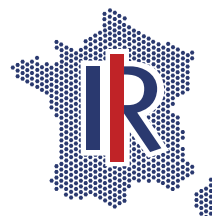


CONVENTION SENIORS

MAI 2021



CONVENTION
des républicains



SOMMAIRE

CONSTATS	7
RÉSULTATS DU QUESTIONNAIRE DE LA CONVENTION « SENIORS »	16
PROPOSITIONS	18
Valoriser le rôle des «seniors» dans la société et au sein de l'entreprise	19
Favoriser le maintien à domicile	23
Refonder les Ehpad	25
Soutenir l'innovation pour mieux lutter contre la perte d'autonomie	27
Déclarer la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées grande cause nationale et européenne	29
Financer et réformer la politique de la dépendance	31



Le terme «senior» recoupe un ensemble hétérogène. Omniprésent il ne désigne pas les mêmes réalités dans le monde professionnel, dans le domaine de la santé, ou dans la société. Dans le langage courant il renvoie souvent à l'âge du départ en retraite (entre 62 et 65 ans) ; sur le marché du travail, il désigne tout salarié qui dépasse les 50 ans ; pour l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) on fait partie, statistiquement, des personnes âgées à partir de 60 ans.

Quel que soit la réalité que recouvre le terme «senior», alors qu'en 1980 une personne sur sept avait 65 ans et plus, aujourd'hui c'est plus d'une personne sur cinq, soit 13,7 millions de Français et cela sera plus d'une sur quatre, soit 22 millions de Français, en 2070.

Plusieurs conséquences économiques, sanitaires et sociales découlent de ce vieillissement de la population, que les politiques publiques devraient pouvoir encourager ou corriger. La «*silver generation*» représente d'abord pour les entreprises une chance de pouvoir compter sur des travailleurs expérimentés mais aujourd'hui il existe, au contraire, beaucoup de discrimination à l'embauche en fonction de l'âge alors que la valorisation de l'expérience devrait être encouragée. Nos «seniors» représentent une mine de compétences sous-évaluée et pourtant précieuse. L'utilité sociale des «seniors» est par ailleurs évidente quand ces derniers s'engagent dans le bénévolat ou le secteur associatif, très dynamiques en France. Près d'une personne de plus de 65 ans sur trois est bénévole dans une association.

En parallèle, les jeunes «seniors» constituent une population nouvelle dont les comportements, les envies, les besoins et le rôle social sont générateurs d'une réelle productivité économique comme l'illustre le développement de la «*silver economy*».

Les entreprises, quelles qu'elles soient, adaptent leur offre de produits, pour répondre à l'ensemble de cette demande, générant ainsi des emplois et des relais de croissance importants pour l'économie française. Il est nécessaire de promouvoir une autre vision de cette étape de la vie, d'en finir avec les stéréotypes et les catégorisations sociales et de mieux intégrer les «seniors» au sein des entreprises et dans la société en s'appuyant sur leur expérience et leur disponibilité.

Mais être «senior» signifie aussi être exposé au risque de dépendance et de perte d'autonomie. Aujourd'hui la France compte 2,5 millions de personnes de 60 ans et plus en perte d'autonomie (dont 700 000 en perte d'autonomie sévère). Si les tendances démographiques se poursuivent, elles seront 4 millions en 2050, soit 16,4% des «seniors».

Permettre à nos «seniors» de vieillir en bonne santé est un défi majeur, et lutter contre la perte d'autonomie, une priorité.

Puisqu'une personne encore active n'a pas les mêmes besoins qu'une personne dépendante, les politiques publiques doivent se différencier en fonction des typologies de population et des différentes étapes du vieillissement : **en bonne santé, valoriser les «seniors» au sein des entreprises et dans la société** et créer des zones de transition entre l'activité et la retraite ; **en fragilité, renforcer la prévention pour éviter la perte d'autonomie ; en dépendance, encourager le maintien à domicile** des personnes âgées et inventer des solutions intermédiaires de logement pour faire de l'établissement médicalisé le dernier recours.

Pour cela il faut soutenir le secteur des services à la personne et rendre plus attractif ses nombreux emplois non délocalisables.

Mais avant tout, nous devons porter un autre regard sur cette partie de la vie afin qu'on puisse la préparer, choisir sa façon de la vivre, non pas la subir. C'est bien un parcours de vie global qui se prépare en amont, en anticipant une éventuelle perte d'autonomie et en sortant du tout-établissement comme seule solution à la dépendance. Nous avons besoin de passer d'une vision de parcours de soin à une vision de parcours de santé ; de donner à la prévention une place prioritaire ; d'un nouveau mode d'organisation, dans lequel la gestion de la dépendance est adossée à une collectivité chef de file, le département ; de favoriser le maintien à domicile et le développement de résidences intermédiaires pour sortir de la logique du tout établissement ; de valoriser les métiers des prestataires de soins à domicile et enfin, de trouver de nouvelles pistes de financement.

Nous devons adapter la société tout entière, de manière positive, au vieillissement de la population, afin de maintenir les équilibres sociaux et économiques et de préserver la solidarité entre les générations.

Christian Jacob
Président des Républicains



CONSTATS

Le vieillissement progressif de la population française. Alors qu'en 1980 une personne sur sept avait 65 ans et plus, aujourd'hui c'est plus d'une personne sur cinq, soit 13,7 millions de Français. Selon les projections de l'Insee, cela sera une personne sur quatre en 2070, soit près de 22 millions de «seniors». Cette proportion a progressé de 4 points en 20 ans et place la France au niveau de la moyenne de l'Union européenne.

Le potentiel gaspillé des «seniors»

L'emploi des «seniors» en France est l'un des plus bas d'Europe. Dans le monde du travail, un salarié est considéré «senior» dès 50 ans. Selon la Dares (Direction de l'Animation de la recherche, des Études et des Statistiques), le taux d'emploi moyen des «seniors» est de 53% en France, en 2019, contre 60% dans l'Union Européenne et 71% en Allemagne. Ce taux d'emploi diminue proportionnellement à l'augmentation de l'âge : il passe ainsi de 80,7% pour les 50-54 ans, à 72,2% pour 55-59 ans, à 32,7% pour les 60-64 ans.

