

Conseil National de Refondation - Bien Vieillir

Adapter la société au vieillissement

Luc Broussy & Florence Thibaudeau-Rainot

LE PERIMÈTRE

Le 11 octobre dernier, le Ministre des Solidarités lançait la Fabrique du Bien Vieillir et confiait dans le cadre du CNR la responsabilité à trois personnalités d'élaborer des propositions sur différentes thématiques. Il a été ainsi demandé à Luc Broussy, à la suite de son rapport interministériel de 2021 « Nous vieillirons ensemble », de traiter trois sujets :

- L'adaptation des logements au vieillissement
- L'adaptation des Villes au vieillissement
- La prévention de la perte d'autonomie

Il a été demandé ensuite aux trois pilotes de choisir un co-pilote. Le choix de Luc Broussy s'est porté sur Florence Thibaudeau Rainot en qualité de maire-adjointe du Havre chargée des affaires sociales, de 1^{ère} vice-présidente du Conseil Départemental de Seine-Maritime et de présidente de la commission Solidarités de France Urbaine, son expérience d'élue locale constituant un apport essentiel à la réflexion.

LE SENS DE NOS PROPOSITIONS

Depuis 4 ans, les pouvoirs publics ont bénéficié, pour alimenter leurs réflexions, des 175 propositions du Rapport Libault, des 60 propositions du rapport El Khomri, des 80 propositions du Rapport Broussy, de celles issues du Rapport Vachey sans compter, bien évidemment, de celles émanant des rapports des députés (Iborra-Fiat, Dufeu-Schubert...) ou des sénateurs (Bonne, Meunier). Le 4 avril, jour de la restitution des travaux du CNR, d'autres propositions sont venus se rajouter à toutes celles déjà existantes.

Le Gouvernement ne manque donc pas de pistes pour alimenter la « feuille de route » que le Ministre Jean-Christophe Combe a annoncé pour fin mai puis pour début juin. Cet acte politique est d'autant plus attendu que l'abandon en rase campagne en 2021 de la loi Grand Âge promise par le Président de la République en 2018 a créé une attente très forte que la PPL Bien Vieillir n'est évidemment pas, à ce stade, de nature à combler. A défaut de Loi Grand Âge, ladite « Feuille de route » concentre donc tous les espoirs. Elle doit constituer le moment où le Gouvernement dira ce qu'il retient des centaines de propositions émises depuis 2019 et quelle méthode il compte privilégier pour les mettre en œuvre (PPL, PLFSS, PLF, décrets, plans d'action etc...).

Pour l'heure, sur les 80 propositions du Rapport « Nous vieillirons ensemble », seules deux ont été reprises par l'exécutif : Ma Prime Adapt reprise par le Ministère du Logement ; l'insertion du vieillissement dans les programmes Action Cœur de Ville et Petites Villes de Demain reprise par l'ANCT. Toutes les autres propositions formulées alors demeurent d'actualité. Nous allons donc, en toute logique, en retrouver certaines ici.

PRIORITÉ N°1 - PRIORITÉ À LA PRÉVENTION OU ... COMMENT ATTAQUER LE MAL À LA RACINE

La prévention a été et continue de demeurer le maillon faible d'un système de santé français qui a toujours privilégié le curatif au préventif. Même les Ehpad sont dominés par le triptyque aide-soignant/IDE/médecin quand d'autres pays font une place bien plus grande aux kinés, psychomotriciens, orthophonistes ou ergothérapeutes.

Une séance de travail avec MM. Vellas, Jeandel et Bourquin nous a convaincu, avant même d'entrer dans le détail de mesures concrètes, qu'il était essentiel que la France se fixe un objectif politique : augmenter d'ici 2030 l'espérance de vie en bonne santé.

Un objectif : augmenter l'espérance de vie en bonne santé

On peut trouver vain, voire velléitaire, ce type d'objectifs chiffrés. Mais tous nos interlocuteurs ont au contraire considéré qu'il appartenait aux responsables politiques de fixer un cap pour ensuite entraîner au quotidien les acteurs de terrain. Car cette volonté part d'un constat inquiétant. En effet, alors que l'espérance de vie des femmes françaises est la plus élevée d'Europe, leur espérance de vie sans incapacité (ESVI) se situe à 65,9 ans soit la 9^{ème} d'Europe derrière l'Allemagne, la Bulgarie, l'Espagne, la Grèce, l'Irlande, l'Italie, la Slovénie ou la Suède. Idem pour l'espérance de vie en bonne santé des hommes français (63,9 ans) qui est, selon l'INSEE, inférieure à celles constatées en Suède, Italie, Espagne, Irlande, Grèce, Allemagne ou Luxembourg.

Nous proposons que l'Etat fixe à la France un objectif : **augmenter de 2 ans d'ici 2030 l'espérance de vie sans incapacités**. Nous proposons qu'au moment de chaque PLFSS, des indicateurs soient communiqués par les services compétents au Parlement pour suivre ladite évolution.

Un moyen : la généralisation d'Icope

Pour qu'une politique de prévention irrigue les territoires, un outil existe désormais. Il se nomme Icope, soit *Integrated Care for Older People* (« I cope » en anglais signifie aussi « Je fais face »). Adoubé par l'OMS, popularisé en France par le Pr Bruno Vellas, le programme ICOPE fait l'objet d'une expérimentation nationale financée par le Ministère de la Santé et la CNAM dans le cadre de l'Article 51.

Le programme ICOPE a pour objectif de retarder la dépendance en repérant précocement les facteurs de fragilité chez les seniors. La démarche déployée depuis 2019 avec le Gérotopôle du CHU de Toulouse a fait l'objet d'une expérimentation concluante en Occitanie et est en cours de déploiement dans 9 régions de France. A partir de tests simples et ludiques une évaluation des six fonctions essentielles (*locomotion, état nutritionnel, santé mentale, cognition, audition et vision*) est réalisée par un professionnel (infirmier, kiné, travailleur social...) ou en auto-évaluation. Que l'outil soit maniable par chaque individu : voilà qui est de nature à démultiplier son audience et son développement.

Nous souhaitons proposer la généralisation sur tout le territoire de cet outil. Or, entre temps, un amendement généralisant les expérimentations Icope a été ajouté à l'article 2 de la PPL Bien Vieillir. Ce qui va à l'évidence dans le bon sens.

