, d'un pouvoir d'achat plus important que les autres catégories d'âge permet d'expliquer le rôle essentiel des plus de 65 ans dans l'économie du tourisme. Selon l'étude, les dépenses des aînés ont contribué à la survie du secteur touristique en temps de crise économique mondiale. A l'inverse des 25-44 ans, qui ont vu leurs dépenses diminuer entre 2006 et 2011. Le nombre de touristes de plus de 65 ans a augmenté de 10% entre les mêmes dates. Le nombre de voyages réalisés a lui aussi connu une hausse (+29%), avec une croissance non négligeable des nuitées passées à l'extérieur du domicile (+23%). En 2011, près d'un senior sur deux a effectué un séjour d'au moins quatre nuits payantes hors de son domicile. Au total, les plus de 65 ans sont désormais responsables du quart des dépenses touristiques totales au niveau européen (contre 15% en 2006).

Ces chiffres indiquent nettement le rôle essentiel des plus de 65 ans sur le marché du tourisme. Mais au-delà même des sommes dépensées (supérieures de 11% à la moyenne tous âges confondus), Eurostat constate que les comportements de consommation de cette clientèle âgée peuvent constituer un soutien intéressant pour un secteur traditionnellement fragile. Les plus de 65 ans privilégient en effet des durées de séjour plus longues que les autres groupes d'âge. Ils préfèrent également les séjours domestiques, c'est-à-dire dans le pays de résidence habituelle (37% du total des dépenses, contre 28% chez les 25-44 ans). En la matière, la France tire son épingle du jeu dans la mesure où elle se place en deuxième position, derrière Chypre, parmi les pays européens pour la durée de séjours : 37,6 nuitées par an pour les plus de 65 ans, contre 25 pour les 25-44 ans.

---

<sup>27</sup> C. Demunter (2012), « Ageing and tourism in the European Union. Europeans aged 65+ spent a third more on tourism in 2011 compared with 2006 », *Statistics in focus*, Eurostat, 43.

L'avancée en âge peut donc constituer une opportunité de développement économique pour le secteur du tourisme. Il faut néanmoins préciser qu'il existe aussi pour les personnes âgées des freins au départ en vacances, en particulier sur le plan financier. C'est à ce problème que répond l'expérience espagnole, nommée « Programme de vacances pour les seniors » (Programa de Vacaciones para Mayores).

### **Espagne - Le Programme de vacances pour les seniors (PVS)**

Mis en place dès 1985 par l'IMSERSO (Institut des personnes âgées et des services sociaux, structure dépendant du Ministère de la santé, des services sociaux et de l'égalité), le programme propose des séjours touristiques en Espagne aux personnes âgées de plus de 65 ans. Pour bénéficier du programme, les personnes doivent à la fois remplir des conditions de ressources (percevoir une pension inférieure au montant moyen) et être en situation d'autonomie.

Ce programme poursuit deux objectifs parallèles :

- *favoriser le bien-être des retraités les moins aisés en leur permettant de partir en vacances dans des conditions favorables sur les plans sanitaire et financier.* En effet, selon les responsables d'IMSERSO rencontrés dans le cadre de cette mission, « voyager dans le cadre de ce programme coûte moins cher que de rester chez soi ». Pour un séjour de 5 jours en Andalousie ou en Catalogne, la contribution demandée est ainsi de 120€, incluant le transport depuis la capitale de la Région du domicile, l'hébergement en hôtel trois-étoiles et la pension complète. Pour une dizaine de jours sur les îles Canaries, la participation est d'environ 500€. Sur place, les hôtels sont pourvus d'une assistance sanitaire comprenant un médecin et une infirmière par tranche de 200 personnes accueillies.

- *soutenir un secteur économique majeur, en mettant à profit les infrastructures peu utilisées pendant la hors-saison (d'octobre à juin).* Le secteur touristique représente 12,5% des emplois en Espagne. Mais il est fortement soumis au phénomène de saisonnalité : plus de 40% des emplois peuvent être détruits pendant la basse saison. La sous-utilisation de l'offre hôtelière au cours des six mois de la basse saison équivaut à une disponibilité de plus de 40 millions de séjours<sup>28</sup>.

Entre 1985 et 2010, le PVS a bénéficié à plus de 6 millions de seniors, avec de très bons résultats sur l'amélioration de leur santé et de leur bien-être. Plus de 97% des personnes parties en vacances par le biais du programme disent vouloir renouveler l'expérience.

Bien qu'il soit doté d'un budget annuel de 100 millions d'euros (intégralement pris en charge par l'IMSERSO), ce programme a des retombées très positives en termes d'emplois. D'après les chiffres cités par les représentants de l'IMSERSO rencontrés lors de la mission, les voyageurs du PVS, environ 1,2 million de personnes, ont en effet permis le maintien de 13 000 emplois directs – et 85 000 au total, en comptant les effets induits. Par ailleurs, chaque euro public investi dans ce programme rapporte, selon une évaluation réalisée par le cabinet Pricewaterhouse Coopers, 1,53 euro par le biais d'économies (sur les allocations chômage notamment) et de recettes additionnelles (TVA, impôt sur le revenu, impôt sur les sociétés, cotisations sociales, etc.). De surcroît, la dépense totale des seniors (participation aux frais et achats sur le lieu de villégiature) est égale à deux fois l'investissement initial de l'IMSERSO.

En vue d'un possible déploiement dans notre pays, il est important de noter que le PVS s'appuie sur un réseau de 8000 agences de voyage qui ont répondu à l'appel d'offres lancé par l'IMSERSO et proposent des séjours adaptés. La gestion centralisée par l'IMSERSO garantit

<sup>28</sup> Chiffres cités in : Ministère du travail, de l'emploi et de la santé (2010), Etude sur le Programme de vacances des seniors de l'IMSERSO.



que chaque voyageur paie le même montant quel que soit son lieu d'habitation, ce qui est un facteur de solidarité entre les territoires.

Les interlocuteurs de la mission ont tenu à évoquer le contexte économique difficile dans lequel se trouve actuellement l'Espagne. La baisse des crédits publics devrait également concerner ce programme. Néanmoins, le fait que le PVS ait une ancienneté de plus de vingt ans désormais a permis que des offres privées concurrentes se développent. Les représentants de l'IMSERSO sont assez confiants dans la capacité d'autorégulation du système.

### 2.2.2. Les services de santé

Le secteur des services de santé peut lui aussi profiter de la dynamique économique portée par l'avancée en âge. Le Japon est particulièrement en pointe à cet égard, avec le développement des gérontechnologies qui permettent à la fois de soutenir les personnes souhaitant rester à domicile et d'alléger le travail des soignants en établissements.

#### **Japon – Le développement des gérontechnologies**

Le secteur de la santé est l'un des sept axes de développement de la stratégie de croissance à moyen terme du gouvernement japonais. Celui-ci estime que l'industrie de la prise en charge des personnes âgées pourrait créer 50 000 Mds de yens de richesses supplémentaires d'ici 2020 (430 Mds d'euros, ou 10 points de PIB 2010) et 2,8 millions d'emplois. Le gouvernement propose d'accélérer le développement et la validation des médicaments, de développer les services et infrastructures pour les seniors et de donner plus de moyens afin de développer la robotique.

Certaines entreprises japonaises considèrent d'ores et déjà que la prise en charge des personnes âgées peut constituer un secteur rentable :

\* **Nichii Gakkan** (société au capital de 12 Mds de yens, cotée en bourse, leader parmi les prestataires de soins avec 55% de parts de marché, employant 15 000 salariés) a développé très tôt son offre de services et de soins à domicile pour personnes âgées dépendantes. 40% des prestataires de services et de soins à domicile sont issus du secteur privé. Nichii Gakkan, prévoyait pour l'exercice 2011 (derniers chiffres publics) un chiffre d'affaires pour la branche « santé » de l'ordre de 123 Mds de yens (1,1 Md d'euros), en progression de 5%. La société estimait que le nombre de ses clients devrait augmenter de 5%, pour atteindre 127 700. Nichii Gakkan dispose de 1 070 centres spécialisés dans les services et soins à domicile, ainsi que de 1 300 établissements d'accueil (maisons de retraite, logements dits « barrier free »<sup>29</sup>, centres de jour, etc.). Près d'une trentaine de nouveaux emplacements ont été établis entre avril et septembre 2010, dont 14 centres pour les services et soins à domicile.

\* **Cyberdyne** (société au capital de 2,2 Mds de yens), fondée en 2004, est connue du grand public pour être la première société à fabriquer en série un exosquelette externe électromécanique. La combinaison HAL (Hybrid Assistive Limb) entoure le dos, les jambes et les bras de son utilisateur et prend en charge une partie de son travail musculaire. L'utilisateur peut ainsi porter jusqu'à 70 kg par bras. Cette combinaison est utilisée dans les maisons de retraite par le personnel pour réduire leur charge de travail et par les retraités pour accroître leur

<sup>29</sup> Au Japon, les logements dits « barrier free » (ou *bariafurii*) désignent des logements adaptés aux personnes en fauteuil roulant.

mobilité. Une cinquantaine d'établissements utilisent HAL sous la forme d'une location de 150 000 yens par mois (1 250 euros). L'utilisation de cette combinaison est envisagée dans d'autres activités (chantiers, services de secours). La vente aux particuliers est prévue pour 2015.

\* Paro de la société **Intelligent System** (capital de 12 millions de yens) est un robot-peluche représentant un bébé phoque. Il tient le rôle d'animal de compagnie auprès des personnes âgées. Paro est utilisé dans les maisons de retraite et hôpitaux principalement de deux manières : comme un moyen de thérapie permettant de stimuler le cerveau des résidents et comme un outil de socialisation car il facilite les échanges entre les patients et le personnel de soin. Commercialisé depuis 2005 au prix de 350 000 yens (3300 euros), Paro s'est vendu à environ 2000 exemplaires, au Japon mais aussi dans une vingtaine d'autres pays, principalement dans les établissements pour personnes âgées. Il y a peu d'utilisateurs à domicile. Environ 300 exemplaires ont été vendus à ce jour en Europe, pour l'essentiel au Danemark. Le gouvernement a financé le développement de Paro, qui a connu huit versions différentes depuis 2005. Le METI (Ministère de l'économie, du commerce et de l'industrie) estime le potentiel du marché des robots interactifs à 2 600 Mds de yens (22 Mds d'euros) d'ici 2025, et à 5 000 Mds de yens (42 Mds d'euros) d'ici 2035.

→ Au **Danemark**, où Paro a connu un grand succès, de nombreuses entreprises cherchent à capter le marché des soins gériatriques en développant des produits technologiques similaires à ceux de leurs concurrentes japonaises. On peut ainsi citer l'entreprise Tmusk et son Roberior, robot spécialisé dans les soins aux personnes âgées.

\* En août 2009, en association avec le RIKEN (Institut de physique et de recherche chimique), la société **Tokai Rubber Industries Ltd** a conçu RIBA (Robot for Interactive Body Assistance), un robot d'assistance en milieu médical. RIBA est capable de soulever et de déplacer des patients hors de leur lit ou de leur fauteuil, ce qui permet d'alléger la charge des personnels soignants.

## CONCLUSION

Aucun pays n'a vraiment pris en compte dans des politiques transversales et cohérentes cette révolution de l'avancée en âge qui est l'un des progrès les plus marquants du siècle passé. La France peut jouer un rôle pionnier en la matière, en montrant que l'avancée en âge est une chance qui nous concerne et nous oblige tous. L'actuel Gouvernement, en plein accord avec le programme développé par le Président de la République, a tracé des priorités claires pour la jeunesse. Ce que suggèrent les éléments de comparaison internationale récoltés dans ce premier chapitre, c'est que ces ambitions pour la jeunesse auront d'autant plus d'écho et d'efficacité si elles prennent place dans des politiques de l'âge globales, concernant tous les âges de la vie et touchant à la fois à l'éducation, à l'emploi, aux solidarités intergénérationnelles, à la santé, au logement, à l'urbanisme, etc.

## PARTIE II

### ANTICIPER L'AVANCEE EN ÂGE QUELLES POLITIQUES DE PREVENTION ?

La prévention s'est imposée comme un **objectif consensuel dans l'ensemble des pays de l'OCDE**. De nombreux programmes nationaux ont été lancés ces dernières années, avec deux objectifs majeurs : d'une part, la promotion de comportements de santé positifs et, d'autre part, le repérage des situations individuelles de fragilité avant que celles n'aient des conséquences irréversibles sur l'autonomie des personnes.

Comme je l'ai rappelé en introduction de ce rapport, le Comité « Avancée en âge » présidé par le Dr Jean-Pierre Aquino est chargé de procéder à un état des lieux et à une synthèse des bonnes pratiques en matière de prévention en France, en répertoriant l'ensemble des acteurs qui participent à la mise en œuvre de cet objectif essentiel dans la future loi « Autonomie ».

En accord avec les termes de la lettre de mission qui m'a été adressée par le Premier Ministre, j'ai souhaité présenter des **expériences** ou des **dispositifs mis en œuvre dans différents pays étrangers**, afin d'abonder les réflexions du Comité « Avancée en âge » et de nourrir les futures orientations de la politique de prévention de la perte d'autonomie. J'en retire une conviction forte sur la **nécessaire articulation des aspects médicaux et sociaux de la prévention**. Ces deux dimensions concourent à l'objectif de « vieillissement réussi » pour le plus grand nombre. Dans nombre d'exemples présentés dans ce chapitre, c'est bien cela qui ressort. Anticiper l'avancée en âge implique de mettre en place des actions coordonnées visant à la fois le maintien en bonne santé et l'inscription dans un environnement relationnel dense.

#### 1. UN OBJECTIF CONSENSUEL QUI PEINE À S'IMPOSER

##### *1.1. Le succès de la notion de prévention*

**Alors que les systèmes de santé ont longtemps reposé sur la seule logique curative, la prévention apparaît aujourd'hui dans l'ensemble des pays de l'OCDE comme l'autre pilier de l'action publique en matière de vieillissement.** Les réformes en cours depuis les

années 1990 ont ainsi mis en œuvre des programmes valorisant l'adoption de comportements de santé positifs par l'ensemble de la population, quel que soit son âge.

L'objectif de vieillissement actif et en bonne santé apparaît d'abord dans les **textes et programmes européens et internationaux**. Plusieurs plans d'action internationaux ont mis en avant les notions connexes de « vieillissement réussi » (*successful ageing*<sup>30</sup>), de « bien vieillir » (*healthy ageing*<sup>31</sup>), puis de « vieillissement actif », avec pour ambition commune de promouvoir une vision plus positive de l'avancée en âge et d'agir sur les conditions sanitaires, sociales et environnementales nécessaires au maintien en bonne santé. Au niveau européen, à l'occasion de l'Année européenne des personnes âgées en 1999, une communication de la Commission des communautés européennes a clairement indiqué la nécessité de coordonner les approches curatives et préventives. La cible ne doit pas se réduire aux personnes âgées, mais inclure les « jeunes » et les « personnes d'âge moyen », pour lesquelles des habitudes alimentaires plus saines et la pratique régulière d'activités physiques et intellectuelles sont censées avoir des bénéfices potentiels plus élevés<sup>32</sup>. En parallèle, la croissance des dépenses de santé et les interrogations sur la soutenabilité financière des systèmes de protection sociale ont contribué à l'élargissement du domaine de la prévention, qui avait pendant longtemps été « cantonnée à la lutte contre les fléaux sociaux et à la surveillance sanitaire (protection maternelle et infantile, santé scolaire, médecine du travail, dispensaires de lutte contre les fléaux sociaux) »<sup>33</sup>.

**Si la prévention se révèle être un objectif consensuel, sa mise en œuvre dans des programmes publics coordonnés à un échelon national n'est pas encore optimale**<sup>34</sup>. A l'appui de mon propos, je prendrai les exemples de deux pays voisins, l'Angleterre et de l'Allemagne.

- En **Angleterre**, le retour sur investissement qui peut être attendu d'une démarche de prévention a été chiffré par la Care Quality Commission à 2 milliards de livres<sup>35</sup>. Ce chiffre est en fait une estimation des économies que pourrait faire le NHS en évitant les hospitalisations indues – ce qui est une des dimensions de la prévention, mais certainement pas la seule. Pour autant, il n'existe pas de politique nationale structurée en la matière. Dans une perspective de

---

<sup>30</sup> R.J. Havighurst (1961), « Successful aging », *The Gerontologist*, vol. 1, n°1, p. 8-13.

<sup>31</sup> Il s'agit pour l'Organisation mondiale de la santé (OMS) du « processus consistant à optimiser les possibilités de bonne santé, de participation et de sécurité afin d'accroître la qualité de la vie pendant la vieillesse ». Cf. OMS (2002), *Vieillir en restant actif*, Contribution de l'Organisation mondiale de la santé à la Deuxième Assemblée des Nations Unies sur le Vieillissement, Madrid.

