Projet de rapport annexé

à la loi d'orientation et de programmation

pour l'adaptation de la société au vieillissement

___

Version du 13 février 2014

SOMMAIRE

PREAMBULE **4**

INTRODUCTION **5**

VOLET 1 : ANTICIPATION ET PREVENTION **9**

1. Développer une culture de l'autonomie tout au long de la vie **9**
1.1 Anticiper le passage à la retraite et accompagner la fin de carrière 10
1.2 Faire de la prévention l'affaire de tous 10
1.3 Rapprocher les acteurs du monde de la recherche, du monde social et du monde économique autour du "bien-être" des personnes âgées 11

2. Identifier et agir sur les facteurs de risque et les fragilités **11**
2.1 Améliorer le repérage des risques de perte d'autonomie et des fragilités 11
2.2 Maintenir le lien social et lutter contre l'isolement : MONALISA 12
2.3 Promouvoir l'activité physique et les bonnes pratiques de nutrition chez les âgés 13
2.4 Mettre en œuvre un programme national de prévention du suicide des âgés 13
2.5 Le vieillissement, une priorité de la stratégie nationale de santé 14

3. Faire connaître et mieux financer les aides techniques - développer les actions collectives de prévention **16**

4. Développer des politiques coordonnées de prévention au niveau local **17**

5. Réguler le marché de l'assurance dépendance **18**

VOLET 2 : ADAPTATION DE LA SOCIETE AU VIEILLISSEMENT **19**

1. Installer la révolution de l'âge dans toutes les politiques publiques **20**
1.1 Faire du logement un levier majeur des politiques d'autonomie et du mieux vieillir 20
1.1.1 Développer des stratégies cohérentes d'adaptation de l'habitat, ancrées dans les outils de programmation 20
1.1.2 Adapter les logements : le logement comme instrument de prévention 21
1.1.3 Diversifier l'offre de logements 23
1.1.4 Préparer l'architecture de demain des établissements pour personnes âgées 24
1.2 Faire place à l'âge dans les politiques urbaines, dans une logique intergénérationnelle 25

2. Saisir le potentiel que représente la transition démographique pour la croissance et l'emploi **27**
2.1 Faire de la France un leader mondial de la « Silver économie » 27
2.2 Développer des emplois de services de qualité pour mieux répondre aux besoins des âgés et améliorer la qualité de l'accompagnement 28

3. Consacrer la place des âgés et reconnaître leur rôle fondamental dans la société **30**
3.1 Valoriser et conforter l'engagement familial des âgés 30
3.2 Valoriser et conforter l'engagement solidaire des âgés 30

3.3 Donner aux âgés les moyens de s'épanouir en développant des offres de services adaptées 32

4. Affirmer les droits et libertés des âgés 33
4.1 Préciser et garantir le respect des droits des âgés 33
4.2 Renforcer la liberté d'aller et venir des personnes hébergées en établissement 34
4.3 Accompagner l'expression du consentement des personnes 34
4.4 Protéger les personnes vulnérables 34

VOLET 3 : ACCOMPAGNER LA PERTE D'AUTONOMIE 36

1. Priorité au domicile pour tous ceux qui le souhaitent 36
1.1 Réformer l'APA à domicile 36
1.2 Conforter la refondation du secteur de l'aide à domicile 38

2. Soutenir les aidants 40
2.1 Reconnaître un droit au répit pour les aidants dans le cadre de l'APA 41
2.2 Conforter et élargir les dispositifs de formation et d'accompagnement des aidants 41
2.3 Aider les aidants à concilier leur rôle avec une vie professionnelle 42

3. Concevoir la maison de retraite médicalisée de demain 42
3.1 Dès le premier temps législatif, des décisions importantes sont prises pour commencer à réguler les tarifs hébergement par plus de transparence 43
3.2 Un second temps législatif permettra de rendre plus accessible l'offre en établissement 44

4. Mieux accompagner la fin de vie 45

5. Favoriser l'accès à l'accueil temporaire et l'accueil familial 46
5.1 Apporter les réponses aux freins que connaît aujourd'hui l'accueil temporaire 46
5.2 Encourager le déploiement de l'accueil familial 46

6. Simplifier les outils de pilotage de l'offre sur le territoire 47

VOLET 4 : LA GOUVERNANCE 48

1. Au niveau national : une participation des âgés renforcée au service d'une politique du vieillissement plus transversale 48
1.1. Créer un Haut Conseil de l'Age contribuant à élaborer cette politique globale 48
1.2. Renforcer la CNSA en tant que « maison commune » pour mieux piloter cette politique globale 49
1.3. Mieux informer les âgés et leurs aidants grâce à un portail global d'information et d'orientation 49

2. Au niveau local : une meilleure coordination des acteurs au service des âgés 50
2.1. Consacrer la mission de « chef de file » des conseils généraux 50
2.2. Créer un conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie 50
2.3. Poser le cadre d'une gouvernance locale des politiques de prévention 51
2.4. Renforcer la coordination entre ARS et conseils généraux 52
2.5. Affirmer l'existence d'un service public de l'autonomie, lisible pour tous au niveau départemental et infra-départemental 52

PREAMBULE

Le XXIème siècle commence sous les auspices de deux grands défis, le défi démographique et le défi écologique, dont nous ne mesurons pas encore l'importance ni le caractère radical : à nous de faire de ces défis des « transitions », c'est à dire de les prévoir et de les concevoir.

C'est bien un nouveau monde que nous avons à construire. Demain 30 % des Français auront plus de 60 ans. D'ores et déjà l'espérance de vie à la retraite est de 30 ans. Elle était d'une seule année quand, en 1945, a été obtenue la retraite à 65 ans. Qui aujourd'hui a conçu, qui a pensé le rôle et la place dans la société de ces 15, 16, demain 17 millions d'âgés ? Qui a pleinement fait sienne l'idée que 30 ans c'était le temps de toute une vie, une vie à accomplir et non d'une vie à occuper ?

Qui mesure vraiment ce que veut dire réunir deux générations dans le champ de l'âge ? Avoir 70 ans à la mort de ses parents ? Etre au grand âge si nombreux, si vulnérables et peut être si seuls dans un monde où le lien entre les générations se serait fracturé ?

Quelle démocratie a pris la mesure de ce que représente la part des âgés dans chaque scrutin ? Quel économiste peut exclure une guerre des générations dans un monde où un actif produirait pour deux personnes hors du champ du travail du fait de l'âge ou du chômage ?

Système de santé, famille, fiscalité, droits et libertés mais aussi logement, urbanisme déplacements… Tous, absolument tous les champs de notre société sont suspendus à la manière dont nous relèverons le défi de la longévité à l'égal de celui de l'environnement.

La République, non plus que l'individu, ne peuvent se tenir à l'écart de l'exigence de réponse à ces interrogations.

La présente loi constitue une marche montante dans la construction de ce monde où les « nouveaux âgés », si peu semblables à ceux qui les ont précédés, auront toute leur part. D'aucun ne la trouveront ni assez haute, ni assez large, l'essentiel est qu'elle soit montante et qu'on ne puisse revenir sur aucune des mesures majeures qu'elle développe ou qu'elle programme.

Droits et libertés des âgés, accompagnement du Grand âge, entrée du numérique au rang des outils du bien vieillir, soutien aux aidants, territorialisation, liens de proximité, valorisation de l'engagement... ce sont bien la liberté, l'égalité et la fraternité, ces « trois marches qui mènent au perron suprême » dont il s'agit d'accompagner le chemin de l'âge.

INTRODUCTION

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

Alors que notre pays connaît depuis plusieurs années l'un des plus forts taux de natalité en Europe, cette « révolution de l'âge » n'est pas la marque d'un déclin, mais bien au contraire le signe d'un progrès considérable pour la société française. L'augmentation de l'espérance de vie permet à un grand nombre de Français de vivre plus longtemps et en meilleure santé. Les Français vivent aujourd'hui plus de 80 ans en moyenne, contre 47 ans en 1900. L'espérance de vie en bonne santé ou sans incapacité progresse rapidement : elle était de 63,5 ans en 2010 pour les femmes, contre 62,4 ans quinze ans plus tôt, et de 61,9 pour les hommes, contre 60 ans auparavant. Pour la première fois, deux générations coexistent dans le champ de l'âge : l'âge et le grand âge, chacun avec ses défis propres.

Pour la puissance publique, il s'agit désormais de répondre aux besoins entraînés par le vieillissement de la population, y compris pour les personnes en situation de handicap, sur l'ensemble du territoire. Trois rapports ont été remis au Premier ministre le 11 mars 2013 : celui du Comité avancée en âgé présidé par le docteur AQUINO « *Anticiper pour une autonomie préservée : un enjeu de société* », celui de Martine PINVILLE , « *Relever le défi politique de l'avancée en âge - Perspectives internationales »*, et celui de la mission interministérielle sur l'adaptation de la société française au vieillissement de sa population, présidée par Luc BROUSSY, « *L'adaptation de la société au vieillissement de sa population - France : année zéro !* ». Ils ont tracé des pistes concrètes et opérationnelles pour adapter la société au vieillissement, dont la présente loi s'est beaucoup inspirée.

La réponse au défi de la « révolution de l'âge » doit avoir un caractère universel : tout le monde est concerné par l'âge. Alors que les politiques de l'âge se sont construites par étapes successives, l'ambition du Gouvernement est aujourd'hui de les remettre en cohérence, d'impulser une dynamique et d'assurer l'égalité de tous les citoyens face au risque de perte d'autonomie.

Cette « révolution » est aussi porteuse de croissance, génératrice d'un développement économique au service des besoins et aspirations des plus âgés. La longévité de la population française représente un fort potentiel de création d'emplois de service mais aussi d'emplois industriels.

La révolution de l'âge constitue un défi majeur : notre société doit s'adapter, dès à présent, pour permettre à tous de profiter dans les meilleures conditions sociales, économiques et sanitaires, et le plus longtemps possible, de ce formidable progrès porté par l'allongement de l'espérance de vie. Elle doit s'adapter pour donner toute leur place aux âgés, véritable colonne vertébrale pour la cohésion sociale et citoyenne, compte tenu de leur contribution essentielle à la solidarité familiale,

au lien social et à l'engagement citoyen. La question de l'image se pose également fortement, alors que l'âge est trop souvent associé à une ou plusieurs maladies. Les représentations sont fortes et ancrées dans les esprits, il faut les dépasser.

Le Gouvernement entend promouvoir cette vision positive de l'âge, au bénéfice de toutes les générations. Susciter l'engagement et améliorer l'accompagnement des âgés, c'est porter un modèle de société plus fraternelle, plus apaisée et réconciliée avec les plus fragiles, qui ne repose pas sur les valeurs du plus fort, du plus jeune ou du plus rapide, mais s'inscrit dans une mémoire et se projette dans la durée. En cela l'adaptation de la société au vieillissement comporte une dimension éthique et sociétale majeure en ce début de 21ème siècle.

Ceux pour lesquels l'âge signifie l'entrée dans la perte d'autonomie attendent que l'on réponde à leurs besoins et qu'on les accompagne. Cet accompagnement doit s'inscrire dans un projet de vie qui intègre pleinement l'expression des désirs et des attentes de la personne jusqu'à la fin de sa vie.

La création de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) en 2001 a représenté un progrès majeur pour les personnes âgées et un changement profond dans la manière d'aborder l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie. Les moyens consacrés à l'aide et aux soins en établissements d'hébergement pour personnes âgées ont également été renforcés depuis, notamment via la « médicalisation ». Dix ans plus tard, il convient d'aller plus loin, en renforçant l'APA à domicile, en prenant mieux en compte l'environnement et l'entourage de la personne dans la définition des plans d'aide et en développant les actions de prévention.

Tous les acteurs du médico-social sont bien sûr appelés à se mobiliser, au premier rang desquels les conseils généraux, dont le rôle de « chef de file » des politiques de l'autonomie à l'échelle du département est conforté ; l'Etat, les Agences régionales de santé (ARS), dont le rôle est essentiel dans la prévention, l'organisation et le décloisonnement de l'offre sanitaire et médico-sociale sur le territoire, la construction de parcours de santé et la réduction des inégalités infra régionales ; mais aussi les caisses de retraite, les communes et intercommunalités, via notamment leurs centres d'action sociale, les acteurs de l'aide à domicile et des établissements, les complémentaires santé, les mutuelles, les institutions de prévoyance. Parce qu'il s'agit d'une loi d'adaptation au vieillissement, et non pas seulement une loi sur l'accompagnement de la perte d'autonomie, de nouveaux acteurs sont invités à s'impliquer fortement dans les politiques publiques à destination des âgés, en particulier dans le secteur du logement, des transports, de la culture, … Pour la même raison, de nouveaux lieux d'échange mais aussi de coconstruction sont créés sur les territoires et les départements sont renforcés dans leur rôle de chefs de file, dans une logique de coordination et d'animation, afin que la politique de l'âge puisse s'inscrire dans une véritable démarche de développement social et territorial.

Le Gouvernement a fait le choix d'une loi d'orientation et de programmation, inscrivant la totalité de la politique de l'âge dans un programme pluriannuel et transversal, embrassant toutes les dimensions de l'avancée en âge et confortant le choix d'un financement solidaire de l'accompagnement de la perte d'autonomie. L'action qui s'engage sera globale, pérenne et mobilisera la société toute entière.

La politique d'adaptation de la société au vieillissement repose sur trois piliers indissociables :

- **L'Anticipation** : pour prévenir la perte d'autonomie, au plan individuel et collectif. L'âge est un facteur d'accélération d'inégalités sociales et de santé qui entraînent un risque accru de perte d'autonomie. Prévenir et repérer les facteurs de risque est essentiel et permettra, d'une part, de proposer, chaque fois que nécessaire, des programmes de prévention adaptés et, d'autre part, de faciliter le recours aux aides techniques pour retarder la perte d'autonomie. Pour notre société, il s'agit d'anticiper, au lieu de subir, le vieillissement de nos concitoyens, dont les effets sur l'autonomie ne sont pas une fatalité.

- **L'Adaptation** de notre société : L'âge ne doit pas être facteur de discrimination ou d'exclusion : il faut changer le regard sur le vieillissement. Cela passe par la création de liens sociaux nouveaux, en rapprochant les générations, mais aussi par la réaffirmation des droits des âgés pour qu'ils ne soient pas ignorés. Il convient de repenser toutes les politiques publiques, en particulier celles du logement, de l'urbanisme et des transports, mais aussi des droits des âgés, de leur engagement civique… Les villes, et plus largement les territoires, doivent être incités à prendre en compte l'augmentation du nombre d'âgés dans leur développement. Il faut favoriser en France l'innovation technologique, la production d'équipements domotiques, pour répondre aux besoins des âgés et encourager la structuration d'une filière industrielle, car le vieillissement représente un levier remarquable pour la société en termes d'emplois, de développement industriel et de croissance.

- **L'Accompagnement** de la perte d'autonomie. La priorité est de permettre à ceux qui le souhaitent de vivre à domicile dans de bonnes conditions : c'est la préférence des âgés et des familles. Un acte II de l'APA à domicile, plus de 10 ans après sa création, est donc nécessaire pour renforcer les possibilités d'aide et en diminuer le coût pour les familles. De plus, les aidants, les familles ou les proches, qui sont souvent le pivot du soutien à domicile doivent être mieux reconnus et mieux soutenus. Les âgés et leurs aidants doivent pouvoir compter sur une information claire et accessible, sur une orientation pertinente qui respecte leur liberté de choix et sur une réponse en matière d'aide et un accompagnement garantis sur l'ensemble du territoire. La loi fixe également les grandes orientations de la réforme de l'aide à l'autonomie en établissement. Celle-ci interviendra dans un second temps législatif, après une expertise inter administrative lancée dès 2014 et suivie d'une concertation avec les acteurs de ce secteur.

Ces trois volets assurent la cohérence de la politique de l'âge portée par le Gouvernement. La personne âgée et sa famille sont au cœur de chacun de ces volets et de chacune des dispositions de la loi : leurs attentes, leurs projets, leurs besoins, leur participation aussi, avec l'enjeu déterminant d'une meilleure prise en compte de la parole et de la place des âgés dans l'élaboration des politiques publiques.

Cette politique ambitieuse s'appuiera, pour la première étape, sur la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA), soit un montant estimé à 645 millions d'euros par an. Le volet « accompagnement de la loi » vise en particulier à rendre effectif le droit des âgés à

vivre à leur domicile dans de bonnes conditions. Pour concrétiser cet engagement, 375 millions d'euros supplémentaires seront consacrés chaque année à l'APA à domicile.

La CASA répondra donc bien à sa vocation et sera pleinement affectée à l'adaptation de la société au vieillissement dans toutes ses dimensions.

VOLET 1 : ANTICIPATION ET PREVENTION

La prévention est le moteur de la politique de l'âge. L'avancée en âge est inexorable mais elle est prévisible, collectivement comme individuellement. Depuis plusieurs décennies, les courbes démographiques dessinent une évidence. Progrès scientifiques, médicaux et technologiques autorisent aujourd'hui à l'optimisme de la volonté : la perte d'autonomie n'est pas inéluctable.

La révolution de l'âge est parallèle à la révolution numérique et elle se fera grâce à son apport. L'accès à large dimension aux aides techniques de l'autonomie fera entrer la politique de l'âge dans le XXIème siècle. Les financements apportés permettront à tous d'y accéder et concourront à réduire les inégalités sociales creusées par la vieillesse.

L'anticipation est la toute première priorité.

Il n'y a pas de fatalité : il est des situations sur lesquelles nous pouvons et devons agir pour préserver l'autonomie, pour faire reculer la perte d'autonomie dite « évitable » en repérant et en combattant plus tôt les premiers signes de fragilité des âgés et pour mieux accompagner ceux qui ont besoin de l'être.

Nous ne sommes pas égaux devant la perte d'autonomie : certains risquent plus que d'autres de rencontrer des difficultés, parce que leur parcours de vie les a exposés à des risques plus lourds, parce qu'ils n'ont pas eu les moyens de préserver leur santé. Les inégalités sociales marquent aussi de leur empreinte le grand âge, et le risque de perte d'autonomie est plus grand pour ceux qui sont les moins favorisés. La volonté de développer la prévention rejoint l'ambition du Gouvernement de faire de la lutte contre les inégalités sociales une priorité, à travers le plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale mais aussi les orientations de la stratégie nationale de santé.

Les enjeux de la transition démographique et de la prise en charge de la perte d'autonomie à moyen terme peuvent être abordés avec confiance si une véritable culture de la prévention s'impose auprès du grand public et de l'ensemble des acteurs directement concernés : âgés, familles, aidants, professionnels, bénévoles, etc.

