



HAL
open science

Le rapport Libault “ Concertation Grand âge et autonomie ” : le temps de l’action

Camille Bourdaire-Mignot, Tatiana Gründler

► To cite this version:

Camille Bourdaire-Mignot, Tatiana Gründler. Le rapport Libault “ Concertation Grand âge et autonomie ” : le temps de l’action. *Revue générale de droit médical*, 2019, 71, pp.49-71. hal-02363665

HAL Id: hal-02363665

<https://hal.parisnanterre.fr/hal-02363665v1>

Submitted on 14 Nov 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L’archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d’enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Le rapport Libault « Concertation Grand âge et autonomie » : le temps de l'action

Article paru à la Revue générale de droit médical, RGDM juin 2019, n°71, p. 49-71

Camille Bourdaine-Mignot
Maîtresse de conférences
à l'Université Paris Nanterre
CEDCACE EA 3457

Tatiana Gründler
Maîtresse de conférences
à l'Université Paris Nanterre
CTAD / CREDOF UMR 70/74

Introduction

« La vieillesse peut devenir une parure, sans être une abdication. »¹

Le contexte. Le rapport Libault² sur le grand âge vient d'être rendu. Il marque une nouvelle étape, que l'on peut espérer décisive, dans les réflexions sur les enjeux du vieillissement de la population française et, en particulier, la question de la prise en charge de la perte d'autonomie. Ces réflexions ne sont pas nouvelles. Il y a plus de 10 ans, en 2007, le candidat à la présidentielle, Nicolas Sarkozy, avait promis la création d'une 5^e branche de la protection sociale dédiée à la perte d'autonomie. Si l'engagement est resté lettre morte, le sujet du grand âge a occupé le quinquennat suivant qui a vu l'adoption, en décembre 2015, de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement (AVS)³. Deux ans plus tard, le 30 janvier 2018, un mouvement de mobilisation sans précédent faisait descendre dans la rue les personnels et directeurs des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) pour dénoncer leurs conditions de travail inacceptables ne permettant pas de garantir aux personnes âgées dépendantes le respect de leur dignité.

C'est à la suite de ce mouvement que la ministre de la Santé et des Solidarités, Agnès Buzyn, a affirmé vouloir « ouvrir le chantier de la dépendance », immense chantier qui, selon ses termes, sera celui des cinquante prochaines années. Le nombre des personnes âgées de plus de 85 ans dépassera alors les 5 millions en 2050⁴. Cette annonce n'empêcha pas une seconde journée de grève du personnel des EHPAD, au lendemain de la publication de deux rapports d'information parlementaires sur ces établissements⁵. Dans le même temps, l'Avocate générale à la Cour de cassation, Anne Caron Déglise, était mandatée pour rédiger un rapport sur l'évolution de la protection juridique des personnes vulnérables.

¹ Louis Barthou, Discours de réception à l'Académie Française du 12 juin 1924, citation en exergue du Rapport d'information de Mmes Monique Iborra et Caroline Fiat, « Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) », 14 mars 2018, n° 769.

² Rapport « Concertation Grand âge et autonomie » remis par Dominique Libault le 28 mars 2019.

³ Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015.

⁴ Audition d'Agnès Buzyn du 14 février 2018 par la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable du Sénat, http://videos.senat.fr/video.558334_5a822300be15c.audition-mme-agnes-buzyn-ministre-des-solidarites-et-de-la-sante?time.

⁵ Rapport d'information n°341 (2017-2018) de M. Bernard Bonne, fait au nom de la commission des affaires sociales du Sénat, déposé le 7 mars 2018, « Ehpads : quels remèdes? », senat.fr/rap/r17-341/r17-3411.pdf, et rapport d'information précité de Mmes Monique Iborra et Caroline Fiat, assemblee-nationale.fr/15/pdf/rap-info/i1214.pdf.

Rapport d'information de Mmes Monique Iborra et Caroline Fiat, Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), 14 mars 2018, n° 769.

Deux mois plus tard, c'était au tour du Comité consultatif national d'éthique (CCNE) de rendre un avis consacré aux enjeux éthiques du vieillissement⁶, thème sur lequel il avait décidé de s'autosaisir, tandis que, de son côté, la Commission nationale consultative des droits de l'homme (CNCDH) remettait un avis sur les maltraitances dans le système de santé qui, sans porter spécifiquement sur les personnes âgées, n'éluait pas les maltraitances relationnelles ou institutionnelles que celles-ci peuvent subir⁷.

C'est dans ce contexte de forte mobilisation des professionnels et de sensibilisation des pouvoirs publics et de la société civile que, le 30 mai 2018, Agnès Buzyn a annoncé un plan « *Grand âge* »⁸ débloquant 300 millions d'euros supplémentaires pour l'année 2019⁹ et destiné à mettre en œuvre sans attendre quelques-unes des recommandations du CCNE. La ministre lançait à cette occasion une grande concertation citoyenne – comme c'est désormais la mode – sur le « *bien vieillir* ». Dans la continuité, le Président de la République s'engageait en faveur de l'adoption d'une loi en 2019 pour répondre « *à cette nouvelle vulnérabilité sociale qu'est la dépendance* »¹⁰.

Concrètement, en septembre, le Premier Ministre chargeait Dominique Libault, président du Haut Conseil du financement de la protection sociale, « *de conduire une réflexion et de formuler des propositions sur l'organisation, la prise en charge, le financement et la gouvernance de la perte d'autonomie* » afin de préparer une réforme « *ambitieuse de la prise en charge de la dépendance* »¹¹.

La lettre de mission. Fort détaillée, la lettre de mission mettait l'accent sur de très nombreux points tels que l'hébergement, la prévention de la dépendance, le soin et l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie, les transports, les métiers du soin, la place des aidants, l'articulation des propositions avec les politiques inclusives du handicap, l'accès aux services... Il était en outre demandé de porter une attention toute particulière aux modalités de financement de la dépendance. Le rapporteur était notamment invité à rechercher les leviers permettant d'améliorer la capacité d'autofinancement des personnes dépendantes. La lettre insistait aussi sur l'indispensable réflexion concernant le pilotage de la politique publique en ce domaine, en particulier la répartition des rôles et des responsabilités entre les agences régionales de santé (ARS) et les départements.

Selon le commanditaire, ce travail devait s'appuyer sur les divers travaux et analyses existants – et on a vu comme ils étaient nombreux et récents – ainsi que sur la concertation avec l'ensemble des parties prenantes. Il était en effet demandé de veiller

⁶ CCNE, Avis n° 128, Enjeux éthique du vieillissement. Quel sens à la concentration des personnes âgées entre elles, dans des établissements dits d'hébergement ? Quels leviers pour une société inclusive pour les personnes âgées ? ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/ccne_avis_128.pdf. Cet avis a été rendu sur auto-saisine du CCNE qui souhaitait « traiter des enjeux éthiques du vieillissement, trop peu présents à ses yeux dans la construction des politiques publiques relatives à l'accompagnement des personnes âgées » (CCNE, Résumé de l'avis).

⁷ CNCDH, Avis du 22 mai 2018, « Agir contre les maltraitances dans le système de santé : une nécessité pour respecter les droits fondamentaux », legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000036977193&categorieLien=id.

⁸ La ministre a présenté sa feuille de route pour les personnes âgées en clôture de la journée de travail menée conjointement par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et l'Assemblée des départements de France (ADF).

⁹ *Le Monde*, 1^{er} juin 2018, p. 10.

¹⁰ Discours du 13 juin 2018 au congrès de la Mutualité française <https://en-marche.fr/articles/discours/discours-macron-mutualite-strategie-sociale>.

¹¹ Lettre de mission de Dominique Libault, Rapport, annexe n°1, p. 156.

tout particulièrement « à ce que la parole des personnes âgées et de leurs aidants puisse être entendue » dans la phase de concertation.

Un temps court, comme toujours, était imposé : la lettre de mission du 17 septembre 2018 exigeait des résultats intermédiaires fin janvier 2019 et Monsieur Libault a rendu un volumineux rapport de plus de 150 pages contenant pas moins de 175 propositions, le 28 mars dernier¹².

La méthode. A l'instar des États généraux de la bioéthique qui se sont déroulés quelques mois plus tôt, une concertation nationale de « grande ampleur » sur le thème du « Grand âge et [de l']autonomie » a donc été menée entre octobre et janvier derniers en France métropolitaine et ultramarine. Elle « s'est articulée autour de plusieurs dispositifs pour associer le plus grand nombre de Français et les parties prenantes »¹³. Les citoyens ont ainsi pu s'exprimer sur un site dédié ayant réuni 414.000 participants qui ont posté 18.000 propositions, lesquelles ont fait l'objet d'1,7 million de votes. L'avis des premiers concernés – personnes âgées, aidants et professionnels – a été recherché au moyen de groupes d'expression ou d'entretiens individuels¹⁴. En outre, cinq forums régionaux¹⁵ ont été organisés auxquels plus de 500 personnes ont participé¹⁶. L'analyse des contributions ainsi recueillies et les propositions du rapport qui en ont résulté émanent des instances de gouvernance – un conseil d'orientation¹⁷ (présidé par le pilote de la concertation, Dominique Libault), un comité scientifique¹⁸ (présidé par Bruno Vellas, Professeur de médecine au Gérotopôle du CHU de Toulouse) – et des 10 ateliers thématiques réunissant 230 personnes¹⁹. Enfin, la mission s'est rendue chez quelques-uns de nos voisins européens - Allemagne et Suède - qui affichent de bons résultats en matière d'espérance de vie en bonne santé et de prise en charge de la perte d'autonomie.

