

Mise en œuvre du Plan d'action international de Madrid sur le vieillissement (PAIMV/MIAPA) et sa stratégie de mise en œuvre régionale (RIS)

Quatrième cycle de revue et d'évaluation (2018-2022) : rapport national de suivi

- France –

PREMIERE PARTIE

Résumé

Les politiques publiques françaises liées au vieillissement n'ont cessé de se développer au cours des dernières années. En décembre 2015, l'adoption de la **loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement** a permis d'instaurer un cadre juridique ambitieux visant à améliorer le quotidien des personnes âgées, renforcer leur autonomie et leur participation active à la société. Depuis le 24 octobre 2016, date du dernier rapport national de suivi du Plan d'action de Madrid et de sa stratégie régionale de mise en œuvre, les pouvoirs publics ont travaillé à enrichir encore davantage ce cadre à travers plusieurs priorités d'action.

La priorité donnée à la **prévention de la perte d'autonomie tout au long de la vie** a été traduite dans la feuille de route « Grand âge et autonomie » (2018) et la stratégie « Vieillir en bonne santé » (2020-2022). **L'amélioration de la qualité des soins** et la **revalorisation des métiers du soin et de l'accompagnement** ont constitué des objectifs prioritaires des accords du « Ségur de la Santé », signés en juillet 2020. **L'insertion des personnes âgées par l'activité économique** a également constitué une priorité d'action car elle permet de promouvoir la participation active à la société, de lutter contre l'isolement relationnel et la précarité économique en fin de vie professionnelle. Des dispositifs spécifiques, comme le « CDI d'inclusion senior », ont donc été mis en place pour faciliter cette insertion.

Enfin, le défi démographique lié au vieillissement de la population française nécessite des **réformes régulières et ambitieuses de la politique du grand âge et de l'autonomie**. Cette perspective a conduit les pouvoirs publics à lancer, en octobre 2018, une **large consultation publique sur cette thématique**. Un rapport, structuré autour de 175 propositions, a été élaboré à la suite de cette consultation. La lutte contre l'âgisme, le respect du libre choix des personnes âgées, l'accès abordable et de proximité à des soins de qualité font partie des principaux enjeux relevés. Ces travaux, ainsi que les apprentissages tirés de la pandémie de la COVID-19, permettront de nourrir un futur projet de loi sur le grand âge et l'autonomie.

Situation nationale en matière de vieillissement

La France compte, au 1^{er} janvier 2021, **18 millions de personnes âgées de plus de 60 ans (26% de la population)**¹. D'après les projections de l'INSEE, le pays comptera 20 millions de personnes âgées en

¹ INSEE, « Population par sexe et groupe d'âges », mars 2021

2030, 24 millions en 2060. Un habitant sur trois sera alors âgé de 60 ans ou plus, contre un sur cinq en 2005².

Le vieillissement s'opère donc par le « haut » de la pyramide des âges, en raison de la forte augmentation du nombre de personnes âgées de plus de 60 ans. Celle-ci s'explique par l'allongement de l'espérance de vie et l'entrée dans la grande vieillesse des premières générations de *baby-boomers*, nées après 1945.

- *Présentation des principaux indicateurs quantitatifs sociaux et économiques et des caractéristiques qui peuvent aider à mettre en évidence les questions abordées et à permettre une analyse quantitative. Quel a été l'impact du changement démographique sur la société dans votre pays ?*

Le **taux d'activité des personnes âgées a augmenté** de 10.9 points au cours des dernières années, sous l'impulsion des politiques de réforme des retraites³. Leur taux de chômage a diminué de manière significative, pour autant elles restent la **première catégorie de population concernée par le chômage de longue durée** (60,2% pour les plus de 55 ans contre une moyenne nationale de 41,8%).

Si l'espérance de vie progresse, l'espérance de vie en bonne santé demeure stable depuis une dizaine d'années. Les **Français vivent donc plus longtemps avec des problèmes de santé et d'incapacité**. 15% des personnes âgées sont touchées par une perte d'autonomie, soit 2,2 millions d'individus. En 2050, la France devrait compter **quatre millions de personnes âgées dépendantes**⁴. La prise en charge et le financement de la dépendance constituent donc des enjeux prioritaires pour les pouvoirs publics.

Les **dépenses publiques liées à la dépendance** ont augmenté au cours des dernières années. Elles représentent aujourd'hui 1,2% du PIB (soit 23 milliards d'euros) et devraient doubler d'ici 2060 pour atteindre 2,78% du PIB, soit près de 50 milliards d'euros⁵.

Enfin, un autre défi réside dans le **reste à charge des charges dépendantes, en particulier pour les ménages modestes**. Si le reste à charge moyen est de 490 euros, il est bien plus élevé en établissement (1 800 euros par mois) et certains ménages ne peuvent supporter ce coût⁶.

- *Brève description de la situation sociale, économique et politique, qui peut aider à comprendre le contexte dans lequel les questions liées au vieillissement sont traitées dans votre pays.*

La **loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement** constitue à ce jour le cadre de référence pour les questions liées au vieillissement. Ce cadre repose sur trois piliers : la prévention de la perte d'autonomie, l'adaptation de la société et l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie. L'ensemble des politiques publiques menées depuis l'entrée en vigueur de cette loi s'inscrivent dans ces trois axes. **La feuille de route « Grand âge et autonomie »**, adoptée en mai 2018, vise à renforcer la prévention, répondre aux besoins croissants de soins médicaux, pérenniser le financement des établissements et soutenir les professionnels travaillant

² INSEE, « Tableaux de l'économie française », mars 2016

³ INSEE, « Tableaux de l'économie française », février 2020

⁴ INSEE, « 4 millions de seniors seraient en perte d'autonomie en 2050 », juillet 2019

⁵ DREES, « Personnes âgées dépendantes : les dépenses de prise en charge pourraient doubler en part de PIB d'ici à 2060 », octobre 2017

⁶ Libault, « Concertation Grand Âge et Autonomie », mars 2019

auprès des personnes âgées. La **stratégie « Vieillir en bonne santé (2020-2022)**, adoptée en janvier 2020, vise également à prévenir la perte d'autonomie par la prévention.

Les questions liées au vieillissement relèvent du **ministère des Solidarités et de la Santé**, et de la **ministre déléguée chargée de l'autonomie**, Mme Brigitte Bourguignon, nommée en juillet 2020.

- *La pandémie de la COVID-19 a fortement affecté la situation sociale et économique des pays. Brève description des mesures importantes visant à réviser/ajuster les politiques sociales et économiques en raison du confinement et de l'arrêt de l'activité économique, le cas échéant.*

En réponse à la pandémie de la COVID-19, les pouvoirs publics ont adopté des mesures visant à **lutter contre la pauvreté** et **protéger les droits des personnes les plus précaires**. Huit millions de personnes ont bénéficié d'un renforcement de l'aide d'urgence alimentaire, sous la forme de chèques d'urgence alimentaire. Une aide exceptionnelle de solidarité a été accordée à quatre millions de foyers modestes. L'ensemble des prestations sociales ont été maintenues pour les sept millions de bénéficiaires des minima sociaux, sans réexamen des conditions d'éligibilité.

Les pouvoirs publics ont également pris des mesures afin de **lutter contre l'augmentation du taux de chômage**. L'activité partielle a été généralisée et indemnisée. Les personnes vulnérables et identifiées comme étant à risque de formes graves de la COVID-19 ont bénéficié d'une possibilité d'arrêt de travail dérogatoire ou d'activité partielle. Les indemnités des demandeurs d'emploi, notamment ceux en fin de droit, ont été prolongées.

L'activité économique a été fortement impactée par les mesures de confinement, entraînant une récession massive avec une chute de PIB de 8,3%⁷. En juillet 2020, le gouvernement a adopté le **plan « France Relance »**, articulé autour de trois volets : l'écologie, la compétitivité et la cohésion. Le plan est doté d'un budget de 100 milliards d'euros, dont **36 milliards consacrés au volet cohésion**. Ce dernier comprend des mesures relatives à l'emploi des jeunes, au soutien des personnes les plus précaires et au domaine médico-social.

Méthode

- *Informations quantitatives : des études en cours et nouvelles sur le vieillissement*
- *Informations qualitatives (interactions avec les différentes parties prenantes)*

Ce rapport a été élaboré dans un cadre interministériel et sa rédaction a été coordonnée par la **direction générale de la cohésion sociale (DGCS)** du ministère des solidarités et de la santé, conformément à la résolution du Conseil économique et social du 18 juin 2020 sur les modalités du quatrième cycle de revue et d'évaluation du Plan de Madrid.

Les informations quantitatives sont tirées des rapports de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) et de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du Ministère des solidarités et de la santé, du rapport Libault rédigé à l'issue de la concertation Grand Âge et Autonomie, ainsi que des rapports de bilan et de suivi du ministère.

⁷ INSEE, « Le PIB se replie au quatrième trimestre (-1,3 %), marqué par le deuxième confinement ; sur l'année 2020, il recule de 8,3 % », janvier 2021

La coordination AGE France, qui regroupe de nombreuses associations du secteur, a examiné et commenté le présent rapport en session plénière en septembre 2021 (voir en annexe).

PARTIE II : 20 ans de MIPAA/RIS

Principales actions et progrès dans la mise en œuvre du MIPAA/RIS et des objectifs de la déclaration ministérielle de Lisbonne de 2017

1. Reconnaître le potentiel des personnes âgées

1.1 Qu'a-t-on fait pour donner aux individus les moyens de réaliser leur potentiel de bien-être physique, mental et social tout au long de leur vie et de participer et contribuer à la société selon leurs capacités, leurs besoins et leurs désirs, conformément aux engagements 1, 2, 8, 9 et 10 de la Stratégie régionale d'exécution et aux objectifs de la déclaration ministérielle de Lisbonne ?

- ❖ Favoriser la consultation et la participation effectives des personnes âgées et de leurs représentants aux niveaux national, régional et local dans la conception des politiques

La loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 sur l'adaptation de la société au vieillissement a créé les **conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA)**. Ces instances remplacent les précédents comités départementaux des retraités et des personnes âgées (CODERPA). **Les CDCA sont constitués de représentants des personnes âgées**, des proches aidants, des institutions et des professionnels du secteur. Ils visent à renforcer la démocratie participative à l'échelle locale et à « allier l'expérience des usagers à l'expertise des professionnels afin d'évaluer au mieux les besoins et de proposer des initiatives adaptées »⁸. Les CDCA peuvent être consultés sur une grande diversité de domaines relatifs aux personnes âgées et personnes en situation de handicap.

La consultation Libault, une **consultation publique de grande ampleur portant sur les réformes de la politique du grand âge**, s'est déroulée d'octobre 2018 à mars 2019. La consultation a été initiée par le ministère des Solidarités et de la Santé et a été organisée à trois échelles : une consultation citoyenne sur une plateforme en ligne intitulée « Comment prendre soin de nos aînés » ; des forums régionaux visant à faire remonter les idées et les bonnes pratiques ; des entretiens et des groupes d'expression visant à **donner la parole aux personnes âgées, aux aidants, et aux professionnels du secteur**. Des ateliers ont également été organisés au niveau national, auxquels ont participé des représentants de l'Etat, des autorités locales, des experts du vieillissement, des personnes âgées, des représentants d'associations et de fédérations d'usagers et de professionnels. Les résultats de cette large consultation ont été consolidés dans un rapport, structuré autour de **175 propositions de réforme** visant à nourrir un futur projet de loi sur le grand âge.

- ❖ Promouvoir une image positive des personnes âgées, en reconnaissant leurs contributions à la société

En décembre 2019, un rapport intitulé « Réussir la transition démographique et lutter contre l'âgisme » a été remis au Premier ministre. Celui-ci souligne que les « les discriminations âgistes sont

⁸ Ministère des Solidarités et de la Santé, « Le CDCA : une nouvelle instance de démocratie locale au service des personnes âgées et des personnes handicapées », septembre 2016

avérées » et formule 86 propositions afin de **repenser l'avancée en âge et la perception des aînés**. Celles-ci concernent la discrimination positive, le renforcement du lien intergénérationnel, la meilleure représentativité des aînés dans la société, en particulier dans les médias⁹.

- ❖ Encourager le travail et le bénévolat des jeunes et des personnes âgées dans un cadre intergénérationnel

Dans le cadre du plan « France Relance », le gouvernement a créé, en novembre 2020, la plateforme « 1 jeune, 1 solution » qui met en relation les entreprises avec des jeunes de moins de 26 ans cherchant un emploi, une formation ou une mission. La plateforme a été complétée par le dispositif « **1 jeune, 1 mentor** », créé en mars 2021. Celui-ci vise à augmenter le nombre de jeunes qui bénéficient, pendant leur parcours scolaire, dans leurs choix d'orientation ou en phase d'insertion professionnelle, d'un **accompagnement par un mentor plus âgé**. Le mentor mobilise son expérience et ses réseaux, à raison de quelques heures par mois et contribue à lutter contre les asymétries d'information qui touchent plus particulièrement les jeunes issues de milieux modestes.