Les «seniors» restent au chômage plus longtemps que le reste des actifs. La baisse du taux d'emploi avec l'âge ne s'explique pas seulement par les départs à la retraite. Beaucoup de «seniors» sont également poussés en dehors du marché du travail contre leur gré (25% de fins de CDI concernant les employés le plus âgés contre 16% pour les plus jeunes), ou du fait de ruptures conventionnelles. Le retour à l'emploi est aussi plus compliqué pour les «seniors» : près de 60,2% des chômeurs de plus de 55 ans l'étaient depuis au moins un an en 2018, une proportion nettement supérieure à celles des autres générations (41%). Encore plus inquiétant, près de 30% des personnes de 60 ans n'étaient, entre 2016 et 2018, ni en emploi ni en retraite. Selon les calculs de la Cour des comptes, ces «seniors» inemployés attendant de pouvoir enfin partir à la retraite coûteraient environ 1,5 milliard d'euros par an à l'Unédic et à la solidarité nationale...

Un âge de départ à la retraite inadapté au vieillissement de la population. Actuellement, l'âge de départ à la retraite en Europe s'étale de 60 ans (pour les femmes, en Autriche et en Pologne), à 67 ans (pour les deux sexes en Allemagne). Ainsi, la France est dans la moyenne basse de l'Union européenne avec un âge de départ à 62 ans depuis 2017. Dans le même temps, dix-huit Etats membres ont déjà décidé de reculer l'âge de

départ à la retraite dans les années à venir ou commencent à le faire de manière progressive : en Belgique, cet âge passera de 65 à 67 ans d'ici 2030 ; en Estonie il atteindra 65 ans en 2026 ; au Royaume-Uni il sera de 66 ans pour tous en 2020 ; aux Pays-Bas l'âge de départ à la retraite est lié à l'espérance de vie depuis 2012 et sera de 67 ans à partir de 2022.

Le bénévolat des «seniors» est en baisse. En France les «seniors» jouent un rôle important dans le bénévolat au sein de différentes associations mais depuis plusieurs années leur taux d'engagement diminue, en passant de 26% en 2010 à 20% en 2019, pour les 55-64 ans, et de 38% à 31% pour les 65 ans et plus. Plusieurs facteurs expliquent cette baisse : les difficultés accrues de fin de carrière, la nécessité de se consacrer à sa famille, la pratique du cumul emploi-retraite, l'augmentation de l'âge du départ à la retraite, passé en moyenne de 61,7 ans à 63,3 ans entre 2010 et 2017 (sans les départs anticipés).

La nécessité de renforcer la prévention

Une espérance de vie en bonne santé qui décline. En France, l'espérance de vie à la naissance a atteint 82,7 ans en 2017, soit environ deux ans de plus que la moyenne de l'UE et est la troisième plus longue après l'Espagne et l'Italie, mais notre espérance de vie en bonne santé est en dessous de la moyenne européenne, avec 64,1 ans pour les femmes et 62,7 pour les hommes, contre 64,2 et 63,5 ans dans le reste de l'UE. Nous avons sept ans d'espérance de vie en bonne santé en moins par rapport à la Suède ! La Commission européenne estime que les États membres perdent annuellement 115 milliards d'euros liés à la vie en « mauvaise santé » de leur population.

Une augmentation continue des patients en situation de pathologie chronique, y compris à des âges de plus en plus jeunes : 1 Français sur 6 souffre d'une maladie chronique et de multi-pathologies, soit 38% de la population et plus de deux personnes sur trois parmi les 70 ans ou plus. Selon le rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale publié en 2016 par la Cour des comptes, sans changement de politique, une augmentation de 50% des patients en statut « Affections de longue durée » (ALD) est à prévoir d'ici 2030, c'est-à-dire 50% en plus, soit 15 millions en 2030 contre 10 millions en 2014. Ces fragilités physiques favorisent l'entrée en dépendance. Prévenir et dépister précocement cet état de fragilité chez les personnes de soixante-cinq ans ou plus est essentiel pour retarder voire éviter ses conséquences.

Une politique de prévention insuffisante et pas structurée. La prévention est l'un des parents pauvres des politiques de santé en France : moins de 2% des dépenses de santé y sont alloués contre 3,1% en moyenne dans l'UE, soit 67 euros par Français contre 89 euros en moyenne dans les autres pays, selon une étude commune de l'OCDE et de la Commission européenne¹ en 2017. En ce qui concerne plus particulièrement la prévention de la fragilité des personnes âgées, la prévention de la fragilité des personnes âgées, une des premières difficultés c'est d'avoir le montant exact qui y est consacré. En effet, le rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale pour la branche autonomie, annexé au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2021, fait état de plusieurs financeurs, pour un total de 1,3 milliard d'euros de dépenses en 2019, soit moins de 0,7% du budget de la sécurité sociale, dont 2/3 est financé par la sécurité sociale (38% caisses de retraites et 28% assurance maladie), 17% par la CNSA (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie) et sans compter l'action des collectivités locales, très difficile à chiffrer. Il en ressort, comme il a été mis en exergue dans le rapport d'information du Sénat sur la prévention de la perte d'autonomie de mars 2021 par M. Bernard Bonne et M^{me} Michelle Meunier, qu'aucun des plans de prévention de la perte d'autonomie n'a jusqu'à présent été structuré en une véritable stratégie nationale de nature à coordonner les différentes actions et financements, avec des objectifs et actions évaluables.

