



# RAPPORT DE LA MISSION "VIVRE CHEZ SOI"

*Présenté à Madame Nora BERRA  
Secrétaire d'État en charge des Aînés*

Par Alain FRANCO  
*Professeur de médecine à Nice  
Président du Centre National de Référence – Santé à Domicile et Autonomie*

**Juin 2010**

## SOMMAIRE

<b>1. SYNTHÈSE DU RAPPORT</b>	<b>4</b>
1.1. Contexte et objectif de la Mission	4
1.2. La « Force de l'âge » : réalités économiques	5
1.3. Le souhait de « vivre chez soi »	6
1.4. Actions prioritaires	6
<b>2. SUMMARY OF THE REPORT</b>	<b>8</b>
2.1. Context and objective of the mission	8
2.2. The "prime of life": economic realities	8
2.3. The wish of "ageing in place"	9
2.4. Priority Actions	9
<b>3. INTRODUCTION</b>	<b>11</b>
3.1. Avant-propos	11
3.2. Le Pilotage de la Mission	12
3.3. Les six volets d'action de la Mission	13
3.4. La Mission : composition et contributions	13
3.5. Une transversalité effective, un travail à poursuivre	15
<b>4. LA FORCE DE L'ÂGE</b>	<b>16</b>
4.1. Un nécessaire changement de regard sur les Aînés	16
4.2. Un précédent : le rapport Laroque de 1962	16
4.3. La contribution des Aînés au développement économique	18
4.4. Transferts intergénérationnels, création d'entreprise, consommation : quelques indicateurs de la dynamique des Aînés	19
4.5. La sensibilité des Aînés à l'innovation	21
4.6. Refonder le pacte intergénérationnel	22
<b>5. VIVRE CHEZ SOI</b>	<b>24</b>
5.1. La signification du « chez soi »	24

5.2. Penser le chez soi au-delà du domicile	26
5.3. Fonctionnement et qualité de vie : pour une approche intégrative du vivre chez soi	29
<b>6. LES SIX VOLETS – CLEFS DE LA MISSION</b>	<b>31</b>
6.1. Diagnostic Autonomie Habitat	31
6.2. Technologies et Services pour l'autonomie	36
6.3. Mobilité et Urbanisme	41
6.4. Compétences et métiers	49
6.5. Inclusion et prévention des discriminations	59
6.6. Optimisation de la gestion des services	65
<b>7. LES PRÉCONISATIONS DU RAPPORT</b>	<b>72</b>
7.1. Introduction	72
7.2. Axes et mesures	74
<b>8. ANNEXES</b>	<b>83</b>
8.1. Annexe 1 - Liste des contributeurs à la Mission	83
8.2. Annexe 2 – Bibliographie	94

## 1. SYNTHÈSE DU RAPPORT

### 1.1. Contexte et objectif de la Mission

Si les « aînés » ne constituent pas une catégorie homogène du point de vue social (actifs, retraités, allocataires de minima sociaux...) ou même générationnel (au moins deux générations), une aspiration majeure leur est commune : plus de 90% des personnes âgées de plus de 60 ans vivent à domicile et l'immense majorité d'entre eux souhaite vivre chez soi le plus longtemps possible

Vivre chez soi est donc une liberté revendiquée massivement par les Aînés. Comme toute liberté, elle comporte une part de risque ; la responsabilité des pouvoirs publics est de faire en sorte qu'elle puisse s'accomplir dans les meilleures conditions. L'adaptation des politiques publiques aux nouvelles réalités démographiques, et au souhait massivement exprimé par les Aînés de vivre chez soi, est donc une nécessité.

En confiant au Professeur Franco une mission pour clarifier les enjeux du vivre chez soi et répondre aux besoins et aux attentes des Aînés en la matière, la Secrétaire d'État aux Aînés souhaitait voir identifiés des outils essentiels et des mesures concrètes favorisant l'amélioration du vivre chez soi pour le plus grand nombre.

Six volets d'action pour une vision globale du vivre chez soi ont été identifiés, correspondant à autant de groupes de travail :

- Diagnostic autonomie habitat
- Technologies et services pour l'autonomie
- Mobilité et urbanisme
- Métiers, compétences et formations
- Inclusion et prévention des discriminations
- Optimisation de gestion des services

Par son impulsion initiale, comme par le travail réalisé dans les groupes, la Mission aura donné lieu à des collaborations originales, et permis la réalisation d'une transversalité effective, point de départ d'une dynamique nouvelle. Au partenariat originel entre le Secrétariat d'État et le CNRSDA, se sont associées la CNAV, la CNSA, la DGCS, la CCMSA, la CNAMTS, l'ANSP, le CESE, l'AMF, l'ADF et AGIRC ARRCO, ainsi que des représentants majeurs d'acteurs publics et privés concernés à des titres divers par le vieillissement. Des éléments de consensus notables sont apparus, et des représentations communes se sont forgées. La philosophie de groupe-projet ne doit donc pas cesser avec le présent rapport, qui n'a pas pour finalité de mettre fin à une dynamique mais de prendre acte de cette dernière pour donner un cadre aux travaux futurs : les propositions qui en sont issues sont donc un point de départ plus qu'un point d'arrivée.

D'ores et déjà, le prolongement de cette dynamique peut se penser sur deux plans :

- Le plan proprement institutionnel, dans un cadre interministériel à réinventer sur certaines thématiques notamment (habitat, environnement, transports, santé...)
- La mise en œuvre des actions proposées par le rapport, qui pour chacune d'entre elles requièrent la mobilisation d'acteurs différents sous la responsabilité d'un chef de file désigné, et dont la cohérence d'ensemble supposera que l'effort engagé collégialement soit poursuivi.

## 1.2. La « Force de l'âge » : réalités économiques

A quel contexte correspond le souhait de nos aînés de vivre chez soi ? Produit de la baisse de la fécondité (et à ce titre moins sensible en France que dans nombre d'autres pays européens ou au Japon) et de l'allongement de la durée de la vie, le vieillissement est une tendance de fond prévisible de longue date et qui s'anticipe, se prépare. Il a d'ores et déjà une incidence indéniable sur les comptes médico-sociaux, suppose une prise en charge du risque de dépendance qui reste à définir, et implique de nouvelles problématiques de transferts intergénérationnels... Mais un phénomène radicalement nouveau est à prendre en compte : la fin de la corrélation vieillesse/ pauvreté dans les économies développées. Loin de se réduire aux problématiques de la dépendance, le vieillissement est un phénomène social, culturel et économique global qu'il importe de considérer comme tel.

Le niveau de vie des retraités d'aujourd'hui est estimé par le Conseil d'Orientation des Retraites à 140 % de celui des actifs de moins de 55 ans. La génération actuelle des 55-64 ans dispose des revenus les plus élevés en France et, fait social sans précédent, la retraite moyenne des hommes français est légèrement supérieure au salaire moyen de ces derniers. La plupart des Aînés sont en bonne santé, socialement actifs, autonomes, aident leurs enfants, ont des revenus de retraite suffisants, contribuent de façon significative à l'effort fiscal, etc.

Même si des inégalités seront vraisemblablement de plus en plus constatées selon les catégories socio-professionnelles et les territoires, et bien que de nouvelles formes de précarité liées au vieillissement et à la solitude soient déjà observables, le patrimoine des Aînés et leur taux d'épargne sont élevés, *a contrario* leur niveau d'endettement est faible. Une proportion importante d'aînés est propriétaire de son logement, et leur patrimoine financier est nettement plus élevé que celui des plus jeunes générations. En outre leur pouvoir d'achat et leur appétence pour la consommation, forgée entre 30 et 40 ans, sont sans commune mesure avec ceux des générations qui les ont précédés. De la même façon, leur sensibilité à l'innovation, pour autant que cette dernière soit identifiée comme « amélioration » (de confort d'usage, etc.), est plus grande que ce que les représentations traditionnelles suggèrent.

Le vieillissement est donc *aussi* une bonne nouvelle pour l'économie : relativement aisés, raisonnablement consommateurs et moins réticents à l'innovation que ce que suggèrent les représentations traditionnelles, les Aînés peuvent être une locomotive économique pour nos sociétés si celles-ci savent développer les services et l'industrie du vivre chez soi. Ce fait nouveau est d'autant plus important que certaines solidarités traditionnelles joueront sans doute un rôle moindre à l'avenir, du fait de tendances sociales de fond : arbitrages des enfants en faveur de leur activité professionnelle, moindre proximité territoriale des générations, baisse des aidants familiaux en raison de la réduction de la taille des familles, nouvelles conjugalités, recomposition/ complexification des modèles familiaux, etc. L'une des clefs du renouvellement du « pacte intergénérationnel » consiste sans doute dans la mise en lumière du rôle essentiel que les Aînés jouent et joueront dans l'économie. En ce sens, les logiques d'innovation, de création d'emplois industriels et de services, associés à la problématique du vivre chez soi doivent être explorées. C'est aussi le sens de cette mission que de proposer des outils pour en faciliter le développement.

### 1.3. Le souhait de « vivre chez soi »

Si vivre chez soi est un souhait massivement partagé, c'est entre autres parce que la symbolique du foyer renvoie à une dimension de continuité et de résistance au temps essentielle à mesure de l'avancée en âge. La Mission a pensé le chez soi comme un lieu ouvert, un lieu où l'unité du moi se construit dans son lien aux autres. Elle a également associé dans ses réflexions, au-delà du domicile, les problématiques liées à l'environnement immédiat (le quartier, l'institution, l'hôpital) de la personne âgée.

C'est cette approche transversale des besoins liés au vivre chez soi qu'il nous a paru fondamental de conserver dans la conduite de cette mission. En réunissant des acteurs représentatifs des différentes composantes de l'« écosystème du vieillissement », c'est une vision aussi intégrative que possible de la qualité de vie que nous nous sommes efforcés de promouvoir. En effet, seule une démarche centrée sur la personne vieillissante et l'environnement dans lequel elle évolue peut garantir les améliorations réelles de leur cadre de vie qu'attendent à bon droit les Aînés. Pour aller plus loin encore, plutôt que de répondre à la seule spécificité d'un public particulier, les travaux conduits par la Mission font apparaître les rapports immédiats qui relient les enjeux du vivre chez soi à ceux d'autres politiques publiques, et le public des Aînés à d'autres publics

Par les propositions qui suivent, nous souhaitons donc répondre au désir des Français de vivre chez eux en les accompagnant dans leurs parcours de vie, avec comme double conséquence :

- De faciliter le développement d'une économie de technologies et services dédiés au vivre chez soi.
- De faire reculer le curseur de la dépendance afin de desserrer les contraintes du secteur médico-social et de lui permettre de concentrer ses moyens sur les cas les plus difficiles.

### 1.4. Actions prioritaires

Parmi toutes les perspectives d'action identifiées par les groupes de travail, la Mission a souhaité privilégier dix-huit mesures

Celles-ci concernent bien sûr l'Etat et ses partenaires publics (collectivités, agences, Centre National de Référence Santé à Domicile et Autonomie...), mais aussi des acteurs privés (opérateurs télécoms, fournisseurs de solutions domotiques, mutuelles ou bailleurs sociaux...), et supposent pour certaines d'entre elles un travail réglementaire interministériel et européen.

#### 1.4.1. AXE 1 : AMELIORER LE CADRE DE VIE DES AINES

- Mesure 1 : Création d'un label « Vivre chez soi »
- Mesure 2 : Généralisation dans les plans locaux d'habitat des études de préfiguration de la stratégie territoriale en matière d'adaptation du parc de logements neufs ou existant
- Mesure 3 : Rendre possible la création d'une nouvelle catégorie de logements sociaux dédiés aux Aînés

- Mesure 4 : Mise en place d'un « diagnostic autonomie » de l'habitat et de son environnement immédiat, complémentaire des diagnostics existant (Loi Carrez, performance énergétique notamment) au service de la protection des consommateurs.
- Mesure 5 : Promotion de solutions financières d'accès universel
- Mesure 6 : Mise en place de bilans de mobilité pour les Aînés
- Mesure 7 : Mesurer et prévenir les discriminations liées à l'âge
- Mesure 8 : Engager une concertation avec le secteur de l'assurance sur la problématique de dé-mutualisation

#### **1.4.2. AXE 2 : FACILITER L'ACCES AUX TECHNOLOGIES ET SERVICES DU VIVRE CHEZ SOI, ENCOURAGER LE DEVELOPPEMENT D'UNE OFFRE ADAPTEE**

- Mesure 9 : Lancer une campagne de communication dédiée aux technologies et services du vivre chez soi
- Mesure 10 : Généraliser l'accès des Aînés à l'internet
- Mesure 11 : Favoriser la mise à disposition d'offres domotiques groupées
- Mesure 12 : Favoriser le développement de la conception universelle dans les filières industrielles via la Recherche & Développement collaborative
- Mesure 13 : Créer un fonds d'investissement dédié aux entreprises développant des objets communicants favorisant le vivre chez soi

#### **1.4.3. AXE 3 : ACCOMPAGNER LA MODERNISATION DES SERVICES A LA PERSONNE**

- Mesure 14 : Créer un centre de référence et d'expertise pour les métiers et les compétences dans le domaine de la santé et du social
- Mesure 15 : Renforcer l'organisation des services à la personne par des mutualisations appuyées sur des outils de télégestion
- Mesure 16 : Développer la certification de solutions en matière d'optimisation des services à la personne
- Mesure 17 : Favoriser le développement de centres d'appels multiservices dans le domaine social et médico-social
- Mesure 18 : Promouvoir le vivre chez soi au plan international

## **2. SUMMARY OF THE REPORT**

### **2.1. Context and objective of the mission**

*If "seniors" does not constitute a homogeneous category in terms of social (active, retired, people receiving welfare benefits) or even in terms of generation (at least two generations) , a major aspiration is common: over 90% of people aged over 60 live at home and the great majority of them would like to live at home as long as possible.*

*By entrusting Professor Franco with the mission of clarifying the issues of "ageing in place" and meeting the needs and expectations of seniors in the area, the Secretary of State for Seniors wished to identify essential tools and concrete measures to promote improved the improvement of the "ageing in place" for the greatest number.*

*Six areas of action for a comprehensive vision of living at home were identified, corresponding to as many working groups as:*

- *Diagnosis of the housing for an independent living*
- *Technologies and services for independent living*
- *Mobility and Town planning*
- *Jobs, skills and training*
- *Inclusion and prevention of discrimination*
- *Optimisation of Service Management*

### **2.2. The "prime of life": economic realities**

*Aging has already an undeniable impact on Social Services Department, it involves a minimum fare of the risk of dependence which needs to be defined, as well as new issues of intergenerational transfers. But a radically new phenomenon is to be taken into account: the end of the correlation age / poverty in the developed economies. Far from being reduced to problems of dependence, aging is a social phenomenon, cultural and economic global which must be considered as such.*

*Although inequalities are likely to be increasingly recognized depending on socioprofessional categories and territories, and although new forms of precariousness related to aging and to loneliness are already observable, seniors' capital and their savings rate are high, at the opposite, their debt level is low. A large proportion of seniors own their house and financial patrimony is much higher than younger generations'. In addition, their purchasing power and appetite for consumption, acquired between 30 and 40, are incommensurate with those of the generations that preceded them. Similarly, sensitivity to innovation, provided that it is identified as "improvement" (for ease of use, etc.) is larger than the traditional representations suggest.*

*Aging is also good news for the economy: relatively wealthy, reasonably consumers and less reluctant to innovation than traditional representations suggest, seniors can be a powerhouse for our companies if they know how to develop the services and the industry of the "ageing in place". This development is even more important than some traditional solidarity will*

undoubtedly have less importance in the future because of social trends : children arbitrations for their work, less territorial proximity of generations, lower caregivers due to the reduction of family size, reshaping / complexity of family models, etc.. One key to the renewal of "intergenerational pact" is probably in highlighting the major role seniors play and will play in the economy. In this sense, the logic of innovation, the creation of job in the industry or services, coupled with problems of "the living at home" should be explored. It is also the meaning of this mission to provide tools to facilitate the development.

## 2.3. The wish of "ageing in place"

*If ageing in place is a massively shared desire, one reason is that the symbolism of retired house refers to a dimension of continuity and an essential resistance to time as getting older. The Mission thought the home as an open place, a place where the unity of self is constructed through its relationship with others. The Mission has also associated to its thoughts, beyond the home, the issues related to the immediate environment (neighbourhood, institution, hospital) of the elderly.*

*This horizontal approach of the needs related to the ageing in place we thought it important to keep in the conduct of this mission. By bringing together actors representing the different components of the "ecosystem of Ageing", we have tried to promote a vision as integrant as possible of the quality of life.*

## 2.4. Priority Actions

*Among all the prospects for action identified by the working groups, the Mission wish to give priority to eighteen measures.*

*These of course concern the State and its public partners (communities, agencies, National Reference Center for Health at Home and Autonomy ...) but also private actors (telecom operators, suppliers of home automation solutions, insurance companies...); some of them will assume regulatory work at national and European level.*

### 2.4.1. Axis 1: Improving the Living Environment of Seniors

- *Mesure 1: Create a label "Ageing in Place"*
- *Measure 2: Generalisation in local habitat plans foreshadowing studies of the territorial strategy in terms of adaptation of the new or existing housing stock*
- *Measure 3: Make it possible to create a new category of social housing dedicated to seniors*
- *Measure 4: Establishment of a "autonomy diagnosis" of the habitat and its immediate environment, complementary of the existing diagnosis (Carrez law, including energy efficiency) in the service of consumer protection.*
- *Measure 5: Promoting financial solutions for universal access*
- *Measure 6: Setting up mobility checks for seniors*
- *Measure 7: Measure and prevent discrimination related to age*
- *Measure 8: Initiate a dialogue with the insurance industry on the issue of de-mutualization*

#### ***2.4.2. Axis 2: Facilitating access to services and technologies of ageing in place, encouraging the development of a suitable offer***

- *Measure 9: Launch a communication campaign dedicated to technologies and services of ageing in place*
- *Measure 10: Spread seniors' access to the Internet*
- *Measure 11: Encourage the provision of home automation*
- *Measure 12: Encourage the development of universal design in industrial clusters through Collaborative Research & Development*
- *Measure 13: Create an investment fund dedicated to companies developing smart devices promoting the ageing in place*

#### ***2.4.3. Axis 3: helping the modernisation of services to the person***

- *Measure 14: Create a centre of reference and expertise for jobs and skills in the field of health and social*
- *Measure 15: Strengthen the organization of services to elderly people by mutualisation supported by a shared infrastructure*
- *Measure 16: Develop the certification of solutions to optimise of services to elderly people*
- *Measure 17: Encourage the development of multi-service call centres in the social and medico-social fields.*
- *Measure 18: Promote Ageing in place at international level*

## 3. INTRODUCTION

### 3.1. Avant-propos

Le 18 février 2010, la Secrétaire d'État chargée des Aînés, Madame Nora BERRA, lançait le projet « vivre chez soi », réflexion pluraliste sur les enjeux de la vie à domicile des personnes âgées.

Partant du constat qu'avec l'avancée en âge, le souhait de vivre chez soi se heurte à divers obstacles et freins dans la vie quotidienne, la Secrétaire d'État confiait à un ensemble d'experts la tâche d'identifier, après un état des lieux de chacune des thématiques définies, des perspectives d'action en faveur du vivre chez soi.

Celles-ci devaient permettre de favoriser le plus longtemps possible l'autonomie à domicile, d'améliorer l'efficacité des services d'aide, et de soulager la pression sur les institutions d'accueil de la dépendance.

Un partenariat originel entre le Secrétariat d'État en charge des Aînés et le Centre National de Référence Santé à Domicile et Autonomie, a très vite associé la Caisse Nationale de l'Assurance Vieillesse, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie, la Direction Générale de la Cohésion Sociale et la Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole, l'AGIRC ARRCO, l'Association des Maires de France et l'Assemblée des Départements de France.

Le 26 mars, j'ai eu l'honneur de me voir confier la « maîtrise d'ouvrage » de ce travail collectif, et la rédaction du présent rapport.

Celui-ci comporte la contribution de près de trois cent personnes en quatre mois tant du côté du Secrétariat d'État et de son cabinet, que du côté de la Mission, avec ses six chargés de mission, ses dix rapporteurs, ses membres de groupes de travail, ses nombreux experts auditionnés, et les membres du Comité de pilotage réunissant des représentants de nombreux ministères et institutions publiques.

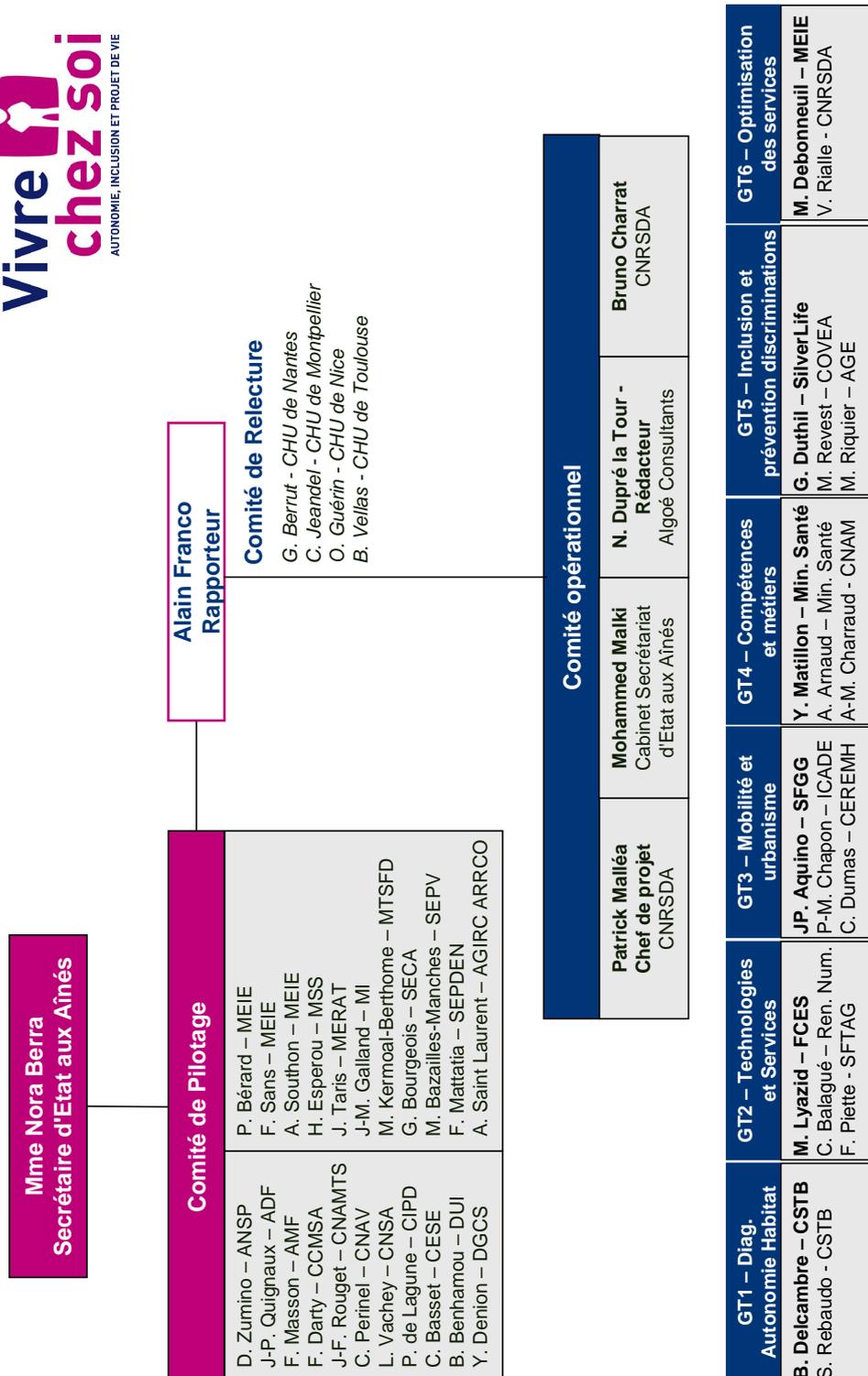
Le rapport est délibérément tourné vers des propositions concrètes d'actions destinées à un meilleur vivre chez soi, et dont Madame la Ministre jugera de l'opportunité de la mise en œuvre au sein de la cohérence gouvernementale.

Le citoyen et notamment l'aîné en bonne santé ou fragilisé a été au centre de toutes les réflexions dans un esprit de solidarité nationale. C'est déjà là le premier acquis d'une action à laquelle je suis fier d'avoir participé.

Que chacun soit vivement remercié de sa contribution.

Alain Franco

## 3.2. Le Pilotage de la Mission



### 3.3. Les six volets d'action de la Mission

Centré à l'origine sur les technologies, le travail a évolué vers une vision plus intégrative du vivre chez soi. Six volets d'action pour une vision globale du vivre chez soi ont donc été progressivement identifiés, correspondant à autant de groupes de travail, animés par des chargés de mission et rapporteurs :

- Le Diagnostic autonomie habitat,
- Les Technologies et services pour l'autonomie,
- La Mobilité et l'Urbanisme,
- Les Métiers, compétences et formations,
- L'Inclusion et la prévention des discriminations,
- L'Optimisation de gestion des services à la personne

Chacune de ces thématiques correspond à des domaines d'action participant des enjeux du vivre chez soi, et a donné lieu à un travail spécifique d'identification des besoins à satisfaire et des solutions à apporter. Par les propositions qui suivent, nous souhaitons donc répondre au désir des Français de vivre chez eux en les accompagnant dans leurs parcours de vie. Avec comme double conséquence de faciliter le développement d'une économie de technologies et services dédiés au vivre chez soi, et de faire reculer le curseur de la dépendance afin de desserrer les contraintes du secteur médico-social en lui permettant de concentrer ses moyens sur les cas les plus difficiles.

### 3.4. La Mission : composition et contributions

Ce rapport n'aurait pas vu le jour sans la collaboration active des différents groupes de travail, qui ont réuni des scientifiques, des entrepreneurs, des représentants de l'Etat, des caisses d'assurance et des organismes de protection sociale, de l'industrie, des constructeurs et bailleurs sociaux, des associations, des collectivités et des experts d'horizons divers.

Le choix des animateurs des groupes de travail s'est voulu respectueux de la diversité des contributeurs, de jour en jour plus nombreux à mesure de l'avancée de nos travaux : au total, ce sont près de 300 personnes qui ont contribué à la Mission Vivre chez soi, soit en s'associant aux réunions des groupes, soit par le biais d'auditions ou de contributions écrites. La liste de ces contributeurs est annexée au présent rapport.

Ce travail d'animation, mené sur une période courte, a été piloté par les experts suivants :

- Pour le volet-clef « Diagnostic autonomie habitat », M. Bertrand Delcambre, président du Centre Scientifique et Technique du Bâtiment, ainsi que Stéphane Rebaudo, Chargé de mission au CSTB

- Pour les Technologies et services pour l'autonomie, Mme Maryvonne Lyazid, Adjointe au Directeur Général de la Fondation Caisse d'Épargne pour la solidarité, ainsi que Christine Balagué, Co-Présidente de Renaissance Numérique et Enseignante chercheuse à l'Institut Télécom, et François Piette, Professeur de médecine interne en gérontologie à l'Hôpital Charles Foix et Président de la Société Française des Technologies pour l'Autonomie et Géronotechnologie.
- Pour la Mobilité et l'Urbanisme, le Dr. Jean-Pierre Aquino, président de la Société Française de gériatrie et gérontologie, ainsi que Pierre-Marie Chapon, chargé de recherche ICADE et Claude Dumas, Directeur Général du Centre de Ressource et d'innovation pour la Mobilité Handicap
- Pour les Métiers, compétences et formations, le Pr. Yves Matillon, Professeur d'épidémiologie clinique et Chargé de mission pour l'évaluation des compétences des professions de la santé, ainsi qu'Aurélien Arnaud, Chargée de mission au Ministère de la Santé et Anne-Marie Charraud (CNAM).
- Pour l'Inclusion et la prévention des discriminations, M. Gilles Duthil, consultant et directeur de l'Institut SilverLife, ainsi que Michel Revest, Directeur Recherche et Innovation du groupe Covéa et Michel Riquier, Vice-Président de la Confédération Française des Retraités (CFR) et Vice-Président de la plateforme européenne des Personnes Âgées AGE.
- Pour l'Optimisation de gestion des services, Mme Michèle Debonneuil, Inspecteur Général des Finances, ainsi que Vincent Rialle, Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier au CHU de Grenoble et Vice-Président du Centre National de Référence – Santé à Domicile et Autonomie.

Au cabinet de Mme la Ministre, MM. Mohammed Malki, Conseiller technique Pôle sociétal, en charge du projet Vivre chez soi, a suivi activement la bonne marche des travaux. Le comité de pilotage a associé, autour de Mme la Ministre, des représentants des différents ministères concernés, des caisses de sécurité sociale et des collectivités (liste fournie en annexe).

Au sein du Centre National de Référence Santé à Domicile et Autonomie, Patrick Malléa, appelé à en devenir Directeur de l'Innovation, accepta la fonction de Chef de Projet de l'action « Vivre chez soi », récemment rejoint par Bruno Charrat, Directeur Général. L'équipe du CNRSDA a permis la mise en œuvre et le suivi de l'ensemble de la démarche en apportant un esprit de créativité et d'innovation communicatif, tout en s'assurant de l'opérationnalité des propositions de la Mission.

Enfin, au sein du cabinet Algoé Consultants, Nathanaël Dupré la Tour, Consultant Senior, a aidé à formaliser ces travaux dans le respect d'un calendrier particulièrement serré, et en s'efforçant de tirer de la diversité des contributions une substance commune et partagée.

### 3.5. Une transversalité effective, un travail à poursuivre

En réunissant des acteurs représentatifs des différentes composantes de l'« écosystème du vieillissement », c'est une vision aussi intégrative que possible de la qualité de vie que les participants se sont efforcés de promouvoir. En effet, seule une démarche centrée sur la personne vieillissante et l'environnement dans lequel elle évolue peut garantir les améliorations réelles de leur cadre de vie qu'attendent à bon droit les Aînés.

Au reste, assez rapidement, les travaux conduits par la Mission font apparaître les rapports immédiats qui relient les enjeux du vivre chez soi à ceux d'autres politiques publiques, et le public des Aînés à d'autres publics. Enjeux de mixité sociale et générationnelle bien sûr ; enjeux bien compris d'un développement véritablement durable, et de nouvelles activités créatrices de richesses diverses.

D'emblée la Mission se voulait interdisciplinaire. Au fur et à mesure de la constitution des groupes, le risque aurait pu être que chacun s'autonomise, au risque d'aboutir à une juxtaposition de préconisations sans lien entre elles. Les séminaires préparant les réunions du Comité de pilotage, mais aussi et surtout le souci de cohérence et de cohésion qui guidait chacun des animateurs, ont été les garants de la transversalité des travaux. Des éléments de consensus notables sont apparus, des représentations communes se sont forgées. Ces éléments sont autant de ferments pour un avenir de la Mission souhaitée durable et porteuse de réalisations concrètes.

La dernière partie du rapport présente les préconisations retenues par la Mission et son Rapporteur, ainsi que les conditions de leur mise en œuvre. Dans cette perspective, les propositions se sont concentrées sur des préconisations opératoires à brève échéance. De ce fait, si la totalité des perspectives d'action proposées par les groupes de travail n'a pu être retenue dans les préconisations finales du rapport, elles sont intégralement présentes dans le document final et inventoriées comme autant de points de repères pour des décisions de plus long terme.