En mars 2021, le gouvernement a également créé le « **Service civique Solidarité Seniors** », afin de rompre l'isolement des jeunes et des aînés et de renforcer la solidarité intergénérationnelle. 10 000 missions de service civique sont proposées et visent à accompagner 300 000 personnes âgées isolées d'ici les trois prochaines années. Ce dispositif spécifique de volontariat contribue à lutter contre l'âgisme et à renforcer les actions de lutte contre l'isolement des personnes vulnérables engagées par les élus locaux et dans les établissements. Il permet également de pérenniser les partenariats entre le public et le secteur associatif et de renforcer l'intégration socioprofessionnelle de jeunes éloignés de l'emploi, le tout dans un cadre intergénérationnel.

- ❖ Encourager les entreprises, les organisations à but non lucratif et les entreprises publiques à faire participer les personnes âgées en tant que consommateurs à la planification et à la conception des biens et des services

En avril 2016, l'association française de normalisation (AFNOR) a créé le **label « Testé et approuvé par les seniors »**. Prenant en compte différents critères (déballage du produit, facilité d'installation et d'utilisation, intuitivité de la prise en main), ce label indique aux consommateurs que le produit est ergonomique, adapté aux capacités du plus grand nombre et notamment des personnes âgées. Le label est délivré suite à une **série de tests effectués par des personnes de plus de 60 ans**, des ergonomes et ergothérapeutes. Depuis sa création, de nombreux produits ont obtenu ce label après avoir réussi les tests : téléphone, machine à laver, application, meuble, système d'éclairage, etc. Ce label est particulièrement utilisé par les entreprises de la filière Silver économie qui ont vocation à produire des biens et/ou services innovants qui répondent aux divers besoins et attentes des personnes âgées.

- ❖ Veiller à ce que les personnes âgées puissent atteindre et maintenir leur niveau de santé et de capacité fonctionnelle le plus élevé possible en soutenant le développement d'environnements et de logements adaptés à l'âge

⁹ Dufeu Schubert, « Réussir la transition démographique et lutter contre l'âgisme », décembre 2019

Pour permettre aux personnes âgées de vivre à domicile le plus longtemps possible, les pouvoirs publics ont développé les aides permettant de financer les travaux d'adaptation du logement.

Le **plan national d'adaptation des logements** prévoit plusieurs dispositifs pour financer ces travaux. L'Agence nationale de l'habitat (ANAH) et la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) proposent aux personnes âgées les plus modestes des aides qui peuvent prendre en charge, en fonction de leurs ressources, jusqu'à 100% du coût des travaux d'adaptation. Les personnes dont les travaux ne sont pas totalement couverts par ces aides de l'ANAH et de la CNAV peuvent bénéficier d'un dispositif de microcrédit. Enfin le **crédit d'impôt « pour adaptation du logement »** a été étendu : sa couverture universelle permet de faire de chaque personne âgée un bénéficiaire potentiel. En septembre 2019, une nouvelle aide, **« l'aide à l'adaptation du logement au vieillissement »**, a été créée. Son montant peut aller jusqu'à 5 000 euros et elle permet de financer des travaux pour la salle de bain et les toilettes.

Les pouvoirs publics travaillent également à favoriser des environnements adaptés en l'âge, en intégrant les composantes sanitaires, médico-sociale et l'accessibilité. En 2016, la **démarche Paerpa « parcours de santé des personnes âgées en perte d'autonomie »**, qui s'adresse aux personnes âgées de 75 ans et plus, **a été étendue à l'ensemble des régions françaises**. Lors de sa création en 2014, le dispositif concernait neuf territoire pilotes. Il vise à maintenir la plus grande autonomie le plus longtemps possible dans le cadre de vie habituel de la personne. Pour ce faire, le dispositif repose sur le repérage des principaux facteurs d'hospitalisation évitables (dépression, chute, problèmes liés aux médicaments) et l'optimisation de la coordination des professionnels (sanitaires, sociaux et médico-sociaux) autour de la personne âgée.

1.2 Veuillez également réfléchir à la participation de votre pays aux campagnes mondiales des Nations Unies pertinentes :

1.2.1 Votre pays participe-il à une campagne mondiale de lutte contre l'âgisme menée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ? Les activités menées dans votre pays contribuent-elles aux efforts de cette campagne menée par l'OMS ? Lesquelles ? Votre participation à la campagne a-t-elle contribué à la mise en œuvre du MIPAA/RIS dans votre pays ? Quelles mesures ont été mises en place dans ce contexte ?

Les pouvoirs publics soutiennent les stratégies proposées par l'OMS pour combattre l'âgisme : la législation et les politiques peuvent s'attaquer à la discrimination et aux inégalités fondées sur l'âge. L'éducation, à tous les niveaux, peut corriger les idées fausses, fournir des informations précises et lutter contre les stéréotypes.

Afin de lutter contre les préjugés et les stéréotypes liés à l'âge, la députée Audrey Dufeu-Schubert a remis en décembre 2020 au Premier ministre un rapport parlementaire avec 85 propositions pour « réussir la transition démographique et lutter contre l'âgisme ». La proposition de loi n° 3958 du 9 mars 2021 visant à réussir la transition démographique pour lutter contre l'âgisme a été déposée le 9 mars 2021. De grandes lois, telles que celles de 2002 pour le droit des malades ou 2005 pour le droit des personnes en situation de handicap ont permis de renforcer les droits pour des personnes en situation de fragilité ou de vulnérabilité. Le titre I de la proposition de loi « lutter contre l'âgisme » propose d'élargir ce corpus en précisant les droits dont bénéficient les personnes âgées, notamment celles nécessitant une aide à l'autonomie.

1.2.2 Votre pays participe-t-il au Groupe de travail à composition non limitée sur le vieillissement des Nations Unies (OEWG-A) dans le but de renforcer la protection des droits de l'homme des personnes âgées ? Les activités menées dans votre pays contribuent-elles aux efforts du groupe de travail sur le vieillissement ? Lesquelles ? les politiques nationales garantissent-elles la protection des droits de l'homme des personnes âgées dans votre pays ? Voyez-vous des lacunes juridiques ?

La France participe activement aux travaux du Groupe de travail à composition non limitée sur le vieillissement des Nations Unies (OEWGA) depuis sa création en 2011.

La position de l'Union européenne, consacrée en groupe de travail de l'UE les droits de l'Homme (COHOM) est que l'effectivité des droits des personnes âgées réside dans une meilleure application du corpus normatif existant. Cette position, constante depuis 2011, est celle de la France: les normes et principes existants en matière de droits de l'homme constituent le cadre de l'exercice de ces droits par tous, notamment les personnes âgées. **La mise en oeuvre effective de ces normes devrait être le principal outil pour la protection et la promotion des droits de l'homme des personnes âgées.**

L'UE et ses EM se sont engagés à être à l'écoute de l'ensemble des partenaires et à avoir une approche proactive lors des discussions dans les différentes enceintes des Nations Unies, à commencer par le Groupe OEWGA.

La France a ainsi avancé plusieurs propositions en faveur d'un renforcement au sein des Nations unies de la question des droits des personnes âgées. Elle encourage notamment la révision des Principes des Nations Unies pour les personnes âgées de 1991 (résolution 46/91).

1.3 Souligner en quelques mots les réalisations politiques les plus importantes des 20 dernières années pour contribuer à donner aux individus les moyens de réaliser leur potentiel de bien-être physique, mental et social tout au long de leur vie et de participer et contribuer à la société. Donnez quelques exemples de l'évolution de la pensée, des perceptions et des attitudes à l'égard du vieillissement au cours des 20 dernières années et donnez quelques recommandations pour l'action future (ce qui est prévu/à faire) afin d'éviter l'âgisme.

La **création de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)** en 2002 a constitué une avancée majeure. Celle-ci permet aux personnes âgées en perte d'autonomie de bénéficier d'aides et services nécessaires à l'accomplissement des actes essentiels de la vie. Revalorisée en 2015, l'APA a permis d'améliorer significativement le pouvoir d'achat des bénéficiaires. 1,3 millions de personnes bénéficient de cette aide¹⁰.

La **loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement** a également constitué une avancée importante. Celle-ci a renforcé l'accompagnement à domicile et affirmé le principe du libre choix des personnes âgées tout au long de leur vie. Pour leur permettre de vivre chez elles le plus longtemps possible, les pouvoirs publics ont déployé des politiques volontaristes en matière d'adaptation de logement, mais aussi de création de nouveaux modes d'habitats, tels que l'habitat inclusif.

Au cours des dernières années, la **notion de « prévention de la perte d'autonomie » a été étendue**. Initialement centrée sur l'activité physique et la nutrition, elle prend en compte le lien social depuis

¹⁰ DREES, « L'allocation personnalisée d'autonomie », 2020

2007 et l'environnement de la personne âgée depuis 2015. Cette redéfinition a permis d'étendre les dispositifs à destination de personnes âgées et de mettre en œuvre des politiques innovantes en matière de lutte contre l'isolement social, d'aménagement de l'environnement. Aujourd'hui les pouvoirs publics travaillent à prévenir la perte d'autonomie tout au long de la vie, à travers la prévention.

Enfin, une **nouvelle réforme pour la politique du grand âge et l'autonomie** est envisagée. Un projet de loi est en préparation, nourri par divers travaux préliminaires (rapports, consultations publiques et travaux associatifs). Les enjeux prioritaires soulignés dans ces travaux concernent : la disponibilité de l'offre d'accompagnement sur l'ensemble du territoire, la simplification du parcours des personnes âgées, le développement des dispositifs de proximité pour faciliter la prise en charge à domicile et la meilleure prise en compte de la pluralité des situations socio-économiques.

2. Favoriser l'allongement de la vie professionnelle et maintenir la capacité à travailler

2.1 Quelles mesures ont été mises en œuvre pour reconnaître le potentiel lié à l'emploi des travailleurs âgés et pour élaborer des stratégies du marché du travail visant à promouvoir des possibilités de pleine participation pour les travailleurs de tous âges, conformément aux engagements 3,4,5,6,8 et 10 de la Stratégie régionale d'exécution et aux objectifs de la déclaration de Lisbonne ?

❖ Promouvoir les possibilités d'apprentissage tout au long de la vie

La loi n°2018-771 du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel a réformé l'apprentissage et la formation professionnelle, afin de faciliter l'accès à la formation et les reconversions professionnelles. Chaque actif dispose d'un **compte professionnel de formation (CPF)**, qui lui permet de **cumuler, dès l'entrée dans la vie active et jusqu'à la retraite, des droits à la formation**. Le CPF est crédité de 500 euros par an (800 euros pour les personnes les moins qualifiées). Les personnes à mi-temps bénéficient des mêmes droits à la formation que les salariés à temps plein et le CPF des personnes en situation de handicap est abondé. Le CPF permet de **suivre une formation qualifiante ou certifiante**. Il permet également de changer de métier ou de profession dans le cadre d'un **projet de transition professionnelle** tout en bénéficiant d'un congé spécifique durant le temps de formation. Le CPF reste actif après le passage à la retraite et peut être alimenté grâce à des activités de bénévolat et de volontariat.

❖ Lutter contre le chômage à tous les âges

Les pouvoirs publics travaillent à **sécuriser l'employabilité des personnes âgées**. Ils encouragent les employeurs à adopter le **contrat de professionnalisation** - qui permet au salarié de suivre une formation en parallèle de son activité et d'acquérir une qualification professionnelle – pour les personnes âgées. Une aide de 2 000 euros est versée à tout employeur qui embauche un demandeur d'emploi de 45 ans ou plus dans ce cadre. Ce dispositif existe depuis 2011 et un certificat de réalisation a été mis en place en 2020 afin d'harmoniser les pratiques entre les opérateurs de compétences, les entreprises et les organismes de formation.

Le **parcours emploi compétence**, créé en 2018, s'adresse spécifiquement aux personnes éloignées de l'emploi, dont font partie les jeunes et les personnes âgées. Celui repose sur trois piliers : un emploi

permettant de développer des compétences transférables, un accès facilité à la formation et un accompagnement tout au long du parcours par l'employeur et le service public de l'emploi.

Les pouvoirs publics ont également adopté des **mesures spécifiques à destination des personnes âgées concernées par le chômage de longue durée**. En 2017, ils ont lancé l'expérimentation « **territoires zéro chômeur de longue durée** ». Les chômeurs de longue durée sont employés en contrat à durée indéterminée (CDI) par des entreprises de l'économie sociale et solidaire, dites entreprises à but d'emploi (EBE) pour des activités non couvertes par le secteur privé des bassins d'emploi concernés (recycleries, épiceries ou garages solidaires). Le dispositif associe l'Etat, les collectivités territoriales, les entreprises à but d'emploi et des organisations de la société civile. L'expérimentation, menée dans 10 territoires depuis 2017, a eu d'excellents résultats (72,5% sont sortis de la privation d'emploi en 2019), elle a donc été reconduite pour cinq années supplémentaires en 2020.

Enfin **deux contrats spécifiques** ont été créés par la loi n°2020-1577 du 14 décembre 2020 relative au renforcement de l'inclusion dans l'emploi par l'activité économique et à l'expérimentation « territoires zéro chômeur de longue durée ». Le **CDI d'inclusion senior**, permet aux structures d'intégration par l'activité économique - qui ont vocation à accompagner les personnes très éloignées de l'emploi - d'embaucher une personne âgée de plus de 57 ans et d'élaborer un parcours d'accompagnement professionnel jusqu'à la retraite du salarié. Ce dispositif complète les contrats à durée déterminée (CDD) de 36 mois qui existent depuis 2006. Le **contrat passerelle**, poursuit le même objectif, mais il s'applique aux entreprises classiques. Il est expérimenté sur trois ans.