Une méthode : un service public de repérage des fragilités

L'outil est là : encore faut-il l'utiliser de façon optimale. C'est pour cette raison que nous prôtons ici la mise en place d'un **service public de repérage des fragilités**. Cette volonté part de deux constats :

- l'isolement social devient le mal du siècle. L'Angleterre et le Japon ont même érigé des ministères de la solitude et/ou de l'isolement. S'il touche l'ensemble des générations, il concerne de manière plus massive les plus âgés puisqu'on évalue désormais à plus de 530.000 le nombre de personnes âgées souffrant d'isolement.

- nos politiques sociales ne sont pas suffisamment concentrées sur le « **aller vers** ». Sur la détection et le repérage des fragilités des personnes âgées qui ne viennent pas spontanément vers les services publics qui leur sont dédiés.

Nous pensons donc qu'un **service public de repérage des fragilités** doit pouvoir se diffuser partout sur le territoire. Au plan national, la CNSA lancerait un appel d'offres pour que, sur les territoires, un opérateur puisse proposer chaque année aux 75 ans et + un repérage de la fragilité sur la base d'outil ICOPE. Et nous continuons à penser – comme cela avait été exposé dans le Rapport interministériel « *Nous vieillirons ensemble* » - que La Poste a tous les atouts pour être cet opérateur national. La densité de son implantation, la présence sur le terrain de dizaines de milliers de facteurs, la proximité de nombre de ses agents avec nos concitoyens notamment âgés doivent être utilement mises à profit.

La Poste n'est pas là pour remplir à leur place les missions des acteurs locaux ou des associations notamment d'aide et de soins à domicile. Mais elle a la capacité et la force de frappe lui permettant d'accéder à chaque foyer et, en lien avec les partenaires d'assumer un rôle d'ensemblier de ce nouveau service public. Évidemment, il appartiendrait à La Poste de former des milliers, voire des dizaines de milliers de facteurs. Comme il appartiendrait ensuite aux Carsat, aux Saad, aux professionnels de santé, aux CPTS, aux bailleurs sociaux ou aux CCAS de proposer une stratégie d'accompagnement pour toutes les personnes ainsi « repérées ».

Une telle mesure peut nécessiter une intervention législative. Ou pas... En revanche, ce qui devient difficilement supportable, c'est l'apathie des pouvoirs publics depuis deux ans sur ce sujet. La Poste est venue présenter son projet à tous les responsables : au Ministre de l'Autonomie, à la Première Ministre, au Président de la République. Il faut désormais prendre une décision.

C'est pourquoi nous proposons que la « feuille de route » du Ministre comporte la convocation d'un groupe de travail large et représentatif pour étudier désormais concrètement comment un tel service public pourrait se constituer autour d'un pivot qu'est La Poste.

Mais un autre outil devra demain être privilégié. En effet, le Ministre de la Santé a annoncé la mise en place de 3 consultations prévention à 25, 45 et 65 ans. Cette dernière devrait, selon le Ministre, être centrée sur « *la prévention de la perte d'autonomie, le dépistage des cancers et de toutes les maladies qui peuvent être prévenues* ». Il serait utile dès maintenant que le monde médical et évidemment les gériatres soient associés à la définition précise de ce rendez-vous qui peut s'avérer crucial dans le cadre de l'objectif d'évolution de l'espérance de vie sans incapacité évoquée plus haut. Il serait également nécessaire d'associer cette visite à un véritable questionnaire d'auto-évaluation permettant de sensibiliser chacun à son propre état de santé. C'est pourquoi il est nécessaire au-delà de l'outil Icope, qui cible plutôt les 75 ans et plus, de déployer des outils en direction des 55-75 ans. La Ministre Agnès Firmin Le Bodo vient de missionner la Filière Silver Economy, autour notamment du Pr Olivier Guérin, pour travailler d'ici l'automne sur le thème de la Santé des Séniors et des « pré-fragilités ».

Au-delà d'une politique globale de prévention, il nous paraît essentiel que les politiques publiques se concentrent tout particulièrement sur trois sujets majeurs :

- **Les chutes**

Le rapport « *Nous vieillirons ensemble* » l'avait souligné : près de 10.000 personnes âgées de 65 ans et plus meurent chaque année de chutes domestiques. Un chiffre étourdissant puisque près de 3 fois supérieur au nombre annuel de tués sur la route. Brigitte Bourguignon a lancé en février 2022 un plan d'action amplifié depuis par Agnès Firmin Le Bodo. Baptisé *Papa* pour Plan Anti-chutes des personnes âgées, il est actuellement décliné dans les régions via les ARS, les Carsat, les gérontopôles. Cette belle impulsion a donné lieu à des plans régionaux composés de nombreuses actions de terrain. Il faut donc désormais laisser ces actions se déployer.

Manquent toutefois deux piliers à ce plan sur lesquels nous souhaiterions insister :

- Il est d'abord nécessaire de mieux impliquer les acteurs économiques impliqués dans la prévention des chutes. Ce Plan ne peut être seulement le terrain de jeu des professionnels de santé et des institutions publiques. Les Saad évidemment mais aussi les entreprises, grandes ou petites, impliqués sur ces sujets (détecteurs de chutes, téléassisteurs, installateurs de douches, artisans du bâtiment, revêtements de sols, chemins lumineux etc...) devraient être pleinement parties prenantes. Elles constituent une part des solutions.
- Il est également indispensable que l'Etat et/ou les régimes d'Assurance maladie ou vieillesse investissent dans une grande campagne de sensibilisation nationale. La CNSA produit déjà des modules bien pensés (cf. Ensemble pour l'autonomie) mais leur diffusion gagnerait à être amplifiée.

Enfin, comme nous l'avons décrit plus haut, l'indicateur annuel du nombre de chutes mortelles des séniors mériterait d'être communiqué au Parlement chaque année avec, là encore, une ambition chiffrée à l'horizon 2030. Évidemment, se fixer une diminution du nombre de chutes mortelles des 65 ans et + au moment même où leur nombre va croître de +1,5 million paraît contre-intuitif. Mais le suivi annuel de cet indicateur (en donnant évidemment à Santé Publique France le moyen de le produire) apparaît plus que jamais nécessaire.

▪ **La dénutrition**

La dénutrition est au cœur de la question de la prévention. D'abord parce que la dénutrition représente un facteur de risque de dépendance. Ensuite parce qu'être dans une situation de perte d'autonomie accroît le risque de dénutrition.

Et comme la perte de poids s'effectue surtout au détriment de la masse musculaire, c'est à cette fonte musculaire que l'on attribue la majorité des événements péjoratifs qui y sont associés : augmentation du nombre et de la sévérité des infections, troubles de la marche, chutes, fractures, escarres, ralentissement de la cicatrisation... La prise en charge nutritionnelle, associant enrichissement de l'alimentation et activité physique, constitue donc un peu la « mère des batailles » en termes de prévention.