## 4. LA FORCE DE L'ÂGE

### 4.1. Un nécessaire changement de regard sur les Aînés

Produit de l'allongement de la durée de la vie et de la baisse de la fécondité, et à ce titre un peu moins sensible en France que dans nombre d'autres pays européens ou au Japon, le vieillissement est une tendance de fond prévisible de longue date et qui permet l'anticipation et la préparation.

Il a une incidence sur les comptes médico-sociaux, et entraîne de nouvelles problématiques de transferts intergénérationnels que les débats actuels sur les retraites et le risque dépendance s'efforcent de traiter.

Il ne faudrait pas pourtant que ce défi occulte un phénomène nouveau : la fin de la corrélation vieillesse/ pauvreté dans les économies développées, que l'on constate non seulement dans l'analyse du patrimoine, mais aussi dans celle des revenus des Aînés. L'avis et le rapport récents du Conseil Economique, Social et Environnement sur la génération du *baby-boom*<sup>1</sup> sont venus étayer une intuition ancienne, qui a conduit à la création du Centre National de Référence – Santé à Domicile et Autonomie.

En choisissant de placer ses travaux dans la perspective de la « force de l'âge », la Mission a souhaité affirmer clairement sa conviction du rôle fondamental que jouent et sont appelés à jouer les Aînés, non seulement dans le développement social et humain de nos sociétés, qui leur est en général reconnu, mais aussi dans la dynamique de leur développement économique.

Il est certain que le vieillissement nous oblige à innover dans l'organisation de notre système de protection sociale, de la prise en charge de la dépendance et de notre système de santé, ce qui entraînera de nouvelles formes de solidarité. Mais il oblige également les industriels, les sociétés de services à la personne, les entreprises du bâtiment... à repenser leur offre en intégrant de nouveaux besoins, en animant de nouveaux marchés. Ce changement de regard et l'obligation d'innovation qui en découle, est une chance. Il est porteur de développement de richesses nouvelles, et de créations d'emplois, souvent non délocalisables. Nous avons donc souhaité mettre l'accent sur ce qui le fondait en présentant des données objectives et des analyses plus qualitatives.

### 4.2. Un précédent : le rapport Laroque de 1962

Voici bientôt cinquante ans, le Président et fondateur de la Caisse nationale de Sécurité sociale Pierre Laroque constituait et présidait la Commission d'Etude des problèmes de la Vieillesse qui devait aboutir en janvier 1962 au « Rapport Laroque ». Depuis lors, ce dernier est demeuré une référence pour tous ceux qui sont concernés, d'une façon ou d'une autre, par le vieillissement.

<sup>1</sup> *Seniors et Cité*, Avis du Conseil Economique, Social et Environnemental sur le rapport présenté par Mme Monique Boutrand, au nom de la section du cadre de vie, mars 2009.

Le présent rapport souhaite s'inscrire dans la succession de ce précédent remarquable, malgré d'évidentes évolutions des réalités considérées et quelques modifications de perspective. Certes, le prisme des « problèmes de la vieillesse » n'est plus le nôtre, du fait notamment des progrès sociaux considérables réalisés depuis la mise en œuvre de certaines des préconisations de Pierre Laroque. La sémantique elle aussi a changé, et il n'est pas sans signification que la société se soit défaite du registre des « vieillards » au profit de celui des « aînés ». De ce point de vue l'opposition, très présente à l'époque et encore structurante pour notre système médico-social, entre « actifs » et « inactifs » nous semble de moins en moins opérante dans la réalité de nos économies. L'activité des Aînés doit être mieux mesurée, ainsi que leur contribution au développement de nos sociétés. De manière générale, la perspective de la force de l'âge est bien la prise en compte de ce que si le vieillissement est un défi pour nos sociétés, il contient également des solutions à nombre de problèmes (désindustrialisation, destructions d'emplois...).

La démarche du rapport Laroque s'appuie sur des principes dans la continuité desquels la présente Mission a résolument conduit ses travaux. En premier lieu le refus d'une approche exclusive des personnes âgées, et la volonté de tout faire pour faciliter l'intégration intergénérationnelle (« *respecter le besoin qu'ils éprouvent de conserver leur place dans une société normale, d'être mêlés constamment à des adultes et à des enfants* »). En second lieu la conviction que l'âge chronologique n'est pas en soi un indicateur suffisant pour décider de l'aptitude ou de l'inaptitude d'une personne dans quelque domaine que ce soit, et la volonté qui en découle de penser les Aînés dans leur très grande diversité. Enfin la certitude que toute prise en compte des personnes âgées doit passer par une approche transversale, intégratrice, d'enjeux qui sont ceux de la société tout entière.

C'est l'ensemble de ce que l'on appelle aujourd'hui inclusion qui était, déjà, exprimé par la Commission et son rapporteur Pierre Laroque. Qu'on nous permette de citer, à titre d'illustration de cette intuition fondamentale, ces quelques lignes :

*La politique de la vieillesse ne se suffit pas à elle-même. Elle n'est et ne peut être qu'un aspect d'une politique plus large, tendant à assurer un aménagement harmonieux de l'ensemble de la société, en vue de permettre à chacun d'occuper, à tout moment, la place qui lui assure l'épanouissement le plus complet de sa personnalité, dans son intérêt propre comme dans l'intérêt de la communauté elle-même, compte tenu tant de l'âge que des autres éléments qui déterminent cette personnalité.*

Quel sens aurait en effet l'allongement de la vie, cette « vie en plus », sans la possibilité de cet épanouissement ? D'emblée, en posant la question de la *place* que doit pouvoir occuper la personne âgée, le Rapport Laroque posait la question à laquelle la Mission Vivre chez soi s'est efforcée, à sa façon, de répondre : ni confinement, ni ségrégation, mais une compréhension du « chez soi » qui soit aussi large que possible, ouverte sur l'environnement de la personne, du domicile au quartier en passant par l'institution.

C'est dans cette conviction partagée qu'ont été élaborés l'état des lieux et la détermination de nos perspectives d'action. L'accent mis sur les enjeux de l'intégration générationnelle par l'urbanisme, les services ou les technologies montrent assez que, plus que jamais à l'heure où prévaut la tentation du repli sur soi, la recherche de mixité, d'inclusion, doit être à l'ordre du jour. Les pistes en matière d'accès au financement sont elles aussi développées dans la conviction que nos sociétés vieillissantes seront solidaires, ou ne seront pas. La mise en œuvre de ces actions concrètes par les pouvoirs publics, les entreprises et l'ensemble des citoyens, devra se faire dans cette même perspective.

### 4.3. La contribution des Aînés au développement économique

Les débats actuels sur les pensions de retraite et la prise en charge du risque dépendance tendent à présenter les Aînés et le vieillissement d'abord comme une charge pour la nation et un risque social. La baisse constatée et programmée du taux de remplacement net des pensions, comme le constat de réelles situations de pauvreté, notamment chez les femmes âgées ayant effectué des carrières incomplètes, viennent nourrir un imaginaire collectif où vieillesse rime volontiers avec détresse.

Ce lien entre vieillesse et pauvreté est pourtant très minoritaire en France ; il existe mais ne doit pas occulter un phénomène majeur : que l'on considère leur patrimoine ou leurs revenus, les Aînés aujourd'hui sont « en bonne santé », ce qui leur permet de contribuer de diverses façons au développement économique de notre pays. Quelques données factuelles permettent de s'en faire une idée.

#### 4.3.1. LE PATRIMOINE DES AÎNÉS

Le taux d'épargne et le patrimoine des Aînés sont élevés, 50% du patrimoine net des ménages étant détenu par les plus de 50 ans. Dans leur grande majorité, les Aînés sont propriétaires de leur logement, puisque 67,5% des personnes âgées de 50 à 59 ans, 69,5% des personnes âgées de 60 à 69 ans et 61,4% des personnes âgées de 70 ans ou plus sont propriétaires de leur résidence principale<sup>2</sup>.

#### 5. Taux de détention du patrimoine immobilier

	Résidence principale	Résidence secondaire	Immobilier de rapport	Ensemble	en %
Actifs	52,9	6,2	7,2	56,5	
Retraités	65,3	14,8	7,7	69,4	

Source : Insee, enquête Patrimoine 2004, montants recalés sur la Comptabilité nationale.

S'agissant du patrimoine financier, il est également largement l'apanage des Aînés, comme l'a confirmé la récente enquête patrimoine de l'INSEE (2009). La part du patrimoine financier dans le patrimoine privé des retraités est ainsi de 57 %, contre 43% chez les actifs, l'essentiel du patrimoine des ménages constitués de personnes de moins de 45 ans étant de nature immobilière.

<sup>2</sup> Source : Enquête patrimoine INSEE 2004.

Au total, le patrimoine reste donc en moyenne plus important chez les ménages retraités que chez les actifs. La moitié des ménages de retraités dispose d'un patrimoine global supérieur à 141 000 euros, valeur médiane de la distribution des patrimoines, alors que pour les ménages d'actifs, celle-ci se situe plus bas, à 115 900 euros<sup>3</sup>.

#### 4.3.2. LES REVENUS DES AÎNÉS

Selon le Conseil d'Orientation des Retraites, la génération actuelle des 55-64 ans dispose des revenus les plus élevés en France, le tiers le plus âgé de la population française touchant environ la moitié des revenus des ménages. Ceci conduit à ce que le niveau de vie des retraités d'aujourd'hui soit supérieur à celui des actifs, et représente 140 % de celui des actifs de moins de 55 ans, selon le COR. Fait social sans précédent, la retraite moyenne des hommes français est même très légèrement supérieure à leur salaire moyen (1 617 euros contre 1 613 euros).

Cela ne doit pas nous faire oublier les réelles situations de pauvreté qui touchent certains aînés. Néanmoins, si le taux de pauvreté des personnes âgées de plus de 65 ans s'élève à 9,1%, il est à nuancer par le fait que les trois quarts des retraités à faible retraite sont propriétaires de leur logement et n'ont donc, à la différence de la plupart des autres personnes pauvres, pas de loyer à payer. Cela permet au Conseil d'Orientation des Retraites d'affirmer que « *si le taux de pauvreté des personnes âgées n'est pas nul [...] il apparaît néanmoins faible* », et relativement plus faible que celui des actifs.

En dépit de certaines de nos représentations, la plupart des Aînés disposent donc d'une situation financière satisfaisante, sont en bonne santé, socialement actifs, autonomes, aident leurs enfants, contribuent de façon significative à l'effort fiscal... La modification à la hausse de la courbe des retraites féminines contribue largement à ce changement de paradigme économique, même si des inégalités de fond entre les sexes demeurent de ce point de vue.

On objectera avec raison que la solvabilité des Aînés retraités ou détenteurs d'actifs financiers dépend largement du dynamisme des plus jeunes générations, qui créent directement la richesse et permettent par leurs cotisations le financement des pensions. C'est la raison pour laquelle nous avons souhaité aller plus loin, et mettre en valeur la contribution directe des Aînés au développement économique, trop souvent ignorée.

### 4.4. Transferts intergénérationnels, création d'entreprise, consommation : quelques indicateurs de la dynamique des Aînés

#### 4.4.1. LES TRANSFERTS INTERGÉNÉRATIONNELS

Le vieillissement n'est pas un frein à l'activité ; il suffit pour s'en convaincre de constater que l'âge moyen des administrateurs des entreprises du CAC 40 est de 59 ans, que 50% des dirigeants du monde associatif et que 40% des maires des communes de France sont des retraités.

<sup>3</sup> Source : Enquête patrimoine INSEE 2009.

Au-delà de cet aspect anecdotique mais révélateur, il nous a semblé intéressant de mettre en valeur plusieurs indicateurs témoignant de la dynamique des Aînés et de leur contribution au développement économique, en élargissant notre périmètre d'investigation à des territoires divers. Les transferts intergénérationnels qu'on observe de la part des Aînés en France, le rôle du « troisième âge » dans la création d'entreprise en Grande-Bretagne, la part enfin que prend la consommation des Aînés à la croissance économique actuelle du Japon sont autant de signaux forts du rôle direct que ces générations jouent dans le développement économique de nos sociétés.

Comme le note le Conseil Economique, Social et Environnemental dans son rapport *Seniors et cité*, « la vitalité des solidarités entre générations en France est une réalité reconnue ». Si le système de retraite par répartition le rend manifeste dans le sens descendant-ascendant, il s'accompagne sur le plan privé d'un phénomène équilibrant dans une certaine mesure la relation, puisque quel que soit leur niveau de revenu, 64% des 55-64 ans effectuent des dons sous forme monétaire à leurs enfants et petits-enfants. Au-delà de la dimension, essentielle bien sûr, de transmission des modèles d'éducation, des valeurs culturelles, politiques, religieuses et de la mémoire familiale, cette solidarité financière contribue à tisser les liens sociaux et à solvabiliser les générations plus jeunes.

Ainsi une étude de l'INSEE publiée en mars 2007<sup>4</sup> a-t-elle pu montrer la contribution importante des donations des parents aux enfants dans la constitution des patrimoines : « deux bénéficiaires sur cinq déclarent que l'ensemble des donations reçues représentent plus du quart de leur patrimoine actuel et un sur cinq estime qu'elles en représentent plus de la moitié ». On constate donc que la richesse relative des Aînés s'accompagne d'une solidarité intergénérationnelle qui s'exprime sous la forme de donations ou d'aides, très majoritairement à destination des descendants mais aussi, pour la génération « pivot », aux ascendants, 16% des ménages ayant des parents encore en vie leur apportant une aide financière.

#### 4.4.2. LA CREATION D'ENTREPRISE

Dans un autre registre, un récent rapport de la fondation britannique de recherche NESTA sur « les entrepreneurs du troisième âge »<sup>5</sup> montre ainsi le rôle significatif joué par les Aînés dans la création d'entreprises sur la période 2001-2005. En effet, plus du quart des 487 400 créateurs d'entreprises observés par la Fondation sont âgés de plus de cinquante ans. En outre, si plus de 350 000 entreprises ont été créées au Royaume-Uni pendant cette période, seules 3 000 d'entre elles comptaient plus de 25 employés en 2008, parmi lesquelles près du tiers (870) avait un créateur âgé de 50 ans ou plus. L'appétence de ces derniers pour la création d'entreprises industrielles et de services plutôt que de commerce ou de construction est un autre enseignement de ce rapport. Leur présence dans les secteurs des hautes technologies ou des industries créatives correspond largement à la moyenne et les deux tiers d'entre eux ont déjà eu une expérience en matière de création.

<sup>4</sup> Marie Cordier, Cédric Houdré, Henri Ruiz, « Transferts intergénérationnels entre vifs : aides et donations », INSEE Première, n°127, mars 2007.

<sup>5</sup> Ron Botham and Andrew Graves, "The grey economy, How third age entrepreneurs are contributing to growth", NESTA Research Report, Août 2009.

La réceptivité des « entrepreneurs du troisième âge » britanniques à l'innovation est par ailleurs suffisamment forte pour que 45% d'entre eux déclarent que leur nouvelle entreprise inclut telle ou telle forme d'innovation, qu'il s'agisse d'un nouveau produit, d'un nouveau service ou d'une innovation incrémentale significative. Leur dynamisme se traduit également par le fait que 30% d'entre eux ont eu comme « motivation substantielle » l'opportunité de pouvoir travailler au-delà de l'âge légal de la retraite, voire le fait de contribuer par leur initiative au développement économique et social.

#### 4.4.3. CONSOMMATION

Enfin le pouvoir d'achat et l'appétence pour la consommation des Aînés, forgée entre 30 et 40 ans, sont sans commune mesure avec ceux des générations qui les ont précédés, même si les achats d'impulsion (« coups de tête ») sont peu fréquents. Les dépenses des ménages âgés de plus de soixante ans représentent aujourd'hui 48% des dépenses totales de consommation, et en représenteront 54% en 2015<sup>6</sup>.

En matière de consommation, l'exemple japonais montre que les jeunes générations peuvent cesser d'être le moteur économique que les visions traditionnelles suggèrent. Ainsi les 15-35 ans, qui représentent 22,8% de la population japonaise, ont-ils vu leur contribution à la consommation passer de 18,6% en 2000 à 15,5% en 2009 pour des raisons de précarisation, mais aussi de prise de distance par rapport à la société de consommation. La croissance, même faible, de la consommation japonaise ces derniers mois, montre que les générations qui ont pris le relais des plus jeunes sont pour partie au moins les Aînés<sup>7</sup>.

## 4.5. La sensibilité des Aînés à l'innovation

### 4.5.1. UNE APPROCHE RAISONNEE ET INTERESSEE

La capacité et le désir de consommation des Aînés sont donc plus importants qu'ils ne l'ont jamais été. De la même façon, même plus faible que chez les générations suivantes, leur sensibilité à l'innovation, pour autant que cette dernière soit identifiée comme « amélioration » (de confort d'usage, etc.), est plus grande que ce que les représentations traditionnelles suggèrent. « *Reconnaissants au progrès technique d'avoir amélioré leur confort et accru leurs loisirs*<sup>8</sup> », 15% des plus de 70 ans déclarent être incités à l'achat d'un produit du fait de sa nouveauté.

A ce titre, ils forment un marché important pour des entreprises soucieuses de développer des offres qui leur soient dédiées ou qui prennent en compte les spécificités du vieillissement. Nombreuses sont les grandes entreprises qui ont mis en place des stratégies spécifiques pour adapter leur production à ce nouveau marché (groupes de travail internes, chefs de produits dédiés, etc.) mais les PME apparaissent encore timides<sup>9</sup>.

<sup>6</sup> Franck Lehuédé, « Les seniors : des consommateurs accomplis », Enquête CREDOC 2010.

<sup>7</sup> Philippe Mesmer, « Au Japon, les 15-35 ans ne contribuent plus à la croissance » *Le Monde*, 21 mai 2010.

<sup>8</sup> Franck Lehuédé, « Les seniors : des consommateurs accomplis », Enquête CREDOC 2010.

<sup>9</sup> Enquête CREDOC pour la DCGIS, 2010

#### 4.5.2. TECHNOLOGIES ET SERVICES NOUVEAUX : DES ENJEUX ECONOMIQUES MAJEURS

Pour l'industrie comme pour les services, et de plus en plus dans une conjugaison de l'une et des autres, le vieillissement et les enjeux du « vivre chez soi » apparaissent porteurs de créations de richesse nouvelles.

Ainsi l'Agence Nationale des Services à la Personne (ANSP) a-t-elle recensé 312 000 emplois créés depuis 2004, soit l'équivalent de la totalité des emplois de l'industrie automobile en France. Les seuls produits et services destinés au marché de la santé à domicile sont extrêmement divers et représentaient en 2006 un marché considérable d'environ 4 milliards d'euros. Ce secteur occupe déjà 40 000 personnes et le nombre d'emplois pourrait progresser de 20 à 30% dans les cinq prochaines années.

Le marché de la santé à domicile et de la prise en charge de la dépendance est donc en plein essor et répond à des besoins croissants. C'est un vaste gisement d'emplois, et son expansion va nécessiter de nouveaux personnels, de nouveaux métiers, de nouvelles formations qualifiantes. Il y a là une chance historique pour nos économies.

### 4.6. Refonder le pacte intergénérationnel

Donation, création, consommation, innovation... : on le voit, la dynamique des Aînés dans le développement économique est déjà importante, elle est appelée à croître encore. Ce type d'évolution est d'autant plus souhaitable que certaines solidarités traditionnelles, comme la prise en charge intrafamiliale des personnes dépendantes, joueront sans doute un rôle moindre à l'avenir, du fait de tendances de fond : arbitrages des enfants en faveur de leur activité professionnelle, moindre proximité territoriale des générations, nouvelles conjugalités, recomposition/ complexification des modèles familiaux<sup>10</sup>, etc.. Certaines obligations, jusqu'ici perçues comme naturelles, de solidarité entre les générations, pourraient souffrir de ces tendances, accentuées par le déséquilibre des comptes publics, et des régimes de retraite en particulier.

Des divergences sont possibles, l'éventualité même de conflits générationnels n'est pas à écarter. Discrimination, ségrégation ou repli sur soi pourraient conduire à une « guerre des âges » que certains redoutent aujourd'hui, certaines mentalités pouvant promouvoir une forme d'égoïsme de classe d'âge. L'une des clefs du renouvellement du pacte intergénérationnel consiste sans doute dans la mise en lumière du rôle essentiel que les Aînés joueront dans l'économie. En ce sens, les logiques d'innovation, de création d'emplois industriels et de services, associés à la problématique du « vivre chez soi » doivent être explorées.

<sup>10</sup> A ce titre, la canicule d'août 2003 et le constat que de nombreux corps de personnes âgées décédées n'étaient pas réclamées par leur famille aura joué le rôle de révélateur d'une nouvelle donne familiale et de ses conséquences prévisibles sur la prise en charge des Aînés.

En favorisant le vivre chez soi pour les Aînés, en rendant possible l'amélioration de la qualité de cette vie à domicile sous tous ses aspects, les pouvoirs publics et leurs partenaires privés encourageront du même coup le développement de nouvelles activités, créatrices de richesses et d'emplois.

Plus profondément, répondre au défi du « vivre chez soi » peut être pour nos sociétés une occasion de rassembler les générations dans un projet porteur de sens. Au-delà de la charité ou de l'amour familial, c'est la cohésion sociale elle-même qui est en jeu du fait du vieillissement de notre population, fait nouveau qui comporte ses risques et ses opportunités gratifiantes, défi collectif peut-être fédérateur pour notre temps.

## 5. VIVRE CHEZ SOI

### 5.1. La signification du « chez soi »

Déjà pris en compte dans le rapport Laroque, l'attachement des Aînés à leur appartement, à leur maison ne fait de doute pour personne. Plus de 92% des Aînés de 80 à 84 ans vivent en logement autonome. Ils sont encore plus de 84% dans la tranche 85-89 ans, et 71% dans la tranche 90-94 ans<sup>11</sup>. Et les statistiques aussi impressionnantes de ceux qui souhaitent vieillir à domicile, ne font que confirmer l'intuition du sens commun : à leur écrasante majorité nos contemporains âgés ont le souhait de vivre chez eux, de demeurer là où ils habitent, si simple que puisse être leur logement par ailleurs. Il semble utile de rappeler en quelques mots, pour aider à comprendre ce souhait profond qui est à l'origine de la présente Mission, quelques éléments de la symbolique du foyer.

#### 5.1.1. SYMBOLIQUE DU FOYER

L'anthropologie primitive a pu associer la domestication collective du feu et la naissance du langage. Pour certains analystes des premières sociétés, c'est parce que la communauté s'est rassemblée autour du foyer que des échanges verbaux, porteurs d'un sens partagé, ont pu se développer<sup>12</sup>. Ce serait donc l'existence d'un foyer commun qui aurait rendu possible, originellement, l'apparition de l'homme en tant qu'homme c'est-à-dire animal politique, doué de parole et de raison. La symbolique du foyer est donc tout sauf exclusive ou signe de fermeture : le chez soi est ce qui nous relie aux autres, il est dès l'origine lieu de l'accueil de l'autre, même dans ce premier sens communautaire ou tribal, il est un lieu de l'humanisation ou mieux, de la personnalisation.

Cette acception peut se comprendre non seulement dans l'espace mais dans le temps, dans une perspective intergénérationnelle, où le foyer domestique, la maison familiale est le lieu de la transmission de la lignée. Chez les Grecs, la maisonnée (*oikos*) est le lieu de la reconnaissance solennelle par les ascendants de leurs descendants ; lieu par excellence de l'économie ou science de la maisonnée (*oikonomia*), l'*oikos* est aussi le lieu d'incarnation du lien social premier, le lieu où se rassemble la famille, sous la protection d'Hestia. Plus près de nous, certains symboles tels que ceux qui sont gravés sur le poteau cornier ou exposés dans la *Stub* (la pièce du poêle) des maisons alsaciennes par exemple, sont là pour marquer la transmission, la contribution successive des générations au patrimoine familial, à la construction de l'héritage commun. En ce sens, ils garantissent la pérennité d'un lien intergénérationnel<sup>13</sup>.

<sup>11</sup> Source : Rapport *Vieillesse, activités et territoires à l'horizon 2030* du Conseil d'Analyse Economique, 2006.

<sup>12</sup> Alain-Claude Vivarat, *Les origines symboliques de notre habitat*, L'Harmattan, coll. « Architecture », 2007

<sup>13</sup> François Vion-Delphin et François Lassus, *Les hommes et le feu de l'antiquité à nos jours*, Actes du Colloque de l'AIUE, 2003.

Dans nos sociétés sédentarisées, ce rapport à l'espace est tout sauf anodin. Face au temps qui passe, au mouvement perpétuel, le lieu du chez soi manifeste la résistance de celui qui réside quelque part, qui n'est pas errant, « sans feu ni lieu ». A l'heure actuelle, dans une société qui cultive l'innovation et la rupture, le chez soi est aussi le lieu de la stabilité, de l'enracinement. La définition d'un foyer familial ouvert vient également offrir une alternative à cette version moderne du confinement qu'est le chez soi autonome et égocentrique conséquence d'une certaine atomisation sociale.

Le chez soi est à la fois l'abri, le toit, le centre (l'axe du monde que décrivait Mircea Eliade) et l'affirmation que quelque chose de nous demeure, envers et contre tout. Le chez soi est donc à la fois ce qui, nous arrachant à la sauvagerie de la nature, nous relie à la société et nous inscrit dans le continuum des générations. Cette entente sociale du chez soi nous permet de penser les raisons de fond pour lesquelles les Aînés s'attachent à un domicile qui, bien loin de les isoler, a pour vocation de les relier au monde.

### 5.1.2. UNITE ET CONTINUITÉ DU CHEZ SOI

Car le chez soi est le lieu où se forge l'unité du moi. « *Sans [la maison], écrivait Gaston Bachelard, l'homme serait un être dispersé. La maison maintient l'homme à travers les orages du ciel et les orages de la vie*<sup>14</sup>. » En nous reliant aux générations successives, le foyer nous constitue, nous reconstitue ; en quelque sorte il nous relie à nous-mêmes.

L'environnement familial contribue, tout particulièrement chez une personne fragilisée par l'âge, à nous structurer, à nous apporter cette forme de sécurité intérieure sans laquelle il n'est pas d'épanouissement personnel. A contrario, ce sentiment angoissant que Freud a décrit comme la *Unheimlichkeit*, « l'inquiétante étrangeté » (étymologiquement la perte du foyer), consiste précisément dans le fait de ne plus se sentir dans une relation de confiance ou de familiarité à son environnement.

Il y a donc dans la relation au foyer une forme d'attachement inconscient, non formulé, mais fortement structurant pour le sujet. L'unité du moi se construit dans la relation à l'espace : les sensations qui nous relient à notre environnement immédiat participent de notre identité, s'inscrivent dans le prolongement de notre corps. « Se sentir bien chez soi », c'est donc tout simplement « se sentir soi ».

En ce sens on conçoit que l'attachement au foyer participe de la personnalisation du sujet ; l'arrachement au foyer de sa dépersonnalisation, avec son cortège de troubles de tous ordres. Vivre chez soi est un désir profond qui vient à l'appui de ce désir primordial des Aînés : demeurer soi-même, en dépit du temps.

<sup>14</sup> Bachelard, G. (1967). La poétique de l'espace. Paris : Presses Universitaires de France, p. 26.

## 5.2. Penser le chez soi au-delà du domicile

Il faut s'efforcer de penser les enjeux psychologiques profonds de la maison, du foyer, pour comprendre les motivations fondamentales du vivre chez soi. Néanmoins on ferait fausse route en réduisant le chez soi aux frontières du domicile privé. D'abord parce que le sentiment de la familiarité colore tout l'environnement et au premier chef le quartier. Ensuite parce que l'institution d'accueil elle aussi peut et doit permettre cette identification, dans une logique de parcours de vie où la personne devrait se sentir le moins possible étrangère à son environnement.

Le parti pris de la Mission aura été de développer une approche inclusive du chez soi, en tâchant d'apporter aux questions d'urbanisme, de disponibilité des services et des technologies, de compétences, etc. des réponses qui prennent en considération les diverses formes du chez soi ; celles qui touchent à l'environnement spatial du domicile, celles aussi qui concernent les différents lieux par lequel la personne âgée sera amenée à passer une partie de son temps.

### 5.2.1. LE QUARTIER, CADRE DE VIE

En effet ce qui fait le cadre de la vie des Aînés dépasse largement le domicile, même si celui-ci en est le centre. A la sphère intime et individuelle du logement, il faut ajouter le voisinage proche, le lien social, le continuum des services et des commerces qui rendent plus simple la vie quotidienne, etc.

Se préoccuper de son cadre de vie permet de mieux comprendre l'évolution de l'aîné. Ainsi l'on comprend aisément que la dépendance est largement fonction de l'environnement matériel et social de la personne. La seule présence d'un ascenseur dans un immeuble peut considérablement accroître l'autonomie d'un aîné éprouvant des difficultés à se déplacer. Le statut du lieu d'habitation contribue donc à définir le statut de la personne qui l'occupe, et la capacité à vivre chez soi en autonomie dépend donc de l'accessibilité, de l'adaptation ou de l'adaptabilité du domicile.

La présence d'équipements, les questions de propreté, de qualité des espaces extérieurs, de proximité des services, le sentiment de sécurité... participent donc de la notion de cadre de vie. Développer une approche aussi complète que possible du chez soi suppose de répondre à la difficile question de la coordination des interventions de tous ceux qui contribuent à l'amélioration de ce cadre. En inscrivant la préoccupation du vieillissement dès l'élaboration des documents d'urbanisme, la Mission a souhaité orienter l'action publique le plus en amont possible, afin de promouvoir une approche intégrée de cette question essentielle au vivre chez soi.

L'appréciation du cadre de vie varie selon les catégories sociales, les habitudes, et bien évidemment l'âge. La demande de loisirs, de sécurité, d'espaces verts, etc. est bien sûr exprimée différemment par les différentes générations. Néanmoins l'esprit dans lequel la Mission a conduit ses travaux a été précisément de penser un cadre de vie commun, qui intègre *aussi* la demande des Aînés (accessibilité, sécurité des piétons...) sans développer une approche séparatiste, destructrice de vie collective et de ces services informels cruciaux pour le maintien à domicile.

### 5.2.2. LA MOBILITE DES AINES

Quels sont les territoires de vie des Aînés ? En 2006, le Centre d'Analyse Stratégique<sup>15</sup> pouvait décrire quelques tendances spécifiques à la géographie française du vieillissement, parmi lesquelles :

- Une surreprésentation relative de personnes en âge d'être à la retraite dans les régions littorales et sur la « diagonale aride » (axe Est/ ouest traversant notre pays de la Champagne-Ardenne à l'Aquitaine), régions considérées comme des « réservoirs de vieillissement »
- Un retour en centre-ville à mesure de l'avancée en âge rendu nécessaire par la recherche de commerces de proximité (66%), la sécurité (50%) et la présence d'équipements médicaux et de santé (32%)<sup>16</sup>.
- Une incertitude sur les comportements des personnes vieillissant dans les zones périurbaines : mobilité vers les centres-villes ou maintien sur place compte-tenu de l'absence de commerces et services de proximité ?

Depuis 1980, on estime que seulement 7% des personnes âgées ont quitté leur département, 5% leur région. Mais ces moyennes traduisent mal une réalité fortement contrastée : non seulement le pourcentage des retraités changeant de lieu de résidence croît avec la position sociale, le revenu et l'instruction, mais ce sont 25% des Parisiens et 12% des habitants des grandes villes de province qui vont s'installer ailleurs lors de leur retraite<sup>17</sup>.

