

L'Europe du Nord, championne du bien-vieillir



TRAVAIL &
AFFAIRES SOCIALES

POLICY PAPER N°284
NOVEMBRE 2022

#santé
#démographie

• Introduction

À l'heure du Pacte vert et des nouvelles technologies, les transitions écologique et numérique se sont imposées dans le débat public. Mais les responsables politiques continuent de sous-estimer la transition démographique, qui voit la part des séniors en constante augmentation dans une Europe vieillissante. La Charte des droits fondamentaux souligne bien, en son article 25, que : « L'Union reconnaît et respecte le droit des personnes âgées à mener une vie digne et indépendante et à participer à la vie sociale et culturelle ». Mais dominées par le « jeunisme », les sociétés occidentales peinent à s'atteler correctement au problème et se contentent le plus souvent de le réduire à sa dimension socio-économique à travers le prisme des retraites, du marché du travail ou du coût des soins de santé, sans l'aborder dans sa globalité, sociale, sociétale, psychologique. Les signaux d'alarme se multiplient pourtant, à l'instar de celui lancé par les Nations unies qui ont fait de la décennie 2021-2030 celle du « vieillissement en bonne santé »¹. Car l'enjeu désormais n'est plus seulement de vivre plus longtemps, mais également de « bien-vieillir ».

Isabelle Marchais
Chercheuse associée
Santé et Démographie
à l'Institut Jacques
Delors

¹ L'Assemblée générale des Nations unies a proclamé 2021-2030 [Décennie du vieillissement en bonne santé \(accès au pdf\)](#) et a demandé à l'OMS de prendre la tête de sa mise en œuvre. Il s'agit d'une collaboration mondiale réunissant les pouvoirs publics, la société civile, les institutions internationales, les professionnels, les milieux universitaires, les médias et le secteur privé afin de mener pendant 10 ans une action concertée, mobilisatrice et collaborative à l'appui de vies plus longues et en meilleure santé.

I • Le vieillissement, une donnée commune aux Vingt-Sept

I UNE ÉVOLUTION PRÉOCCUPANTE

Le monde vieillit. Qu'on les appelle séniors, aînés ou anciens, les personnes âgées sont désormais plus nombreuses que les enfants de moins de 5 ans, pour la première fois dans l'histoire de l'humanité². C'est en Europe que l'évolution est la plus notable. D'ici à 2070, on estime que 30% de ses citoyens seront âgés de 65 ans ou plus, contre environ 20% en 2019 ; c'est le seul groupe d'âge qui devrait augmenter, tant en nombre qu'en proportion et ce, dans tous les États membres de l'Union européenne même si certains sont davantage concernés que d'autres. La proportion de personnes âgées de 80 ans ou plus devrait quant à elle plus que doubler pour atteindre 13%³.

Cette évolution a de multiples conséquences, socio-économiques, budgétaires, sanitaires, et annonce une transformation en profondeur de la société. Au sein de l'UE, le nombre de personnes seules continuera d'augmenter tandis que le taux de dépendance des séniors devrait dépasser 54% en 2060 ; autrement dit, il y aura à cette date moins de deux personnes en âge de travailler pour chaque retraité, contre près de quatre en 2001 et un peu moins de trois en 2020⁴. Ce vieillissement de la population s'explique à la fois par une baisse des taux de natalité et de mortalité et par une plus grande longévité. Jamais en effet les Européens n'avaient vécu aussi longtemps, même si les gains annuels ont tendance à s'amenuiser au fil du temps.

Portée par les progrès médicaux et l'amélioration des conditions de vie, l'espérance de vie à la naissance a ainsi augmenté d'environ dix ans au cours des cinquante dernières années⁵. Elle atteint aujourd'hui 80,1 ans en moyenne dans l'UE-27 avec d'importantes fluctuations entre les pays (de 83,3 ans en Espagne à 71,4 ans en Bulgarie) ; elle devrait continuer à s'accroître, pour passer, entre 2018 et 2070, de 78,3 ans à 86,1 ans pour les hommes et de 83,7 à 90,3 ans pour les femmes. Ces chiffres confirment une importante inégalité selon le sexe et le niveau socio-économique. Les femmes vivent par exemple neuf ans de plus que les hommes en Lettonie et en Lituanie, un peu moins de quatre ans de plus au Danemark, en Irlande, à Chypre, aux Pays-Bas et en Suède⁶. Les hommes sont notamment plus exposés à plusieurs facteurs de risques comme la consommation de tabac, une consommation excessive d'alcool et un régime alimentaire moins équilibré, ce qui se traduit notamment par un taux plus élevé de maladies cardiovasculaires et de cancers.

I LES DÉTERMINANTS D'UNE ESPÉRANCE DE VIE SANS INCAPACITÉ

L'allongement de l'espérance de vie est une réalisation collective remarquable, qui repose sur des progrès notables en matière d'avancées médicales et de développement économique et social. Une autre donnée doit cependant être regardée attentivement, celle de **l'espérance de vie en bonne santé** (ou sans incapacité liée à une maladie ou à un handicap) qui, au sein de l'UE, n'était en 2018 que de 64,2 ans pour les femmes et de 63,7 ans pour les hommes – oscillant entre 73 ans en Suède

2 Selon la [définition de l'Organisation de coopération et de développement économique \(OCDE\)](#), la population âgée comprend les personnes de 65 ans et plus.

3 [Rapport de la Commission sur les conséquences de l'évolution démographique](#), 17 juin 2020.