Depuis quelques années, l'action menée par le Collectif de lutte contre la dénutrition (et notamment l'organisation désormais annuelle de la Semaine Nationale de la dénutrition) a permis de mieux sensibiliser les professionnels concernés. Dans le même esprit, les recommandations de la Haute Autorité de Santé formulées en novembre 2021 ont participé de cette prise de conscience. Les professionnels de santé insistent désormais pour que les personnes âgées identifiées comme à risque de dénutrition ou dénutries soient prises en charge par l'Assurance maladie via une consultation diététique en ville et/ou la prescription de séances d'activité physique adaptée. Enfin, les troubles de la déglutition nécessiteraient un recours plus fréquent aux orthophonistes lesquels sont malheureusement bien trop peu nombreux en France.

Mais ne boudons pas notre satisfaction : sur ce sujet, la prise de conscience a fait un bond en avant ces dernières années. Il faut continuer et amplifier ces efforts.

▪ **Le suicide**

Le suicide des personnes âgées est également une question de santé publique encore trop peu abordée. Même si celui-ci tend à diminuer ces dernières années, la France figure parmi les pays pour lesquels le taux de suicide des personnes âgées est le plus élevé. Le taux de suicide des 75 ans et plus est en effet de 33,3 pour 100 000 habitants contre 15,4 pour les 25-54 ans et 18,1 pour les 55-74 ans. Surtout, les personnes âgées « réussissent » leur suicide : elles ne sont pas là pour alerter les proches mais bien pour en finir de façon déterminée. La dépression et la solitude demeurant les principaux facteurs de passage à l'acte, on voit que la prévention passe aussi bien par les situations de repérage indiquée plus haut comme par une meilleure formation des intervenants à domicile ou une meilleure articulation entre psychiatrie et gériatrie.

Enfin, nous voudrions intégrer ici une proposition à laquelle nous tenons notamment avec Marc Bourquin (FHF) pour l'avoir déjà formulé au sein de la Filière Silver Economie. (cf. rapport Bourquin-Aquino – juillet 2019) : **la création d'un forfait « nouvelles technologies » dans les Ehpad et les Saad.**

Depuis quelques années, de nombreuses technologies sont apparues qu'il s'agisse de soulager la pénibilité des professionnels, d'accroître les liens sociaux et les interactions des personnes âgées, d'assurer une meilleure qualité et traçabilité des services ou encore d'augmenter la sécurité en permettant les « levées de doute ». Longtemps sensible aux vaines oppositions entre homme et robot, le secteur médico-social accuse désormais un retard dans le déploiement des nouvelles technologies, retard qui s'apparente à une véritable perte de chance.

Nous voulons donc plaider ici pour la création d'un forfait « nouvelles technologies » dans les ressources des ESMS aussi bien dans les Ehpad que dans les services à domicile. Ce forfait doit absolument être sanctuarisé et conditionné. Sanctuarisé car s'il est intégré dans le forfait soins, tout gestionnaire aura tendance à privilégier une embauche supplémentaire plutôt qu'une innovation technologique. Cette enveloppe doit être entièrement dédiée aux nouvelles technologies. Et son versement doit être conditionné à un projet permettant d'améliorer la vie quotidienne des résidents, des aidants et/ou des personnels.

Le dispositif proposé doit être simple et souple : il s'agit de flécher sur les nouvelles technologies une fraction des mesures nouvelles votées chaque année dans le cadre du PLFSS. Un premier plan de 50 millions d'euros dans le prochain PLFSS permettrait d'ici un an de tirer un bilan de l'utilité d'une telle mesure, avant possiblement de la généraliser.

Cette proposition, disons-le, n'a rien à voir avec le plan numérique défini au moment du Plan de Relance. Les 600 millions dédiés au secteur social et médico-social sont certainement très utiles sauf que, au-delà du fait qu'on ne sait pas trop à quoi ils ont concrètement servi, personne ne peut considérer qu'ils ont permis de changer la vie quotidienne des usagers des Ehpad et des Saad.

Cette mesure en appelle une autre : **le déploiement d'un Centre National de Preuves**. Cet outil, pensé dès 2018 par la CNSA, et enrichi par les réflexions du rapport Aquino-Bourquin de 2019, est essentiel. Il consiste à guider les acheteurs, notamment les acheteurs institutionnels (Départements, mutuelles, groupes d'Ehpad, réseaux de Saad, centrales d'achat...), parmi les offres foisonnantes de nouvelles technologies qui se multiplient sans avoir encore toutes faites la preuve de leur valeur d'usage.

Or, le Centre de Preuves qui a été créé en 2022 au sein de la CNSA et qui figure dans la COG qui la lie à l'Etat, est certainement très utile. Mais disons-le : il ne ressemble en rien aux objectifs qu'avait dessinés la Filière à l'époque et n'a pas vocation à résoudre les problèmes que posaient le Rapport Bourquin-Aquino.

Il apparaît pour l'heure relativement déconnecté du monde de l'économie et de l'innovation et ses objectifs n'ont jamais fait l'objet de concertations avec les différents acteurs économiques et professionnels. Mais il n'est pas question ici d'empêcher la CNSA de poursuivre les objectifs qu'elle croit bons. Il s'agit juste, puisque que manifestement le Centre de Preuves de la CNSA ne le sera pas, de penser un lieu et une méthode qui permettent aux institutions, aux collectivités et aux professionnels de mieux identifier ce qui fonctionne et ce qui est utile parmi les innovations technologiques et numériques liés au grand âge. Et pour ce faire, de contractualiser avec les Gérontopôles (en tout cas ceux d'entre eux possèdent les moyens d'une telle évaluation), avec les living lab (tel celui du CHU d'Angers, à LIVE au CHU de Tours, Ulysseus au CHU de Nice...) ou avec les divers centres-experts (on pense notamment au TASDA à Grenoble ou évidemment au LL2V de Kevin Charras au CHU de Rennes).