En lien étroit avec la stratégie nationale de santé, qui met le vieillissement de la population au cœur de ses priorités, une politique de prévention graduée sera mise en œuvre pour que chacun puisse mesurer l'impact de ses comportements sur les conditions de son avancée en âge. Déclinant ainsi la stratégie nationale de santé, elle comprendra aussi bien des actions d'éducation à la santé que des programmes ciblés

Cette politique nationale de prévention, qu'elle soit primaire – tout au long de la vie, secondaire – face à l'apparition des premiers signes de fragilité, voire tertiaire – pour prévenir l'aggravation de la perte d'autonomie, doit être globale. Elle s'adresse à tous, et en particulier à tous les âgés, quel que soit leur niveau de perte d'autonomie, qu'ils soient ou non bénéficiaire de l'APA.

1. Développer une culture de l'autonomie tout au long de la vie

Chacun doit prendre à bras le corps son vieillissement et ses conséquences.

L'avancée en âge peut être anticipée très tôt, dès la vie active, avec l'appui des employeurs qui ont une responsabilité dans la préparation du vieillissement de leurs salariés.

Le passage à la retraite est un moment clé, une occasion de remobilisation sur un projet plus personnel ou un engagement auprès de la société. A cette première étape en succèderont d'autres, représentant chaque fois un moment privilégié de repenser son projet de vie. Car la vieillesse n'est pas homogène, mais au contraire plurielle : il y a l'âge où l'on est « âgé sans être vieux », qui renvoie à l'âge de la retraite, mais aussi de la grand-parentalité, puis l'âge de la vieillesse, où les fragilités apparaissent, enfin le grand âge.

Une politique globale d'information et d'éducation à l'avancée en âge sera mise en œuvre pour l'ensemble de la population dans le cadre d'un plan d'actions national et interministériel et auquel le Haut Conseil de l'Age nouvellement créé prendra toute sa part (cf. volet gouvernance). Un accent particulier sera mis sur le développement de l'activité physique et sportive et sur le lien social.

1.1 Anticiper le passage à la retraite et accompagner la fin de carrière

L'accompagnement du vieillissement au travail permet de prévenir la perte d'autonomie aux moments clés que représentent la fin de carrière et le passage à la retraite. Cet accompagnement doit éviter que n'interviennent des ruptures susceptibles de fragiliser des parcours de vie déjà difficiles et favoriser au contraire une transition harmonieuse vers une « troisième vie ».

Cela passe par une mobilisation dans le cadre de la santé au travail, qui pourra accompagner le vieillissement au travail dans le cadre des outils de droit commun du dialogue social et de la politique de l'emploi ou dans le cadre des contrats de génération, qui pourraient intégrer le cas échéant des actions d'accompagnement des seniors dans l'emploi. Cette orientation va dans le sens de la feuille de route de la conférence sociale de juillet 2012 prévoyant de renforcer la prévention de la pénibilité et le maintien dans l'emploi des seniors.

Au moment où ils s'apprêtent à prendre leur retraite, les assurés qui rencontrent des difficultés sociales pourront bénéficier de « rendez-vous avec la République » grâce aux entretiens que les caisses de retraite développeront à destination des publics en situation de fragilité, dans le cadre de leurs prochaines conventions d'objectifs et de gestion (COG).

En particulier, les personnes handicapées vieillissantes (actives ou non, avec une attention particulière pour les personnes sans emploi au moment de l'âge de la retraite) pourraient utilement bénéficier de mesures coordonnées de prévention de la perte d'autonomie et de prévention des périodes d'interruption des droits.

La CNAV s'engage notamment à expérimenter, avant la fin de la COG (2017), un « passage accompagné » à la retraite pour les publics fragilisés, assorti d'une proposition de demande de minimum vieillesse (ASPA). Afin d'éviter les interruptions de droits et des périodes sans ressources, des solutions d'automatisation seront également étudiées.

1.2 Faire de la prévention l'affaire de tous

Il est nécessaire d'offrir au plus grand nombre toutes les informations utiles pour accompagner le changement des comportements favorables à la préservation de l'autonomie : âgés, aidants familiaux ou professionnels, bénévoles, services publics, etc. C'est un effort d'éducation au

bien vieillir qui doit être engagé, sur l'ensemble des priorités nationales définies, pour permettre à tous de « savoir pour pouvoir ». En lien avec l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), les caisses de retraites mettront en ligne un portail dédié à la préservation de l'autonomie, articulé avec le portail plus général porté par la CNSA. Cette information devra également être relayée dans les écoles, les administrations, les entreprises, les services publics, etc. pour que la mobilisation soit la plus universelle possible.

1.3 Rapprocher les acteurs du monde de la recherche, du monde social et du monde économique autour du "bien-être" des personnes âgées

La prévention de la perte d'autonomie et l'accompagnement de l'allongement de la vie est un des grands défis à relever dans notre société. La mission des gérontopôles est de rapprocher et dynamiser autour du vieillissement les acteurs de la recherche, du soin (à l'hôpital, en ville, en établissement médico-social), de la formation et de l'entreprise. Ils faciliteront le transfert de la recherche, du développement technologique (Silver économie) vers le soin, le médico-social et les services apportés aux âgés.

Ils s'inscriront dans les orientations définies par la stratégie nationale de santé et l'agenda stratégique de la recherche « France-Europe 2020 ». D'ores et déjà, parmi les axes forts proposés par l'alliance Aviesan (Alliance nationale pour les sciences de la vie et de la santé), la problématique de la recherche sur le vieillissement normal et pathologique a été mise en avant, avec comme axes prioritaires la longévité (génome et organisme), les neurosciences et les fonctions cognitives, la qualité de vie et la perte d'autonomie (pour pallier l'isolement, les risques et le handicap).

Sur cette thématique, le Ministère de l'Enseignement supérieur et de la recherche a demandé à l'Agence nationale de la recherche d'organiser majoritairement son plan d'action 2014 autour de neuf grands défis sociétaux, parmi lesquels le défi « santé – bien-être » dont le vieillissement est un sous-axe. Il a également, avec les ministères en charge du redressement productif et des personnes âgées et de l'autonomie, encouragé les réflexions permettant de construire une contribution française forte à un projet de KIC *(Knowledge and Innovation Communities)* « Vieillissement actif et en bonne santé », dont le lancement est prévu mi-février 2014 dans le cadre de l'Institut Européen de Technologie.

2. Identifier et agir sur les facteurs de risque et les fragilités

Le repérage des fragilités et la meilleure connaissance du vieillissement issue des travaux de recherche doivent conduire à innover et à imaginer d'autres manières de préserver l'autonomie et d'anticiper les effets négatifs de l'âge. Les actions prioritaires de la politique de prévention portent sur le repérage des fragilités le plus en amont possible puis sur des actions ciblées sur la préservation du lien social, l'alimentation et l'activité physique.

2.1 Améliorer le repérage des risques de perte d'autonomie et des fragilités

La prévention de la perte d'autonomie passe par le repérage de facteurs de risque à toutes les étapes du parcours des âgés, en privilégiant les déterminants sociaux et environnementaux au sein d'un dispositif de prévention ciblé et gradué.

La fragilité correspond à un ensemble de signes de perte d'autonomie encore réversibles. Le repérage de ces signes et la mise en place d'actions visant à les pallier permet de regagner tout ou partie de l'autonomie et d'éviter de basculer dans la perte d'autonomie non réversible.

Un programme de sensibilisation au repérage des risques de perte d'autonomie, tenant compte des problématiques spécifiques du handicap, sera développé par le Ministère des Affaires sociales et de la santé au profit des professionnels médico-sociaux et de santé, notamment sur la base des recommandations de la Haute autorité de santé ou de la CNSA et de l'INPES. La place de la prévention dans la formation et l'accompagnement des métiers liés au vieillissement sera également renforcée. Une attention particulière sera apportée aux aidants, qui sont eux-mêmes en situation de risque et aux personnes en situation de handicap qui avancent en âge.

La piste d'un examen de santé dans les centres d'examen de santé de l'Assurance Maladie, ciblé sur les publics précaires, est examinée, en y intégrant le cas échéant les aidants fragilisés.

Pour les cas les plus complexes, les hôpitaux de jour gériatriques devront à l'avenir développer leur fonction d'expertise et de recours des acteurs de première ligne pour l'évaluation et la prise en charge des personnes présentant de multiples risques.

2.2 Maintenir le lien social et lutter contre l'isolement : MONALISA

Près d'un quart des personnes en situation d'isolement relationnel est composé de personnes âgées de plus de 75 ans, soit environ 1,2 million de personnes (Fondation de France, 2013). La part des âgés isolés augmente fortement. Lutter contre l'isolement social suppose d'encourager la participation des citoyens et des acteurs locaux volontaires pour développer la création de lien social avec les personnes fragilisées.

De ce constat est née la Mobilisation NAtionale contre l'ISolement social des Agés (MONALISA). Le déploiement de cette mobilisation nationale sera fortement soutenu et s'inscrira dans les grands chantiers suivis par le nouveau Haut Conseil de l'Age.

Cette mobilisation nationale consiste pour les nombreuses parties prenantes (associations, collectivités territoriales, centres communaux d'action sociale (CCAS), caisses de retraite primaires et complémentaires, mutuelles, la CNSA, l'Agence du service civique, etc.) à mener un programme d'émergence et de déploiement d' équipes de citoyens bénévoles, de façon à mieux répondre aux besoins, en particulier sur les lieux où il n'existe pas encore d'actions ou auprès de personnes particulièrement fragilisées (migrants ou personnes séropositives qui avancent en âge par exemple). Pour valoriser les équipes, leurs actions et faciliter le soutien des partenaires, une charte MONALISA permettra aux « opérateurs d'équipes » existants ou à venir, de se reconnaître et de s'inscrire dans cette cause commune. L'agence du service civique poursuivra dans les années à venir son effort de mobilisation de jeunes sur le champ de la lutte contre l'isolement.

En outre, avoir une attitude active vis-à-vis de l'univers du numérique est un facteur démontré de prévention de l'autonomie. Il faut permettre à tous d'y avoir accès et éviter une nouvelle « fracture » entre ceux qui disposent des moyens d'accéder à l'information et de s'équiper et les autres. La mobilisation MONALISA ne négligera pas cet aspect.

2.3 Promouvoir l'activité physique et les bonnes pratiques de nutrition chez les âgés

Dans le prolongement des actions engagées avec le programme national nutrition-santé (PNNS), la promotion de bonnes pratiques de nutrition, la lutte contre la dénutrition des grands âgés ainsi que la promotion de l'activité physique sont des priorités pour agir sur les comportements et améliorer la qualité de vie des âgés.

Le programme national de prévention de la perte d'autonomie, qui sera élaboré par le ministère en charge des personnes âgées en lien avec le Haut Conseil de l'Âge, déclinera les priorités des pouvoirs publics autour de ces composantes essentielles de la prévention. Il prévoira le renforcement des compétences et des organisations hospitalières en matière de nutrition pour les personnes âgées accueillies en établissement et sera ambitieux sur le développement de l'activité physique.

La lutte contre la sédentarité permet de préserver la santé des aînés, de réduire la multiplication des soins et de prévenir la perte d'autonomie ou son aggravation. La pratique sportive permet également de rompre l'isolement social et de renforcer les liens intergénérationnels.

Les mesures relatives à la promotion et au développement des activités physiques et sportives ciblées sur les âgés, qui s'appuient notamment sur les recommandations du groupe de travail présidé par le Pr. Daniel RIVIERE *« Dispositif d'activités physiques et sportives en direction des âgés* » (2013), seront intégrées au programme national de prévention de la perte d'autonomie. Elles se concentrent sur quatre objectifs : le développement à l'échelon territorial de l'offre de pratique physique ou sportive pour les personnes âgés, quel que soit leur niveau d'autonomie et leur lieu d'hébergement, en s'appuyant sur les collectivités territoriales et les réseaux « sport-santé » ; la sensibilisation du public, en portant une attention particulière aux personnes défavorisées ; la formation des professionnels ; l'accueil adapté des âgés dans les établissements d'activités physiques et sportives.

Parmi les différentes actions qui seront conduites, la constitution d'un réseau de professionnels (éducateurs sportifs, professionnels du social, kinésithérapeutes, infirmières…) sera encouragée, notamment autour des médecins traitants. Ce réseau assurera une prise en charge coordonnée de la personne, lui permettant d'adhérer à une pratique physique ou sportive régulière et adaptée, accessible même aux plus démunis (aide à la prise en charge financière des abonnements de location de vélo ou d'entrée dans les piscines par exemple). Dans le cadre de la responsabilité sociétale des entreprises (RSE), les entreprises, comme les administrations et collectivités, seront incitées à faciliter pour leurs salariés et agents la pratique physique ou sportive et à les accompagner au cours de la fin de leur activité professionnelle vers une retraite physiquement active.

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) et les maisons de retraite médicalisées seront encouragés à développer la pratique d'une activité physique ou sportive adaptée, encadrée par un professionnel du sport spécifiquement formé.

2.4 Mettre en œuvre un programme national de prévention du suicide des âgés

Les personnes âgées de plus de 65 ans représentent la part de la population la plus à risque de décès par suicide. En France, sur près de 10 400 suicides survenus en 2010, 28 % au moins ont concerné des personnes de 65 ans et plus (CepiDc-Inserm). En outre, la personne âgée accomplissant

un geste suicidaire est en général animée d'une détermination forte, comme en témoigne les moyens radicaux employés signes d'une grande désespérance: précipitation d'un lieu élevé, armes à feu, pendaison. C'est ce qui explique que le taux d'échec des tentatives des âgés soit beaucoup plus bas que pour les autres groupes d'âge.

Dans la très grande majorité des cas, le suicide des âgés est l'aboutissement de l'évolution douloureuse d'une dépression méconnue ou mal traitée. C'est pourquoi une action spécifique doit être menée. En s'appuyant notamment sur les conclusions du rapport du Comité national de la bientraitance et des droits (CNDB) d'octobre 2013 sur « *la prévention du suicide chez les personnes âgées* », un programme d'actions de prévention du suicide chez les âgés a été élaboré, comprenant 16 actions, autour de trois priorités :

- développer les savoirs grands publics et professionnels des âgés à toutes les étapes du processus suicidaire, au travers notamment de la formation des médecins à la reconnaissance précoce de la dépression et à l'instauration d'un traitement adéquat, de la formation des professionnels au repérage de la crise suicidaire ou encore de la formation des écoutants téléphoniques sur les numéros d'écoute dédiés ;

- structurer dans les territoires la collaboration entre la médecine générale, la gériatrie et la psychiatrie pour améliorer la prise en charge, en proposant, par exemple, un cahier des charges d'amélioration de la prise en charge, du repérage à l'accompagnement du patient et de son entourage ;

- développer et mettre en œuvre un programme d'études et de recherche sur le suicide des personnes âgées. Ces actions seront la déclinaison pour les personnes âgées de l'action nationale développée par l'Observatoire du suicide.

2.5 Le vieillissement, une priorité de la stratégie nationale de santé

La future loi de santé issue de la Stratégie Nationale de Santé (SNS) viendra compléter les dispositions de la présente loi, en particulier pour les aspects relatifs à la prévention de la perte d'autonomie et à l'adaptation du système de santé au vieillissement La SNS porte trois grandes priorités : anticiper les deux grands défis auxquels est confronté notre système de santé que sont le vieillissement de la population et la prise en charge de patients atteints de pathologies chroniques, lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé et préserver le financement solidaire de la protection sociale. Le recours aux soins des personnes âgées sera ainsi amélioré, tant par des mesures de droit commun que par des dispositions intéressant spécifiquement les personnes âgées.

- *Lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé*

L'âge aggrave les inégalités sociales de santé. Pour favoriser l'accessibilité financière à des soins de qualité, le Gouvernement a pris des engagements importants dont l'encadrement des dépassements d'honoraires médicaux et l'accès à une complémentaire santé. La loi financement de la sécurité sociale pour 2014 prévoit d'ores et déjà une augmentation de cinquante euros de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé pour ses bénéficiaires âgés de plus de soixante ans.

Sur le plan des inégalités territoriales de santé, et dans le cadre du pacte territoire santé, le renforcement de l'offre de soins de proximité et la lutte contre les déserts médicaux doivent garantir

une offre de soins accessible à tous et notamment aux personnes en situation de perte d'autonomie et/ou atteintes d'une maladie chronique. Les diverses mesures mises en œuvre dans le cadre de ce pacte, comme les incitations à l'installation des professionnels dans les zones en déficit d'offre de soins, le renforcement de la coopération entre les acteurs ou la promotion de tous les outils de télémédecine ou de télé-expertise au bénéfice des patients isolés, contribueront au renforcement des dispositifs de prise en charge des personnes âgées qui résident dans des zones où l'offre de soins est discontinue, notamment en zone rurale.

Concernant l'accessibilité financière à des soins de qualité, le Gouvernement a fait des avancées importantes avec la lutte contre les dépassements d'honoraires, l'engagement de généraliser l'accès à une complémentaire santé de qualité d'ici 2017, le renforcement de la qualité des contrats éligibles à l'aide à la complémentaire santé et l'augmentation de cette aide adoptée dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014. Ces mesures bénéficieront ainsi aux personnes âgées à faibles ressources.

- *Rester en bonne santé pour bien vieillir : priorité à la prévention*

Pour préserver le meilleur état de santé possible avec l'avancée en âge et lutter contre les facteurs de perte d'autonomie, la stratégie nationale de santé repose sur trois priorités spécifiques en matière de prévention à l'attention des personnes âgées : santé visuelle, santé auditive, santé nutritionnelle et bucco-dentaire. En effet, la perte d'autonomie résulte souvent d'une dégradation de la santé visuelle ou auditive des personnes, atténuant leurs interactions avec leur environnement pour les placer progressivement dans une situation d'isolement social.

- *Adapter notre système de santé au vieillissement*

La stratégie nationale de santé se fixe pour objectif la mise en œuvre d'une médecine de parcours, conformément aux orientations de l'avis du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie du 22 mars 2012. La médecine de parcours assure une meilleure articulation entre les différents acteurs des champs sanitaire, médico-social et social dans la prise en charge d'une personne âgée. Il s'agit à la fois de lutter contre le renoncement aux soins et les ruptures de prise en charge ou d'observance thérapeutique et de favoriser des prises en charge optimales et coordonnées autour des besoins de la personne.

Le lancement des expérimentations de parcours pour les personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA), prévues par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013, illustre l'engagement du Gouvernement pour l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées. La poursuite du déploiement des dispositifs MAIA, méthode de travail déployée dans un objectif d'intégration des réponses d'aides et de soins offertes aux âgés, va dans le même sens. Un plan spécifique sera élaboré pour la prise en charge des patients atteints de maladies neuro-dégénératives, qui capitalisera les avancées des plans Alzheimer antérieurs, dont le caractère transversal, de la recherche à l'accompagnement social, fut l'une des conditions de la réussite. Cet élargissement à d'autres maladies, comme celle de Parkinson par exemple, sera réalisé dans le respect des besoins propres à chacun. En effet, les réponses ne peuvent être standardisées, mais doivent être adaptées à la spécificité des troubles que connaissent les personnes. Il s'agit donc de concilier une plus grande ouverture de nos structures avec l'impératif de prendre en considération chaque situation dans ce qu'elle a de singulier.