Ce qui nous porte à dire que, au-delà de l'aspect financier, c'est notre système de prévention en tant que tel qui n'est pas adapté aux «seniors», et notamment au suivi des maladies chroniques et des polyopathologies, du fait des trop nombreux cloisonnements entre l'hôpital et la médecine de ville, le sanitaire et le médico-social, ainsi que des insuffisances du dossier médical partagé. Il paraît plus que jamais nécessaire d'adopter une véritable stratégie nationale de prévention de perte de l'autonomie qui doit être vue comme un investissement permettant des économies futures substantielles. La CNSA a identifié en 2021 trois sources d'économies possibles sur les coûts de la dépendance pour les finances publiques : une baisse des dépenses d'hospitalisation liée à une baisse des entrées ; une meilleure fluidité des parcours, les personnes âgées restant souvent à l'hôpital faute de solutions en aval ; des gains d'efficacité dans l'organisation des services.

¹ State of Health in the EU · France · Profils de santé par pays, 2019

La dépendance, un défi majeur de notre siècle

Une population dépendante en constante augmentation. Sous l'effet du vieillissement de la population, la proportion de personnes dépendantes a augmenté en France. Aujourd'hui la France compte 2,5 millions de personnes de 60 ans et plus en perte d'autonomie dont 700 000 peuvent être considérées en perte d'autonomie sévère. L'âge moyen de perte d'autonomie est de 83 ans mais elle touche déjà un peu plus de 30% des Français au-dessus de 75 ans. Si les tendances démographiques se poursuivaient, la France compterait 4 millions de «seniors» en perte d'autonomie en 2050, soit 16,4% d'entre-eux.

Depuis sa création, en 2002, les dépenses totales de l'APA (Allocation personnalisée d'autonomie) ont ainsi été multipliées par 2,6 soit une hausse de 160% en euros constants, le nombre de bénéficiaires ayant dans le même temps doublé pour atteindre 1323 900 aujourd'hui. La part des bénéficiaires de l'APA augmente fortement à partir de 75 ans : de 3% entre 70 et 74 ans, de 13% pour les 80 à 84 ans, de 45% pour les 90 à 94 ans et 68% pour les 95 ans ou plus.

La nécessité de renforcer le maintien à domicile

Avec 21% des personnes de plus de 85 ans résidant en Ehpad, dont six sur dix sont en situation de très forte dépendance, la France est ainsi l'un des pays d'Europe qui affiche l'un des plus forts taux d'institutionnalisation. Celui-ci est sensiblement plus faible dans les pays du Nord de l'Europe comme la Suède, le Danemark, la Finlande ou le Royaume-Uni, où il atteint respectivement 14%, 11%, 8% et 16%, mais aussi dans certains pays du Sud puisqu'il atteint 5% en Italie et 8% en Espagne, ou même dans certains pays de l'Est – il n'est que de 11% en Hongrie, 12% en République tchèque et 3% en Pologne.

Pour maintenir constant le pourcentage de personnes en établissement par département, sexe, tranche d'âge et degré de perte d'autonomie, **il faudrait que le nombre de places en Ehpad augmente de 20% d'ici à 2030 et de plus de 50% à l'horizon 2050.** Compte-tenu du manque de financement, d'investissements et de personnel, ces projections n'apparaissent pas soutenables et c'est pourquoi **nous devons augmenter le maintien à domicile.**

D'autant plus que, selon un sondage de l'Ifop réalisé en 2019, 85% des Français souhaitent vieillir à domicile pour éviter le déracinement associé à l'Ehpad. L'entrée en établissement se traduit par une rupture difficile à vivre sur le plan psychologique et susceptible d'entraîner une dégradation rapide de l'état de la personne âgée alors que le maintien à domicile apparaît comme une façon de préserver une sphère d'autonomie et de liberté, voire de choisir les conditions de sa vie, jusqu'au dernier moment. Enfin le montant du reste à charge à domicile ne dépasse pas 60 euros par mois, selon un rapport de la Drees de 2019, contre 2 000 euros en moyenne pour une personne vivant en établissement.

L'investissement consacré à l'adaptation des logements aux «seniors» est encore insuffisant. Chaque année, 2 millions de personnes âgées chutent, la chute étant la 1^{ère} cause de décès accidentel chez les «seniors» et dont 40% des victimes ne reviennent pas vivre à leur domicile.

L'ANAH (agence nationale de l'habitat), principal opérateur du domaine, n'accorde que 7% de son budget en 2019 pour l'adaptation des logements aux personnes âgées et handicapées et la part de ces travaux d'adaptation est en baisse depuis 2016, au profit des travaux de rénovation énergétique. Depuis 2019, l'État a lancé un plan d'investissement volontaire d'Action logement, d'un milliard d'euros, qui vise à financer, dans 200 000 logements d'ici 2022, les travaux d'adaptation au vieillissement et à la prévention des chutes à hauteur de 5 000 euros par foyer sous conditions de revenu. Le plan d'investissement prévoit également une enveloppe de 550 millions d'euros destinée à la rénovation des résidences autonomie. Au total, les moyens existants restent très en-deçà des besoins : aujourd'hui seulement 6% des logements existants sont adaptés, soit 1,8 millions de logements, alors que la France compte 2,5 millions de personnes de 60 ans et plus en perte d'autonomie. À titre de comparaison, cette part est de 12% en Allemagne et au Danemark, et de 16% aux Pays-Bas.

Par ailleurs, les délais d'instruction d'un dossier pour l'adaptation d'un logement sont très longs : un minimum de six mois est nécessaire pour se voir accorder l'aide d'adaptation d'un logement à compter du dépôt de la demande auxquels il faut ajouter la durée de réalisation des travaux. C'est sans compter la complexité et le manque de lisibilité du système qui fait intervenir des financements multiples, qui ne sont pas tous accessibles à tous les âges ni selon les mêmes critères, avec des périmètres d'aides et des modes de calculs très variables. **La simplification des procédures d'accès aux aides est donc un impératif absolu.**

La valorisation des personnels, condition indispensable au maintien à domicile

Le manque de reconnaissance chronique du secteur des personnels de santé au domicile.