Enfin, **la prévention passera aussi par l'usage de plus en plus fréquent par les Séniors d'applis spécialisées sur leur smartphone**. L'usage, déjà massif aujourd'hui, des applis santé et prévention, mériterait d'être dans le viseur des pouvoirs publics. A la fois pour les recenser, pour en encourager l'usage mais aussi pour exercer une vigilance. Nombre de ces applis proposent des conseils individualisés, recueillent des données personnelles (poids, tension, fréquence cardiaque...) voire délivrent des informations médicales. Ces dernières années, le nombre d'applications en santé a augmenté de façon fulgurante sans que cette expansion rapide ne fasse l'objet d'un débat public permettant de guider le choix des consommateurs. La Haute Autorité de Santé s'est penchée sur le sujet en 2021 mais c'est toute une stratégie qu'il convient d'adopter à l'avenir pour qu'il soit fait le meilleur usage de tous ces outils qui, honnêtement, peuvent constituer une véritable révolution en matière de prévention au quotidien.

PRIORITÉ N°2

POUR VIEILLIR À DOMICILE, UNE CONDITION : UN « CHEZ SOI » ADAPTÉ

Pas besoin de revenir sur cette évidence : pour vieillir le plus longtemps possible chez soi encore faut-il que son « chez soi » soit adapté. Qu'il s'agisse du domicile historique de la personne, d'un logement social dont elle est locataire ou à défaut d'un nouveau domicile, d'un autre « chez soi » qui prend la forme, au choix, d'une résidence-autonomie, d'une résidence services séniors, d'un habitat inclusif ou d'une résidence intergénérationnelle.

Sur ces sujets, de nombreuses propositions ont été émises dans le Rapport « *Nous vieillirons ensemble* » rendu au Gouvernement en mai 2021. Comme nombre de ces propositions n'ont pas reçu le moindre début d'exécution, nous nous permettrons de les reformuler ici. Mais l'une d'elle en revanche a connu une suite heureuse : Ma Prime Adapt.

Il s'agissait comme l'expliquait alors le Rapport de transformer des aides éparses et pusillanimes en un dispositif clair, accessible et massif permettant aux Seniors de ce pays de bénéficier d'un soutien technique et financier pour adapter leur logement. Cette proposition a été reprise par le candidat Emmanuel Macron lors de l'élection présidentielle de 2022, annoncée par la Première Ministre dans son Discours de politique générale du 6 juillet 2022 et programmée par le Ministre délégué à la Ville et au Logement, Olivier Klein, le 11 octobre 2022 pour une mise en œuvre le 1^{er} janvier 2024.

Il était essentiel que cette aide puisse bénéficier au-delà de 70 ans à toutes les personnes modestes et très modestes et ce quel que soit leur GIR. Les arbitrages rendus sont allés dans ce sens et il convient de s'en féliciter.

Pour autant, **la question se pose aujourd'hui de sanctuariser dans la loi Ma Prime Adapt** qui n'a pour l'heure aucune consistance légale mais le statut d'un dispositif géré par l'Agence Nationale de l'Habitat (ANAH). Sauf que, du coup, personne ne contrôle aujourd'hui ni son ambition budgétaire, ni sa permanence dans le temps. Pour être plus explicite encore, disons ici que les premiers arbitrages financiers sont singulièrement déceptifs. Le Gouvernement s'apprête à acter un plan de 680.000 dossiers sur 10 ans dont 265.000 seulement d'ici 2027 prévoyant même un démarrage en 2024 sur la base de 45.000 dossiers seulement. Tout cela manque singulièrement d'ambition.

Mais cette relative modestie se transformerait en véritable catastrophe si le Gouvernement décidait de financer une partie de Ma Prime Adapt par ... la **suppression de l'actuel crédit d'impôt**. Cette décision n'a pas encore été prise par le Gouvernement mais comme le pire n'est pas à exclure, il est nécessaire d'inscrire ici un immense « warning » tant une telle mesure consisterait à habiller Paul en déshabillant Pierre puisque le public concerné par Ma Prime Adapt (les ménages modestes et très modestes) n'est pas celui qui aujourd'hui profite du crédit d'impôt. Ce serait le pire des signaux donnés aux classes moyennes qui pourtant semble aujourd'hui être au cœur des préoccupations du Gouvernement.

Bref : si Ma Prime Adapt constitue un progrès évident, son succès et son ambition dépendent largement des conditions encore à définir de sa mise en œuvre. Mais que le Parlement puisse suivre avec précision, année après année, l'application et l'ampleur du dispositif constituerait une sécurité supplémentaire.

Pour autant, Ma Prime Adapt ne suffit pas. Une politique volontariste d'adaptation des logements des Séniors nécessite selon nous quatre autres orientations :

- **L'instauration dans la loi d'un droit universel au diagnostic**

Ma Prime Adapt, nous l'avons dit, ne bénéficiera qu'aux ménages modestes et très modestes tels que les définit l'ANAH. Que les ménages qui ont les moyens – et qui sont propriétaires de leur logement – paient eux-mêmes le coût d'adaptation de leur logement n'apparaît pas anormal. En revanche, quelles que soient les ressources des personnes, tout le monde devrait avoir droit à un conseil, une orientation, un accompagnement. Nous pensons donc que la loi doit instaurer un droit

universel au diagnostic quitte à ce que le bénéficiaire paie lui-même, s'il en a les moyens, le coût de cette évaluation. Mais personne ne peut être laissé sans réponse et sans soutien.

C'est pourquoi nous pensons qu'à compter de sa soixante-dixième année, **toute personne qui en formule la demande devrait bénéficier d'un diagnostic personnalisé** des besoins d'adaptation de son logement pour favoriser son maintien à domicile dans des conditions de sécurité et de qualité d'usage satisfaisantes.

- **L'intégration de l'adaptation des logements dans le champ des plans d'aide APA**

Depuis 2002, l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie permet de solvabiliser la perte d'autonomie en Ehpad ou à domicile. Or, plus de 90% des plans d'aide sont aujourd'hui utilisées pour des aides humaines. L'article L. 232-1 du CASF qui vise les personnes qui ont « *besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie* » pourrait utilement être complété par « *l'adaptation de l'habitat du demandeur* » afin que l'APA puisse - comme le permet la Prestation de Compensation du Handicap - mieux prendre en compte la situation du logement. Idem pour les points que doit évaluer et prendre en compte l'équipe médico-sociale : l'article L. 232-6 pourrait y mentionner la « situation et l'adaptation du logement ».

- **Une politique volontariste en direction du parc social**

Enfin, on ne peut occulter les 25% de locataires du parc social qui sont d'ores et déjà âgés de 65 ans et plus. Avec un âge moyen de 50 ans parmi les 11 millions de citoyens logés dans le parc HLM, le vieillissement des locataires constitue donc un défi pressant. Dans 15 ans, de nombreuses cités HLM seront habitées par une majorité de locataires âgés de 60 ans et plus.