- *Agir pour le bon usage du médicament*

Selon la HAS, 67 % des personnes de 65 ans et plus ont acquis au moins un produit pharmaceutique en un mois contre 35 % pour les moins de 65 ans. Cette proportion augmente avec l'âge. La polymédication est par ailleurs responsable de 10 à 20 % d'hospitalisations chez les 65 ans et plus.

Inspiré notamment des préconisations du rapport de Philippe VERGER « *La politique du médicament en EHPAD* », un plan d'action volontariste sera engagé pour favoriser le bon usage du médicament chez les patients âgés en ville, à l'hôpital ou en maison de retraite médicalisée. Quatre objectifs sont poursuivis et déclinés : limiter le recours inadéquat aux médicaments et favoriser les alternatives aux médicaments chaque fois que c'est possible ; aider le médecin à gérer au mieux le risque d'une consommation inadaptée de médicaments chez les personnes âgées ; favoriser un bon suivi de son traitement par la personne et développer l'accompagnement pharmaceutique; améliorer la qualité de la prise en charge médicamenteuse pour les résidents en maison de retraite médicalisée.

Cette politique rénovée et adaptée aux besoins des personnes âgées se traduira notamment par la refondation de la formation des professionnels de santé (initiale et continue) et par le renforcement des objectifs de santé publique dans leur rémunération. La recherche sur les formes adaptées de médicaments au sujet âgé (comprimés, pilules, sachets, injectables, ...) sera encouragée, pour éviter une prise du traitement difficile. Cela permettra en particulier d'éviter que, pour faciliter la prise, les médicaments soient parfois écrasés ou mélangés, avec de nombreux risques associés.

Des outils nouveaux seront également mis en place pour accompagner de manière ciblée les médecins dont les patients de plus de 65 ans se sont vus prescrire un nombre important de molécules (plus de 10), ou encore pour faciliter un travail partenarial entre médecin et pharmacien autour notamment du dossier pharmaceutique. Il sera également nécessaire de communiquer davantage et de manière ciblée, au travers d'une campagne nationale, et de travailler à des supports adaptés à certaines pathologies avec les associations de patients et des familles.

Un comité de suivi a été mis en place pour le suivi du plan, regroupant l'ensemble des partenaires concernés.

3. Faire connaître et mieux financer les aides techniques - développer les actions collectives de prévention

Les progrès technologiques font franchir un grand pas à l'aide à l'autonomie et à la possibilité pour les âgés de demeurer à leur domicile. La solvabilisation de l'accès des personnes à faibles revenus aux technologies de l'autonomie, par exemple à des bouquets de services centrés sur les dispositifs d'assistance et la domotique, a pour objet de réduire les inégalités sociales qui s'aggravent avec l'âge et de faire entrer la politique de l'autonomie dans l'ère du numérique.

Le soutien au domicile des âgés repose aujourd'hui presque exclusivement sur l'aide humaine, en particulier pour les personnes les moins touchées par la perte d'autonome (GIR 4 à 6), c'est-à-dire celles pour lesquelles il est essentiel de développer une politique de prévention secondaire. Les plafonds de l'APA, en particulier, ne permettent pas de dégager les marges suffisantes pour avoir un impact significatif sur l'accès aux aides techniques. De plus, l'APA exclut de

fait les âgés les plus autonomes, qui pourtant auraient besoin d'équipements, afin par exemple d'éviter les chutes. De nombreuses initiatives se développent pour organiser des actions collectives à destination des âgés (prévention des chutes, dénutrition, etc.), mais elles restent encore dispersées, peu lisibles et peu développées.

Pour répondre à ces enjeux, la loi crée une nouvelle aide permettant de solvabiliser l'accès aux aides techniques et aux actions collectives, ciblée sur les âgés les plus modestes. Elle permettra, sous conditions de ressources, dans une enveloppe fermée, d'apporter une réponse immédiate et déterminante pour faciliter la vie à domicile des âgés. Le champ des aides et actions ainsi solvabilisables est large pour pouvoir, au cas par cas, agir sur l'ensemble des déterminants du maintien à domicile et de la préservation de l'autonomie (aides techniques, téléassistance, petits aménagements du logement, domotique, actions collectives de prévention, etc.).

4. Développer des politiques coordonnées de prévention au niveau local

Beaucoup d'acteurs sont engagés dans des actions de prévention de la perte d'autonomie (Conseils généraux, ARS, CCAS, caisses de retraite, associations, Services d'aide à domicile, …), et l'Etat ne peut que les inciter à s'impliquer davantage dans ce domaine. Toutefois, l'objectif de faire monter en puissance les politiques de prévention suppose de définir des stratégies régionales et locales mieux coordonnées, à la fois dans leur cible, leur contenu (cf. aides techniques) et dans leur déploiement territorial. L'Etat contribuera à favoriser cette dynamique autour des Conseils Généraux, chefs de file de l'action gérontologique. Il confortera également le rapprochement au niveau national, de l'action sociale des caisses de retraite.

- *Favoriser la mise en place de stratégies locales de prévention, assurant un meilleur accès aux aides techniques et le développement d'actions collectives*

La loi prévoit la mise en place d'une conférence départementale des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie (cf. partie gouvernance). Cette conférence réunit, sous la présidence du Conseil Général, tous les acteurs du financement de la prévention. Cette organisation permettra une amélioration de la visibilité de l'existant et l'identification des besoins non couverts ou non financés sur le territoire, afin de définir une stratégie coordonnée de prévention. L'enveloppe que l'Etat va attribuer au développement de l'accès aux aides techniques, aux actions collectives et au « forfait autonomie » pour les logements-foyers sera gérée dans ce cadre partenarial.

- *Conforter la coordination de l'action sociale des régimes de retraite*

Les régimes de retraite de base, ainsi que les régimes complémentaires, ont un rôle très actif en matière d'action sociale et de prévention. Une étape importante et indispensable dans cette meilleure coordination des actions de prévention consiste à développer une approche commune aux régimes de retraite de base en direction de chaque retraité, quel que soit le régime auquel il est rattaché. Ce rapprochement a été engagé depuis 2011, entre la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV), la Mutualité sociale agricole (MSA) et le Régime social des indépendants (RSI). Les trois caisses nationales ont initié une nouvelle étape de la dynamique inter-régimes en signant une convention qui définit les principes d'un « socle commun ». Sur cette base, il est nécessaire d'aller plus loin. La loi prévoit la signature, par la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV), la Mutualité sociale agricole (MSA), le Régime social des indépendants (RSI) et l'Etat, d'une convention pluriannuelle fixant les principes et les objectifs de la politique coordonnée de préservation de

l'autonomie, conduite dans le cadre de l'action sociale de ces régimes. Cette convention pourra être élargie à d'autres caisses de retraite de base ou complémentaires.

5. Réguler le marché de l'assurance dépendance

Le Gouvernement fait de la solidarité nationale le fondement de la loi sur l'adaptation de la société au vieillissement et en particulier de la réforme de l'accompagnement. Ce choix de société permet de faire face au risque social que représente la perte d'autonomie.

Toutefois, dans une perspective d'anticipation individuelle, chacun peut décider de faire également appel à une assurance privée. Fin 2010, 5,5 millions de personnes étaient couvertes par un contrat d'assurance dépendance. Or, il est parfois difficile de se repérer dans l'offre assurantielle actuelle, variée mais très diversifiée et inégale : les définitions de l'état d'entrée en perte d'autonomie sont souvent restrictives (seule la perte d'autonomie lourde est couverte) et ne sont pas alignées sur la grille utilisée pour l'APA. Certains assurés peuvent donc bénéficier de cette allocation tout en se voyant refuser une rente. Les rentes peuvent être modestes au regard du reste à charge et faiblement revalorisées. Enfin, les délais de franchise ou de carence sont souvent importants et peuvent faire obstacle au déclenchement des garanties.

Dans ce contexte, la Fédération française des sociétés d'assurance (FFSA) a lancé un label pour les contrats d'assurance dépendance en mai 2013. Cette démarche permet d'offrir un niveau minimal de rente et de garantir une rente viagère. Pour aller plus loin, le Gouvernement envisage de favoriser, dans le cadre des prochaines lois financières, les contrats les plus protecteurs qui devront respecter un cahier des charges (couvertures, modalités de revalorisation, possibilités de transfert, etc.), construit en concertation avec l'ensemble des acteurs du secteur (assureurs, Mutualité, Institutions de Prévoyance). Cela permettra d'encourager, dans une logique de conditionnalité, le développement d'une offre lisible et plus sûre au bénéfice des assurés.

VOLET 2 : ADAPTATION DE LA SOCIETE AU VIEILLISSEMENT

C'est le cœur même du défi démographique que de concevoir et d'organiser les multiples effets de l'allongement de la vie et du vieillissement sur la société. L'objet de cette loi n'est pas d'examiner de manière exhaustive tous ces effets, mais seulement ceux qui sont les plus directement et concrètement liées à la vie des âgés : logement, urbanisme, déplacements, économie et emploi.

Concevoir la place et le rôle des âgés dans la société, affirmer leur droits constituent aujourd'hui un nouveau champ d'investissement dont le Politique et les politiques publiques doivent s'emparer pour qu'ils se sachent au cœur de la Cité, utiles, incontournables, en lien avec toutes les générations.

C'est aujourd'hui qu'il faut concevoir une société qui, dans une génération, comptera un tiers de personnes âgées de plus de 65 ans. Cette évolution suppose de travailler à des réponses spécifiques pour répondre aux besoins liés à l'âge, mais aussi et surtout d'intégrer dans les politiques publiques de droit commun et dans l'offre de biens et de services privés, cette réalité du vieillissement de la population.

La manière de voir les âgés et de penser les solidarités doivent changer et s'adapter à la longévité, notamment en reconnaissant et en favorisant l'engagement des âgés, dans la famille en premier lieu en tant que grands-parents, ou dans la société civile en tant que citoyens, forts de leur expérience et de leur disponibilité.

Toutes les politiques publiques doivent prendre en compte la « révolution de l'âge » et le respect du libre choix des âgés dans leur projet de vie : le logement est à ce titre emblématique. Il est la première condition de l'autonomie. Il faut faciliter l'adaptation du logement privé et social, en conduisant un politique volontariste d'aménagement et de construction de logements adaptés. Il faut aussi développer des formes de logements intermédiaires qui répondent aux attentes de ceux qui ne souhaitent, ou ne peuvent, pas vivre dans un logement traditionnel. Au-delà du logement, il s'agit d'inciter les collectivités territoriales à intégrer dans leurs politiques urbaines l'enjeu de l'avancée en âge, et à développer leur efforts pour améliorer l'offre de transports, adapter l'urbanisme et accompagner les modes d'habiter et de vivre ensemble.

L'économie de notre pays elle-même doit être davantage tournée qu'aujourd'hui vers les besoins des âgés : création et adaptation des emplois au service des âgés, développement d'une nouvelle filière industrielle, avec la Silver Economie, renforcement de l'effort de recherche et d'innovation ; autant d'opportunités d'emplois et de croissance pour la société française.

Le défenseur des droits a affirmé dès 2005 que les discriminations liées à l'âge étaient en augmentation. L'âge est le troisième critère de discrimination après l'origine et le handicap. Toutes les mesures nécessaires pour les prévenir devront être prises, en concertation étroite avec le Défenseur des droits.

Enfin, adapter la société au vieillissement, c'est aussi préciser et renforcer les droits et libertés des âgés. Les personnes en perte d'autonomie, à domicile ou en établissement, doivent avoir la garantie que leurs libertés fondamentales seront respectées.

1. Installer la révolution de l'âge dans toutes les politiques publiques

Le logement et la place réservée par la Cité à chacun dans sa ville contribue à la citoyenneté des individus. Cela est encore plus vrai pour les âgés pour lesquels le logement doit constituer un véritable « atout autonomie », un lieu de vie qui doit leur permettre d'aller et venir sans encombre et qui doit s'adapter, soit par des travaux, soit par des équipements, à des débuts de fragilités afin de ne pas empêcher leur participation à la vie sociale.

Il en est de même pour les territoires. La loi sur l'accessibilité de 2005 mobilise tous les territoires en faveur de l'accessibilité universelle. Penser l'urbanisme de manière intergénérationnelle, tout comme la réflexion sur les mobilités des âgés, invite à prendre en considération des éléments qui répondent à leurs besoins spécifiques avec une seule ambition : aménager des territoires qui leur permettent de garder prise avec la vie sociale, d'y être intégrés et d'en être pleinement acteurs.

1.1 Faire du logement un levier majeur des politiques d'autonomie et du mieux vieillir

90 % des Français préfèrent adapter leur domicile qu'à avoir à le quitter si leur état de santé se dégrade (sondage Opinionway pour l'Observatoire de l'intérêt général, 2012). D'où l'importance de réunir les conditions nécessaires à l'exercice d'un vrai « libre choix ».

Car le logement, à travers ses caractéristiques et sa localisation, conditionne aussi bien la capacité des personnes à vivre de manière autonome, que le maintien des relations sociales. Pour rendre possible et effective la priorité au domicile, l'adaptation des logements à l'autonomie est une nécessité absolue. Or, aujourd'hui, 6 % seulement des logements sont adaptés à la vie quotidienne de personne en perte d'autonomie. Il faut attribuer à ce faible taux d'adaptation des logements une partie du trop grand nombre d'accidents domestiques impliquant des âgés : 450 000 chutes ont lieu chaque année, dont 62 % à domicile, entraînant 9 000 décès par an. Outre l'adaptation des logements, il est nécessaire de développer une offre la plus diversifiée possible de logements pour répondre aux attentes et aux besoins des âgés, en fonction de leur degré autonomie.

1.1.1 Développer des stratégies cohérentes d'adaptation de l'habitat, ancrées dans les outils de programmation

Les schémas gérontologiques et les programmes locaux de l'habitat (PLH) établis au niveau des communes et intercommunalités doivent à l'avenir servir de supports à des politiques coordonnées d'adaptation de l'habitat au vieillissement et à la perte d'autonomie.

La loi garantit désormais que les schémas gérontologiques départementaux comme les programmes locaux de l'habitat prennent en compte le sujet du logement des âgés. Les schémas gérontologiques devront prévoir les modalités d'information sur l'offre existante de logements adaptés et les aides à l'adaptation des logements et également préciser les perspectives de développement et de soutien de cette offre par le conseil général (aide à l'adaptation des logements, offre spécifique). Parallèlement, le programme local de l'habitat devra prendre en compte les besoins liés au à la perte d'autonomie. Les collectivités locales, avec leurs compétences et leurs champs d'intervention propres, harmoniseront leurs orientations, en lien avec les acteurs concernés (ANAH, bailleurs sociaux, caisses de retraite, aménageurs, services sociaux ….).

Les outils de programmation (dont les PLH et les schémas gérontologiques) doivent également permettre de prendre en compte les problématiques territoriales de l'habitat des âgés qui dépassent les milieux urbains denses. Une attention particulière dit être portée d'une part au logement des âgés en perte d'autonomie en milieu rural, souvent éloigné d'une offre de services facilement accessible et d'autre part au vieillissement des territoires périurbains qui est l'un des défis des 10 à 20 ans à venir.

1.1.2 Adapter les logements : le logement comme instrument de prévention

En 2009, 85 % des ménages de 60 ans ou plus étaient logés dans le parc privé, dont 85 % étaient propriétaires de leur logement. Mais être propriétaire de son logement ne signifie pas être riche : 10,5 % des propriétaires disposent de ressources les plaçant sous le seuil de pauvreté. Certains propriétaires âgés ont donc besoin d'être fortement soutenus dans leur effort d'adaptation de leur domicile. Le Président de la République a fixé un premier objectif : l'Etat devra adapter 80 000 logements aux contraintes de l'âge et du handicap d'ici la fin de son quinquennat. Le parc social, dont les locataires vieillissent doit également s'adapter à cette nouvelle donne.

- *Lancer un plan national d'adaptation des logements privés*

Par delà l'objectif de 80 000 logements d'ici fin 2017, il convient d'apporter des réponses qui rendent à l'avenir plus simple pour les personnes âgées et plus accessible financièrement, l'adaptation de leur logement. Aujourd'hui le dispositif de financement, éclaté entre de nombreux acteurs est peu lisible, les procédures complexes, le conseil mal structuré, et les professionnels formés trop peu nombreux.

A partir notamment des préconisations conjointes de l'ANAH et de la CNAV, le plan d'action poursuivra les objectifs suivants :

- simplifier le parcours des demandeurs et rendre plus accessible l'information (les MDA pourront y contribuer) ;
- diviser par deux le temps d'instruction des demandes à l'ANAH et dans les caisses de retraite et mieux cibler les besoins urgents types sortie d'hospitalisation ;
- inciter les collectivités à s'engager dans des opérations d'adaptation des logements : à ce titre un diagnostic des besoins en adaptation des logements à l'autonomie sera désormais obligatoire avant la définition de chaque programme d'opération programmée d'amélioration de l'habitat. Les agglomérations et les départements seront incités à mettre en place des PIG (programmes d'intérêt général) en matière d'adaptation des logements (comme il en existe pour la rénovation thermique ou l'insalubrité) ;
- développer le lien entre travaux d'adaptation et travaux de rénovation énergétique, pour entretenir une dynamique d'entrainement entre les deux politiques et leurs outils respectifs ;
- améliorer les compétences des artisans du bâtiment à travers l'évolution des labels ;
- faire évoluer la liste des travaux éligibles aux financements de l'ANAH et de la CNAV pour prendre en compte la domotique.

- *Améliorer le crédit d'impôt pour adaptation des logements*

L'amélioration du crédit d'impôt « pour adaptation du logement » y contribuera également. Le dispositif sera prorogé par la loi de finances pour 2015. Il ciblera les âgés et les personnes en

situation de handicap. La liste des travaux éligibles, en vigueur depuis presque 10 ans, sera revue afin de permettre aux âgés de bénéficier de ce crédit d'impôt pour des technologies nouvelles de soutien à l'autonomie au domicile. Sa couverture universelle permettra de faire de chaque personne âgée un bénéficiaire potentiel.

- *Faciliter le financement des travaux d'adaptation*

Pour celles et ceux qui ont difficilement accès au crédit bancaire et dont le reste à charge demeurerait excessif compte tenu des aides existantes de l'ANAH ou de la CNAV, un dispositif de micro crédit sera mis en œuvre pour que le reste à charge non financé par ces aides ne soit pas un frein à adapter son logement. Un dispositif permettant la poursuite des missions sociales des SACICAP est ainsi en cours d'étude.