❖ Réduire les inégalités financières et la pauvreté

En 2018, la France a adopté une **stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté** (2018-2022) articulée autour de cinq axes : promouvoir l'égalité des chances dès les premiers pas pour rompre la reproduction de la pauvreté ; garantir un parcours de formation pour tous les jeunes ; renforcer l'accès aux droits ; lutter contre les inégalités de santé et accompagner vers l'activité pour sortir de la pauvreté. La politique de lutte contre la pauvreté repose ainsi sur des **dispositifs de prévention de la pauvreté** dès le plus jeune âge et des mécanismes **d'accompagnement ciblé pour faciliter le retour à l'activité et la sortie de la pauvreté**.

Des mesures d'urgence ont également été intégrées dans cette stratégie, dans le contexte de la pandémie de la COVID-19. Une **aide exceptionnelle de solidarité** a été versée à quatre millions de foyers modestes et bénéficiaires des minima sociaux (880 millions d'euros). Un **plan de soutien massif à destination des associations de lutte contre la pauvreté** a été adopté pour accompagner les personnes les plus précaires. Ce fonds de 100 millions d'euros s'adresse plus particulièrement aux associations œuvrant dans les domaines suivants : lutte contre la précarité alimentaire et accès aux biens essentiels (alimentation et hygiène), accès aux droits, soutien aux familles, insertion sociale et professionnelle.

❖ Prendre des mesures pour réduire l'écart de rémunération entre les hommes et les femmes

Les pouvoirs publics ont mis en place un dispositif contraignant afin de combler l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes. Depuis 2019, les entreprises sont tenues de calculer et de publier annuellement sur leur site internet un **index de l'égalité professionnelle femmes-**

hommes. Cet index attribue une note globale sur 100 et mesures, à travers cinq critères, si à qualifications et compétences égales, les femmes obtiennent les mêmes salaires que les hommes et si elles ont les mêmes chances d'avoir une augmentation et une promotion. Il évalue aussi si toutes les salariées sont augmentées à leur retour de congé maternité dès lors que des hausses ont été accordées. Il examine enfin le taux de femmes dans les salaires les plus hauts. Si le score est inférieur à 75 points, l'entreprise dispose d'un délai de trois ans pour mettre en place un plan de correction. Si la note est toujours inférieure passé ce délai, elle est sanctionnée par une amende. L'obligation a été progressivement étendue des entreprises de 1000 salariés (au 1^{er} mars 2019) à celles de plus de 250 salariés (au 1^{er} septembre 2019) et de plus de 50 salariés (au 1^{er} mars 2020). L'analyse des résultats obtenus en 2020 par les entreprises de plus de 250 salariés a démontré l'efficacité de ce dispositif.

- ❖ Encourager les employeurs à valoriser l'expérience des travailleurs âgés, à les retenir et à les embaucher

Les mesures visant à encourager les employeurs à valoriser l'expérience des travailleurs âgés et à les embaucher ont été détaillées précédemment. Pour retenir les travailleurs âgés, les pouvoirs publics ont adopté une stratégie qui vise à donner aux entreprises les moyens **d'accompagner au mieux le vieillissement de leurs employés.**

Le **troisième plan de santé au travail (2016-2020)** comprend trois axes : le développement d'une culture de la prévention ; l'amélioration de la qualité de vie au travail (QVT) ; le renforcement du dialogue social. Les **agences nationales et nationales et régionales pour l'amélioration des conditions de travail** jouent un rôle essentiel dans la mise en œuvre de ce plan, en accompagnant les entreprises dans le maintien des personnes âgées dans l'emploi **et la prévention de l'usure professionnelle.**

En 2016, la Délégation générale à l'emploi et à la formation professionnelle (DGEFP) a lancé à un appel à projet « Promouvoir le vieillissement actif via le maintien et le retour à l'emploi des séniors ». L'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT) a développé, dans ce cadre, le **projet « PACT Seniors »** (2016-2018) avec les objectifs suivants : comprendre les leviers et les freins spécifiques au maintien dans l'emploi des séniors en prenant en compte tous les déterminants des conditions de travail ; recenser les pratiques et expérimenter de nouvelles formes d'actions territoriales et en entreprises ; outiller divers acteurs ; capitaliser, ajuster et déployer les ingénieries testées ; produire des recommandations sur les meilleures ingénieries d'action publique pour maximiser les impacts. Le projet a abouti à l'élaboration d'un **kit pratique « L'usure professionnelle. Comment agir pour l'éviter ».**

- ❖ Offrir des incitations à l'allongement de la vie professionnelle et à la flexibilité des choix de retraite

Les réformes successives des régimes de retraite ont, par leurs incitations à l'allongement de la vie professionnelle, contribué à l'augmentation du taux d'emploi des seniors et à l'âge moyen de départ à la retraite. Ces réformes ont également prévu une **grande flexibilité dans les choix de retraite**, pour s'adapter au mieux à la pluralité des situations socioéconomiques des personnes âgées.

La **retraite progressive** à partir de 60 ans permet de continuer à travailler à temps partiel et de percevoir une partie de sa pension de retraite. Le nombre de bénéficiaires de ce dispositif a été multiplié par 3,3 entre 2015 et 2018. Le **cumul emploi-retraite** permet aux actifs qui ont atteint l'âge

légal de départ à la retraite de continuer à exercer une activité professionnelle et de percevoir une pension. Un retraité sur deux est concerné par ce dispositif à partir de 65 ans¹¹. Enfin, la **surcote** permet de majorer le montant de sa pension de retraite, en poursuivant son activité après 62 ans.

Des dispositifs spécifiques sont également prévus pour les salariés qui ont commencé à travailler avant très jeune (**retraite anticipée pour carrière longue**) et les personnes atteintes d'une incapacité permanente d'origine professionnelle (**retraite anticipée du salarié pour pénibilité du travail**).

- ❖ La planification et la mise en œuvre de réformes des retraites, qui tiennent compte de l'augmentation de la longévité et de l'allongement de la vie professionnelle

La prise en compte du vieillissement continu de la population et de l'allongement de l'espérance de vie est au cœur des dernières réformes des retraites opérées en France : la **durée de cotisation** nécessaire pour obtenir une retraite à taux plein **a été allongée** (loi n°2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites), **l'âge d'ouverture des droits à la retraite a été relevé** progressivement de 60 à 62 ans et l'âge de liquidation d'une retraite sans décote a été relevé progressivement de 65 à 67 ans (loi n°2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réformes des retraites). Ces réformes ont permis de limiter la hausse des effectifs de retraités à 1,0 % par an entre 2010 et 2018, contre 2,6 % entre 2005 et 2010. Les pouvoirs publics travaillent actuellement à une nouvelle réforme des retraites. Celle-ci vise à homogénéiser les différents régimes de retraite en créant un système de retraite universel par points et à inciter les Français à travailler plus longtemps en instaurant un âge d'équilibre à 64 ans. L'adoption de cette réforme a été reportée suite à la pandémie de COVID-19, afin de prioriser le retour à l'emploi.

- ❖ Faciliter la conciliation du travail et des soins

La France compte près de **11 millions d'aidants** qui prennent en charge un proche malade, handicapé ou âgé. 4,6 millions d'entre eux exercent en parallèle une activité professionnelle¹². Au cours des dernières années, les pouvoirs publics leur ont reconnu un **statut à part entière** et ont créé des **dispositifs spécifiques pour les accompagner du mieux que possible**. La loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement a créé un « **droit au répit** ». Grâce à celui-ci, le proche aidant peut bénéficier d'une aide allant jusqu'à 500 euros par an pour financer la prise en charge de la personne dépendante dans une structure adaptée, lui permettant de se reposer durant quelques temps. Ce droit au répit a été approfondi en 2020 avec l'entrée en vigueur d'un « **congé de proche aidant** » indemnisé.

Ce congé s'inscrit dans le cadre de la **stratégie de mobilisation « Agir pour les aidants » (2020-2022)**, que la France a adoptée en 2019. Celle-ci vise à : mieux reconnaître le rôle des aidants, mieux les accompagner dans leurs démarches ; prévenir l'épuisement et l'isolement en ouvrant de nouveaux droits dans le monde professionnel et en augmentant les capacités d'accueil des lieux de répit ; faciliter leur retour à l'emploi après une interruption dans leur parcours professionnel.

¹¹ DREES, « Le cumul emploi-retraite », 2020

¹² Fondation April et Institut BVA, « Baromètre des Aidants », 2019

2.2 Quelles mesures spéciales votre pays a-t-il prises pour combler l'écart de rémunération et de pension entre les femmes et les hommes et pour tenir compte de la situation particulière des femmes âgées ?

Les pouvoirs publics ont mis en place un dispositif contraignant – **l'index de l'égalité professionnelle femmes-hommes**, afin de combler l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes (voir 2.1).

Concernant l'écart de pension : le système de retraite français intègre à la fois une logique contributive (dans laquelle les assurés acquièrent des droits à retraite en contrepartie des cotisations) et une logique non-contributive dans laquelle des droits sont acquis au titre de la solidarité nationale. La logique non-contributive prend la forme de divers dispositifs de solidarité qui rentrent en compte dans le calcul du montant de la pension de retraite. **Parce qu'ils contribuent de manière plus significative à la pension des femmes (22%) qu'à celle des hommes (12,4%), ces mécanismes de solidarité permettent de réduire les écarts de pension entre femmes et hommes.** Les femmes bénéficient par exemple d'un ensemble de dispositifs au titre de la naissance et de l'éducation des enfants : majorations de durée d'assurance accordées au titre de la naissance et de l'éducation des enfants, trimestres validés en cas de réduction de l'activité professionnelle faisant suite à la naissance d'un enfant. En raison de leur faible niveau de pension, **les femmes bénéficient également plus régulièrement que les hommes des minima de pension** : le minimum garanti (Miga), le minimum contributif (Mico) et la pension majorée de référence (PMR).

2.3 Souligner en quelques mots la réalisation la plus importante des 20 dernières années en matière de reconnaissance du potentiel que recèle l'emploi des travailleurs âgés et d'élaboration de stratégies du marché du travail visant à promouvoir des possibilités de pleine participation pour les travailleurs de tous âges ? Formulez quelques recommandations pour l'action future (ce qui est prévu/à faire).

Les réformes des retraites, conjuguées aux efforts de **prévention de l'usure professionnelle** et de **promotion de l'insertion par l'activité** ont permis d'accroître le taux d'emploi des personnes âgées, tout en prenant en compte la diversité de leurs parcours et leurs situations socioéconomiques.

La prévention de l'usure professionnelle permet aux salariés de rester en bonne santé le plus longtemps possible jusqu'à leur départ en retraite. Elle participe donc à **maintenir les personnes âgées dans l'emploi** et à lutter contre la désinsertion professionnelle. L'insertion par l'activité permet de **cibler les publics les plus éloignés de l'emploi** et d'encourager leur retour vers l'activité professionnelle. Les mesures de lutte contre le chômage de longue durée et les dispositifs d'emploi combiné à des formations permettent de rétablir l'employabilité de la personne en tenant compte de sa situation particulière et de favoriser son intégration durable à la vie professionnelle.

Si ces initiatives ont permis d'accroître le taux d'emploi des personnes âgées, les départs anticipés sont encore privilégiés par les employeurs et les salariés. L'idée d'un « déclin professionnel » en milieu de carrière demeure très ancrée. Les efforts pour lutter contre l'âgisme devront donc être poursuivis à l'avenir, afin de faire évoluer les mœurs.

3. Permettre de vieillir dans la dignité

3.1 *Quelles mesures ont contribué à protéger la jouissance par les personnes âgées de tous les droits de l'homme et de la dignité, à promouvoir leur autonomie, leur autodétermination et leur participation à la société, et à garantir qu'aucune loi, politique ou programme ne laisse place à une quelconque discrimination, conformément aux engagements 7,8,9 et 10 de la Stratégie régionale d'exécution et aux objectifs de la déclaration de Lisbonne ?*

- ❖ Protéger la jouissance par les personnes âgées de tous les droits de l'homme et de la dignité, promouvoir leur autonomie, leur autodétermination et leur participation à la société

La protection des droits et de la dignité des personnes âgées est ancrée dans le cadre législatif français. La loi assure la primauté de la personne, interdit toute atteinte à la dignité de celle-ci et garantit le respect de l'être humain dès le commencement de sa vie (article 16 du Code civil). La personne malade a le droit au respect de sa dignité (Code de santé publique, article L1110-2). Toute personne prise en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux a le droit au « respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité, de sa sécurité et de son droit à aller et venir librement » (article L311-3 du Code de l'action sociale et des familles).

La loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement a posé un cadre structurant en matière d'autonomie, d'autodétermination et de participation des personnes âgées à la société. La **priorité a été donnée à l'accompagnement à domicile**, afin que les personnes âgées puissent vieillir chez elles dans de bonnes conditions et de manière autonome le plus longtemps possible. Les **droits et libertés des personnes âgées ont été renforcés pour leur apporter une meilleure protection**. La procédure d'acceptation du contrat de séjour a été généralisée au moment de sa signature à l'entrée en maison de retraite, permettant de mieux s'assurer du consentement de la personne accueillie, de la connaissance et de la compréhension de ses droits. Des actions de communication ont été déployées pour mieux connaître le mandat de protection future, qui permet d'anticiper sa perte d'autonomie et organiser à l'avance sa propre protection. La **participation sociale des personnes âgées a été soutenue** en supprimant les obstacles à la participation, en compensant la perte de capacités ou d'autonomie et créant des environnements favorables.