¹² Quelques jours plus tard, le 3 avril 2019, Bernard Bonne et Michelle Meunier déposaient à leur tour un rapport d'information fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et de la commission des affaires sociales du Sénat, « Diminuer le reste à charge des personnes âgées dépendantes : c'est possible ! ». Ce travail se voulait complémentaire. Selon les termes mêmes de ses auteurs, « l'importance de l'enjeu financier, dans un contexte marqué par la dégradation de nos comptes publics et l'aggravation brutale de notre climat social, rendait indispensable la production d'une contribution parlementaire indépendante et portée par une rapporteure et un rapporteur de sensibilité politique différente », Rapport d'information n° 428, senat.fr/rap/r18-428/r18-4281.pdf.

¹³ Rapport p. 8.

¹⁴ 11 groupes d'expression et 46 entretiens menés par Kantar public, Rapport p. 9.

¹⁵ Débats organisés en Hauts-de-France, Martinique, Normandie, Nouvelle-Aquitaine et Provence Alpes-Côtes d'Azur.

¹⁶ Cette organisation est très inspirée des États généraux ayant précédé la réforme législative de la loi bioéthique, constitués d'une consultation citoyenne par le biais d'un site internet, avec propositions et votes, de débats organisés en région par les Espaces éthiques régionaux et d'auditions d'experts, sociétés savantes, groupes de pensée... par le CCNE (V. Camille Bourdaine-Mignot et Tatiana Gründler, « Feuilletton bioéthique de l'été : le bilan des réflexions citoyennes », *Revue des droits de l'homme*, Septembre 2018 <https://journals.openedition.org/revdh/4766>).

¹⁷ Pour la composition complète du conseil d'orientation, v. rapport annexe n° 12, p. 207.

¹⁸ Pour la composition complète du comité scientifique, v. rapport annexe n° 12, p. 208. Régis Aubry et Cynthia Fleury, qui étaient co-rapporteurs de l'avis n° 128 du CCNE ont participé au comité scientifique.

¹⁹ Les thèmes travaillés sont : gouvernance et pilotage ; panier de biens et services et reste à charge ; nouveaux financements ; parcours des personnes âgées ; prévention et bien vieillir ; métiers, aidants, familles et bénévolat ; offre de demain pour les personnes âgées ; l'hôpital et la personne âgée. Un groupe de travail spécifique a en outre réfléchi à la question des données de gestion et à l'interopérabilité des systèmes d'information. Pour le détail des ateliers et du groupe de travail, v. rapport annexe n° 12, pp. 209 et s.

Les conclusions. Divisé en deux grandes parties – l’une consacrée aux constats et l’autre aux propositions – ce rapport apparaît dense et technique. Sa lecture n’est pas particulièrement aisée dans la mesure où aucune ligne directrice ne se dégage. Il s’agit davantage de prendre acte d’une situation relativement complexe en matière de prise en charge de la dépendance liée à l’âge et de proposer des évolutions qui paraissent indispensables pour relever le défi du vieillissement de la population pour les prochaines décennies.

Les propositions ne sont pas particulièrement innovantes mais s’inscrivent plutôt dans le prolongement des travaux antérieurs sur lesquels le rapporteur était d’ailleurs invité à s’appuyer. Le rapport a pourtant des mérites incontestables, dont celui d’avoir permis aux premiers concernés – parfois dans un grand état de souffrance – de s’exprimer. Il présente l’intérêt aussi de répéter des constats effectués précédemment²⁰ – parfois, avec une certaine déperdition –. La répétition a ses vertus et en l’espèce elle s’avère utile pour entériner les constats qui font globalement consensus mais que la société doit aujourd’hui intégrer pour amorcer les changements de pratiques attendus : le vieillissement est un enjeu majeur de notre siècle et le modèle actuel de prise en charge de la perte d’autonomie n’est pas satisfaisant ; les solutions qu’il offre sont limitées et ne correspondent pas toujours à ce que veulent les personnes âgées pour la fin de leur vie ; ce modèle va jusqu’à générer des maltraitances à l’endroit de ceux que l’on doit précisément protéger en raison de leur fragilité. En outre, si, dans ses propositions, le rapport reprend de nombreuses dispositions de la loi ASV, c’est avec l’ambition de les amplifier. Selon les termes mêmes du rapport, la nouveauté résiderait dans l’approche transversale du type « bottom-up » suggérée, à l’inverse de la traditionnelle approche verticale encore présente dans la loi de 2015²¹.

Sur le fond, le rapport propose cinq grandes orientations qu’il décline ensuite en mesures concrètes : changer le regard sur le grand âge, placer l’autonomie de la personne âgée au cœur de la stratégie, améliorer ses conditions de vie à travers la revalorisation des métiers du grand âge, mieux accompagner et reconnaître la perte d’autonomie comme un risque national à part entière²². Par la précision de ses propositions, ce travail constitue indéniablement une feuille de route qu’il appartient à présent aux pouvoirs publics de mettre en œuvre. En ce sens, il répond à la commande dont l’objectif était de préparer une réforme de grande ampleur. C’est sans doute là son mérite principal car il place ainsi les pouvoirs publics en face de leurs responsabilités.

Le rapport parvient en effet à proposer une solution cohérente et complète pour la prise en charge de la perte d’autonomie de la personne âgée, solution qui s’appuie sur un fort consensus, ce qui devrait faciliter sa mise en œuvre. En revanche la prise en compte de la personne elle-même reste au stade de l’esquisse. Finalement, l’accompagnement de la vieillesse semble assuré, et c’est là une réussite du rapport (I). Il n’est en revanche pas certain que la philosophie générale du rapport garantisse que nos aînés soient traités comme des sujets à part entière. C’est une question qui figure au titre des regrets que l’on peut formuler au lendemain du rapport (II).

²⁰ Ainsi, le rapport fait largement écho aux constats du CCNE dans son avis 128 précité.

²¹ Rapport p. 64. A titre d’exemple, il est indiqué que la loi ASV a mis l’accent sur les politiques de l’habitat, de la ville et les quartiers alors que le rapport Libault vise tous les aspects de la vie quotidienne de la personne âgée : politique d’aménagement, habitat, services publics de proximité, mobilités, objets du quotidien...).

²² Rapport p. 62.

I. La réussite du rapport : les moyens d'une prise en charge du sujet en perte d'autonomie

On l'a dit, ce travail a été commandé pour permettre au législateur de régler la question cruciale de la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées dont le nombre ne va cesser d'augmenter dans les prochaines années. A cet égard, il remplit son office puisqu'il livre – quasiment clef en main – un ensemble de dispositifs à même d'assurer la prise en charge d'un sujet vulnérable (A) par la solidarité nationale (B)²³.

A. La personne âgée, un sujet vulnérable

Le rapport entend répondre aux fragilités de la personne âgée (1) sans pour autant prendre prétexte de celles-ci pour la priver de tout pouvoir décisionnel. En particulier, le rapport insiste sur la nécessité de toujours préserver une part d'autonomie en lui offrant le choix de son lieu de vie (2).