Les Français ont peu recours au viager, alors que bon nombre d'âgés pourraient y trouver un moyen de rester chez eux et de financer l'adaptation de leur logement. Les réticences tiennent à la difficulté d'obtenir une rente considérée comme convenable, mais aussi à la crainte de l'abus de faiblesse ou à celle de priver ses descendants d'héritage. Par ailleurs la demande pour acheter en viager est faible. Le risque de longévité créé par le versement de la rente viagère est souvent dissuasif, d'autant plus que les âgés susceptibles d'offrir un viager sont certainement ceux qui sont en bonne santé et ont une forte espérance de vie élevée.

Pour lever ces obstacles, la Caisse des Dépôts, en lien avec l'Union sociale pour l'habitat, travaille à développer des dispositifs de viager intermédié mettant en lien un bailleur social et un âgé. Ce dispositif garantirait une transaction sécurisée pour l'âgé et une meilleure diversification des risques de longévité pour celui qui verse la rente viagère, dans le respect, pour le bailleur social, du service d'intérêt économique général régissant le logement social.

Les dispositifs de type « prêts viager hypothécaires », préservant les droits des héritiers lorsque les personnes le souhaitent, devront également être améliorés pour devenir plus attractifs.

- *Mobiliser les bailleurs sociaux et diffuser les bonnes pratiques*

35 % des locataires du parc social auront plus de 65 ans en 2035. Les bailleurs sociaux sont déjà très mobilisés au service des âgés, mettant en place des dispositifs innovants permettant d'apporter des réponses originales à l'isolement, aux difficultés de la vie quotidienne, etc. L'objectif est d'inciter à la prise en compte du vieillissement dans tous les registres de la gestion locative et de la gestion du patrimoine : faciliter l'adaptation des logements et constituer une offre adaptée, identifier les logements accessibles afin de permettre leur attribution aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie, faciliter également les mutations de logement pour permettre l'installation des personnes âgées dans un logement mieux adapté à leur perte d'autonomie ou plus proche de leurs aidants, sensibiliser et former les gardiens au repérage des situations d'isolement et de fragilité, participer à des actions coopératives en matière de lien social ou d'installation de services de proximité.

Une convention nationale entre l'Etat et l'Union Sociale pour l'Habitat (USH) sera élaborée pour définir une stratégie commune autour de ces objectifs, qui concernera également les personnes handicapées. Afin de généraliser les bonnes pratiques, un prix sera également créé, en lien avec

l'USH, la CNAV et la Caisse des Dépôts, afin de récompenser les bailleurs sociaux les plus innovants dans l'adaptation de leur parc au vieillissement.

- *Mieux prévenir les coupures d'énergie*

L'encadrement des coupures d'énergie pour impayés a été renforcé par la loi du 15 avril 2013. Pour autant, certains âgés vulnérables se voient encore privées d'électricité ou de gaz parce qu'ils n'ont pas payé leurs factures.

En lien avec le Ministère du Développement durable, les fournisseurs d'énergie et les conseils généraux, un dispositif d'échange d'informations sera mis en place pour garantir qu'aucun âgé ne restera plus isolé face à une coupure d'électricité, de gaz ou de chaleur. Ainsi, les services sociaux départementaux pourront accompagner la personne.

Dans le cadre de la convention signée en avril 2013 entre la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et l'Union nationale des centres communaux d'action sociale (UNCCAS) destinée à favoriser l'accès aux droits et aux soins des populations en situation de précarité, des campagnes d'information ciblées à destination des personnes âgées seront conduites, afin de faciliter l'accès des retraités à faibles ressources aux tarifs sociaux du gaz et de l'électricité.

1.1.3 Diversifier l'offre de logements

Entre la maison de retraite médicalisée et le domicile traditionnel, d'autres modes d'habiter peuvent répondre aux besoins des âgés. C'est le cas du logement dit « intermédiaire » qui peut devenir une solution pertinente quand arrivent les premiers signes de fragilité. Il assure en effet sécurité, accessibilité et garantie d'une prise en charge médico-sociale.

- *Développer le logement intermédiaire : les logements-foyers ou « résidences autonomie »*

La loi donne un nouveau souffle aux logements-foyers rebaptisés « résidence autonomie », afin de transformer cette forme établissement médico-social en véritable atout pour l'autonomie, dès l'apparition des premières fragilités et comme une alternative aux maisons de retraite médicalisées quand l'âgé est plus autonome que dépendant. Les résidences autonomie représentent une offre de l'ordre de 110 000 places installées, réparties dans 2 200 logements foyers qui accueillent très majoritairement des âgés autonomes à l'admission, l'avancée en âge des résidents nécessitant souvent un accompagnement dans un but de préservation de leur autonomie. Initiés dans les années 60, ils nécessitent aujourd'hui d'être revisités pour mieux remplir leurs missions.

Les logements-foyers datent pour la plupart des années 1960, 1970 et 1980. L'adaptation aux nouveaux publics (personnes en situation de handicap vieillissantes, personnes en précarité sociale), la mise en conformité réglementaire, l'amélioration continue des logements restent difficiles à financer. Afin de moderniser cette offre fragilisée, le plan d'aide à l'investissement de la CNSA sera abondé de manière exceptionnelle pendant trois ans pour aider ces structures à engager leurs travaux, en lien avec la CNAV, la caisse des dépôts, les collectivités territoriales.

Les résidences autonomie ont une mission de prévention de la perte d'autonomie désormais reconnue et réaffirmée par la loi. Cette mission sera soutenue, pour ceux qui ne bénéficient pas du forfait soins, par un forfait « autonomie », afin de financer des dépenses non médicales permettant

de préserver l'autonomie des résidents. La gestion du forfait autonomie, délégué par la CNSA, relève des conseils généraux dans le cadre de la nouvelle « conférence des financeurs ». Par ailleurs la loi autorise désormais sous certaines conditions l'admission dérogatoire en résidences autonomie de personnes relevant du GIR 4 à la condition que soit signée une convention avec un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD), un service polyvalent d'aide et de soins à domicile (SPASAD) ou une maison de retraite médicalisée. Cela permettra de répondre plus finement à la diversité des réalités locales.

Les petites structures alternatives d'hébergement comme les « Petites Unités de Vie » ou les Maisons d'accueil rurales pour personnes âgées (MARPA), seront par ailleurs consolidées, en leur donnant de nouveau la possibilité de s'adosser à une maison de retraite médicalisée, de bénéficier d'un forfait soins infirmiers ou de passer une partenariat avec un service de soins infirmiers à domicile.

- *Sécuriser le développement de l'offre de résidences services*

Depuis une trentaine d'années, s'est développée la commercialisation d'immeubles, soit par accession à la propriété de lots, soit par la location de lots, en offrant un logement non meublé, ainsi que des services plus ou moins diversifiés. Ces résidences services s'adressent à des âgés autonomes, valides et semi-valides, de plus de 60 ans, qui désirent vivre en appartement ou en maison, tout en profitant de la convivialité et de la sécurité assurées par les équipes en place.

Dans un contexte de développement de ces structures, utiles, la loi prévoit plusieurs dispositions pour mieux maîtriser et à rendre plus transparentes, les charges pour les résidents et les copropriétaires. Pour les résidences services à venir, le modèle des résidences avec services « à la carte » devient obligatoire, qui permet de mieux identifier le contenu et le coût des services, d'individualiser davantage les charges et de permettre à l'assemblée générale des copropriétaires de prendre plus facilement les décisions touchant au niveau de services.

- *Encourager l'habitat regroupé par l'élaboration d'une charte de bonnes pratiques intergénérationnelles*

De nombreuses collectivités locales développent des habitats regroupés, en rapport avec la réalité de leurs territoires et de leurs populations, avec le souci de la mixité intergénérationnelle. Des béguinages, des « babayagas », des « octaves », des résidences intergénérationnelles et autres dispositifs émergent, faisant naître des pratiques inégales. Il importe de référencer ces dispositifs. Un audit est lancé à cette fin pour les répertorier, mieux les analyser et en dégager les aspects les plus intéressants. Une charte de bonnes pratiques, qui rappellera clairement les droits et les devoirs des locataires et des bailleurs, garantira les droits de chacun.

1.1.4 Préparer l'architecture de demain des établissements pour personnes âgées

Les maisons de retraite médicalisées, comme les structures accueillant des personnes handicapées, sont à la fois des lieux de soins mais aussi de vie. Il convient de sensibiliser l'ensemble des professionnels concernés à la qualité d'usage de ces établissements (étudiants en architecture, enseignants des écoles d'architecture, maîtres d'œuvre, maîtres d'ouvrage et financeurs publics). Les actions engagées auront notamment pour finalité de créer un réseau d'échanges et de compétences entre les acteurs de la conception des résidences autonomies, sur la base d'une convention entre le

Ministère des Personnes âgées et de l'autonomie, le Ministère des Personnes handicapées et le Ministère de la Culture.

1.2 Faire place à l'âge dans les politiques urbaines, dans une logique intergénérationnelle

La ville et le territoire tout entier doivent s'adapter au vieillissement de la population, pour que l'espace urbain, les services, l'habitat soient accessibles à tous. Les âgés doivent être entendus pour faire évoluer les manières de penser l'aménagement et les déplacements, dans une logique de mixité intergénérationnelle. Les outils de programmation urbaine – PLH, PDU notamment – devront prendre en compte cette réalité des besoins sociaux.

- *Promouvoir un urbanisme intergénérationnel*

De nombreuses collectivités locales ont commencé à développer des politiques urbaines permettant aux âgés de trouver des quartiers où l'on peut bien vieillir : une offre de logements accessibles et équipés, un environnement respectueux des exigences de l'accessibilité qui permet l'accès facile à des commerces et services de proximité, un transport en commun et une voirie accessibles, une intégration dans la vie sociale permettant de prévenir l'isolement, dans un esprit de « vivre ensemble » propice à toutes les générations.

Afin de reconnaître et favoriser ces initiatives, un label « Ville amie des ainés » sera créé, basé sur la dynamique du même nom, définie par l'Organisation Mondiale de la Santé. Ce dispositif, reposant sur le volontariat des collectivités, n'a pas pour objectif de créer des quartiers réservés aux personnes âgées mais de créer les conditions favorables du vieillissement pour permettre d'accueillir sans exclusive tous les âges. Ce label est obtenu suite à un audit participatif mené par les âgés, à la modification des documents d'urbanisme et au repérage de zones favorables à une Haute Qualité de Vieillissement (HQV). Il permet de bénéficier d'une prise en compte pour les appels à projet du fonds d'intervention pour les services, l'artisanat et le commerce (FISAC), de la mobilisation des associations sportives par l'Etat et de la coopération des services préfectoraux pour mener en lien avec la collectivité des projets d'habitats regroupés intergénérationnels.

Les âgés devront également mieux associés à la définition des politiques d'aménagement des territoires. Une première étape concernera l'évolution des commissions communales d'accessibilité. Le projet de loi d'habilitation du Gouvernement à légiférer pour garantir l'application des dispositions sur l'accessibilité universelle au 1er janvier 2015 a prévu d'élargir la composition de ces commissions communales, qui suivent la mise en accessibilité du cadre bâti, des transports et de la voirie, aux associations représentatives des personnes âgées. Mais il s'agit également de veiller à ce que dans toutes les instances de concertation sur les projets d'aménagement, la préoccupation de l'adaptation à tous les âges, puisse être portée.

- *Développer des politiques et une offre de mobilité qui prennent en compte les âgés*

Il est nécessaire de garantir l'accessibilité et la sécurité des déplacements des âgés, que ce soit à pied, dans les transports en commun où lorsqu'ils se déplacent en utilisant leurs véhicules personnels ; d'où la nécessité d'adapter la ville au vieillissement, mais aussi de développer les moyens de déplacements innovants.

Il est important d'affirmer le droit à la mobilité pour les âgés.

L'idée, malheureusement trop répandue, selon laquelle il faudrait imposer une visite médicale à partir de 75 ans, voire instaurer un nouvel examen du permis de conduire pour les âgés, est en contradiction complète avec les faits. Les âgés ne sont pas plus que les autres impliqués dans des accidents de la route : un cinquième des morts au volant a plus de 65 ans quand un sur deux a entre 18 et 45 ans. En revanche la mortalité est plus forte avec l'âge en cas d'accident, en raison de la plus grande fragilité des personnes. Les piétons âgés sont aussi beaucoup plus exposés. Ils représentent plus de 50 % des piétons accidentés et tués.

Une action résolue doit être conduite pour permettre une mobilité sécurisée à travers des déplacements plus sûrs, motorisés ou non, des véhicules innovants, qu'ils soient individuels ou collectifs, mais surtout des modes de transports et de services qui répondent aux besoins des âgés et les rassurent. Complétant l'action du médecin traitant et du pharmacien, qui ont été sensibilisés à la détection des débuts de fragilité possibles au volant, ces alternatives seront développées, constituant la meilleure réponse à la discrimination qu'induirait l'appréciation de la faculté de conduire uniquement en fonction de l'âge.

Désormais le public des âgés figurera, de par la loi, spécifiquement parmi les publics pris en compte par les plans de déplacement urbains (PDU). Par-delà la mise en accessibilité, déjà prise en compte, il s'agira d'intégrer la qualité d'usage (sécurité, mode de conduite, accès à l'information…) et d'inciter au développement de modes de transports innovants.

La loi ouvrira également aux âgés l'accès aux « services conseils en mobilité » mis en place par les autorités organisatrices des transports (AOT) dans les agglomérations de plus de 100 000 habitants, afin qu'elles soient mieux informées sur les possibilités de mobilités existantes. Une étude sur les plateformes de mobilité, lieu d'accueil et formation personnalisé pour les seniors, lancée par le Ministère de l'Ecologie et du développement durable et de l'énergie, permettra de recueillir et diffuser les bonnes pratiques des collectivités les plus innovantes.

Par ailleurs les industriels développent des initiatives pour produire des véhicules ou des équipements pour véhicules adaptés aux âgés. Afin d'inciter le secteur industriel français à innover dans ce champ, un réseau d'acteurs des transports à destination des âgés se structure autour de la « Silver Mobilité », rassemblant grands industriels, entreprises innovantes et représentants des transports publics, pour travailler sur l'offre de l'avenir. Cette offre permettra aux transporteurs publics de développer des transports communs qui répondent aux problématiques des âgés : stress, accès à l'information délicate, crainte, … Tout cela doit renforcer la facilité d'usage des transports publics.

Pour permettre le développement de certains de ces nouveaux véhicules, l'élaboration d'un statut spécifique dans le code de la route est nécessaire. Ce statut juridique sera abordé dans le cadre du groupe de travail sur « le partage de l'espace public et la sécurisation des modes actifs » piloté par la Délégation à la sécurité et la circulation routière.

La marche est le mode de déplacement privilégie par les âgés, d'autant plus qu'ils avancent en âge et restreignent le périmètre de leurs déplacements. Le futur plan national d'action pour les mobilités actives, contribuera notamment à valoriser la marche mais aussi mieux sécuriser l'espace

public pour les piétons. Parallèlement, la délégation à la sécurité routière prolongera, en lien avec tous les acteurs concernés, ses efforts de sensibilisation pour sécuriser les piétons âgés.

2. Saisir le potentiel que représente la transition démographique pour la croissance et l'emploi

Le champ de la Silver économie est très vaste : il s'étend des technologies les plus avancées de la domotique et de la robotique, jusqu'à l'habitat, la mobilité, le tourisme pour seniors… en passant par les aides techniques les plus simples et toute la gamme des services de téléassistance ou bouquets de services. Son périmètre est en expansion continue, puisqu'elle a vocation à irriguer tous les marchés, l'objectif est de structurer une industrie du vieillissement en capacité de répondre à un marché mondial de près d'un milliards d'âgés. L'enjeu est de créer un écosystème national et régional, porteur de croissance, d'emplois, et d'investissements étrangers dans nos « *clusters* », ou grappes d'entreprises, au sein des Silver régions.

La Silver économie concerne également les femmes et les hommes qui mettent leurs compétences au service de l'aide à l'autonomie. Pour assurer une meilleure prise en compte des besoins mais aussi des attentes des âgés, une attention particulière est portée aux métiers de l'autonomie dans leur grande diversité, aux pratiques professionnelles et aux conditions d'emplois. La Silver économie est enfin un levier d'insertion riche et porteur d'utilité sociale. Elle participe à la bataille du Gouvernement pour un emploi de qualité, reconnu et valorisé.

2.1 Faire de la France un leader mondial de la « Silver économie »

Si la révolution de l'âge représente d'abord des enjeux sociaux et sociétaux considérables, elle constitue aussi une réelle opportunité d'innovation, de croissance et d'emplois. Elle va créer une large demande de produits, de technologies et de services dédiés aux âgés en plus d'une hausse probable du taux d'épargne qui devrait favoriser l'investissement productif de notre pays. La demande d'aménagement du domicile, de produits, de technologies et de services liés à l'autonomie, devrait doubler en l'espace d'une vingtaine d'années et susciter une offre nouvelle. L'ambition est claire : toucher un marché de plus de 900 millions de seniors dans le monde, principalement dans les pays de l'OCDE. Les âgés seront deux milliards en 2050. Pour répondre à cette demande en très grande croissance, une filière industrielle est en train d'être structurée, qui répond à ces besoins en produits, équipements et technologiques au service des âgés.

La loi, par le biais de mesures favorables à la diminution du reste à charge des personnes âgées et de leur famille, via la revalorisation de l'APA ou une meilleure solvabilisation des aides techniques, contribuera à l'émergence d'une demande plus forte de produits nouveaux. Elle permettra en parallèle de donner aux plus modestes l'accès aux avancées de la Silver économie Les jeunes seniors constituent en particulier une population dont les comportements, les envies, les besoins et le rôle social vont avoir de plus en plus de poids et représentent une opportunité pour l'économie et la croissance française, dans de nombreux pans d'activités : habillement, cosmétiques, équipement, logement, tourisme, loisirs, design, etc. Ces relais de croissance sont également un levier important de compétitivité pour les entreprises françaises. Si elles prennent la voie de la Silver économie, elles gagneront des parts de marché et exporteront davantage. Dans le cas contraire, elles perdront en compétitivité.

Certaines des entreprises françaises sont déjà bien positionnées vis-à-vis de leurs concurrentes étrangères. La France dispose donc *a priori* d'un avantage comparatif qu'il convient de consolider et de pérenniser. En créant un écosystème national, puis régional, voire local à travers la constitution de plusieurs grappes d'entreprises, la France pourra consolider ses atouts.