### 5.2.3. L'INSTITUTION ET L'HOPITAL, MAILLONS DU VIVRE CHEZ SOI

En réalité, et en dépit de nos représentations, les Aînés (notamment urbains) sont mobiles, et de plus en plus mobiles avec l'âge, trop souvent malgré eux. La grande diversité des lieux qui les accueillent et les accueilleront, même temporairement, illustre le défi qui est celui de notre société si elle veut leur permettre de trouver partout un « chez soi » porteur d'une promesse d'épanouissement.

Le « chez soi » des Aînés est bien souvent alternativement ou successivement :

- la propriété ou la location d'un domicile privé, banalisé ou adapté, en logement social ou non
- les multiples formes de résidences (résidences services, résidences sociales de type « béguinages »)
- l'accueil familial à titre onéreux
- l'établissement social ou médico-social (logements-foyers, résidences ou foyers d'hébergement temporaire, centres d'accueil de jour, petites unités de vie de type CANTOU, MARPA, etc., maisons de retraite, maisons d'accueil pour personnes âgées dépendantes ou non)

<sup>15</sup> . Stéphane Le Bouler, *Personnes âgées dépendantes : bâtir le scénario du libre choix*, Centre d'Analyse Stratégique, 2006.

<sup>16</sup> Chiffres issus d'une étude de la Communauté Urbaine du Grand Lyon citée par S. Le Bouler, *Personnes âgées dépendantes : bâtir le scénario du libre choix*, Centre d'Analyse Stratégique, 2006.

<sup>17</sup> Source : Rapport *Vieillesse, activités et territoires à l'horizon 2030* du Conseil d'Analyse Economique, 2006.

- l'établissement de santé (hospitalisation à domicile, hôpital de jour, unité de court séjour gériatrique, unités de soins de suite et de réadaptation, unités de soins de longue durée, etc.

En outre depuis quelques années le vieillissement modifie nos façons d'envisager le logement, en retrouvant parfois des pratiques anciennes. Car si l'habitat, depuis quelques décennies, est ultra-majoritairement dédié à la famille nucléaire en France, il n'en a pas toujours été ainsi. L'allongement de la durée de vie oblige les familles à repenser les relations intergénérationnelles au quotidien, et entraîne un foisonnement d'initiatives qui contribuent à réinventer les modalités du vivre chez soi :

- Aménagements de pièces pour accueillir un ascendant au sein d'un logement familial
- Redécoupages de quatre pièces en deux permettant un regroupement intergénérationnel
- Micro-copropriétés sur la base d'un concept d'habitat flexible (Villas Family) qui associent sur deux niveaux indépendants reliés par un studio six personnes âgées vivant seules et quatre familles d'accueil
- Habitat « kangourou » sur le modèle australien faisant cohabiter dans un même pavillon une famille avec enfants et une personne âgée
- Installation au sein d'un même bâtiment d'un foyer pour jeunes professionnels, d'une auberge de jeunesse et d'un EHPAD
- Partage en co-location d'un logement par plusieurs personnes âgées autonomes
- Accueil d'un étudiant par une personne âgée
- Etc.

Le chez soi des Aînés ne s'accommode donc d'aucune espèce de stéréotype ; néanmoins au sein de cette grande diversité un certains nombres de besoins se retrouvent, auxquels la Mission se sera efforcée d'apporter des réponses.

De récentes évolutions technologiques font de plus en plus du domicile un lieu de soins, un lieu possible pour la consultation mais aussi l'hospitalisation, etc. Dans cette optique, l'hôpital et le système de santé sont des acteurs du vivre chez soi, et des acteurs puissants dans un esprit de réhabilitation du fonctionnement des personnes. Ils sont les maillons de cette chaîne dynamique et évolutive du vivre chez soi. Les besoins de la population et les considérations économiques inhérentes, font aujourd'hui de l'hôpital ce lieu humain et technique où le séjour est aussi court que possible, et dont le but est de permettre à la personne de guérir et de rentrer chez elle. A ceci près que dans un pays riche et vieillissant où 80% des malades sont porteurs de maladies chroniques, l'hôpital moderne a au moins pour mission d'améliorer la situation, de faire de la prévention secondaire et tertiaire, d'initier une réhabilitation permettant dès que possible une vie la plus normale possible chez soi.

Au même titre, l'établissement d'accueil peut être pensé comme une étape, une institution ouverte où l'on rentre et dont on sort, en y passant des laps de temps plus ou moins longs. Dans cette perspective, en matière de services et de technologies notamment, il est essentiel de pouvoir proposer des solutions mobiles et qui permettent aux Aînés de retrouver leur chez soi dans des lieux différents et complémentaires.

## 5.3. Fonctionnement et qualité de vie : pour une approche intégrative du vivre chez soi

### 5.3.1. SERVICES ET TECHNOLOGIES POUR L'AUTONOMIE : VERS UNE REVOLUTION FONCTIONNELLE ?

Demain – c'est le pari que fait la Mission – des services et des technologies plus nombreux, plus accessibles et plus performants permettront à un nombre toujours croissant d'aînés de vivre chez eux, dans un environnement qui s'adressera aussi à la part fonctionnellement plus fragile de la société.

Le vieillissement de la population et le développement de ces nouvelles possibilités modifient d'ores et déjà le réel, avant même peut-être que notre perception de praticiens ait pris la mesure de ce changement, de ce défi. Il paraît crucial de voir avec l'évolution de ces possibilités l'évolution de la demande qui en découle, et par voie de conséquence l'évolution de notre pratique médicale.

Une société qui rend possible et favorise au maximum le vivre chez soi sera aussi une société dont la médecine aura pris la mesure d'un changement important de paradigme en matière de prise en charge. Car la demande des patients âgés n'est plus, si elle l'a jamais été, celle d'une médecine d'organe segmentée et d'un *modus operandi* centré d'abord sur telle ou telle pathologie. Elle est de plus en plus une demande en termes de fonctionnement. Pouvoir vivre chez soi le mieux possible et le plus longtemps possible, accomplir les actes de la vie quotidienne et sociale dans une autonomie toujours accrue suppose une demande de soins qui n'est plus, ou plus seulement, celle du diagnostic et du traitement de la pathologie.

S'il est possible de parler de révolution fonctionnelle, c'est bien en ce sens : pour permettre aux plus fragiles et aux malades de vivre toujours mieux chez eux, il nous sera nécessaire d'appréhender le chez soi dans son ensemble et donc de faire appel à des compétences de divers ordres : l'ingénierie technologique et ses appareillages divers, mais aussi la prise en compte culturelle, l'ingénierie financière (avec l'Allocation Personnalisée d'Autonomie ou d'autres sources de financement, assurance dépendance, assurance-vie, assurance-maladie, etc.), le travail de l'assistante sociale, l'affection sous tous ses angles, etc. Face à une personne âgée qui a en moyenne de trois à huit maladies en même temps selon qu'elle réside dans la communauté ou qu'elle est à l'hôpital, il s'agira donc de passer du *disease management* que proposent les différentes disciplines médicales au *case management* adapté aux besoins de chaque personne.

L'Organisation Mondiale de la Santé l'a bien compris, qui en est à la 10ème classification internationale des maladies après avoir tenté pendant des années de mettre les médecins d'accord à travers le monde, et qui a publié en 2001 la première classification internationale du fonctionnement, la CIF (18). Cette classification globale du fonctionnement de l'être humain dans tous les événements de sa vie répond bien au mode de prise en charge gériatrique ou rééducatif, et peut aider à appréhender la place des gérontechnologies, qui, comme les services à la personne, cadrent mieux avec le concept du fonctionnement qu'avec celui de la médecine conventionnelle.

<sup>18</sup> CIF, Classification Internationale du fonctionnement ou en anglais, l'ICF, International Classification of Functioning.

### 5.3.2. QUALITE DE VIE PHYSIQUE, PSYCHOLOGIQUE, SOCIALE : CONSTRUIRE UN ENVIRONNEMENT FAVORABLE A L'EPANOUISSEMENT DES AINES

L'Organisation Mondiale de la Santé définissait en 1994 la qualité de la vie comme « la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. Il s'agit d'un large champ conceptuel, englobant de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et sa relation avec les spécificités de son environnement ». La recherche en gérontologie (Lepège, 2001, Rejeski & Mihalko, 2001) a pu structurer l'approche de la qualité de vie en quatre dimensions :

- L'état physique, qui recouvre l'autonomie et les capacités physiques ; mais aussi les sensations somatiques, comprenant les symptômes, les conséquences des traumatismes ou des procédures thérapeutiques, les douleurs, etc.
- L'état psychologique, incluant les émotions, l'anxiété, la dépression...
- Le statut social, qui fait référence aux relations sociales et au rapport à l'environnement familial, amical ou professionnel.
- Le bien-être matériel, de moins en moins strictement corrélé au pouvoir d'achat

Le choix de la Mission aura été d'assumer la largeur du champ conceptuel de la qualité de vie, et de s'efforcer d'appréhender le vivre chez soi, le contexte d'existence des Aînés, dans une acception englobante. En traitant à la fois de l'habitat, de l'urbanisme et de la mobilité, des technologies et des services, en se préoccupant à la fois des solutions et des moyens d'accéder à leur financement, en s'attachant aux compétences qui sont en jeu dans l'intervention à domicile, elle souhaite montrer la voie d'une prise en compte plus intégratrice de la qualité de vie.

Il aura fallu pour cela confronter des points de vue différents, croiser les perspectives sur la vie des Aînés. Ce faisant, nous aurons pu toucher de façon essentielle à ce qui constitue la liberté des Aînés, leur capacité à évoluer dans un environnement favorisant le développement harmonieux de la personnalité. Nous pensons que l'évaluation de la qualité de vie gagnerait à développer une approche à la fois plus vaste et plus systémique.

A l'heure actuelle, divers index (SF 36, Indicateur de Santé Perceptuelle de Nottingham, EQ-5D...) s'efforcent de la mesurer, à partir de la perception de sa propre santé par la personne interrogée. L'autonomie y est diversement traitée (si elle est l'un des cinq axes de la méthodologie EQ-5D, elle apparaît peu dans les autres index) ; la prise en compte de l'environnement de vie n'est souvent présente qu'en creux. Un changement de regard sur le vivre chez soi passera sans doute par une prise en compte plus large du cadre de vie tout entier et une évaluation de sa qualité.

L'un des postulats de la Mission aura été que le progrès technologique peut être utilement mis à profit pour améliorer cette qualité de vie, tout particulièrement lorsqu'il facilite l'ouverture à une présence humaine qui donne tout son sens au vivre chez soi. Qu'elles touchent à l'adaptation de l'habitat, aux relations sociales, aux services à la personne... les technologies doivent être développées dans l'optique de servir la relation aux Aînés, et non de s'y substituer. Dans chacun des volets-clefs qui suivent, cette préoccupation aura guidé nos travaux.

## 6. LES SIX VOLETS – CLEFS DE LA MISSION

### 6.1. Diagnostic Autonomie Habitat

#### 6.1.1. ÉTAT DES LIEUX

##### 6.1.1.1. LA VOLONTE DE VIVRE CHEZ SOI, L'AUTONOMIE ET SES RISQUES

Si l'immense majorité des Aînés souhaitent vivre en logement autonome, l'habitat constitue pour eux le premier lieu du risque : risque d'isolement, d'accidents domestiques, d'abus de confiance, etc. Chez les personnes âgées de plus de soixante-cinq ans, les chutes constituent plus de 80% des accidents de la vie courante. Un tiers des plus de soixante-cinq ans et la moitié des plus de quatre-vingt-cinq ans font au moins une chute par an, survenant pour les deux tiers d'entre elles à domicile<sup>19</sup>. Ces chutes, souvent causées par un revêtement de sol ou d'un escalier, ont des conséquences sérieuses à court et à moyen termes : 9 300 décès annuels sont répertoriés du fait de ces chutes, qui entraînent une multiplication par cinq de la mortalité dans les six mois suivant la chute quand la personne est restée allongée plus d'une heure au sol. Le coût médical de ces chutes a pu être estimé à 981 millions de livres (1,4 milliard d'€) au Royaume-Uni<sup>20</sup>. Les vulnérabilités des personnes vivant à domicile sont également liées à des difficultés à manier des équipements du quotidien (volets, électroménager..), mais aussi des problèmes d'orientation, des difficultés à utiliser les moyens modernes de communication, etc. On conçoit donc qu'à la volonté de vivre chez soi s'adjoigne une forte demande de sécurité, à laquelle la société se doit d'apporter des réponses.

##### 6.1.1.2. AMELIORATION DE L'HABITAT : DES DEMARCHES EXEMPLAIRES EN MATIERE DE DEVELOPPEMENT DURABLE

La mission s'est montrée particulièrement sensible à l'exemple des progrès réalisés en matière d'amélioration de la construction liée au développement durable. En effet, la réglementation mise en place en 1975 et progressivement renforcée a déjà permis de diviser par deux la consommation énergétique des constructions neuves. Le Grenelle de l'Environnement prévoit de diviser encore d'un facteur deux à quatre les consommations énergétiques des bâtiments neufs d'ici 2012, et de généraliser les « bâtiments à énergie positive » à l'horizon 2020. La croissance considérable des demandes de certification « Bâtiment Basse Consommation » des bâtiments, ou la diffusion très rapide de l'éco-prêt à taux zéro montrent la réalité de la prise de conscience civique et la réalité de nos marges de manœuvre en matière d'amélioration de l'habitat. Cette prise de conscience rendra sans doute possible le passage d'une obligation de diagnostic à une obligation de travaux.

Cette dynamique ne doit pas se cantonner aux seuls enjeux écologiques, si cruciaux soient-ils. Des expérimentations montrent que sur une base technologique commune (alliant capteurs et systèmes d'information), il est possible de développer des outils alliant les problématiques de santé à domicile et autonomie aux problématiques de consommation d'énergie.

<sup>19</sup> Source : Commission de la Sécurité des Consommateurs, *Prévenir les accidents de la vie courante*, 2008.

<sup>20</sup> Scuffham et al., *J. Epidemiol. Community Health*, 2003.

Avant même d'envisager ces solutions technologiques, la question de l'état des lieux du logement doit intégrer la dimension du vieillissement et de l'autonomie. Une telle démarche illustre l'appropriation de la « conception universelle » (*design for all*) qui a prévalu au sein de la Mission.

### 6.1.1.3. POUR ALLER PLUS LOIN : PENSER L'ENVIRONNEMENT DE LA PERSONNE DANS SON ENSEMBLE EN INCLUANT LES ENJEUX D'AUTONOMIE

Poser un diagnostic précis de l'habitat en matière d'autonomie permet d'envisager dans la durée la question du vivre chez soi. Les diagnostics techniques de l'habitat incluent aujourd'hui des objets variés : amiante, plomb, électricité, termites, mэрule, assainissement non collectif, performance énergétique... Il importe d'ouvrir cet état des lieux à une perspective intégrant d'autres enjeux du « vivre chez soi ».

La loi du 11 février 2005 dispose qu'à partir de juillet 2010 pour les établissements recevant du public les plus importants, et à partir de décembre 2011 pour les autres, les diagnostics d'accessibilité seront rendus obligatoires. Menés par des personnes pouvant justifier d'une compétence auprès du maître d'ouvrage, et en lien avec la commission communale d'accessibilité, ces diagnostics comporteront un état des lieux et des préconisations de travaux assorties d'un chiffrage. Ils peuvent constituer une « brique » d'un diagnostic plus complet du « vivre chez soi ».

S'agissant plus précisément du vieillissement et de l'autonomie, les initiatives se sont multipliées en France comme à l'étranger pour aboutir à des labels locaux, liés par exemple au réseau des PACT, à des collectivités (Charte Habitat Adapté du Conseil Général du Rhône), des bailleurs sociaux (USH, association DELPHIS, Espace Habitat), des assurances (CNP), évaluateur conseil CNAV, guide de repérage ANSP et CSC, etc. Le recensement des besoins, un tableau des risques ou une grille d'inventaire de l'adaptabilité des logements sont parfois proposés.

Basés sur des entretiens téléphoniques, l'envoi d'informations spécifiques, parfois l'envoi d'ergothérapeutes, ces initiatives permettent la mise en relation le cas échéant avec un spécialiste de l'habitat, la télé-assistance, ainsi que d'aides de nature diverse (recherche d'aides financières, publiques, aide dans les démarches administratives, etc.). S'agissant des villes elles-mêmes, le label « bien vieillir – vivre ensemble » mis en place par le Secrétariat d'État aux Aînés est également un élément important de la toile de fond de l'élaboration d'un diagnostic personnalisé de l'autonomie qui se fera sur la base des meilleures pratiques identifiées au niveau local.

## 6.1.2. ENJEUX ET PROBLEMATIQUES

### 6.1.2.1. PRENDRE EN COMPTE LES BESOINS SPECIFIQUES DE CHAQUE AINE

La spécificité du diagnostic autonomie habitat est de prendre en compte le projet de l'aîné. Il est essentiel de rendre possible une interaction optimale de la personne avec son environnement. Il importe à cette fin de disposer de solutions permettant de répondre à des demandes parfois non-formulées par des personnes ne disposant pas toujours de l'information adéquate, et pouvant être rétives au changement. Trop souvent en effet, c'est la réticence de chacun à se projeter dans la vieillesse qui conduit à rejeter toute adaptation du logement en l'absence de nécessité immédiate.

S'agissant du logement, il doit être adapté aux besoins spécifiques de la personne afin que celle-ci puisse vivre chez soi dans les meilleures conditions. Il doit être également adaptable, c'est-à-dire potentiellement transformable en fonction de ses besoins futurs. Pré-câblage, pose de cloisons amovibles, etc. sont autant de dispositifs permettant une évolution du chez-soi sur le moyen ou le long terme.

#### 6.1.2.2. SUBSTITUER UNE LOGIQUE DE PREVENTION A UNE LOGIQUE D'ASSISTANCE

L'un des obstacles souvent rencontrés au vivre chez soi est le fait que les personnes les plus âgées ayant besoin d'améliorer l'accessibilité de leur logement n'acceptent pas toujours le bouleversement apporté par les travaux d'adaptation et y renoncent. Ce qui peut nuire à la qualité de vie à domicile et présenter un risque d'accidents domestiques pouvant conduire à leur hospitalisation et parfois au placement en établissement. En recommandant d'effectuer le diagnostic « lorsque tout va bien », la Mission souhaite promouvoir une démarche de prévention fondée sur une vision de long terme et une capacité de la personne à maîtriser, en autonomie, le devenir de son chez soi. A l'heure actuelle, l'apparition d'équipements rattachés au monde hospitalier dans l'imaginaire collectif est perçue comme une forme de dégradation. En favorisant une démarche de prévention, elle-même cohérente avec les principes de conception universelle, la Mission entend changer également le regard de chacun sur les logements adaptés ou adaptables et de faire en sorte que, de plus en plus, les logements permettent « par défaut » un vieillissement harmonieux.

#### 6.1.2.3. NE PAS DISSOCIER DIAGNOSTIC DE L'HABITAT ET DIAGNOSTIC DE L'ENVIRONNEMENT IMMEDIAT

Il est également essentiel de ne pas penser l'habitat comme une unité autonome, non reliée à son environnement. La mission a souhaité penser l'environnement du « vivre chez soi » comme le territoire de vie des Aînés dans son ensemble et dans sa cohérence. Si l'habitat adapté est d'abord un logement confortable dans lequel l'aîné peut se mouvoir et accomplir les gestes de la vie quotidienne de manière autonome et dans de bonnes conditions de sécurité (douche de plain-pied, sols antidérapants, portes suffisamment larges, etc.), l'espace partagé doit être également accessible et consister en une entrée d'immeuble, des couloirs et des escaliers bien éclairés, dégagés et comprenant des points d'appui ou de repos.

La présence de commerces et de services spécialisés, l'accessibilité de l'espace et des lieux publics, la présence d'un référent médical, d'une offre culturelle, les transports et la gestion urbaine de proximité doivent être prises en compte au même titre que les aménagements de l'espace logement (barres d'appui, substitution de douches aux baignoires...) ou des équipements domotiques, etc.

### 6.1.3. PERSPECTIVES D'ACTION

#### 6.1.3.1. REPERER LES BESOINS PRESENTS ET A VENIR DE LA PERSONNE

Par voie d'expérimentation dans un premier temps, la Mission propose la mise en œuvre d'un diagnostic « vivre chez soi » centré sur l'aîné et son projet de vie dans son contexte d'habitat et d'environnement immédiat. Ce diagnostic s'attachera à spécifier la situation d'autonomie physique, sensorielle, psychique et contextuelle des personnes concernées.

Dans le cas des propriétaires et des bailleurs privés, le repérage pourra être effectué en utilisant un outil commun construit à partir des dispositifs existant : évaluateur conseil de la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse, repérage des risques d'accidents domestiques de l'Agence Nationale des Services à la Personne, plateformes d'assistance opérationnelle des assureurs, interventions des associations PACT, etc. Dans le cas des bailleurs sociaux, un diagnostic du parc selon le risque générique pour des logements adaptés s'accompagnera de la prise en compte des besoins personnalisés des Aînés lors d'attribution de logement ou de mutation.

La méthode du diagnostic sera effectuée par points de vigilance, en veillant notamment à la décence, le respect de la réglementation en matière d'accessibilité, la sécurité électrique, la prévention des accidents de la vie domestique, la sécurité anti-intrusion et agression, le confort, l'accès au réseau informatique, l'adaptabilité du logement, etc. Elle se doublera d'un parcours par espaces, permettant de repérer les difficultés éventuelles de déplacement de la personne dans son logement et son environnement immédiat, ainsi que dans l'utilisation des équipements.

#### 6.1.3.2. FAIRE INTERVENIR DES COMPETENCES ADAPTEES AUX BESOINS IDENTIFIES

La question de la mobilisation de bonnes compétences est centrale dans l'élaboration du diagnostic. L'Association Américaine des Personnes Retraitées (AARP) a mis en place un diplôme d'aménagement du domicile des Aînés pour les professionnels (CAPS, *Certified Aging in Place Specialist*). Sans nécessairement créer de certification spécifique, la Mission s'est néanmoins penchée avec attention sur les compétences adaptées à faire intervenir dans le diagnostic « vivre chez soi ». Le premier temps du diagnostic (repérage) permettra notamment d'identifier les bonnes compétences à faire intervenir auprès de la personne concernée. La pertinence du diagnostic dépendra en effet du bon choix effectué en matière d'identification des compétences. En effet, les réponses à apporter aux besoins des Aînés dans le cadre du diagnostic autonomie habitat sont principalement de deux ordres : celles qui font intervenir des compétences techniques du bâtiment, incluant les dispositifs et équipements directement liés à l'autonomie (accessibilité, mais aussi éclairage, sécurité des circulations, etc.), et celles qui font intervenir des compétences relatives à l'évaluation des personnes.

Ces dernières incluent les différents niveaux de prévention ou de compensation, les évolutions liées aux pathologies et/ ou à l'âge, ainsi que les réponses paramédicales (ergothérapie...) ou sociales à apporter.

Elles devront naturellement être le fait d'intervenants objectifs, indépendants et impartiaux, et ne susciter aucune espèce de conflit d'intérêt. Le cadre d'un agrément, d'une accréditation ou d'une certification des structures présentant ce type de compétences devra être défini<sup>21</sup>. Il est notamment complexe d'évaluer la nature et les montants des travaux relevant d'une nécessité fonctionnelle incontestable de ceux qui relèvent de choix personnel ou d'une solution de pur confort. La question de la coordination, à l'agenda du groupe de travail sur les compétences, est également centrale, y compris dans ses aspects technologiques (mémoire et système d'information des différentes interventions).

<sup>21</sup> Le modèle de l'agrément prévu par le deuxième alinéa de l'article 101 de la loi du 25 mars 2009, dite de mobilisation pour le logement et de lutte contre l'exclusion, pourrait constituer une référence adéquate. Le label Handibat créé par la Confédération de l'artisanat et des petites entreprises du bâtiment peut également constituer une source d'inspiration.

### 6.1.3.3. SENSIBILISER L'ENSEMBLE DE LA POPULATION A LA NECESSITE D'EFFECTUER LE DIAGNOSTIC

En amont du diagnostic, la sensibilisation des Aînés et de leur entourage à la nécessité d'un état des lieux fait elle aussi appel à des compétences spécifiques.

Elle peut être le fait des bailleurs, d'associations, de compagnies d'assurance, de caisses, de mutuelles, etc. Elle doit bien sûr être faite en réaction à la détection d'une situation critique (par l'entourage, les associations et les professionnels en relation avec la personne fragilisée et vulnérable au sein de son habitat, en anticipation d'un retour d'hospitalisation au domicile, à l'occasion d'un « accident de la vie », etc.). Elle gagnera néanmoins à être effectuée « lorsque tout va bien », par exemple à l'occasion du départ à la retraite, dans le cadre d'une politique patrimoniale (bailleur social), d'une démarche d'assurance ou en coordination avec les autres diagnostics (diagnostic électrique, de performance énergétique, etc.). Les canaux de cette sensibilisation (CNAV, caisses de retraite, mais aussi grandes surfaces de bricolage et d'équipements domestiques, etc.) sont multiples ; l'essentiel est que la conscience de la nécessité du diagnostic devienne générale.

### 6.1.3.4. INNOVER DANS LE FINANCEMENT DU DIAGNOSTIC ET DES TRAVAUX D'ADAPTATION

Sauf incompatibilité manifeste rendant nécessaire une réorientation de la personne vers un autre mode d'habitation, le diagnostic autonomie habitat doit pouvoir faire des propositions d'adaptation de l'habitat (avec ou sans travaux) rendant possible la réalisation du projet de l'aîné.

La croissance de la demande de logements adaptés ou adaptables liée au vieillissement de la population rend probable la valorisation du bien par la mise en œuvre des travaux d'adaptation, si nécessaire (l'adaptation sans travaux étant dans de nombreux cas possible).

Néanmoins, il importe de rendre ce service compatible avec les moyens financiers des Aînés, en limitant le premier repérage à une intervention d'un coût moyen de l'ordre de 100€ TTC notamment.

Il importe également de diversifier les sources possibles de financement du diagnostic et des travaux. La prise en charge du diagnostic pourra être faite par les assureurs, assistants, les caisses de retraite, ou les collectivités territoriales

Les travaux d'adaptation, s'ils seront financés par les Aînés ou leurs familles, pourraient également disposer d'un dispositif de défiscalisation en cas de prise en charge par un descendant, ou d'une possibilité de prêt à taux réduit sur le modèle de l'éco-prêt à taux zéro du Grenelle de l'environnement. Les dispositifs évoqués par les travaux du groupe « Inclusion » sur le prêt hypothécaire viager apparaissent porteurs de solution en la matière.

Dans le souci de prise en compte systémique des différentes modalités du vivre chez soi, la Mission recommande également de veiller à la coordination des diagnostics et travaux d'amélioration avec les démarches entreprises en matière d'efficacité énergétique.

## 6.2. Technologies et Services pour l'autonomie

### 6.2.1. ÉTAT DES LIEUX

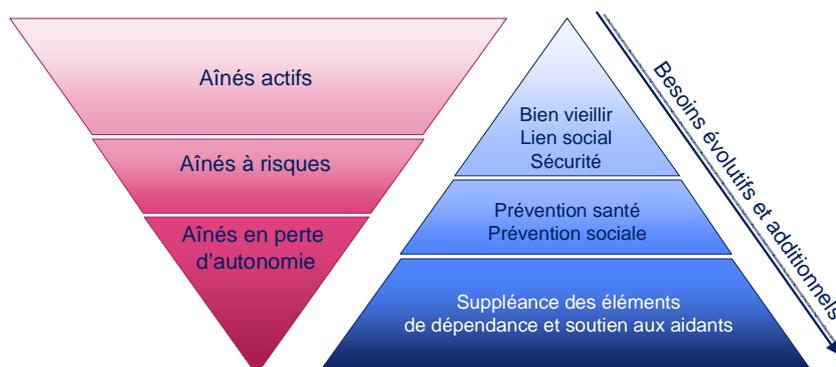
La mission s'est penchée avec attention sur les technologies et services améliorant le « vivre chez soi ». En effet, dans un contexte de restriction de l'espace vital et des déplacements, il est essentiel d'examiner les remèdes apportés par certaines technologies : parce qu'elle augmente la capacité de la personne âgée, la technologie contribue à diminuer sa dépendance. La diminution, au moins relative, des personnes ressources (aidants professionnels ou familiaux) est prévisible compte tenu de la croissance considérable des besoins rend particulièrement aigu le recours nécessaire à ces outils.

Les technologies et services pour l'autonomie constituent un secteur économique porteur, dont l'innovation est fortement encouragée dans certains pays (Etats-Unis notamment) par la recherche académique, donnant naissance à un tissu industriel de PME très dynamiques qui réinvestissent une part importante de leur chiffre d'affaires en R&D. Si certains se spécialisent sur des niches technologiques (les robots thérapeutiques pour les Pays-Bas, les technologies de la motricité et de l'hygiène pour le Danemark, etc.), d'autres comme le Japon ou la Corée du Sud ont intégré plus largement les problématiques d'autonomie dans une approche de « conception universelle » (*design for all*). En France, des initiatives telles que la création du Centre National de Référence Santé à Domicile et Autonomie ou l'action de certains pôles de compétitivité permettent le développement du secteur, dans une recherche constante d'innovation par les usages.

#### 6.2.1.1. LES AINÉS : UNE RELATION DIFFERENCIÉE AUX TECHNOLOGIES

Sur les 12 à 13 millions d'individus qui constituent la population française des Aînés, environ 10% sont allocataires de l'APA et à ce titre considérés comme dépendants, un peu plus de la moitié subissent ou ont subi des affections de longue durée et voient donc diminuer leur autonomie. La mission a souhaité prendre en compte ces différentes catégories de population (aînés actifs, aînés à risques, aînés en perte d'autonomie) dont les besoins se renforcent en fonction de l'évolution de leur autonomie.

Si un socle commun, constitué de présence, de sécurité, de lien social (communication, réseaux sociaux) et de recherche d'information est identifiable, de nouveaux besoins naissent avec la perte progressive d'autonomie et viennent s'ajouter aux besoins initiaux. Certaines pathologies feront apparaître de nouveaux besoins, sans faire disparaître les besoins antérieurs. Le schéma suivant illustre la corrélation entre croissance des besoins et diminution de la population cible. Il suggère donc les problématiques liées au modèle économique et à la solvabilisation de la demande s'agissant des technologies et services qui répondront à ces exigences nouvelles.



En prenant en compte les besoins des Aînés actifs (et non seulement dépendants ou à risques), la Mission a souhaité mettre en avant la nécessité d'anticiper la perte d'autonomie, et de ne pas se focaliser sur les seules problématiques liées aux générations les plus âgées ou les plus dépendantes – quand bien même ces aînés actifs sont souvent eux-mêmes des aidants pour les Aînés à risque ou en perte d'autonomie. En effet, ces dernières représentent à certains égards une génération de transition vis-à-vis du numérique, une catégorie de population dont les réticences ou difficultés d'usage très compréhensibles ne se retrouveront pas nécessairement chez celles qui les suivent. D'ores et déjà certains aînés ont acquis les réflexes des générations « natives du numérique », s'étant formées dans le cadre professionnel ou au contact de leurs enfants et petits-enfants, ou dans le cadre d'actions associatives. En France, un internaute sur quatre est âgé de 55 ans ou plus, et si seul un quart des personnes âgées estime que l'Internet représente un bon vecteur de sociabilité, 40% d'entre elles « reconnaissent à la fois son intérêt pour se distraire ou pour suivre des formations<sup>22</sup>. » L'expression des besoins, le rapport même à la technologie est donc profondément différent en fonction des catégories d'aînés concernées.