1. Les fragilités de la personne âgée

La prévention. Si l'espérance de vie en France compte parmi les plus élevées de l'Union européenne, l'Hexagone est mal classé pour l'espérance de vie en bonne santé. S'agissant des femmes, ce taux ne représente que 44,7 % des personnes de plus de 65 ans, ce qui place la France très loin derrière le premier pays en la matière (la Suède 77,2%) et assez proche des mauvais élèves (Espagne et Italie 44,1%)²⁴. De façon générale dans le champ sanitaire, la France est davantage tournée vers le curatif que vers le préventif. Il n'est donc pas étonnant que, comme le relève le rapport, la prévention de la perte d'autonomie occupe aujourd'hui « *une place insuffisante dans la politique du grand âge* »²⁵. Suivant les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)²⁶, le rapport insiste sur les efforts à faire en matière de prévention afin d'augmenter l'espérance de vie sans incapacité, certaines relevant du collectif et d'autres de l'individuel. Au titre des premières, il est proposé d'organiser une campagne nationale de sensibilisation à la prévention de la perte d'autonomie informant sur « *les comportements du quotidien (l'activité physique, l'alimentation, le sommeil), et la nécessité d'anticiper l'avancée en âge (adaptation du logement, maintien du lien social)* »²⁷. Il est aussi prévu d'améliorer la formation des professionnels du grand âge, lesquels constituent un maillon essentiel dans la prévention de la perte d'autonomie. En particulier, ces acteurs devraient être sensibilisés au « *repérage des fragilités de la personne âgée* »²⁸. S'agissant des mesures individuelles, le rapport prévoit des « *rendez-*

²³ La vulnérabilité et la solidarité, comme l'autonomie, sont des notions clés pour penser le vieillissement. Sur ces notions, v. notre cycle de conférences « *Touche pas à nos vieux !* », organisé à l'Université Paris Nanterre depuis le mois de janvier dernier, dont les prochaines dates sont le 23 mai 2019 (vulnérabilité et vieillissement), le 3 octobre 2019 (solidarité et vieillissement), le 15 novembre 2019 (discrimination et vieillissement) et le 12 décembre 2019 (genre et vieillissement), toutes les informations : touchepasantosvieux@gmail.com et credof.parisnanterre.fr/conference-cycle-touche-pas-a-nos-vieux-se-poursuit--909283.kjsp.

²⁴ V. le tableau statistique, Rapport p. 52.

²⁵ Rapport p. 51.

²⁶ L'OMS a développé un programme ICOPE (Integrated care for older people) sur la prévention du déclin des capacités intrinsèques (capacités physiques et mentales de l'individu) : who.int/ageing/publications/WHO-ALC-ICOPE_brochure_fr.pdf

²⁷ Proposition 72.

²⁸ Proposition 73.

vous de prévention » à trois âges clefs, le premier étant celui du passage à la retraite - en raison des bouleversements qu'il induit -, les deux autres restant à fixer²⁹.

L'objectif de ces différentes mesures de prévention est « *d'inciter à la modification des comportements pour renforcer les comportements protecteurs et réduire les facteurs de risques* »³⁰ afin que la personne âgée conserve le plus longtemps possible ses cinq fonctions essentielles que sont « *la mobilité, la cognition, les fonctions sensorielles, le psychosocial et la vitalité/nutrition* »³¹.

Le rapport ne le précise pas, mais l'on peut imaginer, à l'instar de ce qui est mis en place en matière de dépistage dans le champ de la santé infantile, que les personnes seront individuellement informées et invitées à se présenter à ces rendez-vous dont le coût sera pris en charge par l'assurance maladie.

L'adaptation des soins. « *L'hôpital du futur idéal pour la personne âgée ? C'est l'hôpital où elle ne va pas. Si elle y va c'est l'hôpital où elle ne reste pas. Si elle y reste, c'est l'hôpital qui sait prendre en compte ses besoins les plus spécifiques* »³². On relève un doublement des hospitalisations entre 65 ans et 74 ans, un triplement de 75 à 84 ans et un quadruplement au-delà de 85 ans. En outre, plus on est âgé, plus, au cours d'une année, on est fréquemment hospitalisé, plus la durée de chaque séjour augmente et plus les hospitalisations sont réalisées en urgence. Cet état de fait concerne toutes les personnes âgées, y compris celles vivant en institution (les EHPAD ne préservant donc pas de l'hospitalisation)³³. Or on sait que, chez le patient âgé, l'hospitalisation constitue un facteur de risque non négligeable de perte d'autonomie du fait du syndrome d'immobilisation, de confusion, de dénutrition, des chutes, d'incontinence urinaire et des effets indésirables de médicaments. C'est pourquoi, le rapport Libault fixe pour objectif premier de limiter l'hospitalisation du sujet âgé. A cette fin, la télémédecine peut se révéler utile, surtout si l'on facilite les possibilités de son déclenchement par le personnel intervenant à domicile, particulièrement en situation de repérer les fragilités de la personne âgée³⁴. Et quand l'hôpital ne peut être évité, il doit s'agir de préférence de structures de proximité dotées de spécialistes en gériatrie avec l'appui, si besoin, de la télémédecine. L'hôpital doit « *assumer sa dimension gériatrique* »³⁵ au-delà de sa technicité. D'un autre côté, cette expertise doit pouvoir servir hors de l'hôpital, grâce à la venue, dans les lieux de vie des personnes âgées, d'équipes hospitalières mobiles de gériatrie³⁶.

Une approche globale de la santé. Le rapport souligne la multiplicité des acteurs qui interviennent autour de la personne âgée dans les domaines médical, social et sanitaire, multiplicité qui accroît le risque de rupture dans la prise en charge. Deux réponses principales sont proposées. D'une part, l'élaboration d'un plan personnalisé de santé, défini comme « *un plan d'action partagé concernant les personnes âgées dont la situation*

²⁹ En fonction des travaux du Haut Conseil de la Santé Publique qui pourrait se prononcer sur les âges les plus pertinents pour réaliser ces autres rencontres.

³⁰ Rapport, p. 88.

³¹ Rapport p. 52.

³² Rapport p. 117.

³³ Constats rapportés par la gériatre Hermine Lenoir, « La télémédecine : quels bénéfices pour l'égalité d'accès aux soins des séniors, quelles limites ? », in *La personne âgée et le monde numérique, enjeux interdisciplinaires éthiques*, Séminaire des 18 & 19 mars 2019, Université Paris Descartes.

³⁴ Proposition 48.

³⁵ Rapport p. 121.

³⁶ Proposition 141.

sanitaire et sociale rend utile un travail formalisé entre acteurs de proximité »³⁷ et dont l'objectif est de favoriser la coordination des professionnels en équipe dans la prise en charge de la personne âgée. D'autre part, la mise en place d'un « *droit commun au parcours de santé et d'autonomie* » qui serait défini par voie législative³⁸. Bien que cette proposition ne soit pas explicitée, il semble qu'il s'agisse à la fois de définir un parcours de soins type afin d'orienter au mieux la personne âgée – et ainsi assurer une meilleure coordination de sa prise en charge – et d'un « *droit fondamental* »³⁹ à un parcours coordonné, c'est à dire sans rupture dans la prise en charge de la personne afin d'éviter des perturbations qui ajoutent à sa fragilité.

Plus largement, au-delà des questions de santé, le rapport préconise – pour faciliter le quotidien des personnes en perte d'autonomie – d'obliger les industriels à proposer des produits adaptés aux personnes souffrant de troubles de la vision (électroménager, téléphonie ...)⁴⁰.

Le rapport décline donc un large panel de mesures destinées à faire évoluer l'environnement de la personne fragilisée par l'avancée en âge, dans le but de mieux l'accompagner et de préserver autant que possible son autonomie, laquelle doit se traduire en particulier par la liberté de choix de son lieu de vie.

2. L'autonomie décisionnelle de la personne âgée

La notion d'autonomie. L'autonomie est partout dans le rapport. Là où la lettre de mission parlait essentiellement de « *prévention de la dépendance* », le rapport insiste sur la préservation de l'autonomie dont il fait la clef de voute de la réforme attendue. Cet usage omniprésent dévoie quelque peu la notion pour en faire un concept flou et dilué. Au sens juridique, l'autonomie c'est la liberté de choix. Et s'agissant des personnes âgées cette liberté doit être préservée au premier chef pour le choix du lieu de vie⁴¹.

L'information. Pour que l'autonomie ainsi entendue soit garantie, encore faut-il que les personnes soient correctement informées des possibilités qui s'offrent à elles. Or près des trois-quarts des Français déclarent être mal informés des dispositifs d'aide des personnes âgées en perte d'autonomie⁴². La loi ASV a quelque peu amélioré la situation en agrémentant le portail numérique d'informations pour les personnes âgées⁴³ d'un comparateur de prix et reste à charge en EHPAD, ainsi que d'un annuaire des différents services d'aide et de soins infirmiers à domicile⁴⁴. Le rapport Libault propose d'aller plus loin en cédant à la mode du guichet unique qui prendrait ici le nom de « *maison des aînés*

³⁷ Proposition 137.

³⁸ Rapport p. 116.

³⁹ Rapport p. 117.

⁴⁰ Proposition 17. Une telle proposition concerne autant les personnes âgées que les personnes en situation de handicap. Cela participe de la logique qui préside déjà en matière de handicap d'adaptation de l'environnement qui ne doit pas générer de situations d'exclusion des personnes.

⁴¹ « *Pour 8 personnes sur 10, l'entrée en structure d'accueil est associée à une perte d'autonomie de choix.* », Rapport Terra Nova, L'heure du choix : l'entrée des personnes âgées en maison de retraite, 28 septembre 2018, p. 1, <http://tnova.fr/notes/l-heure-du-choix-l-entree-des-personnes-agees-en-maison-de-retraite>.

⁴² Dossier de presse du Rapport Libault, p. 15, https://solidariteessante.gouv.fr/IMG/pdf/dp_rapport-grand-age_280319.pdf

⁴³ pour-les-personnes-agees.gouv.fr.