4 Le taux de dépendance économique des personnes âgées utilisé en l'espèce correspond au ratio entre le nombre de personnes âgées de 65 ans ou plus et le nombre de personnes âgées de 20 ans à 64 ans. Il est exprimé pour cent personnes en âge de travailler. Taux de dépendance vieillesse, [Eurostat](#). Rapport projeté de dépendance des personnes âgées, [Eurostat](#).

5 Statistiques sur la mortalité et l'espérance de vie, [Eurostat](#).

6 Espérance de vie par âge et sexe, [Eurostat](#). Espérance de vie projetée par âge et sexe, [Eurostat](#).

et 51 ans en Lettonie⁷. Face à cet écart, préjudiciable pour les individus comme pour la société, le « bien-vieillir » est en train de s'imposer dans le débat public sans pour autant recouvrir partout exactement la même réalité. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) parle ainsi de « vieillissement en bonne santé » qu'elle décrit comme « le processus de développement et de maintien des aptitudes fonctionnelles qui permet aux personnes âgées de jouir d'un état de bien-être »⁸. Il s'agit de préserver leur santé physique, sociale et mentale et de leur permettre de prendre une part active dans la société.

Cette approche, qui repose sur les réponses données à des enquêtes destinées à mesurer l'espérance de vie sans incapacité, reste malgré tout subjective. Une équipe de l'Université Paris-Cité dirigée par l'économiste de la santé Thomas Rapp a mis au point une mesure plus objective du bien-vieillir, définie comme **la différence entre l'âge civil d'une personne et son âge physiologique**, ce qui permet d'estimer empiriquement le taux de dépréciation du capital santé. Des mois de vieillissement sont retranchés aux personnes qui sont en très bonne santé par rapport à la moyenne de celles de leur âge et ajoutés en cas d'incapacités, de problèmes de santé ou de comorbidités. « Cela repose sur l'idée que l'âge civil d'une personne n'est pas forcément une bonne indication de son âge réel ; il y en a qui sur le plan biologique font plus que leur âge, d'autres moins », explique Thomas Rapp⁹. Ses travaux, menés dans plusieurs pays de l'OCDE, sont instructifs. Aux États-Unis, en Israël et en Italie, les personnes âgées de 70 à 75 ans vieillissent mal : leur âge physiologique est, en moyenne, supérieur à leur âge civil. **A contrario, la Suisse, les Pays-Bas, la Grèce et la Suède sont les pays où les scores de vieillissement en bonne santé sont les plus élevés.** Le classement reste constant dans les autres classes d'âge.

Les recherches menées dans ce cadre ont permis d'identifier quatre déterminants centraux des risques de perte d'autonomie, à savoir les niveaux de richesse, d'isolement social, d'éducation et d'aides publiques. Des facteurs tels que le capital humain (degré d'études), le capital social (aide donnée par la famille ou les amis) ou le revenu jouent un rôle important dans l'âge physiologique, confirmant le rôle des inégalités socio-économiques dans le vieillissement¹⁰. **Les plus démunis ont souvent un âge physiologique très supérieur à leur âge civil, ce qui interroge d'ailleurs sur la pertinence de politiques guidées par des critères d'âge.** Une action publique efficace suppose d'agir de manière concomitante sur ces différents leviers et de cibler au maximum les personnes isolées, pauvres et faiblement éduquées et d'accroître l'aide publique aux services qui permettent d'améliorer la qualité de vie. Notons qu'en 2018, plus de 15% des Européens âgés de 65 ans ou plus étaient

7 Document de travail des services de la Commission du 17 juin 2020 accompagnant son rapport sur les conséquences de l'évolution démographique.

8 Les aptitudes fonctionnelles d'un individu sont déterminées par ses capacités intrinsèques (c'est-à-dire l'ensemble de ses capacités physiques et mentales), les environnements dans lesquels il évolue (pris au sens le plus large et incluant les environnements physique, social et politique) et ses interactions avec ceux-ci. La notion de vieillissement en bonne santé nécessite de passer d'une conception caractérisée par l'absence de maladie à la promotion des aptitudes fonctionnelles qui permettent aux personnes âgées de faire ce qu'elles apprécient.

9 Entretien avec l'auteur, 6 octobre 2022. Thomas Rapp est maître de conférences à l'Université Paris Cité (laboratoire LIRAES – *Laboratoire Interdisciplinaire de Recherche Appliquée en Économie de la Santé*) et titulaire de la chaire *Aging Up!*. Il codirige également l'axe de recherche sur les politiques de santé du LIEPP (Laboratoire interdisciplinaire d'évaluation des politiques publiques) à Sciences Po Paris. Il est l'un des auteurs du rapport *Who Cares?* publié en 2020 par l'OCDE.

10 Une personne âgée de 60 ans au début de la Décennie pour le vieillissement en bonne santé peut espérer vivre, en moyenne, 22 ans de plus. Il existe cependant d'importantes disparités selon le groupe social et économique auquel on appartient. Dans les pays de l'OCDE, un homme de 25 ans ayant fait des études universitaires peut espérer vivre 7,5 ans de plus qu'une personne du même âge ayant fait moins d'études ; pour une femme, le gain est de 4,6 années. La différence est plus marquée dans les économies émergentes. Cf. le rapport de l'OCDE *Preventing Ageing Unequally*. Pour des données complètes voir aussi les [publications biennales de l'OCDE sur la santé](#).

exposés au risque de pauvreté ; ce risque est encore plus élevé pour les femmes, lesquelles perçoivent des pensions de retraite mensuelles d'environ un tiers inférieures à celles des hommes¹¹.