Ce cadre a ensuite été approfondi par la stratégie nationale de prévention de la perte d'autonomie, intitulée « **Vieillir en bonne santé** » (2020-2022).

- ❖ Soutenir l'infrastructure et l'assistance nécessaires pour prévenir tous les types d'abus et de violence à l'égard des personnes âgées

Le 3977 est le **numéro national de signalement des situations de maltraitance des personnes âgées**. Le dispositif s'adresse aussi aux victimes, témoins, professionnels de santé ainsi qu'aux proches aidants qui rencontrent des difficultés au quotidien. Des campagnes d'information sont régulièrement déployées – à la radio et à la télévision – pour faire connaître ce numéro.

Plusieurs mesures visant à protéger les droits des personnes âgées ont été instaurées par la loi d'adaptation de la société au vieillissement. Toute personne hébergée ou accompagnée par des

établissements ou services sociaux et médico-sociaux peut à présent **désigner une personne de confiance**. Celle-ci est consultée dans le cas où la personne âgée rencontre des difficultés dans la connaissance et la compréhension de ses droits.

Depuis le 1^{er} janvier 2017, s'applique également une **obligation de signalement des situations de maltraitance**. Les structures sociales et médico-sociales ont l'obligation de déclarer « *tout dysfonctionnement grave dans leur gestion ou organisation susceptible d'affecter la prise en charge des usagers et tout évènement ayant pour effet de menacer ou de compromettre la santé, la sécurité ou le bien être des personnes prises en charge* ». La procédure de signalement s'applique à onze catégories d'évènements, dont les cas de maltraitance, les décès accidentels et les défauts de soins. Le signalement incombe au directeur de la structure, tenu de communiquer « sans délai et par tout moyen » les informations aux autorités compétences (selon les cas le préfet de département, le directeur général de l'Agence régionale de santé (ARS) ou le président du Conseil départemental). Le conseil de la vie sociale (CVS) de l'établissement doit également être prévenu de la nature du dysfonctionnement ou de l'évènement concerné et, le cas échéant, des mesures prises pour y remédier.

- ❖ Encourager le développement de méthodes et de services innovants ainsi que de technologies et de produits faciles à utiliser et adaptés aux personnes âgées

En France, de nombreux acteurs contribuent aux innovations au service des personnes âgées, et ce dans divers domaines (aide à la mobilité ; confort de vie, bien être et autonomie ; communication, lien social et loisirs ; technologies pour établissements d'hébergement des personnes dépendantes). La **Société française des technologies pour l'autonomie et de gérontechnologie (SFTAG)** a pour mission de faciliter la recherche, la formation et l'information sur les technologies liées à l'autonomie. Le **Centre d'expertise national des technologies de l'information et de la communication pour l'autonomie (CENTICH)** a pour mission d'accélérer le développement et l'usage des technologies pour l'autonomie et la santé. L'**Association des solutions innovantes pour l'autonomie et gérontechnologies (ASIPAG)** a pour objectif de fédérer et de représenter les concepteurs et fabricants des technologies pour l'autonomie. Enfin la **Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)** apporte son soutien à des projets de nouvelles technologies au service de l'autonomie.

Les pouvoirs publics ont soutenu le développement des nouvelles technologies au service de l'âge. Dans le cadre de la loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, ils ont relancé et structuré la **filière Silver Economie**. Créée en 2013, celle-ci rassemble l'ensemble des acteurs qui proposent des solutions et produits pour répondre aux besoins des seniors - qu'ils soient actifs et indépendants, fragiles ou en perte d'autonomie. Depuis octobre 2018, la filière est animée par l'association France Silver Éco, missionnée par l'Etat.

- ❖ Améliorer les normes de qualité des services intégrés de soins sociaux et de longue durée et des services de santé, et adapter en permanence le statut, la formation et les conditions de travail des professionnels de la santé

L'amélioration de la qualité et de la pertinence des soins est au cœur de la **stratégie « Ma Santé 2022 »** adoptée par les pouvoirs publics en 2018. Celle vise à mettre fin aux actes ou examens inutiles,

organiser une meilleure prise en charge et tenir compte de l'expérience des patients dans les soins prodigués. A cette fin, la stratégie prévoit de : **mesurer systématiquement la satisfaction des patients et des résidents** - que ces derniers soient suivis à l'hôpital ou en clinique, en cabinet, en maison ou en centre de santé, en EHPAD – afin d'évaluer les structures et recenser les bonnes pratiques des professionnels de santé ; **améliorer la prise en charge de certains parcours spécifiques** (bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), obésité, coronaropathie stable, Parkinson puis accident vasculaire cérébral (AVC), épilepsie) en tenant compte de l'efficacité clinique et de l'expérience patient ; **développer l'exploitation des données disponibles grâce aux outils numériques**.

L'amélioration du statut, de la formation et des conditions de travail des professionnels de santé est également une priorité d'action des pouvoirs publics. En décembre 2016, la France a adopté une **stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail (QVT) pour les professionnels de santé**, intitulée « **Prendre soin de ceux qui nous soignent** ». Celle-ci vise à améliorer l'environnement et les conditions de travail, améliorer la sécurité des professionnels, prévenir et prendre en charge la souffrance au travail. Pour atteindre ces objectifs, la stratégie propose des actions ciblées aux réponses aux conditions de travail spécifiques des professionnels du soin : contraintes horaires et physiques particulières, charge mentale et émotionnelle, transformation de l'organisation du travail induits par diverses réformes avec un impact spécifique pour les professionnels exerçant dans les établissements et en ambulatoire.

En juillet 2020, les conclusions du « Ségur de la santé » ont abouti à des investissements majeurs articulés autour de quatre piliers : **transformer les métiers et revaloriser ceux qui soignent** ; définir une nouvelle politique d'investissement et de financement au service de la qualité des soins ; simplifier les organisations et le quotidien des équipes de santé pour qu'elles se consacrent en priorité à leurs patients ; fédérer les acteurs de la santé dans les territoires au service des usagers.

- ❖ Soutenir la recherche sur le processus de vieillissement des individus et des populations afin de mieux répondre aux besoins émergents dans les sociétés vieillissantes

En janvier 2014, le Centre national de la recherche scientifique (CNRS) a créé le **Groupement de recherche (GDR) « Longévité et vieillissements »** afin de renforcer la communauté française des chercheurs en sciences humaines et sociales (SHS) sur les questions du vieillissement, en favorisant l'interconnaissance et les collaborations pluridisciplinaires entre les équipes de recherche. **L'Institut de la Longévité, des Vieillesse et du Vieillissement (ILLV)**, créé en janvier 2018, a pris le relais du GDR à la fin de son mandat. L'ILLV est un groupement d'intérêt scientifique (GIS), porté par neuf organismes. Dans la continuité du GDR, l'ILLV a pour mission de promouvoir et animer les recherches françaises en SHS, en portant une vision plurielle du vieillissement, de faire connaître les travaux conduits en France et de faciliter les coopérations interdisciplinaires pour éclairer la diversité des vieillesse.

La DREES éclaire également le processus de vieillissement, à travers ses études qui décrivent **l'état de santé objectif de la population des seniors** (maladies chroniques, recours aux soins) et la **santé perçue**. La DREES contribue à une meilleure connaissance de la santé des personnes âgées à travers **l'exploitation d'enquêtes en population générale** - comme l'enquête santé européenne (EHIS) ou

d'enquêtes plus ciblées comme **l'enquête CARE (Capacités, Aides et Ressources des Seniors)** auprès des personnes de plus de 60 ans vivant en ménages ordinaires et en institutions - et des données médico-administratives du système national des données de santé (SNDS). Enfin la DREES produit **l'indicateur de l'espérance de vie sans incapacité (EVSI)** qui permet d'apporter une dimension qualitative en mesurant les années passées « en bonne santé ».

- ❖ Promouvoir la participation à la vie sociale et communautaire des personnes atteintes de démence et/ou de troubles mentaux et comportementaux et de leurs aidants informels

En juin 2018 les pouvoirs publics ont adopté une **feuille de route de la santé mentale et de la psychiatrie**. L'amélioration de l'inclusion sociale et de la citoyenneté des personnes avec des troubles psychiques constitue le troisième axe de cette feuille de route. Dans ce cadre les objectifs suivants ont été établis : consolider et élargir l'offre de **groupements d'entraide mutuelle (GEM¹³)** qui constituent à ce jour le modèle le plus abouti d'inclusion des personnes dans la société par les pairs ; déployer **des dispositifs d'emploi accompagné** sur l'ensemble du territoire ; améliorer l'accès et le maintien des personnes dans un **logement autonome et accompagné** (en mobilisant l'habitat inclusif et le dispositif « Un chez soi d'abord »¹⁴) ; améliorer **l'accompagnement médico-social** des personnes ayant des troubles psychiques sévères et persistants, en situation de ruptures de parcours ou de non-recours.

La feuille de route s'inscrit dans le cadre du **plan maladies neurodégénératives (2014-2019)**. Ce dernier vise à : **connaître et faire connaître les maladies et la réalité de vie des malades et de leurs proches** pour favoriser la compréhension et lutter contre la stigmatisation ; **créer les conditions d'une vie plus simple et autonome chez soi et dans la société** ; reconnaître un rôle et des droits spécifiques pour les aidants et soutenir ces derniers.

- ❖ Respecter l'autodétermination, l'indépendance et la dignité des personnes âgées, en particulier, mais pas seulement, vers la fin de la vie

La prise en charge médicale de la fin de vie est encadrée par le cadre législatif suivant : la loi n°2002-303 du 2 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (dite loi Kouchner), la loi n°2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie (dite loi Léonetti) et la loi n°2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie.

La loi Kouchner reconnaît aux malades le droit de décideur eux-mêmes de la poursuite ou de l'arrêt des traitements. La loi Léonetti interdit l'acharnement thérapeutique et autorise les médecins, dans certaines conditions, à limiter ou à arrêter les traitements.

¹³ Les groupements d'entraide mutuelle (GEM) sont des structures de prévention et de compensation de la restriction de participation à la vie en société (prévus par la loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Ils s'apparentent à des dispositifs d'entraide mutuelle entre pairs, en constituant avant tout un collectif de personnes concernées par des problématiques de santé ou des situations de handicap similaires et souhaitant se soutenir mutuellement dans les difficultés éventuellement rencontrées, notamment en termes d'insertion sociale, professionnelle et citoyenne

¹⁴ Ce dispositif, conçu et expérimenté pour les personnes à la rue ayant des troubles psychiques graves et persistants dans quatre premiers sites a été étendu à 16 autres sites

La loi de 2016 renforce les droits des patients dans la prise en charge de la fin de vie. Elle **clarifie les conditions de l'arrêt des traitements** au titre du refus de l'obstination déraisonnable. Elle instaure un **droit à la sédation profonde et continue** jusqu'au décès pour les personnes dont le pronostic vital est engagé à court terme. Enfin, elle précise que **les directives anticipées** deviennent l'expression privilégiée de la volonté du patient hors d'état de le faire et que celles-ci s'imposent désormais aux médecins.

La loi de 2016 a induit plusieurs changements pour les professionnels de santé. Ces derniers sont à présent tenus de mettre en œuvre tous les moyens à leur disposition pour que toute personne ait le droit d'avoir une fin de vie digne et accompagnée du meilleur apaisement possible de la souffrance (article 1). Ils ont un rôle renforcé d'information auprès de leurs patients sur la possibilité et les conditions de rédaction de directives anticipées (article 8). Enfin le médecin a l'obligation de respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix et de leur gravité, de refuser ou ne pas recevoir un traitement (article 5).

3.2 Souligner en quelques mots les réalisations les plus importantes des 20 dernières années en matière de protection de la jouissance de tous les droits de l'homme par les personnes âgées et d'amélioration des normes de qualité des services intégrés de soins sociaux et de longue durée et des services de santé, ainsi que d'adaptation du statut, de la formation et des conditions de travail des professionnels des soins. Formulez quelques recommandations pour l'action future (ce qui est prévu/à faire)

Le « **Ségur de la Santé** », dont les conclusions ont été présentées en juillet 2020, constitue l'une des réalisations les plus significatives des dernières années. Tout d'abord parce qu'il prévoit des **investissements massifs** : 19 milliards d'euros d'investissement dans le système de santé pour améliorer la prise en charge des patients et le quotidien des soignants, 8,2 milliards d'euros par an pour revaloriser les métiers des établissements de santé et des EHPAD. Mais également car il adresse une **pluralité d'enjeux** : la rémunération et l'évolution des carrières, les conditions de travail et l'investissement dans les établissements, la reconnaissance de l'engagement au quotidien, ou encore la place des soignants dans la prise de décision à l'hôpital.

Pour l'action future, les efforts menés pour renforcer l'attractivité des métiers du soin et du grand âge devront être poursuivis et amplifiés. Cet enjeu s'avère d'autant plus nécessaire que ces professionnels ont été extrêmement fortement sollicités dans la réponse à la pandémie de la COVID-19.