#### 6.2.1.2. DES POSSIBILITES ETENDUES OFFERTES AUJOURD'HUI PAR LES RECENTS DEVELOPPEMENTS DU NUMERIQUE

Les bouleversements liés au passage à l'ère numérique modifient considérablement les possibilités technologiques en matière d'aide à l'autonomie. Technologies dites sociales (de mise en relation) d'assistance ou de santé, faisant appel à des outils divers, tels que la visiophonie, les capteurs (chute, actimétrie), la robotique (robothérapie, dispositifs de rappels de tâche), elles peuvent transformer de façon décisive le « chez soi ». L'usage de déambulateurs intelligents (éviteurs de collision), d'un éclairage adaptable, ou d'un habitat communicant utilisant toutes les ressources de la domotique peut contribuer de façon forte à une vie harmonieuse à domicile. De même des dispositifs tels que la géo-localisation d'appareils de secours (défibrillateurs cardiaques...) peuvent faciliter le maintien dans un environnement non médicalisé. Ces technologies, plus ou moins intrusives, peuvent également toucher à l'intégrité de la personne. Ainsi les bracelets de type GPS pour les personnes atteintes de démence ou les dispositifs implantables intelligents, qui posent des problématiques éthiques spécifiques.

Si diverse que soit l'offre technologique, elle repose néanmoins sur une constante : la familiarité avec les outils numériques et les systèmes d'information, dont le degré d'appropriation n'est pas le même pour tous.

#### 6.2.1.3. LE NUMERIQUE, GENERATEUR DE LIENS INTERGENERATIONNELS

Dans cette perspective, le rôle que jouent les enfants et les petits-enfants dans l'acceptation, l'appropriation ou l'émergence des besoins chez les Aînés a été souligné par la Mission. En effet, les Aînés constituent souvent une seconde famille pour les plus jeunes générations, elles-mêmes demandeuses d'un environnement favorable à l'utilisation des technologies de l'information et de la communication.

<sup>22</sup> Denis Jacquat et Françoise Forette (dir.), *Longévité et innovation technologique*, Actes des 13èmes Rencontres parlementaires sur la Longévité, 2007.

A ce titre, l'exemple de la « banalisation » de la console de jeu Wii chez certains grands-parents ou arrière-grands-parents, ou des demandes de dégroupage des lignes téléphoniques liées aux recommandations d'un enfant ou d'un petit-enfant sont révélateurs du rôle potentiellement joués par les technologies numériques : support de communications, elles constituent en elles-mêmes (dans les conseils d'achat, leur utilisation, les problématiques de mise à jour, maintenance, etc.) un lien entre les différentes générations. Le Conseil de la Recherche en Sciences Humaines du Canada (CRSH) s'est penché sur cette question et valide l'hypothèse d'un transfert intergénérationnel (dans les deux sens) de connaissance au sein de la cellule familiale élargie au moyen des technologies de l'information et de la communication.

## 6.2.2. ENJEUX ET PROBLEMATIQUES

### 6.2.2.1. S'ADAPTER A LA DIVERSITE ET A L'ÉVOLUTION DES BESOINS DES AÎNÉS SELON LEUR SITUATION

#### *DES « CIBLES » DIVERSES*

La prise en compte par la Mission des différentes catégories de population concernées met en exergue la problématique suivante : la nécessité de parvenir à une meilleure connaissance des trois grandes « cibles » (aînés actifs, aînés à risques, aînés en perte d'autonomie) d'utilisateurs des technologies et services du vivre chez soi.

Cette connaissance est d'ordre quantitatif, et nécessite un chiffrage plus précis. Elle est surtout qualitative, et pourrait prendre appui sur l'élaboration de groupes de discussion (« *focus groups* ») permettant aux entreprises de mieux connaître dans un premier temps les besoins des Aînés afin de développer des concepts en réponse à ces besoins. Dans un deuxième temps, ces groupes permettront de discuter les produits et services élaborés, et de recueillir des informations relatives au potentiel du marché et aux réactions de ces publics diversifiés.

#### *DES CONDITIONS TRANSVERSES*

Toutefois, si différents que puissent être les utilisateurs, quatre conditions ont paru essentielles à la Mission, et devant être respectées pour permettre une appropriation par les Aînés des technologies et services proposés. Fiabilité, évolutivité, compatibilité et ergonomie apparaissent comme des caractéristiques indispensables nécessitant une attention particulière des offreurs de technologies compte tenu des spécificités du public visé. Parce qu'ils seront particulièrement fiables, les technologies et services rassureront des utilisateurs eux-mêmes en recherche de sécurité. Parce qu'ils seront évolutifs, ils permettront une mise à jour de leurs possibilités en fonction de nouveaux besoins liés à la dégradation éventuelle de l'autonomie de l'utilisateur, et à l'évolution de son environnement familial et social. Parce qu'ils seront compatibles, ils rendront possibles l'interaction avec d'autres technologies ou systèmes d'information, idéalement dans une logique non propriétaire, dans un souci permanent de confidentialité des données échangées. Enfin parce qu'ils seront ergonomiques, ils permettront une appropriation de leurs fonctionnalités par le plus grand nombre. La technologie étant ici envisagée comme permettant de rendre la technologie plus accessible et en utilisant les ressources du *design* afin de « s'effacer » dans l'interface avec l'utilisateur.

## 6.2.2.2. DES FREINS A LEVER POUR UNE PLUS GRANDE APPROPRIATION

### ***UNE NECESSAIRE PROMOTION DES TECHNOLOGIES ET SERVICES DEJA DISPONIBLES***

A l'heure actuelle le principal frein à un développement majeur du secteur consiste dans l'appropriation trop faible par les Aînés des ressources offertes par l'utilisation de ces nouveaux produits. « Vulgariser » le recours à ces technologies, rendre explicites des besoins non formulés à ce jour, apparaît comme une nécessité à la Mission. Cette sensibilisation pourrait s'effectuer via des programmes télévision courts en prime time sur le modèle des émissions de la BBC en Angleterre ou de la RAI en Italie, et reposerait sur des présentations très pédagogiques des bénéfices et des utilisations des technologies dans la vie quotidienne sur chacune des trois cibles identifiées. La ressource d'une campagne de communication et de sensibilisation de la cible, des professionnels et de l'opinion publique pourrait répondre à cette problématique et contribuer à lever ce frein au développement du secteur.

### ***UN CADRE ETHIQUE A RESPECTER***

S'agissant de technologies généralisant l'utilisation de capteurs, les échanges de données, voire l'implantation de dispositifs pouvant porter atteinte à l'intégrité de la personne, la nécessité de respecter un cadre éthique et réglementaire précis est évidemment fondamental. Les réticences d'usage liées à la confidentialité des données et aux craintes de contrôle ou de surveillance des personnes notamment seront d'autant mieux vaincues que le développement technologique se fera dans un strict respect des normes en vigueur et des institutions (CNIL...) chargées de les faire observer.

## 6.2.2.3. UN MODELE ECONOMIQUE A CLARIFIER POUR CES ACTIVITES

La clarification du modèle économique de ces industries et services est également une nécessité que la Mission a jugé nécessaire de souligner. Personnalisées et interconnectées, ces solutions sont aujourd'hui majoritairement trop coûteuses pour le grand public. Le développement d'un marché de masse suffisant pour l'engagement des industriels, et donc la pratique de tarifs acceptables, sont les conditions de possibilité du développement de ces solutions facilitant le vivre chez soi. Si certaines externalités (circulation de l'information plutôt que du patient, responsabilisation plus grande de ce dernier dans le cadre de certaines affections<sup>23</sup>) ont été mis en valeur s'agissant de la télé-médecine, le retour sur investissement en matière de technologies et services d'autonomie n'est pas encore totalement clarifié. Celui-ci reposera à la fois sur la solvabilisation des personnes (et pose donc la question de la prise en charge) et sur l'intégration des problématiques de modèle économique dans les dispositifs de soutien à l'innovation.

## 6.2.3. PERSPECTIVES D'ACTION

### 6.2.3.1. GENERALISER L'ACCES A L'INTERNET

Si divers que soient les besoins et les technologies, ils nécessiteront un accès généralisé à l'internet, afin de permettre la mise en place de solutions technologiques communicantes.

<sup>23</sup> A.-B. Billi, *La télé-médecine à domicile comme production de santé*, 2006.

La Mission propose donc la mise en place de services spécifiques aux Aînés ne disposant pas d'ordinateurs mais souhaitant utiliser pour d'autres terminaux (télévision, téléphone notamment, interfaces de télésanté) l'accès à l'internet. La Mission a lancé une réflexion avec certains opérateurs sur cette question et attend de ces derniers la mise en place de solutions innovantes, qui faciliteront dans un second temps l'accès à des technologies plus sophistiquées, et la mise en place de tarifications spécifiques pour ces « connexions aînés ».

#### **6.2.3.2. FAVORISER LA MISE A DISPOSITION D'OFFRES DOMOTIQUES GROUPEES**

Afin de répondre à la problématique de la diversité des cibles d'utilisateurs, mais aussi de la solvabilisation de la demande, la Mission recommande le développement par des entreprises ou des consortiums d'entreprises d'offres domotiques groupées, présentant des solutions de sophistication différente en fonction du statut de la population cible. Elle recommande d'intégrer les technologies dans les offres de services pris en compte dans le cadre du débat sur le 5<sup>ème</sup> risque, et d'expérimenter sur des territoires l'utilisation de ces technologies par les services de soins et d'aide à domicile et les établissements sanitaires et sociaux. A terme l'objectif est d'aboutir à des offres différenciées en fonction des groupes-cibles, évolutives selon les besoins de ces derniers en termes d'autonomie.

#### **6.2.3.3. ENCOURAGER LA CREATION DE PLATEFORMES NUMERIQUES DEDIEES**

La mission propose également le développement de portails personnalisés dédiés aux Aînés et réunissant des technologies de télémédecine (capteurs de chute, prise de température, etc.), des informations de nature domotique, mais aussi des outils de type « réseau social » permettant à la personne d'être reliée à sa famille, à un organisme de services à la personne, etc. Ce type d'expérimentations développées en lien étroit avec les usages réels des Aînés permettront de cibler les services offerts et d'interconnecter les technologies requises. Certains des budgets consacrés par le Fonds Unique Interministériel ou le Fonds pour la société numérique de l'Emprunt national pourraient être utilement dédiés à ce type d'innovations. Le Centre National de Référence Santé à Domicile et Autonomie, comme les pôles de compétitivité déjà engagées sur ces thématiques, constitueront un cadre privilégié pour ces expérimentations associant acteurs publics et privés.

#### **6.2.3.4. ORGANISER DES ETATS GENERAUX SUR LES L'IMPACT SOCIAL, SANITAIRE, ECONOMIQUE ET TERRITORIAL DE L'UTILISATION DE CES NOUVELLES TECHNOLOGIES SUR LA BASE DES EXPERIMENTATIONS MENEES DANS LES TERRITOIRES**

Enfin, afin de clarifier le modèle économique et la problématique centrale de la solvabilisation de la demande, l'organisation d'États généraux sur l'impact sur la santé et le bien-être des Aînés, les liens sociaux, la réduction des coûts et le dynamisme des territoires issus de l'utilisation de ces nouvelles technologies est souhaitable. Ces Etats généraux se fonderaient sur les expérimentations menées dans les territoires sur les technologies et services et rassembleraient acteurs publics et privés de la protection sociale, conseils généraux, utilisateurs et offreurs de technologies, etc. et permettraient de confronter les perspectives et les expériences en matière de prise en charge et d'économies réalisées.

## 6.3. Mobilité et Urbanisme

### 6.3.1. ETAT DES LIEUX

Si les problématiques de vieillissement des populations occidentales sont à l'agenda politique depuis plusieurs décennies, ce n'est que tout récemment que l'aménagement et l'urbanisme se sont investies de la question, à la fois du point de vue de la recherche et des démarches d'intervention dans les territoires et les milieux de vie. Elles mettent en lumière les différences considérables qui existent entre les territoires dans la perspective d'un vieillissement harmonieux à domicile ou en établissement, et la forte spécificité des zones périurbaines à densité moyenne sur lesquelles la Mission s'est plus particulièrement penchée. Ces espaces sont caractérisés par une dépendance forte au déplacement automobile, et à ce titre posent des problèmes spécifiques à la mobilité des Aînés en particulier. Ces réflexions viennent bien sûr en complément des démarches déjà engagées telles que le Plan National Bien Vieillir, et tout particulièrement la mesure de ce plan intitulée "Label des villes Bien Vieillir – Vivre ensemble".

#### 6.3.1.1. DES TERRITOIRES PLUS OU MOINS FAVORABLES AU VIEILLISSEMENT

D'emblée la Mission a souhaité considérer le « chez soi » bien au-delà des limites du logement individuel ou collectif, comme l'environnement ou l'écosystème dans lequel évolue la personne vieillissante. Or du point de vue de la capacité à voir « bien vieillir » leurs aînés, les territoires sont loin d'être égaux, ou même homogènes. Au sein d'une même commune, certains environnements géographiques dotés de commerces, de services, de transports en commun et d'espaces publics adaptés sont plus favorables que d'autres pour permettre aux résidents âgés d'y demeurer durablement dans de bonnes conditions en continuant à participer à la vie du quartier, de la cité.

La majorité des études conduites, par le moyen d'entretiens semi-directifs ou au moyens de traceurs GPS, montrent que l'environnement favorable à une bonne qualité de vie des Aînés correspond plutôt aux centres-bourgs ou aux quartiers urbains riches en commerces de proximité. Le « chez soi » inclut à l'évidence l'environnement de l'habitat, l'intégration sociale au quotidien des Aînés. La présence de relations de voisinage informelles favorise considérablement cette intégration.

Pour évaluer le caractère favorable ou défavorable au vieillissement des territoires (conjoncturellement ou structurellement), il est donc nécessaire de prendre en compte la dimension d'accessibilité (nécessaire à un déplacement autonome de la personne, mais pas suffisante pour déclencher ce déplacement), mais aussi quatre critères territoriaux :

- l'existence de services médicaux et réseaux de soins et d'aide à domicile,
- la présence de commerces et services de proximité accessibles à pied dans un rayon maximal de 500 m,
- la proximité d'un arrêt de transports en commun (150 m),
- ainsi que la présence d'un espace vert équipé (bancs, mobilier urbain).

D'autres éléments, tels que la faible déclivité du site (pente inférieure à 10%) ou la présence d'activités culturelles ou de loisirs adaptées à un public âgé, peuvent entrer dans l'évaluation.

La sécurité des Aînés dans leurs déplacements est également différente selon les territoires. Si dans l'ensemble les Aînés piétons constituent une catégorie très vulnérable (les deux tiers des piétons tués ayant plus de soixante-cinq ans), certaines villes telles que Chambéry ont adopté des démarches exemplaires en matière d'aménagement (espaces de rencontre, zones 30, mobilier urbain adapté, etc.) ayant permis de réduire très significativement le nombre d'accidents impliquant les piétons<sup>24</sup>. La mission a donc souhaité montrer à quel point l'espace de proximité conditionnait la réalité du vivre chez soi.

### 6.3.1.2. SPECIFICITES DES COMMUNES PERIURBAINES

Le vieillissement en centre-ville, s'il peut entraîner des difficultés en termes d'accessibilité notamment, apparaît aujourd'hui comme la solution la plus favorable du fait de la proximité de commerces ou de services. Cette relation de proximité est moins présente dans les communes rurales dans lesquelles les retraités sont relativement nombreux à s'installer, n'ayant plus de contraintes de localisation liées à l'emploi. La raréfaction des services publics jointe dans certains cas à la désertification économique de territoires isolés peut y entraîner des situations dont nous ne nous cachons pas la complexité, auxquelles le Comité Interministériel d'Aménagement et de Développement du Territoire du 11 mai 2010 apporte des éléments de solution (programme national de repérage pour évaluer la situation des logements des ménages âgés, en liaison avec les réseaux des organismes de logements et de services à la personne et les associations de collectivités territoriales. ; facilitation de l'accueil familial de personnes âgées à titre onéreux sera facilité par une amélioration du cadre juridique). Néanmoins enquêtes et études montrent que les Aînés y mènent une vie plus active et plus épanouie qu'en milieu urbain<sup>25</sup>.

La mission a donc choisi de concentrer ses travaux sur les spécificités de la vie périurbaine, qui concernent un nombre croissant d'aînés. En effet, la ville contemporaine, conçue et aménagée selon des principes d'urbanisme fonctionnel, a du mal à s'adapter au même rythme que le vieillissement de ses résidents. En témoignent les premières générations de banlieues résidentielles où dominent les maisons unifamiliales, isolées ou en série, marquées par la dépendance à l'automobile.

L'offre en transport collectif, améliorées ces dernières années, y reste déficiente ; et le zonage d'origine, cristallisant une majorité de quartiers en milieux à la fois résidentiels et peu denses, limite l'intérêt économique d'une desserte en transports en commun et de services de proximité. Quant aux équipements collectifs, pensés à l'origine ou mis en place pour accueillir des familles avec de jeunes enfants, ils servent de moins en moins les besoins de la population aînée.

<sup>24</sup> Voir l'étude La démarche « code de la rue » en France Octobre 2008 Premiers résultats CERTU

<sup>25</sup> Voir en particulier l'étude épidémiologique AMI (Agrica, MSA, IFR 99) lancée en 2007 auprès de 1000 retraités agricoles et conduite par le Professeur Dartigues, de l'Université Bordeaux 2.

### 6.3.1.3. LA CONDUITE AUTOMOBILES DES AÎNES, COROLLAIRE LOGIQUE DU SOUHAIT DE VIVRE CHEZ SOI

En France comme ailleurs (aux Etats-Unis, au Canada...), les habitants de banlieue entendent vieillir à domicile le plus longtemps possible, et ce même si leurs quartiers sont marqués par la dépendance à l'automobile. Ce désir de stabilité résidentielle est confronté à la limitation de l'autonomie de déplacement automobile, et pour beaucoup, à la perte inévitable du permis de conduire.

Au reste, la vie en pavillon peut offrir certains avantages en cas de progression de la dépendance, car les maisons sont souvent de plain-pied et plus facilement adaptables qu'un appartement.

La capacité à se déplacer librement, selon des lieux et des rythmes choisis, est donc partie prenante d'une expérience positive du « chez soi » pour les Aînés. Vivre chez soi signifie aussi pour eux se repérer dans un espace d'action auquel l'automobile leur donne accès, tout particulièrement dans les zones périurbaines ou rurales.

Plus fondamentalement encore, la capacité à se déplacer en automobile est constitutive d'une forme de statut auquel, à un certain moment de l'existence, chacun est appelé à renoncer. En ce sens l'abandon du statut d'automobiliste signifie la véritable entrée dans le « monde des vieux », marqué par ce que l'on a pu décrire comme la *déprise* spatiale. A l'heure actuelle, les services alternatifs de mobilité (location, covoiturage...) présentent une grande diversité, et un défaut de coordination entraînant à la fois une mauvaise visibilité pour l'usager et un surcoût lié à leur faible optimisation.

Dans ces conditions, on conçoit que la conduite automobile reste une nécessité pour un nombre toujours croissant d'aînés, quand bien même elle s'accompagne de risques devant être soigneusement évalués. Des textes fixent la liste des affections médicales incompatibles avec l'obtention ou le maintien du permis de conduire, ou pouvant donner lieu à la délivrance de permis de conduire de durée de validité limitée. L'arrêté du 21 décembre 2005 substitue aux « incapacités médicales » des « affections médicales » réparties en classes de pathologies parmi lesquelles les « troubles neurologiques, comportements et cognitifs » qui comportent les « troubles de la sénescence ». Selon le texte de l'arrêté, l'incompatibilité de ces troubles avec le maintien du permis de conduire doit être évaluée (« avis spécialisé si nécessaire »), mais l'organisation de cette évaluation est aujourd'hui peu structurée.

## 6.3.2. ENJEUX ET PROBLEMATIQUES

### 6.3.2.1. LE « CONFINEMENT A DOMICILE », UNE REALITE A AFFRONTER

Vivre chez soi n'a de sens que pour autant que le foyer ne devienne pas, du fait d'un environnement peu favorable, un lieu de confinement. La capacité à se déplacer touche à la fois le déplacement métrique (accessibilité du logement, du quartier), hectométrique (dispositifs favorisant courses en ville) ou kilométrique (transports en commun intercommunaux). Plusieurs études ont montré que la très grande majorité des déplacements des Aînés s'effectuait dans un rayon de 500 m, en rapport avec la présence à proximité de commerces et services. Dans cette perspective, le « chez soi » s'étend au quartier, envisagé de façon à la fois pratique et affective. Il est donc important de rendre possible la construction de logements sociaux adaptés en centres-villes ou centres-bourgs. Ceux-ci pourraient correspondre aux « formules intermédiaires entre le logement et l'établissement » dont la nécessité est constamment rappelée par les pouvoirs publics.

Ils viendraient répondre aux besoins de personnes fragiles ayant déjà eu un premier accident ou rencontrant une situation difficile, mais dont le placement en institution ne serait pas bénéfique.

Le refus de toute espèce de ségrégation a logiquement conduit à ce que la construction de logements sociaux adaptés et dédiés aux Aînés soit considérée avec une certaine défiance. Il est donc nécessaire de penser cette évolution en l'encadrant strictement, c'est-à-dire en limitant la construction de tels logements aux espaces évalués favorablement et en établissant des seuils maximaux de logements par immeubles. Leur centralité permettra d'associer aux logements un parc de stationnement plus réduit, ce qui rend possible la réalisation d'équipements supplémentaires sans qu'un sur-loyer soit nécessaire.

### 6.3.2.2. UNE EVALUATION DE LA CAPACITE A CONDUIRE ENCORE TROP PEU ORGANISEE

Le nombre toujours croissant de conducteurs âgés et l'importance pour une vie épanouie de leur permettre une façon adaptée de se déplacer rend crucial d'identifier avec précision le moment critique pour l'évolution de la mobilité qui est celui de l'arrêt de la conduite automobile, et d'anticiper le processus afin de faire en sorte que les solutions de substitution à la conduite soient plus facilement envisageables. L'efficacité des contrôles médicaux réguliers telle que pratiquée par un pays comme la Finlande, a été remise en cause<sup>26</sup>. Leur coût étant très élevé pour la collectivité, il importe d'en évaluer rigoureusement l'impact : or non seulement la comparaison avec la Suède, plus libérale vis-à-vis des conducteurs âgés, ne montre pas de diminution significative (relativement) des accidents de la route des personnes âgées dans le contexte finlandais ; mais le taux d'accident des usagers non-automobilistes âgés (piétons, cyclistes, cyclomotoristes) est deux fois plus élevé en Finlande qu'en Suède. En effet certaines populations, notamment les femmes âgées de soixante-dix ans et plus, peuvent être découragées trop tôt par un système de contrôle contraignant, alors même qu'elles ne constituent pas un danger pour les autres (faible kilométrage, faible taux d'accident) mais sont plus vulnérables en tant que piétonnes. Il importe donc d'encourager des pratiques d'orientation et d'évaluation personnalisées, mobilisant des compétences aujourd'hui trop peu développées.

En France, le signalement aux Commissions préfectorales telles que prévues par la loi du 4 février 2002 entraîne aujourd'hui d'importantes réticences chez les médecins généralistes, du fait de la rupture de confiance qu'elle entraîne vis-à-vis de leurs patients. Une alternative doit être trouvée à ce dispositif, tout particulièrement pour les Aînés souffrant de pathologies entraînant des affections neuropsychologiques.

### 6.3.2.3. UNE INTEGRATION TROP FAIBLE DU VIEILLISSEMENT DANS LES DOCUMENTS D'URBANISME

S'agissant de l'aménagement, la question du vieillissement de la population est prise en compte dans les documents d'urbanisme, mais de façon encore trop peu structurée pour répondre véritablement aux besoins de court, moyen et long terme des personnes vieillissantes. Or s'il est un « aménagement durable », c'est bien celui qui se projette dans le temps en prenant en compte l'évolution de la personne tout au long de sa vie.

<sup>26</sup> Hakamies, Blomqvist et al., 1996

Trop souvent encore, la décision pour un établissement accueillant des personnes âgées de s'implanter, ou le développement de produits immobiliers spécifiques (résidences services, appartements adaptés) se prend en fonction de seuls critères d'opportunité foncière. Afin de permettre un vieillissement à domicile plus harmonieux, et dans un souci de mixité intergénérationnelle et sociale, il est donc nécessaire de faciliter l'implantation d'établissements ou de logements adaptés en fixant aux documents d'urbanisme des objectifs à atteindre en ce sens.

Parmi ceux-ci, la Mission a privilégié le Plan Local de l'Habitat, dont le décret d'avril 2005 précise le contenu en tant que support de la délégation des aides à la pierre et lui confère un caractère opérationnel et territorialisé.

La place réservée aux personnes âgées et à leurs besoins reste toutefois modeste au sein des PLH, le développement d'une offre neuve, conforme aux objectifs du plan de cohésion sociale, demeurant l'enjeu central. Cette situation nous semble devoir évoluer.

### 6.3.3. PERSPECTIVES D'ACTION

#### 6.3.3.1. URBANISME ET LOGEMENT SOCIAL : DEUX EVOLUTIONS LEGISLATIVES SOUHAITABLES POUR AMELIORER LE VIVRE CHEZ SOI

##### ***GENERALISER DANS LES PLANS LOCAUX D'HABITATS LES ETUDES DE PREFIGURATION DE LA STRATEGIE TERRITORIALE EN MATIERE D'ADAPTATION DU PARC DE LOGEMENTS NEUFS OU EXISTANTS***

Le Plan Local de l'Habitat peut constituer le socle principal sur lequel bâtir une véritable stratégie d'aménagement en faveur des Aînés, par le développement du parc immobilier en lien avec les adaptations programmées des espaces publics, des transports en commun mais aussi avec l'environnement de commerces et de services existant. Ils donneront lieu à une mise en perspective de stratégies d'adaptation proposées par les promoteurs et bailleurs sociaux sur leur parc, les diagnostics en matière d'accessibilité des espaces et des bâtiments publics contenus dans les Plans de Mise en Accessibilité de la Voirie (PMAV) et Plans de Mise en Accessibilité des Bâtiments (PMAB). Ils devront comprendre une cartographie des infrastructures numériques évaluant la desserte et la capacité des réseaux. Ces représentations permettront d'identifier les zones à desservir en priorité ainsi que les plans d'action et d'équipement à cinq ans.

Cette stratégie peut être prolongée dans les Plans Locaux d'Urbanisme (PLU), Plan de Déplacements Urbains (PDU), les Schémas de Cohérence Territoriale (SCoT) ainsi que des schémas gérontologiques intégrant la dimension territoriale et la mobilité.

L'article R302-1-1 du Code de la Construction et de l'Habitation devra donc être modifié en conséquence.

### ***RENDRE POSSIBLE LA CREATION D'UNE NOUVELLE CATEGORIE DE LOGEMENTS SOCIAUX DEDIES AUX AINES***

Afin d'éviter tout risque de ségrégation, le développement d'une offre sociale spécifique et accessible sous conditions d'âge ou de dépendance sera strictement encadré. Situés uniquement au sein d'environnements géographiques évalués comme favorables, ils comprendront une base d'équipements obligatoires, et pourront ne proposer qu'une demi-place de stationnement par appartement afin de compenser les surcoûts liés aux équipements d'adaptation, aucun sur-loyer ne pouvant être exigé par rapport aux loyers classiques pratiqués par les bailleurs. Ils seront créés dans des immeubles indépendants comprenant de quatre à vingt logements au maximum, ou en rez-de-chaussée d'immeubles comprenant des logements classiques, sans que le nombre de logements dédiés puisse excéder une vingtaine de logements par immeuble. Néanmoins, dans le cas de la réalisation d'une résidence comprenant des services de conciergerie et des lieux de rencontre (salle polyvalente, bibliothèque), le nombre maximal de logements pourra être porté à une soixantaine. Les collectivités devront être particulièrement attentives à la proximité d'établissements d'hébergement (accueil de jour, accueil temporaire) ainsi que d'une offre de soins ou de services à domiciles.

L'article L441-1 du Code de la Construction et de l'Habitation devra donc être modifié en conséquence.

#### **6.3.3.2. ORGANISER L'EVALUATION DE LA MOBILITE DES AINES**

Favoriser le maintien d'une mobilité adaptée suppose de définir un accompagnement adapté pour que soit vécu au mieux l'arrêt de la conduite automobile, mais aussi le remplacement de cette dernière par des solutions alternatives de transport. Si les conducteurs âgés de plus de soixante-cinq ans ne constituent pas une population plus à risques que la population dans son ensemble, elle comprend des sous-groupes de conducteurs présentant un sur-risque d'accidents en raison d'une pathologie donnée (démences de type Alzheimer) ou d'une réduction de leurs capacités perceptives.

#### ***EVALUATION DES PERSONNES PRESENTANT DES DEFICITS D'ORDRE NEUROPSYCHOLOGIQUE***

S'agissant des personnes présentant des déficits liés à une pathologie identifiée, et tout particulièrement affectant les fonctions neuropsychologiques, il nous paraît essentiel :

- D'encourager chez les médecins généralistes ayant détecté des déficits présentant des risques l'orientation précoce des Aînés concernés vers l'une des 400 consultations mémoire pilotées par les Centres Mémoires Recherche et Ressources (CMRR)
- De compléter l'évaluation neuropsychologique par une épreuve pratique qui constitue sans doute le meilleur indicateur de la compétence réelle de conduite, sur un modèle existant dans certains centres de réadaptation français (réseau Comète notamment).

L'évaluation pourrait s'accompagner de la mise en place de permis adaptés comportant certaines restrictions (conduite de nuit, périmètre de circulation limité, etc.). Elle doit se fonder sur un référentiel commun d'évaluation basé sur les connaissances actuelles dans ce domaine, sur des modèles éprouvés dans d'autres pays de l'Union européenne (Belgique, Grande-Bretagne notamment).

### ***EVALUATION DES POPULATIONS AGEES SANS AFFECTION MEDICALE PARTICULIERE***

S'agissant des personnes âgées ne présentant pas d'affection médicale particulière, il est nécessaire de proposer des moments d'évaluation leur permettant d'adapter leur stratégie de mobilité aux évolutions de leur état de santé liées au vieillissement. Des bilans de compétences accomplis par des professionnels (ergothérapeutes formés à l'enseignement de la conduite par exemple) pourraient être ainsi accompagnés de stages de remise à niveau, d'expérimentations d'aides techniques à la mobilité ou de sensibilisation des Aînés aux alternatives à l'automobile existant sur leur territoire. Cette prise de conscience progressive permettra de franchir plus facilement le seuil critique de l'arrêt de la conduite.

Dans cette perspective, la création de plateformes de mobilité dont le rôle sera de conseiller, informer et former afin d'anticiper cette évolution est recommandée par la Mission. Celles-ci auraient pour première fonction de définir et proposer un bilan de mobilité pour les conducteurs âgés ne présentant pas d'affection médicale particulière.

A terme, elles pourraient également coordonner, mutualiser et organiser la mise à disposition des services de mobilité sur un territoire, et proposer un guichet commun jouant un rôle d'interface entre l'offre et la demande. Ancrées dans leur territoire, ces associations permettraient le développement des mobilités douces sur le territoire, tout en ayant un objectif éducatif et social de services aux personnes fragilisées.

D'ores et déjà, la formation professionnelle propose un grand nombre de formations à la retraite et de stages visant les actifs en fin de carrière à se préparer à cette étape. Il serait souhaitable que la dimension de bilan de mobilité soit intégrée à ces dispositifs, afin de donner un cadre à la mise en œuvre de cette catégorie d'action et de multiplier les prescripteurs (jeunes aînés vis-à-vis de leurs parents âgés notamment).