I UN ENJEU MAJEUR DE POLITIQUE PUBLIQUE

La société a du mal à gérer le vieillissement de la population, oscillant entre désir parfois excessif de protection, désintérêt ou critiques parfois virulentes¹². Les séniors sont souvent vus comme un fardeau, accusés de laisser une dette financière et écologique à leurs enfants, de peser sur les finances publiques et de ne plus être utiles à la société, au risque de perdre toute estime d'eux-mêmes. Les « baby-boomers », ces générations nées en nombre à partir des années de guerre et jusqu'à la fin des années 70, se voient tour à tour reprocher par leurs enfants et petits-enfants d'avoir saccagé la planète et de bénéficier d'importantes retraites aux dépens des actifs. Deux spécialistes, Chloé Morin et Daniel Perron, dénoncent dans un essai¹³ (13) cette « relégation », symptomatique selon eux « d'une société dont les critères d'insertion économique et sociale reposent d'abord sur la vitesse et l'adaptabilité permanentes ». L'un des premiers signes en est **le taux d'emploi des 55-64 ans qui dépassait à peine 59% en moyenne dans l'UE en 2019, et est particulièrement faible en France, en Belgique ou en Grèce**¹⁴.

Dans des sociétés occidentales qui valorisent la beauté et la performance, et qui préfèrent occulter la mort, la vieillesse est souvent réduite à des images négatives de dépendance, de poids, de perte. C'est oublier que **les personnes âgées contribuent fortement au lien social et à la solidarité** : plus de 20% des 65-74 ans et environ 15% des plus de 75 ans exercent des activités bénévoles¹⁵. Une priorité devrait être de renforcer les liens intergénérationnels, pour permettre à chacun de tirer profit de la présence, de l'expérience et des compétences de l'autre. Diverses initiatives ont été lancées à cette fin dans les États membres. Le programme *Avós-pedagem* de la ville de Braga (Portugal) promeut cette coexistence entre étudiants et personnes âgées afin de lutter contre la solitude et l'isolement de ces dernières. La ville de Nantes (France) gère une « maison de la longévité et de l'autonomie » qui soutient différents projets, dont des technologies d'assistance aux retraités. Le projet de coopération Erasmus+60 porte quant à lui sur la participation des séniors à des activités de mobilité et d'apprentissage intergénérationnel au-delà des frontières ; lancé en janvier 2022 pour une durée de trois ans, il réunit huit partenaires européens (sept universités et un réseau européen) et est coordonné par l'Université de Versailles Saint-Quentin-en Yvelines (UVSQ)¹⁶.

L'enjeu est de revaloriser la place des anciens dans la société, y compris en insistant sur la contribution à la croissance économique et à la création d'emplois que représente la *silver economy*. Cette « **économie des séniors** » fait référence à une évolution générale de la demande de biens ou de services qui reflète les besoins et préférences spécifiques des plus de 65 ans pour améliorer leur qualité de vie, retarder leur entrée en dépendance ou même accroître leur espérance de vie. De nombreux secteurs sont concernés : la santé (soins à domicile, médecine à distance,

11 Rapport de la Commission sur les conséquences de l'évolution démographique, *cf. supra*

12 Lire l'[interview](#) de la psychanalyste Marie de Hennezel sur le déni du vieillissement dans notre société.

13 *Être vieux : relégation ou solidarité*, Chloé Morin et Daniel Perron – Éditions de l'Aube et Fondation Jean-Jaurès, 2021

14 Taux d'emploi des personnes âgées, 55-64 ans, [Eurostat](#).

15 La deuxième édition de *Ageing Europe – looking at the lives of older people in the EU*, Édition 2020, présente un large éventail de statistiques décrivant la vie quotidienne des générations plus âgées au sein de l'UE. À compléter par les statistiques *Ageing Europe*, [Eurostat](#).

16 L'UVSQ est lauréate du programme Erasmus+.

nutrition, objets connectés), la sécurité (téléassistance, détecteurs de chutes), l'habitat (maisons intelligentes), les services à la personne, les loisirs (tourisme, sports, jeux), les communications (tablettes, internet, smartphones), les transports (aide à la mobilité, transports adaptés). Portée par le vieillissement de la population, la *silver economy* devrait selon la Commission européenne croître d'environ 5% par an, pour passer de 3,7 milliards d'euros en 2015 à 5,7 milliards d'euros en 2025¹⁷.

Une option serait par ailleurs de flexibiliser le marché du travail et de permettre à ceux qui le veulent de travailler plus longtemps. **L'entrepreneuriat des séniors**, qui permet de prolonger la vie active et de réduire le chômage des plus de 55 ans, devrait lui aussi être encouragé.

II • L'Europe du nord, référence du bien-vieillir

I POURQUOI LES PAYS DU NORD VIEILLISSENT MIEUX

Il est délicat de procéder à des comparaisons internationales en matière de prise en charge du vieillissement, laquelle diffère beaucoup d'un pays à l'autre, tant les contextes (institutionnel, démographique, géographique, culturel) diffèrent et les données statistiques restent encore très parcellaires. De nombreux spécialistes estiment malgré tout que **la référence européenne en matière de bien-vieillir se trouve aux Pays-Bas et dans les pays nordiques (Danemark, Suède, Norvège), qui ont mis en place des politiques de prévention de la perte d'autonomie efficaces**, axées sur l'offre de soins et les ressources humaines ainsi que sur le **maintien à domicile** – le domicile étant plus largement conçu comme l'environnement domestique et non obligatoirement comme le logement occupé toute sa vie¹⁸. Ce « virage domiciliaire » comme il est désormais usuel de l'appeler, permet de maintenir le plus longtemps possible les personnes âgées dans un environnement familial et de reporter l'admission en maison de soins ou à l'hôpital ; sous réserve de prendre les mesures adéquates, l'état psychologique est souvent meilleur et le déclin cognitif davantage contenu pour les personnes qui peuvent rester chez elles.