⁴⁴ Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD), Rapport p. 33.

et des aidants » et qui serait destiné à assurer une mission d'information et d'orientation dans les démarches⁴⁵.

Renouveler l'offre. Concrètement, le rapport exhorte à « *sortir du dualisme et du cloisonnement entre EHPAD et domicile pour proposer à la personne âgée une gamme de solutions intermédiaires* »⁴⁶. En d'autres termes, la liberté ne doit pas se résumer à choisir entre une structure institutionnalisée et un chez soi pas toujours adapté. Il est donc indispensable d'élargir l'offre d'accueil. Afin de développer toute une gamme d'habitats groupés (résidences autonomie, résidences services, habitats inclusifs et intergénérationnels)⁴⁷, le rapport demande au législateur de modifier la loi de solidarité sur le renouvellement urbain (SRU)⁴⁸ et d'inclure dans le décompte des logements sociaux un sous-objectif spécifique de construction de logements dédiés aux personnes âgées⁴⁹. Cela prolongerait la loi ASV, laquelle permet d'ores et déjà aux bailleurs sociaux d'attribuer en priorité aux personnes en perte d'autonomie – que celle-ci soit liée à l'âge ou au handicap – des logements construits ou aménagés spécifiquement⁵⁰.

Dans ce nouvel environnement, les EHPAD conserveront toute leur place : non comme un lieu de vie imposé à défaut d'autres solutions possibles, mais comme un lieu de vie souhaité. Dans cette perspective, il est proposé différentes mesures destinées à y améliorer l'accueil, d'une part, et l'accessibilité, d'autre part. En ce qui concerne l'accueil, les pouvoirs publics vont devoir investir à la fois pour rénover les établissements, à hauteur de 3 milliards d'euros sur dix ans et pour renforcer substantiellement le taux d'encadrement en institution⁵¹ grâce au développement d'emplois auprès des résidents (personnels soignants, paramédicaux ou assurant des activités d'animation)⁵². S'agissant de l'accessibilité, diverses mesures visent à réduire la charge financière pour la personne. Pour l'heure, la contribution individuelle est de près de 1.800 euros mensuels en moyenne quand le revenu moyen des retraités est de 1.740 euros par mois. Le rapport, qui souligne le caractère socialement injuste et territorialement inégalitaire du système actuel, envisage une nouvelle prestation, dégressive en fonction des ressources, dans le but de diminuer le reste à charge des personnes modestes (allant de 300 euros pour les personnes dont les ressources courantes sont comprises entre 1.000 et 1.600 euros⁵³ à 50 euros pour un revenu plafond de 3.200 euros)⁵⁴. Dans la même idée de pérenniser l'accès, une mesure spécifique est prévue pour les personnes vivant

⁴⁵ Proposition 117. Notons que derrière l'objectif d'une meilleure information de la personne âgée dans le but de l'aider à s'orienter, pointe aussi l'idée de mieux l'informer sur la mesure des efforts publics réellement consentis. Le rapport relève en effet qu'à l'heure actuelle, le manque de lisibilité des prestations versées pour compenser la perte d'autonomie notamment affaiblit la perception que la population a de cet effort (Rapport, p. 33). Dans le même ordre d'idées, l'effort de simplification conduirait également à instituer le département comme interlocuteur privilégié et financeur unique de la solvabilité des personnes âgées en établissement, tandis qu'à l'heure actuelle, les aides en matière d'hébergement s'appuient sur des dispositifs différents selon le niveau de ressources des personnes qui sont dès lors confrontées à plusieurs interlocuteurs (CAF, DGFIP...), Rapport p. 112.

⁴⁶ Rapport p. 74.

⁴⁷ Rapport p. 77.

⁴⁸ Loi n° 2000-1208 du 13 décembre 2000.

⁴⁹ Proposition 48.

⁵⁰ Article 20 de la loi ASV.

⁵¹ Ce taux devra être de 25% supérieur en 2024 par rapport à celui de 2015.

⁵² Le coût de cette mesure, qui répond aux revendications des personnes mobilisées lors des grèves de 2018, est estimé à 400 millions d'euros par an dès 2020 et 1,2 milliard d'euros en 2024.

⁵³ Ce qui correspond à 35% des résidents en institution actuellement. Proposition 128.

⁵⁴ Rapport p. 114.

« longtemps » en EHPAD. Un « *bouclier autonomie* », destiné à supprimer le reste à charge au-delà de quatre années passées en institution pour les résidents en situation de perte d'autonomie lourde (GIR 1 et 2)⁵⁵, quels que soient leurs revenus, est proposé⁵⁶. Si un plan solide de transformation des EHPAD se dessine ainsi, la priorité affirmée est celle du maintien à domicile, ce qui correspond aux attentes exprimées lors de la consultation citoyenne⁵⁷. Compte-tenu du risque d'isolement inhérent à ce mode de vie et de la pénurie en personnel des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD), le rapport insiste sur l'indispensable revalorisation des métiers d'accompagnement du grand âge.

Un plan national pour les métiers du grand âge. 63 % des EHPAD déclarent avoir au moins un poste non pourvu depuis plus de 6 mois. Par ailleurs, les personnels sont en souffrance, comme l'ont montré les mouvements sociaux de l'an dernier. L'amélioration de la qualité de la prise en charge des personnes âgées ne peut se faire sans eux et la mesure de cette nécessaire revalorisation semble avoir été pleinement prise. Aussi, pour rendre les métiers plus attractifs, est-il suggéré de favoriser la hausse des rémunérations, d'améliorer les conditions de travail et d'ouvrir les perspectives de carrière.

En matière de rémunération, le financement des services d'aide et d'accompagnement à domicile pourrait être utilisé comme levier pour obtenir une revalorisation salariale dans le secteur⁵⁸. De manière annexe, il s'agirait de lutter contre le recours au temps partiel subi en réduisant l'incitation financière dont bénéficient aujourd'hui les entreprises en ce domaine⁵⁹ ou encore de revaloriser les indemnités kilométriques pour les professionnels amenés à se déplacer fréquemment pour se rendre auprès des personnes⁶⁰. Cette mesure paraît indispensable alors qu'à l'heure actuelle, dans certains départements, les personnes âgées dépendantes vivent dans des zones reculées.

Le rapport se montre par ailleurs vigilant sur les risques professionnels de ces aidants – rarement mis en avant – alors que les accidents du travail dans le secteur sont trois fois plus élevés que la moyenne nationale⁶¹. La prévention de tels accidents et maladies professionnels doit donc devenir une priorité⁶².

Enfin, il apparaît nécessaire que les personnes s'engageant auprès de nos aînés aient des perspectives en matière de carrière⁶³ pour éviter que « *le choix vers ce secteur (...) ne soit un choix par défaut faute de meilleures alternatives* »⁶⁴. Dans l'idée d'orienter vers ces métiers, le service public de l'emploi⁶⁵ doit se mobiliser et, au-delà, des actions de communication auprès de l'ensemble de la population sont à mener⁶⁶.

⁵⁵ Proposition 126. Les aides versées à ce titre ne pourraient pas être récupérées, ni par le biais de l'obligation alimentaire des descendants, ni par le recours sur la succession de la personne bénéficiaire après son décès.

⁵⁶ Environ 15% de résidents seraient concernés par cette mesure.

⁵⁷ Rapport p. 22.

⁵⁸ Proposition 96.

⁵⁹ Proposition 95.

⁶⁰ Proposition, p. 99.

⁶¹ Rapport p. 43.

⁶² Proposition 92.

⁶³ Rapport p. 100.

⁶⁴ Rapport p. 102.

⁶⁵ Proposition 109.

⁶⁶ Proposition 116.

Le rapport se veut donc réaliste sur les besoins du sujet âgé fragile et se trouve marqué par le souci de lui proposer une meilleure prise en charge, laquelle doit être choisie et non subie. Tout cela représente un coût humain et financier pour lequel le rapport propose des solutions pragmatiques marquées par la volonté de s'appuyer sur la solidarité nationale.

B. La personne âgée, bénéficiaire de la solidarité

Certaines mesures sont nécessaires pour maintenir une vie sociale et se sentir inclus dans la cité (1) quand d'autres répondent à des compensations de la perte d'autonomie (2).

1. Inclure la personne âgée dans la société

Une société plus inclusive. « *Renouveler les représentations sociales du grand âge en sensibilisant pour inclure la personne âgée dans la vie de la cité* », tel est l'un des quatre objectifs que doit poursuivre l'action publique pour donner du sens au grand âge⁶⁷. Les personnes âgées sont isolées. Par la force des choses, plus elles avancent en âge, plus leur cercle amical et relationnel se restreint. Ce sont donc prioritairement des liens intergénérationnels qui sont susceptibles de se créer. Le rapport entend sensibiliser les plus jeunes à cette réalité en incluant la question du grand âge dans les programmes scolaires et en généralisant « *les temps de présence de personnes âgées en milieu scolaire et [ceux] d'enfants scolarisés en établissement pour personnes âgées* »⁶⁸. Par ailleurs, il est envisagé d'utiliser le service civique et le futur service national universel – dont la généralisation est prévue à partir de 2021 - au profit des personnes âgées.