<sup>32</sup> Commission des communautés européennes (1999), *Vers une Europe pour tous les âges. Promouvoir la prospérité et la solidarité entre les générations*, Communication, COM/99/0221.

<sup>33</sup> C. Déchamp-Le Roux (2012), « La prévention des risques liés au vieillissement : un nouveau pacte social ? », *Gérontologie et société*, Hors-série n°1, p. 81-91.

<sup>34</sup> S. Kümpers, K. Allen, L. Campbell, A. Dieterich, J. Glasby, G. Kagialaris, T. Mastroyiannakis, T. Pokrajac, G. Ruppe, E. Turk, R. van der Veen, L. Wagner (2010), *Prevention and rehabilitation within long-term care across Europe. European overview*, Interlinks – European Commission 7th Framework Programme, mai.

<sup>35</sup> Care Quality Commission (2010), *The state of health care and adult social care in England. An overview of key themes in care in 2009/2010*.

réduction des dépenses publiques et de désengagement de l'Etat, le gouvernement de coalition défend la solution du maintien à domicile le plus longtemps possible, ce qui suppose une politique de prévention intersectorielle. En juillet 2012, le gouvernement a rendu public un livre blanc présentant les grandes lignes d'une réforme visant à améliorer la prise en charge des personnes dépendantes<sup>36</sup>. Il s'inspire largement des propositions du rapport de la commission présidée par l'économiste Andrew Dilnot, remis en juillet 2011 (et qui avait abouti à un abondement du budget consacré à la prise en charge des personnes dépendantes de 7,2 milliards de livres pour la période 2011-2015). Partant du constat que le système actuel de prise en charge des personnes âgées dépendantes, construit il y a près de 60 ans « *ne fonctionne plus et a désespérément besoin d'être réformé* », deux objectifs majeurs sont fixés par le Gouvernement dans ce document d'orientation : d'une part, faire en sorte de prévenir et de retarder au maximum la perte d'autonomie ; d'autre part, donner aux bénéficiaires le maximum de choix et de contrôle, en améliorant notamment l'information. Outre le fait que le financement de cette réforme a été renvoyé aux résultats de la prochaine « Spending Review » en 2013, ce qui a suscité de nombreuses critiques, le texte présenté par le gouvernement anglais ne propose pas de plan de prévention très défini, avec des modalités d'action claires et coordonnées. Il s'agit plutôt d'encourager les initiatives déjà existantes, en donnant aux collectivités locales un rôle de repérage, et de soutenir les démarches innovantes en prévoyant des modalités de financement sous la forme de « social impact bonds ».

Le précédent gouvernement avait développé un programme pilote portant le nom de *Partnerships for Older People Projects (POPP)*, qui a consisté à financer à hauteur de 60 millions de livres des services visant à retarder au maximum le moment où des personnes âgées perdent leur autonomie. L'évaluation de ce programme, menée par l'unité de recherche sur les services sociaux apportés aux personnes (*Personal Social Services Research Unit – PSSU*) a démontré que les sommes investies dans ces projets permettaient des économies allant de 0,73 à 1,34 livre par livre investie.

- En **Allemagne**, la commission d'experts chargés par le Ministère fédéral de la famille de rédiger chaque année un Rapport sur les personnes âgées (*Altenbericht*) a récemment préconisé que le système de santé mette davantage l'accent sur la prévention en direction des personnes âgées. Elle propose ainsi l'introduction généralisée de programmes de mesures de prévention dans les entreprises. Le rapport préconise par ailleurs d'intégrer la prévention sanitaire dans les programmes de formation professionnelle. Mais dans les faits, la politique fédérale en matière de prévention reste limitée à l'organisation par le Ministère de la santé d'un

---

<sup>36</sup> HM Government (2012), *Caring for our future : Reforming care and support*, White Paper Presented to Parliament by the Secretary of State for Health by Command of Her Majesty.

Prix de la prévention (*Präventionspreis*), doté de 100 000 euros, qui récompense chaque année depuis 2004 des projets exemplaires sur le plan sanitaire<sup>37</sup>.

Sans doute faut-il considérer que **la prévention se décline en majeure partie au niveau local, par l'action des collectivités qui, dans de nombreux pays, ont les compétences de définition et de mise en œuvre des politiques liées au vieillissement**. Il demeure néanmoins cette difficulté à établir des plans nationaux de prévention qui ne soient pas la simple collection de programmes locaux éparés. Au Québec, par exemple, le foisonnement d'initiatives au niveau communal, s'accompagne de problèmes de coordination globale entre les acteurs et entre les niveaux territoriaux<sup>38</sup>. On peut également noter que **l'objectif de prévention est pris dans des ambiguïtés qui ne facilitent pas son appropriation dans des politiques structurées**.

### ***1.2. Face aux difficultés d'une déclinaison opérationnelle***

Les ambiguïtés dont est porteur l'objectif de prévention sont au nombre de quatre.

- **1<sup>ère</sup> ambiguïté** : *les programmes de prévention ne parviennent pas toujours à faire la preuve des économies qu'ils permettent de réaliser*. Si la prévention est souvent vue comme une réponse efficace à l'accroissement des dépenses de santé, elle n'entraîne pas toujours des économies car sa mise en œuvre nécessite des investissements en amont<sup>39</sup>. Par ailleurs, même dans le cas où les programmes de prévention ont un impact positif avéré, leur mise en œuvre implique que la puissance publique consacre un budget d'intervention conséquent en amont de la survenue du risque combattu. Dans un contexte de contraintes sur les finances publiques, l'opportunité d'un tel investissement initial peut toujours se voir remise en cause.

- **2<sup>ème</sup> ambiguïté** : *la prévention est une démarche qui repose d'abord sur des comportements individuels, mais elle doit être soutenue et encadrée dans des dispositifs collectifs qui prennent en compte l'environnement global de la personne (emploi, habitat, transports, santé, vie sociale, etc.)*. Dans la notion de « bien vieillir », plusieurs éléments concourent au vieillissement sans incapacité : une bonne santé, des capacités intellectuelles préservées, une intégration sociale dans des réseaux variés. C'est toujours sur la personne que repose la responsabilité d'adopter un style de vie approprié. Mais l'accent mis sur le

---

<sup>37</sup> Ce prix fait l'objet d'un partenariat avec l'Agence fédérale pour l'éducation à la santé (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, BZgA) et la Fondation Manfred-Lautenschläger

<sup>38</sup> J. Rochman, D.-G. Tremblay (2010), « Services et seniors : l'impact du programme MADA sur le développement des services municipaux communautaires et privés au Québec », *Gérontologie et société*, n°135, p. 285-239.

<sup>39</sup> S.-L. Gerber (2010), « Maladies 'de société' et recherche des stratégies de prévention les plus efficaces », in : O. Oullier, S. Sauneron (coord.), *Nouvelles approches de la prévention en santé publique. L'apport des sciences comportementales, cognitives et des neurosciences*, Rapport du Centre d'analyse stratégique, Paris, La Documentation française.

« vieillissement actif » doit s'accompagner d'une transformation de l'environnement, seule à même d'inciter le plus grand nombre à investir dans des comportements positifs<sup>40</sup>.

- **3<sup>ème</sup> ambiguïté** : *si l'idée s'est imposée qu'il fallait décloisonner les politiques de prévention pour faire écho à leurs dimensions à la fois sanitaire, psychosociale et environnementale, la coordination des actions porte aussi un risque d'uniformisation contre-productive*. S'il faut dépasser la juxtaposition de mesures ponctuelles et parfois redondantes, l'enjeu consiste dans le même temps à reconnaître les capacités d'innovation des acteurs de la politique gérontologique au niveau local.

- **4<sup>ème</sup> ambiguïté** : *si le discours sur la prévention a une prétention universelle, il n'est réellement efficace que s'il s'accompagne d'un ciblage en direction des groupes de population qui en ont le plus besoin*. Dans la plupart des pays de l'OCDE, les programmes et initiatives de prévention s'adressent en fait à une population encore en bonne santé. Il s'agit bien sûr d'une cible importante des démarches de prévention, mais il ne faut pas négliger pour autant les personnes en situation de fragilité physiologique, psychique et/ou sociale (dont la prévalence parmi les plus de 65 ans en France est d'environ 20%), celles qui sont accueillies en institution et les aidants des personnes en perte d'autonomie.

### ***1.3. Une typologie des actions de prévention***

Comment se repérer dans les différents types de programmes de prévention ? Ils peuvent se distinguer selon les publics auxquels ils s'adressent, les référentiels qui les animent, voire les acteurs qui les portent. Face à une telle diversité, il n'est sans doute pas inutile de se livrer à un essai de typologie<sup>41</sup>.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) distingue trois niveaux de prévention :

- la **prévention primaire** consiste à éviter ou retarder l'apparition de la maladie en intervenant sur les facteurs de risque. L'un des vecteurs privilégiés dans ce cadre est donc l'éducation à la santé et l'information auprès de la population. En matière de vieillissement, les actions de prévention primaire doivent cibler les pathologies fortement corrélées à l'âge : hypertension artérielle, Alzheimer, etc. Si la dimension médicale est tout à fait centrale, elle n'est pas la seule à concourir à la prévention primaire. On peut ainsi considérer que la lutte contre l'isolement des personnes âgées relève également d'une action sur l'un des facteurs de vulnérabilité sociale de cette population.

---

<sup>40</sup> G. Ruppe (2011), « Active ageing and prevention in the context of long-term care. Rethinking concepts and practices », Policy Brief, European Centre for Social Welfare Policy, Vienna.

<sup>41</sup> Cf. A. Morel, O. Veber (2011), *Société et vieillissement*, Rapport du groupe n°1, Débat national sur la dépendance.

- la **prévention secondaire** vise à repérer les facteurs de fragilité, à diminuer la prévalence d'une maladie et à réduire sa durée d'évolution. Il s'agit d'intervenir à un moment où il est encore possible de limiter les conséquences négatives d'une pathologie. La prévention secondaire cible les facteurs de fragilité avérés, avec pour ambition de préserver l'autonomie le plus longtemps possible. Entrent dans ce champ les actions de promotion de l'activité physique et les programmes spécifiques de prévention des chutes, les actions de lutte contre l'isolement, l'adaptation des logements et de l'environnement urbain.

- la **prévention tertiaire** se centre sur les incapacités installées et a pour objectif d'en diminuer la prévalence. Elle agit en aval afin de limiter les incapacités fonctionnelles liées à la maladie et d'éviter les éventuelles rechutes (chronicisation). La rééducation physique de la personne, ainsi que sa réinsertion sociale, font pleinement partie des objectifs de la prévention tertiaire.

Cette typologie distingue les actions de prévention en fonction du moment auquel elles interviennent, en amont de la perte d'autonomie, quand la fragilité est avérée ou quand il s'agit d'empêcher la chronicisation des pathologies. Bien entendu, les trois niveaux présentés (primaire, secondaire et tertiaire) s'imbriquent plus qu'ils ne s'opposent. Les démarches qu'il m'a paru intéressant de relever coïncident d'ailleurs assez rarement avec l'un ou l'autre de ces niveaux.

Plutôt que de reprendre cette typologie classique, je propose donc d'organiser l'exposé en fonction de différents axes d'intervention publique sur lesquels la future loi devrait concentrer son action :

- Les **moments de « rupture » dans les trajectoires individuelles**, qui peuvent déclencher ou rendre manifestes les premières fragilités. De ce point de vue, la **préparation de la cessation d'activité professionnelle**, devrait faire l'objet d'une vigilance particulière ;

- L'accès à la **prévention pour les populations âgées fragiles ou vulnérables**, dans une logique de lutte contre les inégalités sociales de santé ;

- La **promotion de l'activité physique et sportive** pour permettre une avancée en âge en bonne santé ;

- L'**encouragement à la participation sociale des aînés** et la lutte contre les discriminations et la maltraitance.



## 2. CIBLER LES MOMENTS DE « RUPTURE » DANS LES TRAJECTOIRES INDIVIDUELLES

### 2.1. Une tendance générale à cibler les démarches de prévention selon des critères d'âge

La mission a constaté au cours de ses auditions et déplacements que les démarches de prévention dans les autres pays de l'OCDE ne ciblent pas particulièrement des moments de « rupture », à l'exception notable du Québec par l'intermédiaire du « Programme d'information et de préparation à la retraite ». Dans les pays du Nord de l'Europe, par exemple, la prévention réalisée à l'échelon municipal est ciblée sur les personnes ayant atteint l'âge de 75 ans.

• Au **Danemark**, la loi impose depuis 1998 à toutes les collectivités locales de mettre en place des visites à domicile pour les personnes âgées de plus de 75 ans. À raison de deux visites par an, ce système est cohérent avec l'objectif national de maintien à domicile. Les visites, effectuées le plus souvent par des infirmières recrutées au niveau local, n'impliquent pas d'examen médical particulier. Des médecins sont très rarement associés à ce dispositif. En revanche, le repérage précoce de la perte d'autonomie et la fonction de conseil et d'information en matière de santé font partie intégrante des missions assignées à ces visites. La personne concernée peut bien sûr refuser les visites.

• En **Finlande**, les communes organisent également des visites préventives chez les personnes âgées de plus de 75 ans, afin de repérer leurs besoins éventuels et d'améliorer leur accès à l'information en matière de comportements de santé positifs (recommandations sur la nutrition en particulier). Certaines municipalités organisent, en complément, des services de visite quotidienne à domicile pour les personnes les plus âgées. Ces visites, réalisées par des bénévoles ou des personnels municipaux embauchés à cet effet, permettent de s'assurer du bien-être des personnes et de les aider à sortir de leur domicile, pour faire leurs courses par exemple.

Dans d'autres pays, la prévention cible des personnes moins âgées. C'est le cas au **Japon**, par exemple, où les municipalités adressent chaque année aux plus de 65 ans résidant sur leur territoire un questionnaire individuel visant à évaluer leurs fonctions physiques, mentales et sociales. Si les personnes ne répondent pas, la municipalité envoie alors des agents à leur domicile pour compléter le questionnaire, avec l'accord des intéressés.

#### **Japon – Un questionnaire de santé distribué par les municipalités chaque année à partir de l'âge de 65 ans**

Ce questionnaire comprend 25 questions simples auxquelles les personnes doivent répondre par oui ou non.

*Exemples de questions :*

[**Sur la mobilité**] : Pouvez-vous monter les escaliers sans vous tenir au mur ? Pouvez-vous marcher 15 minutes sans vous arrêter ? Avez-vous fait une chute dans l'année écoulée ?

[**Sur la nutrition**] : Avez-vous perdu plus de 2 ou 3 kg dans les trois derniers mois ?

[**Sur la santé bucco-dentaire**] : Vous est-il plus difficile de mâcher les aliments depuis les trois derniers mois ? Avez-vous du mal à avaler des liquides ?

**[Sur l'isolement social]** : Sortez-vous de chez vous au moins une fois par semaine ?

**[Sur les fonctions cognitives]** : Avez-vous du mal à vous souvenir d'un numéro de téléphone ? Est-ce qu'il vous arrive de ne pas savoir quelle date nous sommes (jour, mois) ?

**[Sur les états dépressifs]** : Vous sentez-vous insatisfait depuis (au moins deux semaines) ? Vous sentez-vous inutile (depuis au moins deux semaines) ? Vous sentez-vous fatigué sans raison (depuis au moins deux semaines) ?

Si la municipalité considère qu'une personne est en risque de perte d'autonomie, elle lui propose de réaliser un bilan de santé et de participer aux activités de prévention organisées dans les centres locaux (cf. l'encadré suivant).

Ces démarches sont intéressantes dans la mesure où elles privilégient une démarche d'*outreach* : il s'agit d'aller vers les personnes, en les rencontrant à leur domicile, ce qui crée une proximité propice à la diffusion de messages de prévention. On peut néanmoins s'interroger sur la pertinence de démarches qui interviennent relativement tard, en fonction d'un strict critère d'âge. Il me semble que ces démarches reposent sur deux hypothèses dont il importe de débattre :

- la prévention serait plus efficace si elle cible les personnes les plus immédiatement concernées (hypothèse d'âge) ;
- la prévention devrait s'adresser à toutes les personnes ayant atteint la barrière d'âge fixée par les dispositifs publics (hypothèse universaliste).

D'autres pays adoptent cette même démarche de prévention en promouvant de grandes campagnes de vaccination et des examens médicaux préventifs pour les personnes au-delà d'un certain âge.

• Au **Japon**, la réforme du système de prise en charge des soins de longue durée en 2005 a clairement mis l'accent sur la prévention primaire. Des centres locaux, placés sous la responsabilité des municipalités, développent ainsi depuis cette date des programmes de musculation ou de prévention de la malnutrition afin d'enrayer aussi bien les maladies liées à l'hypertension que les différentes formes d'arthrose<sup>42</sup>. Ces centres sont pleinement intégrés au système d'assurance-dépendance japonais, ce qui leur assure une forte visibilité et un impact non négligeable. Ces centres s'adressent à des problèmes bien circonscrits, avec une approche médicale affirmée.