PARTIE III : Vieillir en bonne santé et de manière active dans un monde durable

1. Contribution des politiques liées au vieillissement à la mise en œuvre de l'Agenda 2030 et de ses objectifs de développement durable (ODD)

1.1 Votre pays a-t-il déjà soumis un ou plusieurs rapports nationaux volontaires (VNR) au Forum politique de haut niveau (FPHN) sur la mise en œuvre des ODD ? Veuillez indiquer brièvement si et comment les questions relatives au vieillissement de la population et aux personnes âgées ont été traitées dans le(s) rapport(s) national(aux) volontaires de votre pays.

La France a présenté sa démarche de mise en œuvre de l'Agenda 2030 dès le premier FPHN en 2016, à travers une **revue nationale volontaire**. Celle-ci dresse un premier état des lieux de la mise en œuvre

des 17 ODD en identifiant les principaux enjeux et défis, les orientations de l'action gouvernementale et les bonnes pratiques. La France a ensuite présenté un **point d'étape volontaire** sur la mise en œuvre des ODD durant le FPHN de 2017, 2018 et 2019. En septembre 2019, elle a présenté sa **feuille de route** pour la mise en œuvre de l'Agenda 2030.

Les questions relatives au vieillissement de la population et aux personnes âgées ont été traitées sous **l'angle de la santé**.

« Pour l'avenir la France doit relever deux défis majeurs : l'égalité de l'accès aux soins dans les territoires et le vieillissement de la société française dont l'espérance de vie à la naissance atteint en 2015, en France métropolitaine, 85,1 ans pour les femmes et 79 ans pour les hommes. Il s'agit d'anticiper les nouveaux besoins et les nouvelles formes de solidarité intergénérationnelle ainsi que leurs financements. En outre, la France doit amplifier sa politique en faveur des personnes handicapées, à la fois en matière d'accessibilité, de vulnérabilité et d'inclusion dans la société » (Revue nationale volontaire, 2016)

« La France doit poursuivre et renforcer son adaptation aux évolutions sanitaires, qu'elles soient démographiques, sociales, territoriales, épidémiologiques ou encore environnementales. De fait le vieillissement de la population et le contexte économique et financier impactent directement plusieurs déterminants de la santé » (Point d'étape, 2017)

Dans la feuille de route pour la mise en œuvre de l'Agenda 2030, le vieillissement est évoqué dans le cadre de la quatrième priorité *« permettre à chacun d'avoir un accès aux soins facilité et structuré »*.

1.2 Dans le cadre de la planification politique nationale, existe-t-il des liens établis entre les questions de vieillissement et l'Agenda 2030 (une cartographie des liens entre le MIPAA/RIS et les ODD qui montrent les domaines d'intégration des politiques est disponible sur le site web de la CEE-ONU) ?

En 2030, les personnes plus de 65 ans seront plus nombreuses que celles de moins de 15 ans en France. Cette transition démographique est prise en compte dans l'ensemble des politiques liées au vieillissement. L'Agenda 2030 constitue un cadre de référence pour les pouvoirs publics et ses priorités se retrouvent dans la planification politique nationale. Ainsi la stratégie nationale de santé (2018-2022) a pour objectif prioritaire de **lutter contre les inégalités** sociales et territoriales de santé. La stratégie *« Vieillir en bonne santé »* (2020-2022) réaffirme l'importance de la **coopération multi-acteurs** pour adapter l'ensemble du cadre de vie et garantir l'autonomie des personnes âgées. Les pouvoirs publics, collectivités, entreprises et associations travaillent ensemble pour adapter l'ensemble du cadre de vie et garantir l'autonomie des personnes âgées.

1.3 Compte tenu des informations communiquées sur la mise en œuvre du MIPAA/RIS, quels sont les ODD les plus pertinents qui pourraient bénéficier des mesures politiques actuelles (préciser lesquelles) ? Ont-ils été ou seront-ils inclus dans le(s) VNR de votre pays ? Décrivez un à trois exemples de bonnes pratiques.

Les ODD les plus pertinents pour les politiques publiques liées au vieillissement sont l'ODD 1 *« Pas de pauvreté »*, l'ODD 3 *« Santé et bien-être »*, l'ODD 5 *« Égalité entre les sexes »*, l'ODD 8 *« travail décent »*

et croissant économique », l'ODD 10 « Inégalités réduites », l'ODD 11 « Villes et communautés durables » et l'ODD 17 « Partenariats pour la réalisation des objectifs ».

En effet, les politiques publiques contribuent à : réduire toutes les formes de vulnérabilités qui touchent les personnes âgées (ODD 1), renforcer les liens entre santé, vieillissement et perte d'autonomie (ODD 3), lutter contre les discriminations liées au sexe (5), maintenir les personnes âgées dans l'emploi et valoriser leur contribution (ODD 8), atténuer les inégalités sociales et territoriales (ODD 10), réduire les inégalités sociales et territoriales (ODD 10), aménager les villes et les infrastructures pour permettre aux personnes âgées d'être pleinement autonomes (ODD 11), mobiliser une pluralité d'acteurs pour atteindre les objectifs fixés (ODD 11).

Vieillir ensemble, en béguinage : le béguinage pour les seniors se développe partout en France. Ce dispositif permet aux personnes âgées de vivre dans un lieu semi-commun, tout en préservant leur autonomie et leur intimité. Chaque habitant dispose d'un logement individuel et des espaces communs permettent aux habitants de se retrouver le temps d'un repas, d'une activité ou d'une discussion. Les espaces sont adaptés aux personnes en perte d'autonomie et/ou à mobilité réduite. Le béguinage permet ainsi de proposer une alternative aux maisons de retraite et de rompre l'isolement.

2. Enseignements tirés de la gestion des conséquences et des impacts pour les personnes âgées dans les situations d'urgence : la pandémie de la COVID-19

2.1 Comment les personnes âgées ont-elles été touchées par la COVID-19 dans votre pays ? La part d'hospitalisation et le taux de mortalité des personnes âgées en 2020 étaient-ils plus élevés que ceux de la population en général par rapport aux observations précédentes à long terme ?

Les **personnes âgées sont davantage susceptibles de contracter des formes graves de la COVID-19**. Les risques d'être hospitalisé ou de décéder des suites de ce virus augmentent de façon exponentielle avec l'âge. D'après l'analyse des données issues des séjours hospitaliers en France, les patients atteints de COVID-19 d'un certain âge présentent, comparativement aux 18-49 ans, 3 fois plus de risque de décès (50 à 64 ans), sept fois plus de risque de décès (65 à 74 ans), 10 fois plus de risque de décès (75 à 80 ans), 16 fois plus de risque de décès (au-delà de 80 ans). L'âge médian des personnes hospitalisées depuis le 1^{er} mars 2020 est de 73 ans.

Entre le 1^{er} mars 2020 et le 11 avril 2021, 98 778 décès de patients COVID-19 ont été rapportés : 72 654 décès sont survenus au cours d'une hospitalisation et 26 124 décès en EHPAD et autres établissements sociaux et médicosociaux (ESMS). **93% des cas de COVID-19 décédés étaient âgés de 65 ans ou plus** (15% pour les 65-74 ans et 78% pour les 75 ans et plus)¹⁵.

Une **forte surmortalité a été constatée en 2020** (55 500 décès de plus qu'en 2019 (+9,1%)) et **celle-ci a principalement concerné les personnes âgées de plus de 70 ans (+11%)**¹⁶.

2.2 Qu'a-t-on fait pour garantir que les décisions difficiles en matière de soins de santé concernant les personnes âgées soient guidées par un engagement en faveur de la dignité et du droit à la

¹⁵ Santé Publique France, Données au 11 avril 2021

¹⁶ Insee Première, n°1847, Mars 2021, « 2020 : une hausse de décès inédite depuis 70 ans »

santé ? Veuillez réfléchir aux recommandations de la note d'orientation du Secrétaire général, le cas échéant, et décrire brièvement les principaux défis et 3 à 5 bonnes pratiques.

Le ministère des Solidarités et de la Santé a travaillé sur un corpus de recommandations pour organiser les soins en contexte pandémique¹⁷. Celles-ci ont été élaborées en intégrant les avis et recommandations de divers acteurs (Haute Autorité de santé (HAS), Haut conseil de la santé publique (HSCP), Conseil national de l'urgence hospitalière (CNUH), ARS, médecins, sociétés savantes). Ces recommandations visent à anticiper un éventuel dépassement de la capacité disponible en soins critiques tout en maintenant l'égalité d'accès à un juste soin et en favorisant les alternatives à l'hospitalisation. Des recommandations spécifiques ont été élaborées pour la prise en **charge des personnes âgées et des personnes en situation de handicap**.

Celles-ci ont permis d'élaborer un **protocole spécifique à leur égard**. Celui-ci met **l'accent sur les droits des personnes âgées**, en rappelant trois éléments fondamentaux. Tout d'abord la décision médicale d'hospitalisation d'une personne âgée atteinte du COVID-19 s'appuie sur les recommandations du conseil national professionnel (CNP) de gériatrie et prend en compte la situation du patient ainsi que les conditions de sa prise en charge dans l'établissement et en hospitalisation. Ensuite, comme pour tout patient, les critères d'hospitalisation en établissement de santé avec hébergement doivent s'appuyer sur des critères cliniques objectifs et prendre en compte la singularité de chacune des situations. Il est rappelé qu'**en aucun cas le niveau de dépendance ou de handicap ne constitue en soi un critère de refus d'hospitalisation**. Enfin le **choix** entre une hospitalisation en soins critiques, en court séjour, en hospitalisation à domicile (HAD), en hôpital de proximité, en soins de suite et réadaptation (SSR) ou à domicile, **doit être discuté collégalement**, afin de définir le juste soin.

2.3 Qu'est-ce qui a été fait pour renforcer l'inclusion sociale et la solidarité lors de l'éloignement physique ? Veuillez réfléchir aux recommandations de la note d'orientation du Secrétaire général, le cas échéant, et décrire brièvement les principaux défis et 3 à 5 bonnes pratiques.

Pour renforcer l'inclusion et la solidarité, les pouvoirs publics ont promu et soutenu la mise en place d'un **numéro vert national spécifiquement dédié à l'enjeu de l'isolement des personnes âgées et fragiles**. Géré par la Croix-Rouge française, celui-ci est directement associé à la plateforme « Croix-Rouge chez Vous », lancée en mars 2020, qui associe un volet écoute et soutien à un volet orientation sociale et réponse opérationnelle via un système de conciergerie solidaire.

Les pouvoirs publics ont également **soutenu la création et le développement de dispositifs visant à renforcer les initiatives solidaires en matière de lutte contre l'isolement**. En mars 2020 le Gouvernement a lancé la **plateforme « jeuxaider.gouv.fr »** pour mettre en relation bénévoles et associations ou collectivités autour de quatre grands thèmes : l'aide alimentaire et l'aide d'urgence, la garde exceptionnelle d'enfants, le maintien du lien social avec les personnes fragiles isolées, la solidarité de proximité. Le site internet (**solidaires-handicap.fr**) - développé par le secrétariat chargé des personnes handicapées en coordination avec le Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH) - rassemble les ressources et initiatives associatives locales par type de handicap. La **plateforme « Solidarité numérique »** a été déployée pour apporter une aide aux personnes en difficulté face aux outils numériques, le site « **Carrefour des innovations sociales** » pour recenser les initiatives solidaires sur le territoire, avec un volet consacré à la lutte contre l'isolement. Des dispositifs préexistants à la crise ont également été fortement mobilisés pour renforcer la solidarité à l'égard des

¹⁷ « Recommandations d'organisation des soins dans un contexte de résurgence de l'épidémie de COVID-19 »

personnes âgées. C'est le cas notamment de la **carte élaborée par l'association Monalisa**, créée en 2014, qui localise 380 **équipes citoyennes pour le lien social** sur le territoire français.

Le secteur privé s'est également fortement mobilisé. Des entreprises ont distribué des tablettes dans les EHPAD pour préserver les liens familiaux à distance et assurer la continuité d'activités adaptées en visio-conférence. Des acteurs de la grande distribution ont mis en place des services permettant aux personnes âgées d'être aisément livrées à domicile, de bénéficier d'un suivi médical ou de l'aide ou maintien à domicile.

La lutte contre l'isolement a donc constitué une priorité d'action des pouvoirs publics dans la gestion de la crise sanitaire et ces derniers entendent pérenniser ces initiatives de solidarité sur le long terme. Le 24 mars 2020, le ministère des Solidarités et de la Santé a confié à Jérôme Guedj la mission « *d'identifier les leviers qui sont aujourd'hui à la main des pouvoirs publics, des acteurs de terrain et de la société civile pour combattre l'isolement des aînées, pour le temps de crise mais aussi pour la période qui suivra* ». Le rapport final, remis le 16 juillet 2020, formule 36 propositions et pistes pour une politique pérenne de lutte contre l'isolement des personnes âgées¹⁸.

2.4 Qu'est-ce qui a été fait pour intégrer pleinement l'accent mis sur les personnes âgées dans la réponse socio-économique et humanitaire à la COVID-19 ? Veuillez réfléchir aux recommandations de la note d'orientation du Secrétaire général, le cas échéant, et décrire brièvement les principaux défis et 3 à 5 bonnes pratiques.