En avril 2013, a été officiellement été lancée par le Gouvernement Français, la filière industrielle de la « Silver économie », qui ambitionne de structurer une industrie de pointe du vieillissement en France. Un Comité stratégique de filière industrielle a été formé et s'est affirmé comme l'instance de concertation et de pilotage pour les industriels et les acteurs économiques de la SIlver Economie. Il réunit de manière paritaire une quarantaine de fédérations professionnelles et acteurs publics, en particulier les régions, qui développent cette filière industrielle dans leur territoire. Le 12 décembre 2013, un Contrat de filière Silver économie a été signé, comportant 49 actions articulées autour de six axes, qui constituent une feuille de route pour les années à venir :

- créer les conditions d'émergence d'un grand marché de la Silver économie ;
- favoriser le développement d'une offre compétitive ;
- exporter les produits et les technologies de la Silver économie ;
- professionnaliser les acteurs de la Silver économie ;
- créer des innovations dans le champ de la Silver économie ;
- communiquer positivement auprès des âgés et sur le bien vieillir auprès du grand public et des distributeurs.

Le contrat de filière rassemble ainsi les engagements pris par tous les acteurs afin de favoriser par exemple la labellisation, les investissements en lien avec les pôles de compétitivité et les grappes d'entreprises, l'export et la mise en place de sites d'exposition ou d'expérimentateurs dans les territoires.

Pour amplifier cette dynamique ont été lancées les « Silver régions » : des comités de filières régionaux de la Silver économie sont installés, avec les conseils régionaux pour chefs de file et une instance de concertation sera mise en place dans chaque région pour coordonner la structuration de cette filière dans différentes régions.

2.2 Développer des emplois de services de qualité pour mieux répondre aux besoins des âgés et améliorer la qualité de l'accompagnement

Répondre à la « révolution de l'âge », c'est aussi dynamiser et enrichir le contenu des services rendus aux personnes, qui vont créer dans les années à venir de très nombreux emplois, non délocalisables. Le renforcement de l'APA et la refondation du secteur de l'aide à domicile y contribueront.

C'est pourquoi cette loi s'accompagne d'un « plan métiers » visant à encourager la création d'emplois, l'attractivité, la fidélisation des professionnels et la qualification des métiers dans le secteur des âgés, mais aussi dans le secteur des personnes en situation de handicap, tant les besoins sont communs entre ces deux secteurs. Il a vocation à répondre à trois enjeux essentiels :

- *Faire évoluer les métiers au service des nouveaux objectifs portés par les politiques de l'âge et du handicap*

Il s'agit d'accompagner l'évolution des professionnels dans des logiques de coopération et d'intégration de services, correspondant mieux aux besoins du parcours de vie de la personne. Cela passe par un travail sur les pratiques professionnelles, l'interdisciplinarité, le travail en équipe ou encore par la réingénierie des diplômes, actuellement facteurs de rigidité.

Auprès de publics dont la fragilité est croissante, l'exigence de qualité doit également être renforcée. Une politique active de professionnalisation et de qualification sera poursuivie, et des actions confortant l'attractivité et la fidélisation des professionnels formés dans l'emploi seront engagées. Il s'agit d'une priorité pour l'adaptation de la société au vieillissement, pour la stratégie nationale de santé comme pour le comité interministériel du handicap. En parallèle, cette exigence doit s'appuyer sur un engagement citoyen et bénévole complémentaire de la société toute entière au service des plus fragiles, dans l'esprit notamment de la mobilisation nationale de lutte contre l'isolement des âgés (MONALISA).

- *Soutenir l'effort de création d'emplois sur le secteur de l'accompagnement de l'autonomie des personnes âgées ou handicapées.*

Ce secteur représente un investissement d'avenir tant les besoins sont croissants. Face à cet enjeu, il importe de mobiliser tous les leviers de la politique de l'emploi pour stimuler cette économie au service des plus fragiles. Cet objectif se traduira par la signature d'un engagement de développement de l'emploi et des compétences (EDEC) entre l'Etat et les partenaires sociaux. Il s'agit d'un véritable défi intergénérationnel où les besoins des âgés peuvent créer plusieurs milliers d'emplois et notamment des emplois pour les plus jeunes, dans l'esprit du contrat de génération et des emplois d'avenir portés par l'ensemble du Gouvernement. La mixité des métiers sera également un objectif de ce plan. Le Gouvernement a fixé comme objectif général qu'un tiers de salariés, contre 12 % aujourd'hui, travaillent dans un métier mixte en 2025. Un objectif de même nature sera fixé en tenant compte des spécificités de ce secteur.

- *S'appuyer sur le dialogue social pour améliorer les conditions de travail et lutter contre la précarité*

Qu'il s'agisse du futur plan santé au travail III, des états généraux du travail social, de la conférence de progrès sur les services à la personne ou des négociations de branche, tous ces chantiers structurants auront comme priorité la préservation de la qualité de vie au travail et de l'accompagnement des parcours professionnels, pour concilier pleinement les objectifs des politiques publiques et les besoins et aspirations légitimes des professionnels, en particulier dans un secteur qui reste marqué par l'emploi précaire.

La priorité donnée au domicile se traduira par l'agrément par l'Etat de deux avenants à la convention collective de la branche de l'aide à domicile, qui touche plus de 220 000 salariés. Le premier est relatif à la revalorisation des indemnités kilométriques dans un secteur où les déplacements sont très nombreux. Le second permet de revaloriser les plus bas salaires de cette branche. Un travail sera par ailleurs engagé sur les niveaux de qualification à mobiliser pour répondre aux besoins d'accompagnement des personnes âgées afin de disposer de référentiels partagés pour

accompagner le développement des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) signés entre les conseils généraux et les organismes d'aide à domicile.

Par ailleurs l'évolution du mode de financement des services autorisés et habilités à l'aide sociale (cf. partie 3) contribuera à apporter une réponse à la fragilisation économique du secteur.

3. Consacrer la place des âgés et reconnaître leur rôle fondamental dans la société

L'augmentation du nombre d'âgés, majoritairement autonomes, dans notre pays peut être un véritable bénéfice si nous savons le préparer et le concevoir. Deux conditions majeures à ce bénéfice collectif : la reconnaissance de leur rôle solidaire dans la cohésion sociale et la nécessité de leur donner les moyens de s'épanouir et de comprendre et connaître le monde qui les entoure.

D'ores et déjà, le rôle social des âgés est considérable : société civile et, bien sûr, familles, ne vivraient pas sans eux. Encore faut-il mieux valoriser ce rôle, le faciliter et le rénover pour que ces « nouveaux » âgés aient le désir de s'y engager. Et dans un monde qui évolue vite, garantir leur accès aux savoirs, à la culture et au tourisme leur permet de rester en prise avec lui et en interaction avec les autres générations.

3.1 Valoriser et conforter l'engagement familial des âgés

La France compte 12,6 millions de grands-parents. La garde des petits enfants par leurs grands-parents, qui ont en moyenne 52 ans au moment où ils le deviennent, la prise en charge de l'organisation du temps libre et éventuellement des vacances, représentent une solidarité intergénérationnelle majeure.

L'allongement de la durée de la vie au travail a pour conséquence l'apparition de la grand-parentalité active. Les entreprises devront être incitées à prendre en compte ce rôle social dans l'aménagement du temps de travail prévu dans les plans de gestion des ressources humaines. De même, les crèches d'entreprises seront incitées à s'ouvrir aux petits-enfants, sans porter préjudice à l'accueil des enfants de parents salariés, qui reste prioritaire.

Parmi la grande diversité des initiatives parentales, la crèche parentale tient une place de choix. Les grands-parents pourront être associés à ce type d'initiatives.

Les conflits familiaux concernent les parents, mais également les grands-parents. Si l'enfant a le droit d'entretenir des relations avec ses ascendants, comme le prévoit le code civil, ce droit dépend des relations entretenues avec les parents. Certains se trouvent ainsi privés de liens avec leurs petits enfants. La médiation est alors convoquée pour régler ce type de litiges. Dans le cadre du développement des schémas territoriaux des services aux familles dont la préfiguration a été lancée par la Ministre de la famille en décembre 2013, la médiation intergénérationnelle fera l'objet d'un recensement des pratiques existantes, d'une information du public afin d'en faciliter l'accès, et d'actions communes entre les partenaires concernés afin d'en favoriser le développement.

3.2 Valoriser et conforter l'engagement solidaire des âgés

Cinq à six millions d'âgés ont un engagement dans une association. Ils constituent un apport indispensable à la vie associative de notre pays. Conforter leur engagement, c'est reconnaître leurs

compétences et leurs expériences, renforcer la cohésion sociale entre les générations ; c'est en outre un moyen reconnu de prévenir la perte d'autonomie.

Plusieurs instruments sont mis en place pour conforter cet engagement et créer un volontariat civique senior, non rémunéré, pour les âgés qui souhaitent mettre à disposition une grande partie de leurs disponibilités pour un projet associatif.

- *Créer un volontariat civique senior*

En France le bénévolat des âgés constitue une ressource importante pour le secteur associatif, notamment pour son vivier de dirigeants, dans un contexte où les associations ont besoin de renforcer leur ressource humaine bénévole.

La mise en œuvre d'un « volontariat civique senior », pendant du service civique dédié aux jeunes, avec des missions spécifiques, socialement utiles, mais sans rémunération, constitue l'un des moyens de mieux reconnaître leur engagement dans la société. Ce dispositif permettra de reconnaître des formes de bénévolat particulièrement engageantes (notamment par l'importance du temps consacré ou la nature des missions assumées). Les âgés trouveront ainsi un dispositif par lequel ils peuvent mettre à disposition leurs compétences et leurs envies. Les associations auront la possibilité de trouver une personne expérimentée ayant envie de s'engager pour partager ses connaissances. Cette reconnaissance doit contribuer à changer le regard de la société sur les âgés.

La valorisation de l'implication citoyenne et solidaire des âgés passe également par une reconnaissance par l'État de leur engagement au service de l'intérêt général, dans le cadre d'une cérémonie en préfecture ou en mairie.

Par ailleurs, le Président de la République a souhaité que 100 000 jeunes rejoignent le Service Civique d'ici 2017. Nombreux seront ces jeunes qui bénéficieront d'un tutorat par des âgés. Une transmission intergénérationnelle sera valorisée en tant que contrat de génération associatif, avec la remise d'une attestation spécifique.

- *Garantir la qualité et promouvoir le développement de la cohabitation intergénérationnelle*

La cohabitation intergénérationnelle se développe aujourd'hui grâce à l'action d'associations mettant en relation des âgés autonomes et des jeunes. D'un côté, les âgés profitent d'une présence rassurante et bienveillante, de l'autre, les jeunes bénéficient d'une chambre gratuite. Il s'agit là d'une solution peu coûteuse et qui apporte un véritable confort aux personnes âgées, dans un cadre qui n'est pas médico-social mais citoyen et solidaire. Cette pratique est à la croisée des chemins de plusieurs dispositions légales : ce n'est pas un contrat de location, car il n'y a pas de bail, ce n'est pas non plus un contrat de travail, mais il s'agit d'un engagement réciproque solidaire sans aucune contrepartie financière, que celle d'une participation aux charges lorsque les parties en conviennent.

La création d'un label spécifique pour les associations mettant en œuvre ce type de dispositif est un facteur de confiance pour les personnes âgées et les financeurs potentiels La rédaction d'une Charte de la Cohabitation Intergénérationnelle et d'un modèle de convention type pouvant être conclue par la personne âgée et le jeune, permettra également de mieux sécuriser cette pratique.

- *Organiser la transmission et la solidarité intergénérationnelles*

La loi de refondation de l'école de la République réaffirme l'importance du dialogue entre l'école et les parents, les collectivités territoriales et le secteur associatif. L'engagement des élèves dans des projets éducatifs visant à favoriser la réussite éducative et les apprentissages pourra notamment concerner des projets avec des personnes âgées. D'ores et déjà, la réforme des rythmes scolaires a pu permettre à des personnes retraitées de participer à des activités périscolaires, en fonction de leurs compétences et des projets développés par les communes. Cette dynamique sera encouragée.

Chaque année, une journée nationale de la solidarité intergénérationnelle dans le système éducatif permettra de valoriser les projets intergénérationnels développés toute l'année.

Dans le même esprit, 2014 est l'année de la commémoration de deux guerres mondiales. Elle est l'occasion de mobiliser les personnes âgées autour du partage de leurs archives personnelles, civiles ou militaires, pour contribuer à laisser une trace de cette époque dont les protagonistes s'éteignent peu à peu. Une convention sera signée en le ministère chargé des anciens combattants, celui chargé des personnes âgés et de l'autonomie et l'Office national des anciens combattants, pour encourager le recueil d'archives civiles et leur conservation par les archives départementales.

3.3 Donner aux âgés les moyens de s'épanouir en développant des offres de services adaptées

- *Encourager le développement des universités du temps libre*

Depuis quarante ans, se sont créées, à côté des Universités et en s'appuyant sur leurs compétences et leur savoir-faire, des structures aux appellations diverses : Universités "ouvertes", "du temps libre", "du troisième âge", "pour tous", etc. Portées par des établissements publics à caractère scientifique, culturel et professionnel (EPCSCP), des associations ou des collectivités territoriales, ces structures s'attachent à proposer des enseignements accessibles à tous, non diplômants, permettant de bénéficier du rayonnement de la culture universitaire. En offrant une éducation permanente aux âgés, elles contribuent à la prévention des effets néfastes du vieillissement.

Ces universités sont amenées à se développer dans les années à venir. A cette fin, une convention sera signée au 1er semestre 2014 avec la Conférence des présidents d'université, l'Union française des universités de tous âges et l'Association des maires de France (AMF) afin de faire remonter les bonnes pratiques et les partager, et inciter les universités comme les collectivités territoriales à s'engager davantage dans cette démarche qui répond à une attente croissante des âgés. Cette convention permettra, grâce à la concertation des différents acteurs qu'elle implique, un déploiement mais surtout une meilleure coordination des activités collectives pédagogiques…

- *Garantir le droit aux vacances pour tous et l'accès à la culture*

Les âgés peuvent partir en vacances sans les contraintes des actifs, ce qu'il importe de favoriser. L'Agence nationale pour les chèques vacances sera confortée dans le programme Seniors en Vacances, qui permet à 45 000 âgés de partir annuellement. Il importera de permettre à plus de départ d'âgés dépendants.

Au sein de la « Silver économie », le « Silver tourisme » sera développé, en particulier le volet visant à faire de la France un pays attractif sur le plan du tourisme pour seniors ou du tourisme bien-être. Ce Silver tourisme vise à attirer des âgés d'Europe pour des périodes courtes sur le sol français, notamment dans les stations balnéaires, vertes ou thermales.

De même, dans le domaine de la culture, les porteurs de projets d'éducation artistique et culturelle seront incités à développer une dimension intergénérationnelle, qu'il s'agisse de projets conçus en partenariat avec les enseignants et se déroulant en partie ou en totalité pendant le temps scolaire ou de projets se déroulant en-dehors de ce temps. C'est ainsi qu'en 2013, plusieurs parcours d'éducation artistique et culturelle ont permis d'impliquer des maisons de retraites médicalisées. Une attention particulière sera portée aux projets d'accès aux pratiques numériques permettant la création de lien social et intergénérationnel, l'apprentissage de nouveaux usages, la transmission et l'échange.

4. Affirmer les droits et libertés des âgés

4.1 Préciser et garantir le respect des droits des âgés

Les droits fondamentaux de la personne humaine s'appliquent à tous les citoyens. Cependant, les conditions de vulnérabilité de certains âgés, particulièrement des grands âgés, rendent nécessaires la réaffirmation et l'explicitation de ces droits. La conciliation entre autonomie et protection des âgés doit être recherchée.

La démarche éthique peut seule garantir la juste réponse à la confrontation entre des principes contradictoires et pourtant individuellement légitimes (principe de liberté et nécessité de sécurité dans les établissements). Elles concernent également le champ des personnes handicapées.

- *Apporter une information adaptée pour permettre de choisir son projet de vie*

La loi consacre d'abord un droit fondamental pour les âgés en perte d'autonomie : celui de bénéficier d'un accompagnement et d'une prise en charge adaptés à leurs besoins dans le respect de leur projet de vie.

Elle consacre également le droit des âgés et de leurs familles d'être informés, afin d'éclairer leur choix. Les départements à travers le réseau des CLIC, la CNSA grâce à la mise en place d'un portail d'information, et d'autres structures telles que les CCAS, assurent la mise en œuvre de ces droits.

- *Faire mieux respecter les droits des âgés vulnérables et lutter contre les discriminations*

Dans le prolongement des travaux importants du Conseil National de la Bientraitance et des Droits des personnes âgées et handicapées (CNBD) et des saisines du Défenseur des droits la loi précise les droits des personnes âgées vulnérables, dans le cadre du corpus juridique des libertés fondamentales.

Il s'agit aussi de lutter contre les discriminations liées à l'âge qui sont en augmentation. Harcèlement moral, refus de conclure un bail ou un contrat de prêt en raison de l'âge sont

régulièrement dénoncés par le Défenseur des droits. Celui-ci mène une enquête et fait des recommandations en faveur de l'octroi d'une réparation par indemnisation. La justice peut également être saisie directement au titre de la discrimination par l'âge.

Les anciens migrants, les lesbiennes, gays, bi et transsexuel(le)s ou les personnes séropositives cumulent bien souvent, lors de leur avancée en âge, les risques de discriminations.

4.2 Renforcer la liberté d'aller et venir des personnes hébergées en établissement

Il s'agit d'abord de réaffirmer la liberté d'aller et venir dans la liste des droits fondamentaux de la personne hébergée. Elle ne s'oppose pas à la protection mais en devient une composante. L'information et l'encadrement de toutes les adaptations à la liberté d'aller et venir qui seraient nécessaires pour la vie en collectivité est améliorée par la loi, qui pose également la règle de la proportionnalité et de la nécessité au regard de l'état de la personne et aux objectifs de prise en charge.

Les nouvelles technologies peuvent permettre de conjuguer les droits et aspirations fondamentales d'autonomie et d'améliorer sensiblement la qualité de vie et la liberté des personnes vulnérables dans les meilleures conditions de sécurité. Le Comité national de la bientraitance et des droits des personnes âgées et handicapées (CNBD) a élaboré une charte, basée sur les principes de subsidiarité et proportionnalité, en vue d'une expérimentation auprès des établissements accueillant des personnes âgées. L'avis écrit du médecin et le consentement de la personne concernée conditionnent l'usage d'un dispositif de géolocalisation. Les pouvoirs publics s'engagent à tirer tous les enseignements de cette expérimentation, face au fort développement prévisible de ces technologies dans les années à venir.

4.3 Accompagner l'expression du consentement des personnes

La protection des personnes résidentes tient aussi à la qualité de la démarche d'accueil de l'établissement, à l'attention portée au consentement, dont l'expression est parfois délicate à recueillir, ainsi qu'à la qualité des contrats de séjour. La loi renforce la procédure d'acceptation du contrat de séjour au moment de la conclusion du contrat, en permettant de mieux s'assurer du consentement de la personne accueillie, de la connaissance et de la compréhension de ses droits. La publicité de la charte des droits et libertés est renforcée.