De nombreux bailleurs sociaux - à commencer par l'Union Sociale de l'Habitat elle-même - ont désormais pris pleinement conscience de l'enjeu majeur qui se pose à eux. Mais ces défis doivent, selon nous, faire l'objet d'un véritable contrat entre l'Etat et le secteur. Nous pensons donc qu'une **Convention Etat-USH** portant sur l'adaptation des logements au vieillissement puisse permettre de se fixer tous les 5 ans des objectifs communs.

Plusieurs questions pourraient y être traitées. Nous pensons notamment :

- à la question de la mobilité verticale
Quand 40% des logements sociaux ne sont pas dotés d'ascenseurs dans un parc où un nombre croissant de locataires sera âgé et fragile, un évident problème se pose.
- à la délivrance aux locataires âgés de services et à la capacité pour le bailleur de les facturer en sus du loyer
- à la facilitation de la mobilité des Seniors au sein du parc social grâce à un « kit mobilité » qui comprendrait plusieurs engagements : pas de loyer supérieur à l'actuel, aide au déménagement, nouveau logement adapté...
- à l'extension des missions des gardiens d'immeuble à la lutte contre l'isolement
- ou encore au développement des dispositifs « article 20 de la loi ASV » permettant aux préfets d'autoriser des logements sociaux dédiés aux personnes âgées.

Mais pour massifier et rendre plus efficace la politique d'adaptation des logements, privés ou sociaux, il est essentiel de recourir autant que possible à la profession d'ergothérapeute. Nous l'avons dit, nous l'avons écrit : les ergothérapeutes sont un maillon essentiel de la transformation et de l'adaptation des logements des personnes âgées. Il faut que la France en forme plus pour rattraper le retard considérable qu'elle

Si nous avons un message à marteler de nouveau, il serait le suivant : **bien vieillir « chez soi » peut parfois supposer de « changer de chez soi »**. Cette conception extensive du « chez soi » inclut donc toutes les formules diverses qui existent aujourd'hui pour se sentir « chez soi » ailleurs que dans son domicile historique.

Le modèle qui connaît aujourd'hui le plus fort développement est sans nul doute celui des Résidences Services Séniors. Quand on constate qu'elles hébergent majoritairement des femmes veuves de 80 ans et plus, on comprend que leur principal ressort consiste dans la volonté de rompre l'isolement et/ou de quitter un logement inadapté ou mal situé.

Mais il existe parfois une contradiction entre la volonté d'implanter de type de résidence en plein cœur de ville et les règles parfois inadaptées des PLU. Comment comprendre que certains PLU conditionnent l'implantation d'un RSS à la construction d'un parking de 80 places ou d'un parking à vélo surdimensionné ? Il pourrait être proposé dans le Code de l'Urbanisme des capacités de déroger à certaines règles pour les hébergements dédiés aux personnes âgées.

Souvent aujourd'hui concentrées sur l'accueil des retraités des classes moyennes et supérieures, les RSS « à vocation sociale » pourraient être développées notamment par le secteur de l'économie sociale et solidaire. Il conviendrait alors de leur donner la capacité de cumuler différents prêts locatifs (PLAI, PLUS et PLS) pour permettre une mixité sociale plus affirmée.

Mais **la « RSS des plus modestes » porte un nom : la Résidence Autonomie**. L'ancien logement-foyer devenu résidence autonomie a au fond la même vocation que les Résidences Services Séniors : héberger des personnes valides mais fragiles qui ne veulent plus ou ne peuvent plus rester dans leur domicile d'origine.

Or, depuis 20 ans, les Résidences Autonomie sont les grandes oubliées des politiques sociales. Essentiellement gérées par des Centres Communaux d'Action Sociale, elles sont abritées dans des murs dont les bailleurs sociaux n'ont pas toujours pris grand soin. Résultat : non seulement de nombreuses résidences autonomies deviennent dépassées voire indignes, mais il s'en ferme chaque année un peu plus. Pour la première fois en 2022, la DREES nous indique que le nombre de personnes âgées hébergées dans les résidences autonomie vient de descendre sous la barre des 100.000 alors qu'il était encore de 160.000 en 1996. Tous les ans des Résidences Autonomie disparaissent sans que personne ne s'en émeuve alors même que l'explosion actuelle des 75-84 ans rendrait dans nombre de communes de France cette offre pertinente.

Nous proposons ici trois mesures :

- D'abord que soit remis au Parlement avant la fin 2023 un rapport sur la situation des résidences autonomie en France relatant l'état de leur immobilier, leur taux d'occupation, la qualité de leurs services.
- Ensuite que soit supprimé l'obligation de la procédure d'appels à projet pour les Résidences Autonomie. Ce système, utile pour réguler l'offre d'Ehpad, n'a aucun sens pour les Résidences Autonomie et alourdit pour rien les contraintes des associations qui souhaitent en créer de nouvelles.
- Enfin, comme le proposait Dominique Libault dans la proposition 41 de son Rapport, nous pensons que les résidences autonomies, aujourd'hui financées majoritairement par le prêt locatif social (PLS), qui est le mode de financement le moins subventionné et qui autorise les loyers les plus élevés, devraient avoir accès aux prêts locatifs aidés PLUS qui visent des personnes aux ressources plus modestes.

Sans **un Plan Marshall des Résidences Autonomie**, nous ne donnerons pas à nos concitoyens modestes les mêmes chances que ceux qui ont et auront demain la capacité de choisir une Résidence Services Séniors.

Se pose enfin la question des soins délivrés à nos concitoyens hébergés en Résidences-autonomie ou en RSS. Nous ne pouvons plus vivre avec la fiction que seules les personnes autonomes pourraient vivre dans de telles structures. Rien ne justifie que des personnes vieillissantes devenues fragiles et ayant besoin de soins se voient contraintes d'être transférées en Ehpad. Pour peu que la perte d'autonomie ne se solde pas par une mise en danger des personnes elles-mêmes (on

pense évidemment à des maladies neuro-dégénératives incompatibles avec une cohabitation avec des personnes valides), les personnes âgées physiquement diminués doivent pouvoir vivre leur vie, voire leur fin de vie, en RA ou en RSS. Ce qui suppose de se reposer la question d'une médicalisation, même légère, de ces types d'hébergement. Soit à travers la création d'un forfait-soins allégé (comme ce fut le cas jadis dans des logements-foyers médicalisés), soit à travers l'automatisme (comme le prône le récent et excellent plaidoyer de la Fnadepa sur les résidences autonomie) d'une autorisation de services autonomie (ex-Saad-Ssiad) dédiés exclusivement à l'établissement concerné.