Lors de la première vague de la pandémie de COVID-19 en mars 2020, les pouvoirs publics ont déclenché les Plans Bleus des établissements médico-sociaux (EMS)¹⁹ et ont adopté une stratégie de prise en charge des personnes âgées en établissements et à domicile²⁰. L'objectif était de **prévenir les risques de contamination** tout en préservant le droit à la santé et les droits fondamentaux des personnes âgées.

Les pouvoirs publics ont ensuite assoupli les mesures de restriction. Lors de deuxième vague de COVID-19 à l'automne 2020, une nouvelle stratégie « Protéger sans isoler » a été adoptée, visant à **concilier protection, accès renforcé à la santé et lutte contre l'isolement social et affectif** engendré par le confinement. Un nouveau plan de protection des personnes âgées à domicile a été publié à cet occasion.

Enfin les personnes âgées ont été identifiées comme **public prioritaire dans le cadre de la campagne vaccinale**, débutée en janvier 2021. L'âge de la personne étant le facteur de risque de développer une forme grave de Covid-19 le plus important, la HAS a recommandé de prioriser les populations cibles vaccinales en fonction de différentes classes d'âge et selon les facteurs d'exposition au virus. Les personnes âgées résidentes en EPHAD ont été les premières vaccinées. A tranche d'âge égale, les

¹⁸ Rapport de Jérôme Guedj, « Déconfinés mais toujours isolés ? La lutte contre l'isolement c'est tout le temps », 16 juillet 2020

¹⁹ Le plan bleu est un outil d'organisation interne aux établissements médico-sociaux (EMS) comme les Ehpads ou les établissements pour personnes handicapées. Il détaille les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique. Il permet notamment la mise en œuvre rapide et cohérente de leurs moyens matériels et humains pour faire face efficacement à une situation exceptionnelle.

²⁰ Stratégie de prise en charge des personnes âgées en établissements et à domicile dans le cadre de la gestion de l'épidémie de COVID-19

personnes souffrant de comorbidités associées à un risque de développer une forme grave de COVID-19 ont été prioritaires.

2.5 Quelles mesures ont été prises pour accroître la participation des personnes âgées, partager les bonnes pratiques et exploiter les connaissances et les données ? Veuillez réfléchir aux recommandations de la note d'orientation du Secrétaire général, le cas échéant, et décrire brièvement les principaux défis et 3 à 5 bonnes pratiques.

Pour accroître la participation des personnes âgées, les établissements médico-sociaux se sont appuyés sur les instances et dispositifs de participation préexistants à la crise.

Le conseil de vie sociale (**CVS**) est l'organe central de la participation des résidents à la vie sociale dans les EHPAD. Cette instance représentative donne son avis et émet des propositions sur toute question intéressant le fonctionnement de l'établissement. Elle est composée de représentants des résidents et des familles (majoritaires) ainsi que du personnel et de l'organisme gestionnaire.

Le **conseil de résidents** réunit l'ensemble des résidents et est animé par un psychologue, un animateur ou le directeur de l'établissement. Celui-ci permet aux résidents d'exprimer leurs points de vue et/ou leurs difficultés.

D'autres dispositifs (commissions, groupes éthiques, comités) peuvent également être mis en place pour promouvoir la participation des résidents, au-delà de ces instances. Enfin la prise de parole et la participation des personnes âgées se réalise largement de manière personnelle, auprès des personnels de santé.

En mai 2020 la CNSA a lancé **un appel à projets thématique « Tirer les enseignements de la crise du Covid-19 pour améliorer l'accompagnement des personnes âgées ou en situation de handicap »**. Douze projets ont été retenus dans le cadre cet appel à projets, dont plusieurs concernent la question du **vécu et de la participation des personnes âgées**. L'association Old'Up, qui a réalisé durant le confinement une enquête auprès de 5 000 personnes âgées sur leur vécu de la crise, va réaliser une étude qualitative pour approfondir les connaissances sur le vécu de la crise et donner la parole aux personnes concernées sur la base de ces travaux. L'association des Directeurs au service des personnes âgées va conduire une démarche participative visant à un retour d'expérience des résidents d'EHPAD sur la crise, associée à une perspective sur l'avenir de l'accompagnement en établissement et à domicile. Le Gêrondif, en partenariat avec Dialo Health, a pour projet de sélectionner dix expériences innovantes développées par des établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées pour maintenir le lien social, la communication, les loisirs et la participation citoyenne pendant la crise de la COVID-19.

3. Activités de préparation et de mise en œuvre de la Décennie du vieillissement en bonne santé 2020-2030 de l'OMS

3.1 Votre pays prépare-t-il (ou dispose-t-il déjà) d'un plan d'action national (ou similaire) pour la mise en œuvre de la Décennie du vieillissement en bonne santé 2020-2030 de l'OMS ? Dans l'affirmative, veuillez décrire brièvement les principales actions prévues

En janvier 2020, la France a adopté une **stratégie nationale de prévention de la perte d'autonomie, intitulée « Vieillir en bonne santé » (2020-2022)**. Celle-ci comprend 16 mesures, regroupées en quatre

axes : promouvoir la prévention tout au long de la vie pour retarder la perte d'autonomie ; agir sur les facteurs accélérant la perte d'autonomie dès 70 ans ; inscrire la préservation de l'autonomie au cœur des priorités des professionnels de santé ; renforcer la recherche et l'innovation pour que la France devienne un des leaders en matière au niveau européen.

La stratégie est axée autour de trois moments clés de la vie : évaluation autonome des besoins dès **40 ans** ; organisation de rendez-vous prévention au moment du passage à la **retraite** ; détection des **fragilités des personnes âgées à domicile** selon la démarche ICOPE de l'OMS. En complément de ces démarches, la stratégie vise à **adapter l'ensemble du cadre de vie** (transports, espaces urbains, habitats, équipements) et à **lutter contre l'isolement des aînés** (diffusion des bonnes pratiques auprès des collectivités, mobilisation des jeunes dans le cadre du service national universel).

Cette stratégie nationale s'inscrit en complémentarité avec le **plan d'action pour les métiers du grand âge et de l'autonomie**, adopté en novembre 2019. Ce dernier comprend quatre axes : la réponse aux besoins urgents en matière de ressources humaines ; le développement des capacités de formation et l'amélioration de leur adéquation aux besoins des employeurs et des personnes accompagnées ; la lutte contre la sinistralité et la promotion de la QVT ; la revalorisation salariale des métiers du grand âge.

3.2 Votre pays accepterait-il de faire rapport sur la mise en œuvre de la Décennie du vieillissement en bonne santé 2020-2030 de l'OMS dans le cadre des prochains examens et évaluations nationaux du PIMAA/RIS ?

La France présentera ses actions relatives à la mise en œuvre de la Décennie du vieillissement en bonne santé 2020-2030 de l'OMS dans le cadre des prochains examens.

Conclusions et priorités pour l'avenir

Au cours des dernières années, les pouvoirs publics ont travaillé à renforcer la participation des personnes âgées à la société et ont investi dans la prévention pour lutter contre la perte d'autonomie tout au long de la vie. Les droits et libertés des personnes âgées, en tant que citoyens, ont été réaffirmés et des droits spécifiques leur ont été reconnus dans certains champs, logement et emploi en particulier. L'âge peut constituer un facteur de vulnérabilité, mais il ne doit pas devenir un handicap en raison d'un environnement inadapté.

De nombreux **apprentissages ont été tirés de la pandémie de la COVID-19**. La crise a rappelé l'importance de disposer de **données ventilées**, de mettre en œuvre une **approche holistique de la santé** et de **coopérer**, tant au niveau européen qu'international, pour échanger des informations, partager des bonnes pratiques, mettre en place des mécanismes de solidarité. Des défis communs appellent des réponses concertées et la France continuera de promouvoir et renforcer cette coopération.

A l'avenir, les pouvoirs publics travailleront ainsi à enrichir les politiques publiques liées au vieillissement, en prenant en compte ces apprentissages liés à la crise de la COVID-19, ainsi que les propositions formulées dans le rapport Libault à l'issue de la concertation Grand âge et autonomie. Enfin, **ces politiques publiques représentent un intérêt pour la société dans son ensemble et**

gagneront à être valorisées sous cet angle. Celles-ci permettent en effet de poser les conditions d'une **société plus inclusive**, qui reconnaisse et valorise le potentiel de tous ses citoyens, quel que soit leur âge, sexe, situation ou handicap. Cette société inclusive sera, *in fine*, plus résiliente et mieux préparée pour répondre aux grands enjeux notre époque, en particulier ceux technologiques et climatiques.

**Contribution de la Coordination des membres français de « AGE Platform Europe »
au 4^{ème} cycle d'examen et d'évaluation de la mise en œuvre du MIPAA
et de la Stratégie régionale pour l'Europe**

La Coordination des membres français, dénommée par simplification « **Age France** », est un regroupement volontaire des membres français adhérant à la Plateforme européenne des personnes âgées (AGE) créée à Bruxelles en 2001 : ils sont au nombre de 13 actuellement (liste en fin de texte), auxquels se sont jointes des associations partenaires non adhérentes.

La Coordination reconnaît que, sur les vingt et les cinq dernières années pour se situer dans le cadre du rythme programmé de l'évaluation, de nombreuses réflexions ont été conduites et des mesures prises en France dans différents domaines relatifs à la situation des retraités et des personnes âgées. Si l'on considère le rythme politique propre à la France, elle relève qu'en dépit des changements politiques intervenus (présidence Sarkozy 2007-2012 ; présidence Hollande 2012-2017 ; présidence Macron en cours), des orientations structurantes de réforme ont été tracées par les autorités nationales dans le domaine social qui est de leur compétence mais en réponse aussi à des impulsions venues du niveau de l'UE (ex le processus des programmes nationaux de réforme – PNR- des « Semestres européens »).

Si l'on veut synthétiser la situation deux grands dossiers ont été ouverts depuis trente ans sans être aboutis : celui de la **réforme des retraites** et celui du **financement de la perte d'autonomie**. Si le second est relativement consensuel dans ses objectifs et les orientations à privilégier, le premier est l'objet de désaccords sur les modalités de la réforme plus que sur les objectifs eux-mêmes : un système plus juste entre les différentes catégories de cotisants et de bénéficiaires, qui garantisse une équité entre les générations, qui soit économiquement soutenable maintenant et pour l'avenir et donne ainsi confiance aux plus jeunes lorsqu'ils commencent à y contribuer et sans dégrader le pouvoir d'achat des retraités.

Parmi les documents produits dans la période sur ces deux dossiers, de notre point de vue sont à signaler :

- les travaux successifs du Conseil d'orientation des retraites (COR, créée en 2000) qui ont fourni une base commune de travail pour les décideurs et pour le débat public,
- la loi du 28 décembre 2015 sur *l'Adaptation de la société au vieillissement* qui a constitué un bilan de réflexions anciennes et l'amorce de politiques globales ou sectorielles nouvelles, bien qu'il n'ait concerné que le volet « domicile ». Son pendant pour les établissements d'hébergement est attendu du projet de loi « Grand âge et autonomie » dont on reparle aujourd'hui.
- la reconnaissance d'un nouveau risque social de perte d'autonomie quel que soit l'âge par la création d'un « 5^{ème} risque » inscrit dans le Code de Sécurité Sociale » (loi du 7 août 2020) : *la perte d'autonomie et le besoin de soutien à l'autonomie est un risque assuré par la Nation à chacun indépendamment de son âge et de son état de santé*. Il s'agit de l'aboutissement d'un long combat portant notamment sur le traitement des différences entre âge et handicaps dans la législation française. La gestion de cette nouvelle branche spécifique en est confiée à la CNSA (« Caisse nationale de Solidarité pour l'autonomie ») créée en 2005, alors que son rattachement à la « Caisse nationale d'assurance maladie » historique (CNAM) avait ses défenseurs.

Concernant la situation des personnes les plus fragiles, les 175 propositions du rapport de Dominique Libault dit « Grand âge et autonomie » « *pour une politique nouvelle et forte du grand âge en France* » (28 mars 2019) forment un ensemble de pistes de réforme pour l'immédiat et le futur.

La perception que l'on est entré dans une économie et une société caractérisée par le continuum de la longévité plutôt que par la succession des tranches âges est un acquis de la période : les politiques rejoignent enfin les analyses scientifiques de longue date sur le fait que l'âge en lui-même ne peut plus servir à caractériser une personne, un groupe, une société et à prédire leur évolution.

Cette continuité de la vie en société est volontiers traduite par le terme « parcours de vie » (« *life course approach* ») : le principe d'égalité (*sous-jacent à l'approche par les droits, « rights-based approach »*) ne peut s'entendre sans se référer à la diversité concrète des situations.

Age Platform Europe a participé pour sa part à cette transformation et se félicite que l'année 2021 a été marquée par le lancement au niveau de l'UE d'une orientation claire sur le vieillissement (***Green Paper on Ageing***).

Nous reprenons ici les **trois axes** proposés par le document ONU (déclaration ministérielle Lisbonne 2017) :

- 1- reconnaître le potentiel des personnes âgées
- 2- encourager l'allongement de la vie professionnelle et la capacité à travailler
- 3- permettre de vieillir dans la dignité

En préalable à ces trois questions, nous considérons que les changements de perception vis-à-vis du vieillissement entraînent des changements d'attitude individuels et collectifs : même si les résultats sont encore insuffisants, la dénonciation de « **l'âgisme** » s'est renforcée pendant cette période.