Conformément à la recommandation du Défenseur des droits, il est par ailleurs instauré une « personne de confiance » qui accompagne la personne âgée dans ses démarches et l'aidera dans ses décisions au sein de l'établissement médico-social, comme c'est déjà le cas pour les usagers de la santé.

4.4 Protéger les personnes vulnérables

- *Protéger les âgés contre la captation d'héritage, des dons et legs*

La Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires et les travaux du CNBD ont mis en exergue la vulnérabilité des âgés, qui sont davantage que l'ensemble de la population la cible de tentatives de captations de patrimoine ou d'héritage, en particulier par les sectes.

La loi vise à renforcer les dispositions pour protéger les âgés, en interdisant à toute personne intervenant au domicile au titre d'une prise en charge sociale ou médico-sociale, de pouvoir bénéficier de dons, legs et avantages financiers de toute nature de la part de la personne visitée. L'équilibre relatif à la volonté de la personne est cependant respecté dans la mesure où les cadeaux d'usage demeurent possibles.

- *Protéger les âgés contre les clauses abusives*

Afin d'éviter les clauses abusives, certains délais pour rompre le contrat sont désormais encadrés par la loi. La commission des clauses abusives et la direction générale de la consommation, de la concurrence et de la répression des fraudes ont dénoncé certains contrats d'hébergements pour personnes âgées qui obligent le résident ou sa famille à payer une somme d'argent pour une prestation qui ne sera pas effectuée. C'est pourquoi la loi prévoit différentes mesures pour limiter ces clauses.

- *L'obligation pour les établissements sociaux et médico-sociaux de signaler les situations de maltraitance ou d'abus est inscrite dans la loi*

L'amélioration de la détection, du signalement et du traitement des faits de maltraitance représente un enjeu majeur. Le caractère contraignant de l'obligation de signalement des établissements sociaux et médico-sociaux est renforcée par une affirmation au rang législatif et non plus seulement par voie de circulaire. Elle s'impose pour tout événement présentant un danger immédiat ou un risque pour la santé, la sécurité ou le bien-être des résidents ou ayant pour conséquence la perturbation de l'organisation ou du fonctionnement de l'établissement. Une cellule départementale de coordination des acteurs concernés par le recueil, l'analyse et le traitement des situations de maltraitance va être expérimentée. L'objectif repose d'une part sur une clarification des informations préoccupantes et sur une structuration des acteurs locaux autour des ARS et des conseils généraux.

- *Etendre la protection des personnes sous mesure de protection juridique*

La loi étend la sauvegarde de justice « médicale » applicable dans les établissements de santé aux personnes hébergées dans des établissements médico-sociaux

La situation des mandataires physiques est améliorée : le document individuel de protection des majeurs leur est étendu et la procédure d'agrément permet de répondre aux besoins définis dans le schéma régional de la protection juridique des majeurs.

Le mandat de protection future, qui permet à toute personne d'anticiper librement sa protection, représente un atout pour la dignité, la liberté et le respect de la volonté des personnes. Des actions de communication, comme la réalisation de films, seront mises en œuvre par l'Ecole des hautes études de la santé publique.

VOLET 3 : ACCOMPAGNER LA PERTE D'AUTONOMIE

Le risque de perte d'autonomie est constamment présent dans la politique de l'âge. L'anticiper, le retarder, l'amoindrir c'est aussi y faire face. Lorsqu'il survient, la République doit être au rendez vous pour réduire les inégalités, apporter l'appui du service public et soutenir toutes les expressions de la solidarité, au sein de la famille et au delà. La solidarité nationale doit, avec la même exigence, permettre d'affronter les difficultés à demeurer au domicile et le choix ou la nécessité d'entrer en maison de retraite.

La politique d'accompagnement de la perte d'autonomie poursuit deux objectifs : permettre aux âgés d'exercer pleinement leur « libre choix », en donnant les moyens à ceux qui le souhaitent de rester à domicile dans de bonnes conditions, et garantir aux personnes susceptibles d'entrer en maison de retraite qu'elles n'auront pas y renoncer pour des raisons financières. Ce double objectif en direction à la fois du domicile et des établissements s'inscrit dans le respect des parcours de vie et de santé que les Français appellent de leurs vœux. La loi les met en œuvre sans les opposer ni stigmatiser une réponse par rapport à une autre. Pour ce qui est des personnes en situation de handicap, il s'agit d'installer la question de l'avancée en âge dans tous les projets d'accueil et d'accompagnement, à domicile ou en établissement.

A court terme, il importe de répondre à l'urgence des besoins des personnes en situation de perte d'autonomie. Bon nombre d'entre elles ne trouvent pas aujourd'hui les moyens financiers, humains et matériels de faire face à leur situation.

Les professionnels de l'accompagnement, au domicile comme en établissement, s'engagent fortement au service de l'intérêt des personnes et doivent être soutenus pour assurer la mission qui leur est confiée. Les modèles de financement et de tarification des établissements et services concernés doivent être rénovés pour accompagner la transformation profonde de l'offre qui est attendue.

1. Priorité au domicile pour tous ceux qui le souhaitent

En s'appuyant notamment sur les conseils généraux, en leur qualité de chefs de file des politiques de l'autonomie, la stratégie conduite porte sur toutes les dimensions de l'accompagnement à domicile : renforcement de l'APA à domicile, avec une augmentation des plafonds d'aide et une diminution du reste à charge, la reconnaissance et l'aide aux aidants, avec notamment le financement d'un droit au répit ; l'amélioration aussi de l'information des âgés et de leur famille, qui s'ajoutent à la solvabilisation des aides techniques et des actions de prévention à domicile et à une consolidation de services à domicile.

1.1 Réformer l'APA à domicile

La création de l'APA en 2001 a marqué une rupture fondamentale dans la manière d'accompagner la perte d'autonomie des âgés en France. Alors qu'historiquement cette politique publique d'accompagnement relevait d'une logique d'assistance envers les plus nécessiteux, l'APA a permis de dépasser la logique d'aide sociale, conditionnée à des niveaux de ressources et de patrimoine, au profit d'une logique de prestation universelle et d'un plan d'aide global. La création

de cette prestation a ainsi constitué une étape déterminante dans la reconnaissance d'un nouveau risque social financé par la solidarité nationale.

Plus de 10 ans après, cette prestation a prouvé son utilité et sa pertinence, comme en témoigne le nombre croissant des bénéficiaires : fin 2011, près de 1,2 millions de personnes bénéficiaient de l'APA, dont près de 700 000 à domicile (60 %). L'APA permet d'accompagner les plus dépendants mais aussi, et c'est essentiel, de préserver l'autonomie de ceux qui le sont moins.

Le principe de cette prestation universelle, au champ large, reposant sur une gestion de proximité, confiée aux conseils généraux, fait aujourd'hui consensus. Pour autant, dans sa mise en œuvre, la prestation connaît des limites la saturation des plans d'aide est devenue fréquente. C'était le cas d'un plan d'aide sur quatre en 2011, notamment dans les cas de perte d'autonomie lourde : 46 % des GIR 1 atteignent le plafond de leur plan d'aide. Le niveau de participation financière conduit des bénéficiaires modestes à renoncer à l'aide dont ils ont besoin, au prix d'une sous consommation des plans d'aide. Le ticket modérateur, qui dépend uniquement des ressources, croît mécaniquement avec l'importance du plan d'aide ce qui conduit à des taux d'effort élevés pour les personnes dont la perte d'autonomie est la plus forte. La qualité de l'intervention peut encore progresser, par une plus grande qualification des professionnels du domicile et une meilleure coordination des intervenants.

Par conséquent, si les personnes n'ont pas la possibilité de mobiliser les solidarités familiales ou leur patrimoine, elles renoncent à recourir à l'aide dont elles ont besoin, au risque d'entraîner une détérioration de leur état de santé et d'accélérer la perte d'autonomie. Cela peut aussi conduire à l'épuisement des aidants familiaux ou entraîner l'entrée en établissement non souhaitée. Pour les plus modestes, l'aide sociale à l'hébergement peut cependant être mobilisée.

D'autres limites de l'APA sont souvent mises en avant, par les familles comme par les professionnels, comme la diversité des pratiques en termes d'évaluation des personnes et de construction des plans d'aide qui est perçue comme une source d'iniquité à l'échelle du territoire national.

Le temps est donc venu d'un acte II de l'APA à domicile. Cette nouvelle étape est très attendue par les Français dont toutes les familles sont ou seront concernées par la problématique du maintien à domicile d'un parent âgé. Elle s'inscrit dans une réforme visant plus globalement à moderniser cette prestation, en diversifiant le contenu des plans d'aide, qui doivent mieux intégrer l'accès aux aides techniques et aux gérontechnologies ainsi que l'accueil temporaire, qui permet aussi d'apporter un répit aux proches aidants. Il s'agit également de renforcer l'équité sur le territoire, en travaillant avec la CNSA et les départements à une plus grande homogénéité des pratiques en matière d'évaluation et de construction des plans d'aide.

L'objectif de la réforme proposée sur l'APA à domicile est de rendre possible l'exercice d'un vrai libre choix par les personnes âgées en perte d'autonomie et donc de permettre à ceux qui le souhaitent, et le peuvent, de rester à domicile.

La loi s'appuie sur trois leviers complémentaires :

- ***Améliorer l'accessibilité financière de l'aide pour tous***

La réforme allégera le reste à charge pour les plans d'aide les plus lourds grâce à la baisse du ticket modérateur. Pour la part du plan d'aide comprise entre 350 et 550 euros, le ticket modérateur pourra baisser jusqu'à 60 %. Pour la part allant au-delà de 550 euros, la baisse pourra atteindre 80 %. Cela représente une diminution significative du reste à charge pour les plus dépendants, les plus modestes et les classes moyennes. Parallèlement, le nouveau barème proposé garantit qu'aucun bénéficiaire de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) n'acquitte de ticket modérateur. Ces deux mesures de justice sociale sont déterminantes dans l'accès aux droits et le recours à l'aide, et permettent de lutter le non-recours, qui peut contribuer à l'aggravation de la perte d'autonomie, faute d'un accompagnement suffisant. Pour finir, améliorer l'accessibilité, c'est aussi simplifier les démarches, notamment en favorisant l'utilisation du chèque emploi service universel pour l'APA et le tiers payant aux services et en renforçant l'information sur les droits et les démarches pour y accéder grâce au portail internet qui sera hébergé par la CNSA.

- ***Augmenter les plafonds des plans d'aide***

Les plafonds d'aide mensuels sont revalorisés de 400 € en GIR 1, de 250 € en GIR 2, de 150 € en GIR 3 et de 100 € en GIR 4. Cet effort va bien au-delà d'un simple rattrapage de la hausse des coûts d'intervention depuis la création de l'APA. Il témoigne d'un choix volontariste en faveur du soutien à domicile. Il doit permettre à la fois l'augmentation du temps d'accompagnement à domicile, mais aussi l'élargissement de la palette de services mobilisables, afin d'adapter au mieux l'intervention aux besoins de la personne. Il couvre volontairement l'ensemble des bénéficiaires de l'APA, indépendamment du GIR, afin d'agir en prévention dès l'apparition des premiers signes de la perte d'autonomie. L'effort de revalorisation est d'autant plus important que l'autonomie diminue, ce qui permet de rester à domicile le plus longtemps possible avec l'aide nécessaire.

- ***Améliorer la qualité de l'intervention à domicile***

Cela passera par un renforcement de la qualification et de la coordination des intervenants, ce qui suppose de valoriser et de reconnaître les efforts de qualité dans le coût de l'intervention. Grâce au relèvement des plafonds d'aide et aux efforts complémentaires de l'Etat en direction de la branche de l'aide à domicile, des mesures ciblées de revalorisation des plus bas salaires et des frais de déplacement des intervenants seront mises en œuvres, afin de lutter contre la précarité et de contribuer à la stabilité des intervenants et à la professionnalisation du secteur, en cohérence avec les propositions des partenaires sociaux dans le cadre du dialogue social à l'échelle de la branche de l'aide à domicile.

1.2 Conforter la refondation du secteur de l'aide à domicile

La réforme de l'APA à domicile s'accompagne d'une refondation du secteur de l'aide à domicile. Il s'agit de sortir par le haut de la crise du modèle économique qui a souffert d'un manque de régulation et de répondre aux enjeux d'accompagnement et de prévention liés au vieillissement. Cette refondation repose sur trois piliers.

En premier lieu, le régime du mandatement des services autorisés par les départements doit être sécurisé, au sens du droit communautaire, en identifiant clairement les obligations d'intérêt général qui singularisent l'aide à domicile dans le champ des services à la personne : universalité, accessibilité, équité de traitement, continuité de la prise en charge. Dans le même temps, l'accès des services agréés à la procédure d'autorisation par les départements est facilité, dès lors qu'ils remplissent les conditions.

Il s'agit ensuite d'améliorer les outils d'évaluation des besoins et de diversifier l'offre de services au domicile. Si l'aide humaine a vocation à rester centrale, il est également indispensable de donner une plus grande place aux aides techniques, aux nouvelles technologies de l'autonomie, à l'accueil temporaire ou à l'accueil familial. Le service rendu à l'usager doit se moderniser, en particulier autour de bouquets de services plus diversifiés et mieux articulés. Les plans d'aide doivent favoriser une continuité d'interventions personnalisées en fonction des besoins et des attentes de la personne, qui nécessitent, au cas par cas, de combiner différentes formes d'aide, à domicile ou en dehors du domicile : sécuriser la salle de bains, organiser un accès hebdomadaire à l'accueil de jour, faire le lien entre l'aide à domicile et le médecin traitant, installer la téléassistance, etc.

La loi engage enfin la transition vers un nouveau modèle de tarification, fondé sur la contractualisation entre services à domicile et départements. La loi de finances pour 2012 a prévu la mise en œuvre d'expérimentations pour la tarification des services d'aide à domicile intervenant auprès des personnes âgées et des personnes handicapées, lancées à l'initiative de l'Assemblée des départements de France (ADF) et des principales fédérations d'aide à domicile pour répondre aux difficultés du secteur et valoriser les exigences de qualité.

Ces expérimentations donnent lieu à la conclusion de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), qui permettent un financement au forfait global, en contrepartie d'objectifs prévisionnels d'activité, de qualité et de continuité des services, et d'obligations d'intérêt général, comme les actions de prévention, l'accessibilité à tous les publics et la participation au parcours de santé. Ces expérimentations prévoient la possibilité d'adapter les plans d'aide à des besoins ponctuels et offrent une visibilité quant à leur participation, calculée sous forme forfaitaire, permettant ainsi, lorsque c'est nécessaire, d'alléger ou d'intensifier les plans d'aide sans incidence financière pour la personne.

La loi prévoit la poursuite de ces expérimentations jusqu'au 1er janvier 2016. Un rapport d'évaluation sera présenté par le Gouvernement au Parlement au plus tard le 30 octobre 2015. Sur cette base, la généralisation pourra intervenir au plus tard le 1er janvier 2016, avec un droit d'option entre la tarification horaire et le nouveau modèle de tarification dans le cadre d'une contractualisation.

Cette démarche de refondation est étendue aux personnes de GIR 5 et 6 grâce à l'implication des caisses de retraite dans ces expérimentations, et va au-delà de la réponse d'urgence apportée par le fonds de restructuration en direction des acteurs les plus en difficultés en engageant une véritable modernisation du secteur de l'aide à domicile, qui met en œuvre les efforts nécessaires de restructuration pour garantir l'efficience de la gestion et inscrire l'activité dans la durée. Dans le même temps, ce secteur a vocation à bénéficier de l'activité supplémentaire liée à l'augmentation des plafonds de l'APA, et donc à la multiplication du nombre d'heures réalisées au domicile des personnes. Le Gouvernement répond ainsi à la crise de l'aide à domicile en actionnant trois leviers

complémentaires : la relance de l'activité, la reconnaissance des coûts d'intervention, et la sécurisation des financements.

La refondation de l'aide à domicile doit aussi passer par un rapprochement entre l'aide et le soin, grâce à une meilleure coordination de l'intervention des professionnels autour des personnes âgées du secteur sanitaire et du secteur médico-social. C'est pourquoi la loi consolide et approfondit les services polyvalents d'aide et de soin à domicile (SPASAD), au travers d'une expérimentation visant à renforcer l'intégration des services et à faciliter le financement des actions de prévention.

2. Soutenir les aidants

Les proches aidants sont les personnes non professionnelles, soutenant au quotidien une personne âgée, qu'ils appartiennent ou non à sa famille. La majorité des âgés en perte d'autonomie bénéficie d'une aide de leur entourage. La moitié des aidants sont les enfants de la personne âgée et un tiers sont leur conjoint. Cette aide s'avère essentielle dans la perspective du maintien à domicile. Avec la prolongation de la durée de la vie dans les années à venir, cette réalité ne fera qu'augmenter, avec des aidants qui continuent d'être professionnellement actifs ou qui doivent assumer à la fois un soutien à leurs enfants et petits enfants et aussi à leurs parents dépendants.

En 2008, 4,3 millions de personnes aident régulièrement au moins un de leurs proches âgés de 60 ans ou plus à domicile en raison d'une santé altérée ou d'un handicap. Restreint à la population des bénéficiaires de l'APA à domicile, le nombre de personnes aidées est fin 2011 d'environ 600 000 pour un nombre total d'aidants concernés d'environ 800 000. 62 % sont des femmes. Les aidants qui sont encore en situation professionnelle sont dans 88 % des cas des femmes.

20 % des aidants sont considérés aujourd'hui comme en situation de charge importante, synonyme de fatigue morale ou physique, avec des effets sur leur santé : 40 % des aidants dont la charge est la plus lourde se sentent dépressifs, 29 % déclarent consommer des psychotropes. Ils renoncent fréquemment à des soins, faisant passer la santé de l'aidé avant leur propre santé. Les professionnels de santé ne sont pas toujours assez sensibilisés à la prise en charge des aidants et les plans d'aide ignorent souvent la situation des aidants familiaux. L'épuisement des aidants peut également, dans certains cas, conduire à des situations de maltraitance passive ou active des âgés en perte d'autonomie.

Lorsque les aidants travaillent, ce qui est le cas de 40% d'entre eux, les répercussions sur l'activité professionnelle sont réelles : ils renoncent à des opportunités, modifient leurs horaires de travail, etc. Enfin leur positionnement par rapport aux professionnels, qu'ils interviennent à domicile ou en établissement, est parfois difficile.