Outre qu'ils sont parmi les plus riches de l'UE, le succès de ces pays repose selon Thomas Rapp sur divers facteurs, comme la **numérisation de la santé** entamée il y a dix ans pour veiller à la qualité et aux parcours des soins, la mise en place d'un **système d'assurance publique obligatoire pour la dépendance**¹⁹, ainsi que la mise en œuvre de **réseaux de soins centrés sur les besoins et les attentes**, conformément à la notion de *value-based aging* (cf. *infra*). On interroge les séniors sur ce qu'ils aiment faire au quotidien ; par exemple, plutôt que de leur apporter des repas à domicile qui ne répondent pas toujours à leur demande, on leur envoie des ergothérapeutes spécialement formés pour réaménager leur environnement et leur apprendre à cuisiner autrement. Une bonne coordination des soins entre l'hôpital et le domicile contribue par ailleurs à limiter l'augmentation des coûts des soins de

17 Livre vert sur le vieillissement – Promouvoir la solidarité et la responsabilité entre générations, 27 janvier 2021.

18 Donner un nouvel élan à la prévention dès le milieu de la vie, rapport du Sénat, 17 mars 2021.

19 Dans un article sur la prise en charge de la dépendance dans les pays de l'OCDE, Ana Llana-Nozal et Thomas Rapp notent que l'examen des systèmes de financement publics de la dépendance révèle l'existence de trois modèles principaux : quelques pays (Pays-Bas, Allemagne, Japon, Corée du Sud) ont introduit des systèmes d'assurance dépendance en grande partie financés par des cotisations sociales obligatoires et dans une moindre mesure par l'impôt ; certains pays ont très majoritairement recours à l'impôt, notamment les pays scandinaves (Norvège, Suède, Danemark) et la Finlande – où les besoins de soins de longue durée sont entièrement financés par l'impôt ; quelques pays (comme la France ou la Belgique) ont mis en place des modèles de financement « mixtes », avec un recours important au financement par l'impôt et par l'assurance sociale.

santé tout en permettant aux personnes âgées de rester indépendantes plus longtemps. Autre point notable, la **forte délégation des services de soins à domicile à l'échelon communal, avec des municipalités fortement impliquées dans la prise en charge de leurs aînés.**

Véritable modèle en la matière, le Danemark a fait du bien-être des retraités une priorité nationale, multipliant les initiatives (incitation à pratiquer des activités de loisirs, création de centres de prévention dans les villes, visite médicale obligatoire dès 65 ans). Lorsqu'une personne âgée rencontre des difficultés physiques dans son logement, la commune doit gratuitement aménager son appartement ou sa maison ou, si c'est impossible, lui proposer un logement adapté de superficie équivalente à proximité²⁰. **Depuis 1987, le pays a décidé d'arrêter toute construction de nouvelles maisons de retraite.** Le nombre de places disponibles a même tendance à diminuer : en 1982, 16% des personnes de plus de 75 ans vivaient en établissement, contre moins de 6% aujourd'hui. Parallèlement, des logements pour les personnes âgées ont été construits, permettant d'accéder facilement à des locaux adaptés et à des services spécifiques.

I LE LENT VIRAGE DOMICILIAIRE DE LA FRANCE

Alors qu'une écrasante majorité des personnes âgées disent préférer rester chez elles le plus longtemps possible, la France a encore du mal à réussir ce virage : plus de 20% des plus de 85 ans sont en EHPAD (Établissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes), soit l'un des taux d'institutionnalisation les plus élevés en Europe. L'objectif de privilégier le maintien à domicile, répété depuis 2005 par les gouvernements successifs, n'a encore jamais reçu les moyens nécessaires²¹. De fait, la France s'est historiquement appuyée sur un vaste réseau de maisons de retraite, auquel elle consacre beaucoup d'argent. « Alors que les systèmes nordiques ou néerlandais ont des assurances dépendance universelles dans lesquelles les besoins sont mieux couverts et consacrent des sommes d'argent importantes au maintien à domicile, la France a un système qui est surtout généreux pour la prise en charge des séjours dans les EHPADs »²².

L'Hexagone souffre aussi d'une organisation et d'un financement en silo qui ne participent pas d'une bonne intégration des différents besoins (soins, actes d'hygiène, accompagnement dans les actes de la vie quotidienne, lien social etc.). La mise en œuvre des soins de longue durée s'appuie ainsi sur une dualité de compétences entre l'État et les conseils départementaux et sur la séparation des secteurs sanitaires et social. En l'absence d'assurance dépendance universelle, les besoins médicaux sont financés par l'assurance maladie (via les ARS-Agences Régionales de Santé) et les besoins médico-sociaux sont gérés par le Conseil départemental (via la CNSA-caisse nationale de solidarité pour l'autonomie). « Ce manque de coordination crée de nombreux problèmes, que l'on pourrait résoudre si l'on fusionnait toute la gestion de l'autonomie au sein d'une entité unique qui ferait du médical et du médico-social. Cela éviterait des hospitalisations inutiles ou des soins qui créent de la dépendance »²³.

²⁰ Dans son rapport « *Donner un nouvel élan à la prévention dès le milieu de la vie* » (cf. supra), le Sénat décrit les solutions domiciliaires pour personnes âgées au Danemark.

²¹ Les études internationales, principalement celles réalisées par l'OCDE, dressent le tableau d'une France dans laquelle l'accompagnement des personnes âgées dépendantes est principalement effectué au sein des structures d'hébergement collectif.

²² Entretien de l'auteur avec Thomas Rapp, cf. supra.