2. Compenser la perte d'autonomie de la personne âgée

A ce titre, le rapport s'est penché à la fois sur la question de la compensation humaine et financière.

Le développement du statut des aidants. La loi ASV a constitué un premier pas dans la reconnaissance et l'élaboration d'un statut des aidants en en proposant une définition et en leur accordant un droit au répit⁶⁹ ainsi qu'un droit au congé⁷⁰. Selon le rapport, ces nouveaux droits sont encore peu mis en œuvre⁷¹, ce qui serait dû à la fois à l'excessive complexité des démarches pour leur mise en application⁷² et au poids financier qu'ils représentent. La compensation financière destinée à permettre un répit de l'aidant n'est en général pas suffisante pour trouver une solution d'hébergement temporaire de la personne âgée quand le congé n'est, le plus souvent, pas rémunéré. C'est pourquoi il est proposé une indemnisation du congé du proche aidant plus systématique⁷³. Par ailleurs,

⁶⁷ Rapport p. 64.

⁶⁸ Proposition 2.

⁶⁹ Art. L 113-1-3 du Code de l'action sociale et des familles. Le droit au répit consiste dans l'allocation annuelle d'une somme pouvant aller jusqu'à 500 euros pour les personnes les plus dépendantes (GIR 1 et 2) afin de contribuer au financement d'un hébergement temporaire ou un accueil de jour de la personne aidée.

⁷⁰ Art. 3142-16 du Code du travail.

⁷¹ Rapport p. 58.

⁷² Rapport p. 57.

⁷³ Proposition 24.

le rapport alerte sur « *la difficile conciliation entre le rôle d'aidant et la vie professionnelle* »⁷⁴. Pour inciter les entreprises à prendre en compte cette réalité sociale, il propose donc d'inclure le soutien aux proches aidants dans les critères RSE⁷⁵.

La consécration de la solidarité nationale. C'est en matière de financement de la prise en charge de la perte d'autonomie que le rapport Libault offre les propositions les plus affirmées et les plus précises. Pour ce faire, il s'est donné deux principes directeurs : « *le recours à un financement public reposant sur la solidarité nationale* » et « *la mobilisation de prélèvements obligatoires existants* »⁷⁶.

En premier lieu, le choix fort et assumé est celui de la solidarité nationale avec l'instauration d'un 5^e risque de la protection sociale. Certes, il ne s'agit pas là d'une véritable innovation puisque l'idée d'un nouveau risque est depuis longtemps dans les tiroirs, mais le rapport a le mérite d'encourager très clairement le législateur à s'emparer de cette proposition.

Quant au second principe, il découle d'une volonté claire de ne pas augmenter les prélèvements obligatoires, qui conduit à écarter deux hypothèses envisagées, à savoir la création d'une nouvelle journée de solidarité (journée de travail supplémentaire des salariés non rémunérée) et l'augmentation du droit sur les donations et les successions d'un montant important⁷⁷. Ce refus de créer un prélèvement spécifique peut se comprendre dans un contexte d'expression de ras le bol fiscal. Pour financer l'ensemble des dépenses liées à la prise en charge de la perte d'autonomie – dont le nouveau risque de protection sociale – le rapport propose à terme d'affecter une partie du produit de la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS), laquelle sera apurée en 2024⁷⁸. D'ici là, les excédents du régime général de la sécurité sociale réalisés grâce à une gestion rigoureuse seraient utilisés, priorité serait donnée aux dépenses liées au grand âge par rapport aux dépenses de santé ou de retraite⁷⁹ et les possibilités de décaissement du Fonds de réserve des retraites seraient mobilisées⁸⁰.

La solidarité familiale en retrait. Quant à la solidarité familiale, le rapport entend apporter des évolutions qui modifieraient quelque peu le modèle ancré depuis

⁷⁴ Rapport p. 58. Un peu comme les répercussions d'une vie familiale sur la carrière des femmes, le rapport relève pour les proches aidants de nombreuses conséquences sur leur activité professionnelle : « *réduction de temps de travail, congés, refus d'heures supplémentaires, interruption de l'activité professionnelle, refus de promotion, dégradation de l'état de santé de l'aidant* ». Cela fait écho au droit consacré à l'article 27 de la Charte sociale européenne de 1996 des travailleurs ayant des responsabilités familiales à l'égalité des chances et de traitement.

⁷⁵ Proposition 30 (sur la responsabilité sociale des entreprises)

⁷⁶ Rapport p. 130.

⁷⁷ Le rapport relève toutefois que si une telle hausse de la fiscalité devait intervenir sur les successions d'un montant important, elle pourrait être affectée au financement du nouveau risque de la protection sociale, rapport p. 132.

⁷⁸ Proposition 160.

⁷⁹ Il invite ainsi clairement les pouvoirs publics à « *un arbitrage politique en faveur du grand âge* » (rapport p. 132) à l'instar de nos voisins européens plus exemplaires en matière de prise en charge de cette question (Suède, Danemark et Pays-Bas, rapport p. 131). Compte-tenu des priorités actuelles de la France – retraite et santé – on peut craindre que ce choix implique nécessairement et mécaniquement une diminution des dépenses de retraite et de santé. Rappelons à cet égard qu'en Suède où le niveau des dépenses publiques en faveur des personnes âgées en perte d'autonomie est particulièrement élevé, le revenu moyen des plus de 65 ans ne représentait que 85,8 % de celui de l'ensemble de la population en 2014 quand il représentait à la même période 103,4% en France, la plaçant à la première place des pays de l'OCDE sur ce plan, rapport, p. 199, citant une étude de l'OCDE parue en 2017.

⁸⁰ Proposition 162.

longtemps en France. Notre droit, qui, pour l'assistance sociale, fait traditionnellement prévaloir l'entraide familiale sur l'aide délivrée par la collectivité⁸¹, a instauré une obligation alimentaire entre parents en ligne directe⁸², d'où il résulte notamment que, dans la mesure de leurs ressources, les descendants sont tenus de secourir leurs ascendants dans le besoin⁸³. Si cette obligation est en principe personnelle, la loi a instauré des exceptions pour permettre le recours de la collectivité. Sur ce fondement, les départements amenés à verser l'aide sociale à l'hébergement⁸⁴, disposent d'un recours en contribution à l'encontre des enfants et petits-enfants de la personne âgée ayant perçu une telle aide. Or le rapport dénonce le caractère très disparate de ces recours sur le territoire national tant dans leur montant⁸⁵ que dans les personnes sollicitées⁸⁶. C'est pour mettre un terme à ces inégalités territoriales⁸⁷ qu'il préconise la suppression immédiate du recours à l'encontre des petits-enfants et, à l'horizon 2024, de celui à l'encontre des enfants⁸⁸. La proposition, relativement surprenante tant au regard des modifications apportées par la loi de 2015 qui a étendu les possibilités d'action directe en recouvrement des frais d'hébergement contre les débiteurs

⁸¹ Dans son avis, le Conseil économique et social observe qu'« en France, la primauté de la solidarité familiale est inscrite dans la législation relative à l'aide sociale : les relations entre solidarité collective et familiale y sont ordonnées selon le principe de subsidiarité qui fait prévaloir la solidarité familiale sur l'aide fournie par la collectivité, via le recours à l'obligation alimentaire (article L.132-6 du code de l'action sociale et des familles) », p. 13.

⁸² Tel n'est pas le modèle retenu en Suède par exemple, qui ne connaît pas l'obligation alimentaire à l'égard des ascendants et où « les autorités publiques prennent en charge les personnes sans solliciter les solidarités familiales », (Rapport p. 199 et 203). Notons d'ailleurs, que ce n'est pas non plus le modèle Danois (Sénat, Etude de législation comparée n° 189, octobre 2008, « L'obligation alimentaire envers les ascendants », senat.fr/lc/lc189/lc1891.html).

⁸³ Article 203 et suivants du code civil.

⁸⁴ Les personnes qui sont dans l'incapacité d'acquitter le coût de l'hébergement peuvent solliciter l'aide sociale à l'hébergement des départements. Cela concerne environ 20% des résidents en EHPAD, soit 100.000 personnes (120.000 personnes en tout perçoivent cette aide), Rapport pp. 47 et 191.

⁸⁵ La liste des ressources et des charges prises en considération pour le calcul de l'ASH est variable d'un département à l'autre. Ainsi, « en matière de calcul des charges, les frais de tutelle ne sont systématiquement déduits de la participation financière des bénéficiaires de l'ASH que par 77% des départements, les frais de mutuelle par 68% des départements et les frais d'assurance par 37% seulement. Enfin, si 85 % des départements intègrent le talon de dépendance, non pris en charge par l'APA, dans le cadre de l'ASH, 9% ne le font jamais », rapport, p. 112, d'après une enquête de la DREES de 2017.