## ***2.2. La cessation d'activité professionnelle : une occasion de prévention encore trop peu saisie***

La mission considère qu'en complément des démarches fondées sur de stricts critères d'âge, la promotion du vieillissement actif devrait aussi intervenir dans les moments de « rupture » que

---

<sup>42</sup> Kerschen N. (2007), « L'assurance soins de longue durée au Japon. Comparaison avec des systèmes européens », in P. Ansart, A.-M. Guillemard, M. Legrand et M. Messu (dir.), *Longévité et politiques publiques. Approches comparées France-Japon*, Nancy, Presses universitaires de Nancy, p. 131-161.

chaque personne est amenée à vivre. Ces phases de crise ou de transition ne se manifestent évidemment pas de la même façon selon les individus. Mais il est probable que celles-ci se déclenchent à l'occasion de moments particulièrement sensibles comme la cessation d'activité professionnelle, le décès d'un proche ou lorsque la personne prend des décisions importantes pour la suite de sa vie (déménager, ne plus prendre la voiture seul, etc.).

La mission a constaté au cours de ses travaux que la cessation d'activité professionnelle n'était rarement considérée comme un moment intéressant pour sensibiliser à des démarches de prévention. Il est pourtant essentiel de soutenir les actions entreprises en lien avec la médecine du travail pour qu'au-delà d'un certain âge, les salariés en fin de carrière professionnelle aient accès à un bilan psycho-social destiné à préparer au mieux leur retraite. Certains programmes méritent une attention particulière à cet égard, comme le « Programme d'information et de préparation à la retraite » développé au Québec.

#### **Québec – Le « programme d'information et de préparation à la retraite »**

Le programme de préparation à la retraite existe au Québec depuis 1977. Il dépend depuis 1987 de la Commission administrative des régimes de retraite (CARRA). En mars 2011, le dispositif est renommé « Programme d'information et de préparation à la retraite » (PIPR). Il est accessible à toutes les personnes cotisant aux régimes de retraite administrés par la CARRA, c'est-à-dire à l'ensemble des fonctionnaires et aux personnels exerçant dans les domaines de la santé et de l'éducation. Les conjoints peuvent également participer à ce programme.

Le PIPR repose sur un partenariat entre deux types d'institutions :

- des établissements d'enseignement pré-universitaire pour adultes, qui ont donc une expertise reconnue en matière de formation d'adultes ;
- un organisme indépendant à but non lucratif, Question Retraite, qui depuis 2003 sensibilise les Québécois, en particulier ceux qui ont entre 25 et 45 ans, à l'importance de planifier financièrement la cessation d'activité professionnelle.

Le programme comprend une série de modules sur une durée totale de 12 heures :

- module 1 : présentation des régimes de retraite du secteur public (3 heures)
- module 2 : finances personnelles, assurances collectives et avantages sociaux (3 heures)
- module 3 : questions légales (2 heures, assurées par des notaires et/ou des avocats)
- module 4 : éléments sur les opportunités offertes par la retraite (« une nouvelle fenêtre sur la vie », 3 heures assurées par des psychologues et des personnels de santé)
- module 5 : bilan et présentation des modules complémentaires disponibles (1 heure).

Le PIPR est offert sur l'ensemble du territoire du Québec, à un prix unique de 250\$ par personne. Les modules se déroulent dans des écoles publiques mises spécialement à disposition. Il ne s'agit pas d'un programme obligatoire : les personnes désireuses de le suivre doivent en faire la demande auprès de leur employeur ou de leur hiérarchie, qui doit les autoriser à s'absenter et décider s'il prend en charge le coût de la formation. Les demandes d'inscriptions affluent en règle générale environ cinq avant le départ en retraite.

Les retours des participants sont positifs à plus de 90%. Le nombre de sessions du PIPR ne cesse d'augmenter et la diversification des modalités de formation est en cours : sessions en anglais dans certaines régions, e-learning, etc.

D'autres initiatives plus localisées peuvent également être citées.

• En **Finlande**, dans le cadre du programme gouvernemental TYKES, l'entreprise de travaux publics HKR Tekniikka met en œuvre un programme spécifique réservé aux salariés âgés. Ceux-ci sont régulièrement suivis sur le plan médical. A partir de 45 ans, ils passent une visite de contrôle tous les trois ans chez leur médecin du travail. Au-delà de 56 ans, l'examen devient annuel, de manière à déterminer leur condition physique et mentale et leur aptitude à tenir le poste qu'ils occupent. Les moins résistants peuvent alors poursuivre leur parcours professionnel dans le cadre d'une activité adaptée à leurs capacités physiques. De plus, les horaires de travail sont plus souples pour les plus de 56 ans, qui peuvent profiter de vingt jours de congés en plus. Un tel exemple relève clairement d'une démarche de prévention, en favorisant le maintien en bonne santé.

• Dans le cadre de son système d'assurance-maladie, le **Japon** a mis en place un examen de santé obligatoire pour tous les assurés sociaux dès 40 ans. Cet examen cible plus particulièrement les problèmes de surpoids. En fonction des résultats, l'assurance-maladie peut orienter les personnes vers des services d'accompagnement délivrés par les municipalités.

### **3. DIRIGER LES ACTIONS DE PREVENTION VERS LES POPULATIONS AGEES FRAGILES OU VULNERABLES**

#### ***3.1. Repérer les personnes en situation de fragilité***

Pour repérer les personnes en situation de fragilité, la plupart des pays de l'OCDE insistent sur le rôle que peuvent jouer les commerçants de proximité, les gardiens d'immeuble, les facteurs. Ces « médiateurs » ont une place particulière du fait de leur activité professionnelle, qui les met en relation régulière et continue avec l'ensemble des habitants d'un quartier. Ils sont donc sans doute les mieux à même de percevoir la survenue de fragilités chez les personnes avançant en âge.

• Le programme « Viva gli Anziani » (Vive les aînés), initié en **Italie** par la communauté de Sant'Egidio, sur le territoire de la municipalité de Rome, développe un modèle d'intervention intéressant auprès de la population âgée de plus de 75 ans, soit environ 7000 personnes réparties entre trois quartiers (Trastevere, Testaccio, Esquilino). Il s'agit d'aboutir à une cartographie précise des fragilités des personnes âgées en s'appuyant sur des réseaux informels d'aide présents sur le territoire. Plus de 500 personnes, gardiens d'immeubles, commerçants, voisins, mais aussi médecins généralistes et aides à domicile ont ainsi été mobilisées pour permettre le maintien des personnes âgées chez elles le plus longtemps possible, même lorsque leurs conditions de santé se dégradent. Ce programme concerne actuellement près de 3000 personnes âgées et les prévisions font état d'un potentiel de 4500 personnes d'ici l'été 2013. L'autre ambition, complémentaire du repérage des personnes en situation de fragilité, consiste bien sûr à lutter contre l'isolement social et relationnel des personnes âgées, en sensibilisant les habitants d'un quartier à leurs besoins spécifiques. C'est en été et en hiver, quand les personnes âgées quittent plus difficilement leur domicile, que les actions de « Viva gli Anziani » sont d'ailleurs

concentrées. L'épisode de la canicule de l'été 2003 a renforcé l'idée d'un ciblage plus particulier sur cette période de l'année. De manière générale, les personnes âgées expriment un fort sentiment de satisfaction à l'égard de ce programme, qui permet à la fois de réduire les hospitalisations (notamment en long séjour), de maintenir le niveau de recours aux services d'aide à domicile et de promouvoir une vision plus positive des aînés.

• En **Suède**, certaines communes proposent les services de « médiateurs » dont le rôle consiste à aider les personnes âgées vivant à leur domicile à effectuer les menus travaux que celles-ci ne parviennent pas à effectuer seules ou qui sont trop dangereux pour elles : changer une ampoule, installer des rideaux, etc. En 2011, d'après le Ministère de la Santé suédois, ces intervenants ont aidé environ 211 000 personnes âgées de plus de 65 ans. De plus en plus de communes offrent également des services culturels à domicile pour les personnes âgées (musique, lecture), dans le but de les stimuler et de lutter contre leur isolement relationnel.

• Au **Royaume-Uni**, c'est la prévention de la maltraitance des personnes âgées demeurant à leur domicile qui fait l'objet d'une vigilance assurée par les membres de la communauté. Cette pratique relativement répandue porte le nom de « Neighbourhood Watch » mais elle n'est pas spécifiquement ciblée sur la protection des personnes âgées. Elle est relayée par une implication forte des collectivités locales, par le biais des « Safeguarding Adults Boards ».

### *3.2. Eviter les hospitalisations inutiles : l'« intermediate care »*

Ces actions de prévention tertiaire visent à introduire dans les schémas organisationnels de prise en charge des lieux ou des dispositifs dont la dimension préventive est pleinement reconnue. Il peut s'agir par exemple d'équipes mobiles de soins qui interviennent au domicile des personnes dans le but de prévenir des hospitalisations inutiles mais qui auraient été rendues nécessaires sans intervention en amont. L'objectif consiste dans ce cas à éviter des solutions trop coûteuses à la collectivité, dans un contexte général de réduction des lits hospitaliers, et de parier sur la capacité des personnes à rester autonomes et en bonne santé plus longtemps avec le concours de services et de soins préventifs adaptés.

• Depuis 2000, un effort financier substantiel a été consenti par le **gouvernement britannique** pour développer des services visant à éviter que les personnes âgées soient hospitalisées à défaut d'autres solutions plus adaptées et pour permettre que l'entrée en établissement se fasse au moment le plus opportun dans la trajectoire de vie des personnes (en d'autres termes, pas trop tôt, si l'état de santé et la perte d'autonomie ne le justifient pas). Ce qui est généralement nommé « **intermediate care** » recouvre en fait une panoplie très étendue de services, notamment l'hospitalisation à domicile et la mise à disposition d'équipes infirmières mobiles. Ces services sont proposés sur la base d'une évaluation individualisée ; ils sont limités dans le temps (moins de six semaines dans certains cas, jusqu'à trois mois dans d'autres) et impliquent un travail pluridisciplinaire. Il s'agit de services dont la fonction consiste à garantir des transitions optimales pour les personnes. Les évaluations sont nombreuses et contrastées. Lorsqu'elles sont réalisées à l'initiative du corps médical, selon des protocoles d'expérimentation « randomisée », leurs conclusions apparaissent beaucoup moins positives que lorsqu'elles émanent des administrateurs des services eux-mêmes<sup>43</sup>.

<sup>43</sup> Cf. notamment, pour un point de vue médical assez balancé sur ces services : Gladman J. R. (2005), « Intermediate care can be safe and reduce hospital use. But is it and does it? », *British Medical Journal*, n° 331(7527), p. 1271. Pour

• En **Allemagne**, des expériences locales vont dans le même sens. Ainsi, dans la ville de Brême, au nord du pays, une unité de soins de courte durée a été créée récemment dans le but d'accueillir des personnes âgées tout juste sorties de l'hôpital et d'autres qui vivent chez elles et dont le séjour permet un répit à leurs aidants familiaux. La capacité d'accueil est certes encore limitée (15 places pour une ville qui compte environ 500 000 habitants). Mais son caractère innovant la rend tout à fait intéressante. En effet, ce programme assume entièrement son optique préventive puisqu'il s'agit de mettre à profit ce séjour relativement court en préparant un plan de soins individualisé et de coordonner les éventuelles interventions futures de professionnels. Chaque personne a un interlocuteur unique (« Pflegeüberleitungsperson ») qui prodigue par ailleurs des conseils de santé préventifs à la personne et son entourage. La localisation de cette structure, à proximité de structures médicalisées et d'autres centrées sur l'ergothérapie, constitue un atout supplémentaire<sup>44</sup>.

### *3.3. La prévention ne doit pas s'arrêter pas aux portes des établissements*

Si la prévention est implicitement conçue pour soutenir l'objectif de maintien à domicile –sur lequel l'ensemble des pays de l'OCDE s'accordent–, celle-ci doit aussi être intégrée aux politiques des établissements d'accueil et de soins. Plusieurs pays ont d'ailleurs mis en place des programmes avec des effets bénéfiques sur l'ensemble des personnes hébergées. Ces démarches de prévention visent la plupart du temps à diminuer la consommation de médicaments et à lutter contre les risques d'iatrogenèse.

• Au **Royaume-Uni**, le Ministère de la Santé et le groupe privé de maisons de retraite HC-One viennent de lancer en juin 2012 un programme de réduction des prescriptions de neuroleptiques pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer. Les médicaments neuroleptiques lorsqu'ils sont consommés en excès ont en effet des conséquences très négatives sur la santé des personnes : doublement des risques de décès prématurés, triplement des risques d'accidents vasculaires cérébraux. Une étude préalable a montré que les prescriptions pouvaient diminuer de 50% par le biais d'un tel programme, qui s'adresse en priorité aux personnels médicaux, pour les informer des risques de surconsommation. Connue pour son acronyme, FITS (pour « Focussed Intervention Training and Support »), ce programme est financé à hauteur de 100 000 £. Ses promoteurs espèrent pouvoir en faire bénéficier 5000 résidents dans 150 établissements (dont une centaine appartenant au groupe HC-One).

---

une évaluation critique encore plus récente, on pourra se reporter à Woodford H. J. et George J. (2010), « Intermediate care for older people in the UK », *Clinical Medicine*, vol. 10, n° 2, p. 119-123.

<sup>44</sup> Pour plus d'informations, cf. [www.st-franziskus-bremen.de/50586.html](http://www.st-franziskus-bremen.de/50586.html) et [www.caritas-bremen.de/51447.html](http://www.caritas-bremen.de/51447.html).

## 4. PROMOUVOIR L'ACTIVITE PHYSIQUE ET SPORTIVE

### 4.1. Un objectif partagé dans l'ensemble des pays de l'OCDE

Les bienfaits de l'activité physique ne sont plus à démontrer, à la fois sur la prévention des accidents vasculaires cérébraux<sup>45</sup> et sur le maintien durable en bonne santé. Les programmes de promotion de l'activité physique se sont donc largement développés dans les pays de l'OCDE.

• A l'occasion de l'Année européenne de la politique active des âges et de la solidarité entre les générations en 2012, le **gouvernement suédois** a décidé d'investir 45 millions de couronnes (plus de 5 millions d'euros) sur trois ans dans un programme de promotion de la santé pour les personnes âgées qui fait appel à des « coaches » spécialisés. Initié par l'Institut national de la santé publique, ce programme nommé « **Health coaches** » a été expérimenté dans 17 communes et 4 régions.

Les « coaches » sont formés de manière spécifique pour amener les personnes âgées à adopter des comportements positifs en matière de santé : nourriture plus saine, activité physique plus régulière, mais aussi participation accrue à des activités de socialisation à l'extérieur du domicile. Les 34 « coaches » recrutés pour ce programme sont pour la plupart des « district nurses », c'est-à-dire des infirmières rattachées au centre de soins mais intervenant au domicile des patients.

L'expérimentation a concerné 2000 personnes. Un tiers d'entre elles étaient dans le groupe dit de contrôle, tandis que les autres bénéficiaient de l'intervention des « health coaches ». Pour entrer dans le programme, les personnes devaient avoir entre 60 et 75 ans et un problème médical avéré mais ne nécessitant pas de prise de médicament (diabète de type II, hypertension artérielle, symptômes dépressifs ou tour de taille supérieur à la moyenne). Ce sont les « coaches » qui ont procédé au recrutement des personnes, puis réalisé la collecte des données médicales et comportementales, entre 3 et 18 mois après l'entrée dans le programme. Si le rapport final d'évaluation est prévu pour la fin de l'année 2013, les résultats sont suffisamment encourageants pour que le gouvernement envisage dès maintenant une généralisation du dispositif.

• En **Italie**, le Plan national de prévention 2010-2012, signé en avril 2010 à l'occasion de la Conférence État-Régions, contient des recommandations en matière de modes de vie et de comportements sanitaires. Parmi les facteurs favorisant la perte d'autonomie, le Plan retient plus particulièrement une mauvaise alimentation (qui peut provoquer obésité et surpoids), le tabagisme, la dépendance à l'alcool et une insuffisante activité motrice. Des initiatives locales se font jour également dans les régions. Certaines sont directement ciblées sur les personnes âgées, comme en Sicile, où la région consacre un budget de 100 000 euros à des mesures d'information et de sensibilisation pour le maintien de la condition physique des seniors. D'autres initiatives émanent des villes elles-mêmes, comme à Vérone, Turin, Lecco et Cuneo, qui ont mis en place des groupes de randonnées pour seniors afin de promouvoir la socialisation et l'activité physique.