Les acteurs du maintien à domicile ne sont pas bien identifiés, ni assez valorisés. Ces personnels sont nombreux, mal connus, morcelés et ont chacun des spécificités qui les rendent interdépendants : ils peuvent assurer l'hospitalisation à domicile (HAD) par des soins médicaux et paramédicaux afin d'éviter ou de raccourcir un séjour à l'hôpital ; ils peuvent assurer les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), à toute personne qui en a besoin ; ils peuvent assurer les prestations de santé à domicile (PSAD) pour la mise à disposition de matériel, de dispositifs médicaux et paramédicaux. Aujourd'hui 500 000 salariés (dont 89% travaillent à temps-partiel) accompagnent au quotidien les personnes âgées en perte d'autonomie et les personnes en situation de handicap. D'ici à 2030, 300 000 emplois nouveaux seront à pourvoir pour l'ensemble des métiers (agents et employés à domicile, auxiliaires de vie, aides-soignants). Cependant le rapport de branche de l'aide à domicile pour 2017 fait état d'un besoin de recrutement immédiat de l'ordre de 17 000 personnes et l'UNA (Union Nationale de l'Aide, des Soins et des Services aux Domiciles) évalue à 19% la part des postes créés en 2018 restés vacants. Entre 2012 et 2017, on constate une diminution de 25% du nombre de candidatures aux concours d'entrée des instituts de formation des aides-soignants (IFAS). Selon le dernier rapport annuel de la branche aide à domicile, le turn-over concernerait une auxiliaire de vie sociale sur cinq et la quasi-totalité des structures. Le déficit d'attractivité des métiers concerne également la filière médicale spécialisée en gériatrie, la deuxième spécialité la moins attractive lors du choix des étudiants accédant au 3^{ème} cycle des études de médecine.

La nécessité de refonder les Ehpad

Le modèle français des Ehpad est insuffisant pour faire face à l'enjeu de la dépendance. On dénombre en France 7 367 Ehpad dont 45% sont publics, 31% associatifs et 24% commerciaux (privé lucratif et non lucratifs) qui représentent en tout 595 204 lits. La France offre globalement une place en Ehpad pour dix personnes de plus de 75 ans. La taille médiane des Ehpad est de 90 places. Selon la Drees, 62% des proches des rési-

dents en Ehpad estiment avoir attendu plus d'un mois entre le dépôt du dossier et l'entrée effective de leur parent en institution et 16% plus de six mois. En moyenne, une personne âgée entre en Ehpad autour de 85 ans, pour une durée moyenne de 3 ans. A noter toutefois que les résidents d'Ehpad sont de plus en plus âgés avec aujourd'hui 38% des résidents qui ont plus de 90 ans contre 26% en 2007.

Une pénurie de personnels aggravée par les difficultés de recrutements. Selon un rapport de la Drees paru en 2018, près de la moitié des structures d'hébergement rencontre des difficultés de recrutement des personnels en lien direct avec des personnes âgées en perte d'autonomie. Ainsi 63% des établissements déclarent avoir un poste non pourvu depuis six mois ou plus et un turnover élevé (moins d'un an) pour 15% du personnel. L'augmentation du niveau de dépendance des résidents et des soins medicotechniques requis a considérablement alourdi la charge de travail du personnel soignant en établissement, mais également la pénibilité physique et mentale de ces métiers, souvent facteur d'épuisement professionnel.

La crise du coronavirus a mis au jour les défaillances des établissements. La première vague de l'épidémie a touché prioritairement les personnes âgées : entre mars et juillet 2020, plus de 26 000 personnes sont décédées du Covid en Ehpad ou établissements médico-sociaux, soit 48% du nombre total de décès sur cette période. Cette crise a permis de réaffirmer l'impérative nécessité de médicalisation des Ehpad qui ne peuvent pas répondre aux enjeux sanitaires et à la multiplicité des pathologies impliquant des soins lourds. 10% des Ehpad ont un poste de médecin coordonnateur non pourvu et 9% des Ehpad ont un poste d'aide-soignant non pourvu depuis plus de six mois alors qu'un résident en Ehpad cumule en moyenne 8 pathologies, et qu'environ 37% des résidents souffrent d'au moins une pathologie chronique non stabilisée. Les Ehpad sont, depuis leur création, des petits hôpitaux qui ne disent pas leur nom, mais sans les ressources humaines et les moyens logistiques des hôpitaux car ils sont en sous-effectifs (1 aide-soignante pour 20 patients). Tout établissement confondu, le personnel soignant ne représente que 28,7 des encadrants pour une moyenne de 62,8 postes. Ils devraient être davantage conçus comme des centres médicalisés et de soins, être adaptés à recevoir des personnes en fin de vie. Par ailleurs, l'Ehpad ne doit pas être le seul modèle de référence, d'autres expérimentations doivent être encouragées.

Le défi des maladies neurodégénératives

Le nombre de personnes atteintes de maladies neurodégénératives comme Alzheimer et Parkinson va doubler en 10 ans : plus de 2 millions de Français en 2040 (contre 1 275 000 en 2020) et plus 14 millions d'Européens (contre 9 millions en 2020). Ces maladies plongent dans la détresse des familles entières : il y a actuellement près de 3 millions d'aidants en France pour les seuls malades d'Alzheimer, engendrant des coûts colossaux : 9 milliards d'euros en France et 190 milliards en Europe. **La lutte contre les maladies neurodégénératives doit être considérée comme une grande cause nationale et européenne.**

Le financement de la dépendance à bout de souffle

Pour la France, la prise en charge de la dépendance des personnes âgées représente un budget de 30 milliards d'euros par an comprenant les soins - pris en charge par l'Assurance maladie- , l'accompagnement - souvent pris en charge par le département- , et le logement. Selon les projections de la Drees, les dépenses liées à la perte d'autonomie des personnes âgées atteindraient 1,4% du PIB d'ici 2030 soit une hausse de 0,3 point de PIB représente environ 6,5 milliards d'euros.