C'est pourquoi, il s'agit aujourd'hui de donner toute leur place aux aidants et aux bénévoles dans l'accompagnement du projet de vie de la personne, dans des conditions garantissant la complémentarité de leur intervention avec celle des professionnels. La loi reconnaît et consacre plus fortement le rôle des aidants. La réforme des retraites de 2013 a déjà constitué un premier pas vers une meilleure reconnaissance de leur rôle, avec la suppression de la condition de ressources pour bénéficier de l'assurance vieillesse des parents au foyer, garantissant une continuité dans les droits à retraite et l'ouverture d'une majoration de trimestres pour la prise en charge d'un adulte handicapé ou dépendant, à hauteur d'un trimestre pour trente mois de prise en charge à temps complet.

L'action gouvernementale en faveur des aidants s'articule autour de trois axes.

2.1 Reconnaître un droit au répit pour les aidants dans le cadre de l'APA

Il s'agit en premier lieu de mieux prendre en compte les aidants, leurs interventions, le cas échéant leur vulnérabilité et leur besoins de soutien (repérage des signes de fragilité, besoins de conseils, d'accompagnement, de répit), au moment de l'évaluation des demandes d'APA afin d'en tenir compte pour l'élaboration des plan d'aides et leur proposer si nécessaire des relais ou des actions d'accompagnement.

Accompagner les aidants, c'est aussi leur permettre de faire une « pause ». La loi crée dans l'APA à domicile un module dédié « droit au répit », qui permettra de solvabiliser une solution temporaire permettant à l'aidant de prendre du répit, lorsque le plafond du plan d'aide n'y suffit pas. Ce nouveau module est complémentaire de la revalorisation des plafonds des plans d'aide, qui permettra de dégager des marges de financement pour permettre, plus facilement qu'aujourd'hui, l'accès aux structures de répit.

Il peut s'agir d'heures d'aide à domicile supplémentaires, voire d'une présence continue, mais également d'un accueil exceptionnel en accueil de jour ou de nuit de recours à un hébergement temporaire.

Ce droit constitue une enveloppe d'aide pour l'année et par aidé. D'un montant qui pourra aller jusqu'à 500 euros annuels, au-delà du plafond de l'APA, il permettra par exemple de financer sept jours de séjour dans un hébergement temporaire. Il est ciblé sur les aidants des personnes les plus dépendants (GIR 1 et 2), en fonction de la charge pour l'aidant estimée par l'équipe d'évaluation médico-sociale : isolement (aidant unique), GIR, maladie d'Alzheimer, etc. A terme, pour garantir une évaluation plus homogène sur le territoire, pourra être développé un outil d'évaluation simple, destiné aux équipes médico-sociales comme aux professionnels de santé, pour repérer les aidants en difficulté.

Le « droit au répit » est complété par la création d'un dispositif d'urgence en cas d'hospitalisation de l'aidant, afin de prendre en charge temporairement la personne aidée au-delà des montants et des plafonds des plans d'aide. Cela suppose la mise en place d'une organisation spécifique pour répondre à ces situations qui constituent bien souvent des vecteurs d'accélération de la perte d'autonomie, d'entrée en institution non préparée ou d'hospitalisation non programmée et non justifiée sur le plan médical.

Le module dédié au sein de l'APA constitue un levier pour développer les dispositifs de soutien et de répit. Il s'agira à l'avenir de travailler à l'amélioration de la solvabilisation des structures d'accueil temporaire, dont le modèle économique actuel dégage un reste à charge trop souvent dissuasif pour les familles. Le développement et la diversification de l'offre de répit passe aussi dans la loi par l'expérimentation de prestations de relais à domicile assurées par un professionnel intervenant plusieurs jours consécutifs, également appelé baluchonnage, et le déploiement des plateformes d'accompagnement et de répit.

2.2 Conforter et élargir les dispositifs de formation et d'accompagnement des aidants

Si les bénévoles n'ont pas vocation à se substituer aux professionnels, les aidants ont néanmoins besoin d'être formés et accompagnés.

La CNSA se voit confier par la loi un rôle d'appui méthodologique sur l'accompagnement des aidants, et le périmètre des actions qu'elle cofinance dans ce champ est élargi aux actions d'accompagnement (café des aidants, ...). Au niveau départemental, le rôle réaffirmé de « chef de file » des conseils généraux dans le domaine de l'autonomie les amènera à assurer un rôle de coordination de tous les acteurs impliqués dans l'aide aux aidants. Pour améliorer l'accompagnement des aidants, les plateformes d'accompagnement et de répit seront développées et mieux outillées. La politique de prévention en termes de santé pour les aidants familiaux sera intensifiée. Cette problématique sera également prise en compte dans le cadre de la stratégie nationale de santé. Toutes les formes d'accompagnement, dès lors qu'elles auront fait la preuve de leur pertinence, devront être encouragées et développées : cafés des aidants, groupes de parole et d'échanges…

2.3 Aider les aidants à concilier leur rôle avec une vie professionnelle

Faciliter le maintien en emploi des aidants, pour éviter les ruptures de parcours professionnels, et favoriser la conciliation de la vie professionnelle et de la vie d'aidant sont indispensables compte tenu des difficultés actuelles qu'ils rencontrent dans leur vie professionnelle et de l'effet bénéfique que peut avoir, pour un aidant, le fait de continuer à travailler. Cet objectif est encore plus important pour les femmes, qui constituent la majorité des aidants ; or plus l'interruption de travail est longue, plus il est difficile de se réinsérer professionnellement.

Le congé de soutien familial mérite d'être réformé. Il est inadapté car trop rigide et restrictif. L'accord national interprofessionnel sur la qualité de vie au travail signé par les partenaires sociaux en juin 2013 prévoit une poursuite de la négociation sur le sujet des congés familiaux. Le Gouvernement, particulièrement attentif à la négociation sur ce sujet entre partenaires sociaux, leur fera des propositions et proposera la traduction législative d'un accord le cas échéant.

Les entreprises, les administrations et les partenaires sociaux seront incitées à prendre en compte les proches aidants et notamment à faciliter l'aménagement du temps de travail en recensant les bonnes pratiques.

3. Concevoir la maison de retraite médicalisée de demain

Acteurs essentiels de l'offre de soins et d'accompagnement sur les territoires, les établissements constituent une réponse alliant hébergement, aide à l'autonomie et à la santé, soutien à une vie sociale la plus riche possible.

Les projets d'établissements ont évolué pour prendre en compte les orientations des plans de santé publique en direction des malades touchés par la maladie d'Alzheimer ou des maladies apparentées, faisant craindre à certains que leur mission sanitaire prenne le pas sur les autres.

La loi clarifiera par conséquent les missions des établissements « médicalisés » pour personnes âgées. Les maisons de retraite médicalisées doivent mieux intégrer le projet de soin dans le projet de vie de la personne, pour un accompagnement plus global qui préserve la singularité du parcours de vie tout en relevant les défis de la médicalisation. Le parcours d'autonomie n'est pas un parcours linéaire. Il peut y avoir des ruptures, mais aussi, heureusement, des réversibilités lorsque l'état de l'âgé s'améliore. La possibilité de ces réversibilités doit être prise en considération dans la construction des parcours et dans les projets d'établissement. Les maisons de retraite médicalisée doivent être mieux intégrées dans leur territoire, en tant que lieu « ressources » intervenant en

appui et en complémentarité de l'offre de service à domicile, aux familles et aux aidants, mais aussi de l'offre en accueil familial.

Dans ce contexte, la loi engage une réforme d'envergure qui vise d'abord à garantir davantage de transparence dans les tarifs et, à terme, à rénover et simplifier le financement et la tarification des établissements. De plus, l'accessibilité financière à cette réponse globale étant une véritable difficulté pour les moins aisés, mais également pour les classes moyennes, la réforme de l'accompagnement en établissement devra permettre à terme de rendre plus accessible l'offre, en réduisant le reste à charge pour les usagers et leurs familles.

3.1 Dès le premier temps législatif, des décisions importantes sont prises pour commencer à réguler les tarifs hébergement par plus de transparence

La loi permet d'ores et déjà de mieux protéger les résidents et leurs familles en assurant davantage de transparence et en commençant à mieux réguler les tarifs. Dans un souci de plus grande transparence et pour rendre possible la comparaison des prix à prestation donnée, la loi prévoit la normalisation de la tarification relative à l'hébergement et la définition des prestations socles couvertes par les tarifs. Un ensemble de prestations et services « socle » sera défini par décret, distinct des autres tarifs et facturations supplémentaires éventuelles. Le portail internet qui sera hébergé par la CNSA permettra enfin à chaque personne d'accéder à une information claire et accessible sur les établissements, les tarifs appliqués et les aides pouvant être mobilisées.

Afin de mieux encadrer l'évolution des tarifs pour les résidents en établissement sur les places non habilitées à l'aide sociale (25 % du total), le ministère en charge des personnes âgées et de l'autonomie sera désormais associé à la fixation du taux d'évolution des tarifs hébergement au côté des ministères en charge des finances. De plus, il est tenu compte d'un critère nouveau par rapport à la pratique actuelle dans la fixation de ce taux d'évolution afin de prendre en compte le pouvoir d'achat des âgés : celui de l'évolution du niveau des retraites déjà liquidées.

Le Gouvernement s'engage aussi fortement pour protéger les droits des résidents en établissement au travers des dispositions prévues par la loi relative à la consommation. Ainsi, les prestations d'hébergement qui n'ont pas été délivrées, postérieures au décès ou au départ d'un résident, ne pourront plus être facturées. La loi relative à la consommation prévoit également l'obligation de dresser un état des lieux contradictoire à l'arrivée et au départ d'une personne hébergée en maison de retraite et l'interdiction de facturer les frais de remise en l'état de la chambre en l'absence d'un tel état des lieux.

Par ailleurs, afin qu'ils puissent assurer leurs missions dans les meilleures conditions et se prémunir contre les impayés, les établissements doivent bénéficier de recours judiciaires étendus. La loi offre désormais la possibilité à tous les établissements de saisir directement le juge aux affaires familiales pour gérer les situations potentiellement conflictuelles concernant le règlement de factures d'hébergement en maison de retraite médicalisée, notamment entre les enfants ou autres obligés alimentaires.

3.2 Un second temps législatif permettra de rendre plus accessible l'offre en établissement

En 2011, le reste à charge moyen en établissement s'élevait à 1 690 €, toutes aides publiques intégrées (APA, aides au logement, dépense fiscale et aide sociale à l'hébergement). Le reste à vivre moyen était de - 378 €, pour ceux qui n'ont pas recours à l'aide sociale à l'hébergement. L'accompagnement en maison de retraite médicalisée suppose ainsi une aide financière conséquente des proches et, pour les âgés qui en ont, une mobilisation importante de leur patrimoine.

L'aide sociale à l'hébergement (ASH), servie par les départements, constitue un premier filet de sécurité. Mais seule une minorité de résidents en maison de retraite médicalisée y a recours, notamment du fait des mécanismes d'obligation alimentaire et de recours sur succession. Les classes moyennes, ne bénéficient pas ou peu des réductions d'impôts dont bénéficient davantage les plus aisés. Au total, certains renoncent à entrer, voire à rester, en établissement pour des raisons financières, avec des conséquences graves pour les âgés concernées et leur entourage.

L'amélioration du système de pilotage et de gestion, trop complexe et peu lisible, doit aussi contribuer à e une meilleure solvabilisation des résidents en établissement. Il faut dans ce contexte promouvoir la responsabilité des gestionnaires, rendre plus lisibles les financements entre les différentes sections tarifaires, explorer les pistes de simplification et introduire plus de souplesse et d'objectivité dans la tarification, en développant la contractualisation pluriannuelle.

Sur cette base, un second temps de la réforme sera consacré à l'accompagnement des âgés en établissement. Il sera préparé dans la concertation, avec la mise en place d'un groupe de travail dès février 2014. Il poursuivra deux objectifs.

- ***Premier objectif : répondre durablement au problème du reste à charge tout en garantissant la qualité de l'accompagnement.***

Il faudra pour cela en même temps agir sur une meilleure définition des maisons de retraite médicalisées, de leur rôle dans la chaîne des acteurs du soin et de l'accompagnement, agir sur les tarifs et les coûts, notamment immobiliers, améliorer les dispositifs visant à réduire le reste à charge des résidents et de leur famille.

Il faudra également identifier comment donner plus de transparence aux tarifs et mieux les réguler, qu'il s'agisse des tarifs des maisons de retraite médicalisées totalement ou partiellement habilités à l'aide sociale, ou des tarifs des maisons de retraite médicalisées non habilités à l'aide sociale, et s'assurer ainsi que toute amélioration des aides publiques bénéficiera réellement aux résidents.

Garantir la qualité de la prise en charge en maison de retraite médicalisée passe par des stratégies d'investissement optimisées, afin d'accompagner la modernisation des équipements pour faire face à la vétusté des établissements, mais également par la poursuite de la démarche de médicalisation et une action sur l'évolution des métiers pour garantir la prise en charge la plus adaptée aux besoins des résidents. Cela suppose aussi de fixer un cadre de gestion contractuel renouvelé.

- ***Deuxième objectif : moderniser et simplifier le pilotage du secteur et l'allocation de* ressources.**

Le chantier de la réforme de la tarification sera ouvert, avec en perspective la mise en place d'une allocation plus simple et plus objective des financements des établissements, en tenant compte des besoins des résidents et de la qualité de la prise en charge.

L'enjeu porte sur l'amélioration de la lisibilité des financements, notamment en ce qui concerne les financements croisés. Il s'agit aussi d'introduire plus de souplesse dans la tarification, en développant notamment la contractualisation pluriannuelle, et en revoyant fondamentalement les outils permettant de calibrer le financement adéquat du soin et de la perte d'autonomie.

Enfin, le développement d'une offre cohérente et diversifiée répondant aux objectifs d'ouverture des établissements sur leur environnement et d'intégration dans les projets des établissements d'une réponse en matière d'accueil au titre du répit des aidants nécessite de revoir le système de tarification de l'accueil de jour et de l'hébergement temporaire, dans une logique de « plateforme de services ».

Le chantier de réforme de la tarification des établissements et services pour personnes handicapées, qui s'ouvre en 2014, devra prendre en compte le sujet des modalités d'accueil des personnes handicapées vieillissantes en établissements pour personnes âgées ou handicapées.

4. Mieux accompagner la fin de vie

C'est bien sûr une évidence de lier la fin de vie à l'âge. L'âge moyen de décès est aujourd'hui supérieur à 80 ans, les deux sexes confondus, et il augmente continument. Plus de la moitié des Français meurt à l'hôpital, dans des conditions souvent peu propices à une mort sereine. Selon le rapport annuel 2013 de l'Observatoire National de la Fin de Vie (ONFV) consacré aux âgés, en 2012, 13 000 personnes âgées sont mortes aux urgences peu après leur admission. La politique de territorialisation des politiques de santé (PAERPA) vise en particulier à diminuer ces hospitalisations délétères. Par ailleurs, près de 90 000 personnes sont décédées en maisons de retraite médicalisées en 2012.

Accompagner la mort dans le grand âge de la façon la plus digne possible revêt aujourd'hui un enjeu fondamental. D'ores et déjà, il est nécessaire de :

- renforcer le recours aux équipes de soins palliatifs en établissement avec une exigence particulière pour les situations de grande détresse (isolement social et familial, perte d'autonomie physique lourde). L'objectif de 100 % de maisons de retraite médicalisées en lien avec une équipe mobile de soins palliatifs doit être rapidement atteint (75 % actuellement) ;
- développer la formation des professionnels intervenant en maisons de retraite médicalisées ou à domicile. Les médecins coordonnateurs et les soignants doivent être mieux formés à la communication et à la réflexion éthique autour des questions de fin de la vie. Compte tenu du rôle déterminant des médecins traitants et des médecins coordinateurs, des actions de formation « en équipe » doivent être mises en place en lien avec les équipes mobiles ou les réseaux de soins palliatifs existants ;
- ne pas ignorer la question de la fin de vie lors de l'élaboration et de l'actualisation du projet de vie en maison de retraite médicalisée, et recueillir les souhaits de la personne ;

- développer l'accès à une infirmière de nuit, en particulier en mutualisant les postes si le nombre de places ne justifie pas la présence d'un professionnel dédié. Lorsqu'un établissement dispose d'une infirmière de nuit le taux d'hospitalisation baisse de 37 % (rapport de l'Observatoire national de la fin de vie) ;
- développer le recours à l'hospitalisation à domicile en maison de retraite médicalisée quand la nature et la gravité des symptômes le justifie. Seuls 8 % de ces structures font appel à l'HAD pour accompagner la fin de vie, alors qu'il permet un renforcement important des soins infirmiers et permet un accès facilité au matériel médical et paramédical.

5. Favoriser l'accès à l'accueil temporaire et l'accueil familial

L'accueil temporaire et l'accueil familial répondent à des besoins réels des personnes âgés comme des personnes en situation de handicap. Renforcer ces formes d'accueil constitue un chantier important pour les années à venir.

5.1 Apporter les réponses aux freins que connaît aujourd'hui l'accueil temporaire

L'accueil temporaire s'adresse à la fois aux âgés et aux personnes en situation de handicap. Il s'entend comme un accueil organisé pour une durée limitée à temps complet ou partiel, avec ou sans hébergement temporaire. Il vise à organiser une réponse adaptée à une modification ponctuelle ou momentanée des besoins de la personne âgée, à un bilan, une situation d'urgence, ou une transition entre deux prises en charge. Il permet aussi à l'entourage de bénéficier de périodes de répit.

A l'avenir ces formes d'accueil temporaire devraient correspondre à une demande croissante de souplesse des modes de prise en charge. Or aujourd'hui les missions et le maillage territorial des structures d'accueil temporaire sont très hétérogènes et la place dans l'offre globale de prise en charge mal définie. Les professionnels manquent également d'une formation adéquate pour répondre aux exigences d'adaptabilité de ce dispositif. Enfin, le modèle économique de ce type d'accueil est peu attractif. L'acte II de la réforme de la politique de l'autonomie doit pouvoir répondre à ces différents enjeux et permettre aux âgés de bénéficier plus facilement d'un accueil temporaire de qualité.

5.2 Encourager le déploiement de l'accueil familial

L'accueil familial de personnes âgées et de personnes adultes en situation de handicap constitue une forme alternative entre le domicile et l'établissement. Il offre à ceux qui ne peuvent plus ou ne souhaitent plus rester chez eux un cadre de vie familial, qui leur permet de bénéficier d'une présence aidante et stimulante et d'un accompagnement personnalisé. Il peut répondre à un besoin d'accueil durable ou à un besoin d'accueil temporaire comme l'accueil de jour, l'hébergement temporaire pour la personne accueillie, pour les aidants,…. Dans l'objectif de répondre aux attentes et aux besoins divers et personnalisés, c'est une offre de service que la loi permettra de développer.