• Au **Danemark**, le programme développé dans la ville d'Odense depuis 2009 est particulièrement intéressant dans la mesure où il associe les visites à domicile à un dispositif de

<sup>45</sup> Voir entre autres J.Z. Willey, Y.P. Moon, M.C. Paik, M. Yoshita, C. DeCarli, R.L. Sacco, M.S.V. Elkind, C.B. Wright (2011), « Lower prevalence of silent brain infarcts in the physically active. The Northern Manhattan Study », *Neurology*, vol. 76, n°24, pp. 2112-2118.

promotion de la santé par l'activité physique. Les personnes âgées sont ainsi incitées par les agents municipaux leur rendant visite à les accompagner dans des marches à pied aux alentours de leur domicile. Ce faisant, les discussions peuvent plus facilement s'établir entre les professionnels et les usagers. Les évaluations qualitatives de ce programme montrent que les personnes âgées sont très satisfaites de cette innovation. En dépit du manque d'évaluation sur l'impact du dispositif en matière de prévention, d'autres collectivités danoises ont repris cette idée d'associer les visites préventives à un moment de discussion informelle en marchant.

- Aux **Etats-Unis**, le National Institute on Aging a lancé en 2011 une vaste campagne de promotion de l'activité physique auprès des personnes âgées de plus de 50 ans, « **Go4Life** ». L'intérêt de cette démarche, outre le fait qu'elle se déploie sur l'ensemble du territoire américain, réside dans le fait qu'elle met en avant les résultats d'une série d'études montrant les bénéfices de l'activité physique à tout âge, y compris chez les plus âgés (« evidence-based »). Il s'agit donc de parier sur le fait que les personnes visées par cette campagne seront d'autant plus motivées qu'elles auront pris connaissance des données scientifiques prouvant l'efficacité de l'activité physique sur l'allongement de l'espérance de vie en bonne santé.

Go4Life propose une série d'exercices faisant travailler différentes fonctions : l'endurance, l'équilibre, la force et la flexibilité des mouvements. Ces exercices doivent pouvoir être réalisés chez soi, sans équipement particulier. Des supports de communication entièrement gratuits (livret et DVD d'exercices) sont distribués de manière très large et une ligne téléphonique a été mise en service pour répondre aux interrogations et donner des conseils supplémentaires.

- Au **Japon**, la participation des personnes âgées à des associations est très valorisée, à la fois sur le plan social et dans les politiques publiques. La loi de 1963 sur les services sociaux aux personnes âgées indique ainsi dans son article 13 que les autorités locales doivent encourager par des soutiens appropriés (en particulier financiers) les associations de personnes âgées.

En 2010, les subventions publiques avoisinaient les 28 millions d'euros (2,76 milliards de yens), pour 117 000 associations comptant au total plus de 7 178 000 membres. Ces associations sont pour la plupart centrées sur la promotion de l'activité physique.

L'implication des pouvoirs publics va jusqu'à organiser depuis 1988 un rassemblement sportif exclusivement dédié aux personnes de plus de 60 ans. Cette manifestation nationale, appelée « **Nenrinpikku** », voit s'affronter environ 10 000 compétiteurs dans de multiples disciplines : tennis, pétanque, croquet, etc. Autour de ce qui peut aussi être considéré comme un festival populaire s'agrègent de nombreux événements musicaux et artistiques, ainsi que des conférences sur la santé publique. En 2011, le Nenrinpikku s'est tenu à Kumamoto en présence de 500 000 personnes. En 2012, les épreuves se sont déroulées à Tohoku.

Les pouvoirs publics peuvent aussi encourager l'activité physique des personnes âgées par le biais de dispositifs fiscaux. C'est cette option que le Conseil national des aînés du Canada a appelée de ses vœux dans son rapport 2010 sur le bénévolat des aînés.

- Le **Conseil national des aînés du Canada**, organisme consultatif qui rend des avis sur les questions liées au bien-être et à la qualité de vie des personnes âgées, a proposé dans son rapport 2010 d'« offrir un **crédit d'impôt pour la condition physique des aînés** leur



permettant de demander chaque année un certain montant pour les dépenses admissibles liées à la condition physique »<sup>46</sup>. Le rapport précise ensuite : « Inspiré du crédit d'impôt pour la condition physique des enfants offert par le gouvernement du Canada, qui encourage l'activité physique chez les enfants, ce crédit d'impôt pourrait aider les aînés à demeurer physiquement actifs, indépendants et engagés dans leur collectivité, améliorant du coup leur santé mentale et physique. »

#### 4.2. La prévention des chutes

En France, on estime à 450 000 le nombre de chutes de personnes âgées chaque année. Plus de 60 % ont lieu à domicile. Si ces accidents sont en proportion rarement mortels (10 000 décès par an), ils peuvent cependant accélérer la dégradation de l'autonomie, sur le plan physique et/ou psychologique. Deux programmes en particulier ont prouvé leur efficacité.

• Le dispositif « **Otago Exercise Program** » (OEP), du nom de l'université néo-zélandaise dans laquelle il a été mis au point dans la seconde moitié des années 1970<sup>47</sup>, est spécifiquement dédié à la prévention des chutes des personnes âgées de plus de 65 ans. Il repose, d'une part, sur des exercices de musculation des jambes dont le rythme et l'intensité vont croissant et, d'autre part, sur un programme de marches à l'extérieur du domicile des personnes. Ces exercices sont prescrits à chaque personne de façon adaptée à ses besoins. La progression en difficulté intervient graduellement, au fur et à mesure des cinq visites à domicile effectuées par un professionnel (physiothérapeute ou infirmier) spécialement formé dans le cadre du programme. Chaque personne âgée reçoit un manuel d'instruction et des poids à fixer aux poignets et aux chevilles pour rendre les exercices plus difficiles à réaliser. Les séances de musculation ne sont pas censées dépasser les trente minutes. Ce qui importe, c'est leur régularité, trois fois par semaine.

Les personnes sont par ailleurs incitées à marcher à l'extérieur au moins deux fois par semaine. Le professionnel référent fait un point téléphonique avec les personnes âgées chaque mois, entre ses visites à leur domicile. On estime nécessaire, à l'issue du programme, que des visites de contrôle soient réalisées tous les six mois.

D'abord testé en Nouvelle-Zélande, ce dispositif existe aujourd'hui en **Australie**, au **Royaume-Uni** et aux **Etats-Unis**. Les évaluations produites à ce jour sont très positives puisque le nombre de chutes et de blessures est réduit en moyenne de 35% pour les personnes qui suivent ce programme d'exercice musculaire. Les résultats sont aussi encourageants pour les hommes que pour les femmes. C'est sur la population des personnes âgées de plus de 80 ans et celles qui ont déjà connu des chutes que les effets se montrent les plus positifs.

• Le dispositif « **Stepping On** », d'abord testé aux **Etats-Unis** au début des années 2000 et désormais implanté dans de nombreux autres pays, dont le **Royaume-Uni** (notamment dans le comté de Suffolk), s'adresse à différents types de personnes âgées : celles qui ont un risque avéré de chute, celles qui disent avoir peur de tomber et celles qui sont déjà tombé une ou plusieurs fois à leur domicile. Le programme se déroule sur sept semaines sous la forme de

<sup>46</sup> Conseil national des aînés du Canada (2010), *Rapport sur le bénévolat chez les aînés et le vieillissement positif et actif*, Présenté à la ministre des ressources humaines et du développement des compétences, à la ministre de la santé et à la ministre d'Etat (Aînés).

<sup>47</sup> Campbell A., Robertson M., Gardner M., Norton R., Tilyard M. et Buchner D. (1997), « Randomised controlled trial of a general practice program of home-based exercise to prevent falls in elderly women », *British Medical Journal*, 315(7115), p. 1065-1069.

séquences collectives où les participants apprennent à prévenir les chutes par l'intermédiaire de deux professionnels, l'un spécialiste de santé, l'autre de coaching. Les participants font des exercices de maintien de l'équilibre, en même temps qu'ils sont sensibilisés aux gestes et habitudes à adopter pour réduire le risque de chute (par exemple, toujours porter des chaussures ayant des semelles anti-dérapantes). Les évaluations de ce programme présentées pour la première fois en septembre 2004 dans le *Journal of the American Geriatrics Society* font état de résultats très positifs puisque le nombre de chutes est réduit de 31% pour les participants.

#### **4.3. En établissement, des recommandations encore timidement appliquées**

Bien entendu, la promotion de l'activité physique doit aussi s'étendre aux personnes accueillies en établissement.

• Au **Royaume-Uni**, le *National Institute for Clinical Excellence* (NICE), l'autorité en charge d'édicter les indications thérapeutiques, a publié en octobre 2008 un guide sur l'usage de l'ergothérapie et de l'activité physique pour promouvoir le bien-être des personnes âgées au niveau des soins primaires et dans les maisons de retraite (*occupational therapy interventions and physical activity interventions to promote the mental wellbeing of older people in primary care and residential care*). Dans ce guide, des recommandations sont faites en vue d'encourager l'exercice physique (au moins 30 minutes d'exercice physique par jour) et la pratique de la marche.

## **5. ENCOURAGER LA PARTICIPATION SOCIALE DES AINÉS**

En France, entre 16 et 25% des personnes âgées de plus de 70 ans se sentent isolées. Cette sensation de solitude peut être causée par de multiples facteurs. Certains touchent à la dissolution du cercle familial, avec la mort du conjoint et/ou l'éloignement géographique des enfants. On note par ailleurs une nette corrélation entre le déclin des capacités physiques et le sentiment subjectif d'isolement. Les personnes évoquent souvent dans les enquêtes la peur de demander de l'aide pour pallier leur perte d'autonomie. Les sentiments dépressifs peuvent également nourrir l'isolement relationnel. Enfin, la précarité économique des personnes âgées contribue elle aussi à l'expression de sentiments de solitude.

• En **Espagne**, selon les données du dernier recensement, 20% des personnes âgées de plus de 65 ans vivent seules à leur domicile. Cela représente environ 1,4 million de personnes, parmi lesquelles une grande majorité de femmes (77%). Aux âges plus avancés, de nombreuses personnes vivent encore seules ; elles sont ainsi un peu plus de 100 000 à plus de 80 ans. Fort de ce constat, l'IMSERSO a lancé un programme pilote dans une dizaine de régions et municipalités sur l'ensemble du territoire espagnol (Gouvernement de Grenade, Consell de Mallorca, municipalités d'Alicante, Gijon, Jerez, Séville, etc.). Intitulé « Cerca de ti » (« Proche de toi »), ce programme s'adresse en priorité aux personnes âgées bénéficiant du service de télé-assistance, qui sont censées être celles dont l'isolement social et relationnel est le plus fort. L'ambition consiste à offrir aux personnes âgées des services d'accompagnement bénévole pour des activités réalisées à l'extérieur du domicile : courses, loisirs, démarches administratives, etc.

L'accompagnement peut également prendre la forme d'appels téléphoniques réguliers de la part des bénévoles. Les évaluations de ce programme retiennent ses apports très positifs sur l'amélioration de la qualité de vie des participants âgés et sur la diminution de leur isolement relationnel. Le seul bémol vient de la difficulté de recruter des bénévoles dans les régions rurales<sup>48</sup>.

Dans la plupart des pays de l'OCDE, la participation sociale des aînés est érigée au rang d'objectif prioritaire. Elle peut revêtir des formes variées, de la promotion du bénévolat à la sensibilisation aux technologies de l'information et de la communication.

• Au **Japon**, le Ministre du travail et de la santé a annoncé en juillet 2012 son souhait de voir les personnes âgées renforcer leur engagement social afin de lutter contre l'effritement des liens de proximité. L'ambition est chiffrée : faire qu'au moins 80% des personnes âgées d'ici 2022 s'engagent dans des activités utiles socialement.

### ***5.1. Promouvoir le bénévolat des aînés et les activités intergénérationnelles***

Il est tout à fait essentiel de lier l'implication des personnes âgées au service de la société à la prévention de l'isolement relationnel, ce qui a des conséquences positives indéniables sur le plan plus directement sanitaire.

• Au **Royaume-Uni**, dans le cadre du Livre blanc publié en juillet 2012 par le *Department of Health*, le Gouvernement s'est fixé comme priorité d'ouvrir davantage les maisons de retraite à la vie de leur communauté locale. Des expériences ont été conduites entre des écoles et des maisons de retraite, afin de permettre aux élèves d'apprendre de l'expérience des résidents âgés. On peut citer par exemple l'initiative de la ville de Leeds qui a mis en place le programme « *Building Bridges* », consistant à organiser des activités communes en petits groupes entre des personnes âgées et des élèves d'écoles secondaires (entre 11 et 18 ans).

Par ailleurs, dans le cadre du service civique national (*National Citizen Service*), les jeunes volontaires seront encouragés à travailler avec des personnes âgées, notamment celles atteintes de démence, afin d'améliorer leur qualité de vie et construire des ponts entre les générations : le programme sera lancé cette année. Afin d'encourager la participation de chacun à la vie de la communauté, le Gouvernement soutient également des initiatives de partage de temps (*time sharing*) permettant aux personnes de donner de leur temps et de leurs compétences.

### ***5.2. Sensibiliser aux technologies de l'information et de la communication***

Les nouvelles technologies peuvent contribuer utilement aux démarches de prévention du vieillissement. Leur rôle commence à être reconnu dans la **modernisation du système de santé**, notamment par le biais des expérimentations touchant à la télémédecine. Il serait sans doute judicieux de mettre également en avant leur apport en matière de prévention pour les personnes âgées.

<sup>48</sup> [http://www.imsero.es/InterPresent2/groups/imsero/documents/binario/inforfinal\\_cercati.pdf](http://www.imsero.es/InterPresent2/groups/imsero/documents/binario/inforfinal_cercati.pdf)

• Au **Royaume-Uni**, le *Department of Health* a lancé en 2008 une enquête sur la façon dont les nouvelles technologies pouvaient aider les personnes vulnérables, notamment les personnes âgées, à gérer leur propre santé et indépendance. Cet essai-pilote a impliqué 6197 patients (dont 3030 atteints de diabète, d'insuffisance cardiaque, le reste étant des personnes âgées atteintes de maladies associées à l'âge, comme Alzheimer, ou à mobilité réduite). Plus de 200 cabinets médicaux ont recueilli des données pendant 12 mois pour chaque patient ayant accès à des systèmes de télésanté ou télé-soins (*telehealth, telecare*). A la fin du projet, il a été constaté que l'utilisation des dispositifs de télésanté ou télé-soins avait permis des réductions de 15 % des visites aux urgences, de 20 % des admissions aux urgences, de 14 % de la durée de séjour à l'hôpital et de 45 % du taux de mortalité. Sur la base des résultats de cet essai, le *Department of Health* a lancé en décembre 2011 une nouvelle campagne, le « *3 Million Lives* », en référence aux 3 millions de vies que l'utilisation des dispositifs de la télésanté pourrait effectivement aider, en réduisant la pression sur le NHS et en améliorant la qualité de vie des personnes au sein du système de soins. Une quinzaine d'entreprises du secteur ont d'ores et déjà rejoint ce programme.

Le *Technology Strategy Board* (organisme sous l'autorité du *Department for Business, Innovation and Skills* en charge de la promotion de l'innovation) a prévu d'investir 18 Mds£ sur 4 ans pour aider au développement de ces technologies d'assistance à une plus grande échelle.

Autre projet pilote dans le domaine de la gérontechnologie, le « *Automated Pill Dispenser Project* ». Ce projet-pilote, en collaboration avec le NHS Midlands and East, a pour but de prévenir les problèmes potentiels qui pourraient arriver lorsqu'une personne oublie de prendre ses médicaments. Il s'agit d'un pilulier verrouillé électronique, le *Pivotell Automatic Pill Dispenser*, qui distribue les médicaments aux heures précises, fixées par le soignant ou le pharmacien. Le programme cible les personnes âgées et les personnes atteintes des maladies associées au vieillissement (perte de mémoire, Alzheimer, personnes souffrant de troubles mentaux, etc.). Les pharmacies ont été rémunérées 20£ par patient, puisque les pharmaciens étaient chargés de remplir les piluliers avec les médicaments requis. Le projet comptait 380 participants, dont 135 ayant plus de 85 ans, et 144 entre 75 et 84 ans. Environ un tiers des participants avaient un stade précoce de démence. Les participants ont été interrogés suite au projet, et 96% ont confirmé que le pilulier leur a permis d'améliorer leur état de santé et de mener une vie plus indépendante. Ce projet a engendré des économies pour le NHS de l'ordre de 431.000£, soit 1.700£ par patient.