²³ Entretien de l'auteur avec Thomas Rapp, cf. supra.

Ces faiblesses ne doivent pas occulter la hausse notable des services de soins à domicile et les nombreuses mesures prises au bénéfice du grand âge²⁴. Un système national des données de santé permet de suivre les prescriptions de médicaments aux personnes en EHPAD ou à domicile, afin de **lutter contre les dangers de l'automédication** et des prescriptions inappropriées et de mieux surveiller la qualité des soins apportés aux personnes qui entrent en dépendance. Le pays finance en outre des projets innovants en matière de prévention de la perte d'autonomie, qui bénéficient d'une expertise hospitalo-universitaire de grande qualité. En tant que Centre Collaborateur de l'OMS pour la Fragilité, la Recherche clinique et la Formation en gériatrie, le Gérontopôle du CHU de Toulouse met ainsi en œuvre le programme ICOPE (*Integrated Care for Old People* – soins intégrés pour les personnes âgées) dans la région Occitanie-Pyrénées/Méditerranée. L'objectif est d'évaluer 200 000 séniors d'ici à 5 ans et de promouvoir le vieillissement en bonne santé en s'appuyant sur des outils numériques²⁵. Il s'agit notamment de détecter les premiers risques de fragilité grâce à un questionnaire portant sur six fonctions considérées comme essentielles au maintien de l'autonomie (nutrition, cognition, vision, audition, mobilité, bien-être psychique).

I LE SUD ET L'EST À LA TRAÎNE

Les pays du sud de l'UE n'ont pas le monopole de l'aide familiale pour les plus de 65 ans. Mais ces pays de tradition « familialiste » (en particulier l'Espagne et l'Italie) s'appuient beaucoup sur les aidants familiaux sans que les pouvoirs publics ne les soutiennent suffisamment. De plus, et c'est une vraie différence avec les pays du nord, ils privilégient encore une approche verticale (à l'instar de la France), dans laquelle les autorités nationales transfèrent des budgets aux autorités régionales en charge de l'autonomie, ce qui est souvent moins efficace qu'une gestion communale des soins à domicile, financée par des impôts locaux.

On observe cependant dans cette partie de l'UE des initiatives intéressantes. La ville de Barcelone (Espagne) commence à mettre en œuvre sa stratégie de lutte contre la solitude (2020-2030), qui comprend des services fondés sur les nouvelles technologies et la promotion de la participation, du volontariat et des espaces communautaires. Son programme *Vincles BCN* recourt à des solutions numériques pour renforcer les relations sociales des personnes âgées qui se sentent seules ; une simple application installée sur une tablette ou un smartphone sert d'outil de communication entre l'utilisateur, sa famille et son cercle d'amis ainsi qu'avec les personnes qui composent les groupes *Vincles BCN*. En Italie, où il existe encore peu de maisons de retraite, les *badanti*, très majoritairement issus de l'immigration, assistent les personnes âgées à domicile. Le grand programme européen SPRINTT, initié par l'université catholique de Rome et piloté par un professeur de gériatrie, a permis de mener un essai dans onze pays européens pour essayer de prévenir la sarcopénie (fonte musculaire) et la fragilité chez les plus de 70 ans, grâce à des exercices physiques et à un système d'alarme déclenché par des montres connectées. Les résultats publiés cette année dans le *British Medical Journal* (BNJ) montrent que la prise en charge a été très efficace.

24 On peut citer parmi ces initiatives la feuille de route « Grand âge et autonomie », la stratégie « Vieillir en bonne santé », le renforcement de l'attractivité des métiers du grand âge, la lutte contre l'isolement ou la création de la cinquième branche de la Sécurité sociale pour couvrir les risques liés à l'âge. Initialement prévue pour 2019, la future loi Autonomie pourrait aussi marquer une étape importante dans la prise en charge du grand âge.

25 Voir la [vidéo de la conférence](#) organisée le 24 juin 2022 par la Fédération hospitalière de France (FHF) « Vieillir en bonne santé dans les pays européens ».

Outre le manque de données fiables les concernant, les pays d'Europe centrale et orientale sont quant à eux confrontés à des difficultés particulières en matière de politique publique en direction du grand âge : une fuite de main d'œuvre, alors que la question des ressources humaines est en ce domaine déterminante ; un niveau de vie moins élevé, alors que c'est un facteur déterminant de la perte ou non d'autonomie ; un niveau encore très faible d'investissements dédiés à la prévention de la perte d'autonomie et au développement de programmes de recherche, faute de disposer des budgets suffisants. Dans ces pays, **les soins aux personnes âgées continuent de relever largement d'un système de soins informel**, qui tranche avec le système de soins professionnel qui prédomine au nord de l'Europe. Cette prise en charge pèse lourdement sur les familles, tandis que les ressources publiques allouées aux séniors restent limitées.

III • Des leviers d'action européens

I METTRE LA PRÉVENTION AU CŒUR DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Si le vieillissement actif et en bonne santé relève en partie de facteurs individuels, il est également fortement tributaire de l'environnement physique et social des personnes et donc des actions menées par les pouvoirs publics. En matière de démographie, comme d'ailleurs en matière de santé, les compétences sont d'abord entre les mains des États membres. Mais l'UE peut malgré tout représenter une plus-value intéressante, notamment pour recenser les problèmes, soutenir les actions menées aux niveaux national, régional et local ou intervenir, y compris financièrement, à travers différents fonds et instruments. Le Socle européen des droits sociaux énonce un certain nombre de principes qui concernent les domaines touchés par le vieillissement, comme le revenu des personnes âgées et les retraites ou les soins de santé et de longue durée²⁶. Avec son récent Livre vert sur le vieillissement, la Commission européenne a souhaité lancer un vaste débat politique afin d'examiner les options envisageables pour anticiper et relever les défis et possibilités que présente ce phénomène²⁷.