L'accueil familial ne représente aujourd'hui qu'une très faible part de l'offre de service d'accompagnement sur l'ensemble du territoire. La loi prévoit donc des mesures pour développer une offre de qualité impulsée et contrôlée par les départements, des droits pour les personnes accueillies et pour les personnes accueillantes.

Ainsi un référentiel précisera les critères d'agrément par les départements. Les règles en sont mieux définies, en permettant de préciser le profil des personnes susceptibles d'être accueillies, de

spécialiser ou de restreindre le contenu et la portée de l'agrément suivant les caractéristiques des candidats accueillants, et de préciser la durée et le rythme d'accueil.

La loi garantit désormais les mêmes droits aux personnes en accueil familial qu'aux résidents des établissements sociaux et médico-sociaux. Elle donne le même accès aux dispositifs prévus pour faciliter l'exercice de ces droits en cas de difficulté, comme le recours à une personne qualifiée ou à une personne de confiance. La prise en compte des besoins et attentes spécifiques de la personne accueillie sera inscrite dans le contrat d'accueil.

Par ailleurs, la déclaration de rémunération sera simplifiée, grâce à l'utilisation du chèque emploi service universel.

Pour les accueillants une formation obligatoire, quantifiée en volume d'heures permettra d'assurer un accueil de qualité et de prendre en compte dans le cadre du Plan Métier une possibilité de parcours professionnel. Enfin, sous couvert de l'accord des partenaires sociaux, gestionnaires de l'assurance chômage, l'affiliation des accueillants au régime constituerait un progrès majeur. En effet, jusqu'ici, en l'absence de contrat de travail, les accueillants familiaux de gré à gré ne pouvaient l'être. Désormais, la rémunération des accueillants familiaux obéira, à titre dérogatoire, au même régime fiscal et de cotisations sociales que les salaires. Leur rémunération sera assujettie à cotisations, et ils bénéficieront en conséquence, en période de chômage, du régime d'assurance, comme n'importe quel salarié. En sécurisant les périodes de chômage entre deux périodes d'accueil, cela permettra de rendre plus attractive cette offre de service amenée à se développer au regard des attentes des personnes âgées.

6. Simplifier les outils de pilotage de l'offre sur le territoire

Dans les années qui viennent, les autorités compétentes en matière de planification, d'autorisation, de financement et de pilotage, au premier rang desquels les conseils généraux et les ARS, auront de plus en plus à travailler à l'organisation de l'offre pour l'améliorer et la faire évoluer en fonction des besoins, dans un souci de bonne allocation des financements publics. Faciliter la réorganisation de l'offre passe notamment par la simplification des règles relatives aux appels à projets. La loi le permet, sur la base du bilan de plusieurs années de mise en œuvre du régime créée en 2009. Le dispositif en vigueur est allégé en conciliant la transparence de l'information nécessaire au secteur et la souplesse nécessaire à l'évolution et l'adaptation de l'offre existante.

Le recours à la procédure d'appel à projets n'est obligatoire que pour les créations d'établissements ou services. La loi dispense de la procédure d'appel à projet les extensions les plus mineures et clarifie les cas d'exonération. Les transformations affectant un établissement social et médico-social changeant de catégorie de public bénéficiaire ou un établissement de santé se convertissant en ESSMS peuvent être désormais dispensées du recours à l'appel à projet dès lors que leur projet donne lieu à la conclusion d'un contrat pluriannuel d'objectifs (CPOM).

A l'avenir, l'amélioration de l'organisation de l'offre sur les territoires, passera par des coopérations renforcées entre établissements et services. La loi va le favoriser en clarifiant les règles applicables en matière d'autorisation pour les groupements de coopération sociaux et médicaux sociaux.

VOLET 4 : LA GOUVERNANCE

La gouvernance de la politique de l'âge répond à deux exigences : celle de l'égalité sur le territoire et celle de la proximité. Elle doit aussi impliquer les âgés eux-mêmes selon le principe porté haut et fort par les personnes en situation de handicap « Rien pour nous sans nous ». Très concrètement enfin, son objet est de simplifier la vie des âgés et de les accompagner au plus près de leurs besoins et de leurs aspirations.

Renouveler la gouvernance de la politique de l'autonomie est la condition de la réussite des nombreux chantiers ouverts pour les années à venir. La première exigence est démocratique. Notre priorité est donc de donner la parole aux âgés. Ils doivent être écoutés mais aussi associés à la construction de cette politique dans tous ses aspects. La nouvelle gouvernance doit aussi permettre de simplifier la vie des âgés et de leur famille en leur offrant des lieux d'accueil d'information, d'orientation et d'accompagnement plus intégrés et en proximité sur tout le territoire. Cela passe notamment par un rapprochement des acteurs et une meilleure coordination des actions.

La gouvernance de la politique de l'autonomie se doit aussi d'être efficace. La consécration du rôle de la CNSA comme « maison commune de l'autonomie » et de celui des conseils généraux en tant que « chef de file » des politiques de l'autonomie, participent de cette recherche d'efficacité. En outre, celle-ci suppose de renforcer les liens entre les ARS et les conseils généraux. Elle doit contribuer à décloisonner les politiques, les acteurs, les publics, pour prendre en compte le champ très large de l'adaptation de la société au vieillissement et se mobiliser sur des objectifs et projets communs. Dans cet esprit, le rapprochement entre la politiques du handicap et celle à destinations des âgés doit être poursuivi, dans le respect des spécificités de chacun. Le décloisonnement des acteurs passe aussi par une meilleure lisibilité des financements affectés à cette politique majeure de la Nation. Connaitre l'effort national de dépenses pour l'autonomie des personnes âgées, en retraçant l'ensemble des financements engagés par tous les acteurs impliqués (Etat, Conseils généraux, caisses de retraite, …) permettra aux Français de mesurer et de suivre l'effort global réalisé pour la politique de l'âge.

Enfin, dernière condition de la réussite, la gouvernance doit être souple, adaptable aux réalités locales, s'appuyer sur les initiatives des acteurs locaux, et en même temps garante de l'équité sur l'ensemble du territoire.

1. Au niveau national : une participation des âgés renforcée au service d'une politique du vieillissement plus transversale

1.1. Créer un Haut Conseil de l'Age contribuant à élaborer cette politique globale

La loi crée un Haut Conseil de l'Âge (HCA), pour donner davantage la parole aux âgés sur tous les sujets et porter une politique nationale globale de promotion de l'autonomie des âgés et d'adaptation de la société au vieillissement, en mobilisant toutes les politiques publiques qui y contribuent.

Ce Haut Conseil est placé auprès du Premier ministre. Il se substituera au Conseil National des Retraités et des Personnes Agées (CNRPA) et au comité « avancée en âge ». Le Haut conseil a

aussi vocation à s'articuler avec le Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH) sur les questions transversales de droits et de bientraitance pour les âgés et les personnes en situation de handicap. Il comprend trois collèges : usagers, professionnels et institutions.

Il est chargé de rendre des avis sur toutes les questions de société et de politique publique liées à l'âge et au vieillissement. Il fait des propositions au Gouvernement pour fixer le cadre national d'une politique globale de l'autonomie des âgés. Il peut en outre s'autosaisir sur toute question relative au champ de l'âge, comme par exemple se prononcer sur la qualité et l'utilité des objets et dispositifs relevant de la Silver économie. Il assurera le suivi de la mise en œuvre de la loi d'adaptation de la société au vieillissement.

1.2. Renforcer la CNSA en tant que « maison commune » pour mieux piloter cette politique globale

Après presque 10 ans d'existence, la loi consacre le rôle de « maison commune » de l'autonomie de la CNSA au niveau national, tête de réseau de la mise en œuvre de la politique d'aide à l'autonomie. Elle contribuera dans les années à venir au pilotage opérationnel de la mise en œuvre d'une stratégie globale, agissant sur l'ensemble des facteurs de perte d'autonomie, le plus en amont possible. Elle se voit reconnue explicitement dans sa responsabilité du suivi et de l'efficience de la dépense médico-sociale couverte par l'assurance maladie aux cotés de la CNAMTS. Dans le respect de la libre administration des collectivités locales, elle doit aussi contribuer à faire prévaloir dans le champ médico-social un double objectif de maitrise de la dépense et d'équité territoriale dans la réponse aux besoins.

La loi élargit les compétences de la CNSA, notamment en lui confiant un rôle d'appui méthodologique et d'harmonisation des pratiques en matière d'APA à l'instar des missions qu'elle exerce auprès des Maisons départementales de la perte d'autonomie (MDPH), une mission d'information du grand public sur les aides et services liés à la compensation de la perte d'autonomie, notamment par l'animation du portail internet destiné aux âgés et une mission relative aux aides techniques et à la prévention et une mission de soutien aux aidants. Elle accompagnera enfin la modernisation et la refondation du secteur de l'aide à domicile.

Outre le renforcement de ses compétences, son rôle de « maison commune » se traduit aussi par une modification de la gouvernance de la CNSA, avec l'entrée au conseil d'administration de la CNAMTS, de la CNAV et du RSI, et la création d'une troisième vice-présidence au conseil de la CNSA, confiée aux conseils généraux. Cette vice-présidence est la traduction logique au niveau national du rôle de chef de file des conseils généraux à l'échelle des départements.

1.3. Mieux informer les âgés et leurs aidants grâce à un portail global d'information et d'orientation

Les services offerts aux âgés en perte d'autonomie et leurs aidants souffrent aujourd'hui d'un déficit de transparence et de lisibilité. En effet, la multiplicité et la complexité des intervenants sociaux, sanitaires et médico-sociaux ne facilitent pas la réponse aux besoins multiples des parcours de vie des personnes. L'accompagnement de la perte d'autonomie, comme l'aide aux aidants, passe ainsi par une amélioration de l'information et de l'orientation des âgés et de leurs aidants.

La loi reconnaît un droit à l'information et crée un dispositif global d'information et d'orientation, à travers un portail internet dédié et articulé avec l'offre de services des départements, des caisses de retraite et de leurs opérateurs locaux, à commencer par les centres locaux d'information et de coordination (CLIC). Le portail offrira une porte d'entrée unifiée pour rendre plus visible et lisible un service public d'information et d'accompagnement des âgés et de leurs aidants. Géré par la CNSA, il s'appuiera sur les données disponibles au niveau national et local, et viendra en complément des modes d'accompagnement existant déjà sur le terrain. Il est également convenu d'expérimenter une réponse téléphonique nationale de premier niveau adossée au portail internet. Ce dispositif s'inscrit bien sur plus globalement dans le cadre de la réforme de la gouvernance et de la préfiguration du futur service public d'information en santé.

2. Au niveau local : une meilleure coordination des acteurs au service des âgés

2.1. Consacrer la mission de « chef de file » des conseils généraux

La loi du 13 août 2004 relative aux libertés et aux responsabilités locales a affirmé le rôle de « chef de file » des conseils généraux dans le domaine de l'action sociale. Vis-à-vis des autres collectivités territoriales, la loi du 27 janvier 2014 de modernisation de l'action publique territoriale et d'affirmation des métropoles a confirmé ce rôle, notamment dans le champ de l'autonomie. Pour conforter cette mission, la loi en précise le contenu : assurer un rôle de coordination des acteurs impliqués dans les politiques de l'autonomie, dans le respect des compétences de chacun. Le conseil général est ainsi pleinement reconnu dans un rôle d'animation territoriale des politiques publiques pour apporter des réponses coordonnées aux vulnérabilités des personnes, des réponses qui souvent sont communes aux âgés et aux personnes en situation de handicap.

Cette reconnaissance confirme à la fois l'exigence de proximité de la politique de l'autonomie, au plus près des besoins des personnes, et la nécessité d'inscrire cette action dans une démarche de développement local des territoires, comme un véritable enjeu du « vivre ensemble ».

Les départements, relais de la politique nationale de l'autonomie, sont les principaux interlocuteurs de la CNSA sur leurs territoires. Pour fluidifier et simplifier leurs relations, elles s'inscrivent dans le cadre d'une convention globale pluriannuelle.

2.2. Créer un conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie

Dans un double objectif de renforcement de la participation des âgés et des personnes en situation de handicap et de coordination des acteurs, la loi créé un conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA), « maison commune » de l'autonomie au niveau départemental.

Interlocuteur privilégié de la CNSA dans les départements, il est composé de l'ensemble des acteurs impliqués dans ces politiques. Il peut être réuni dans différentes formations : une formation plénière, une formation spécialisée dédiée à la politique de l'âge, déclinaison territoriale du Haut conseil de l'âge avec les mêmes prérogatives au niveau local, une formation spécialisée dédiée à la politique du handicap.

Ses missions sont étendues, avec un rôle consultatif sur les différents schémas médico-sociaux du Conseil général, sur le programme régional de santé de l'ARS, et sur la programmation annuelle des moyens mobilisés par l'ensemble des financeurs dans le département. Les élus locaux pourront également saisir le CDCA sur les documents ayant un impact direct sur la vie des âgés, et notamment les plans locaux de l'habitat et les plans de déplacement urbains. Il aura une, capacité d'auto-saisine sur toute question relevant de la politique de l'autonomie, de la vie des âgés et des personnes en situation de handicap. Le CDCA a également un rôle de veille et d'alerte sur les droits, la bientraitance et la maltraitance en établissement et à domicile en lien avec les cellules de traitement des signalements, en cours d'expérimentation.

Contrairement au CDCPH et au CODERPA qu'il remplace, le CDCA constitue non seulement un lieu de démocratie participative, mais également un lieu de coconstruction des politiques, de préparation en commun des décisions, sur un champ bien plus large que le champ strictement médico-social. De même, le collège des représentants des institutions contribuera à l'amélioration de la coordination institutionnelle à l'échelle du département.

Le réseau des CDCA est accompagné par le HCA et le CNCPH conjointement, afin de contribuer à la cohérence des politiques publiques conduites sur le territoire. La CNSA vient en appui, dans son domaine de compétence, pour les soutenir dans leur rôle consultatif et assurer le partage des bonnes pratiques.

2.3. Poser le cadre d'une gouvernance locale des politiques de prévention de la perte d'autonomie

La mise en place de politiques efficaces de prévention au niveau local sera l'un des grands enjeux des années qui viennent. Cela suppose de mettre en place une gouvernance adaptée à cet objectif, aujourd'hui insuffisante. Dans le but d'améliorer la visibilité de l'offre de prévention existante et l'identification des besoins non couverts ou non financés sur le territoire départemental, la loi crée une conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie (CFPPA).

Sa mission est d'assurer le financement, à titre complémentaire, d'actions individuelles et collectives de prévention sur le territoire départemental, dans le cadre d'un programme coordonné entre les différents partenaires, sur la base d'un recensement des besoins. La conférence a pour objectifs d'améliorer l'accès aux équipements et aux aides techniques individuelles favorisant le maintien à domicile (téléassistance, petits aménagements du logement, domotique, actions collectives de prévention , etc.), notamment en soutenant des modes innovants d'achat et de mise à disposition, d'attribuer les aides correspondant au forfait-autonomie au profit des résidences autonomie, de favoriser le développement d'actions individuelles et collectives de prévention. Le public cible est très large et comprendra l'ensemble des personnes en pertes d'autonomie, y compris les personnes en GIR 5 ou 6 qui bénéficieront d'au moins la moitié des crédits.

Présidée par le président du conseil général, elle comprend des représentants du département, des autres collectivités territoriales et des CCAS , de l'ARS, de l'ANAH, des régimes de base d'assurance vieillesse et d'assurance maladie, des fédérations des institutions de retraite complémentaire, des organismes régis par le code de la mutualité ayant leur siège dans le département.

2.4. Renforcer la coordination entre ARS et conseils généraux

Une meilleure coordination au niveau régional et départemental des ARS, investies sur les champs sanitaire et médico-social, et des conseils généraux est un enjeu majeur d'efficacité des politiques publiques de l'autonomie. A cette fin, l'ARS et le conseil général devront désormais préciser leur mode de coopération dans le cadre d'un conventionnement qui contribuera à la définition d'une stratégie pluriannuelle commune sur les enjeux de l'autonomie, et qui pourra être étendu à d'autres acteurs comme les CCAS ou les caisses de retraite.

Pour renforcer la coordination des acteurs et des dispositifs, et conforter le rôle de chef de file des conseils généraux sur les politiques de l'autonomie, la loi ouvre la possibilité de délégations de compétences des ARS vers les conseils généraux, sur les dispositifs de répit, qui ont vocation à être étroitement articulés avec les actions départementales de soutien aux aidants, et sur les MAIA, dont la logique d'intégration doit irriguer l'ensemble des outils de coordination portés par le département, en particulier les CLIC.

2.5. Affirmer l'existence d'un service public de l'autonomie, lisible pour tous au niveau départemental et infra-départemental

- ***Améliorer les articulations entre les différents outils de coordination infra départementale***

Répondre à l'avenir de façon plus efficace et équitable sur le territoire, aux besoins d'information, d'orientation et d'accompagnement des personnes âgées et leur famille, suppose de mieux articuler les dispositifs infra-départementaux existants (CLIC, MAIA, CCAS…) au sein d'un réseau départemental cohérent. Il est nécessaire de conserver de la souplesse dans les organisations territoriales à l'échelle infra départementale et de préserver les outils qui ont fait leur preuve. Il faut aussi renforcer les cohérences et complémentarités. L'actualisation des cahiers des charges réglementaires des CLIC et des MAIA permettra de préciser les articulations nécessaires entre ces deux outils sur le terrain, dans le cadre d'une responsabilité conjointe des départements et des ARS.

- ***Donner leur place aux Maisons départementales de l'autonomie comme outils structurants de la gouvernance territoriale***

Les « maisons de l'autonomie » se multiplient aujourd'hui. Elles visent à mutualiser les moyens afin d'exercer les missions d'accueil, d'information, de conseil, d'orientation au profit des personnes âgées ou en situation de handicap. Certaines mettent également en commun les équipes et les outils d'évaluation des situations de perte d'autonomie, ainsi que l'élaboration des plans d'aide. L'instruction de demandes de prestation ou le contentieux peuvent aussi être intégrés à leur périmètre. Il s'agit de placer les personnes au cœur d'un dispositif coordonné, facilement repérable pour les personnes et leurs familles, en recherchant la simplicité, et la continuité dans l'accompagnement.

La loi donne un cadre légal à ces maisons de l'autonomie, dans le respect des groupements d'intérêt public (GIP) et des Commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) des MDPH qui ont fait leur preuve au service de la gouvernance du secteur du handicap. Afin d'accompagner les acteurs vers une plus grande convergence de leurs organisations et de leurs interventions et de favoriser l'échange des bonnes pratiques sur le territoire, la CNSA peut « labelliser » les Maisons de l'Autonomie (MDA) en concertation avec l'ensemble des acteurs. Ce

label s’appuie sur un cahier des charges établi à partir des bonnes pratiques locales. La démarche de labellisation se fait à la demande du département volontaire et associe les représentants locaux et nationaux des usagers.