Une telle option de politique publique implique bien entendu une **résorption de la fracture numérique** existant pour les générations les plus âgées (les baby-boomers étant quant à eux plutôt familiers avec les outils numériques). Cette action est d'autant plus nécessaire si l'on considère que **la maîtrise des outils numériques est un élément de plus en plus important du lien social**. Dans un rapport récemment publié, l'équipe britannique de l'International Longevity Centre appuie ce constat en mettant en évidence, à partir des données de l'English Longitudinal Study of Ageing, quatre faits saillants<sup>49</sup> :

- Il existe une forte corrélation entre l'utilisation d'Internet et l'appartenance à des associations ;

---

<sup>49</sup> M. Mason, D. Sinclair, C. Berry (2012), *Nudge or Compel? Can Behavioural Economics Tackle the Digital Exclusion of Older People?*, International Longevity Centre – UK (ILC-UK).

- Les personnes qui utilisent Internet de façon régulière ont tendance à exprimer un plus fort sentiment de maîtrise des différents aspects de leur vie sociale et personnelle ;
- Les personnes qui ne possèdent pas d'ordinateur ont davantage que les autres tendance à penser qu'elles ne pourraient pas apprendre de nouvelles choses ;
- Les personnes qui n'utilisent pas Internet sont plus promptes à dire qu'elles se sentent souvent en situation d'isolement.

• Le **gouvernement danois** a initié dès 2004 une politique d'accès des seniors au web à travers un plan national « Utilisation des technologies de l'information par les personnes âgées », qui comportait onze projets menés sous l'égide de l'Agence danoise de la recherche, avec la participation de l'ONG Aeldremobiliseringen.

Dans la suite de ce plan, le Danemark organise depuis plusieurs années un « Senior Surf Day », en association avec plusieurs réseaux de professionnels du numérique. En 2012, cette manifestation a par ailleurs reçu le soutien de la Commission Européenne à travers sa Stratégie numérique. L'objectif de cette journée est de sensibiliser les personnes âgées aux nouvelles technologies et aux services que celles-ci peuvent rendre. Près d'un Danois sur deux âgé entre 65 et 89 ans, soit environ 365 000 personnes, n'a jamais utilisé l'Internet. L'idée de devoir apprendre par elles-mêmes à utiliser une technologie jugée complexe conduit souvent à des attitudes de rejet en bloc. Le « Senior Surf Day » vise justement à passer outre ces réticences initiales.

En 2012, ce ne sont pas moins de 461 lieux (bibliothèques, centres sociaux, mairies) qui ont ouvert leurs portes pendant une journée en proposant des séances de formation gratuites aux personnes souhaitant se familiariser avec les nouvelles technologies. D'après les retours collectés dans près de 270 de ces lieux publics, plus 8200 personnes âgées auraient participé au « Senior Surf Day ». La campagne de communication a été très active et a bénéficié de la participation d'une actrice célèbre dans le pays, Lisbeth Dahl, qui a témoigné de l'intérêt de savoir utiliser l'Internet dans sa vie quotidienne, pour communiquer avec ses proches et avoir accès depuis son domicile à une large étendue de services.

Les technologies de l'information et de la communication peuvent également être utilisées dans le cadre d'actions de prévention du **vieillessement cognitif**<sup>50</sup>. L'efficacité des outils numériques fait certes encore débat parmi les spécialistes. Alors que certaines études constatent la supériorité des performances attentionnelles et mnésiques chez les personnes âgées ayant bénéficié d'un entraînement cérébral via un logiciel de jeux, d'autres mettent en doute la relation de causalité et considèrent que les mêmes effets pourraient être obtenus avec des outils classiques (feuille et stylo). Malgré tout, on considère généralement que les nouvelles technologies peuvent avoir deux vertus principales :

- D'une part, les logiciels informatiques de type « *serious game* » ont un contenu récréatif qui peut aider à maintenir l'attention et l'intérêt des aînés. Leur caractère ludique pourrait dans le même temps contribuer à lutter contre les syndromes dépressifs.

<sup>50</sup> Le passage qui suit s'appuie pour l'essentiel sur S. Sauneron (2010), « Le vieillissement cognitif, un enjeu pour les politiques publiques. Cognition, promotion de l'emploi des seniors et bien vieillir », *Note de veille*, n°179, Centre d'analyse stratégique.

- D'autre part, les outils numériques permettant l'échange d'informations (textes, photos, vidéos) peuvent faciliter la création ou le développement de liens entre les générations, avec des conséquences positives sur la participation sociale des aînés.

Il importerait donc de soutenir les programmes de recherche-développement visant à proposer des jeux ludo-éducatifs à destination d'un public âgé.

## CONCLUSION

Au terme de ce chapitre, il me semble important de pointer trois éléments.

D'abord, pour être efficaces, **les actions de prévention doivent se mettre en place relativement tôt**, en tout cas bien avant l'apparition des premières manifestations de perte d'autonomie, de façon à inciter le plus grand nombre à adopter des comportements positifs, sur le plan médical et social. Il faut **replacer la prévention des conséquences de l'avancée en âge dans un continuum d'intervention**, « **tout au long de la vie** », ce qui permettra de mieux faire face aux éventuelles réactions de rejet émanant de personnes qui se considèrent trop jeunes pour être concernées par ces programmes.

Ensuite, **le repérage et le ciblage sont essentiels. L'efficacité dépend pour partie aussi de l'existence d'un point d'entrée bien repéré dans le dispositif**. Le développement de guichets uniques d'accès aux droits et aux interventions sanitaires et sociales doit être encouragé.

Enfin, **les dispositifs de prévention doivent être l'occasion de tisser des liens intergénérationnels**, avec une forte valorisation des projets bénévoles et « communautaires » (c'est-à-dire inscrits dans des réseaux de sociabilité locaux).

## PARTIE III

### ADAPTER LA SOCIETE AUX BESOINS DU PLUS GRAND NOMBRE QUELLES ACTIONS SUR NOTRE ENVIRONNEMENT ?

L'adaptation de la société aux besoins des personnes âgées apparaît comme une nécessité absolue, sur laquelle s'accordent d'ailleurs l'ensemble des pays de l'OCDE. Il s'agit d'une exigence démocratique fondamentale : comment supporter que dans le pays des droits de l'homme certains citoyens soient victimes de discriminations en raison de leur âge ? Comment accepter que les droits des personnes âgées soient si régulièrement bafoués ? Et comment se satisfaire d'une situation tendant à cantonner certains de nos concitoyens dans un rôle social diminué, une citoyenneté de second rang ?

L'adaptation de la société doit permettre aux personnes qui ont la chance d'avancer en âge de vivre cela à la fois comme un prolongement et comme une opportunité nouvelle. Cela nécessite de notre part à tous un véritable changement de regard sur la vieillesse.

Il me semble que trois niveaux d'intervention doivent être distingués.

- Le premier concerne la **place accordée aux personnes âgées dans la société**. L'action publique doit lutter contre toutes les formes de discrimination liées à l'âge et, sur le plan de la cohésion sociale, promouvoir la participation bénévole des personnes âgées. On a déjà vu dans le précédent chapitre que cette forme d'implication dans la société pouvait avoir des effets bénéfiques en termes de prévention.
- Le deuxième niveau d'intervention concerne **l'adaptation du logement**, pour permettre à chacun de vivre chez soi, de manière indépendante et autonome, le plus longtemps possible.
- Le troisième niveau d'intervention renvoie à **l'environnement quotidien des personnes âgées**. L'environnement est ici compris comme le territoire de vie des personnes, celui qui fait sens pour elles. Dans ce domaine, l'action publique doit veiller à l'accessibilité des lieux, à la sécurité de l'environnement et à l'existence d'une offre de services adéquate.

Une précision s'impose avant d'aller plus avant dans la présentation des exemples étrangers. L'adaptation de la société que je défends n'est en rien ciblée sur les seules personnes âgées. C'est d'ailleurs bien là un des enseignements majeurs de la comparaison internationale. Quand

elles se mobilisent en faveur des personnes âgées, les collectivités locales –car c’est bien d’elles que viennent souvent les expérimentations les plus innovantes– ont en fait le souci de répondre aux besoins du plus grand nombre.

Je suis convaincue là encore qu’il ne sert à rien d’opposer « jeunes » et « vieux », « actifs » et « retraités ». **L’adaptation de la société concerne tout le monde** : des parents avec une poussette aux personnes âgées ayant des difficultés à marcher, en passant par les personnes en situation de handicap, celles qui ont été victimes d’un accident de ski, etc. C’est donc en nous adaptant aux besoins du plus grand nombre que nous pourrions bâtir une société plus juste et plus solidaire !

## **1. CHANGER DE REGARD SUR L’AVANCÉE EN ÂGE**

Rien de plus difficile que de changer des représentations ancrées en nous. Faire œuvre d’éducation est sans doute indispensable, mais l’efficacité immédiate d’une telle démarche peut paraître fort aléatoire. Des pays étudiés dans le cadre de cette mission, je tire deux enseignements qui me semblent fondamentaux pour mieux reconnaître l’importance des personnes âgées dans notre société :

- il faut **aligner les droits des personnes âgées sur ceux de l’ensemble de nos concitoyens**, c’est-à-dire lutter contre toutes les formes de discrimination liées à l’âge. Cette mesure de protection des personnes âgées m’apparaît comme le préalable essentiel à une meilleure reconnaissance de leur contribution au vivre-ensemble ;
- en parallèle, on doit par tous les moyens **susciter une participation accrue des personnes âgées**, qu’il s’agisse de bénévolat ou de représentation politique. C’est par là que commence une transformation du regard sur l’avancée en âge, pour passer de l’image du « fardeau » (je pense notamment à la focalisation sur la prise en charge financière de la perte d’autonomie) à celle de la société véritablement inclusive.

### ***1.1. Les droits des personnes âgées***

Il est intéressant de noter que certains pays, dont le nôtre, entendent faire ratifier une convention internationale des droits de la personne âgée. Voilà qui semble un beau prolongement au moment où s’achève l’année 2012, consacrée au niveau européen à la promotion du vieillissement actif et à la solidarité intergénérationnelle.

A l’instar des conventions des droits des femmes (1979), des enfants (1989) et des personnes handicapées (2006), une **convention internationale en faveur des âgés** permettrait de clarifier



la nature de leurs droits et de préciser les mesures à mettre en œuvre pour les protéger. Une telle convention donnerait ainsi un caractère légal et contraignant à la protection des droits des aînés dans la réglementation internationale, et définirait un socle minimum de normes protectrices. Outre la France, plusieurs autres pays se sont déclarés favorables à la ratification d'un texte de cette nature. Les deux assemblées irlandaises ont ainsi demandé à leur Gouvernement, dans un rapport rendu public en mars 2012, de se prononcer et d'agir en faveur de cette démarche dans le cadre du groupe intergouvernemental de suivi du Plan vieillissement de l'ONU<sup>51</sup>.

### **Un défenseur des droits des personnes âgées ?**

L'idée de confier à une structure administrative dédiée le soin de traiter des cas de discriminations en raison de l'âge a pris forme dans plusieurs pays. Au **Pays de Galles**, l'Older People's Commissioner a été créé en 2006. Son mandat, d'une durée de 4 ans, consiste à instruire les plaintes de particuliers se déclarant victimes de discrimination et à référer auprès des administrations compétentes sur les dossiers dont il a connaissance. En 2011, 754 personnes ont pris contact avec lui : 26,3% des demandes concernaient des questions liées aux soins et à la prise en charge, 16,7% à la santé, 9,6% au transport et à la mobilité, 8,2% à l'argent et 7,8% au logement. L'Older People's Commissioner intervient sur les cas de maltraitance – dont le nombre est estimé par lui à 34 000 par an au Pays de Galles – en sensibilisant la population à cette question (organisation de colloques et de campagnes de communication). La Commission est financée par les pouvoirs publics (à hauteur d'1,75 millions £ par an) mais elle a une indépendance totale dans ses prises de position. Son rapport annuel est souvent très critique sur la situation du pays.

L'**Irlande** s'est dotée d'une structure du même type. La première titulaire du poste a été nommée en novembre 2011. Elle était jusqu'alors directrice de l'Alzheimer's Society.

En **Angleterre**, un amendement visant la création d'une telle instance a été déposé début 2012 dans le cadre de la discussion sur l'équivalent de la loi de financement de la sécurité sociale (health and social care bill). Cet amendement a été rejeté mais il pourrait être réintroduit dans les débats parlementaires début 2013.

La situation est quelque peu différente au **Québec**, où le Curateur public veille à la protection des seules personnes inaptes. Il sensibilise la population aux besoins de protection découlant de l'inaptitude et il accompagne les familles et les proches qui représentent une personne inapte, qui administrent son patrimoine ou celui d'un mineur ou encore qui participent à un conseil de tutelle. Le Curateur public s'assure que les décisions sont prises dans l'intérêt de la personne représentée et le respect de ses droits et pour la sauvegarde de son autonomie. En dernier lieu, il agit lui-même comme curateur ou tuteur.

Il s'agit d'une administration publique, créée en 1945, rattachée récemment au ministère de la santé et des services sociaux (après avoir dépendu du ministère de la famille), qui compte près de 700 personnes (pour une population totale d'environ 8 millions d'habitants au Québec) : professionnels issus du droit, du travail social, de la santé et de la comptabilité. Le Curateur public comporte 4 directions territoriales opérationnelles (Nord, Sud, Est et Montréal).

---

<sup>51</sup> Houses of the Oireachtas, Seanad Public Consultation Committee (2012), Report on the rights of older people, Mars.

Il est vrai qu'il y a matière à agir en matière de droits des personnes âgées. D'après les études réalisées par la plateforme de parties prenantes AGE, les domaines dans lesquels les personnes âgées sont le plus souvent confrontées à la discrimination sont : **les offres d'emploi ; l'accès à l'emploi et le recrutement ; le licenciement et le départ forcé à la retraite ; l'accès aux assurances (assurances voyage, automobile, pension, vie et santé) ; les services bancaires (crédit à la consommation, cartes de crédit, emprunts, prêts hypothécaires et comptes) ; le logement ; la protection sociale ; l'aide sociale et les soins de santé**<sup>52</sup>. Entre avril et juin 2011, en guise de contribution à l'Année européenne 2012 du vieillissement actif et de la solidarité entre les générations, Equinet a réalisé une enquête auprès des organisations membres du réseau afin de collecter des données et d'évaluer leur action en matière de lutte contre la discrimination fondée sur l'âge<sup>53</sup>. D'après ce rapport, de nombreuses personnes ne savent pas que la discrimination à l'égard des personnes âgées est interdite, et ont tendance à minimiser l'importance de ce type de discrimination par rapport aux autres. Cette méconnaissance a pour effet de laisser dans l'oubli de nombreux cas de discrimination fondée sur l'âge (phénomène autrement appelé « âgisme »).

#### **Deux outils juridiques intéressants en matière de protection des personnes âgées**

##### **• Québec : Le mandat en prévision de l'incapacité**

Il s'agit d'une mesure de protection des majeurs incapables. Depuis 1990, le Code civil du Québec permet à toute personne majeure saine d'esprit de préparer un mandat en cas d'incapacité. C'est un document écrit dans lequel une personne, appelée mandant, désigne en toute lucidité une autre personne, appelée mandataire, pour pourvoir à sa protection ou à l'administration de ses biens, ou les deux à la fois, dans l'éventualité où la maladie ou un accident la priverait de ses facultés de façon temporaire ou permanente.

Le contenu du mandat est laissé à l'entière discrétion de son auteur. Pour la protection et le bien-être de sa personne, le mandant peut y inclure ses volontés de fin de vie. De même, les clauses relatives à l'administration de ses biens peuvent être rédigées en termes très généraux ou encore être très détaillées. Enfin, le mandant peut désigner plus d'un mandataire, par exemple un pour la protection de sa personne et un autre pour l'administration de ses biens. Il peut aussi établir une base de rémunération pour son mandataire.

A la différence de la France<sup>54</sup>, qui a introduit le mandat de protection future dans la loi du 5 mars 2007, il existe au Québec un registre des mandats conclus (le principal est tenu par les notaires qui doivent systématiquement faire rapport tous les 15 jours au registre) et un registre des mandats homologués. Pour être mis à exécution, le mandat doit obligatoirement faire l'objet d'une homologation judiciaire. La requête aux fins d'homologation doit obligatoirement être notifiée aux personnes intéressées, dont le Curateur public. Par ailleurs, le greffier du tribunal informe systématiquement le Curateur public des mandats qui sont homologués et ceux-ci sont consignés dans un registre tenu par le Curateur public et accessible sur son site internet.

Autre différence notable par rapport au mandat de protection future français : le mandant est obligatoirement entendu dans le cadre de la procédure en homologation du mandat, qui se

<sup>52</sup> AGE Platform Europe (2012), *Seniors actifs pour l'Europe. Guide de l'Union Européenne*, Novembre.

<sup>53</sup> Equinet (European Network of Equality Bodies) (2011), *Combattre l'âgisme et la discrimination fondée sur l'âge*, Un avis Equinet dans le cadre de l'Année européenne pour le vieillissement actif et la solidarité intergénérationnelle 2012.