### **6.3.3.3. DE BONNES PRATIQUES A PROMOUVOIR EN MATIERE D'ENVIRONNEMENT FAVORABLE AU VIEILLISSEMENT.**

La mission a également identifié de bonnes pratiques en matière de mobilité et d'urbanisme favorables au vieillissement, qu'elle souhaite voir promues, sans que cela n'entraîne de modification du cadre législatif ou réglementaire. Il est ainsi possible de citer :

- L'exemple des Maisons d'Accueil Rurales pour Personnes Âgées (MARPA) ou des Maisons d'Accueil Urbaines pour Personnes Âgées (MAUPA), unités de vie réalisées par la Mutualité Sociale Agricole et étendues en milieu urbain en partenariat avec la Ville de Paris.
- L'intégration de la mixité intergénérationnelle dans les projets urbains et notamment dans les éco-quartiers, en mêlant approche quantitative (ratios de logements adaptés) et qualitative (environnement favorable), de même que l'inscription dans les Plans Locaux d'Urbanisme d'emplacements réservés à la construction de logements dédiés en s'appuyant sur l'article L123-1 du Code de l'Urbanisme ou les articles L 123-1. 16° et L 123-2. b relatifs à la mixité sociale
- L'intégration d'ascenseurs dans les collectifs neufs réalisés dans un environnement évalué comme favorable

- L'amélioration de la voirie, qui participe de l'espace de vie et du « chez soi » des Aînés, au moyen de petits aménagements tels que les bancs publics, les espaces verts, les toilettes publiques, la qualité des trottoirs, la signalétique ou l'éclairage urbain. L'intégration dans les PAVE d'une dimension « sécurité » (mise en place de zones 30, aménagement des traversées de voies, maintien de l'espace de circulation sur les trottoirs pour les piétons) permettrait de prendre en compte les besoins spécifiques des personnes âgées.
- L'encouragement des constructeurs automobiles aux démarches de conception universelle pour le développement de véhicules adaptés, qui peut se faire notamment via des appels à projets de R&D collaborative et le fléchage de fonds dédiés à destination des pôles de compétitivité.
- La mise en place de services de mobilité proposées par des structures de services à la personne, et incluant notamment un accompagnement piéton et/ ou un accompagnement dans les transports en commun. La mission note néanmoins que l'on constate encore un certain flou juridique sur les limites de ces services avec les services de transport relevant de la loi LOTI.

## 6.4. Compétences et métiers

### 6.4.1. INTRODUCTION

Les questions liées aux métiers et aux compétences des professionnels/des bénévoles intervenant auprès des Aînés à domicile sont nombreuses. Elles sont à considérer en tenant compte de grands invariants liés à l'organisation du système sanitaire et social qui n'ont pas été analysés dans le court temps de cette phase préliminaire de la Mission.

Ainsi, la dissociation entre secteurs sanitaire et social pose régulièrement question s'agissant de la santé des Aînés. Par ailleurs, les intervenants et les prises en charge financières sont différentes alors que la frontière est difficile à définir entre soins médicaux et soins de « bien traitance » à la personne. A domicile, en ville comme en milieu rural, les besoins en « aides à domicile » et auxiliaires de vie sont importants et pas toujours couverts en nombre mais surtout en qualité. Les missions et tâches incombant à ces professionnels sont souvent mal définies, allant d'un travail d'aide ménagère (entretien du logement, courses,...) jusqu'à la toilette, l'accompagnement des repas, la dispensation des médicaments – que ces professionnels soient suffisamment formés et préparés ou pas. Par ailleurs, l'encadrement et la coordination de ces intervenants sont souvent inadaptés.

Les services ne couvrent pas totalement certaines périodes (*week-end*, nuits) et certaines situations nécessitent des soins en urgence. Le rythme des interventions des aidants, professionnels ou bénévoles, comme leurs besoins de formation, sont profondément affectés par la multiplication de ces situations.

### 6.4.2. ÉTAT DES LIEUX

#### 6.4.2.1. LES SERVICES A LA PERSONNE, SECTEUR EN TENSION SUR LE PLAN DES COMPÉTENCES

Le vieillissement de la population fait envisager une demande toujours plus forte de compétences en matière de services à la personne, celle-ci étant également tirée par des évolutions de société notables (majorité de familles dont les deux parents travaillent, progression du nombre de familles monoparentales, etc.)

Une étude récente de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), en cours de publication, évalue à un peu plus de 515 000 le nombre d'intervenants à domicile (hors double compte) répartis de la façon suivante : 23,5% en emploi direct, 39,5% en emploi mandataire et 37% en emploi prestataire. Ce nombre déjà significatif est appelé à croître. En effet, les travaux de prospective font apparaître une croissance des besoins en personnels aidant les personnes âgées particulièrement forte à domicile : aux créations de postes s'ajoutent les besoins liés aux départs en fin de carrière : ainsi le Centre d'Analyse Stratégique<sup>27</sup> estime-t-il les besoins de la France d'ici 2015 à environ 350 000 postes à pourvoir. Le groupe « Prospective des Métiers et des Qualifications » considère quant à lui que ce secteur pourrait représenter un quart des créations nettes d'emploi<sup>28</sup>.

<sup>27</sup> Stéphane Le Bouler, *Personnes dépendantes : bâtir le scénario du libre choix*, centre d'Analyse Stratégique, juin 2006.

<sup>28</sup> Olivier Chardon (DARES), Marc-Antoine Estrade (Centre d'analyse stratégique), *Les Métiers en 2015*, La Documentation française, 2007.

Si l'on ajoute à cette demande quantitative très importante l'exigence de qualité qui est le postulat premier de la Mission, on mesure la nécessité de renforcer l'attractivité des métiers et de la formation en matière de services à la personne. Le défi qui s'offre à notre pays est en effet non seulement d'attirer de nouveaux professionnels, mais de fidéliser ceux qui sont aujourd'hui en poste, et pour tous d'améliorer la qualité des services fournis.

#### 6.4.2.2. DES BESOINS TRÈS DIVERSIFIÉS EN MATIÈRE D'AIDE À DOMICILE

Les besoins des Aînés en matière d'aide à domicile sont d'une grande diversité : les aides humaines, prises en charge par les professionnels mais aussi par les aidants familiaux, répondent à des besoins médicaux, sociaux et « environnementaux », c'est-à-dire au milieu dans lequel évolue l'aîné, le « chez-soi ». La variété des professionnels intervenant au domicile des Aînés traduit cette diversité des besoins puisque ceux-ci peuvent relever du secteur médical ou para-médical (soins de santé), du secteur social (information, accès au droit, conseil, aide à la vie sociale et civique...) ou de tout autre secteur en fonction des besoins (jardinage, transport, techniques de communication, bâtiment, etc.).

Il n'est en outre pas toujours facile de définir la frontière entre soins médicaux et soins de « bien traitance » à la personne, quand bien même les intervenants et la prise en charge financière diffèrent. Ces besoins croissants ne sont pas toujours couverts, faute de définition claire des missions et des tâches incombant aux professionnels, des sources de financement, des réseaux de prise en charge... tous éminemment variables d'un territoire à l'autre.

#### 6.4.2.3. UNE POPULATION D'INTERVENANTS MAJORITAIREMENT PEU QUALIFIÉE DANS LE SECTEUR SOCIAL

A une écrasante majorité (98%) composée de femmes, la population des intervenants à domicile est également constituée pour près des deux tiers par des personnes sans qualification ; ces dernières représentant plus de 85% des salariés directement employés par les particuliers. Ces personnes travaillent en moyenne 26 heures hebdomadaires (temps partiel souvent subi) et visitent entre six et sept personnes, pour la plupart âgées. Si la quasi-totalité (97%) effectue des tâches d'aide ménagère (vaisselle, nettoyage) et la grande majorité (73%) la préparation des repas, seuls 38% aident à la prise des repas, 25% à l'habillage et 22% à la toilette.

Les compétences mobilisées sont encore majoritairement considérées comme correspondant aux « qualités naturelles des femmes », ce qui ne favorise pas la prise de conscience de la nécessaire professionnalisation des métiers concernés. La mission note en outre que la coordination des interventions (traitée sur le plan technique par le groupe de travail sur l'optimisation de gestion des services) est en soi un travail complexe trop souvent conduit de façon inadaptée.

### 6.4.3. ENJEUX ET PROBLEMATIQUES

#### 6.4.3.1. LA NECESSITE DE METTRE L'AINE AU CENTRE DES INTERVENTIONS

Le faible nombre de personnes qualifiées occupant les emplois d'aides à domicile va à l'encontre du principe d'exigence intrinsèque à la demande des Aînés. En outre la coordination de leurs interventions gagnerait à mieux prendre en compte la personne âgée, qu'il est nécessaire de placer au centre du processus de réponse aux besoins. D'un point de vue organisationnel, mais aussi et surtout du point de vue relationnel, il est nécessaire de progresser. D'ores et déjà, des groupes de paroles permettent dans certaines associations de valoriser collectivement les travaux et restituer en équipe le travail effectué ; ce type de pratiques permet de mettre en valeur la relation à l'œuvre dans l'exercice professionnel et donc d'améliorer la qualité des prestations.

A l'heure actuelle les profils des intervenants peuvent se regrouper en deux grandes catégories : celle des professionnels spécialistes d'une technique intervenant ponctuellement sur un domaine spécifique d'ordre médical, social, matériel, etc. ; celle des professionnels polyvalents intervenant de façon récurrente au domicile des Aînés. La polyvalence en tant que telle gagnerait à être développée au sein de formations aujourd'hui trop segmentées. L'absence de passerelles entre certifications nuit à la constitution de réels parcours de formation correspondant réellement à la polyvalence des besoins.

Or il ne s'agit rien de moins que de permettre aux intervenants une capacité d'intervention qui satisfasse aux exigences d'une continuité de service aux personnes tout au long de leur vie, et qui puisse s'adapter aux conditions d'autonomie évolutives de l'aîné concerné.

#### 6.4.3.2. DES METIERS TROP PEU ATTRACTIFS, DES QUALIFICATIONS TROP PEU LISIBLES

Pour les jeunes en particulier, l'attractivité du secteur des services à la personne dépend notamment de la simplification de l'offre des certifications existantes et d'une meilleure articulation entre elles. Le développement de processus de qualification des « aidants » au domicile est relativement récent. Un rapport récent sur l'offre de certification<sup>29</sup> rappelle que l'on comptait cinq diplômes les concernant dans les années 1980, et que ce nombre a quadruplé depuis, avec une accélération de la tendance ces dernières années : en effet aujourd'hui, 19 certifications de niveaux V diplôment entre 90 000 et 100 000 personnes par an.

Le rapport met l'accent sur le rôle des certificateurs publics (ministères en charge de l'Action sociale, de l'Education nationale, de l'Agriculture, de l'Emploi et de la Santé) qui ont joué un rôle majeur dans l'accélération du nombre de certifications et proposent aujourd'hui 12 certifications, diplômant 97% des professionnels du secteur en 2008. Ce grand nombre de qualifications doit naturellement être mis en regard de l'absence majoritaire de qualifications (62%) chez les intervenants, et de la difficulté d'envisager à ce jour des passerelles cohérentes et compréhensibles pour le public<sup>30</sup>. Il est à noter que chez les intervenants à domicile eux-mêmes, la demande de formation s'exprime surtout en termes de modules pratiques adaptés, sur les problématiques de relations à la personne en particulier.

<sup>29</sup> George Asseraf, *Pour une « simplification de l'offre des certifications » dans le champ des services aux personnes fragiles*, Rapport au Premier Ministre, novembre 2009.

<sup>30</sup> Si l'on excepte l'effort d'équivalence complète entre le diplôme d'Etat (DE) auxiliaire de vie sociale et la Mention complémentaire Aide à domicile, effort souligné par le rapport Asseraf.

### 6.4.3.3. UN ROLE ESSENTIEL DES AIDANTS BENEVOLES ENCORE MECONNU

Le rôle des aidants bénévoles et familiaux est encore sous-estimé. Si le Canada s'est récemment efforcé d'évaluer la charge de travail des aidants et leur répercussion économique (25 milliards de dollars / an<sup>31</sup>), ce travail est encore à faire pour la France. Une étude IFOP menée en 2008 pour le compte de la MACIF évalue à deux millions le nombre d'aidants prenant en charge quotidiennement un proche en France, à raison de cinq heures par jour en moyenne, majoritairement pour l'aide à la prise de repas et à la toilette, mais également pour des tâches correspondant à l'aide à l'entretien du domicile, aux achats quotidiens, à l'habillage/déshabillage, au lever, au coucher, etc. Si sans surprise ces aidants familiaux sont majoritairement des femmes (69%) un fait majeur est à noter : l'âge moyen des aidants familiaux est de 60 ans. Ce phénomène entraîne bien sûr des risques de fatigue, particulièrement aigus dans le cas d'aide à des personnes souffrant de démences de type Alzheimer, dont on a coutume de dire qu'elles font deux victimes : en effet, menacés d'épuisement, les conjoints (eux-mêmes âgés) de malades Alzheimer ou apparentés ont une surmortalité de 50% par rapport à la mortalité des conjoints du même âge n'ayant pas de charges particulières. La mission juge nécessaire de mieux reconnaître ce rôle joué par les aidants bénévoles et familiaux, notamment sur les besoins en termes de compétences.

### 6.4.4. PERSPECTIVES D'ACTION

#### 6.4.4.1. MISE EN COHERENCE DES DIPLOMES OFFERTS EXISTANTS

Compte tenu des 83 diplômes susceptibles d'intervenir au domicile et du nombre de certifications de niveau V visant les qualifications d'intervenants à domicile, il est proposé de rappeler et de soutenir une des propositions du rapport de G. Asseraf (2009) :

*« Poursuivre les travaux en vue d'une simplification des certifications de niveau V et IV du secteur des services aux personnes [...]. Ceci pourrait aboutir à des résultats concrets dans les domaines suivants :*

- *élaboration d'un référentiel commun de certification de niveau V*
- *élaboration d'un référentiel de niveau IV, articulé au niveau V élaboré*

*La construction de ce référentiel de certification est de nature à poursuivre l'expérimentation et l'appropriation d'une culture partagée sur le plan méthodologique. Ces travaux laisseraient bien entendu à chaque certificateur la liberté de choix des résultats d'apprentissage qu'il souhaite attester dans une optique d'employabilité et de mobilité accrues. »*

#### 6.4.4.2. OUVERTURE D'UN CHANTIER PROGRESSIF D'ELABORATION DE REFERENTIELS METIERS, COMPETENCES, FORMATION

La Mission met en évidence la nécessité de structurer une réflexion partagée socialement et professionnellement, et de permettre l'élaboration de référentiels, concernant les métiers, les compétences et donc les formations pour couvrir des besoins plus ou moins assurés aujourd'hui. Ce travail de mise en cohérence serait très bénéfique pour favoriser la construction et l'utilisation de passerelles entre les différents lieux d'exercice et pour construire un développement professionnel valorisant.

<sup>31</sup> Hollander J.M., Guiping L., Chappell N.L., Who cares and how much?, Healthcare Quarterly, 2009, 12(2), pp. 42-4

La proposition ci-dessus doit être complétée par l'ouverture d'un chantier progressif d'élaboration de référentiels métiers, de compétences, de formation pour répondre aux besoins exprimés dans tous les groupes de travail. La construction de référentiels métiers et compétences doit faire émerger la possibilité et l'intérêt d'acquérir de nouvelles compétences pour différents métiers de professionnels intervenant au domicile. Trois domaines prioritaires ont été identifiés :

### ***ÉVALUATION DE L'ÉTAT DE LA PERSONNE***

Cette étape est indispensable pour déterminer et formaliser les objectifs et l'intervention des différents acteurs. Elle porte sur le niveau de dépendance / autonomie de la personne au plan physique, psychique, cognitif, sensoriel et relationnel. Elle pourrait être qualifiée d'« évaluation médico-psycho-sociale » ou d'« évaluation fonctionnelle et sociale ». Elle repose actuellement sur des dispositifs variés et donc des outils tout aussi variés. L'existence d'outils bien connus devrait pouvoir être mise en cohérence pour répondre à ces évaluations (notamment grille AGGIR, grille MAP, grille PATHOS,...) et justifie un travail technique complémentaire approfondi.

### ***COORDINATION DES BESOINS ET DES ACTEURS***

Une remarque fondamentale est apparue permettant la distinction entre la coordination des soins à la personne et la coordination des intervenants.

La coordination des soins doit être assurée comme le précise les textes législatifs (en particulier la loi de juillet 2007) comme elle l'est dans l'ensemble des pays européens par la médecine de premiers recours ou médecine de soins primaires. Ceci n'empêche pas l'organisation de cette coordination avec un partage de responsabilités entre professionnels de santé, notamment avec la participation des infirmières, voire des auxiliaires de vie.

S'agissant de la coordination des intervenants, ce besoin est essentiel et n'apparaît pas comme étant un nouveau métier à créer mais comme une fonction à assurer par des professionnels ayant des compétences spécifiques et pourrait être assumée par des acteurs appartenant à l'encadrement intermédiaire et en particulier les infirmières (dont certaines assument déjà ces responsabilités dans les SIAD et certains réseaux de gérontologie).

Cette fonction est aussi une des propositions fondamentale du récent rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (avril 2010) : « *Le Haut conseil estime qu'il est pertinent de distinguer deux fonctions dans cette coordination autour de la personne, qui doivent être organisées sur une base territoriale :*

*La fonction de synthèse médicale et de prise de décision sur les orientations et les changements de prise en charge, assurée par principe par le médecin traitant*

*La fonction de coordination à proximité immédiate de la personne et des aidants familiaux, à la fois soignante et sociale, qui garantit la vigilance et la circulation de l'information, ainsi que l'aide pour les démarches administratives ; elle peut être assurée par exemple, selon le type et le niveau de besoins, par une assistante sociale, une infirmière ou un autre auxiliaire médical, ou encore par un structure pluri-professionnelle. »*

### ***ADAPTATION DE L'ENVIRONNEMENT AUX CAPACITES DE LA PERSONNE***

Comme mentionné dans le groupe Diagnostic Autonomie Habitat, un diagnostic de l'habitat et de son environnement immédiat est opportun (logement, parties communes, espaces extérieurs, et déplacements dans les espaces environnant...). Il va de soi que l'interface doit se faire avec l'objectivation des capacités physiques et psychologiques de la personne. Les métiers et compétences mobilisés à cette fin doivent être identifiés de façon prioritaire.

### ***LES METIERS PERMETTANT LE MAINTIEN DE LA MEILLEURE AUTONOMIE PHYSIQUE POSSIBLE.***

La nécessité de maintenir l'autonomie physique et les capacités psychomotrices chez les Aînés permettant une bonne autonomie physique et psychologique (car à l'origine de nombreux liens sociaux et d'une valorisation de la personne) a conduit le groupe de travail à clairement identifier d'une part les besoins sanitaires liés à des déficits conduisant à des rééducations appropriées et d'autre part les besoins d'entretien physique adaptés aux capacités de la personne pour lui permettre de maintenir la meilleure autonomie possible.

Le caractère novateur de la prise en compte de ces besoins et la difficulté de maîtriser la description des interfaces entre les différents professionnels intervenant aujourd'hui (masseurs kinésithérapeutes, psychomotriciens, professeurs d'éducation physique et éducateurs physiques...) justifie le développement d'une action ciblée de description des besoins, des activités, des compétences et des métiers. Ceci posera ensuite la question de la prise en charge des prestations.

#### **6.4.4.3. MIEUX RECONNAITRE LA PLACE DES AIDANTS BENEVOLES**

Les aidants familiaux et de l'environnement immédiat ainsi que les associations d'aidants et de bénévoles doivent être identifiées à la mesure des besoins des personnes, d'autant que la place de ces associations varie en fonction des secteurs rural et urbain d'implantation des personnes.

Les associations et les bénévoles qui les composent jouent un rôle important dans le maintien à domicile des personnes âgées. Avec les familles et les aidants, à côté des professionnels, ils sont au plus près des besoins de nos aînés.

Un programme ambitieux pourrait favoriser l'augmentation du recrutement et de la formation de volontaires. Ils contribueraient ainsi à plus de bien-traitance par des visites à domicile, et dans les résidences pour personnes âgées, afin de rompre la solitude et l'isolement des aînés, favoriser l'écoute, les échanges culturels ainsi que les sorties. Des bénévoles polyvalents pourraient s'investir dans la formation aux nouvelles technologies, dans les initiatives de mobilité et d'accessibilité pour tous en milieu urbain et rural. Ils pourraient aussi promouvoir la solidarité intergénérationnelle avec les jeunes générations et les différents groupes sociaux et culturels ; enfin contribuer à améliorer la participation civique et le bénévolat des personnes âgées.

## Cadre d'intervention des métiers au domicile des Aînés

Proposition de délimitation du périmètre et panorama des activités concernées.

EVALUER			
MISSION	ACTIVITES	METIERS	OBSERVATIONS
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Evaluer le niveau de dépendance et le niveau d'autonomie : évaluer les capacités physiques, psychiques, sensorielles, cognitives, relationnelles</li> <li>▪ Repérer les besoins</li> <li>▪ Flécher les réponses et aides possibles</li> <li>▪ Etablir le montage administratif</li> <li>▪ Définir le montage organisationnel et le rythme du suivi</li> <li>▪ Déterminer les compétences à mobiliser</li> <li>▪ Etablir le lien entre les professionnels et la famille</li> <li>▪ Actualiser – réévaluer – ajuster en fonction de l'évolution du degré de dépendance</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Infirmier (-ère) formé (-e) à l'évaluation</li> <li>▪ Travailleur social (Assistant de Service Social et (ou) Conseiller en Economie Sociale et Familiale) formé à l'évaluation</li> <li>▪ Médecin</li> <li>▪ Ergothérapeute</li> </ul>	<p>Pondération des rôles :</p> <p><u>Prépondérant :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Infirmier (-ère) formé (-e) à l'évaluation</li> <li>▪ Travailleur social (Assistant de Service Social et (ou) Conseiller en Economie Sociale et Familiale) formé à l'évaluation</li> </ul> <p><u>Complémentaire :</u> médecin, ergothérapeute</p>	<p>Professionnalisation à prévoir, pour permettre à la personne qui diagnostique d'acquérir des compétences d'évaluateur</p> <p>→ La fonction d'évaluateur n'est pas un nouveau métier, mais des compétences nouvelles à acquérir par les métiers existants concernés par l'évaluation</p>

ACCOMPAGNER				
MISSION	ACTIVITES	METIERS	OBSERVATIONS	PRECONISATIONS
Favoriser l'autonomie	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Accomplir les actes de soin</li> <li>▪ Favoriser l'hygiène corporelle</li> <li>▪ Maintenir l'autonomie physique et cognitive par des stimulations appropriées</li> <li>▪ Etre vigilant, veiller, et surveillance la personne dépendante et la famille : mettre en place d'outils et de moyens humains pour réagir rapidement</li> <li>▪ Entretenir le lien social : avec la famille, l'environnement social de la personne, les associations d'aide et de soutien</li> <li>▪ Informer les coordonateurs sur la situation et les évolutions</li> <li>▪ Aider les personnes à accomplir les actes de la vie civile et les actes administratifs, et, si nécessaire, les guider dans la gestion de leurs biens</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Médecin</li> <li>▪ Ergothérapeute</li> <li>▪ Kinésithérapeute</li> <li>▪ Psychomotricien (-ne)</li> <li>▪ Educateur (-trice) sportif</li> <li>▪ Psychologue</li> <li>▪ Pédicure-podologue</li> <li>▪ Infirmier (-ère)</li> <li>▪ Aide soignant (-e)</li> <li>▪ Auxiliaire de Vie sociale ou assistante de vie aux familles</li> <li>▪ Aide Médico-Psychologique</li> <li>▪ Technicien (ne) de l'Intervention Sociale et Familiale</li> <li>▪ Veilleur (-se) de nuit</li> <li>▪ Pharmacien d'officine</li> <li>▪ Opérateur (-trice) de télésurveillance, téléopérateur</li> <li>▪ Curateur – tuteur</li> </ul>	<p>- Dans les structures à but non lucratif : niveau de reconnaissance inégal entre les diplômés et titres de niveau V pour les aides à domicile qualifiées. (Par exemple, classification plus élevée du DE AVS et de la MCAD dans la convention collective par rapport aux autres diplômés et titres.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Importance de la qualité de chaque prestation pour veiller à la bienveillance</li> <li>- Travailler avec les associations d'aide et de soutien aux personnes fragilisées</li> <li>- Rester attentif au répit des familles et informer les familles des solutions qui peuvent les soulager : maison du répit, accueil de jour ou établissements d'accueil et d'hébergement temporaires, ...</li> <li>- Question concernant la valorisation des compétences acquises par les aidants familiaux, qui ne peuvent pas, à ce jour, prétendre à une validation totale ou partielle d'unités de compétences par la voie de la VAE</li> </ul>

ACCOMPAGNER			
MISSION	ACTIVITES	METIERS	OBSERVATIONS
Améliorer le quotidien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Participer au bien-être</li> <li>▪ Assumer les tâches quotidiennes d'entretien des espaces de vie (logement, jardin, ...)</li> <li>▪ Permettre le déplacement</li> <li>▪ Proposer des services nouvelles technologies pour permettre une solution de confort, renforcer l'autonomie, resserrer le lien intergénérationnel.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aide ménagère, aide à domicile</li> <li>▪ Diététicien</li> <li>▪ Esthéticien-coiffeur</li> <li>▪ Jardinier</li> <li>▪ Métiers de la restauration, traiteurs (confection des repas, portage,...)</li> <li>▪ Métiers du transport de personnes à mobilité réduite, handicapées et personnes âgées (VSL, ambulances, taxis, petite remise, véhicules aménagés...)</li> <li>▪ Métiers de l'assistance technologique : création de logiciels spécialisés (logiciels pour malvoyant, logiciels pour la synthèse vocale...), services assistance à domicile ou à distance, ordinateur simplifié pour personnes âgées...</li> </ul>	<p>- Aide à domicile : la définition du métier peut être différente d'une convention collective à l'autre : le métier n'est pas lié à une formation ou qualification particulière (hétérogène) → croiser les terminologies des conventions collectives avec celles des certificateurs</p>

COORDONNER			
MISSION	ACTIVITES	METIERS	PRECONISATIONS
Coordonner une équipe pluridisciplinaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Coordonner une équipe pluridisciplinaire de professionnels libéraux ou salariés de différentes structures</li> <li>▪ Piloter un projet individuel</li> <li>▪ S'assurer d'une organisation cohérente au domicile – mettre en place des outils de suivi et d'évaluation du projet individuel</li> <li>▪ Organiser des groupes de paroles interprofessionnels et avec les familles</li> <li>▪ Veiller à la qualité de chaque prestation pour s'assurer de la bienveillance</li> <li>▪ Veiller au soulagement des familles et à les informer des solutions de répit : informer les familles des formations qui leur sont destinées, et sur les associations et mesures qui peuvent les aider</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Médecin</li> <li>▪ Cadre de santé</li> <li>▪ Assistant (- e) de Service Social</li> <li>▪ Conseiller (ère) en Economie Sociale et Familiale</li> <li>▪ Infirmier –ère)</li> <li>▪ Responsable et dirigeant de structure</li> <li>▪ Encadrant d'équipe ou « encadrant intermédiaire »</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Question de la légitimité du coordonnateur face aux divers intervenants : à ce jour, pas de réglementation à ce niveau.</li> <li>- Question de la qualification et/ ou professionnalisation des encadrants intermédiaires (forte hétérogénéité des formations initiales)</li> </ul>

COORDONNER		
MISSION	ACTIVITES	METIERS
Diriger et coordonner ses propres équipes	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diriger et gérer une structure d'intervention à domicile en s'appuyant sur une stratégie développée en fonction de l'évolution des questions politiques, sociales, éthiques, réglementaires, législatives, et de l'évolution de l'offre et de la demande dans ce secteur</li> <li>▪ Coordonner, encadrer, manager une ou plusieurs équipes d'intervenants à domicile</li> <li>▪ Faire le lien entre les équipes et la direction, et entre équipes et partenaires</li> <li>▪ Organiser le travail de chacun</li> <li>▪ Garantir la formation continue de l'ensemble du personnel, gérant y compris</li> <li>▪ Assurer la communication interne et externe</li> <li>▪ Veiller à la qualité de la prestation et au répit des familles</li> <li>▪ Assurer les relations avec les financeurs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Responsable et dirigeant de structure</li> <li>▪ Encadrant d'équipe ou « encadrant intermédiaire »</li> </ul>

## 6.5. Inclusion et prévention des discriminations

### 6.5.1. ÉTAT DES LIEUX

Une discrimination est une inégalité de traitement fondée sur un critère prohibé par la loi, comme l'origine, le sexe, le handicap, etc., dans un domaine visé par la loi, comme l'emploi, le logement, l'éducation, etc. Elle peut être directe ou indirecte, cette dernière se produisant lorsqu'une disposition, un critère ou une pratique apparemment neutre est susceptible d'entraîner un désavantage particulier pour des personnes par rapport à d'autres personnes.

Ce type de discriminations a été récemment introduit en droit français par la loi n°2008-496 du 27 mai 2008 portant diverses dispositions d'adaptation au droit communautaire dans le domaine de la lutte contre les discriminations, et conduit à s'interroger de manière générale sur des formes d'inégalités de traitement « systémiques ».

C'est bien la perspective qu'a adoptée la Mission. Celle-ci a souhaité ouvrir le périmètre de son analyse à toutes les discriminations de la vie quotidienne pouvant avoir un impact sur l'objectif de vivre chez soi : crédits, assurances, assistance, aides sociales, services publics, transports, voyages... Elle a néanmoins identifié les conditions d'accès aux services financiers et assurantiels comme devant attirer une attention particulière de la part des pouvoirs publics, parce qu'ils présentent des risques objectifs d'inégalité de traitement, et parce qu'ils pourraient s'ils devaient se généraliser aller à l'encontre du projet des Aînés de vivre chez soi.

#### 6.5.1.1. LES DISCRIMINATIONS FAITES AUX AÎNÉS : REALITES ET PERCEPTIONS

En réunissant associations d'aînés et de consommateurs et opérateurs économiques, la Mission s'est efforcée de maintenir une approche équilibrée s'agissant d'un sujet complexe : il est en effet toujours nécessaire de distinguer entre les sentiments de frustrations éprouvés, même de façon répétée, et la réalité de discriminations devant être sanctionnées par le droit.

Ainsi la HALDE (Haute Autorité de Lutte contre les discriminations et pour l'Égalité) compte pour moins de 6% de réclamations liées à l'âge (599 dossiers En 2009), loin derrière les discriminations liées à l'origine ethnique, à l'orientation sexuelle, au sexe ou au handicap. Encore les discriminations concernent-elles essentiellement la question de l'accès à l'emploi (public ou privé).

Du point de vue de la HALDE, comme du point de vue des opérateurs, les cas d'abus de faiblesse auprès des Aînés, sont plus nombreux dans la vie quotidienne que les cas de rejet des demandes des Aînés. Les opérateurs, notamment bancaires, se sont même attachés à démontrer que leur politique commerciale, loin d'être orientée contre les Aînés, étaient orientée positivement vers les Aînés (« cible » ayant des capacités de revenus et d'épargne supérieure à la moyenne des Français).

Néanmoins la mise en évidence d'un sentiment d'exclusion doit être prise en compte lorsqu'elle révèle la privation de libertés fondamentales : celle de disposer d'un logement conforme à ses aspirations, celle de se déplacer, celle de bénéficier de soins ou d'un accompagnement social, etc.