La prise en charge de la perte d'autonomie est complexe et peu lisible.

La prise en charge des personnes dépendante fait intervenir différents financeurs (Assurance Maladie, conseils départementaux, caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, État, caisses de retraite), pour des dépenses de natures différentes (soins, dépendance et aide à la vie quotidienne, hébergement, etc.) et des opérateurs aux statuts divers (publics, privés lucratifs, privés non lucratifs). Ce mode de financement, peu lisible, contribue à une distension du lien entre le financeur, le prestataire de services et l'interlocuteur de proximité de la personne. Préjudiciable à l'intelligibilité du système de prise en charge, cette complexité est renforcée par l'absence d'une porte d'entrée unique et facilement identifiable par les familles, que ce soit pour leur accompagnement ou pour les soins.

La lourde charge financière de la dépendance pour les familles : aujourd'hui, l'article 205 du Code Civil oblige les enfants à assumer la subsistance de leurs parents, en payant par exemple l'établissement ou l'aide à domicile, alors qu'ils ont, eux-mêmes des frais à supporter (crédits immobiliers, financement des études de leurs enfants ou, tout simplement, niveau de vie modeste, etc...). Les personnes âgées peuvent toucher une allocation personnalisée d'autonomie (APA) selon le mode d'hébergement, le degré de dépendance et les revenus et une aide sociale à l'hébergement (ASH), versée par les départements, qui est récupérable sur succession, ce qui explique qu'elle ne soit pas systématiquement demandée par les familles.

Le reste à charge des familles, un des plus élevés d'Europe (10 fois plus élevé qu'en Suède ou au Danemark), est d'environ 2000 euros par mois par résident en Ehpad et dépasse, dans 75% des cas, les ressources courantes de la personne âgée et la pension moyenne de retraite. 69% des Français déclarent ne pas pouvoir assumer le coût d'un hébergement médicalisé.

Les banques, quant à elles, ne prêtent pas aux parents car elles ne sont pas intéressées par une clientèle âgée si ce n'est pour lui placer son épargne. Plusieurs enfants de parents dépendants sont ainsi obligés de vendre la maison familiale.

Le Gouvernement a créé l'année dernière une cinquième branche de la sécurité sociale entièrement dédiée à la prise en charge de la dépendance, mais, en réalité, c'est une coquille vide car aucun réel moyen nouveau n'a été déployé et le problème du financement n'est pas réglé. **Il est indispensable de trouver des pistes nouvelles de financement nouvelles, telle que la réorientation de l'épargne privée, comme nous le faisons.**

Résultats du questionnaire de la convention « Seniors »

1. Passer de la définition négative « seniors » à l'appellation positive « travailleurs expérimentés » pour les plus de 50 ans ?



2. Créer un contrat « travailleurs expérimentés » exonéré de charges sociales pendant deux ans pour l'entreprise et des contrats de mission de service public pour les plus de 55 ans ?



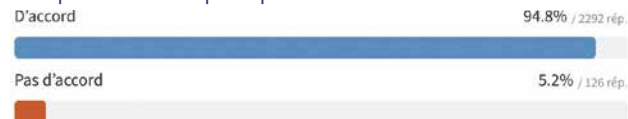
3. Créer des unités de Pôle-emploi spécifiquement dédiées au recrutement des travailleurs expérimentés ?



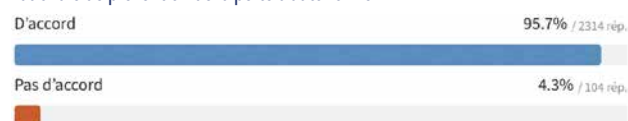
4. Rendre plus attractifs le cumul emploi-retraite, en supprimant le plafond actuel de 20 000 euros de revenu annuel pour les retraités à taux partiel, et la retraite progressive, en élargissant les conditions d'accès ?



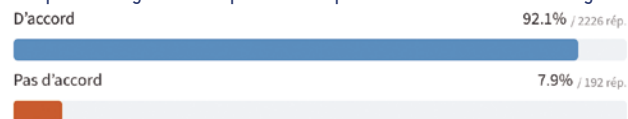
5. Réformer en profondeur notre système de retraite pour sauvegarder son avenir et le pouvoir d'achat des retraités et revaloriser les 1 000 premiers euros des petites pensions ?



6. Doubler les financements consacrés à la prévention (de 1,3 milliards d'euros à 2,6 milliards) et mettre en œuvre une stratégie nationale de prévention de la perte d'autonomie ?



7. Adapter les logements aux seniors en réalisant un « diagnostic logement autonomie » à domicile à partir de 75 ans ; en prévoyant des quotas de logements adaptés et en simplifiant le recours aux aides de l'Agence nationale pour l'habitat ?



8. Mieux reconnaître et valoriser tous les acteurs professionnels du maintien à domicile ?

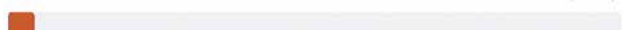


9. Développer des solutions d'hébergement intermédiaires en particulier à travers les résidences à services intégrés (résidences-autonomie, résidences seniors) ?

D'accord 95.7% / 2313 rép.



Pas d'accord 4.3% / 105 rép.

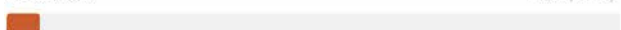


10. Refonder les EHPAD en incitant les travaux de rénovation des équipements médicaux et l'ouverture de l'établissement sur la vie de quartier ; en instaurant des normes minimales d'encadrement ; en encourageant la numérisation et la robotisation des tâches afin de libérer plus de temps pour l'assistance aux résidents ?

D'accord 94.5% / 2284 rép.



Pas d'accord 5.5% / 134 rép.

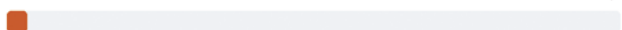


11. Lancer un Plan Alzheimer de 1,6 milliards d'euros sur 5 ans, destiné à lutter contre la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées, (à l'instar du Plan Alzheimer du Président Nicolas Sarkozy 2008-2012) ?