Age Plateforme Europe y a largement contribué de son côté par des actions de sensibilisation et par de nombreuses prises de position sur les « discriminations par l'âge », la dernière étant la campagne «Egax à tout âge : les droits humains ne diminuent pas avec l'âge » (*Ageing Equal*) de 2018-2019.

En France, sur vingt ans, plusieurs initiatives ont été prises ou prolongées sur le sujet des maltraitances, traduisant en actes des contributions académiques plus anciennes qui peinaient à se faire entendre : elles concernent principalement la dignité des personnes âgées les plus fragiles (le 3eme axe). On perçoit de mieux en mieux que la maltraitance est la pointe extrême d'une situation plus vaste qui touche tous les domaines de la vie : au nom de la lutte contre l'âgisme, des actions exemplaires, qui existent déjà, mériteraient d'être mises en valeur sur les deux autres axes et des campagnes d'information conduites dans les domaines de la vie quotidienne où l'âge reste un obstacle « en soi ».

Au niveau européen, AGE plaide depuis plusieurs années en faveur de l'adoption par les Etats membres d'une Stratégie de non-discrimination sur la base de l'âge (« *Age Equality Strategy* ») et d'une Directive dite « transversale » de lutte contre les discriminations envers les personnes âgées dans l'accès aux biens et aux services en plus des soins.

Reconnaître le potentiel des personnes âgées

La Coordination AGE France n'a cessé -depuis sa constitution en 2001- de mettre l'accent sur cette facette du vieillissement. Spontanément, les « politiques de l'âge » étaient et restent encore associées

à des « politiques pour le grand âge » dans une vision déficitaire de la vieillesse héritée des années 60 /70. Il a fallu des révolutions conceptuelles lentes pour en sortir : « la vieillesse n'est pas une maladie », incapacité plutôt que dépendance, approche par le handicap plus que par l'âge, promotion de l'autonomie (respect des droits individuels et des attentes plus que des besoins), vision nouvelle des relations familiales (familles à plusieurs générations), droit à l'activité versus une mise à la retraite et pré-retraite d'office, reconnaissance des différences (des perspectives de vieillesse individualisées au lieu d'un commun dénominateur dit « la vieillesse »), nouvelles approches du temps libre/ libéré du travail versus des activités d'un « 3ème âge » standardisé etc...

Quand on parle, dans un raccourci terminologique, des « personnes âgées » dans le système économique et social aujourd'hui, on évoque en fait un ensemble hétérogène allant des personnes à partir de 55 ans voire 50 ans au regard de l'emploi ou de la segmentation des consommateurs jusqu'aux personnes très fragiles, soit un univers qui couvre presque la moitié de la vie

Ainsi, la Plateforme Age s'adresse aux Européens « à partir de 50 ans » : ce qui explique la diversité des dossiers abordés.

Le potentiel des contributions à la société dans son ensemble des seniors/ retraités/personnes âgées peut s'exprimer dans trois cercles concentriques :

-le premier cercle est celui de l'environnement familial où s'échangent de nombreux services non monétaires ou monétaires ; il est organisé autour de la « génération-pivot » : soutien aux parents plus âgés par les « aidants familiaux » dont le rôle est mieux reconnu, soutien aux enfants adultes en activité (ex garde de leurs enfants), relations d'aide et affectives entre grands-parents et petits enfants.

-le deuxième cercle est celui plus large de l'activité des seniors. Si l'on considère les seniors à partir de 50 ans, cette activité peut s'exprimer soit dans une activité professionnelle rémunérée soit dans une activité de bénévolat, non limitée à la sphère familiale. Les deux peuvent être concomitantes et variées (de la démarche individuelle au mécénat d'entreprise) dans l'optique bien souvent d'une préparation à la retraite. Le bénévolat social inclut les actions de proximité, dans le voisinage, jusqu'aux divers engagements dans les multiples formes de la vie associative à tous les niveaux de l'organisation sociale.

-le troisième cercle est encore plus large : il comprend la participation aux diverses instances consultatives auprès des pouvoirs publics et directement à la vie politique locale (Conseils municipaux et départementaux où le « poids » des « 60 ans et plus » est de l'ordre de 30 %). Pour l'ensemble du corps électoral, soulignons aussi leur forte participation traditionnelle aux élections par rapport aux jeunes électeurs, mentionnée dans plusieurs études. Les seniors aujourd'hui peuvent faire « basculer » le résultat d'un scrutin!

La vieillesse est un levier économique ; elle constitue un marché ou plutôt des segments de marché créateurs d'emplois. La « **Silver économie** » doit être entendue de façon extensive (économie de la longévité), non limitée aux nouvelles technologies proposées par les start-up.

Dans les variantes « économiques » du bénévolat, n'oublions pas les seniors/ retraités conseillers à la gestion, accompagnateurs de projets, ou créateurs eux-mêmes d'entreprises. De ce point de vue, la « Silver économie » combat les préjugés qui associent retraite et inactivité.

Dans ses formes « sociales », le bénévolat vise à renforcer les relations entre les générations : cette aspiration à un nouveau « vivre ensemble » doit être organisée pour aboutir. Par définition, dans une société libérale, les pouvoirs publics n'ont pas vocation à l'instituer ; ils peuvent, en revanche, l'encourager (ex fiscalement) et le mettre en valeur par des campagnes de communication.

L'expression de ce potentiel doit être accompagnée :

- par des actions de formation (« formation tout au long de la vie ») y compris à la retraite qui visent souvent autant le vieillissement en bonne santé (effets de prévention) que l'intégration sociale et culturelle dont l'accès aux dispositifs numériques n'est qu'un des aspects ;
- par des actions de soutien : ainsi des mesures dites « d'aide aux aidants ». La reconnaissance d'un « statut des aidants », la création d'un congé « proche aidant », le « droit au répit » et la stratégie nationale en cours « *Agir pour les aidants* » vont dans le sens de ce soutien.

Encourager l'allongement de la vie professionnelle et la capacité à travailler

Cet objectif est lié en France aux débats sur la viabilité des régimes de retraite plus qu'aux considérations scientifiques modernes sur un « vieillissement actif et en bonne santé ».

On notera que c'est le projet de réforme des retraites qui est à l'origine de plusieurs rapports officiels récents en la matière : France Stratégie, CESE (Conseil économique, social et environnemental), Sénat, mission en 2019 de Sophie Bellon présidente du conseil d'administration de Sodexo, mission d'information en 2021 de l'Assemblée Nationale de Valérie Six, députée du Nord.

L'emploi des seniors est une question cruciale tant par la nécessité de ne pas laisser de côté des compétences ignorées ou négligées à l'heure où les entreprises recherchent des personnes expérimentées que par l'exigence de prolonger la durée du travail pour assurer la pérennité des pensions de retraite.

Les 2 /3 des personnes atteignant l'âge légal de retraite (62 ans) ne sont plus en activité.

La France partait de très loin par rapport aux objectifs européens de la « Stratégie de Lisbonne » pour 2010-2020 : l'évolution du taux d'emploi des « 55 ans et plus » (catégorie très large) a été positive, mais nous avons seulement excédé de peu en 2020 (53,3 %) l'objectif de 50 % énoncé pour 2010.

Est à signaler (Rapport DARES mai 2021) la progression de l'activité des 55-59 ans qui a dépassé 73 % en 2020 (versus 55 % en 2003).

Le recul de l'âge de la retraite (loi 21 août 2003) a eu un effet positif sur l'emploi des 60-64 ans : mais au début de 2020 le taux d'emploi de cette tranche d'âge n'était que de 33,2 % (versus 13 % en 2003). Il s'agit d'un effet net final, car si le recul de l'âge de départ en retraite entraîne une augmentation du taux de chômage des seniors pour cette tranche d'âge, il y a aussi un solde positif sur l'emploi.

Il est nécessaire que les réformes répondent à cette inquiétude d'un risque croissant de chômage lié au report de l'âge de départ.

Si l'on considère certaines mesures ou dispositifs, du côté des « moins », on pointera le « CICE » (Crédit d'Impôt pour la Compétitivité et l'Emploi, mis en place en 2013) qui n'a pas eu d'impact significatif sur l'emploi des seniors ; le « Contrat de Génération » instauré en 2013 et supprimé en 2017 (sans version alternative) qui avait déjà remplacé un plan précédent dit « d'action pour les seniors » sur trois ans mis en oeuvre en 2010 et abandonné avant son évaluation ; la loi « Pacte » du 12 février 2019 (« Plan d'action pour la croissance et la transformation des entreprises ») qui ne concerne pas l'emploi des plus de 55 ans.

Du côté des « plus », l'expérimentation à partir de 2017 (loi du 29 février 2016) de « dix territoires zéro chômeur de longue durée » et sa prolongation (pour cinq ans) ainsi que son extension à cinquante nouveaux territoires (loi 14 décembre 2020) : l'effectif de l'expérimentation est modeste à ce jour (un peu plus de 1000 chômeurs touchés), mais le principe de transformer des allocations

sociales en ressources pour financer des contrats à durée indéterminée dans des « entreprises à but d'emploi » est une novation. Dans le cadre de la politique d'« insertion par l'activité économique » (IAE), la loi de 2020 crée également un contrat « Inclusion Senior » pour les 57 ans et plus jusqu'à la liquidation de la retraite. Toute mesure en faveur de l'emploi des chômeurs de longue durée, parmi lesquels les 55 ans et plus sont majoritaires, va dans le bon sens.

L'allongement de la vie professionnelle est inséparable aujourd'hui de politiques de formations tout au long de la vie.

De nombreuses enquêtes soulignent l'insuffisance de formations des personnes après 50 ans soit que les entreprises les négligent du fait de la perspective prochaine d'un départ à la retraite soit que les candidats potentiels ne sont pas encouragés à faire des demandes soit que les formations ne sont pas adaptées ou encore les personnes qui ont connu des difficultés scolaires sont réticentes à s'y engager.

Les attitudes sceptiques ou restrictives envers l'emploi et la formation des seniors ont largement un caractère culturel alors que l'efficiences des salariés dit « âgés » sur des postes ou à des rythmes adaptés a été démontrée et que les équipes multi-générationnelles en entreprise ont donné des résultats probants.

C'est pourquoi nous proposons, au titre du symbole mais d'un symbole fort, que l'emploi des seniors fasse l'objet d'une **Grande Cause Nationale**.

Plus techniquement, ainsi que l'avait proposé à une période l'ANDRH (Association nationale des DRH), un index de la présence des seniors dans l'entreprise et de leur participation à la formation mériterait d'être établi dans les entreprises d'une certaine taille, inspiré de l'index existant sur l'égalité femmes / hommes. Ce pourrait être l'occasion de mettre en place un Observatoire de l'emploi des seniors.

La reconnaissance des compétences étant un facteur incitatif à l'activité, la VAE (« Validation des acquis de l'expérience », instituée en 2002 pour compenser l'absence de diplôme initial) devrait être encouragée, voire réformée pour accélérer la procédure d'examen des dossiers.

Afin d'encourager la flexibilité des fins de carrières, les obstacles à l'autorisation de cumul emploi-retraite -dont les premières modalités révisées remontent à 2003 au moment où l'on commençait à se préoccuper de l'emploi des seniors - devraient être mieux identifiés.

Dans le domaine de la santé et des conditions de travail, la conciliation du travail et de l'assistance aux personnes (enfants et adultes) a été facilitée pour les aidants (cf ci-dessus).

AGE et ses membres ont soutenu la Directive de l'UE de 2019 sur l'équilibre entre la vie professionnelle et la vie privée des parents et des aidants («*work life balance*»). La France était en avance sur le sujet. Plus largement, Age France soutient les politiques de santé au travail qui préparent un meilleur vieillissement.

Permettre de vieillir dans la dignité

C'est certainement dans ce domaine que les réformes ont été le plus immédiatement visibles.

La « pandémie Covid 19 » lui a donné une forte actualité compte tenu d'une part du nombre de décès des personnes âgées fragiles vivant en établissements d'hébergement - non prioritaires à l'admission en hôpital- et avant qu'elles aient un accès prioritaire à la vaccination, d'autre part des effets délétères sur l'état de santé psychique des résidents dus aux décisions de confinement et d'isolement, enfin des débats sur le libre accès à ces établissements, notamment par les familles.

La mise en place en 2003 d'un « Comité national de vigilance contre la maltraitance des personnes âgées » a initié un mouvement de prise de conscience chez les professionnels et dans le public qui s'est traduit par la création en 2008 d'un numéro national de signalement et d'appel d'urgence le 3977. Le Comité a été réactivé en 2013 en référence à la notion plus positive de « bientraitance » (CNBD ou « Comité national de bientraitance et des droits »). La question du respect des droits quel que soit l'âge a été plus clairement abordée, tout en restant orienté vers la « protection » des personnes les plus fragiles.

La pandémie donne l'occasion de réviser les fondements et les modalités d'accompagnement du grand âge à domicile et en établissement.

Elle a posé de façon critique la reconnaissance des métiers et la rémunération des personnels auxquels le « Ségur de la santé » (juillet 2020) donne une première réponse.