<sup>54</sup> Ces informations ont été recueillies par les magistrats Anne Caron-Déglise et Thierry Verheyde lors de leur séjour d'étude auprès du Curateur public.

déroule devant le notaire quand il n'y a pas de contestation, un recours judiciaire pouvant toujours être engagé. Un contrôle judiciaire de la validité du mandat est également réalisé et l'homologation elle-même donne lieu à un jugement. Le coût de l'homologation d'un mandat est de l'ordre de 1.000 à 1.500 \$.

Plus du tiers des Québécois ont fait leur mandat en prévision de l'inaptitude. Parmi les personnes âgées de 55 ans ou plus, cette proportion augmente à 53,2% (sondage réalisé en 2010 par le Curateur public).

- La Fondation « Hampton Trust » a lancé une expérimentation intéressante sur l'île de Wight, en **Grande-Bretagne**, qui a été récompensée en 2012 par un prix d'une valeur de 200 000£ attribué conjointement par le Daily Mail et la Loterie nationale dans le cadre de leur fond « Silverdreams ». Intitulée « Planning for the Future », cette expérience vise à assister les personnes âgées qui, à la suite d'un événement important (annonce d'une maladie, accident...), souhaitent réunir leurs proches et discuter avec eux des différentes options possibles pour gérer au mieux leur avenir. Il s'agit d'un service offert gratuitement par le Hampton Trust, qui fait appel à des équipes de bénévoles pour l'organisation des rencontres familiales. Les bénévoles sont aussi chargés de faire en sorte que les discussions avec les proches aboutissent à un plan d'action sur lequel chacun s'entend. À l'origine, cette forme de médiation avait été utilisée avec succès dans les cas de maltraitance d'enfants.

### *1.2. La contribution des personnes âgées*

Les personnes âgées apportent une contribution essentielle au fonctionnement de la société, d'abord par leur place dans la chaîne des générations (le soin et l'éducation dispensés à leurs petits-enfants), mais aussi bien sûr par le biais de leurs activités bénévoles, qui peuvent être valorisées à environ 50 milliards £. C'est en ces termes que les membres de la Chambre des Lords viennent de rappeler l'importance des personnes âgées pour la cohésion sociale, à l'occasion d'un grand débat public en décembre 2012<sup>55</sup>.

S'il faut bien sûr encourager le bénévolat des personnes âgées et les activités intergénérationnelles, comme je l'ai souligné précédemment, certains pays ont mis en œuvre en parallèle des dispositifs de participation politique qui permettent aux aînés de s'investir davantage encore dans la vie de la cité. Il me semble que ces deux voies doivent être poursuivies en même temps.

- Au **Danemark**, les personnes âgées sont représentées au sein de **chaque municipalité qui a l'obligation de constituer un Conseil des seniors**. Cette institution, qui est facultative dans plusieurs pays européens, est obligatoire au Danemark. Le Conseil des seniors est chargé de conseiller la municipalité sur la politique générale en matière de personnes âgées. Il est **obligatoirement** consulté en préalable à toute décision du conseil municipal sur toute décision qui concerne les personnes âgées, c'est-à-dire en pratique la plupart des décisions, qu'il s'agisse des transports, de la culture, des logements et de l'urbanisme, etc... Il est accompagné d'un organisme d'appel municipal contre les décisions ou les refus d'octroi des aides sanitaires et sociales à domicile. Il est constitué de représentants de la municipalité et du Conseil des seniors.

<sup>55</sup> Cf. [www.parliament.uk/business/news/2012/december/lords-debates-contribution-of-older-people-in-society/](http://www.parliament.uk/business/news/2012/december/lords-debates-contribution-of-older-people-in-society/)

## **2. SOUTENIR LES PERSONNES ÂGÉES SOUHAITANT VIVRE EN LOGEMENT INDÉPENDANT**

Le « maintien à domicile » des personnes âgées figure au premier rang des objectifs dans l'ensemble des pays de l'OCDE. Ce consensus repose sur deux arguments majeurs. Le premier a trait au moindre coût (public et privé) de cette formule par rapport à l'hébergement en institution sociale ou médico-social. Le second renvoie aux préférences des personnes elles-mêmes : vivre chez soi, le plus longtemps possible, serait en effet le souhait de la majorité d'entre nous.

Mais derrière ce mot d'ordre apparemment clair se cachent, d'une part, des situations relativement contrastées selon les pays et, d'autre part, des formules assez diverses, allant de l'adaptation du domicile existant à la promotion d'autres modalités d'habitat indépendant (résidences services, habitat communautaire, partagé, intergénérationnel, etc.).

Il ne rentrait pas dans le champ de la mission d'examiner l'hébergement dans les établissements spécialisés. On se bornera donc, dans ce qui suit, à présenter la diversité des options envisagées pour soutenir les personnes âgées qui souhaitent vivre dans un logement indépendant. Il ne sera pas question ici de « domicile ». En effet, l'important n'est pas tant de pouvoir rester dans le même logement à tous les âges de la vie (cette perspective peut légitimement paraître illusoire) mais plutôt de trouver des solutions d'habitat garantissant à la personne autonomie et intimité, en même temps que des services adaptés à l'avancée en âge.

### **Maintien « à domicile » ou « en logement indépendant » ?**

Comme le note le Haut comité pour le logement des personnes défavorisées dans son dernier rapport, l'expression « maintien en logement indépendant » est préférable pour deux raisons :

- « L'accueil en établissement ne doit pas être une perte, mais un changement de domicile. On peut d'ailleurs noter que les services de soutien à domicile interviennent aussi au bénéfice de personnes logées dans des logements-foyers, lesquels sont des établissements médico-sociaux.

- le changement de domicile peut aussi se faire d'un logement indépendant à un autre logement indépendant. Une personne âgée peut souhaiter déménager pour un logement mieux adapté à l'évolution de ses besoins, qu'il s'agisse des caractéristiques physiques (plain-pied, aménagements, taille...), de l'environnement (proximité des commerces et services) ou de la localisation (proximité des enfants ou amis...) »<sup>56</sup>.

En la matière, les pays nordiques ont été précurseurs.

---

<sup>56</sup> Haut comité pour le logement des personnes défavorisées (2012), *Habitat et vieillissement. Vivre chez soi, mais vivre parmi les autres !*, 17ème rapport, p. 24.

« Au Danemark, dès le lendemain de la Seconde Guerre mondiale, des documents officiels énoncent que tout citoyen devrait être en mesure de recevoir des soins à son domicile aussi longtemps que possible<sup>57</sup>. Cela devient une priorité dès la fin des années 1970 et se traduit notamment par la loi de 1987 qui autorise les personnes ayant une perte d'autonomie à recevoir des aides et des soins quel que soit leur lieu de vie. En Suède, alors que la prise en charge des personnes âgées est largement assurée par les maisons de retraite, la fin des années 1980 marque un tournant. Ce mode de prise en charge institutionnel est critiqué notamment sous l'angle de sa qualité, perçue comme peu satisfaisante dans un contexte marqué par la médiatisation de cas de maltraitance. Au cours de la décennie 1990, alors que les pays nordiques se caractérisent déjà par une prise en charge essentiellement à domicile – qui concerne près des trois quarts des personnes ayant une perte d'autonomie<sup>58</sup> –, la plupart des autres pays occidentaux s'engagent dans cette voie »<sup>59</sup>.

## ***2.1. L'adaptation des logements***

L'adaptation des logements peut porter à la fois sur le stock, c'est-à-dire les logements existants, et sur le flux de logements neufs par la mise en œuvre de normes de construction plus strictes. Ainsi, nombreux sont les pays à avoir adopté des normes sur la production de logements adaptés aux personnes âgées (mais aussi, plus largement, aux personnes en situation de handicap), d'abord dans le parc social, puis dans le parc privé. Au Royaume-Uni, par exemple, les normes sont entrées en application en 2011 pour les constructions neuves dans le parc social et elles le seront à partir de 2013 dans le parc privé<sup>60</sup>.

Sur le stock de logements existants, deux grands types de dispositifs existent : d'une part, une aide publique gérée au plan national, éventuellement assortie d'aides locales et, d'autre part, des guichets uniques locaux qui centralisent les demandes et sont responsables de l'attribution, voire de la réalisation des travaux.

### **2.1.1. L'existence d'aides publiques nationales**

Le Québec fournit une bonne illustration de ce cas avec son programme « Logements adaptés pour aînés autonomes ». Les actions menées en 2010-2011 dans ce domaine ont permis de soutenir financièrement près de 1000 ménages composés de personnes âgées, avec une aide s'élevant en moyenne à 2434 \$. Dans son budget 2012-2013, le Gouvernement québécois prévoit d'investir environ 23 milliards de dollars dans ce programme et son homologue à destination des personnes en situation de handicap (nommé « programme d'adaptation de

<sup>57</sup> Lewinter M. (2004), « Developments in home help for elderly people in Denmark: The changing concept of home and institution », *International Journal of Social Welfare*, 13(1), p. 89-96.

<sup>58</sup> Huber M., Rodrigues R., Hoffmann F., Gasior K. et Marin B. (2009), *Facts and Figures on Long-Term Care Europe and North America*, European Centre for Social Welfare Policy and Research.

<sup>59</sup> V. Gimbert et G. Malochet (2011), *Les défis de l'accompagnement du grand âge. Perspectives internationales*, Rapports & Documents du Centre d'analyse stratégique, n°39, Paris, La Documentation française, p. 101.

<sup>60</sup> C. Collombet (2011), « L'adaptation du parc de logements au vieillissement et à la dépendance », *Note d'analyse*, n°245, Centre d'analyse stratégique.

domicile »). L'ambition est d'augmenter le nombre de bénéficiaires, qui était jusqu'à présent relativement modeste.

### **Québec – Programme « Logements adaptés, aînés autonomes » (LAAA)**

Le programme « Logements adaptés : aînés autonomes » (LAAA) offre aux aînés à faible revenu une **aide financière** pour faire effectuer des **adaptations mineures** dans leurs logements.

La Société d'Habitation du Québec est en charge de l'administration de ce programme, dont les déclinaisons territoriales peuvent faire varier les critères d'admissibilité (notamment sur les plafonds de ressources).

#### **Sont admissibles à cette aide financière les propriétaires-occupants et les propriétaires-bailleurs :**

- si l'occupant du logement est âgé de 65 ans ou plus,
- s'il éprouve des difficultés à effectuer ses activités quotidiennes en raison d'une perte de capacités résultant du vieillissement ;
- si le logement sert de résidence permanente.

#### **Adaptations admissibles :**

Les adaptations doivent consister en éléments mineurs liés à la perte de capacités de l'occupant.

Les adaptations doivent :

- être permanentes / attachées au logement ;
- améliorer l'accès aux installations de base du logement ;
- augmenter la sécurité physique des résidents.

Exemples d'adaptation : mains courantes dans les corridors, aires de travail et de rangement dans la cuisine plus faciles à atteindre, poignées à bec-de-canne sur les portes, barres d'appui dans les salles de bains, etc.

Les réparations, modifications ou adaptations non reliées à la perte de capacités du résident ne sont pas admissibles à un financement par l'intermédiaire de ce programme.

#### **Aide financière**

L'aide financière peut atteindre 3 500 \$ si les travaux sont réalisés par des professionnels (la moitié si la personne les réalise elle-même, cette somme devant servir seulement à l'achat des matériaux).

Si l'aide financière sert à des adaptations dans un logement locatif, le propriétaire-bailleur doit convenir de ne pas augmenter le loyer à la suite des adaptations.

## **2.1.2. Les guichets uniques au niveau local**

L'option du guichet unique au niveau local est privilégiée en Angleterre, en Suède et en Espagne. Dans ce dernier pays, ce sont les municipalités qui centralisent les subventions pour l'adaptation des logements. Celles-ci sont accordées après une estimation préalable des frais et une évaluation du besoin de la personne par le département des affaires sociales de la mairie. Les aides sont conditionnées aux revenus de la personne. Il s'agit en général de travaux dont le

coût n'excède pas 3000€, dont 90% sont pris en charge par la municipalité, dans le cas de Madrid.

### **Angleterre – La stratégie « Lifetime homes »**

Dans le cadre de son *National Planning Policy Framework* (cadre national en termes de planification de logement, adopté en mars 2012), le Gouvernement anglais a demandé aux autorités locales de garantir une mixité de logements, afin de prendre en compte les évolutions démographiques et les besoins de différents groupes de population dans la commune, notamment les personnes handicapées et âgées<sup>61</sup>. En Angleterre, on estime que 60% de l'augmentation du nombre de foyers qui aura lieu entre 2008 et 2033 concernera des personnes de 65 ans et plus.

Par ailleurs, des règles en matière d'accessibilité pour la construction de logements ont été fixées par le cadre du *Building Regulations and National Standards*. Une partie importante des programmes immobiliers intègre désormais cette problématique, notamment en proposant des logements spécifiques pour les personnes âgées appelés « *Lifetime Homes* ». Dans la mesure où les besoins locaux peuvent varier de façon importante, la décision sur le nombre de *Lifetime Homes* à construire ressort des autorités locales. Pour aider les autorités locales à mieux anticiper les besoins futurs, le *Department for Communities and Local Government* a publié en juillet 2012 un document de référence<sup>62</sup>.

Dans le cadre de son programme pour le logement « *Laying the Foundations : a housing strategy for England* » publié en novembre 2011, le Gouvernement a annoncé que, sur la période 2011-2015, 6,5 Mds£ seront consacrés à l'amélioration des logements pour aider les personnes âgées à vivre de manière plus autonome et éviter une aggravation de la perte d'autonomie. En parallèle, 1,5 M£ sera affecté au soutien de *FirstStop*, une association caritative qui gère un numéro de téléphone et un site internet pour fournir gratuitement des conseils aux personnes âgées et leurs familles en termes de logement et d'accompagnement. Enfin 51 M£ ont été budgétés sur la période 2011-2015 pour que les autorités locales puissent commissionner des services de petites réparation et d'adaptation des logements (*handyperson services*).

Certains équipements ou adaptations du logement (comme par exemple l'installation de rampes, l'élargissement des portes, l'adaptation des douches), dont le coût est inférieur à 1000£, sont généralement fournis gratuitement par les autorités locales dans le cadre du plan d'aide mis en place après l'évaluation des besoins de la personne âgée. Les équipements plus coûteux peuvent être financés au travers d'une allocation sous condition de ressources, le *Disabilities Facilities Grant*, gérée par les autorités locales. Le montant de l'aide maximum est de 30.000£ (36.000£ au Pays de Galles). Le financement de cette allocation a été préservé dans le cadre de la *Spending Review* en 2010 et son budget devrait passer de 169 M£ en 2010-2011 à 185 M£ en 2014-15. Ces services de petite réparation ou d'adaptation sont souvent fournis par les 200 *Home Improvement Agencies*, des organisations caritatives locales qui fournissent des conseils en termes d'adaptation/réparation des logements et prennent contact avec des prestataires de confiance pour effectuer les travaux.

<sup>61</sup> <https://www.gov.uk/government/publications/national-planning-policy-framework--2>

<sup>62</sup> [www.housinglin.org.uk/Topics/browse/Design/Reports/?parent=6590&child=8564](http://www.housinglin.org.uk/Topics/browse/Design/Reports/?parent=6590&child=8564)

### 2.1.3. Les solutions technologiques appliquées au logement

La Suède est en pointe pour l'adaptation technologique des logements existants, comme la mission a pu le constater lors de son déplacement à Stockholm. L'institut suédois des technologies d'assistance (*Hjälmedelsinstitutet*), organisme public sous tutelle du ministère des affaires sociales et de l'association des communes et régions, a ainsi été l'un des principaux coordinateurs du projet européen MonAMI (2006-2011), soutenu par la Commission européenne. Ce projet visait, entre autres, à sécuriser la vie à domicile des personnes âgées et/ou handicapées en développant des technologies nouvelles pour le grand public dans des domaines tels que la santé, la sûreté / sécurité, la communication / information et la planification d'activités.

L'Institut a également conduit un projet intitulé « Teknik för äldre » (Technologies pour les seniors) sur la période 2007-2012, avec un soutien financier de l'Etat suédois de près de 7 millions d'euros au total. Cela a permis le développement et la commercialisation d'une centaine de produits innovants. Parmi ceux-ci, on trouve :

- les téléphones mobiles du groupe DORO, dotés d'une interface très conviviale et facile d'utilisation ;
- les systèmes de surveillance et d'alarmes personnelles du groupe CARETECH, telles que CareIP qui fonctionne sur des bases numériques et mobiles et est adapté aux infrastructures des centres de secours ;
- les aide-mémoire développés plus spécifiquement pour les proches afin qu'ils puissent mieux surveiller à distance les appareils électriques (fer à repasser, cafetière, four...), la porte d'entrée, les fenêtres, etc., des personnes âgées et/ou malades dont ils s'occupent.