D'accord 96.7% / 2339 rép.



Pas d'accord 3.3% / 79 rép.

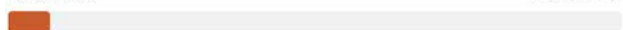


12. Intégrer un volet économie du grand âge dans le quatrième programme d'investissements d'avenir (PIA) (20 milliards d'euros pour 5 ans) et établir un guide de bonnes pratiques des initiatives innovantes mises en place par les collectivités territoriales ?

D'accord 93.1% / 2252 rép.



Pas d'accord 6.9% / 166 rép.

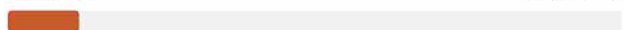


13. Financer la dépendance par l'épargne privée avec différents dispositifs : livret-dépendance sur le modèle du livret durable et solidaire ; prêt spécifique dépendance destiné aux familles; assurance dépendance volontaire gérée par les mutuelles et dispositif amélioré du viager occupé mutualisé ?

D'accord 88.4% / 2138 rép.



Pas d'accord 11.6% / 280 rép.

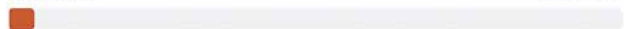


14. Remplacer le système actuel combinant l'APA (allocation personnalisée d'autonomie) et l'ASH (aide social à l'hébergement) par une seule prestation qui couvrirait l'ensemble des frais de dépendance (soins et hébergement) afin de pouvoir obtenir le même montant d'aide publique quel que soit le mode de prise en charge choisi ?

D'accord 95.9% / 2319 rép.



Pas d'accord 4.1% / 99 rép.

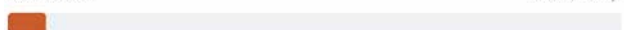


15. Décentraliser la politique de la dépendance et faire des départements les chefs de file en prévoyant des ressources dédiées et en regroupant tous les services départementaux relatifs aux personnes âgées dans un service unique ?

D'accord 93.8% / 2268 rép.



Pas d'accord 6.2% / 150 rép.



PROPOSITIONS



VALORISER LE RÔLE DES «SENIORS» DANS LA SOCIÉTÉ ET AU SEIN DE L'ENTREPRISE

Passer de la définition négative «seniors» à l'appellation positive «travailleurs expérimentés» pour les plus de 50 ans. Alors que l'allongement de la durée du travail est inévitable, il n'est plus possible de stigmatiser les travailleurs dès 50 ans. En Allemagne, un directeur commercial de 55 ans figure parmi les profils les plus recherché dans le monde du travail. Il faut changer le regard de la société tout entière sur cette catégorie de population et arrêter de la stigmatiser.

Créer des unités de Pôle-emploi spécifiquement dédiées au recrutement des travailleurs expérimentés.

Créer un contrat « travailleurs expérimentés » pour les plus de 55 ans, exonéré des charges sociales pendant deux ans pour l'entreprise.

Valoriser l'engagement et les bonnes pratiques des entreprises, par la mise en place d'un label permettant de mettre en lumière les entreprises qui recrutent des travailleurs expérimentés. L'objectif est de faire de l'emploi des «seniors» un objectif partagé et tendre vers une organisation plus inclusive des travailleurs les plus âgés dans les entreprises.

Créer des contrats de missions de service public qui s'adressent aux retraités pour profiter de leur expérience dans des missions d'intérêt général. Nous devons mobiliser toutes les forces vives de la nation : tous ceux qui ont du temps et des compétences doivent pouvoir les mettre au service de la nation. Dans l'éducation ou la formation pour les secteurs en tension, nous ferons appel massivement aux citoyens volontaires en contrepartie d'une indemnisation. Cela suppose de créer des contrats de solidarité intergénérationnelle : les jeunes retraités pourraient par exemple donner de leur temps, notamment pour exercer des missions de formation ou d'insertion.

Rendre le cumul emploi-retraite plus attractif en supprimant le plafond actuel de 20 000 de revenu annuel pour les retraités qui ne remplissent pas les conditions d'obtention du taux plein.

Revaloriser les 1000 premiers euros des petites pensions de retraite. Il faut rémunérer le fait que les retraités sont utiles à la société et à l'économie (en gardant les petits enfants, en faisant du bénévolat...).

Réformer en profondeur notre système de retraite pour sauvegarder son avenir et le pouvoir d'achat des retraités. Nous proposons de créer un régime universel jusqu'à un plafond de sécurité sociale (40 000 euros par an) et, au-delà, maintenir des régimes complémentaires autonomes, afin de prendre en compte les particularités des carrières professionnelles. Ce système assurerait des droits identiques au secteur public et au secteur privé et la préservation du pouvoir d'achat de tous les retraités en refusant toute hausse des cotisations ou toute baisse des pensions. Pour ne pas baisser les pensions ni augmenter les cotisations, un seul choix est possible : l'âge de départ à la retraite devra progressivement passer de 62 à 65 ans, en une douzaine d'années à raison d'un trimestre par an. Rappelons que la France est le pays de l'OCDE où la quantité de travail par habitant est la plus faible (moyenne de 630 heures par habitant et par an contre 722 en Allemagne) et que l'endettement public en 2020 est aussi élevé que la totalité des pensions de retraite du régime général. Nous voulons aussi mettre fin dans les dix ans aux régimes spéciaux issus d'un statut, comme à la SNCF ou la RATP et sanctuariser les acquis de la politique familiale (droits familiaux et conjugaux), garantir les pensions de réversion des veuves et des veufs.