Il convient enfin de dire un mot des **formules de colocations intergénérationnelles**. La loi ASV puis la loi ELAN ont donné à ce modèle une impulsion nouvelle. La difficulté pour les étudiants et les jeunes travailleurs de se loger notamment dans les grandes métropoles couplée à la volonté de certains retraités de compléter leurs revenus et/ou de bénéficier de la présence d'un tiers pour rompre l'isolement donnent à la cohabitation intergénérationnelle une vraie légitimité. Si ce mode d'habitat est en croissance grâce notamment à des réseaux comme Cohabilis ou Ensemble2générations, il n'a pas encore connu la massification souhaitée.

S'il n'apparaît probablement pas souhaitable de supprimer toute contrepartie financière à l'hébergement du jeune, la cohabitation intergénérationnelle, pour être « solidaire » nécessiterait toutefois que lesdites contreparties qualifiées dans la loi de « modestes » le soient réellement. L'article L. 631-17 du CCH gagnerait à fixer des seuils garantissant l'aspect « solidaire » de cette formule d'hébergement. Par ailleurs, il convient de continuer à travailler avec les associations concernées pour affiner le modèle économique de ce mode d'hébergement.

Son développement plus massif passe probablement par un modèle économique mêlant financement privé (participation des jeunes, organismes complémentaires) et public (CARSAT, CAF et Conférence des financeurs élargie à la cohabitation intergénérationnelle solidaire) mais aussi par un soutien de l'Etat, dans le cadre de sa participation au Label Coexist, pour permettre aux associations de développer un système de contrôle et d'évaluation de la qualité. Les sommes en jeu sont mineures. Les gains en termes d'échanges générationnels dans un contexte de pénurie de logements sont, eux, utiles.

Nous concluons ce chapitre consacré à l'adaptation des logements en évoquant un sujet qui chemine depuis des années sans que les pouvoirs publics n'aient jusqu'ici souhaité l'étudier de façon plus appuyée : **la question de la liquéfaction du patrimoine immobilier des Séniors.**

Cette question peut rapidement se révéler techniquement très complexe. Elle est en revanche politiquement simple à expliquer. Dans une société comme la France où les 65 ans et plus sont 75% à être propriétaires de leur logement, et où le taux de pauvreté est le plus faible après 65 ans, il pourrait apparaître juste que les propriétaires immobiliers paient eux-mêmes les nécessaires adaptations de leur logement. Or, souvent, des retraités vont cumuler un patrimoine important (le patrimoine moyen des 70 ans et plus s'élève à 305.000€ contre 230.000€ en moyenne pour les français tous âges confondus) avec une pension relativement modeste. On peut donc aisément concevoir que la valorisation en flux financiers de la valeur immobilière de son bien est une solution juste qui comporte une forme de justice sociale entre générations.

Mais ces formules ont historiquement du mal, pour des raisons culturelles, bancaires ou fiscales, à se développer dans un pays où le viager a mauvaise presse. Il existe pourtant des formules de viagers solidaires. Nous proposons pour y voir plus clair que les Ministères de l'Autonomie et de l'Economie puissent réunir avant la fin de l'année 2023 un séminaire de réflexion regroupant économistes (notamment ceux de la Chaire TDTE animée par Jean-Hervé Lorenzi), professionnels du viager, entreprises de viager sous forme de service d'intérêt Economique Général, banques, mutuelles, assurances pour tenter de trouver les solutions adéquates à un développement plus massif de ce type de formules.

PRIORITÉ N°3

BIEN VIEILLIR DANS SA VILLE, SUR SON TERRITOIRE

Adapter son logement, c'est bien. Mais que vaut un logement adapté si, une fois franchi la porte de son domicile, l'environnement devient hostile et anxiogène ? Il est donc essentiel pour construire une société de la longévité d'adapter nos villes et nos territoires à la fragilité des personnes.

Cela passe d'abord par la transformation de la ville elle-même. Comme la « Ville du Quart d'heure » a été pensée pour diminuer l'empreinte carbone de chacun, la « ville des 300 mètres » est celle qui permettra à une personne âgée sans voiture d'avoir accès aux commerces, aux services publics et à la vie sociale.

Cet enjeu, essentiel, nécessite que les Maires ou présidents d'EPCI engagent des politiques de la longévité à 360° mêlant logement, urbanisme, mobilités, action sociale, accès au sport et à la culture, lutte contre l'isolement social... Pour les villes, s'adapter au vieillissement, ce n'est plus seulement livrer la boîte de chocolats à Noël, c'est d'abord et avant tout rendre la ville bienveillante et praticable aux plus âgés et aux plus fragiles.

Et ce point de vue, il convient de souligner à quel point l'acculturation des élus locaux à la transition démographique a fait un bond en avant ces dernières années notamment grâce au travail réalisé par le réseau Ville amie des aînés, l'Union Nationale des CCAS ou les associations d'élus (France Urbaine, AMF, APVF...).

Pour autant, et parce qu'il nous paraît utile que les Villes, métropoles ou EPCI se confrontent aux multiples défis posés par la révolution de la longévité, **nous proposons de rendre obligatoire un Plan Longévité adopté tous les 5 ans par le Conseil municipal ou l'Assemblée délibérante**. Qu'on se comprenne bien : il ne s'agit pas d'alourdir les charges et les contraintes déjà réelles des collectivités locales. Pas question ici de produire un document aussi important qu'une Analyse des Besoins Sociaux (ABS) mais plutôt de s'assurer que chaque collectivité aura su faire un état des lieux de sa situation démographique et aura pu envisager les mesures pour faire face à la croissance du nombre d'âgés sur son territoire.

Ce Plan Longévité constituera surtout un prétexte de s'assurer que sur chaque bassin de vie les points de vigilance auront été recensés. Evoquons notamment :

- L'état de la voirie et sa compatibilité avec leur usage qui en est fait par des piétons âgés et fragiles (passage piétons, synchronisation des feux, praticabilité des trottoirs, hauteurs des trottoirs...)
- La compatibilité des modes de mobilités avec la fragilité de celles et ceux qui ne conduisent plus (accessibilité des bus et des tramways, signalétique, billettique, transport à la demande, co-voiturage...)
- La qualité du mobilier urbain (abribus, bancs publics, toilettes publiques...)
- La qualité du lien social dans la ville, de la lutte contre l'isolement aux politiques d' « aller vers » en passant par le repérage des fragilités ou la lutte contre l'illectronisme.
- L'implication du tissu associatif sportif et culturel en direction des plus âgés...