La Coordination Age France, comme d'autres acteurs, avaient souligné la qualité du « Plan de mobilisation nationale en faveur des métiers du grand âge » (Rapport Myriam El Khomri, octobre 2019). Ce n'était pas la première contribution publique en la matière, mais celle-ci venait au moment opportun. L'amélioration des conditions de travail, la revalorisation des salaires, l'ouverture de perspectives d'évolutions professionnelles dans un même métier et des métiers voisins (qui passent par la formation), des actions de prévention des risques (ex absentéisme, « burn out », accidents du travail et invalidité) sont autant de facteurs qui doivent contribuer à arrêter les hémorragies dans les effectifs et à rendre les emplois un peu plus attractifs.

Pour sa part, Age Platform Europe a invité ses membres à réfléchir aux configurations des soins de longue durée (« Long Term Care ») pour le futur, faisant référence au principe n° 18 du « Socle européen des droits sociaux » de l'UE adopté à Göteborg le 23 octobre 2017.

Des questions anciennes et récurrentes en France sont celles de la « coordination » des prestations entre les intervenants professionnels et l'articulation entre les interventions professionnelles et celles des bénévoles (notamment celles des familles). D'autres réflexions sont plus récentes : « intégration » des solutions proposées par les professionnels dans des dispositifs innovants. La place des établissements d'hébergement est maintenant re-questionnée : doivent-ils évoluer vers des « plateformes » locales des aides et des soins en incluant une approche préventive ? La question du patient « acteur de sa santé » et « au centre des dispositifs » a du mal à se traduire en actes au-delà des affirmations de principe.

Dans la période récente, les propositions pour un habitat « accompagné, partagé et inséré dans la vie locale » (« API » dit plus commodément « inclusif ») vont dans le sens de la recherche de solutions intermédiaires entre le tout domicile et le tout établissement : cf travaux CNSA 2019 ; Rapport Denis Piveteau-Jacques Wolfrom , juin 2020 sur « une stratégie nationale pour le déploiement à grande échelle de l'habitat inclusif ». Ces sujets sont évoqués dans la littérature gérontologique depuis de nombreuses années et des actions innovantes ou expérimentales ont déjà vu le jour sur trois décennies.

Les travaux sur les nouvelles technologies pour accompagner l'avance en âge se sont développés depuis dix ans autour de la « Silver Economie » précitée : compte tenu de leur technicité, ils restent encore souvent le domaine de spécialistes ; la contribution des utilisateurs potentiels est à stimuler. Des membres de la Coordination Age France ont participé à des enquêtes de terrain menées par les utilisateurs eux-mêmes.

En ce qui concerne les « fins de vie », des lois ont été prises sur les vingt dernières années qui ont avancé des solutions concrètes mais les débats éthiques restent vifs (par exemple à l'occasion de la proposition de loi de novembre 2020 sur « l'aide active à mourir », dite « suicide assisté »). Cette difficile question dépasse à nos yeux le seul domaine des politiques pour les personnes âgées, même si ces dernières sont statistiquement concernées ; son examen doit être organisé de façon sereine pour tous les citoyens : on peut regretter que l'initiative parlementaire trans-partisane sur le droit des personnes à mieux disposer de leur fin de vie ait été lancée sans trop de préparation et donc rejetée sine die dans l'immédiat.

Au-delà des trois axes précités, la Coordination AGE France appelle l'attention sur quelques points spécifiques suivants :

1-depuis le moment de la « Canicule de l'été 2003 » qui a révélé des situations stupéfiantes dans les conditions de vie de certaines personnes âgées (surmortalité de 19 000 personnes)– dont le souvenir tend à s'effacer au regard de la période contemporaine « Covid 19 » -, **l'isolement et la solitude** des personnes âgées sont apparus au grand jour alors qu'on pensait que c'était un sujet du passé lié aux époques de pauvreté économique dans la vieillesse.

De nombreuses initiatives sont nées depuis la mobilisation des Petits Frères des Pauvres à cette époque : d'abord associatives (ex : création en 2014 de l'Association « Monalisa », « *Association pour la mobilisation nationale contre l'isolement social des âgés* ») puis publiques au niveau local et de plus en plus relayées par des initiatives privées (ex parmi d'autres sensibilisation des bailleurs sociaux).

Cette thématique est partagée par de nombreux adhérents à AGE de plusieurs pays européens.

Parmi les quinze recommandations des Petits Frères des Pauvres dans leur étude 2019 sur « *Isolement et territoires des personnes âgées* », les deux premières portaient sur la mesure officielle de l'isolement relationnel et la création d'un portail qui coordonne, valorise et évalue les actions de lutte contre l'isolement des aînés.

Nous relevons avec intérêt la mise en place le 15 février 2021 par la ministre déléguée chargée de l'Autonomie d'un « *Comité stratégique de lutte contre l'isolement des personnes âgées* » : l'ambition générale est de lutter contre l'âgisme, de sensibiliser le grand public et d'encourager la citoyenneté : nous partageons cette ambition!

L'isolement relationnel est un sujet à multiples facettes : il touche les solidarités familiales et de voisinage, le bénévolat de proximité, les formes d'habitat et d'urbanisme, les modes de transports, l'accès aux commerces et services, l'usage ou non du numérique.

Il importe de distinguer les conditions d'isolement en milieu rural et en milieu urbain afin de proposer les réponses les plus adaptées aux contextes.

2-Le maintien des relations entre les générations et la recherche de formes renouvelées dans une société perçue comme individualiste et compartimentée génèrent des initiatives ; des membres de AGE France s'y emploient.

Les nouvelles technologies offrent un terrain de travail en commun pour une société plus accessible.

Le Service Civique (2010) à l'attention des jeunes volontaires de 16 à 25 ans (voire 30 ans) a élargi récemment les missions proposées auprès des personnes âgées à domicile et en établissements : la mobilisation « *Solidarité Seniors* » initiée en mars 2021 vise un objectif ambitieux sur trois ans de 10 000 missions auprès de 300 000 personnes âgées isolées. C'est à la fois une manière de lutter contre l'isolement (de part et d'autre) et une occasion pour les jeunes de s'initier aux « métiers du

grand âge ». Pour que l'expérience réussisse, il importe toutefois que les missions (de courte durée) ne tendent pas à colmater sur le moment des insuffisances d'effectifs professionnels auprès des plus fragiles. Soulignons aussi que les missions trop brèves ne répondent pas, en général, aux aspirations des personnes aidées.

3- Au titre des réductions des inégalités femmes/hommes que le rapport envisage, soulignons - bien que cela puisse sembler paradoxal -, l'importance des pensions de réversion en cas de veuvage : compte tenu du fait que les générations de femmes en retraite n'ont pas connu le taux d'activité des femmes d'aujourd'hui et eu égard aux écarts passés de rémunérations, le bénéfice des pensions minimales est plus le fait des femmes que des hommes : l'attribution d'une pension au conjoint survivant (le plus souvent un femme) à partir de 55 ans, sans condition de ressources et sur la base de 60 % de la pension du conjoint décédé est une mesure de justice dans la réforme des retraites engagée qui va se poursuivre.

Selon l'Insee, si les écarts ont diminué d'un quart en vingt ans, les salaires des femmes restent inférieurs de près de 17 % à ceux des hommes.

4-La question dite « du reste à charge » pour les personnes âgées ou leurs enfants, notamment dans le coût des séjours en établissements médico-sociaux, reste un sujet de préoccupation majeure pour de nombreux couples ou familles. Depuis trente ans, des réformes ont tenté d'apporter des solutions ; des changements institutionnels (ex gestion d'un « 5ème risque » de Sécurité Sociale par la CNSA) entendent répondre aux enjeux du vieillissement de la population ; des ressources publiques croissantes sont engagées : l'espoir est grand mis dans une nouvelle réforme attendue sur les questions du grand âge et de l'autonomie. En parallèle, il serait intéressant d'avoir une vision d'ensemble des solutions trouvées par les familles ou proposées par les institutions pour réduire ce reste à charge.

5- Un accent croissant est mis en France -et désormais en Europe (cf *Green Paper on Ageing*, précité) - sur les inégalités territoriales d'accès aux commerces, aux services publics, aux ressources de santé, aux informations de tous les jours sous forme numérique. Les mesures à venir devront intégrer ces situations d'éloignement territorial, souvent associées à des situations de pauvreté.

Le déploiement à partir de 2019 des « Maisons France Services » doit être souligné : nouveau label accordé à des « guichets uniques » de proximité pour faciliter les démarches des citoyens et l'accès aux droits, elles font suite aux « Maisons de services au public » (MSAP, expérimentation généralisée en 2013) : l'objectif est d'en ouvrir 2000 -« une par canton »- d'ici 2022 (environ 1100 déjà labellisées) avec une priorité donnée au départ aux zones rurales et aux « quartiers prioritaires » de la politique de la ville.

L'accessibilité au système de santé demeure un point faible de l'organisation sociale ainsi que l'ont montré des travaux récents sur les effets de la « Crise Covid » sur les personnes les plus démunies vivant dans les zones mal pourvues en services ou mal desservies par les transports (« déserts médicaux »).

6-Face au changement climatique et aux coûts incertains (probablement croissants) de l'énergie dans le futur, des mesures d'incitation fiscale ou des aides directes pour les transformations du logement (locataires et propriétaires) doivent être poursuivies. Certaines existent de longue date : elles devront être combinées avec celles concernant l'adaptation des logements à l'avance en âge et certainement amplifiées.

7-Avec la « crise sanitaire », les questions de santé sont revenues au premier plan.

Les personnes âgées sont considérées comme consommatrices de soins. Cela est vérifié pour les dernières années de vie et dans les cas de grande dépendance.

La médecine devient de plus en plus préventive et de nombreuses initiatives existent depuis plusieurs années qui ne sont pas nécessairement bien connues ni utilisées.

Le « vieillissement actif et en bonne santé » devient une question sociétale : cf le programme de l'OMS « Villes et communautés Amies des Aînés » qui remonte déjà à 2005.

la Décennie 2020-2030 déclarée par l'OMS « *Décennie du Vieillissement en bonne santé* » doit permettre un saut qualitatif et quantitatif dans une mobilisation globale des acteurs du bien vieillir et des personnes âgées elles-mêmes.

Présentation des membres Coordination AGE France

« **Age Platform Europe** », la Plateforme européenne « des et pour les personnes âgées » est un réseau constitué en janvier 2001 en association internationale de droit belge : son but est de renforcer la coopération entre les organisations de seniors et de personnes âgées au niveau de l'Union Européenne et de l'AELE (Association Européenne de Libre Echange).

Ce réseau comprend plus de 100 organisations, régionales, nationales et européennes.

Pour en savoir plus : site internet : www.age-platform.eu

La Coordination des membres français, **Age France**, est constituée actuellement des organisations suivantes:

- ACLAP (Action de coordination de lieux et d'accueil aux personnes âgées)
- ALIM 50 + (Association spécialisée dans les questions d'alimentation et de santé des seniors)
- ARAF (Association des retraités d'Air France)
- CFR (Confédération française des retraités)
- EGPE (Ecole des grands -parents européens)
- FNAR (Fédération nationale des associations de retraités)
- Génération Mouvement-Fédération nationale
- IDAR (Information, Défense, Action, Retraite)
- Old Up
- Union des anciens du Groupe BP
- UFR (Union française des retraités)
- UNAR CFTC (Union nationale des retraités CFTC)
- UNIR CFE- CGC (Union nationale interprofessionnelle des retraités CFE-CGC)

LISTE DES ACRONYMES

ANACT : Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail

ANAH : Agence nationale de l'habitat

APA : Allocation personnalisée d'autonomie

ARS : Agence régionale de santé

ASIPAG : Association des solutions innovantes pour l'autonomie et gérontechnologies

CNAV : Caisse nationale d'assurance vieillesse

CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

CENTICH : Centre d'expertise national des technologies de l'information et de la communication pour l'autonomie

CDCA : Conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie

CDI : Contrat à durée indéterminée

CNRS : Centre national de la recherche scientifique

CNUH : Conseil national de l'urgence hospitalière

CNCPH : Conseil national consultatif des personnes handicapées

CODERPA : Comité départemental des retraités et des personnes âgées

CPF : Compte personnel de formation

CVS : Conseil de la vie sociale

DGCS : Direction générale de la cohésion sociale

DGEFP : Délégation générale à l'emploi et à la formation professionnelle

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

EBE : Entreprises à but d'emploi

EHPAD : Établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes

EMS : Établissements médico-sociaux

ESMS : Établissements sociaux et médicosociaux

EVSI : Espérance de vie sans incapacité

FSE : Fonds social européen

GDR : Groupement de recherche

GEM : Groupements d'entraide mutuelle

GIS : Groupement d'intérêt scientifique

HAD : Hospitalisation à domicile

HAS : Haute Autorité de santé

HSCP : Haut conseil de la santé publique

ICOPE: *Integrated Care for Older People*

IFOP : Institut français d'opinion publique

IILV : Institut de la longévité, des vieillessees et du vieillissement

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

QVT : Qualité de vie au travail

ODD : Objectifs de développement durable

OMS : Organisation mondiale de la santé

PMR : Pension majorée de référence

PIB : Produit intérieur brut

SHS : Sciences humaines et sociales

SFTAG : Société française des technologies pour l'autonomie et de gérontechnologie

SNDS : Système national des données de santé

SSR : Soins de suite et réadaptation