Rendre plus attractive la retraite progressive et renforcer la promotion du dispositif lors des entretiens de préparation à la retraite. Ce dispositif permet aux salariés à moins de deux ans avant leur départ en retraite de travailler à temps partiel et de bénéficier d'une fraction de leur pension de retraite mais il est très peu utilisé (15 000 personnes par an environ sur 600 000 personnes éligibles) car il est peu connu et soumis à des conditions strictes (être à au moins à deux ans avant l'âge légal du départ en retraite et avoir 153 trimestres de cotisations validés). Nous proposons de l'étendre à partir de cinq ans avant l'âge légal en abaissant le nombre des trimestres requis en conséquence).

MIEUX PRÉVENIR ET MIEUX SOIGNER POUR VIEILLIR EN BONNE SANTÉ

Mettre en œuvre une stratégie nationale de prévention de la perte et doubler les financements (passer de 1,3 milliard d'euros à 2,6 milliards, d'euros soit de moins de 0,7% à 1,4% du budget de la sécurité sociale). Cette stratégie comprendrait :

- un examen annuel d'évaluation des capacités à partir de 65 ans afin de prévenir la perte d'autonomie ;
- le déploiement du programme ICOPE (Integrated Care for Older People) expérimenté en Occitanie et recommandé par l'OMS, qui permet de détecter en quelques minutes une possible perte d'autonomie. Ce programme permet à un professionnel d'évaluer et de suivre l'évolution des fonctions et repérer les signes avant-coureurs d'une éventuelle perte d'autonomie ainsi que de former le «senior» à s'auto-évaluer via une application mobile. Toutes les données saisies dans l'application sont directement collectées dans une base de données sécurisée et en cas de perte de fonction chez le sujet, une alerte est générée automatiquement ;
- la formation initiale et continue et la sensibilisation des professionnels de santé à la prévention de la perte d'autonomie et des maladies du grand âge en développant des métiers nouveaux et spécialisés (care managers, coordinateurs de parcours, IPA (infirmière en pratiques avancées)), en intégrant un stage de gériatrie aux études de médecine, etc.



FAVORISER LE MAINTIEN À DOMICILE

Inciter les départements et/ou les communes à réaliser un « diagnostic logement autonomie » à domicile des «seniors», à partir de 75 ans, afin de repérer les besoins éventuels d'adaptation de leur logement. Ces visites réalisées par des professionnels de santé permettront de dresser un état des lieux des logements, d'identifier les besoins des occupants en termes d'ergonomie, de confort, de qualité de vie ou de sécurité et les adaptations nécessaires, à l'instar de ce que font les pays du Nord de l'Europe.

Mieux adapter les logements aux «seniors» :

- en réduisant les délais d'instruction des dossiers auprès de l'Agence Nationale de l'Habitat (ANAH) ;
- en créant un guichet unique pour les demandeurs ;
- en prévoyant des quotas logement adaptés aux personnes âgées au titre de la loi SRU (solidarité et développement urbain).

Valoriser les métiers et mieux faire reconnaître tous les professionnels du maintien à domicile :

- en améliorant les rémunérations dans les filières gérontologiques pour renforcer leur attractivité ;
- en créant un statut clair pour les personnels d'Ehpad, pour les personnels soignants et les aides à domicile et en investissant dans une véritable filière de formation professionnelle, initiale et continue, des métiers du grand âge ;
- en créant un registre complet des acteurs du domicile au niveau des départements, disponible pour les patients, les professionnels et les institutionnels et en renforçant leur coordination et leur mise en réseaux ;
- en reconnaissant les Prestataires de Santé à Domicile comme des établissements et services de santé dans le code de santé public afin de mieux faire rembourser leurs prestations par la sécurité sociale.

Développer des solutions d'hébergement intermédiaires en particulier à travers les résidences à services intégrés (résidences-autonomie, résidences «seniors»). Analyser précisément la demande potentielle pour ce type de logement, harmoniser les cadres réglementaires et encourager les expérimentations locales en s'inspirant des exemples étrangers.



REFONDER LES EHPAD

Mettre en place une TVA réduite sur les travaux en Ehpad dont l'objectif est la réfection ou installation de nouveaux équipements médicaux (dispositifs à oxygène, rails de levage, salles de sport pour les plans de soin...).

Instaurer des normes minimales d'encadrement en Ehpad, harmoniser les taux d'encadrement, ouvrir les Ehpad sur la vie de quartier, collecter et diffuser l'information sur la qualité des prises en charge des différents établissements. Nous devons augmenter de 25% les effectifs des personnels auprès du résident (soignant, personnel paramédical, psychologue ...), en passant de 52 à 63 ETP (équivalent temps plein) pour 100 résidents et harmoniser les taux d'encadrement entre établissements publics et privés car il y a de fortes disparités selon le statut des établissements (55% pour le privé contre 67% en Ehpad public). Tout établissement confondu, le personnel soignant ne représente que 28,7 des encadrants pour une moyenne de 62,8 postes.

Il faudrait également pouvoir intégrer de façon permanente les intervenants libéraux extérieurs tels que des kinésithérapeutes, généraliser la présence d'un médecin coordonnateur dans les établissements, développer la télémédecine et encourager la numérisation et la robotisation des tâches afin de libérer plus de temps pour l'assistance aux résidents. Par ailleurs l'Ehpad doit être un lieu ouvert vers l'extérieur et la vie de quartier.



SOUTENIR L'INNOVATION POUR MIEUX LUTTER CONTRE LA PERTE D'AUTONOMIE

Intégrer un volet économie du grand âge, dans le quatrième programme d'investissements d'avenir (PIA) et le prolonger au-delà de 2021. Ce programme mobilise 11 milliards d'euros d'ici à 2022 pour soutenir l'innovation et en particulier l'investissement dans les technologies d'avenir.

Etablir un guide de bonnes pratiques des initiatives innovantes mises en place par les collectivités territoriales.