La mission a pu visiter plusieurs appartements situés dans une résidence au cœur de Stockholm dont les équipements ont été réalisés et financés par l'Institut. Il ne s'agit pas de formules de « maisons intelligentes », où tout serait automatisé, chaque appareil interagissant avec l'autre, mais bien plutôt d'accessoires simples, à coût réduit, répondant à des besoins spécifiques (de nature visuelle, auditive, cognitive, physique ou de communication), dans une perspective de *design universel*. On peut citer de nombreux produits répondant à cet objectif : des aide-mémoire lumineux, des localisateurs de personnes ou d'objets, des afficheurs de messages sur les écrans de télévision ou les tablettes numériques, des chemins lumineux, des encadrements de porte illuminés avec des lumières LED, des couettes à l'intérieur desquelles ont été placées des boules ou des ressorts en fer et qui permettent à la personne de se sentir enveloppée, et ce faisant d'avoir une meilleure qualité de sommeil, etc.



### **Göteborg – L'adaptation des logements passe aussi par un travail sur l'accessibilité et la convivialité de l'environnement immédiat**

En 2011-2012, la ville de Göteborg s'est associée à l'Institut des technologies d'assistance et à plusieurs bailleurs sociaux dans le cadre d'un programme intitulé « Doing good for seniors ». L'objectif consiste à recenser les besoins d'adaptations des logements sociaux occupés par des personnes âgées.

La première étape a été de recenser les appartements accessibles dans le parc de logements sociaux : seuls 7000 ont été labellisés. La municipalité a également mis en place une sorte de bourse d'échanges de logements pour les personnes âgées qui souhaiteraient déménager pour des appartements plus adaptés à leurs besoins (présence d'un ascenseur dans l'immeuble ou appartement en rez-de-chaussée, présence d'une douche à l'italienne, etc.). La ville de Göteborg parie enfin sur la qualité de ses partenariats avec les bailleurs sociaux –et leur engagement financier– pour réaliser des améliorations de l'habitat dans trois ensembles immobiliers comptant une forte présence de personnes âgées. A Stackmolsgatan ont ainsi été installées des portes automatiques à l'entrée des immeubles, en remplacement des anciennes portes manuelles, jugées très lourdes par les résidents âgés. A Bankogatan et Prästgårdsängen, les travaux ont porté à la fois sur l'environnement immédiat des immeubles, avec l'installation de bancs et de lieux de convivialité, et sur les parties communes à l'intérieur, où l'éclairage a été amélioré, les passages élargis pour pouvoir laisser un fauteuil roulant, etc.

#### ***2.2. Le logement partagé, une option envisageable***

Le logement partagé peut constituer une option envisageable pour rompre la solitude des personnes âgées. De nombreuses formules existent, qui peuvent relever soit de l'habitat collectif partagé entre personnes âgées, soit du logement intergénérationnel.

##### **2.2.1. Les formules d'habitat collectif**

Les formules d'habitat collectif pour personnes âgées sont elles aussi très diverses, selon le projet de vie qui les portent, de l'habitat autogéré et communautaire à la résidence services traditionnelle. La mission n'ayant pas pour ambition de faire un état des lieux circonstancié de l'ensemble des dispositifs existants, il faut se concentrer sur un élément central : la nécessité de connecter ces formes d'habitat avec des services de proximité permettant à la personne âgée de vivre en toute indépendance en disposant néanmoins d'aides extérieures, pour les repas, les courses quotidiennes, l'accès aux soins, etc. C'est ce que montrent très clairement l'exemple développé à Rotterdam (*cf.* encadré ci-dessous), comme également l'immeuble visité par la mission lors de son déplacement au Québec (Habitations Vivre chez soi).

### **Rotterdam – Une expérience de logements pour personnes âgées implantée dans un quartier central, avec une offre complète de services**

A Rotterdam (Pays-Bas), c'est en 1996 qu'a été inauguré un bâtiment conçu à l'initiative de la Fondation Humanitas, bailleur social subventionné par les pouvoirs publics. Cet ensemble

immobilier est situé dans le quartier du Vieux Nord, en plein centre-ville. Il comprend notamment 195 appartements indépendants ainsi qu'un centre de court séjour pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (ou des pathologies apparentées). La gestion de cet immeuble a été confiée à la Fondation Humanitas, qui y fait intervenir d'autres organismes, y compris les services sanitaires et sociaux de la ville de Rotterdam.

Ce qui distingue ce bâtiment, c'est à la fois sa conception architecturale et son ancrage dans le tissu urbain environnant. Les fonctions sont bien distinctes selon les étages de l'immeuble. Au rez-de-chaussée se retrouvent les différents services de soins, avec des intervenants professionnels dédiés (infirmiers, médecins, kinésithérapeutes, orthophonistes). Ces services sont accessibles aux résidents, soit sur place, soit à leur domicile. Un grand centre commercial se trouve également à ce niveau, ce qui permet d'ouvrir le bâtiment sur le quartier dans lequel il est implanté. Toujours au rez-de-chaussée, les habitants du quartier peuvent bénéficier de plusieurs lieux de garde pour leurs enfants. Ces services s'adaptent en outre à la diversité du quartier en proposant des lieux adaptés aux contextes culturels d'origine (avec en particulier des intervenants qui respectent les modes de vie et la langue dans laquelle les parents souhaitent élever leurs enfants).



Au premier étage se situe l'atrium, un bassin de plus de 50 mètres de long, contenant 160 000 litres d'eau dans lesquels nagent des poissons d'ornement. Un restaurant a été installé à ce niveau, de même que plusieurs cafés où les résidents et les habitants du quartier peuvent se retrouver tout au long de la journée. C'est également à ce niveau qu'ont lieu les activités sociales : conférences, marché de Noël, cours d'informatique pour tous les âges, célébration des anniversaires. On trouve

également au premier étage les services administratifs d'aide et d'information aux personnes âgées et à leurs proches (sur les questions relatives au logement, aux prestations sociales, etc.).

Les étages suivants sont dédiés aux logements des personnes âgées.

## 2.2.2. L'expérience espagnole en matière de logement intergénérationnel

### **Espagne – Le programme de logement intergénérationnel « Vive y convive » (Vivre et cohabiter)**

Le programme « Vive y convive » voit le jour en 2001 en Espagne pour pallier la solitude de certaines personnes âgées vivant en milieu urbain. Il offre la possibilité à des étudiants de bénéficier d'un logement gratuit chez une personne âgée en échange de certains services au quotidien (accompagner chez le médecin, faire des courses, etc.). Il ne s'agit pas d'un simple contrat de logement, la relation inclue aussi des contraintes pour l'étudiant, qui n'a pas le droit de recevoir d'invités et s'engage à ne sortir qu'un soir par semaine.

« Vive y convive » est financé par la Fondation des œuvres sociales de la banque Caixa Catalunya, en partenariat avec plusieurs universités en Espagne, dont l'Université Rey Juan Carlos, avec laquelle la mission a eu une série d'entretiens.

Les étudiants se portent volontaires auprès de l'université puis sont évalués par des psychologues. Les personnes âgées doivent quant à elles se manifester auprès de la municipalité, qui les oriente ensuite vers des psychologues. Selon les profils et les souhaits de chacun, des « associations » jeune/sénior sont constituées. Une fois le « duo » agréé par les psychologues, chaque partie signe une convention type élaborée par la Fondation Caixa Catalunya. Au travers de celle-ci, les deux parties s'accordent sur les modalités de la cohabitation (horaires, accompagnements éventuels à effectuer par le jeune (ex : banque, médecin, courses etc...)).

Les étudiants doivent avoir moins de 30 ans ou de 35 ans (s'ils sont en Master ou doctorat), ne doivent pas résider dans la communauté de Madrid ni percevoir de bourse ou travailler. Ce sont principalement des étrangers venus du continent américain (Amérique du Nord et du Sud). Les personnes âgées ont au minimum 60 ans. Elles doivent vivre seules dans un logement permettant d'accueillir une personne supplémentaire. On note qu'il y a souvent plus de personnes âgées intéressées par le projet que d'étudiants.

L'expérience demeure relativement confidentielle, conformément au souhait exprimé par la Fondation Caixa Catalunya de ne pas en faire un programme massif, avec une dimension marchande. Chaque université partenaire sélectionne entre 15 et 20 étudiants par an pour partager le logement de personnes âgées.

### **3. VERS DES ENVIRONNEMENTS URBAINS AMIS DE TOUS LES ÂGES**

L'environnement dans lequel la plupart des Européens vivent n'est pas adapté à l'augmentation du nombre de personnes âgées et handicapées. Des obstacles physiques empêchent un bon nombre d'entre elles d'accéder à certains services. Ce manque d'accessibilité est particulièrement problématique dans les domaines de la vie quotidienne, comme l'environnement bâti (les trottoirs, les infrastructures extérieures, etc.), le logement (par exemple, les ascenseurs dans les immeubles), les technologies de l'information et de la communication (les ordinateurs, téléphones...), les transports, les bornes libre-service (par exemple, les distributeurs automatiques de billets, les distributeurs de tickets), etc. Il est crucial de rendre les biens et services accessibles à tous afin que les personnes âgées puissent vivre de façon digne et autonome, qu'elles participent activement à la société, qu'elles jouissent de l'ensemble de leurs droits en tant que citoyens.

#### ***3.1. Des axes stratégiques communs***

De manière générale, les démarches d'adaptation de l'environnement urbain, même quand elles sont impulsées au niveau national, sont d'abord et avant tout portées par des collectivités locales qui souhaitent faire une meilleure place à leurs concitoyens âgés. L'exemple du Royaume-Uni, à travers sa stratégie « Lifetime neighbourhoods », est à cet égard particulièrement intéressant.

Le Gouvernement donne en effet aux collectivités locales une place centrale dans la déclinaison et la réussite du projet.

#### **Royaume-Uni – La stratégie « Lifetime neighbourhoods » (Des quartiers pour toute la vie)**

Au **Royaume-Uni**, le *Department for Local Communities and Local Government* (Ministère en charge des collectivités locales) a publié en 2011 un rapport intitulé « *Lifetime Neighbourhoods* » pour encourager la réflexion des autorités locales sur la manière dont elles peuvent faire des changements au niveau de leur territoire pour mieux tenir compte des besoins des personnes âgées. Ces changements peuvent par exemple consister à s'assurer qu'il existe des transports publics facilement accessibles ou que les trottoirs sont adaptés pour les personnes en fauteuil roulant. Ce guide comporte une série d'informations, notamment en termes d'infrastructures (routes, équipements urbains, transports), de services, logement. Par ailleurs, le Ministère des Transports a publié plusieurs guides (*manual for streets*) pour promouvoir les bonnes pratiques en termes d'aménagement des rues.

S'inspirant du programme de l'OMS, plusieurs autorités locales ont ainsi adapté leur environnement urbain pour tenir compte des besoins d'une population vieillissante. Parmi les exemples notables, on peut citer Manchester, Newcastle, Londres, Edimbourg. Edimbourg a ainsi mis en place une stratégie commune entre autorités locales, service national de santé (NHS), secteur associatif et acteurs privés, l'objectif étant de sortir d'une vision consistant à voir les personnes âgées uniquement comme des bénéficiaires des services de santé et de soins pour valoriser leurs contributions en tant que citoyens.

Par-delà la diversité des exemples qui seront cités dans ce rapport, quatre axes stratégiques communs se dégagent de ces expérimentations.

- 1<sup>er</sup> axe : **adapter l'habitat**, afin de garantir à chacun la possibilité de rester le plus longtemps possible dans un logement indépendant ;
- 2<sup>ème</sup> axe : **proposer des services de proximité** (en matière sanitaire bien sûr, mais aussi plus largement des commerces, des services publics, des lieux de socialisation et de loisirs ouverts aux personnes âgées) ;
- 3<sup>ème</sup> axe : **rendre l'espace public plus convivial et accueillant** (ce qui inclut aussi bien la présence de toilettes publiques, de bancs, de dispositifs facilitant la traversée de la chaussée qu'un travail sur les parcs et jardins, avec des parcours de santé adaptés par exemple) ;
- 4<sup>ème</sup> axe : **faciliter la mobilité en adaptant les réseaux de transports existants, voire en proposant des formules « hybrides », à la carte.**

### ***3.2. La participation des personnes âgées, une condition de succès***

#### **Manchester – La démarche « Valuing Older People »**

La ville de **Manchester** a mis en place dès 2003-2004 une équipe dédiée (« *valuing older people* », VOP) dont la mission a d'abord été double. Elle consistait, en premier lieu, à encourager l'ensemble des acteurs présents sur le territoire communal à tenir compte des

besoins de la population âgée. Ces actions de sensibilisation concernaient aussi bien les services municipaux que les associations et les entreprises commerciales dont la clientèle est composée



de personnes âgées. Mais l'originalité de la démarche de Manchester résidait également dans la mobilisation des personnes âgées elles-mêmes. Les équipes VOP encourageaient en effet leur participation en animant une série de rencontres régulières (« *VOP local networks* ») et en attribuant des subventions à certains projets collectifs (le « *VOP grants scheme* » distribuée environ 27 000£ par an à une quarantaine de projets). Un certain nombre d'instances pilotées par des personnes âgées ont été mises en place en parallèle et sont ainsi devenues des

interlocuteurs légitimes de la municipalité sur l'ensemble des actions ayant trait à ce groupe. Dans le cadre de son plan stratégique *A great place to grow older*, qui couvre la période 2010-2020, Manchester assigne désormais aux équipes VOP une ambition encore plus large : contribuer à l'attractivité de la ville (« un lieu dans lequel chacun aurait envie de passer sa retraite ») par l'adaptation de l'environnement urbain aux personnes âgées, une plus grande participation aux activités culturelles et de loisirs et une amélioration générale de la qualité des soins. Cette stratégie repose sur de nombreux partenariats locaux, en particulier avec le NHS.

### 3.3. Quelques exemples de villes pionnières

#### 3.3.1. Edimbourg, une « ville pour tous les âges » (City for all Ages)

L'engagement de la ville d'Edimbourg en faveur de ses personnes âgées date de 1999, année au cours de laquelle le conseil municipal a décidé d'établir un état des lieux des services mis à disposition des plus âgés sur le territoire communal. L'ambition consistait à partir de l'existant pour développer une stratégie décennale d'amélioration de la qualité et de la couverture des services. Cet état des lieux a été réalisé en association avec les personnes âgées et a conclu à la nécessité d'une démarche globale, portée par la municipalité, pour garantir aux aînés une meilleure qualité de vie en ville.

La population d'Edimbourg connaît un vieillissement avéré. En 2009, on estime qu'un tiers des habitants de la ville était âgé de 50 ans ou plus. D'ici 2020, le nombre de personnes âgées de plus de 75 ans devrait augmenter de 20% et celui des plus de 85 ans de 33%. Cette population se caractérise par ailleurs par de fortes inégalités. Environ 14% des plus de 60 ans perçoivent ainsi l'équivalent du minimum vieillesse (Guaranteed Pension Credit).

Un premier plan a donc été mis en œuvre sur la période 2000-2005, suivi par un second pour 2007-2010. Entre les deux, un nouveau temps de consultation et de concertation avec les personnes âgées de la commune (plus de 1000 d'entre elles ont répondu à l'appel) a pointé les pistes d'amélioration. Pour ce faire, la municipalité s'est appuyée sur un groupe de personnes âgées qui s'est d'abord appelé « Older People's Equality Forum », avant d'adopter la dénomination « Advisory Group » (groupe de conseil / surveillance). Cette instance, créée en 2008, se réunit tous les deux mois. Elle compte une cinquantaine de personnes, dont 30

participent activement. Certains membres s'étaient impliqués dès 1999 dans la démarche de la ville. La plupart appartiennent à des associations locales de retraités, certains défendant des intérêts spécifiques (handicaps, orientations sexuelles, etc.).

Le second plan mené à l'échelle de la ville s'est inséré dans le **programme gouvernemental** « *All Our Futures : Planning for a Scotland with an Ageing Population* » (2007) dont les priorités allaient dans le même sens :

- développement des activités intergénérationnelles ;
- participation accrue des personnes âgées dans la société et les décisions qui les concernent ;
- accent mis sur l'emploi des personnes de plus de 50 ans ;
- encouragement pour le développement de produits et de services adaptés à une population vieillissante ;
- politiques de soutien aux personnes de plus de 65 ans (logements, services adaptés...).

A l'échelle d'Edimbourg, qui a rejoint le projet de l'OMS « Villes amies des aînés », les axes stratégiques étaient les suivants :

- Faire de la ville un endroit où les personnes âgées ont envie de vivre ;
- S'assurer que l'ensemble des services et des fonctions de la ville sont accessibles aux personnes âgées ;
- S'attaquer aux problèmes majeurs rencontrés par les personnes âgées : mobilité, revenus, discrimination, accès à l'information, sécurité dans l'environnement urbain ;
- Permettre aux personnes âgées qui le souhaitent de rester chez elles le plus longtemps possible, avec un haut niveau de services ;
- S'assurer du bien-être des personnes vivant dans des établissements spécialisés.