Comme l'actuelle PPL a totalement fait l'impasse sur ces sujets, il est donc désormais de la responsabilité du Gouvernement d'insérer des articles sur ces questions liées à l'adaptation des villes et des mobilités. On pense notamment à quelques orientations comme la possibilité d'amender la réglementation pour que lors des passations de marchés publics relatifs au mobilier urbain l'attention portée à leur adaptation à une population fragile et vulnérable puisse constituer un des éléments de la notation. Ou l'intégration lors de la fabrication des SCOT (Schémas de Cohérence Territoriale) et des PLU (Plans locaux de l'Urbanisme) d'un chapitre sur la transition démographique.

Il faut également saluer depuis quelques années **l'implication de l'Agence Nationale de la Cohésion des Territoires sur la question du vieillissement**. L'intégration d'un volet Vieillesse dans le programme *Action Cœur de Ville 2023-2026* est d'autant plus notable que cette question était totalement absente de la première version d'un programme qui charrie pourtant sur nos territoires des milliards d'euros d'investissement. Idem pour le programme Petites Villes de Demain qui a fait du développement de l'habitat inclusif une de ses priorités.

Peut-être la mise en œuvre du volet Vieillesse du programme Action Cœur de Ville 2023-2026 mériterait-elle une plus grande visibilité et un débat plus large entre les élus et les professionnels du secteur du grand âge pour que ses réalisations, essentielles sur le terrain, soient plus co-définies et mieux identifiées.

La même logique devrait présider à **l'Agenda Rural**, autre instrument de politique territoriale consistant en un plan d'action en faveur des territoires ruraux qui mériterait que la question de la longévité y figure en bonne place ce qui n'est pas le cas aujourd'hui.

Idem pour **l'Agence Nationale de Rénovation Urbaine** qui œuvre dans les Quartiers Prioritaires de la Ville. Jusqu'ici les QPV étaient des quartiers relativement « jeunes ». Mais le sujet du vieillissement de la population y sera de plus en plus prégnant et, comme cela s'est fait à Pau ou en Seine-Saint-Denis, il s'agit dès maintenant d'anticiper ce phénomène et d'accompagner des générations diverses qui vont devoir vivre ensemble. Ce doit être également le prétexte pour lancer un grand débat qui a décidément du mal à émerger depuis 10 ans sur le vieillissement massif qui va intervenir parmi les travailleurs migrants qui sont arrivés en France dans les années 60-70 et qui n'ont pas toujours trouvé le cadre idoine pour bien vieillir.

Mais certains territoires méritent qu'on s'y attarde plus précisément. Nous réitérons ici une proposition d'un **plan d'urgence « Antilles 2050 »** tant la situation démographique de la Martinique et de la Guadeloupe pourrait s'avérer catastrophique à l'horizon des 20 prochaines années si rien n'est fait. Certes depuis le Rapport « Nous vieillirons ensemble » de 2021 qui avait attiré l'attention sur le vieillissement accéléré de ces territoires (la Martinique va passer en 30 ans du 74^{ème} au 1^{er} département le plus âgé de France), le ministre de l'Autonomie s'est rendu sur place pour se concerter avec les autorités locales. Mais il faut désormais aller plus loin en définissant un véritable plan d'action économique et social qui doit, au-delà du médico-social, porter sur l'emploi, le développement de la Silver Economie, l'adaptation des logements et des mobilités.

Vieillir en ville ou à la campagne suppose de pouvoir se déplacer librement et de façon autonome même quand on a perdu l'usage de la voiture. Cela passe par une sensibilisation des autorités organisatrices de transports au plan national comme au plan local puisque ce sont souvent les EPCI qui traitent ce sujet sur nos territoires.

On connaît les points d'alerte : la formation des conducteurs de transports collectifs qui mériterait de comporter systématiquement une sensibilisation aux fragilités des personnes âgées (ce qui serait possible en ajoutant une référence au vieillissement à l'art L.1115-8 du Code des Transports) ; la nécessité de développer des horaires et des tracés adaptés aux lieux d'implantation des séniors dans une Ville ; le développement des formules de transport à la demande voire même comme c'est le cas dans certains le développement de formules de co-voiturage effectuées par des retraités eux-mêmes ; enfin, on mesure mal le caractère anxiogène que constitue pour les personnes les plus fragiles la billettique et la signalétique. Sur ce dernier point, la marge de progression des autorités de transports est certaine...

Pour bien comprendre l'implication nouvelle des élus locaux sur ces questions, il faut lire les 18 propositions que vient de publier France Urbaine. Elles viennent sous forme de 5 grandes priorités abonder ce que nous venons de développer ici.

Ce que veulent ces grandes villes et métropoles ?

- Que soient mis en place dans chaque EPCI des observatoires de l'adaptation à la transition démographique réunissant l'ensemble des producteurs de données et de diagnostics tels que les agences régionales de santé, les caisses primaires d'assurance maladie, les bailleurs ou encore les agences d'urbanisme ;

- Que les métropoles et les EPCI puissent demain territorialiser les financements au sein de contractualisations pluriannuelles et globales en incitant de nouvelles métropoles à se saisir de la compétence « prévention de la perte d'autonomie ».
- Que nous puissions construire une stratégie ambitieuse « d'aller-vers » pour renforcer la lutte contre l'isolement grâce notamment au déploiement d'équipes mobiles pluridisciplinaires
- Que soit facilité l'accès à l'information et aux aides en soutenant les démarches de guichet territorial intégré (maison des aidants, maison de la longévité) et s'appuyer sur ces dispositifs pour déployer les initiatives nationales (service public de l'autonomie, MaPrimeAdapt', dispositif d'appui à la coordination...);

Les métropoles se sont, peu ou prou, 40% des françaises et des français. Il est donc remarquable de voir comment elles ont décidé depuis quelques années de s'impliquer sur la question du vieillissement alors qu'historiquement ce sujet était éloigné de leurs préoccupations. Pourtant, la transformation des villes et leur adaptation à la révolution de la longévité passeront par une impulsion forte des métropoles.

PRIORITÉ N°4

UNE GOUVERNANCE ADAPTÉE AUX NOUVEAUX DÉFIS

La question de la gouvernance n'était pas à proprement parler dans le périmètre qui nous était confiée ici dans le cadre du CNR. Mais ... nous n'avons pas pu nous empêcher d'en dire un mot notamment parce que **tout ce qui précède sera vain si des outils de gouvernance adaptée ne sont pas mis en place.**

Pas question donc ici de phosphorer sur l'éternel débat entre Départements et ARS, débat qui s'apparente au film « Un jour sans fin » où les mêmes débats, les mêmes blocages, les mêmes réflexes se répètent depuis 10 ans.