Il est nécessaire de mesurer les conséquences d'ordre psychologique qui peuvent affecter des Aînés souhaitant réaliser de nouveaux projets de vie, du renouvellement de biens durables aux modifications de l'habitat, etc. Le refus de contracter par certains opérateurs peut en effet donner aux intéressés l'impression d'une forme de « mort sociale ». Ces discriminations sont d'autant plus frustrantes que les nouvelles générations d'aînés sont celles de la société de consommation et de l'accès à toutes les composantes d'une qualité de vie.

Alors que la société fait la place à la réalisation de soi à tous les âges de la vie, dans la perspective de société sans âge que décrit Anne-Marie Guillemard, les règles techniques prenant la forme d'« âges butoirs » sont difficilement comprises. Elles le sont d'autant moins qu'elles ne semblent pas suivre pas l'amélioration de vie de 3 mois chaque année et de 4 mois sans incapacité. Une limite d'âge à 65 ans pour un contrat contre les accidents de la vie, à 70 ans pour un contrat assurance emprunteur ou 75 ans pour un contrat d'assurance santé de 75 ans choquent les Aînés consommateurs et rendent impossible leurs projets.

Certaines formes de discriminations ne sont pas le fait d'une privation d'accès à tel ou tel service mais la conséquence de pratiques tarifaires inégalitaires. En matière de complémentaire santé, les exclusions occasionnées par des tarifs considérablement plus élevés en fonction de l'âge peuvent conduire de nombreux aînés (particulièrement les femmes) à ne pas s'assurer et à ne recourir aux services de santé que le plus tard possible, ce qui engendre des coûts comparativement plus importants pour la collectivité. Enfin certains assureurs conjuguent limite d'âge et hausses tarifaires : ainsi plusieurs compagnie d'assurance-voyage/ assistance ne proposent-elles pas d'assurance rapatriement pour les personnes âgées de plus de 75 ans, et pratiquent des tarifs significativement plus élevés pour les groupes d'aînés.

#### 6.5.1.2. COMBATTRE LES DISCRIMINATIONS : BONNES PRATIQUES EUROPEENNES

La comparaison avec les autres pays européens n'est pas à l'avantage de la France. La plate-forme européenne des personnes âgées AGE a remis en 2009 à la DG Emploi et Affaires sociales un dossier collecté par ses adhérents des 27 Etats des discriminations à l'accès aux assurances, soins de santé. Confirmé par un rapport présenté le 27 mai 2010 par la Commission, ce dossier présente également de bonnes pratiques d'opérateurs, consécutives dans certains cas à la mobilisation d'associations d'Aînés.

Ainsi la suppression en Suède du critère d'âge dans les prêts hypothécaires, remplacé par d'autres mécanismes de contrôle de solvabilité, ou encore l'absence de limites d'âge pour la mise à disposition de cartes de crédit ou d'assurances voyages (incluses dans l'assurance logement). Ainsi le choix de la Mutualité chrétienne, première mutuelle de Belgique, de pratiquer des prix équivalents en matière d'assurance complémentaire santé, basés non sur l'âge mais sur la composition familiale, ou celui de la filiale belge d'Europ Assistance d'offrir à chacun le même type de couverture sans considération de l'âge de la personne.

Pour expliquer les différences entre pays de ce point de vue, le sociologue Axel Grosser avance que dans les pays où l'enregistrement des naissances, le recensement sont installés, le port d'un document d'identité généralisé, « *l'âge va être utilisé, tant à tort, tantôt à raison, comme indicateur ou prédicteur d'une série de caractéristiques moins facilement observables telles que la dangerosité au volant, l'espérance de vie additionnelle, l'expérience, la compétence ou la vitalité physique* ».

## 6.5.2. ENJEUX ET PROBLEMATIQUES

### 6.5.2.1. ANTICIPER ET PREVENIR LES DISCRIMINATIONS

En adoptant une perspective résolument prospective, la Mission a souhaité mettre en regard deux évolutions majeures : les mutations démographiques attendues d'ici 20 ans et leur impact sur les opérateurs économiques, et les modifications de style de vie qui touchent les Aînés. A la « masse critique » atteinte par la population des Aînés s'ajoute l'impact des « progrès » scientifiques et technologiques qui faciliteront leur autonomie, le tout dans un contexte social, économique et juridique (modèles familiaux, problématiques énergétiques, contraintes réglementaires...) lui-même changeant.

Elle a souhaité mettre l'accent également sur la nécessité d'une approche préventive. En effet, nombre de dysfonctionnements repérés dans le groupe de travail peuvent être limités par des démarches de sensibilisation des Aînés en amont de la perte d'autonomie. Le programme Label Vie mis en place par le Groupe PREVOIR avec l'aide de Mondial Assistance est un bon exemple.

La première inégalité reste pourtant celle de l'accès à l'information relative aux droits des personnes, les Aînés mal informés ayant parfois tendance à se replier sur soi, non sans risques en termes de fragilisation financière ou de dégradation de la santé. L'Institut pour l'éducation financière du Public (IEFP), l'Association Nationale Budget Info Services (ANBIS), mais également les opérateurs financiers eux-mêmes se sont saisis du sujet en développant un accompagnement spécifique de type éducation budgétaire.

### 6.5.2.2. FAIRE EVOLUER LES OPERATEURS ECONOMIQUES

Les travaux de la Mission ont mis en évidence la nécessité de faire évoluer les opérateurs des secteurs économiques concernés (essentiellement banques, assureurs, mutuelles, organismes de protection sociale) pour ce qui relève de l'accès aux produits financiers et aux différentes formes de crédit en particulier.

Ceci supposera de la part des opérateurs de remplacer les limites d'âge par d'autres formes objectives d'évaluation des risques afin de permettre aux Aînés d'accéder à des services qui leur sont aujourd'hui fermés, et de développer ainsi de nouveaux marchés.

Un label pour identifier les bonnes pratiques pourrait être créé par les Pouvoirs Publics et piloté par un organisme indépendant.

La Mission souhaite aller plus loin en considérant que si les opérateurs sont invités à « faire sauter les verrous de l'âge », ils ont aussi un rôle à jouer dans l'anticipation des besoins des personnes selon leurs cycles de vie. Ce rôle de conseil des établissements financiers et des assureurs pour prémunir les individus des risques à venir, est important pour l'évolution de leur épargne et de leurs revenus dans le temps. Pour ce faire, une formation des personnels de « *front office* » au conseil financier adapté à l'âge serait à envisager par les professionnels.

### 6.5.2.3. UNE PROBLEMATIQUE SPECIFIQUE : LA DE-MUTUALISATION

La Mission a souhaité attirer l'attention des pouvoirs publics sur un phénomène émergent : celui qui consiste chez certains assureurs à dé-mutualiser, c'est-à-dire à fractionner leurs assurés en sous-catégories et de cesser progressivement à mutualiser le risque entre les différents segments. D'ores et déjà la dé-mutualisation est observable en matière d'assurances de personnes (santé, prévoyance...) ou automobile.

Qu'elle soit le fait de nouveaux acteurs souhaitant conquérir des parts de marché très segmentées (populations jeunes), ou de compagnies d'assurance plus importantes, les conséquences peuvent apparaître marginales aujourd'hui. La Mission a néanmoins choisi de considérer ce phénomène comme un « signal faible », le mouvement enclenché pouvant avoir à terme des conséquences importantes. La recherche de performances commerciales, la volonté d'être compétitifs pour attirer une clientèle jeune ou plus jeune, amène à établir des tarifs « lourdement chargés » pour les Aînés ; les plus fragiles d'entre eux ne pouvant assumer les coûts demandés.

Le mouvement est amorcé en assurance emprunteur où des acteurs s'efforcent de prendre des clients aux banques (et à leurs contrats captifs) en privilégiant les clients jeunes au risque d'un relèvement généralisé des tarifs ; les banques ne pourront que réagir. Il est encore plus prononcé en assurance santé, où les tarifs sont de plus en plus différenciés par tranche d'âge.

De plus en plus d'Aînés ne s'assurent plus parmi les plus fragiles et les aides mises en place (les aides à la Complémentaire maladie universelle) risquent d'être inefficaces en raison de la politique tarifaire des compagnies.

Or s'il peut paraître normal de tarifer, de fixer les primes, en fonction de la nature des risques, prendre le juste prix pour chacun conduit à rendre inassurables certains risques. Le risque d'exclusion de certaines catégories de population, à commencer par les plus vulnérables, doit être considéré avec toute l'attention qu'il mérite. La mutualisation des risques (largement acceptée par les assurés) est un mode de financement des risques légitime et moins onéreux que d'autres formes, notamment publiques, de prise en charge.

### 6.5.3. PERSPECTIVES D'ACTION

#### 6.5.3.1. PRENDRE UN TEMPS D'AVANCE SUR LES EVOLUTIONS REGLEMENTAIRES EUROPEENNES

La ratification par la France du Traité de Lisbonne donne à la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne la même valeur juridique que les Traités. Elle prévoit en son article 21 l'interdiction de toute discrimination fondée notamment sur l'âge. Le Traité de Lisbonne prévoit également que l'Union Européenne devienne partie à la Convention de sauvegarde des Droits de l'Homme et des Libertés fondamentales du Conseil de l'Europe, dont l'article 14 porte sur les discriminations. Des évolutions du droit communautaire sont donc envisageables, liées notamment aux réflexions en cours du Conseil de l'Europe sur la notion d'« accommodement raisonnable », déclinaison du droit nord-américain de la non-discrimination.

Saisie par de nombreuses organisations non gouvernementales du secteur social, la Commission Européenne a présenté une proposition de Directive en juillet 2008, excluant de nombreuses formes de discrimination, dont l'âge. Ce texte est actuellement en discussion au sein du Conseil de l'Union Européenne, et vise « à la mise en œuvre du principe de l'égalité de traitement entre les personnes sans distinction de religion ou de convictions, de handicap, d'âge ou d'orientation sexuelle » dans les domaines suivants : protection sociale (y compris la sécurité sociale et les soins de santé), éducation, accès aux biens et services et fourniture de biens et services à la disposition du public, y compris en matière de logement.

Si le texte relatif aux différences de traitement permises en matière de services financiers n'est pas stabilisé à ce stade, une Directive « anti discrimination » sera néanmoins tôt ou tard transmise aux Etats pour transposition. Il est donc souhaitable de préparer les acteurs économiques à des changements dans leurs pratiques, en particulier ne pas considérer l'âge chronologique comme facteur décisif d'acceptation ou de refus de contracter. La Mission considère que la France gagnerait à jouer un rôle moteur dans l'élaboration de la directives, tout en s'illustrant comme un exemple de bonnes pratiques en faisant évoluer avec les opérateurs concernés leur prise en considération des Aînés.

#### 6.5.3.2. SE DOTER D'OUTILS DE SUIVI DES DISCRIMINATIONS AU PLAN NATIONAL

En matière de discriminations en assurance et en banque en particulier, il convient moins de se rassurer avec un existant apparemment satisfaisant que d'être vigilant sur des phénomènes de démutualisation : ces exclusions indirectes par le niveau des primes pratiquées, ces refus et ces acceptations de risques restrictives justifiées par des considérations liées à la nature des risques présentés par les Aînés frapperont d'abord les plus vulnérables. S'agissant de la démutualisation en particulier, la Mission recommande aux Pouvoirs publics la mise en place d'une concertation avec les acteurs économiques afin d'anticiper la généralisation de ce phénomène et de prévenir ses conséquences.

De manière générale, la réalité d'un vivre chez soi favorable à l'épanouissement des Aînés peut s'évaluer, se mesurer. S'agissant en particulier de la lutte contre les discriminations, la mise en place d'une grille de suivi permettant de mesurer par des indicateurs les avancées concrètes obtenues est l'un des outils qui permettra de piloter la démarche engagée à ce jour.

Le projet de loi relatif au Défenseur des droits pourrait être le cadre législatif pour mettre en place un observatoire des discriminations liées à l'âge qui alimentera le travail de protection des droits des Aînés dont le futur Défenseur des droits aura la responsabilité. La discrimination et la prévention des difficultés devraient être examinées en distinguant selon la situation financière des Aînés et ciblées en conséquence.

### 6.5.3.3. PROMOUVOIR DES SOLUTIONS FINANCIERES D'ACCES UNIVERSEL

La Mission a souhaité contribuer à la lutte contre les discriminations financières en étudiant plusieurs pistes d'action. La micro-finance pour les Aînés, les services d'éducation et assistance budgétaire à destination sont autant d'initiatives qui lui paraissent devoir être encouragées dans la perspective d'une profonde modification du système des retraites.

Un travail exploratoire spécifique a été fait sur la mise en place d'un « prêt viager hypothécaire accessibilité », permettant aux Aînés de financer les travaux d'adaptation nécessaires au vivre chez soi, la fondation Emmaüs ayant mis en évidence que 85 % des personnes ayant des revenus faibles sont propriétaires de leur logement.

Le prêt viager hypothécaire serait très adapté, puisqu'il ne génère aucune charge pour l'emprunteur (il se rembourse à la vente du bien) mais pose problème à plusieurs niveaux en l'état de la réglementation.

Ses coûts de mise en place et les risques immobilier qui lui sont attachés (addition des risques liés à l'âge et des risques immobiliers) en font un produit complexe pour les établissements prêteurs qui n'est distribué que par un seul établissement, sur la base d'un taux élevé (8,5 %) et ne se justifie que pour des biens de valeur et des montants significatifs. L'importance de l'enjeu justifierait une intervention publique pour favoriser un « PVH accessibilité » qui pourrait être distribué plus largement à des conditions plus proches des crédits classiques et pour des montants plus modestes.

Cette intervention pourrait se faire au travers de la mise en place d'une garantie spécifique FGAS (fonds de garantie à l'accession sociale). La garantie FGAS pourrait être accordée dans la même logique que pour les prêts accession à la propriété sociale ou pour les formules de type prêts éco-travaux.

L'ensemble des établissements financiers serait ainsi sollicité pour participer à ce dispositif, un guichet unique sur le modèle de ce qui a été fait pour les aides à l'amélioration à l'habitat, mais associant les Aînés et leurs représentants, pourrait être imaginé pour garantir à chacun de pouvoir organiser dans les meilleures conditions son vivre chez soi.

## 6.6. Optimisation de la gestion des services

### 6.6.1. ÉTAT DES LIEUX

#### 6.6.1.1. LA MISE A MAL DU MODELE ECONOMIQUE ACTUEL DES SERVICES AUX PERSONNES AGEES

Le cycle économique dont nous vivons le déclin était fondé sur une activité fournie à 80% par l'industrie, laquelle était capable de financer – par un prélèvement par l'État sur les revenus bruts – les 20% d'activité restante et consacrée à l'ensemble des services (correspondant aux années 45-75 dites "trente glorieuses"). Le secteur associatif, très concerné par les participants du groupe, appartenait à ces 20%. L'État pouvait alors financer sans difficultés ce secteur. Aujourd'hui les chiffres se sont inversés: l'activité industrielle désormais réduite à 12 à 20% de l'activité globale n'est plus en mesure d'alimenter le financement du secteur des services, passé pour sa part à 80% de l'activité. D'où le désarroi que fait naître ce type de modèle économique, fondé sur la quantité de bien produits et la vitesse de production. Les services à la personne produisent pour leur part de la qualité. Ce désarroi du secteur des services contraste fortement avec la croissance prévue du nombre de personnes en situation de fragilité ou de dépendance, qui devrait doubler d'ici 2040.

#### 6.6.1.2. L'ACCES AUX SERVICES A LA PERSONNE, COMPOSANTE DECISIVE DU VIVRE CHEZ SOI

Vivre chez soi suppose la possibilité de recourir à diverses prestations d'aide à domicile, de soins et services à la personne. Les besoins multiples (portage de repas, aide ménagère, lecture à domicile, activités physiques et cognitives, aide à la mobilité, sorties culturelles, assistance technique, démarches administratives...) occasionnés par le vieillissement doivent pouvoir être satisfaits dans les meilleures conditions par les intervenants des services à la personne. En outre le contexte de la crise économique actuelle nous fait considérer ce secteur comme un gisement d'emplois encore trop peu exploité. En effet, on a pu estimer à deux millions d'équivalents temps plein le nombre d'emplois (par définition non délocalisables) créés si chaque Français consommait une heure de ce type de services par semaine.

S'il est aujourd'hui possible d'organiser la vie des Aînés à leur domicile en mettant à la disposition de ces derniers tout ce dont ils ont besoin (vie domestique, surveillance de leur état de santé et de leur sécurité, information, communication avec leurs proches ou les différents intervenants, etc.) la façon dont les services sont actuellement organisés ne permet pas de garantir leur disponibilité en termes de qualité, leur accessibilité financière par les Aînés à un coût soutenable pour la collectivité.

#### 6.6.1.3. LA MISE A DISPOSITION TEMPORAIRE DE BIENS, DE SERVICES ET D'INFORMATION EST LA TENDANCE DE FOND DE LA NOUVELLE ECONOMIE

Sur la base de tendances généralement observées aujourd'hui, la prospective macro-économique montre que l'économie de demain se fondera sur la mise à disposition temporaires de biens, de services ou d'informations, plutôt que sur l'accès à la propriété de ces derniers. Le passage du paradigme de la possession à celui de l'usage fait du secteur des services à la personne un élément central de l'économie de demain.

Cette tendance est à relier à des évolutions technologiques majeures donnant naissance à l'« internet des objets » et à l'explosion des technologies mobiles. Ces évolutions majeures font changer notre rapport à la consommation et à la disposition des biens, et peuvent avoir une influence significative sur les possibilités de vieillissement à domicile. Néanmoins, le surcroît de bien-être lié au changement de mode de consommation doit néanmoins être compatible avec le revenu des Aînés. La montée en qualité des prestations doit donc s'accompagner de nouveaux gains de productivité de la part des structures, entreprises ou associations, qui les fournissent.

#### 6.6.1.4. DE NOUVELLES TECHNOLOGIES GÉNÉRIQUES QUI ENGENDRENT UNE MULTITUDE DE DISPOSITIFS INNOVANTS HÉTÉROGÈNES.

Une technologie est dite générique lorsqu'elle s'insère dans le processus de production d'un grand nombre de secteurs de l'économie, par opposition aux technologies qui participent à une production spécifique. L'investissement sur une infrastructure rend par nature possibles des développements industriels connexes prévus ou non prévus. Les technologies de l'information et de la communication sont la technologie générique de notre époque et portent aujourd'hui la promesse d'une nouvelle phase de croissance. La convergence de l'internet, du téléphone mobile et des systèmes de géo-localisation en particulier refonde les rapports de distribution en rapprochant les entreprises (fournisseurs de bien ou prestataires de services) du consommateur ou de l'utilisateur final.

Parmi ces technologies, le NFC, le RFID ou le *bluetooth* permettent l'interaction sans contact avec des objets présents dans l'environnement immédiat des personnes. Des objets munis de puces intégrant l'une ou l'autre de ces technologies deviennent capables d'échanger automatiquement un ensemble donné d'information. Ces systèmes aujourd'hui en usage dans les transports en commun (passe « Navigo » à Paris) et dans certains lieux publics (musées, bibliothèques, résidences universitaires, etc.) ont donné lieu à des appels à projets de collectivités territoriales (« Nice ville NFC » par exemple) visant à en généraliser l'usage. Elles sont aujourd'hui trop peu utilisées dans le cadre des services à la personne et reposent sur des solutions hétérogènes et non interopérables.

Ces nouvelles technologies donnent naissance à une multitude de dispositifs innovants souvent portés par des petites et moyennes entreprises et répondant chacun à un volet de la problématique des cellules de vies : capteurs (de sécurité et de contrôle d'accès, de veille et de surveillance, d'assistance, de mesures des données corporelles, ...), robots domestiques d'aide aux aidants, systèmes de communication avec intervenants, systèmes de télégestion plus ou moins « propriétaires » et d'interface réseaux sociaux. En regard de cette offre pléthorique, les financeurs (Conseils Généraux, CNAM,..) et réseaux d'organisation des prestations opposent des approches « par silo » qui conduit à un fractionnement du marché ne permettant pas aux offreurs de solutions de trouver leur modèle économique, en dépit d'un important potentiel de croissance.

#### 6.6.1.5. DES TRAVAUX POUR CONSTRUIRE UNE INFRASTRUCTURE MUTUALISEE D'ECHANGES AVEC LES RESEAUX D'INTERVENANTS.

Dans la ligne des recommandations faites pour un plan quaternaire (1), le projet ISOTOPES<sup>32</sup> (InfraStructure Ouverte de Transmission des Opérations Pour les EcoSystèmes quaternaires) rassemble les acteurs représentant 80% des transactions du marché des prestataires des Services à la Personne (SAP). Il vise à spécifier et expérimenter un « bus » informatique universel d'échanges supportant un dictionnaire générique des données en mesure d'assurer une parfaite interopérabilité pour tout acteur du marché, quel qu'il soit. L'association EDISANTE, partenaire d'ISOTOPES (2) qui rassemble les grands acteurs du secteur de la santé et des SAP est chargée de largement décliner les travaux de standardisation dans le cadre d'un accord avec la CNSA (Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie). Les expérimentations concernent une dizaine de départements

### 6.6.2. ENJEUX ET PROBLEMATIQUES

#### 6.6.2.1. RENDRE POSSIBLE LA SATISFACTION DES BESOINS SUR LE LIEU DE VIE PAR LA PRODUCTION DES SERVICES A DOMICILE OU A DISTANCE.

L'économie quaternaire se définit comme une nouvelle phase de l'évolution économique<sup>33</sup>, fondée sur le développement de « solutions de vie » par la mise à disposition temporaire de biens et de personnes, et alliant produits issus de l'industrie (secondaire) et services fournis par des personnes (tertiaire). Cette évolution rendra possible l'accès facilité, au domicile, de ces nouveaux types de prestation. L'équipement d'appareils issus de l'internet des objets permettant de suivre l'état de santé des Aînés à distance (transmission de la tension, du pouls, de la mobilité, etc.) ou le développement de la robotique pour « aider les aidants » doit s'inscrire dans un modèle d'organisation générique.

Cet écosystème de la cellule de vie à domicile doit être structuré selon une architecture permettant une parfaite interopérabilité de tous les dispositifs mobilisés au sein de la cellule utilisant les technologies de communication variées (interface utilisateur, réseau de capteurs, robots domestiques). Elle doit également pouvoir s'interconnecter à l'extérieur de la cellule au réseau de l'infrastructure mutualisée assurant les échanges d'information avec les intervenants, les organisations prestataires et les financeurs pour le paiement des prestations. L'architecture standard de la cellule de vie doit être fonctionnellement identique quelque soit les environnements à domicile, à l'hôpital ou en maison spécialisée. Bien évidemment les fonctionnalités ont une profondeur et une technicité adaptée à l'environnement, à la personne et à ces déficiences légères ou lourdes. Ceci garantit tout à la fois l'ouverture la plus large et la personnalisation poussée qui est la forme avancée de tous les marchés en phase de maturité.

<sup>32</sup> Rapport remis à Nathalie Kosciusko Morizet, Secrétaire d'Etat à l'Economie numérique le 14 janvier 2010 par Michèle Debonneuil. Le consortium ISOTOPES est cofinancé à 50% par la DGCIS (Direction Générale de la Compétitivité, de l'Industrie et des Services). Il intègre les travaux du projet NFC-container labellisé par le pôle de compétitivité TES (Transactions Electroniques Sécurisées à Caen). Il rassemble une quinzaine de partenaires dont les fabricants de carte NFC (Oberthur, Gemalto) et opérateur télécom. Au total, 12 millions d'euros de fonds ont été mobilisés sur 2 ans.

<sup>33</sup> Debonneuil M. (2007), *L'espoir économique – Vers la révolution du quaternaire*, Paris, Bourin éditeur.

### 6.6.2.2. MIEUX MAITRISER LES COÛTS FIXES LIÉS À LA COORDINATION DES SERVICES À LA PERSONNE

Si les services à la personne continuent à juste titre d'être considérés comme un des principaux gisements d'emploi pour les années à venir, on observe néanmoins une difficulté incontestable des entreprises et associations qui les développent à trouver leur modèle économique. La mise à disposition sur les lieux de vie, de façon rentable et à un coût accessible au plus grand nombre, de leurs salariés, pose aujourd'hui la question de l'amortissement des coûts fixes, très élevés du fait du morcellement du secteur et de son organisation actuelle.

La demande quant à elle est freinée par le décalage actuel entre le paiement de la prestation et son remboursement sous forme de déduction fiscale ou de crédit d'impôt. Une certaine « industrialisation » de la mise à disposition des personnes apparaît donc nécessaire. Elle doit demeurer néanmoins respectueuse de l'humanité des échanges dans la relation de service à la personne ; et ne pas absorber dans une perspective de productivité la dimension de proximité coessentielle à ces services. Il est donc nécessaire d'insister sur le fait que ce n'est pas la prestation elle-même qui doit être industrialisée, mais la mise à disposition, c'est-à-dire la partie amont de la relation du prestataire avec son client.

### 6.6.2.3. ORGANISER ET OUVRIR UN MARCHÉ DE 12 MILLIONS DE CELLULES DE VIE À DOMICILE POUR CAPITALISER LES INITIATIVES.

La production de services sur le lieu de vie, avec les différents cercles d'aidants (depuis la famille, les bénévoles, les intervenants jusqu'aux professionnels de santé) ou à distance (télémesure, télésurveillance, réseaux sociaux avec visiophonie, etc..) permet grâce à une sophistication et une technicité accrue de limiter l'usage des environnements spécialisés, tout en permettant la continuité « sans couture » des systèmes d'organisation et de communication.

Elle constitue un formidable champ de développement de solutions plus ou moins sophistiquées sur site, pouvant donner lieu à l'émergence d'une large industrie quaternaire avec des solutions originales conçues pour le plus grand nombre, et adaptées à la situation des aînés, pour un large marché de 12 millions de personnes. Ce réseau de cellules de vie peut s'interconnecter sur une infrastructure partagée permettant l'intégration de services et de technologies grâce à la standardisation des échanges de données et la sécurisation de ces échanges.

L'archivage et la traçabilité de ces données constitue des questions spécifiques qui doivent être traitées dans le respect de l'éthique et des bonnes pratiques. Comme tous les réseaux d'infrastructure, le retour sur investissement doit s'effectuer sur une période longue pour que les coûts d'opération ne pénalisent pas sa large adoption dans un contexte économique difficile.

## 6.6.3. PERSPECTIVES D'ACTION

### 6.6.3.1. PROPOSER UNE VISION COHÉRENTE POUR UN CONSENSUS SUR L'ÉCOSYSTÈME CELLULE DE VIE À DOMICILE.

Dans un marché potentiellement important, les évolutions technologiques récentes conduisent à un foisonnement de solutions et d'offres, pour lesquels chaque acteur prend appui sur un atout spécifique pour prétendre couvrir l'intégralité des besoins conduisant à une offre hétérogène et non compatible (il suffit pour en juger de penser à la variété des chargeurs de téléphones mobiles).

Pour autant, il n'est pas sain compte tenu des enjeux sociaux en présence, que le détenteur d'un maillon obligé prétende s'approprier toute la chaîne. Il est donc nécessaire de bâtir un consensus sur une vision partagée de l'écosystème cellule de vie. Il s'agit là d'une tâche complexe, mais qui ne recèle pas en soi d'impossibilité prévisible tant l'attente des bénéficiaires est connue et forte, et tant les options technologiques sont stabilisées, par nombre de travaux déjà réalisés en amont.

L'écosystème « cellule de vie » se définit comme un complexe quaternaire de services et de dispositifs technologiques interopérables, qui doit pouvoir se connecter à l'infrastructure d'échange déjà définie par ailleurs. L'architecture standard étant définie cela ouvre, en France un marché de 12 millions de cellules, permettant à tous les acteurs de jouer sa partie dans une loyale concurrence. Il appartiendra alors au CNRSDA de labelliser de la façon la plus ouverte et transparente, les dispositifs répondant aux critères d'interopérabilité (au besoin à travers un connecteur *ad hoc*) et s'inscrivant dans l'architecture cible. Parallèlement, une plateforme d'innovation devrait être mise en œuvre pour fournir les moyens techniques de développement en R&D pour les entreprises souhaitant développer de nouvelles applications quaternaires.

#### 6.6.3.2. ORGANISER LE RESEAU DES CELLULES DE VIE A DOMICILE INTERCONNECTEES AVEC L'INFRASTRUCTURE NUMERIQUE MUTUALISEE.

Un réseau de cellules de vie peut être déployé dès lors qu'une architecture standard peut faire l'objet d'un consensus suffisant. L'ampleur du marché permet de calibrer des coûts très compétitifs. Il suffit par ailleurs de l'interconnecter à l'infrastructure numérique mutualisée qui fait l'objet des recommandations pour un plan quaternaire. Elle est justifiée par le fait que les services aux personnes dépendantes bénéficiant de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) ou de la prestation de compensation du handicap (PCH) représentent un poste important des dépenses des conseils généraux (le tiers des dépenses sociales), et un total cumulé de 4,6 milliards d'euros.

Responsables du suivi de l'activité des prestataires de services (enregistrement des heures d'arrivée et de départ du domicile de la personne dépendante, temps de transport, etc.), les conseils généraux sont également en charge du paiement des prestataires à partir des fonds de l'APA et de la PCH, versés le plus souvent en direct à l'heure actuelle. Le contrôle du bon usage de ces fonds nécessite aujourd'hui une organisation coûteuse de surveillance et de suivi dont la plus grande part pourra être automatisée. Une économie de l'ordre de 10%<sup>34</sup> des dépenses de services aux personnes dépendantes peut être attendue du passage à une solution d'infrastructure partagée.

Le fait de disposer d'un système d'échange d'informations et de bases de données communes entraînera des économies substantielles en matière de coûts de coordination des services et de contrôle des paiements. C'est l'efficacité même des structures prestataires (entreprises et associations) qui sera améliorée du fait du recours à un système d'information basé sur les développements actuels.

<sup>34</sup> Estimation faite sur la base des économies induites du fait de la mise en place du CESU papier pour ces services.

### 6.6.3.3. SOUTENIR LES ACTEURS ENGAGÉS DANS LA PHASE D'ECLOSION DES INFRASTRUCTURES MUTUALISÉES

A l'heure actuelle, les travaux de standardisation cofinancés par la DGCIS (Direction Générale de la Compétitivité de l'Industrie et des Services) ont été conduits depuis 2008 à travers un consortium qui rassemble à travers ses membres près de 80% du volume d'échanges au plan national. Ces travaux définissent l'architecture ouverte de ce que l'on peut appeler un « bus » d'échanges commun auquel tout acteur ou financeur peut s'interconnecter pour communiquer avec l'ensemble des autres acteurs et financeurs. Cette architecture a vocation à garantir une parfaite ouverture, interopérabilité et indépendance tant vis-à-vis des financeurs, des banques, que des opérateurs télécom.

Plusieurs départements (Rhône, Alpes-Maritimes, Manche, Hérault, Calvados, Hauts-de-Seine, Corrèze, Isère) ont manifesté leur intention ou leur intérêt pour s'engager dans une démarche pilote visant à expérimenter l'architecture d'échange dans des contextes socio-économiques différents. L'extension à d'autres territoires (Monaco, Ligurie, Belgique,...) est également envisagée dans le cadre de projets européens. Il apparaît nécessaire d'accélérer les démarches visant à développer des systèmes interopérables aux standards ouverts, sur lesquels les différents services et technologies (écrans, capteurs, caméras, robots...) viendront s'intégrer. La rentabilité propre d'un tel investissement et la durée du retour sur investissement justifient un financement souverain, compte tenu de son intérêt économique.