⁸⁶ Le rapport relève à titre d'exemple pour l'année 2014 que « si la totalité des départements ont systématiquement recours aux enfants, gendres et belles-filles dans le cadre de l'obligation alimentaire, 27 % ont recours systématiquement aux petits-enfants, 20% parfois et 53 % jamais », p. 32.

⁸⁷ Ces fortes inégalités territoriales étaient déjà dénoncées par le Conseil économique et social dans son avis précité de 2008, p. 14. Il avait aussi relevé les difficultés dans lesquelles se trouvaient souvent les familles éventuellement fragilisées par des séparations, prises entre l'obligation alimentaire au titre des frais d'hébergement des ascendants et l'obligation alimentaire pour la contribution à l'entretien des enfants. Pour autant, le Conseil n'avait pas préconisé la suppression de l'obligation alimentaire en faveur des ascendants mais avait proposé « de mandater un groupe d'experts afin de mener une réflexion pour déterminer ce qui correspond à la notion d'obligation alimentaire dans la totalité des frais d'hébergement et de s'assurer de l'équité dans le traitement des différentes situations d'hébergement : établissement ou domicile. » Il avait indiqué : « Ce qui relève de l'obligation alimentaire continuera à être réclamé aux familles tandis que le reste sera pris en charge par l'aide sociale si la personne âgée n'a pas les moyens de payer. Le montant de cette aide sera ensuite récupéré sur la succession de la personne âgée, comme c'est déjà le cas aujourd'hui dans la définition actuelle de l'obligation alimentaire. Ce mécanisme permettra de solliciter les familles, du vivant de la personne, uniquement sur le montant qui correspond à l'obligation de solidarité telle que définie par le Code civil. Pour autant cette question ne trouvera de réponse adaptée que dans le cadre de la concertation en cours sur la mise en œuvre d'un "cinquième risque" », p. 18.

⁸⁸ Proposition 129.

alimentaires aux établissements privés⁸⁹, que de l'objectif de renforcement de la solidarité intergénérationnelle, s'explique sans doute aussi par le souci d'éviter l'impact négatif qu'aurait la possibilité d'un tel recours, au titre des frais d'hébergement sur le fondement de l'obligation alimentaire, dans les relations ascendants/descendants. Il est en effet souligné que « *sa mise en œuvre suscite des conflits et des contentieux dont l'impact sur les personnes vulnérables est désastreux. Au-delà de son effet dissuasif, elle renforce la situation de dépendance des personnes âgées vis-à-vis de leur entourage et on ne peut exclure, ni dénombrer, les maintiens à domicile, décidés par les obligés, nuisibles à personne âgée* »⁹⁰. Notons d'ailleurs que les choix antérieurement réalisés en matière d'aide sociale, aboutissent au résultat relativement surprenant et contestable que l'obligation alimentaire, si elle peut être mobilisée pour l'aide en matière d'hébergement, ne peut l'être pour celle accordée en matière de perte d'autonomie⁹¹. En attendant la suppression préconisée, il est proposé la mise en place d'un barème indicatif national afin de limiter les inégalités⁹². Malgré les termes du rapport – qui, sans doute par souci de concision, parle de « *suppression de l'obligation alimentaire* » des enfants et petits-enfants – celle-ci ne disparaîtrait pas en tant que telle et pourrait continuer à être mobilisée par la personne âgée pour compléter ses besoins⁹³.

D'une manière générale, le rapport invite la société à accepter que la vieillesse a un coût que la richesse nationale doit assumer. Ce coût devrait représenter 1,6% de notre produit intérieur brut (PIB), quand il ne s'élève aujourd'hui qu'à 1,4%⁹⁴. Cela apparaît censé quand on sait les besoins de la population âgée mais correspond à une augmentation importante, de l'ordre de 35% à l'horizon 2030, par rapport à la part actuellement consacrée au vieillissement⁹⁵. La proposition d'ériger la perte d'autonomie en 5^e risque constitue en tous cas un symbole fort qu'il convient de saluer. La suppression de l'obligation alimentaire et donc, d'une certaine manière, le retrait de la solidarité familiale, s'inscrit certainement dans la logique de la création de ce risque⁹⁶ et participe d'une redéfinition des équilibres connus jusqu'ici en France entre solidarité familiale et solidarité nationale⁹⁷.

⁸⁹ La loi ASV a étendu l'action directe en recouvrement des frais d'hébergement contre les débiteurs alimentaires aux établissements sociaux et médico-sociaux visés à l'article L 312-1 du code de l'action sociale et des familles (nouvel article L 314-12-1 du code de l'action sociale et des familles). L'action, qui n'était initialement ouverte qu'aux établissements publics de santé, est donc désormais ouverte aux EHPAD de droit public comme de droit privé.

⁹⁰ Rapport, p. 49. Il est ici fait référence au rapport de l'IGAS.

⁹¹ V. avis du Conseil économique et social, L'obligation alimentaire : des formes de solidarité à réinventer, 14 mai 2008, p. 14.

⁹² Proposition 129.

⁹³ Cela permettrait de mettre un terme à la pratique de certains juges du fond de calquer le montant de la pension alimentaire due par les descendants sur le montant du « reste à charge » de la personne hébergée, une fois les aides sociales versées. Sur ce point v. les observations de M. Rebourg sous Civ. 1^e 21 novembre 2018, pourvoi n° 17-27.071, JCP G 2019, chronique 215 de Droit de la famille. En outre, cette aide demeure essentielle pour un ascendant autonome dans le besoin.

⁹⁴ A titre de comparaison, le rapport cite la Suède où le niveau des dépenses publiques en faveur des personnes âgées en perte d'autonomie est de 2,7%, rapport p. 199.

⁹⁵ Près de la moitié de cette hausse est mécanique du fait du vieillissement démographique (45%) quand l'autre provient des réformes proposées, rapport p. 18.

⁹⁶ Le principe de subsidiarité ne s'applique pas non plus à l'aide sociale aux personnes handicapées ni aux titulaires de la couverture maladie universelle (avis du Conseil économique et social, précit., p. 14).

⁹⁷ Le rapport n'envisage toutefois pas de supprimer la possibilité de recours sur la succession de la personne au titre des aides hébergements. La solidarité familiale ne s'exprime alors qu'indirectement puisqu'elle limite le cas échéant la part de ce que les descendants auraient dû recevoir du défunt.

Ce panorama thématique - non exhaustif et très condensé comparé au rapport - des mesures proposées pour la prise en charge de la perte d'autonomie confirme que les pouvoirs publics n'ont désormais plus qu'à suivre la feuille de route pour mettre en œuvre les solutions opportunes qu'elle contient. Pour autant, la satisfaction n'est pas totale car le rapport comporte aussi des insuffisances et des manques.

II. Les regrets : l'insuffisante prise en considération de la personne

La richesse et l'aspect consensuel de ce rapport n'empêchent pas quelques regrets. Certains tiennent aux silences qui peuvent apparaître d'autant plus critiquables que le rapport se veut exhaustif, embrasse de multiples champs et qu'il arrive après de nombreux autres travaux (A). D'autres se rapportent à des logiques sous-jacentes, qui apparaissent en filigrane du texte, et qui, sans être rédhibitoires, appellent à la vigilance (B).

A. Les droits fondamentaux, parents pauvres du rapport

« **Citoyenneté, dignité et libre choix** », une trilogie non incarnée. Si le rapport relève que pour « *donner du sens au grand âge* », il faut réaffirmer « *la citoyenneté, la dignité et le droit au libre choix de la personne âgée* »⁹⁸, il ne dit quasiment rien sur les possibles concrétisations de cette position de principe. Les conséquences du déclin de la personne ne sont pas abordées en termes de droits fondamentaux. Ces questions sont effleurées, de manière très partielle, qu'il s'agisse de la citoyenneté (1), des maltraitances (2) et *a fortiori* des autres droits (3).

1. Les incantations : société inclusive ou droit à la citoyenneté ?

Modifier le regard sur les vieux. Certes, le rapport se montre soucieux de modifier dans un sens positif le regard porté sur les personnes âgées⁹⁹. Aussi, invite-t-il à des changements terminologiques de façon à privilégier les expressions positives. Il propose ainsi dans l'immédiat de renommer les EHPAD en « *Maisons du grand âge* » ou « *Maison médicalisée des seniors* »¹⁰⁰. À côté de ces propositions quelque peu cosmétiques, il suggère de manière plus intéressante d'envisager la création d'un observatoire de l'âgisme placé auprès du Défenseur des droits¹⁰¹. Mais au-delà de ces rares propositions le rapport se contente de façon vague d'appeler de ses vœux une société inclusive affirmant que « *la personne avançant en âge ne doit pas être exilée hors de la cité* »¹⁰². Cela reste sinon théorique, du moins largement incantatoire. Tout au plus est-il demandé une meilleure représentation des personnes âgées au sein de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)¹⁰³, le développement d'initiatives

⁹⁸ Rapport p. 62.