DÉCLARER LA MALADIE D'ALZHEIMER ET LES MALADIES APPARENTÉES GRANDE CAUSE NATIONALE ET EUROPÉENNE

Lancer un Plan Alzheimer de 1,6 milliards d'euros sur 5 ans, destiné à lutter contre la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées, à l'instar du Plan Alzheimer du Président Nicolas Sarkozy (2008-2012) afin de :

- former l'ensemble des professionnels de santé (médecins généralistes, pharmaciens, etc.) dans le dépistage, la prévention, l'accompagnement et les soins des personnes atteintes de maladies neurodégénératives ;
- développer le nombre de centres d'accueil de jour et des relais à domicile afin de soulager les familles ;
- améliorer le recueil de données épidémiologiques de la Banque nationale Alzheimer afin de mieux connaître la maladie ;
- renforcer la présence française dans le cadre du programme européen de recherche ALCOVE (Alzheimer Cooperative Valuation in Europe). Consolider la coordination européenne via l'initiative JPND (Joint Programming to combat neurodegenerative diseases and Alzheimer's in particular) lancée en 2008 au cours de la présidence française de l'Union Européenne.



FINANCER ET RÉFORMER LA POLITIQUE DE LA DÉPENDANCE

ORIENTER L'ÉPARGNE PRIVÉE VERS LE FINANCEMENT DE LA DÉPENDANCE

Permettre de mobiliser l'épargne privée des livrets A et des contrats d'assurance vie en prévoyant une défiscalisation en cas de décaissement anticipé pour financer sa propre dépendance et créer un « livret dépendance » ou « Livret D » sur le modèle du livret durable et solidaire.

Mettre en place un prêt « dépendance-famille » tripartite enfants/parents/banques spécifiquement destiné aux familles en cas de dépendance forte et certifiée des parents. 75% environ des personnes entrant en dépendance sont propriétaires de leur logement, que les enfants sont très souvent obligés de vendre pour payer l'hébergement en Ehpad. Le prêt dépendance-famille éviterait aux enfants de vendre le logement de leurs parents. L'épargne d'un ou de plusieurs enfants serait fléchée vers le livret dépendance et donnerait lieu au versement d'intérêts par la banque, exonérés d'impôt. Cette épargne constituerait une caution pour un prêt bancaire que la banque accorderait au(x) parent(s) dépendant(s), pour une durée limitée (trois ans) correspondant à la moyenne d'un séjour en Ehpad avec un montant plafonné à 75 000 euros. Le parent qui emprunte auprès de la banque paie des intérêts plus hauts que ceux reçus par l'enfant. A la mort du parent le passif qu'il a laissé à la banque est réglé par l'enfant dans le cadre de la succession, exonérée d'impôt, et l'enfant peut choisir de laisser son épargne à la banque si la rémunération offerte est attractive.

Créer un plan épargne d'anticipation de la dépendance qui s'adresse aux plus jeunes sur le modèle des systèmes de retraites complémentaires facultatives et le rendre attractif par une prime d'Etat qui inciterait la souscription.

Adosser aux complémentaires santé un contrat volontaire d'assurance dépendance sous forme de cotisation entre 9 et 17 euros par mois à partir de l'entrée dans la vie active ou dès 52 ans.

Améliorer le dispositif du viager occupé mutualisé. Alors que le viager traditionnel souffre d'un défaut d'attractivité à cause du caractère incertain de la transaction (environ dix vendeurs en viager pour un acheteur), le viager mutualisé remplace l'acheteur privé par des investisseurs institutionnels dont la capacité d'achat est plus élevée avec l'avantage de mutualiser les risques d'acquisition sur plusieurs types de biens immobiliers. Cependant ce type de contrat n'est attractif que pour les biens immobiliers présentant une certaine valeur ou un positionnement avantageux. Il faudrait permettre de provisionner d'office une partie du capital pour les dépenses relatives à la dépendance en faisant intervenir également des acteurs publics.

Remplacer le système actuel combinant l'APA et l'ASH par une seule prestation qui couvrirait l'ensemble des frais de dépendance (soins et hébergement) afin de pouvoir obtenir le même montant d'aide publique quel que soit le mode de prise en charge choisi.

Aujourd'hui les montants des aides à la dépendance et les différents organismes financeurs varient en fonction des modes de prise en charge domicile/institution et selon le type de dépenses (soins/dépendance/hébergement) ce qui crée de l'illisibilité et une différence de traitement qui n'est pas cohérente avec la liberté de choisir comment et pour vivre les dernières années de sa vie.

DÉCENTRALISER LA POLITIQUE DE LA DÉPENDANCE

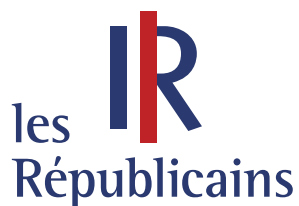
Faire des départements les chefs de file de la politique de la dépendance en association avec les ARS (agences régionales de santé) dans le cadre de contrats territoriaux de lutte contre la dépendance. Il est nécessaire de simplifier la gestion de la dépendance qui est aujourd'hui éclatée entre les soins, dont la tutelle est confiée aux ARS et le financement à la branche maladie de la Sécurité Sociale ; l'aide aux activités quotidiennes dont la tutelle est confiée aux conseils départementaux et le financement aux départements et à la Caisse Nationale de Solidarité pour l'autonomie et enfin l'hébergement qui relève de l'APA et de l'ASH, versées par les départements. Les départements doivent être le chef de file de la politique globale de la dépendance à travers la mise en place de contrats territoriaux avec les régions et décliner localement les orientations stratégiques de la politique de la dépendance. Pour cela il faut doter les départements des ressources financières leur permettant de mettre en œuvre les objectifs de la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la dépendance.

Regrouper tous les services départementaux relatifs aux personnes âgées dans un service unique qui traite l'ensemble des démarches liées à la perte de l'autonomie (ouverture de droit, information, accompagnement, instruction des demandes...), au sein même des départements ou dans des Maisons Départementales de l'Autonomie.

Contacts :

Presse : servicedepresse@republicains.fr - 01.40.76.60.44

Etudes : forums@republicains.fr - 01.40.76.62.75



Retrouvez toute notre actualité sur
www.republicains.fr