### 6.6.3.4. EXEMPLES D'APPLICATIONS QU'IL SERAIT URGENT DE DÉVELOPPER

Les applications à développer dans le cadre de l'infrastructure générique précédemment décrite sont nombreuses, compte tenu notamment de la diversité des besoins, des types de personnes et des situations en jeu. Il est néanmoins important de « donner chair » à ce domaine par quelques exemples qui sont apparus particulièrement appropriés au cours des travaux du volet 6. Nous les présentons sous forme très succincte :

- Cartographie des accueils de jours de malades (places disponibles, distance du lieu de vie...). Intérêt : allègement du fardeau des aidants, accès direct à des places disponibles d'accueil en cas de fatigue ou d'urgence de l'aidant.
- Cartographie des employeurs (associations, sociétés...). Intérêt : faciliter la proximité urbaine employés-employeurs (diminution des coûts de transports, de la fatigue physique et psychique...), diminution du « turn over » des employés, allongement de la durée d'emploi, possibilité de décupler la réactivité des employeurs et l'adaptation des réponses des employeurs à la demande de la clientèle âgée, augmenter les possibilités de prise en compte des événements difficiles (hospitalisation du conjoint...)
- Optimisation de la gestion médico-sociale de la personne âgée fragile ou malade. En particulier, développer : le dossier médical partagé et dossier pharmaceutique partagé, faciliter la gestion de réseaux gérontologiques, faciliter le retour au domicile après hospitalisation (liaisons hôpital-ville, réseaux).
- Renforcement du professionnalisme des prestataires de service à domicile pour personnes âgées : simplification (automatisation) de la facturation et du paiement (horodatage, Cesu, ...), valorisation des métiers par le professionnalisme.
- Formation : mutualisation des opérations de formation (formations offertes à plusieurs employeurs).

#### 6.6.3.5. TIRER PARTI DE LA DYNAMIQUE DE L'EMPRUNT NATIONAL POUR ETENDRE LA PHASE D'EXPERIMENTATION POUR UN DEPLOIEMENT TERRITORIAL.

Doté de 2,5 milliards d'euros pour les actions ne correspondant pas directement à l'extension du très haut débit, le fonds national pour la société numérique prévu par l'Emprunt national aura pour mission de consolider, dans des partenariats public-privé de recherche et développement, la maîtrise des technologies de base du numérique, aux applications multiples dans le domaine des télécommunications, de l'informatique, de l'énergie et des transports. Il prévoit notamment de permettre aux pôles de compétitivité engagés sur ces thématiques de développer des plateformes collaboratives de recherche et d'expérimentations de nouveaux usages numériques.

En fléchant une partie de ces fonds vers l'expérimentation de solutions technologiques dédiées à l'optimisation des services à la personne, l'Etat rendra possible le déploiement d'innovations sur une infrastructure partagée. Il permettra également une évaluation précise des gains obtenus et du bilan coûts/ avantages de sa généralisation à l'ensemble du territoire. Il stimulera la recherche des meilleures pratiques par les départements dans la fourniture de services publics et sociaux via la constitution d'offres différenciées pouvant s'interfacer à l'infrastructure. Il permettra à toutes les entreprises qui offrent une large palette de dispositifs constitutifs de la cellule de vie générique d'offrir des solutions interopérables, pour la constitution d'un véritable marché avec les réductions de coût par effet d'échelle et la capacité à exporter.

## 7. LES PRÉCONISATIONS DU RAPPORT

### 7.1. Introduction

#### 7.1.1. UN POINT D'ETAPE

Si la remise de ce rapport à Mme Nora Berra, Secrétaire d'État chargée des Aînés, marque un achèvement, ce n'est que l'achèvement d'une étape. La mise en œuvre des préconisations de la Mission est dès à présent à notre agenda, il importe d'en marquer les jalons et d'en organiser le suivi.

Par son impulsion initiale, comme par le travail réalisé dans les groupes, la Mission aura donné lieu à des collaborations originales, et permis la réalisation d'une transversalité effective, point de départ d'une dynamique nouvelle.

D'ores et déjà, des éléments de consensus notables sont apparus, des représentations communes se sont forgées. La dynamique de groupe-projet ne doit pas cesser avec le présent rapport, qui prend acte de cette dernière pour donner un cadre aux travaux futurs : les propositions qui viennent sont donc un point de départ plus qu'un point d'arrivée.

#### 7.1.2. CONDUIRE LA MISE EN ŒUVRE DES PRECONISATIONS

Le prolongement de cette dynamique peut se penser sur plusieurs plans :

- La mise en œuvre des actions proposées par le rapport, qui pour chacune d'entre elles requièrent la mobilisation d'acteurs différents, et dont la cohérence d'ensemble supposera que l'effort engagé collégialement soit poursuivi. A chaque mesure correspondra donc un « champion », qui sera responsable de la mise en œuvre et s'assurera des meilleures conditions de sa faisabilité. Il présentera l'avancement de sa démarche à un comité de suivi présidé par la Ministre, prolongeant le travail de la Mission dans l'esprit de partage et de transversalité qui a guidé ses travaux. Le Centre National de Référence Santé à Domicile et Autonomie sera chargé de la coordination opérationnelle de cette instance.
- L'élargissement progressif des contributeurs et acteurs du vivre chez soi à un public le plus large possible. Si les experts se sont prononcés, il revient maintenant aux institutions, aux associations et aux entreprises d'agir. Il revient aussi aux citoyens et à leurs élus de se mobiliser pour faire en sorte que l'amélioration de la qualité de la vie à domicile soit, pour les Aînés et pour tous, une réalité. Là aussi, des « champions » doivent être identifiés, représentant la société dans la mise en œuvre et l'enrichissement du projet commun. Les élus seront particulièrement invités par le biais de leurs associations à suivre la mise en œuvre à leur niveau, des préconisations ; mais aussi à enrichir par leurs expériences, leurs pratiques et leurs idées, les travaux de la Mission.

- La structuration d'un cadre de référence interministériel, national, puis international, pour un label « vivre chez soi » pourra être l'aboutissement de ces démarches diverses mais convergentes. Compte-tenu de l'agenda international, la France pourra promouvoir les idées, les pratiques et les valeurs associées au Vivre chez soi.

### 7.1.3. QUELQUES JALONS POUR L'AVENIR PROCHE

Le 17 juin 2010, la présentation des conclusions du présent rapport par Mme la Secrétaire d'État sera aussi le lancement officiel de la mise en œuvre de ses préconisations.

Dès septembre 2010, un atelier interministériel associant les « champions » responsables de la mise en œuvre pourra être organisé, aboutissant aux premiers engagements formels et à l'établissement d'un agenda commun.

Un second rendez-vous public sera constitué par l'organisation, au printemps 2011, des Etats Généraux du Vivre chez soi, point d'étape de cette mise en œuvre et moment d'ouverture et d'échanges avec tous ceux, élus et citoyens, qui souhaiteront s'associer à la démarche.

Les initiatives et propositions issues des Etats Généraux du Vivre chez soi permettront de nourrir les travaux de l'année européenne du vieillissement actif et de la solidarité entre les générations qui devrait être lancée en 2012.

C'est donc dans une perspective pluriannuelle que la Mission a souhaité inscrire ses travaux, pour en garantir le suivi et en permettre les prolongements nationaux, locaux et européens.

### 7.1.4. INSTRUMENTS FINANCIERS A MOBILISER

Compte tenu du contexte budgétaire qui est celui de la France aujourd'hui, la Mission a souhaité limiter le recours à des dépenses nouvelles. Convaincue de la nécessité de stimuler le développement d'offres spécifiques, elle a cependant souhaité flécher plus particulièrement des fonds disponibles ou qui sont en cours d'élaboration. Ces instruments financiers sont les suivants :

- Le Fonds Unique Interministériel
- Le Fonds de Garantie à l'Accession Sociale
- Le Fonds Stratégique d'Investissement
- Le Fonds pour la Société Numérique mis en place dans le cadre de l'Emprunt National.

Un travail interministériel devra donc être mené pour coordonner ces efforts.

## 7.2. Axes et mesures

### 7.2.1. AXE 1 : AMELIORER LE CADRE DE VIE DES AINES

#### 7.2.1.1. MESURE 1 : CREATION D'UN LABEL « VIVRE CHEZ SOI »

Les travaux de la Mission visent à faire mieux prendre en compte par la société tout entière le souhait des Aînés et les enjeux du vivre chez soi. La création de nouveaux produits, de nouveaux services, de nouvelles compétences, les efforts entrepris par les collectivités, les bailleurs sociaux, les entreprises industrielles, les associations, etc. qui s'inscriront dans cette perspective pourront être récompensés par un label « Vivre chez soi ». Un cadre de référence élaboré en transversalité entre les différents acteurs publics et privés, puis élargi dans une perspective internationale, pourra donner lieu à un label promouvant les organisations agissant dans le respect de ce cadre. A travers cet emblème, c'est une promesse d'amélioration de la qualité de vie qui sera délivrée.

#### 7.2.1.2. MESURE 2 : GENERALISER DANS LES PLANS LOCAUX D'HABITATS LES ETUDES DE PREFIGURATION DE LA STRATEGIE TERRITORIALE EN MATIERE D'ADAPTATION DU PARC DE LOGEMENTS NEUFS OU EXISTANTS

S'il est un « aménagement durable », c'est bien celui qui se projette dans le temps en prenant en compte l'évolution de la personne tout au long de sa vie. Dans un souci de mixité intergénérationnelle et sociale, il est nécessaire de faciliter l'implantation d'établissements ou de logements adaptés, encore trop souvent implantés en fonction de critères d'opportunité foncière, en fixant aux documents d'urbanisme des objectifs à atteindre en ce sens.

Le Plan Local de l'Habitat peut constituer le socle principal sur lequel bâtir une véritable stratégie d'aménagement en faveur des Aînés, par le développement du parc immobilier en lien avec les adaptations programmées des espaces publics, des transports en commun mais aussi avec l'environnement de commerces et de services existant. Ils donneront lieu à une mise en perspective de stratégies d'adaptation proposées par les promoteurs et bailleurs sociaux sur leur parc, les diagnostics en matière d'accessibilité des espaces et des bâtiments publics contenus dans les Plans de Mise en Accessibilité de la Voirie (PMAV) et Plans de Mise en Accessibilité des Bâtiments (PMAB). Ils devront comprendre une cartographie des infrastructures numériques évaluant la desserte et la capacité des réseaux. Ces représentations permettront d'identifier les zones à desservir en priorité ainsi que les plans d'action et d'équipement à cinq ans.

Cette stratégie peut être prolongée dans les Plans Locaux d'Urbanisme (PLU), Plan de Déplacements Urbains (PDU) et les Schémas de Cohérence Territoriale (SCoT).

L'intégration dans les schémas gérontologiques de la dimension territoriale et de la mobilité permettrait également une plus grande cohérence de ces documents et de l'articulation des différentes compétences des collectivités.

L'article R302-1-1 du Code de la Construction et de l'Habitation devra donc être modifié en conséquence.

### 7.2.1.3. MESURE 3 : RENDRE POSSIBLE LA CREATION D'UNE NOUVELLE CATEGORIE DE LOGEMENTS SOCIAUX DEDIES AUX AINES

Vivre chez soi n'a de sens que pour autant que le foyer ne devienne pas, du fait d'un environnement peu favorable, un lieu de confinement. Plusieurs études ont montré que la très grande majorité des déplacements des Aînés s'effectuait dans un rayon de 500 m, en rapport avec la présence à proximité de commerces et services. Dans cette perspective, le « chez soi » s'étend au quartier, envisagé de façon à la fois pratique et affective. Il est donc important de rendre possible la construction de logements sociaux adaptés en centres-villes ou centres-bourgs. Afin d'éviter tout risque de ségrégation, le développement d'une offre sociale spécifique et accessible sous conditions d'âge sera strictement encadré. Situés uniquement au sein d'environnements géographiques évalués comme favorables, ils comprendront une base d'équipements obligatoires, et pourront ne proposer qu'une demi-place de stationnement par appartement afin de compenser les surcoûts liés aux équipements d'adaptation, aucun sur-loyer ne pouvant être exigé par rapport aux loyers classiques pratiqués par les bailleurs.

Ils seront créés dans des immeubles indépendants comprenant de quatre à vingt logements au maximum, ou en rez-de-chaussée d'immeubles comprenant des logements classiques, sans que le nombre de logements dédiés puisse excéder une vingtaine de logements par immeuble. Néanmoins, dans le cas de la réalisation d'une résidence comprenant des services de conciergerie et des lieux de rencontre (salle polyvalente, bibliothèque), le nombre maximal de logements pourra être porté à une soixantaine. Les collectivités devront être particulièrement attentives à la proximité d'établissements d'hébergement (accueil de jour, accueil temporaire) ainsi que d'une offre de soins ou de services à domiciles.

L'article L441-1 du Code de la Construction et de l'Habitation devra donc être modifié en conséquence.

### 7.2.1.4. MESURE 4 : METTRE EN ŒUVRE UN DIAGNOSTIC « VIVRE CHEZ SOI » CENTRE SUR L'AINE

Par voie d'expérimentation dans un premier temps, la Mission propose la mise en œuvre d'un diagnostic « vivre chez soi » centré sur l'aîné et son projet de vie dans son contexte d'habitat et d'environnement immédiat. Ce diagnostic s'attachera à spécifier la situation d'autonomie physique, sensorielle, psychique et contextuelle des personnes concernées. Dans le cas des propriétaires et des bailleurs privés, le repérage pourra être effectué en utilisant un outil commun construit à partir des dispositifs existants : évaluateur conseil de la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse, repérage des risques d'accidents domestiques de l'Agence Nationale des Services à la Personne, plateformes d'assistance opérationnelle des assureurs, interventions des associations PACT, etc. Dans le cas des bailleurs sociaux, un diagnostic du parc selon le risque générique pour des logements adaptés s'accompagnera de la prise en compte des besoins personnalisés des Aînés lors d'attribution de logement ou de mutation.

La méthode du diagnostic sera effectuée par points de vigilance, en veillant notamment à la décence, le respect de la réglementation en matière d'accessibilité, la sécurité électrique, la prévention des accidents de la vie domestique, la sécurité anti-intrusion et agression, le confort, l'accès au réseau informatique, l'adaptabilité du logement, etc. Elle se doublera d'un parcours par espaces, permettant de repérer les difficultés éventuelles de déplacement de la personne dans son logement et son environnement immédiat, ainsi que dans l'utilisation des équipements.

Un travail spécifique sur les compétences adaptées aux besoins identifiés, à la coordination de leurs interventions ; ainsi que sur le financement du diagnostic et des travaux sera mené en cohérence avec les pistes d'ores et déjà identifiées par les groupes de travail relatifs aux compétences et à l'inclusion.

#### 7.2.1.5. MESURE 5 : PROMOUVOIR DES SOLUTIONS FINANCIERES D'ACCES UNIVERSEL

La Mission a souhaité favoriser l'inclusion et contribuer à la lutte contre les discriminations financières en étudiant plusieurs pistes d'action. S'agissant des Aînés défavorisés en particulier, ou de ceux qui connaissent une crise liée à un accident de la vie (maladie, veuvage...) la micro-finance ou les services d'assistance budgétaire à destination des ménages en état de cessation de paiement sont autant d'initiatives qui lui paraissent devoir être encouragées.

Un travail exploratoire spécifique a été mené sur la mise en place d'un « prêt viager hypothécaire accessibilité », permettant aux Aînés de financer les travaux d'adaptation nécessaires au vivre chez soi. En effet, si 75% des plus de 65 ans sont propriétaires de leur logement, la réalité des « propriétaires pauvres » (85% des Aînés en situation de pauvreté sont propriétaires de leur logement selon la Fondation Emmaüs) ne doit pas être cachée. Pour ces personnes qui souhaitent notamment financer les travaux d'adaptation de leur logement, la création d'un « prêt viager hypothécaire accessibilité » doit être envisagée, et entraîner une intervention publique<sup>35</sup>.

Cette intervention pourrait se faire au travers de la mise en place d'une garantie spécifique du FGAS (Fonds de Garantie à l'Accession Sociale), dans la même logique que celle qui préside à la formation des prêts accession à la propriété : plafonds de ressources pour les emprunteurs et partage de risque entre l'État et l'établissement prêteur au moment de la survenance des sinistres sans cotisation initiale. Des règles spécifiques permettraient de limiter les risques encourus : montant plafonné à un pourcentage de la valeur du bien qui pourrait varier de 15 à 25 % en fonction de l'âge du ou des emprunteurs (ce point est critique pour limiter le risque global) ; remplacement du système de bonus malus actuel par un partage 20/80 des risques entre l'établissement prêteur (20) et le FGAS (80). En contrepartie de cette garantie, le taux de ces crédits serait plafonné au taux plafond des prêts conventionnés (aujourd'hui entre 5,85% et 6,3%). D'autres hypothèses (subvention du taux notamment) ne sont pas écartées par la Mission, qui s'appuie notamment sur les travaux de M. Jean-Claude Vannier, pilote du projet « éco-prêt à taux zéro » pour définir les modalités d'établissement de ce prêt viager hypothécaire accessibilité.

Quelle que soit la solution technique retenue, la Mission recommande la mise en place d'un travail d'éducation et de sensibilisation insistant sur la valorisation du bien qui est la conséquence des travaux d'adaptation. Un travail spécifique mené avec les notaires pourrait permettre une plus grande prise de conscience des enjeux de l'adaptation, véritable levier pour l'amélioration des conditions quotidiennes du vivre chez soi.

<sup>35</sup> . En parallèle aux travaux de la Mission, le rapport de Muriel Boulmier « Bien vieillir à domicile » est également parvenu à ces conclusions.

#### 7.2.1.6. MESURE 6 : MISE EN PLACE DE BILANS DE MOBILITE

Sauf affection neuropsychologique particulière, la Mission a souhaité aborder sans préjugé la question de la conduite automobile des Aînés, la capacité à se déplacer étant une composante majeure de l'expérience du chez soi. S'agissant des personnes âgées ne présentant pas d'affection médicale particulière, il est nécessaire de proposer des moments d'évaluation leur permettant d'adapter leur stratégie de mobilité aux évolutions de leur état de santé liées au vieillissement. Des bilans de compétences accomplis par des professionnels (ergothérapeutes formés à l'enseignement de la conduite par exemple) pourraient ainsi être accompagnés de stages de remise à niveau ou de formation à la récupération de points, d'expérimentations d'aides techniques à la mobilité ou de sensibilisation des Aînés aux alternatives à l'automobile existant sur leur territoire. Cette prise de conscience progressive permettra de franchir plus facilement le seuil critique de l'arrêt de la conduite.

Dans cette perspective, la création de plateformes dont le rôle sera de conseiller, informer et former afin d'anticiper cette évolution est recommandée par la Mission. Celles-ci auraient pour fonction de définir et proposer un bilan de mobilité pour les conducteurs âgés ne présentant pas d'affection médicale particulière, mais aussi d'informer, voire de coordonner, mutualiser et organiser la mise à disposition des services de mobilité sur un territoire, et proposer un guichet commun jouant un rôle d'interface entre l'offre et la demande. Ancrées dans leur territoire, ces plateformes permettront le développement des mobilités douces sur le territoire, tout en ayant un objectif éducatif et social de services aux personnes fragilisées. D'ores et déjà, la formation professionnelle propose un grand nombre de formations à la retraite et de stages visant les actifs en fin de carrière à se préparer à cette étape. Il serait souhaitable que la dimension de bilan de mobilité soit intégrée à ces dispositifs, afin de donner un cadre à la mise en œuvre de cette catégorie d'action.

Parce qu'elles permettront de sensibiliser une population nombreuse et toujours croissante aux modes doux, la Mission recommande l'intégration du développement de ces plateformes au programme « transports et urbanisme durables » de l'Emprunt national.

#### 7.2.1.7. MESURE 7 : MESURER ET PREVENIR LES DISCRIMINATIONS LIEES A L'AGE

En faisant coopérer au sein d'un même groupe de travail associations d'Aînés et de consommateurs et opérateurs économiques, la Mission a souhaité maintenir une vision équilibrée, ne se cachant ni les politiques favorables aux Aînés menées par certains opérateurs, ni les refus de contracter qui peuvent aboutir dans certain cas à un sentiment de « mort sociale ». En insistant sur le sentiment d'exclusion autant que sur la réalité de certaines discriminations, la Mission souhaite voir se développer un travail d'observation des discriminations vécues par les Aînés : « âges-butoirs », tarifs excessifs entraînant l'impossibilité de réaliser des projets, voire rendant impossible l'exercice de libertés fondamentales. De manière générale, la réalité d'un vivre chez soi favorable à l'épanouissement des Aînés peut s'évaluer, se mesurer. S'agissant en particulier de la lutte contre les discriminations, la mise en place d'une grille de suivi, permettant de mesurer par des indicateurs les avancées concrètes obtenues, est l'un des outils qui permettra de piloter la démarche engagée à ce jour. En se voyant confier des missions d'enquête spécifiques, le Défenseur des droits, la Haute Autorité de Lutte contre les Discriminations et pour l'Egalité mais aussi d'autres organisations (CREDOC, associations de consommateurs...) pourront être le cadre de cette mesure des discriminations liées à l'âge.

#### 7.2.1.8. MESURE 8 : ENGAGER UNE CONCERTATION AVEC LE SECTEUR DE L'ASSURANCE SUR LA PROBLEMATIQUE DE LA DE-MUTUALISATION

En matière de discriminations en assurance et en banque en particulier, il convient moins de se rassurer avec un existant apparement satisfaisant que d'être vigilant sur des phénomènes de démutualisation, des exclusions indirectes par le niveau des primes pratiquées, des refus et des acceptations de risques restrictives justifiées par des considérations liées à la nature des risques présentés par les Aînés qui frapperont d'abord les plus vulnérables. De plus en plus d'aînés ne s'assurent plus parmi les plus fragiles et les aides mises en place (les aides à l'assurance santé) risquent d'être inefficaces en raison de la politique tarifaire des compagnies. Or s'il peut paraître normal de tarifer, de fixer les primes, en fonction de la nature des risques, prendre le juste prix pour chacun conduit à rendre inassurables certains risques. Le risque d'exclusion de certaines catégories de population, à commencer par les plus vulnérables, doit être considéré avec toute l'attention qu'il mérite. La mutualisation des risques (largement acceptée par les assurés) est un mode de financement des risques légitime et moins onéreux que d'autres formes de prise en charge, notamment publiques. La dérive de la « démutualisation » est le fait d'une dérive commerciale, qui ne correspond à aucun besoin des assurés, du public, n'est même pas demandé par les clients et n'est que le résultat d'initiatives des acteurs du marché. La Mission recommande aux ministères concernés la mise en place d'une concertation avec les secteurs de l'assurance afin d'anticiper la généralisation de ce phénomène et de prévenir ses conséquences. Celle-ci pourrait donner lieu à l'établissement d'une charte ou d'un code de déontologie.

#### 7.2.2. AXE 2 : FACILITER L'ACCES AUX TECHNOLOGIES ET SERVICES DU VIVRE CHEZ SOI, ENCOURAGER LE DEVELOPPEMENT D'UNE OFFRE ADAPTEE

##### 7.2.2.1. MESURE 9 : LANCER UNE CAMPAGNE DE COMMUNICATION DEDIEE AUX TECHNOLOGIES ET SERVICES DU VIVRE CHEZ SOI

A l'heure actuelle le principal frein à un développement majeur du secteur consiste dans l'appropriation trop faible par les Aînés des ressources offertes par l'utilisation de ces nouveaux produits. Dédratiser le recours à ces technologies, rendre explicites des besoins non formulés à ce jour, apparaît comme une nécessité à la Mission. La ressource d'une campagne de communication et de sensibilisation de la cible, des professionnels et de l'opinion publique pourrait répondre à cette problématique et contribuer à lever ce frein au développement du secteur. L'ensemble des canaux de communication (télévision, presse écrite...) permettra d'atteindre le plus grand nombre.

La mise en place d'un portail dédié aux Aînés, proposant à la fois des fonctions d'information, d'aide à la décision, mais aussi de contenus culturels contribuera à lever des barrières en matière d'accès à l'innovation, et à faire se rencontrer offre et demande de services et technologies de la santé à domicile et de l'autonomie. En cohérence avec les actions de l'Emprunt National en faveur de la numérisation, des partenariats-clefs avec des éditeurs de contenu (presse spécialisée, INA...) permettront d'amener les Aînés à se familiariser avec ces technologies et services favorisant le vivre chez soi.

#### 7.2.2.2. MESURE 10 : GENERALISER L'ACCES A L'INTERNET

Si divers que soient les besoins et les technologies, ils ont en commun de nécessiter un accès généralisé à l'internet, afin de permettre la mise en place de solutions technologiques communicantes. La Mission propose donc la mise en place de services spécifiques aux Aînés ne disposant pas nécessairement d'ordinateurs mais souhaitant utiliser pour d'autres terminaux (télévision, téléphone notamment) l'accès au réseau. La Mission a lancé une réflexion avec certains opérateurs sur cette question et attend de ces derniers la mise en place de solutions innovantes, qui faciliteront dans un second temps l'accès à des technologies plus sophistiquées touchant à la fois aux sphères de l'information et de la communication, du multimédia, des loisirs numériques, de l'optimisation et de l'efficacité du système énergétique global, des services de santé et d'autonomie des personnes, etc.

« Eu égard au développement généralisé d'internet et à son importance pour la participation à la vie démocratique et à l'expression des idées et des opinions », la liberté d'accéder aux services de communication en ligne a été récemment affirmée par le Conseil Constitutionnel comme découlant de la liberté de communication et d'expression établie par la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen. Au moyen d'incitations financières inspirées de l'exonération de certains contribuables âgés de plus de 60 ans de la redevance audiovisuelle, la Mission recommande un effort des opérateurs et de la solidarité nationale permettant d'aboutir à un tarif « connexion aînés » préférentiel, avec comme cible un abonnement mensuel inférieur à 10€.

#### 7.2.2.3. MESURE 11 : FAVORISER LA MISE A DISPOSITION D'OFFRES DOMOTIQUES GROUPEES

Afin de répondre à la problématique de la diversité des cibles d'utilisateurs, mais aussi de la solvabilisation de la demande, la Mission recommande le développement par des entreprises ou des consortiums d'entreprises d'offres domotiques groupées, présentant des compositions différentes en fonction du statut de la population cible. Elle recommande d'intégrer les technologies dans les offres de services pris en compte dans le cadre du débat sur le 5<sup>ème</sup> risque, et d'expérimenter sur des territoires l'utilisation de ces technologies par les établissements et services sanitaires et sociaux. La récente mise en place d'une association rassemblant plusieurs opérateurs de réseaux et équipementiers favorisera l'identification d'interlocuteurs pour mener à bien ce projet. Le fléchage de fonds d'aide à l'innovation (Fonds Unique Interministériel et Fonds pour la Société Numérique notamment) vers des appels à projets dédiés est recommandé par la Mission.

#### 7.2.2.4. MESURE 12 : FAVORISER LE DEVELOPPEMENT DE LA CONCEPTION UNIVERSELLE DANS LES FILIERES INDUSTRIELLES VIA LA RECHERCHE & DEVELOPPEMENT COLLABORATIVE

Parce qu'elle permet l'élargissement des marchés et une innovation utile à tous (ainsi la télécommande a-t-elle été développée pour les personnes se déplaçant difficilement), la conception universelle ou *design for all* est non seulement socialement profitable, mais favorable au développement industriel. A ce titre, la Mission souhaite l'encourager.

Trop peu prises en compte par les différentes filières, les problématiques de design, d'adaptation et d'accessibilité des produits aux Aînés doivent être plus systématiquement considérées. Dans l'automobile comme dans d'autres filières (santé, agro-alimentaire...), l'encouragement au développement de l'approche « conception universelle » (simplicité et usage intuitif, tolérance à l'erreur, faible effort physique, information perceptible...), pourra être le fait notamment d'appels à projets de R&D collaborative et du fléchage de fonds dédiés par les pôles de compétitivité.

#### 7.2.2.5. MESURE 13 : CREATION D'UN FONDS D'INVESTISSEMENT DEDIE AUX ENTREPRISES DEVELOPPANT DES OBJETS COMMUNICANTS FAVORISANT LE VIVRE CHEZ SOI

L'économie de demain verra de plus se mêler objets et services au sein de produits qui faciliteront notamment le vivre chez soi. Il apparaît nécessaire de renforcer la compétitivité française dans un domaine d'activité dont les marchés connaîtront une forte progression à l'avenir. Afin de rendre possible le développement d'objets communicants pour le domicile, la Mission préconise de créer un fonds d'investissement dédié aux entreprises qui innovent dans ce domaine.

Au-delà des problématiques technologiques, une attention particulière devra être portée au design et à l'accessibilité des interfaces utilisateurs afin de s'assurer de l'appropriation par les Aînés de ces objets.

### 7.2.3. AXE 3 : ACCOMPAGNER LA MODERNISATION DES SERVICES A LA PERSONNE

#### 7.2.3.1. MESURE 14 : CREATION D'UN CENTRE DE REFERENCE ET D'EXPERTISE POUR LES METIERS ET LES COMPETENCES DANS LE DOMAINE DE LA SANTE ET DU SOCIAL

Le très grand nombre de diplômes (83) et de certifications correspondant aux métiers de l'intervention à domicile nécessite un travail de mise en cohérence et de simplification de ces qualifications. Le travail engagé par la mission confiée à George Asseraf en 2009, et les réflexions menées par la Commission nationale de la Certification Professionnelle, doit être complété aujourd'hui par la création d'un centre expert dédié à cette problématique majeure pour un secteur toujours plus important de l'économie française.

La vocation de ce centre étant de favoriser la prise de décision organisationnelle, professionnelle, réglementaire, économique pour permettre l'amélioration de la santé à domicile, ses missions spécifiques seront la simplification de l'offre de formation en s'appuyant sur les meilleures pratiques européennes et en suivant l'évolution de la mise en cohérence des diplômes. La description des nouveaux besoins et l'identification des nouvelles compétences associées, de même que la valorisation des métiers passera par l'élaboration de référentiels besoins/ métiers/ compétences/ formation en particulier sur les thématiques suivantes :

- Évaluation de l'autonomie, du handicap moteur, neurosensoriel et psychologique
- Coordination des acteurs/des intervenants au domicile
- Métiers permettant le maintien de la meilleure autonomie physique possible
- Adaptation de l'environnement aux capacités de la personne

L'élaboration de référentiels de bonnes pratiques pour le maintien de l'autonomie et le bien vivre à domicile via des travaux de groupes (conférences de consensus, focus groupes, groupes de travail classique,...) sera également à l'agenda de ce centre de référence et d'expertise pour les métiers et les compétences dans le domaine de la santé et du social, placé sous la responsabilité du CNRSDA. Celui-ci pourra s'appuyer sur trois structures possibles : une association, une équipe de recherche ou un GIE, regroupant les différents partenaires intéressés et les financeurs.

#### **7.2.3.2. MESURE 15 : RENFORCER L'ORGANISATION DES SERVICES AUX AINÉS PAR DES MUTUALISATIONS APPUYÉES SUR UNE INFRASTRUCTURE GÉNÉRIQUE STANDARDISÉE**

Responsables du suivi de l'activité des prestataires de services (enregistrement des heures d'arrivée et de départ du domicile de la personne dépendante, temps de transport, etc.), les conseils généraux sont également en charge du paiement des prestataires à partir des fonds de l'APA et de la PCH, versés le plus souvent en direct à l'heure actuelle. Le contrôle du bon usage de ces fonds nécessite aujourd'hui une organisation coûteuse de surveillance et de suivi dont la plus grande part pourra être automatisée. Du côté des associations, les coûts de coordination rendent nécessaire une réorganisation qui pourrait prendre la forme d'une mutualisation de la coordination, au niveau des fédérations du tissu associatif. Cette réorganisation peut s'appuyer sur des outils de télégestion et une infrastructure technologique générique et standardisée, partagée entre acteurs des services à la personne qui ont récemment vu le jour dans des contextes locaux différents.