⁹⁹ Sur l'âgisme voir par exemple, Lucio Bizzini, « L'âgisme. Une forme de discrimination qui porte préjudice aux personnes âgées et prépare le terrain de la négligence et de la violence » *Gérontologie et société* 2007/4, vol. 30, n° 123), p. 263.

¹⁰⁰ Proposition 64.

¹⁰¹ Proposition 4. Cette proposition intéressante peut toutefois apparaître décevante quand on se souvient que la loi ASV avait ajouté le critère de la perte d'autonomie à la liste des motifs de discrimination afin de permettre au Défenseur des droits de lutter contre l'âgisme.

¹⁰² Rapport p. 62.

¹⁰³ Proposition 6.

innovantes de mobilité inclusive¹⁰⁴ et le comblement de la fracture numérique « *pour accorder une pleine citoyenneté* »¹⁰⁵.

Des droits civiques non effectifs. Dans ses conclusions, le rapport laisse pourtant de côté le cœur de la citoyenneté, à savoir l'exercice des droits civiques. Or ceux-ci sont rarement effectifs pour les personnes très âgées, en particulier pour celles résidant en institutions. Le système des procurations devrait permettre de pallier aisément une difficile mobilité. D'ailleurs la Charte des droits et des libertés de la personne âgée dépendante, remise à tout arrivant en EHPAD, rappelle ce droit¹⁰⁶. Ce silence est d'autant plus étonnant que la CNCDH s'était penchée sur cette question des droits civiques pour les personnes en perte d'autonomie du fait de leur handicap¹⁰⁷. On aurait pu s'inspirer de cette réflexion antérieure et rapprocher explicitement les problématiques du grand âge de celles du handicap quand il est question d'inclusion. Le rapport, qui prône une société plus inclusive¹⁰⁸, n'en dit mot.

2. Les insuffisances : la dignité réduite à la lutte contre les maltraitances

Un rapport *a minima* sur les maltraitances. Les maltraitances sont dénoncées comme atteinte à la dignité dont sont parfois victimes les personnes dépendantes¹⁰⁹. Pour répondre à ce grave problème¹¹⁰ le rapport propose d'organiser au plan départemental un réseau d'alerte chargé du recueil des signalements de cas de maltraitance, qui devrait associer entre autres les délégués du Défenseur des droits¹¹¹. Bien qu'utile, cette recommandation paraît très insuffisante. L'OMS s'est employée à définir la maltraitance des personnes âgées comme « *un acte unique ou répété, ou l'absence d'intervention appropriée, dans le cadre d'une relation censée être une relation de confiance, qui entraîne des blessures ou une détresse morale pour la personne âgée qui en est victime* »¹¹². Sur ce point, une riche note a été rendue en janvier dernier par la Commission pour la lutte contre la maltraitance et la promotion de la bientraitance¹¹³ qui a souligné la spécificité des maltraitances nées dans un cadre justement dédié à répondre à la vulnérabilité : « *C'est la relation destinée à venir en aide à l'autonomie – qu'elle soit familiale, administrative, sociale ou soignante – qui est trahie dans son principe* »¹¹⁴. S'appuyant sur

¹⁰⁴ Proposition 12 d'ailleurs assez peu précise.

¹⁰⁵ Rapport p. 168.

¹⁰⁶ L'article XIII affirme que « *L'exercice effectif de la totalité de leurs droits civiques doit être assuré aux personnes âgées, y compris le droit de vote, en l'absence de tutelle* ».

¹⁰⁷ Comme le demandait la CNCDH, le législateur a récemment (Loi n°2019-222 du 23 mars 2019, art. 11) abrogé l'article 5 du Code électoral qui permettait au juge des tutelles de retirer le droit de vote à une personne vivant avec un handicap intellectuel ou psychique (cncdh.fr/sites/default/files/170126_avis_droit_de_vote_des_pers._handicapees_a5_vdef_1.pdf).

¹⁰⁸ V. p. 16 notamment.

¹⁰⁹ Rapport p. 62.

¹¹⁰ En mars 2019, un aide-soignant a été condamné à la peine maximale, à savoir 5 ans de prison, pour maltraitance sur une résidente d'EHPAD âgée de 98 ans sur le fondement de l'article 222-12 du Code pénal (violences ayant entraîné une incapacité totale de travail pendant plus de huit jours sur une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge).

¹¹¹ Proposition 18

¹¹² Toronto « *declaration on the global prevention of elder abuse* », OMS, 17 novembre 2002.

¹¹³ Émanation du Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA) et le Conseil National Consultatif des Personnes Handicapées (CNCPH), mise en place le 19 février 2018.

¹¹⁴ HCFEA – CNCPH, Commission pour la lutte contre la maltraitance et la promotion de la bientraitance, janvier 2019, solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/190124_-_rapport_-_lutte_contre_la_maltraitance.pdf, p. 10.

cette analyse précise du phénomène, la Commission proposait, quant à elle, de distinguer entre les maltraitements individuels et celles systémiques (induites par une structure ou par une règle) ; entre les maltraitements conscientes et celles résultant d'une commission involontaire ou ignorante. De telles distinctions s'avèrent utiles pour penser des solutions adaptées selon les causes du phénomène. Plusieurs propositions étaient ensuite faites pour prendre conscience des maltraitements, les repérer, se former et interroger ses pratiques. Finalement, le pari du rapport réside dans le fait que l'amélioration des conditions d'exercice des aidants – professionnels comme bénévoles – réduira mécaniquement les actes de maltraitance. Cette philosophie n'est pas étrangère à celle présente dans un autre avis de la CNCDH consacré aux maltraitements en santé mais ne paraît pas suffisante pour répondre à ce grave problème¹¹⁵.

En outre, on regrettera que rien ne soit dit sur les autres dimensions de la dignité parmi lesquelles le droit d'être soigné convenablement, ou le droit au respect de l'intimité de la personne âgée particulièrement bouleversé par la présence des aidants.

3. Les silences sur les autres droits

Si la question de la mobilité des personnes âgées préoccupe les auteurs du rapport, la liberté d'aller et venir n'est pas affirmée en tant que telle plus que ne sont dénoncées les atteintes qui y sont parfois portées au sein des EHPAD. Les personnes en perte d'autonomie ont en effet rarement l'occasion d'en sortir et lorsqu'elles souffrent de troubles cognitifs lourds il arrive qu'elles séjournent dans des zones fermées. Par ailleurs le rapport ne pose aucun principe d'interdiction, pas plus que des règles de bonnes pratiques s'agissant des contentions¹¹⁶ que peuvent subir les personnes âgées, lesquelles sont simplement évoquées au détour d'une phrase¹¹⁷.

L'ensemble laisse l'impression que les solutions ont été pensées pour les acteurs de la prise en charge davantage que pour les personnes très âgées qui sont tout de même toujours envisagées comme des sujets passifs. La volonté de mise en place de dispositifs d'évaluation à tout propos – dont les vieux eux-mêmes sont exclus en tant qu'évaluateurs mais pas en tant qu'évalués – est révélateur de cette philosophie qui irrigue le rapport : il promeut une bonne prise en charge au sens évaluable, mesurable.

B. Le syndrome de l'évaluation.

¹¹⁵ CNCDH, Agir contre les maltraitements dans le système de santé : une nécessité pour respecter les droits fondamentaux, 22 mai 2018, v. particulièrement les recommandations 14 et 15. cncdh.fr/sites/default/files/180522_avis_maltraitements_systeme_de_sante.pdf.

¹¹⁶ La Cour européenne a déjà eu l'occasion de condamner sur le fondement de l'article 3 (mauvais traitements) un État qui avait placé un détenu sur un lit de contention pendant 3 heures (CEDH, arrêt du 13 février 2014, Tali c. Estonie, req. n° 66393/10). Il ressort de cette jurisprudence que la contention doit être réservée aux seuls cas où elle est indispensable pour « empêcher d'agir d'une manière dangereuse pour eux-mêmes, pour autrui ou pour la sécurité ». Et le juge européen d'insister sur le fait qu'une telle « immobilisation prolongée [est] source [...] de détresse et de gêne physique » et peut selon les circonstances constituer un traitement inhumain et dégradant.

¹¹⁷ Rapport p. 122.

Notre époque est marquée par une propension forte à vouloir tout évaluer souvent au détriment d'une certaine bienveillance et surtout d'une action plus utile ailleurs¹¹⁸. Le rapport n'échappe pas à cette tendance¹¹⁹ en proposant une évaluation systématique des vieux pour détecter leurs fragilités (1), une évaluation des établissements de soins et d'hébergement des personnes âgées (2) ainsi qu'une évaluation à court terme de la réforme à venir (3).