Nous préférons ici insister sur 4 évolutions qui nous semblent essentiels pour développer dans notre pays cette vision panoramique et holistique que nous appelons de nos vœux pour que la politique de la longévité ne se résume pas à ses seuls aspects sanitaires et médico-sociaux.

Notre première proposition consiste à créer un Comité Interministériel de la Transition Démographique.

Tout ce qui précède illustre la nécessité de traiter la question de la transition démographique de façon transversale et donc interministérielle. Autonomie, logement, santé, territoires, sports, culture, outre-mer, recherche, économie, transports, numérique, tourisme... : voilà quelques-uns des ministères plus ou moins directement concernés par le vieillissement de la population.

Sans aucun outil interministériel, la question du vieillissement demeurera durablement enfermée dans son seul prisme sanitaire, social et médico-social. Tout effort consistant ainsi à appréhender globalement la transition démographique se révélera vain.

Il s'agirait donc ici, sur le modèle du Conseil Interministériel du Handicap, de mettre une fois par an autour de la même table l'aréopage des ministres concernés sous l'autorité du Premier Ministre. Voilà une mesure qui ne coûterait pas un euro mais qui serait symboliquement forte puisqu'elle montrerait que l'Etat considère enfin la transition démographique comme un défi global au même niveau que la transition écologique ou la transition numérique.

Cette proposition a déjà été émise en 2021 dans le Rapport « *Nous vieillirons ensemble* » : elle n'a depuis reçu aucune réponse. Évidemment, seule la Première Ministre peut décider une telle mesure. Encore faut-il que son ministre de l'Autonomie la lui soumette.

Notre deuxième proposition – qui est la conséquence de la première – consisterait à mettre en place une conférence nationale de la transition démographique (ou du grand âge) qui aurait chaque semestre, la responsabilité d'assurer le suivi des décisions prises par le Conseil Interministériel. Il est en effet essentiel que les différentes instances administratives (Cnsa, Anah, Cnav, Anct, Dgcs, Dhup...) et les acteurs agissant dans les différents domaines (Caisse des Dépôts, USH, Réseau Ville amie des Aînés, associations d'élus, fédérations...) puissent se coordonner, ce qui aujourd'hui manque gravement.

Notre seconde proposition consiste en la transformation des schémas autonomie des Départements en Schémas Départementaux de la Transition Démographique.

L'une ici est vice-présidente d'un Conseil Départemental. L'autre l'a été voici plus de 10 ans et fut vice-président de la commission sociale de l'ADF. Les deux signataires de cette note peuvent aisément affirmer, sans être soupçonnés de ne pas connaître le sujet, que les schémas autonomie tels que définis dans l'article L.312-4 du CASF ont aujourd'hui beaucoup perdu de leur pertinence. A quoi rime de programmer des équipements sur lesquels le Département n'a plus la main ?

Pourquoi limiter le périmètre de compétence du Département au seul médico-social quand le vieillissement, on vient de le voir, comporte bien d'autres types de défis ?

Et puis un conseiller départemental/ conseillère départementale préfère-t-il être élu pour arrêter la tarification dépendance de l'Ehpad des Mimosas ou pour définir une stratégie territoriale du vieillissement dans toutes ses dimensions ? Poser la question c'est déjà y répondre...

Nous souhaitons donc que l'Assemblée des Départements de France fasse sienne notre proposition de revendiquer la responsabilité **d'établir tous les 6 ans un Schéma Départemental stratégique de la Transition Démographique**. Non que le Département soit compétent sur tous les sujets. Mais seul le Département est en capacité de réunir l'ensemble des partenaires (Etat, ARS, EPCI, CCAS, Carsat, bailleurs sociaux, secteur médico-social, opérateurs de transport...) pour jouer un rôle d'ensemblier.

Ce Schéma qui pourrait être établi par chaque département pour une durée de 6 ans constituerait un véritable outil stratégique territorial qui traiterait :

- de l'adaptation des logements au vieillissement (en lien avec l'ANAH et la Cnav)
- de l'adaptation des villes au vieillissement (en lien avec les Villes, les Epci et la préfecture)
- de l'état des lieux en matière de labellisation des Villes, amies des Aînés
- d'implantation et de programmation des habitats alternatifs (RSS, Résidences-Autonomie, résidences intergénérationnelles, habitats inclusifs ...)
- de prospective démographique pour comprendre la situation du vieillissement dans chaque zone infra-départementale
- de l'équilibre entre actifs et retraités pour comprendre où se trouveront les zones de forte tension en matière de personnels d'accompagnement
- de l'avancée de la couverture THD et de la capacité pour les personnes âgées de bénéficier de la connectivité nécessaire à la domotique
- et, évidemment, des besoins en matière d'équipements et de services médico-sociaux, en établissement ou à domicile

Qui peut penser que dotés d'une telle responsabilité, les Conseils Départementaux continueraient de se battre pour conserver une responsabilité aussi « technique » que la tarification des Ehpad ? Nous estimons vraiment que les Départements « monteraient en gamme » s'ils pensaient autrement leur rôle.

Evidemment, nous croyons fortement – cela a été rappelé dans les propositions de France Urbaine – à la nécessité d'une coordination des acteurs au niveau des bassins de vie, là où vivent vraiment les gens. C'est aussi cela le pari du Service Public Territorial de l'Autonomie que nous n'avons pas abordé ici, ce dossier étant de la responsabilité de Dominique Libault. Un dernier mot toutefois pour indiquer que ce SPTA est une condition nécessaire à la réussite de nombre des propositions émises ici.

CONCLUSION

Voilà quelques-unes des propositions que nous avons souhaité mettre en exergue au moment de la conclusion du CNR Bien Vieillir le 4 avril dernier et que nous avons remis pas écrit au Ministre le 23 mai.

Ces propositions seront-elles reprises ? Nous n'en savons rien. Pour beaucoup, elles ont déjà été émises dans le Rapport précité de 2021. Pour beaucoup, elles entrent en résonance avec ce qu'ont exprimé les citoyens ou responsables associatifs réunis au Havre, à Agen et à Orléans. **Si ces propositions ne sont pas reprises, ce ne seront donc pas cette fois seulement deux experts qui n'auront pas été écoutés mais bien des centaines de personnes convoquées pour cet exercice de participation démocratique dont la parole aura été niée.**