Ces expérimentations qui permettent des gains substantiels en matière de temps consacré à la télégestion et au paiement des services doivent être généralisées. L'extension à de nouveaux territoires, français et européens, apparaît nécessaire afin d'accélérer les démarches visant à développer des systèmes interopérables aux standards ouverts, sur lesquels les différents services et technologies (écrans, capteurs, caméras, robots...) viendront s'intégrer. Un partenariat entre la CNSA et le CNRSDA pourra être le cadre de cette généralisation des expérimentations, avec le soutien des programmes de développement des usages et contenus innovants prévus par l'Emprunt national.

#### **7.2.3.3. MESURE 16 : DÉVELOPPEMENT DE CERTIFICATION DE SOLUTIONS EN MATIÈRE D'OPTIMISATION DES SERVICES AUX AINÉS**

Afin de permettre l'élaboration de standards partagés permettant une interopérabilité réelle de ces systèmes de télégestion des services, un travail d'élaboration de référentiels relatifs à l'organisation, à la qualité de service et à la pertinence technologique devra être mené. Ce travail rendra possible l'appropriation par les associations, entreprises et collectivités engagées dans la coordination des services à la personne, de solutions de télégestion fiables et respectueuses des normes internationales.

#### 7.2.3.4. MESURE 17 : FAVORISER LE DEVELOPPEMENT DE CENTRES D'APPELS MULTISERVICES (MEDICAL/ MEDICO-SOCIAL)

En pleine cohérence avec la mesure précédente, et dans un contexte de croissance importante de la demande, la Mission recommande le rapprochement géographique d'unités à l'écoute des Aînés. Sur le modèle de plateformes d'appels audio et vidéo expérimentés dans certains territoires (Clermont-Ferrand, Haute-Savoie notamment), la Mission recommande de développer des centres d'appels multiservices répondant aux besoins sociaux, médico-sociaux et d'urgence des Aînés. Sans qu'elle nécessite la fusion de ces services divers, la réunion sur des plateaux techniques communs d'équipes multi-compétences incluant une offre d'écoute sociale, médicale, des services d'urgences, les pompiers permet l'optimisation de certains coûts. Elle permet surtout d'offrir un guichet unique d'écoute pour les Aînés et un travail transversal de suivi des personnes sur différents plans (urgence médicale, prévention de la maltraitance...), améliorant la qualité de la réponse dans le respect de la confidentialité des personnes.

#### 7.2.3.5. MESURE 18 : PROMOUVOIR LE VIVRE CHEZ SOI AU PLAN INTERNATIONAL

La Mission recommande particulièrement d'étendre ces réflexions et d'enrichir ces préconisations par un dialogue international. Au-delà de la traduction du présent rapport, la diffusion des idées qu'il promeut renforcera la voix de la France dans un discours international en constante évolution sur ces thématiques. Les Nations Unies et l'Organisation Mondiale de la Santé, la Société Internationale de Gérontechnologie (ISG) sont autant de lieux de promotion d'une certaine idée du vivre chez soi. Plus particulièrement, l'Association Internationale de Gérontologie et de Gériatrie (IAGG) présidée par la France jusqu'en 2013 peut être un vecteur majeur de diffusion des idées et pratiques concrètes identifiées par la Mission.

## 8. ANNEXES

### 8.1. Annexe 1 - Liste des contributeurs à la Mission

#### 8.1.1. COMITE DE PILOTAGE DE LA MISSION

NOM	PRENOM	SOCIETE	FONCTION
ZUMINO	Dominique	Agence Nationale des Services à la Personne	Responsable action sociale
SAINT-LAURENT	Anne	AGIRC ARRCO	Directrice de l'action sociale
QUIGNAUX	Jean-Pierre	Assemblée des Départements de France	Mission Usages et Services Numériques
MASSON	Florence	Association des Maires de France	Ville urbanisme - habitat
DARTY	Franck	Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole	Responsable du département développement social
ROUGET	Jean-François	Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés	Responsable du secteur médico-social
PERINEL	Claude	Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse	Directeur de l'action sociale
VACHEY	Laurent	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie	Directeur général
DE LAGUNE	Philippe	Comité Interministériel de Prévention de la Délinquance	Secrétaire général
BASSET	Christianne	Conseil Economique, Social et Environnemental	Membre du CESE
BENHAMOU	Bernard	Délégation aux usages de l'Internet	Délégué général
DENION	Yvan	Direction Générale de la Cohésion Sociale	Chef du bureau "transition et citoyenneté"
BERARD	Paul	Ministère de l'Economie, de l'Industrie et de l'Emploi	Politique du handicap et de la dépendance, Direction du budget
SANS	Frédéric	Ministère de l'Economie, de l'Industrie et de l'Emploi	Directeur de la MiSAP
SOUTHON	Astrid	Ministère de l'Economie, de l'Industrie et de l'Emploi	Chargée de mission TIC et santé
ESPEROU	Hélène	Ministère de la Santé et des Sports	Conseillère technique pour la bioéthique, le plan cancer et le plan Alzheimer
TARIS	Julien	Ministère de l'Espace rural et de l'Aménagement du territoire	conseiller en charge des services au public
GALLAND	Jean-Marc	Ministère de l'Intérieur, de l'Outre-Mer et des collectivités locales	Conseiller technique
KERMOAL-BERTHOME	Marianne	Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique	Conseillère technique chargée des finances sociales
BOURGEOIS	Grégoire	Secrétariat d'Etat chargé du Commerce, de l'Artisanat, des Petites et Moyennes Entreprises, du Tourisme, des Services et de la Consommation	Conseiller technique
BAZAILLE-MANCHES	Marion	Secrétariat d'Etat chargé de la Politique de la ville	Directrice adjointe du cabinet
MATTATIA	Fabrice	Secrétariat d'Etat chargé de la Prospective et du Développement de l'économie numérique	Conseiller technique

## 8.1.2. GROUPE DE TRAVAIL 1 – DIAGNOSTIC / AUTONOMIE / HABITAT

NOM	PRENOM	SOCIETE	FONCTION
ANFOSSO	Alain	CSTB	Responsable Maintien à Domicile
AQUINO	Jean-Pierre	SFGG	Président
ARBOUET	Bruno	Agence Nationale des Services à la Personne (ANSP)	Directeur
ARNAUD	Aurélie	Ministère de la Santé et des sports	Chargée de mission
BALAGUE	Christine	Renaissance numérique	Déléguée générale
BARBEROUSSE	Frédérique	CCMSA	Chargée de mission
BARTHES-DUPRESSOIR	Françoise	CNP Assurances, Filassistance	Médecin Conseil
BENHAMOU	Bernard	Délégation aux usages de l'internet	Déléguée générale
BENSADON	David	Secrétariat d'Etat chargé des aînés	Chargé de mission
BERARD	Paul	Direction du budget	Politique du handicap et de la dépendance
BESOZZI	Raphaël	Union Sociale Habitat (USH)	Délégation à l'action Professionnelle l'Union Sociale pour Habitat
BOULMIER	Muriel	CILIOPEE	Directrice Générale
BROGAT	Brigitte	Union Sociale Habitat (USH)	Conseiller technique
CATON	Philippe	COVEA	Responsable technique et relation fournisseur
CHAPON	Pierre-Marie	ICADE	Chargé de recherche
COUTANT	Jérôme	Ministère de l'Espace rural et de l'aménagement du territoire	Conseiller en charge des services publiques et économies numérique
DARTY	Franck	CCMSA	Responsable du département développement social
DE PAS	Pierre	Groupe Pro-BTP	Directeur action sociale générale
DELCAMBRE	Bertrand	CSTB	Président
DENION	Yvan	DGCS	Chef du bureau "transition et citoyenneté"
DUBROCA	Maria	NOBATEK	Resp. devpt stratégies environnementales
DUCHENE	Didier	Fédération Française du Bâtiemnt (FFB)	Entrepreneur métallier
ECHARD - BEZAULT	Pascale	DATAR	Chargé de mission santé
FAURE	Michel	CONSUEL	Directeur Général
FLIS-PLISSON	Valérie	Confédération de l'Artisanat et des Petites Entreprises du bâtiment (CAPEB)	Chargé de missions transversales service SATP
FUCHS	Marie-Françoise	Old'Up	Vice-Présidente
FURET	Juliette	Union Sociale Habitat USH	Conseiller technique
GARRIC	Thibault	CCAS de Rennes ESPACIL Habitat	Directeur technique du patrimoine
GRIBENSKI	Juliette	Secrétariat d'Etat chargé de la Politique de la ville	Chargée de mission
GUIMBERTEAU	Geoffrey	ANFE	Responsable du développement
HERCBERG	Elisabeth	ANFE	Chargée de mission
LAMBOLEZ	Marion	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie - CNSA	Expert évaluation et préconisations
LAURENT	Valéry	Fédération Française du bâtiment - FFB	Responsable volet accessibilité
LAUTMAN	Albert	CNAV	Chargé de mission
LYAZID	Maryvonne	Fondation Caisse d'épargne pour la solidarité	Adjointe au directeur

NOM	PRENOM	SOCIETE	FONCTION
MACHARD	Luc	Commission de Sécurité des Consommateurs (CSC)	Président
MALEVERGNE	Eric	Fédération des PACT	Chargé de mission
MALKI	Mohammed	Secrétariat d'Etat chargé des aînés	Conseiller technique
MATILLON	Yves	Groupe métiers, formations, compétences	Chargé de mission
MATTATIA	Fabrice	Secrétariat d'Etat chargé de la Prospective et du dévelop. de l'économie numérique	Conseiller technique
MORAND	Patrick	CSTB	Directeur département TIDS
PANITSKAS	Marie-Christine	FONDATION LEROY MERLIN	Responsable de la Fondation Leroy Merlin
QUIGNAUX	Jean-Pierre	Assemblée des Départements de France	Mission Usages et Services Numériques
REBAUDO	Stéphane	CSTB	Chargé de mission
RIALLE	Vincent	CHU Grenoble	Maître de conférence
RIGOLA	Fernand	GIE HANDISERVICE	Président
RIMOUX	Lionel	Secrétariat d'Etat chargé des aînés	Directeur de cabinet
RIQUIER	Michel	Plateforme AGE	Rapporteur du groupe de travail
ROGER	Sylviane	Ministère de la santé	Architecte conseiller technique
ROUGET	Jean-François	CNAMTS	Responsable secteur médico-social
ROUSSELOT-PAILLET	Anne-Sophie	CNAV	Chargée de mission Action sociale
SAINT-LAURENT	Anne	AGIRC ARRCO	Directrice de l'action sociale
SANINNOT-DUFAT	Claudine	ICADE	Solidarité Patrimoine
SANS	Frédéric	Ministère de l'Economie	Directeur de la MISAP
SCHEURER	Maddy	Secrétariat général du comité interministériel de prévention de la délinquance	Chargé de mission
TARIS	Julien	Ministère de l'Espace rural et de l'aménagement du territoire	Conseiller en charge des services publics
TOUCHARD	Emilie	Agence Nationale d'Amélioration de l'Habitat - ANAH	Chargée de mission
UNGARO	Giovanni	LEGRAND, ELOPSYS, AUTONOM'LAB	Chef de projet assistance à l'autonomie
VACHEY	Laurent	CNSA	Directeur général
ZUMINO	Dominique	Agence Nationale des Services à la Personne (ANSP)	Responsable action sociale

### 8.1.3. GROUPE DE TRAVAIL 2 – TECHNOLOGIES ET SERVICES

NOM	PRENOM	SOCIETE	FONCTION
ARNOUX	Eric	Mondial assistance gts	
BALAGUE	Christine	Renaissance numérique	
BIARD	Nicolas	ANFE	
BINIER	Richard	FEDESAP	
BIROUSTE	Nicolas	AFNOR	
BODIN	Loïc	Renaissance numérique	
CARLIER	Christian	STMicroelectronics	
CHARBONNEAU	Stéphane	Europ assistance	
CHAVERNAC	Pascal	Groupe SIGMA Méditerranée	
COQUEREL	Christophe	FNAQPA	
DELANNOY	Jean	ADMR	
DEMONGEOT	Jacques	Laboratoire TIMC-IMAG	
DESSAINTS	Christelle	CCMSA	
DIVIER	Joël	FNMF	
DORE	Delphine	SONEPAR France	
DUCHENE	Jacques	Institut Charles Delaunay UTT	
DUNAND	Jean-Marie	SFR	
EPSTEIN	Monique	E-Seniors	
FERNANDEZ	Dr Albert	Conseil général des Yvelines	
GARNIER	Dr Marcel	Malakoff-Médéric	
GRAVIOU	Sophie	ASSAD pays de Rennes	
KEMOUN	Dr Gilles	Fondation hopital Sainte Marie	
LADET	Emmanuelle	FCES	
LE MEUR	Roland	INTEL – Division santé	
LORIEUX	Christophe	E-SIDOR	
LYAZID	Maryvonne	FCES	
MAISTRE	Dr Jean-Philippe	AXA Assistance	
MORDELET	Claude	AFRATA	
PERREAU	Jean-Claude	ADHAP Services	
PICARD	Robert	CGTI	
PIETTE	Pr François	SFTAG	
PILICHOWSKI	Dr Paul	Habitat et santé	
PIOT	Liliane	Caisse des dépôts et consignations	
POCHAT	Nicole	Europ assistance	
QUIGNAUX	Jean-Pierre	ADF	
RIDEL	Anne	Mutualité française	
RIVIERE	Carole-Anne	FING	
SAINT-LAURENT	Anne	AGIRC ARCCO	
SCHINDLER	Pierre	SAGEM	
SMIDTAS	Anastasia	SAS Caméra Contact	
TOURNOIS	Philippe	SIEMENS	

### 8.1.4. GROUPE DE TRAVAIL 3 – MOBILITE ET URBANISME

NOM	PRENOM	SOCIETE	FONCTION
ANDRIEU	Antoine	Communauté d'agglo St-Quentin en Yvelines	
AQUINO	Dr Jean-Pierre	SFGG	
BARBRY	Bénédicte	Mobivia Groupe	Directrice de la communication en charge du développement
BALTENNECK	Nicolas	Université Lyon 2	Psychologue
BELTON	Leslie	IVM	Chargée de Projet La ville à Domicile
BENCHIMOL	Daniel	CHU de Nice	
BINIER	Richard	Paris	Assistéo
BONNET	Jacques	Université Lyon 3	
BOUHIN	Marguerite	Ainés ruraux	
BRIAND	Vera	Ville de Rennes	
BRILLAUD	Benjamin	ADUAN	
BRIQUET	Mickael	Pact 77	
BROGGIO	Céline	Université Lyon 3	
CAUDRON	Corinne		Urbaniste
CHABBERT	Frédérique	Mov'eo	Chargé de Projet
CHAPON	Pierre-Marie	ICADE	
CHARTRAIN	Catherine	CNT	Secrétaire Générale
COUPRIE	Chantal	Les compagnons du voyage	Déléguée Générale
DE JERPHANION	Marc	Oxalis Mobilité	Directeur
DEJEAMMES	Maryvonne	CERTU	Mission accessibilité et personnes âgées
DORIZON	Eric	Caisse des dépôts et Consignations	
ECHARD-BEZAUL	Pascale	DATAR	
Dr GONTHIER	Régis	CHU St Etienne	Gérialtre
Dr MUHLMANN-WEILL	Michèle	Automobile Club Médical de France	
DUFAT	Claudine	Solidarité Patrimoine	Directrice
DUMAS	Claude	CEREMH	Directeur
EDESSA	Isabelle	PSA - Institut pour la ville en mouvement	Correspondante Institut pour la ville en mouvement
FABRIGOULLE	Colette	UMR CNRS 5231	Directrice de recherche au CNRS
GILBERT	Florence	Voiture & Co	Directrice
GUESLOT	Julien	Université Paris Est / Gts téléassistance	
HIMPE	Marie	Fondation Norauto	Déléguée Générale
HUBERDEAU	Claire	PSA Peugeot Citroën	Responsable Com Corporate et Mécénat
HUERE	Jean-François	PSA - SG	Responsable des relations institutionnelles
HUYNH	Phuong Mai	MEEDM	
HUYSSSEN	Benjamin	Communauté d'agglo St-Quentin en Yvelines	Direction générale des services techniques
JAMET	Pierre	CG Rhône	DGS

NOM	PRENOM	SOCIETE	FONCTION
JOUAILLEC	Maryline	Fédération Taxi	
LARUE	Lydie		Développeur
LENSEL	Bernard	Urbanistes des Territoires	Architecte, urbaniste
LORD	Sébastien	Géographie et Développement (GEODE)	Chargé de recherches en études urbaines
MALEVERGNE	Eric	Fédération des PACT	Chargé de Mission
MASSON	Florence	AMF	Département Ville - Urbanisme - Habitat
MERLIER	Jean-François	CCMSA	
OLIVRY	Ivan	ICADE	Directeur Médico-social
ORTOLANI	Isabelle	Paris	Directrice Générale de l'âge d'Or
PELISSIER	Régis	Direction des Retraites à la Caisse des Dépôts et Consignations	
PETITOT	Charles	Organisation Mondiale de la Santé	
PIOT	Liliane	Caisse des dépôts et Consignations	
PROCHASSON	François	Ville de Paris	Direction de la voirie et des Déplacements
RENARD	Ivan	Grand Lyon	Chargé de mission
ROSALES-MONTAN	Silvia	Agence de l'urbanisme Lyon	
RUALT	Geneviève	Déléguée générale SFGG	
STREIFF	Philippe	DSCR	Conseiller technique
TORRACCA	Antoine	Agence de la mobilité Paris	Direction de la voirie et des Déplacements
TORCY (DE)	Sophie	Renault	Chef de marché Renault Tech
UZAN	Gérard	Paris VIII	Chercheur
VANNI	Danielle	Mairie de Paris	Direction de la voirie et des Déplacements
VOIX	Isabelle	AMF	

## GRUPE DE TRAVAIL 4 – COMPETENCES ET METIERS

NOM	PRENOM	SOCIETE	FONCTION
ADENOT	Isabelle	Ordre des Pharmaciens	Présidente
AQUINO	Jean-Pierre	Clinique verte	
ASSERAF	George	Commission Nationale de la Certification Professionnelle (CNCP)	Psychologue
ATTALI	Claude		Médecin généraliste
BALTENNECK	Nicolas	ATER Psychologie Handicap	Psychologue
BERNARD	Charles	CRIAS Mieux vivre	Président
BESSON	Jean-Noël	IFPM	Directeur
BEYNETTE	Pascal	IFE	
BIROUSTE	Nicolas	AFNOR	
BLANC	Marie-Dominique	HOMEPERF	Chargée de mission
BLANCO	Guillaume	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie	Chargé de mission
BONDAR	Eric	CRIAS Mieux vivre	
BOUCLIER	Pascale	Commission Nationale de la Certification Professionnelle (CNCP)	Chargée de mission
BOUHIN	Marguerite	Comité National des Retraités et Personnes Agées (CNRPA)	
BOUILHOL	Didier		Responsable formation
BRODIN	Marc	HAD (AP-HP)	Médecin coordonnateur
CATTENAT	Françoise	CRIAS Mieux vivre	
CHANELIERE	Marc		Médecin généraliste
CHOVET	Frédérique	Conseil Général du Rhône	Médecin
DECHANOZ	Geneviève	Institut international	ex-directrice
DEISS	Elisabeth	Conseil Régional d'Alsace	Chargée de mission
DENIS	Sylvain	Fédération Nationale des Associations de Retraités (FNAR)	Président
DONIOL SHAW	Ghislaine	Laboratoire Techniques, Territoires et Sociétés (LATTS)	
DUPUY	Monique		Cadre de Santé
DU SARTZ	Joseph	URIOPSS Lorraine	Vice Président
DUFRESNE	Claude	Conseil Régional du Nord Pas-de-Calais	Chef de service "Formation santé sociale"
DUPRAZ	Françoise	Conseil Régional du Centre	
DUPUIS	Monique	HCL	Cadre de soins
ELBAZ	Hafida	Conseil Régional du Nord Pas-de-Calais	Directrice de la formation permanente
FAREZ	Marise	Communauté d'Agglomération Annecy	DGA
FRAISSE	Stéphane		
GAERTNER	Philippe	Syndicat des Pharmaciens	
GALIBERT	Marie-Claire	Fédération Nationale des Associations de Retraités (FNAR)	
GAUCHER	Jacques	Lyon 2 - EA 4129	Psychologue
GONTHIER	Régis	CHRU de Saint-Etienne	Gérialtre
GOLFOUSE	Anny	DREES	
GRAPIN	Pierre	BIPE	

NOM	PRENOM	SOCIETE	FONCTION
GUCHER	Catherine	Université Pierre Mendès-France Grenoble	Directrice du Centre Pluridisciplinaire de Gérontologie
HERNANDEZ	Hélène	ANFE	VP chargée de la formation
HIEGEL	Fabienne	DGCS	Chargée de mission
JAMET	Pierre	Conseil Général du Rhône	Directeur Général des Services
KLEIN	Tristan	Centre d'Analyse Stratégique	
LAMBERT	Régine		Infirmière libérale
LAURENT	Cathy	Conseil Régional d'Alsace	Directrice adjointe de l'éducation et de la formation
LAVALLART	Benoit	Plan Alzheimer	
LE BŒUF	Dominique	Ordre des Infirmiers	
LECOMTE	Jean-Paul	HCL - Groupement hospitalier gériatrie	Directeur
LEGOAZIOU	Marie-France		Professeur médecine générale
LEIBEL	Florence	Conseil Régional d'Alsace	Chargée de mission
MAISONNEUVE	Hervé	Université Paris XI - Plan Alzheimer	
MERCIER	Patricia	CNGE	Médecin généraliste
MICHEL	Marie-Hélène	HCL	Assistante sociale
MOPIN	Jacques	UFC que choisir	
MOST	Philippe		Médecin psychiatre
NOURASHEMI	Fati	CHU Toulouse	
PITTERI	Franck	ISRP de Paris	Enseignant
PODEUR	Annie	DGOS	Directrice
PROUST	Sylvie	Présence médicale	PDG
RIGOLA	Fernand	GIE Handiservice	
RIVALS	Bruno	Institut Silverlife	
RODARY	Colette	DCF Annecy	
SAGNE	Alain	MCU de psychologie Lyon 2	Psychologue
SOYEZ	Stéphane	Autonom'Lab	
STREIFF	Philippe	Délégation Interministérielle à la Sécurité Routière	Conseiller technique mission handicap
TARRIEU	Laurent	DNAS	Sous-directeur
TERRASSON	Dominique	DGAS	
TISSERAND	Philippe	Conseil National de l'Ordre des infirmiers	Infirmier libéral
TRIBAULT	Bernadette	GPSPB Beaune	Cadre coordinateur
VARICHON	Jean-Paul	Soins et santé	
VILLEZ	Alain	UNIOPSS	
VIVIE (DE)	Annie	Agevillage.com	

### 8.1.5. GROUPE DE TRAVAIL 5 – INCLUSION ET PREVENTION DES DISCRIMINATIONS

NOM	PRENOM	SOCIETE	FONCTION
BAUDEL	Cécile	Caisse d'Epargne	Directrice marketing assurances
BELLANGER	François	Confédération Française des Retraités (CFR)	Président
BIDOU	Edouard	Groupe PREVOIR	Direction innovation et développement
BIJON	Isabelle	OLD'UP	Secrétaire générale
BROM	Maurice	Mondial Assistance France	Directeur général délégué
CAUVIN	Sandrine	REUNICA	Direction action sociale
CHAVRIER	Nicole	Crédit Foncier	Directrice relation institutionnelle
COMPARAT	Eric	Union Nationale des Associations Familiales (UNAF)	Président Habitat cadre de vie
DEBRUYNE	Henri	HD Conseils	Associé Gérant
DECHAVANNE	Fabienne	HALDE	Chargé du pôle Biens et Services)
DUJAY-BLARET	Jeanine	Fédération des Aînés Ruraux (FAR)	Présidente
DUTHIL	Gilles	Institut SilverLife	Président
GODARD	Jean-Yves	COFINOGA	Directeur relations extérieures
GODET	Pierre	Union Nationale des Indépendants Retraités du Commerce (UNIRC)	Président
GUILLEMARD	Anne-Marie	EHESS / Paris V	Professeur des Universités en sociologie
JEGU	Fabienne	HALDE	Chargé du pôle Santé et Handicap
LAROQUE	Geneviève	FNG (Fondation Nationale Gérontologie)	Présidente
LEBRET	Didier	Mondial assistance France	Président
LLECH	Paulin	CNP	Développement SAP
MAINHOA	Jacqueline	Banque Postale	Direction marketing
MALKI	Mohammed	Secrétariat d'Etat chargé des aînés	Conseiller technique en charge du Pôle Sociétal
MALLEA	Patrick	Centre National de Référence	Directeur de projet
MICHELET	Laure	DGSC	Bureau affaires européennes
PERROIS	Sandrine	Association de consommateurs (CLCV)	Chargé de mission
PINON	Cendrine	Crédit Agricole	Direction Marketing Stratégique
REVEST	Michel	Groupe COVEA	Directeur recherche et innovation
RIQUIER	Michel	Plateforme AGE	Vice Président
ROULLET	Maurice	Association de consommateurs (QUE CHOISIR)	Administrateur
SIMON	Sandrine	Clic de Nemours	Assistante sociale

### 8.1.6. GROUPE DE TRAVAIL 6 – OPTIMISATION DES SERVICES

NOM	PRENOM	SOCIETE	FONCTION
ACHOUR	Youssef	APOLOGIC, chèque déjeuner	Directeur Général
ALZON	Brice	MDSAP	Président
BEN ABDALLAH	Samah	FEHAP : Fédération des Etablissements Hospitaliers d'Aide à la Personne	
BRISSONNEAU	Christophe	ETINEO	Membre du groupe d'Ethique de la SFTAG
COLAS	Louis-Xavier	CNSA	
D'ABOVILLE	Thierry	ADMR	Secrétaire Général
DELANNOY	Jean	ADMR	Directeur Système d'Information
DENIS	Sylvain	FNAR	Président
DYE André	André	ADESSA Domicile AD34	Président
EXTRA	Jocelyne	Collectif d'Ingénierie du Développement - CID	Directrice des projets
GAQUIERE	Patrice	DGCS	Directeur de mission
HENRARD	Jean-Claude	Faculté de Medecine Paris IDF Ouest	Professeur de Snté publique
JEAN-MARIE	Olivier	CREDIT_AGRICOLE	Directeur, chargé de mission
JOUBERT	Catherine	ANFE=Association Nationale Française des Ergothérapeutes	
LAROQUE	Geneviève	Fondation Nationale de Gérontologie	Présidente
LEVAUT	Marie-Béatrice	FEPEM	Présidente
LIOT	Bernard	FNAPAEF	Président
LLECH	Paulin	FEDESAP	Vice-Président délégué
MAIGNE	Ariane	HSBC Assurance	
MALLEA	Patrick	CNR SDA	Directeur de l'Innovation
MORLIERE	Pierre	SEIN	Délégué Programme Quatenaire
NOUBLANCHE	Caroline	Société PRYLOS	PDG
OLLIVET	Catherine	France Alzheimer	Présidente de l'association départementale France Alzheimer 93
PERRACHON	Christelle	Conseil Général du Rhône	
PICARD	Robert	CGTI	Consultant, Membre
POURTAL	Jean-Patrick	MSA Services (Présence Verte)	Ingénieur-Conseil
QUENTIN	Michel	AFNET	Délégué TIC&Finances
RENIER		HBSC	
SANS	Frédéric	MiSAP DGCIS	Chef de Mission

NOM	PRENOM	SOCIETE	FONCTION
SASSARD	Pauline	FEHAP	
SOYEZ	Stéphane	Limousin Expansion	Directeur de Département
TARRIEU	Laurent	CNAV, Direction Nationale de l'Action sociale	
VACHEY	Laurent	CNSA	Directeur Général
ZYLBERBERG	Thierry	ORANGE	Directeur Division Santé

## 8.2. Annexe 2 – Bibliographie

### 8.2.1. PRINCIPAUX RAPPORTS CITES

CAE, Rapport *Vieillesse, activités et territoires à l'horizon 2030* du Conseil d'Analyse Economique, 2006

CAS, Stéphane Le Bouler, *Personnes dépendantes : bâtir le scénario du libre choix*, centre d'Analyse Stratégique, juin 2006

CESE, *Seniors et Cité*, Avis du Conseil Economique, Social et Environnemental sur le rapport présenté par Mme Monique Boutrand, au nom de la section du cadre de vie, mars 2009.

CSC, Commission de la Sécurité des Consommateurs, *Prévenir les accidents de la vie courante*, 2008

CREDOC, Franck Lehuédé, « Les seniors : des consommateurs accomplis », Enquête CREDOC 2010

DARES – CAS, Olivier Chardon (DARES), Marc-Antoine Estrade (Centre d'analyse stratégique), *Les Métiers en 2015*, La Documentation française, 2007

INSEE, *Enquête Patrimoine*, 2004

INSEE, *Enquête Patrimoine*, 2009

INSEE, Marie Cordier, Cédric Houdré, Henri Ruiz, *Transferts intergénérationnels entre vifs : aides et donations*, INSEE Première, n°1127, mars 2007

George Asseraf, *Pour une « simplification de l'offre des certifications » dans le champ des services aux personnes fragiles*, Rapport au Premier Ministre, novembre 2009

Muriel Boulmier, *Bien vieillir à domicile : Enjeux d'habitat, enjeux de territoires*, Rapport remis au Secrétaire d'État au Logement et à l'Urbanisme, juin 2010.

Michèle Debonneuil, *L'Économie quaternaire, une croissance durable à construire*, Rapport remis à la Secrétaire d'État chargée de la Prospective et du développement de l'économie numérique, janvier 2010

### 8.2.2. AUTRES SOURCES CITEES

Gaston Bachelard, *La poétique de l'espace*. Paris : Presses Universitaires de France, 1967

A.-B. Billi, *La télé-médecine à domicile comme production de santé*, 2006

Ron Botham and Andrew Graves, "The grey economy, How third age entrepreneurs are contributing to growth", NESTA Research Report, Août 2009.

Michèle Debonneuil (2007), *L'espoir économique – Vers la révolution du quaternaire*, Paris, Bourin éditeur

Hakamies-Blomqvist, L., Johansson, K. & Lundberg, C. (1996) *Medical screening of older drivers as a traffic safety measure: a comparative Finnish-Swedish evaluation study*. Journal of the American Geriatrics Society, 44(6)

Hollander J.M., Guiping L., Chappell N.L., *Who cares and how much?*, Healthcare Quarterly, 2009

Denis Jacquat et Françoise Forette (dir.), *Longévité et innovation technologique*, Actes des 13èmes Rencontres parlementaires sur la Longévité, 2007

Philippe Mesmer, « Au Japon, les 15-35 ans ne contribuent plus à la croissance » *Le Monde*, 21 mai 2010

Scuffham, P. Chaplin, S., Legood, R., *Incidence and costs of unintentional falls in older people in the United Kingdom*, *J Epidemiol Community Health* 2003

François Vion-Delphin et François Lassus, *Les hommes et le feu de l'antiquité à nos jours*, Actes du Colloque de l'AIUE, 2003

Alain-Claude Vivarat, *Les origines symboliques de notre habitat*, L'Harmattan, coll. « Architecture », 2007