Parmi les réalisations de la ville d'Edimbourg, on peut citer :

- sur les questions de mobilité : la mise en place de **signalisations sonores** à la gare centrale et aux arrêts de bus ; la diffusion aux personnes aveugles et malvoyantes de porte-clefs leur permettant d'activer des informations sonores sur tout le territoire de la ville ; l'existence d'informations sur les horaires et le trafic mises à jour régulièrement et accessibles par téléphone, ce qui facilite l'anticipation de leurs trajets pour les personnes âgées ;
- un travail sur l'**accessibilité des bibliothèques municipales** : accessibilité physique des bâtiments, achat de supports adaptés (livres lus ou en gros caractères), organisation d'activités gratuites (maîtrise de l'Internet, groupes de lecture en fonction des goûts littéraires, etc.).

La ville d'Edimbourg réalise enfin chaque année un **guide intitulé « Get up and Go »** (littéralement « Lève-toi et marche »), destiné aux personnes âgées, dans lequel sont répertoriés l'ensemble des services existant sur le territoire communal. Cette brochure tirée à **35 000 exemplaires** comprend des informations sur les activités de loisirs, la santé, les transports, les lieux de soutien pour les aidants, etc.

### **3.3.2. New York : attirer les personnes âgées en adaptant la ville**

En 1950, il y avait à New York deux enfants pour une personne âgée de plus de 65 ans. Au rythme actuel, en 2030, la ville comptera autant d'enfants que de personnes âgées. Le nombre de ses habitants de plus de 65 ans devrait connaître une augmentation de 44% par rapport à l'année 2000 et atteindre plus d'1,35 million de personnes.

Comme d'autres villes aux Etats-Unis (Cleveland, Portland, etc.), New York s'est récemment engagée dans une démarche d'adaptation aux besoins des personnes âgées. L'exemple est intéressant pour deux raisons. La première, c'est qu'en dépit de son image de ville qui ne dort jamais, nourrie par une sorte d'élixir de jeunesse perpétuelle, New York doit elle aussi compter avec une population vieillissante ayant des besoins spécifiques. Le deuxième élément tient à l'orientation que la mairie de New York a donné à son projet d'adaptation au vieillissement : l'argument économique y a tenu dès le départ une place de premier plan. La ville entendait ainsi promouvoir son attractivité auprès de personnes âgées certes, mais avec un fort pouvoir d'achat.

L'Académie de médecine de New York s'est impliquée très fortement depuis 2009 pour défendre le projet de ville amie de tous les âges. Elle a organisé plus d'une trentaine de réunions publiques dans les locaux de la mairie et de nombreux *focus groups* rassemblant à chaque fois des centaines de personnes âgées. Les demandes formulées à ces occasions tournaient pour l'essentiel autour de la sécurité : les personnes âgées souhaitaient pouvoir vivre dans des environnements sûrs, c'est-à-dire offrant des infrastructures permettant de vivre tranquillement et sans danger :

- pouvoir traverser la rue en toute sécurité ;
- pouvoir disposer de points d'eau et de toilettes dans les magasins ;
- avoir un meilleur écoulement des eaux usées, pour éviter les flaques.

L'Académie de médecine met en application ces objectifs de sécurisation de l'environnement dans trois quartiers pilotes (à East Harlem, Upper West Side et Bedford Stuyvesant). A East Harlem, par exemple, les discussions avec les habitants ont conduit à la création de plages horaires réservées aux personnes âgées à la piscine, à l'installation de sièges supplémentaires dans 60 commerces de proximité, à une vigilance accrue à l'intersection entre les deux grandes

avenues du quartier, qui sont aussi un nœud de transport public, etc.

Si la démarche venait à essaimer dans d'autres quartiers, il est envisagé d'avoir recours à un outil de financement spécifique, les « **business improvement districts** ». Il s'agit d'un outil de valorisation d'un quartier. Celui-ci doit redevenir attractif, les gens doivent revenir s'y installer et créer de l'activité économique. Un plan de valorisation est établi par les propriétaires d'immeubles, en partenariat avec les pouvoirs publics locaux. Le financement est assuré par une taxe additionnelle censée financer les adaptations nécessaires, que les pouvoirs publics réalisent. Cet outil de financement a été élaboré au Canada et est depuis utilisé aux Etats-Unis, en Allemagne (Hambourg), en Afrique du Sud, etc.

### 3.3. Les actions sur la mobilité

En règle générale, les actions sur la mobilité des personnes âgées visent deux choses :

- l'accessibilité financière (par le biais de réductions forfaitaires ou d'abonnements dédiés)
- et l'accessibilité physique (par le biais de services de transport adaptés aux contraintes des personnes âgées : horaires aménagés, circuits « à la carte », etc.).

Ce sont là encore bien souvent les collectivités locales qui sont en pointe.

• En **Angleterre**, toute personne ayant l'âge de bénéficier de la pension de base (*state basic pension*) est éligible à la gratuité des bus. Par ailleurs, de nombreuses communes ont mis en place des services de transport spécifique pour les personnes ayant des difficultés à utiliser les transports en commun, que ce soit à cause d'un handicap ou de leur âge. Cela peut recouvrir des services de transport de porte à porte ou pour aller faire ses courses. La ville de Londres a par exemple mis en place un programme « *Taxicard* » qui fournit un service de taxi à des prix réduits pour les personnes à mobilité réduite. Par ailleurs, les personnes à mobilité réduite peuvent se voir prêtées des fauteuils roulants ou des scooters adaptés pour les aider à se déplacer et faire leurs courses dans le cadre du dispositif *Shopmobility*.

• Aux **Pays-Bas**, Regiotaxi est un service interrégional de transport par taxi pour motifs sociaux et de loisirs, dédié aux personnes à mobilité réduite (personnes âgées et handicapées). Ce service à la demande permettant de voyager de porte à porte. Les détenteurs d'un pass Regiotaxi, émis par les municipalités sur la base d'un certificat médical, voyagent à tarif réduit (le prix est aligné sur les tarifs des transports publics). Les passagers peuvent voyager sur l'équivalent de 5 à 6 zones de transport public. Il s'agit d'un service délivré par un opérateur privé, mais financé par le ministère de la santé, du bien-être social et des sports depuis 1998.

Les distances moyennes parcourues sont d'environ 55km. Les personnes bénéficiant de ce service ont en moyenne 75 ans et plus (et sont aux ¾ des femmes). En décembre 2011, 370 000 personnes avaient utilisé ce service (parmi lesquelles 160 000 utilisateurs actifs)<sup>63</sup>.

<sup>63</sup> Chiffres communiqués à la mission par Mme Marie-Catherine Beaudoux de Veolia Transdev.



## **CONCLUSION**

L'adaptation de la société à l'avancée en âge passe par un travail sur le territoire de vie des personnes, depuis le logement jusqu'à la ville, en passant par le quartier. Il s'agit d'un élément central dans le cadre d'une démarche globale de prévention. Mais celle-ci requiert la mobilisation de chacun, pouvoirs publics locaux et nationaux, aménageurs et concepteurs de la ville, habitants, dans une logique d'intervention qui veille à l'égalité des territoires.



## **CONCLUSION GENERALE**

Au terme de ce rapport, je souhaite redire que la révolution de l'avancée en âge est une chance pour notre pays. Cette conviction s'est forgée dans mon travail d'élue ; elle s'est renforcée avec les nombreuses auditions réalisées dans le cadre de cette mission.

Avec cette ambition de construire une politique de l'âge au service de tous, le Président de la République et le Gouvernement inscrivent leur action dans une perspective de long terme qui les honore. La société « amie de tous les âges » que j'appelle de mes vœux ne se fera pas du jour au lendemain. Mais il importe que ce processus se mette en marche.

D'où l'importance cruciale que revêt le projet de loi porté par la Ministre déléguée aux personnes âgées et à l'autonomie.

Puisse ce rapport, avec les multiples expériences et bonnes pratiques qu'il met en avant, constituer une source d'idées et de principes pour le travail législatif qui va bientôt s'ouvrir. Ces travaux doivent être accompagnés d'une ambition et d'une volonté politique forte et constante.



## LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES PAR LA MISSION

### Auditions réalisées à Paris

- Hélène LEENHARDT, Directrice d'EHPAD, Maison de retraite Le Châtelet (Meudon, Hauts-de-Seine)
- Anne LABIT, Maître de conférences en sociologie à l'Université d'Orléans
- Sophie BANON, Senior Manager, Antares Consulting  
Joan BARRUBES, Directeur associé, Antares Consulting
- Jean-Marie BOUTIN, Directeur des relations institutionnelles, Accenture
- Erik LINQUIER, Directeur exécutif, Santé et secteur public, Accenture
- Jérôme VERCAEMER, Directeur Exécutif, Santé et Secteur Public, Accenture
- Tomakazu TSUMAGARI, Premier Secrétaire à l'Ambassade du Japon en France
- Takayoshi FURUYA, Deuxième Secrétaire à l'Ambassade du Japon en France
- Anne-Sophie PARENT, Secrétaire générale d'AGE Platform Europe

### Auditions réalisées à Madrid (Espagne) Mission du 5 au 7 novembre 2012

#### Ambassade de France

- Jérôme BONNAFONT, Ambassadeur
- Annie THOMAS, Conseillère aux affaires sociales et à l'emploi

#### Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), Ministère de la Santé

- Cesar Antón Beltrán, Directeur général
- José María Alonso, Chef de secteur de la sous-direction générale de planification
- Francisca Ramos, Cheffe du Service de l'Observatoire des personnes âgées

#### Commission de la Santé du Congrès des députés

- Mario Mingo Zapatero, Président de la Commission, Député de Madrid
- Rubén Moreno Palanques, Député de Valence

#### Communauté de Madrid

- José Ramón Menéndez Aquino, Director general del mayor
- José Ignacio Fernández Martínez, Coordinador de programmas de la Dirección général del mayor

### **Mairie de Madrid**

- Carmen González Fernández, Directrice générale des personnes âgées et des services sociaux
- Ana Buñuel Heras, Adjointe à la Directrice générale des personnes âgées et des services sociaux

### **Conseil Supérieur des Collèges des Architectes d'Espagne**

- Jordi Ludevid i Anglada, Président

### **Union des Architectes Urbanistes d'Espagne**

- Jose María Vilanova, Président

### **Université Rey Juan Carlos**

- Carmen Gallardo Pino, Professeur de santé publique, Vice-Rectrice des Politiques Sociales et environnementales
- Alfonso de la Quintana, Professeur de journalisme, Coordinateur du Programme de valorisation du volontariat
- Ricardo Moreno Rodríguez, Coordinateur du Programme d'aide aux étudiants en situation de handicap

### **Cáritas Espagne**

- Ana Abril Fernández, Directrice du développement social et institutionnel
- Francisco Lorenzo Gilsanz, Coordinateur d'Etudes

<b>Auditions réalisées à Québec (Canada) Mission du 28 au 30 novembre 2012</b>
--

### **Consulat Général de France**

- Nicolas CHIBAEFF, Consul général de France à Québec

### **Ministère de la santé et des services sociaux**

- Réjean HEBERT, Ministre de la santé et des services sociaux
- Cyril MALOUEU, Attaché politique, Cabinet du Ministre de la santé et des services sociaux
- Robert BELLEFLEUR, Attaché politique, Cabinet du Ministre de la santé et des services sociaux
- Pauline GERVAIS, Conseiller-cadre assurance autonomie, Cabinet du Ministre de la santé et des services sociaux
- Sylvain GAGNON, Sous-ministre adjoint, Direction générale des services sociaux
- Luc CASTONGUAY, Sous-ministre adjoint, Direction générale de la planification, de la performance et de la qualité
- Catherine FEREMBACH, Sous-ministre adjointe, Secrétariat aux aînés
- Annie MARCOUX, Directrice des affaires gouvernementales et de la coopération internationale
- Elise PAQUETTE, Directrice au Secrétariat aux aînés
- Chantal MALTAIS, Directrice générale adjointe par intérim des services aux aînés

- Marie-Josée POULIN, Directrice du développement des programmes et des partenariats aînés
- Renée MOREAU, Coordinatrice, Direction du soutien à domicile
- Nathalie OUELLET, Coordinatrice, Direction du soutien à domicile

### **Assemblée Nationale**

- Serge CARDIN, Député de Sherbrooke, vice-président de la Délégation de l'Assemblée nationale pour les relations avec l'Assemblée nationale française (DANRANF)
- Dominique VIEN, Députée de Bellechasse, vice-présidente de la DANRANF
- Denise TRUDEL, Députée de Charlesbourg, vice-présidente de la DANRANF
- Lawrence GERMAN, Député d'Arcy-McGee, président de la Commission de la santé et des services sociaux
- Diane GADOURY-HAMELIN, Députée de Masson, membre de la Commission de la santé et des services sociaux et adjointe parlementaire au Ministre de la santé et des services sociaux

### **Ministère des relations internationales, de la francophonie et du commerce**

- Christian DESLAURIERS, Directeur France
- Caroline BOUCHER, Conseillère en coopération internationale
- Simon DECARY, Conseiller relations internationales

### **Société d'habitation du Québec**

- John MACKAY, Président directeur général
- Julien BEDARD, Conseiller
- Francine CLOUTIER, Conseillère
- Michel MARTIN, Conseiller
- Sébastien OLIVIER, Conseiller
- Daniel RICHER, Architecte
- Claude ROY, Conseiller

### **Ville de Québec**

- Anne GAGNON, Directrice de la Division du loisir communautaire et du développement social

### **Centre de santé et services sociaux de la Vieille-Capitale**

- Hugues MATTE, Directeur général
- Marco ARGOUIN, Directeur adjoint au soutien à domicile
- Nadia ROCHON, Chef de programme intérimaire soins infirmiers et nutrition
- Bernard LEVESQUE, Coordonnateur professionnel des services psycho-sociaux
- Nancy Fiset, Conseillère aux programmes en déficience physique
- Nathalie BRIERE, Conseillère aux affaires universitaires et à la collaboration interprofessionnelle
- Marc DEKONINCK, Organisateur communautaire

### **Ville de Lévis**

- Jean-Pierre BAZINET, Conseiller municipal, Président de la commission consultative « Personnes âgées et ville »
- André LEMIRE, Chef de service, Direction de la vie communautaire – Service sociocommunautaire

### **Carrefour d'information pour les aînés de la Capitale Nationale**

- Ginette FAUCHER, Directrice générale
- Marc COCHRANE, Coordonnateur

#### **Université de Sherbrooke**

- Suzanne GARON, Professeure-chercheure, Centre de recherche sur le vieillissement

#### **Centre d'excellence sur le vieillissement du Québec**

- Pierre DURAND, Gériatre, Directeur scientifique

#### **Institut sur le vieillissement et la participation sociale des aînés de l'Université Laval**

- René VERREAULT, Médecin, Directeur

#### **Institut national de santé publique du Québec**

- André TOURIGNY, Médecin spécialiste en santé communautaire

#### **Commission administrative des régimes de retraite et d'assurances**

- Lucie TRUDEL, Directrice de la gouvernance en sécurité de l'information, responsable du programme d'information et de préparation à la retraite

#### **Curateur public du Québec**

- Micheline GAMACHE, conseillère spéciale auprès de la Curatrice
- Sophie GRAVEL, conseillère juridique

#### **Maison des grands-parents de Sainte-Foy**

- Fernand LAMBERT, Président du conseil d'administration

<b>Auditions réalisées à Stockholm (Suède)</b> <b>Mission du 3 au 5 décembre 2012</b>
--

#### **Ambassade de France**

- Jean-Pierre LACROIX, Ambassadeur
- Fabrice PERRIN, Conseiller aux affaires sociales et à l'emploi

#### **Swedish Institute of Assistive Technology**

- Elisabeth LAGERKRANS, ergothérapeute
- Terry SKEHAN

#### **Assemblée Nationale – Commission des affaires sociales**

- Barbro WESTERHOLM, Députée
- Catharina BRÅKENHJELM, Députée

#### **Centre d'accueil pour les personnes âgées et leurs proches – Quartier de Södermalm**



- Anne VILHELMSSON, infirmière et consultante.

**Aging Research Center – Institut Karolinska**

- Hui-Xin WANG, chercheuse
- Anna-Karin WELMER, chercheuse

**Stockholm Gerontology Research Center**

- Anita KARP, chercheuse
- Gunilla NORDBERG, chercheuse
- Helena SHERMAN, infirmière et docteure en gérontologie

**Institut national de santé publique**

- Therese FÄRGGREN, responsable du programme « Health coachs »

**Nordic Healthcare Group**

- Alexandra TRESCHOW, Manager

**Association des communes et des régions (Sveriges Kommuner och Landsting)**

- Stefan ACKERBY
- Helena HENNINGSON