Elle y défend une approche fondée sur le cycle de vie qui met l'accent sur les conséquences du vieillissement de façon globale et s'appuie plus particulièrement sur deux grands concepts : l'apprentissage tout au long de la vie par le développement des compétences – qui permet à la fois de rester employable plus longtemps et de contribuer à prévenir le déclin cognitif – et **le vieillissement actif et en bonne santé – qui vise à promouvoir des modes de vie sains dès le plus jeune âge via l'alimentation, le sport, les activités sociales** et à mettre l'accent sur la prévention et la détection pour réduire les risques d'obésité, de diabète et d'autres pathologies. Il peut s'agir par exemple d'encourager les jeunes à marcher et à faire du vélo pour qu'ils conservent ultérieurement ces habitudes. Lors de la consultation publique organisée sur le Livre vert²⁸, de nombreux acteurs ont appuyé et défendu cette stratégie qui garantirait une mobilisation des différents acteurs et la prise en considération du vieillissement actif et en bonne santé dans l'ensemble des prio-

²⁶ Le Socle européen des droits sociaux énonce 20 principes clés. Il stipule notamment que « Les travailleurs salariés et non salariés ont droit, lorsqu'ils prennent leur retraite, à une pension proportionnelle à leurs cotisations et leur assurant un revenu adéquat (...) Toute personne d'âge avancé a droit à des ressources lui permettant de vivre dans la dignité ». Il stipule également que « Toute personne a droit à des services de soins de longue durée abordables et de qualité, en particulier des services de soins à domicile et des services de proximité ».

²⁷ Livre vert sur le vieillissement – Promouvoir la solidarité et la responsabilité entre générations *cf. supra*.

²⁸ Document de travail des services de la Commission, Livre vert sur le vieillissement, consultation publique, rapport de synthèse, 29 septembre 2021.

rités politiques. Il ne s'agirait plus seulement de défendre le « bien- vieillir » mais le « bien grandir », comme le proposait en septembre 2021 la sociologue Anne-Marie Guillemard, professeur émérite à l'Université Paris Descartes Sorbonne, lors d'une conférence organisée dans le cadre de la présidence française du Conseil de l'UE.

Les médecins ne cessent de le répéter : plus tôt on repère les signes de fragilité, plus tôt on peut prendre des mesures correctrices et retarder l'âge de l'entrée en dépendance. Pourtant, le budget moyen consacré à la prévention équivaut à seulement 3% des dépenses de santé dans l'Union européenne (2% en France). Pour changer la donne en France, l'Institut Montaigne propose d'instaurer une règle d'or visant à attribuer un euro de dépenses en faveur de la prévention de la perte d'autonomie pour 10 euros de dépenses curatives²⁹. Le programme européen *EU4Health* (UE pour la santé), doté de 5,3 milliards d'euros sur sept ans (2021-2027), permet déjà de financer des actions de prévention et de dépistage de diverses pathologies, sachant que les maladies cardio-vasculaires et le cancer représentent les principales causes de décès évitables pour les personnes de moins de 75 ans en Europe. À travers ses recommandations de politique économique et la facilité pour la reprise et la résilience (mise en place dans le cadre du grand plan de relance *NextGenerationEU*), l'UE peut également encourager les échanges de bonnes pratiques permettant de favoriser l'autonomie et le bien-être des personnes âgées. Un portail tel que le Partenariat européen d'innovation pour un vieillissement actif et en bonne santé regroupe ainsi tous les acteurs concernés (institutions, professionnels, chercheurs en vieillissement et santé) dans leurs recherches d'informations ou de modèles d'organisation³⁰.

I POUR UNE VISION HOLISTIQUE DU MAINTIEN À DOMICILE

Maintenir le plus longtemps possible à domicile les personnes âgées sur le modèle scandinave peut permettre tout à la fois de préserver la qualité de vie de ces dernières, de limiter les dépenses publiques en matière de soins de santé et de maisons de retraite et d'alimenter la *silver economy*. Mais cela suppose d'accompagner le mouvement en agissant à différents niveaux³¹. Il faut d'abord **embaucher du personnel et créer des services de proximité** (services publics itinérants pour les démarches administratives, camionnettes de boulangerie ou d'épicerie etc.) afin d'accompagner les personnes concernées **sans que tout le poids ne pèse sur les seuls aidants familiaux**. Il faut ensuite **adapter les logements** pour en faire des « maisons intelligentes » dotées de nouvelles technologies : chemins lumineux ; capteurs de chutes, dont la prévalence et les conséquences augmentent avec l'âge ; domotique (pilotage des appareils électriques – programmation, détecteurs de mouvements) ; gestion du chauffage et de la climatisation ; sécurité (alarmes, interphones, digicodes). Il faut enfin repenser, revitaliser, rénover, les zones rurales et urbaines et développer infrastructures et transports pour **faciliter la mobilité des plus âgés** et éviter qu'ils ne s'isolent. Aménager l'espace public suppose de modifier les voiries, le mobilier, les carrefours, les passages piétons.

Pour répondre aux attentes des citoyens, **le maintien à domicile doit donc faire l'objet d'une politique publique de grande envergure, au niveau national comme**

²⁹ Bien-vieillir : faire mûrir nos ambitions, rapport de l'Institut Montaigne, mai 2021.

³⁰ Commission européenne, *The European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing (EIP on AHA)*.