1. Evaluer les fragilités

Du repérage personnalisé des fragilités à leur évaluation systématique. Afin d'améliorer la prévention, il est question de former les professionnels au repérage des fragilités¹²⁰. Cela n'est pas critiquable en soi. Mais la méthode proposée ne convainc pas toujours. De ce « *repérage* », le rapport opère un glissement sémantique vers « l'évaluation »¹²¹ des fragilités des vieux... Tant qu'il s'agit, pour un professionnel qualifié et spécifiquement formé de déceler chez une personne âgée certaines fragilités qui annoncent une possible perte d'autonomie à relativement court terme, dans le but d'en discuter avec elle pour réfléchir à la mise en place des dispositifs d'aide adaptés (aménagement de l'habitat par exemple), la proposition ne peut qu'être accueillie favorablement. L'on ne peut être aussi enthousiaste en revanche lorsqu'il s'agit de la mise en place d'un dépistage systématique et donc « moins humain », plus invasif, et fondé sur des critères qui ne sont pas nécessairement pertinents¹²². C'est pourquoi la proposition de développer les échanges d'informations entre organismes de sécurité sociale pour améliorer la prévention laisse quelque peu songeur¹²³. Cela consiste, pour un individu donné, à croiser ses données de santé, de carrière et ses données financières - grâce aux différentes informations nominatives recueillies tout au long de la vie - dont disposent les organismes de sécurité sociale (branches maladie, retraite et même famille)¹²⁴. Le dispositif porte une atteinte injustifiée et disproportionnée au droit au

¹¹⁸ Pour une critique de l'évaluation, v. notamment Danilo Martucelli, « Critique de la philosophie de l'évaluation », Cahiers internationaux de sociologie, 2010/1-2 (n° 128-129), p. 27, www.cairn.info/revue-cahiers-internationaux-de-sociologie-2010-1-page-27.htm qui observe que « *la philosophie de l'évaluation s'affirme comme un étrange hybride historique entre deux modes de gouvernement longtemps distincts. Il procède à la fois d'une conception du monde ayant fait de la compétition marchande le principe central de la réalité sociale et d'une promotion sui generis de l'action étatique* ». L'auteur souligne entre autre le coût très important que représentent les évaluations.

¹¹⁹ « *Pour comprendre dans toute sa complexité le rôle de l'évaluation dans le monde contemporain, il ne faut surtout pas se limiter à la comprendre comme une simple technique de gestion (une technique corrective des actions au vu de leurs résultats) mais comme la mise en place d'une véritable nouvelle philosophie de gouvernement* », Danilo Martucelli, préc.

¹²⁰ Proposition 73.

¹²¹ Rapport p. 90.

¹²² Danilo Martucelli observe ainsi que toutes les pratiques ne sont pas également mesurables et s'interroge sur le point de savoir si, dans certains secteurs d'activité spécifiques, l'évaluation par indicateur est raisonnable politiquement et faisable socialement. Il cite notamment en exemple le secteur de la santé et souligne que l'idée que « *tout est évaluable est en fait une illusion de la rationalisation, sous - entendant de manière abusive que l'évaluation des activités et de surcroît des personnes peut être une pure affaire technique. Or, trop d'éléments entrent en ligne de compte. Le gouvernement des hommes ne sera jamais un gouvernement des choses.* », préc. p. 30.

¹²³ Proposition 86.

¹²⁴ Un peu dans la même veine, il est envisagé d'expérimenter dans quelques départements volontaires la mise en place d'un « *bilan autonomie* » élargi, à 75 ans, destiné à construire un projet de vie personnalisé portant prioritairement sur le cadre de vie et les conditions de vie de la personne (habitat, sanitaires, modes d'approvisionnement, isolement relatif, mode d'alimentation, mobilité à l'intérieur du domicile ou hors domicile, proximité des commerces), proposition 8.

respect de la vie privée et plus particulièrement à la protection des ses données personnelles. Mais il repose en outre sur le postulat contestable d'une corrélation entre ces différentes données et les fragilités qu'il s'agit de repérer.

2. Evaluer les établissements qui prennent en charge les personnes âgées

Evaluer pour renforcer la culture de la bienveillance : une contradiction dans les termes ? Dans le but affiché de renforcer la culture de la bienveillance à l'égard des personnes âgées au sein des établissements de santé, il est encore proposé de « *mieux évaluer la qualité des prises en charge des personnes âgées en établissements de santé* »¹²⁵. Une mauvaise évaluation à ce titre serait financièrement sanctionnée puisqu'est envisagée la mise en place d'un bonus/malus associé au taux de réhospitalisation de la personne à 30 jours, ainsi qu'à un « *indicateur fiabilisé* » du suivi des passages aux urgences des personnes âgées. En outre, la certification des établissements de santé pourrait évoluer pour inclure l'évaluation de la gestion des risques de dépendances. Quand on sait le coût humain et financier de telles évaluations¹²⁶, on ne peut que s'interroger sur l'opportunité de leur mise en place et ce, d'autant plus que les équipes chargées de l'évaluation ne sont pas nécessairement les mieux placées pour la réaliser¹²⁷. C'est faire peu de cas, à la fois de ce qui s'évince de la consultation en matière de qualité de la prise en charge – à savoir que les difficultés en ce domaine sont principalement liées aux sous effectifs, aux mauvaises conditions de travail des personnels et parfois à un manque de formation adéquate et des propositions d'amélioration qui entendent précisément mettre l'accent sur ces deux aspects (effectifs et formation). Dans le même ordre d'idées, on reste dubitatif devant la proposition relativement frileuse d'expérimenter le pilotage unique des équipes d'évaluation médico-sociales¹²⁸ dans un nombre resserré de départements avant d'évaluer ladite expérimentation...¹²⁹.

3. Evaluer la réforme attendue

Les pouvoirs publics, bons élèves ? Comme on pouvait s'y attendre, il est prévu une évaluation de la réforme elle-même, à un horizon relativement court : trois ans¹³⁰. Là aussi, on reste circonspect, pas tant sur le principe même de l'évaluation de la loi, toujours utile pour préparer une réforme, mais sur le délai. Rappelons qu'à peine deux ans après la promulgation de la loi ASV, un rapport d'information sur sa mise en application a été présenté duquel il ressort que le taux d'application de la loi est de 94% et que les mesures non contraignantes qu'elles prévoyaient ont été mises en œuvre. On ne peut que s'en féliciter mais était-il véritablement utile de déployer des moyens pour évaluer cela à si court terme ? Si le rapport avait révélé une moins bonne application de la loi, n'aurait-on pas affirmé qu'il fallait laisser plus de temps aux acteurs pour s'emparer de ses nouvelles dispositions ? Au fond, à quoi a réellement servi une telle

¹²⁵ Proposition 150.

¹²⁶ Il incomberait aux équipes médicales d'évaluer l'autonomie du patient pendant son séjour ainsi que le taux de ré-hospitalisation de chaque patient âgé à 30 jours, rapport p. 122.

¹²⁷ Sur la question de la pertinence de la participation des évalués aux évaluations (v. Danilo Martucelli, préc., p. 35).

¹²⁸ Il s'agit des équipes médico-sociales qui évaluent la situation de la personne âgée pour identifier ses besoins et déterminer le niveau de sa perte d'autonomie à partir de la grille AGGIR.

¹²⁹ Proposition 169.

¹³⁰ Rapport p. 143.

évaluation, si ce n'est à justifier l'action des politiques ? Puisqu'il faut, comme le préconise le rapport, limiter les coûts inutiles, limitons les évaluations inutiles !

Dernière interrogation, et non des moindres : n'est-il pas curieux qu'à aucun moment les premiers concernés que sont les vieux ne soient sollicités pour évaluer les pratiques qui sont destinées à améliorer leur prise en charge ?

Conclusion

Le rapport Libault n'est pas le premier sur le vieillissement ni même sur le grand âge. Parfois technique, parfois abscons, parfois au contraire lapidaire, il n'est pas non plus le plus enthousiasmant. Mais il fait consensus – en raison de son mode d'élaboration très ouvert et de son effort d'assimilation des travaux antérieurs – chez les acteurs du secteur, il embrasse dans leur quasi complétude les enjeux collectifs du grand âge, enfin, il propose des solutions pragmatiques, budgétées et finançables. C'est là son mérite : placer les décideurs politiques tout comme la société dans son ensemble devant leurs responsabilités : le devoir de construire et de conduire une véritable politique du grand âge pour ne plus faire des personnes âgées des citoyens de seconde zone.

Comme l'écrit joliment le rapport, les personnes âgées en situation de perte d'autonomie vivent une « *rupture biographique* »¹³¹. Il est de la responsabilité collective d'offrir à ces personnes voyant disparaître leur vie d'avant un avenir.

¹³¹ Rapport p. 58.