³¹ Président de *France Silver Eco* et président de la *Filière Silver Economie*, Luc Broussy a remis en mai 2021 un rapport interministériel sur l'adaptation des logements, des villes, des mobilités et des territoires à la transition démographique qui avance 80 propositions pour « un nouveau Pacte entre générations ».

au niveau européen, afin d'apporter des réponses aux différentes questions qui se posent. Quand et sous quelle forme apporter de l'aide, avec quelles ressources, avec quelle implication des proches ? Comment fournir des services de soins dans les zones reculées ? Comment détecter au mieux l'entrée en grande dépendance ? Il faut aussi **veiller à ce que les nouvelles technologies d'assistance ne creusent pas les inégalités** entre ceux qui en disposeraient et ceux qui en seraient privés pour diverses raisons (état de santé, manque de motivation, difficultés d'accès, contraintes financières etc.). Ces sujets sont suivis de près par l'UE ; le Parlement européen dans sa résolution sur le vieillissement de la population³² souligne ainsi que « les possibilités de préservation de l'autonomie et de l'indépendance dépendent de « conditions telles que des environnements favorables à l'âge, de l'accessibilité et du caractère abordable des services, y compris un logement de qualité et des soins de proximité ». Si elles sont bien équipées, connectées et accessibles, certaines régions peuvent en outre être attrayantes pour une population vieillissante.

Il est important d'imaginer et de **développer des hébergements alternatifs**³³, qui permettent de reconstituer un autre « domicile », sous forme par exemple de résidences services, de colocation entre personnes âgées qui ne peuvent ou ne veulent plus rester seules chez elles, de lieux de vie intergénérationnels entre jeunes et moins jeunes, de béguinages solidaires mixant petites maisons individuelles et lieux collectifs afin de concilier vie chez soi et vie en communauté ou d'habitats inspirés par les « Moai japonais », ces communautés de centaines qui partagent des activités tout en vivant chez eux et qui s'entraident y compris financièrement en cas de besoin³⁴. Quant aux maisons de retraite, elles peuvent constituer une solution attractive pour certaines personnes, sous réserve d'offrir un environnement adéquat. Certaines d'entre elles expérimentent de nouvelles activités, ludiques, artistiques ou même technologiques pour entretenir les facultés cognitives de leurs occupants et rompre leur solitude. Une maison de retraite de Lyon fait ainsi appel aux services de la start-up Lumeen pour proposer aux séniors des casques qui leur permettent de voyager virtuellement³⁵.

I MODERNISER, GARANTIR ET ADAPTER LES SOINS DE LONGUE DURÉE

Favoriser le bien-vieillir permettra de contenir pour partie l'accroissement des dépenses liées au grand âge. Mais l'accroissement en Europe du poids démographique des personnes très âgées va logiquement entraîner **une augmentation structurelle de la demande globale de services en matière de soins de longue durée (SLD)** : services et activités d'assistance en faveur de personnes qui ont besoin d'aide pour leurs soins personnels et les tâches ménagères³⁶. Près de la moitié des

³² Voir la [résolution du Parlement européen du 7 juillet 2021](#) sur le Vieillissement de la population du vieux continent – possibilités et enjeux liés à la politique du vieillissement après 2020.

³³ [Le rapport du HCFEA](#) (Haut conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge) sur les politiques de soutien à l'autonomie des personnes âgées, de mars 2019, montre que la question du lieu de vie des personnes a connu « beaucoup d'évolutions au cours des dernières années ».

³⁴ L'association française *Villages à vivre* milite pour des solutions alternatives, avec la création de sites intergénérationnels où vivraient des personnes âgées, des familles, des jeunes en voie de réinsertion et où chacun apporterait aux autres ses talents et ses savoirs. À lire : *On est vieux ... et alors ?* Paris : Éditions Anovi, décembre 2020.

³⁵ France Soir, « [La réalité virtuelle fait voyager les séniors en Ehpad](#) », 10 décembre 2021.

³⁶ Dans leur article sur la prise en charge de la dépendance dans les pays de l'OCDE (*cf. supra*) Ana Llana-Nozal et Thomas Rapp disent s'attendre à une hausse des soins de longue durée dans le futur : le nombre de personnes ayant recours à ces services va naturellement augmenter à mesure que la population vieillit ; l'élévation du niveau de vie dans la plupart des pays de l'OCDE s'accompagnera probablement d'attentes plus grandes en termes de qualité de vie et de besoins de services, notamment pour le maintien à domicile ; l'offre de soins familiaux, qui représente à l'heure actuelle une proportion très importante de l'aide fournie aux personnes âgées, pourrait décliner dans le futur dans plusieurs pays, du fait de la participation croissante des femmes au marché du travail, de la baisse de la taille des familles, de la mobilité accrue des enfants.

personnes âgées de 65 ans ou plus sont affectées par un handicap ou subissent une limitation durable de leurs activités³⁷. Et plus de 38 millions d'Européens auront, selon la Commission, besoin de SLD en 2050 (+23,5% par rapport à 2019). Mettre en place des politiques du « bien-vieillir » suppose donc également de détecter et d'accompagner l'entrée en dépendance, qui peut représenter un choc pour les personnes concernées comme pour leur entourage et la société toute entière³⁸.

Cette évolution représente donc un défi de taille pour l'ensemble des États membres³⁹. Le Socle européen des droits sociaux énonce certes le droit d'accéder en temps utile et à un prix abordable à des soins de santé préventifs et curatifs de qualité ainsi que le droit à des services de soins de longue durée abordables et de qualité, en particulier des services de soins à domicile et des services de proximité. Mais la mise en œuvre de ce droit se heurte à différents obstacles comme le prix des services, la distance à parcourir ou le délai d'attente pour voir un praticien. Des mesures doivent donc être prises pour accroître l'offre d'infrastructures de soins ambulatoires et de proximité grâce notamment aux innovations sociales et technologiques ; certaines villes, comme Bilbao (Espagne) ou Varsovie (Pologne) ont ainsi développé des systèmes de télésanté, y compris des dispositifs de surveillance ou des consultations par téléphone très prisés des personnes âgées. Il faudrait **revaloriser les métiers du grand-âge**, dont les praticiens déclarent faire face à plus de problèmes de santé et à davantage d'exposition à des risques psychosociaux que ceux d'autres secteurs comparables, comme par exemple le secteur hospitalier⁴⁰. La Commission européenne a de son côté présenté en septembre 2022 une Stratégie européenne en matière d'accueil et de soins, qui propose des mesures pour aider les États membres à élargir l'accès à des services de soins abordables et de qualité tout en améliorant les conditions de travail des aidants⁴¹.

Autre problème auquel il est urgent de s'attaquer, **la perception que les aînés ont de leur propre état de santé est encore insuffisamment prise en compte** dans les politiques d'accompagnement de la perte d'autonomie alors qu'elle joue un rôle important dans leurs décisions individuelles de recourir aux soins. Il paraît donc essentiel d'envisager une prise en charge qui s'accompagne d'une collecte systématique d'informations sur la santé perçue. Tel est l'objectif d'un nombre croissant d'initiatives qui utilisent des auto-questionnaires pour mieux identifier les risques de fragilité chez les aînés et leur proposer une prise en charge personnalisée que ne permettent pas toujours des mesures plus « objectives » comme la vitesse de marche ou la force de préhension⁴². Plus généralement, il pourrait être nécessaire de placer au cœur des politiques de dépendance la notion de *value-based aging*,

37 SES-ENS Lyon, « [Vivre longtemps et risque de perte d'autonomie : quelles politiques publiques en Europe ?](#) », 15 avril 2021.

38 *Le Figaro*, « [Comment relever le défi de la dépendance des personnes âgées](#) », 29 novembre 2021.

39 Voir *The 2018 Ageing Report* – rapport sur le vieillissement publié en mai 2018 par la Commission européenne. Au sein de l'UE, le coût total des dépenses publiques liées au vieillissement (retraites, soins de longue durée, dépenses de santé, éducation, prestations chômage) dépassait en 2016 25% du PIB ; ces coûts pourraient augmenter en moyenne de 1,7 point de pourcentage d'ici à 2070, voire de 2,2 ou même 4 points dans les scénarios les plus risqués, avec d'importantes fluctuations selon les pays.

40 L'OCDE propose plusieurs pistes pour améliorer les conditions de travail des métiers du grand âge : développer une culture du bien-être au travail avec une tolérance zéro pour les actes de violence ou de discrimination, déployer des aides techniques pour pallier les tâches les plus pénibles, proposer des contrats à durée indéterminée et à temps plein, mettre en œuvre des modèles d'organisation du travail flexibles, améliorer la coordination des tâches exercées par les différents travailleurs concernés, déployer la télémédecine pour améliorer l'intégration des soins avec l'hôpital.

41 Commission européenne, « [Stratégie européenne en matière d'accueil et de soins](#) ».

42 Les pouvoirs publics disposent d'une batterie d'outils pour évaluer la perte d'autonomie chez les séniors. En France, le GIR (Groupe iso-ressources), calculé à partir d'une grille de critères, prend en compte la capacité à effectuer un certain nombre de tâches.

introduite par les travaux de Thomas Rapp et Katherine Swartz à Harvard⁴³, qui consiste à **identifier les attentes des personnes âgées** et proposer des soins répondant à ces attentes ; cela permettrait de privilégier les soins les plus adaptés.

• Conclusion

Tous les pays européens font face à un même défi, celui du vieillissement, mais ils sont encore loin d'apporter les mêmes réponses. Un objectif est malgré tout en train de s'imposer à travers l'UE, celui du « bien-vieillir ». Un thème sur lequel les pays du Nord sont précurseurs et autour duquel trois grandes tendances commencent à se dessiner : la désinstitutionnalisation des soins du grand âge, l'équilibrage des dépenses entre le social (prévention) et le sanitaire (curatif), la professionnalisation des soins. Loin de l'image négative qui est trop souvent véhiculée dans nos sociétés, l'enjeu est aussi de changer le regard de la société sur les aînés et d'en présenter une vision positive, susceptible de créer un nouveau pacte social. Un pacte qui permettrait de réconcilier les générations et serait garant d'un « bien-vivre ensemble ».

⁴³ Rapp, T., Swartz, K. (2021). *Implementing value-based aging in our long-term care systems*. Value and Outcomes Spotlight. July/August 2021.

Directeur de la publication : Sébastien Maillard •
La reproduction en totalité ou par extraits de cette contribution est autorisée à la double condition de ne pas en dénaturer le sens et d'en mentionner la source • Les opinions exprimées n'engagent que la responsabilité de leur(s) auteur(s) •
L'Institut Jacques Delors ne saurait être rendu responsable de l'utilisation par un tiers de cette contribution • Version originale • Edition : Anne-Julia Manaranche • © Institut Jacques Delors

Institut Jacques Delors

Penser l'Europe • Thinking Europe • Europa Denken
18 rue de Londres 75009 Paris, France • www.delorsinstitute.eu
T +33 (0)1 44 58 97 97 • info@delorsinstitute.eu



Ce projet reçoit des financements du programme Citizens, Equality, Rights and Values Programme (CERV) de la Commission européenne sous le numéro Project 101051576 – IJD 2022.