

N° 1986

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

QUINZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 4 juin 2019

RAPPORT D'INFORMATION

FAIT

AU NOM DE LA DÉLÉGATION AUX DROITS DES FEMMES
ET À L'ÉGALITÉ DES CHANCES ENTRE LES HOMMES ET LES FEMMES ⁽¹⁾,

sur la séniorité des femmes,

PAR

MME MARIE-NOËLLE BATTISTEL ET MME SOPHIE PANONACLE,

Députées.

(1) La composition de la Délégation figure au verso de la présente page.

La Délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes est composée de : Mme Marie-Pierre Rixain, *présidente* ; Mme Marie-Noëlle Battistel, Mme Valérie Boyer, M. Pierre Cabaré, Mme Fiona Lazaar, *vice-présidents* ; Mme Isabelle Florennes, Mme Sophie Panonacle, *secrétaires* ; Mme Emmanuelle Anthoine ; Mme Sophie Auconie ; M. Erwan Balanant ; Mme Valérie Beauvais ; Mme Huguette Bello ; Mme Céline Calvez ; M. Luc Carvounas ; Mme Annie Chapelier ; M. Guillaume Chiche ; Mme Bérangère Couillard ; Mme Virginie Duby-Muller ; M. Philippe Dunoyer ; Mme Laurence Gayte ; Mme Annie Genevard ; M. Guillaume Gouffier-Cha ; Mme Nadia Hai ; Mme Sonia Krimi ; M. Mustapha Laabid ; M. Gaël Le Bohec ; Mme Nicole Le Peih ; M. Thomas Mesnier ; Mme Cécile Muschotti ; M. Mickaël Nogal ; Mme Josy Poueyto ; Mme Isabelle Rauch ; Mme Laëtitia Romeiro Dias ; Mme Bénédicte Taurine ; Mme Laurence Trastour-Isnart ; M. Stéphane Viry.

SOMMAIRE

	Pages
SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS	5
INTRODUCTION	9
I. DE LA FIN DE CARRIÈRE À LA RETRAITE : DES INÉGALITÉS ÉCONOMIQUES MARQUÉES ENTRE LES FEMMES ET LES HOMMES	12
A. UN NIVEAU ÉLEVÉ DE CHÔMAGE RENDANT LES FINS DE CARRIÈRE PROBLÉMATIQUES	13
1. Le cumul de facteurs discriminants pour les seniors sur le marché de l'emploi....	13
a. Un marché du travail peu favorable aux seniors	13
b. Les femmes séniore encore plus exposées.....	19
2. Lutter contre les freins à l'emploi	22
B. DES PENSIONS DE RETRAITE LARGEMENT INFÉRIEURES À CELLES DES HOMMES	27
1. La retraite, reflet des inégalités professionnelles et des interruptions de carrière .	28
2. Des dispositifs correctifs amenés à évoluer dans le cadre de la future réforme des retraites.....	32
a. Les droits familiaux	33
b. Les droits conjugaux.....	35
c. Les dispositifs de minima de pension et le minimum vieillesse.....	37
d. Principaux enjeux et défis de la réforme des retraites	40
II. VIVRE MIEUX ET PLUS LONGTEMPS : LE DÉFI DU VIEILLISSEMENT	42
A. MIEUX PRÉSERVER LA SANTÉ PHYSIQUE ET PSYCHIQUE DES PERSONNES ÂGÉES	42
1. La santé des femmes séniore en France.....	43
2. Vieillir en bonne santé : l'importance de la prévention	46

B. LA DÉPENDANCE, UN CINQUIÈME RISQUE À MIEUX PRENDRE EN COMPTE	53
1. Les femmes âgées, premières concernées par le risque de dépendance et par ses conséquences	53
2. Mieux accompagner la perte d'autonomie pour garantir une fin de vie dans la dignité.....	57
III. AMÉLIORER LE QUOTIDIEN DE NOS AÎNÉES EN LES INTÉGRANT D'AVANTAGE DANS LA SOCIÉTÉ	66
A. LUTTER CONTRE LE CUMUL DES VULNÉRABILITÉS ET LES INÉGALITÉS DE SITUATION.....	66
1. Le cumul des vulnérabilités économiques, sociales et sanitaires.....	66
2. Garantir un égal accès aux soins et aux droits sur tout le territoire	68
B. CHANGER NOTRE REGARD SUR LE VIEILLISSEMENT	70
1. Violences, maltraitements et négligences : le reflet d'une société n'acceptant que difficilement l'avancée en âge.....	71
2. En finir avec les stéréotypes sur le vieillissement.....	75
3. Mieux traiter nos aînés : une condition nécessaire à l'avenir de la société.....	77
TRAVAUX DE LA DÉLÉGATION.....	83
ANNEXE 1 : LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES PAR LA DÉLÉGATION ET PAR LES RAPORTEURES.....	85
I. PERSONNES ENTENDUES PAR LA DÉLÉGATION	85
II. PERSONNES ENTENDUES PAR LES RAPORTEURES	86
ANNEXE 2 : DÉPLACEMENTS EFFECTUÉS PAR LES RAPORTEURES ..	91
ANNEXE 3 : DARES, ACTIVITÉ DES SENIORS ET POLITIQUES D'EMPLOI, TABLEAU DE BORD MARS 2019	94

SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS

AXE 1 : EMPLOI

Recommandation n° 1 : élaborer des statistiques genrées sur le chômage des seniors, afin que les pouvoirs publics concernés, y compris Pôle emploi, puissent identifier de manière précise les problématiques spécifiques aux femmes sénières et lutter ainsi plus efficacement contre le chômage qui les affecte.

Recommandation n° 2 : agir, tant au niveau local que national, auprès des employeurs, aussi bien privés que publics, afin de les interpeller et de les sensibiliser sur la question de l'emploi des seniors et notamment des femmes sénières.

À travers des campagnes d'information et des formations adaptées aux différents secteurs d'activité, ces actions de sensibilisation ont pour objectif de déconstruire les stéréotypes visant les femmes sénières, en mettant en avant les atouts professionnels et humains qu'elles apportent à l'entreprise. Afin que les sénières conservent leur place sur le marché du travail, ces actions viseraient à empêcher les discriminations en raison de l'âge et insisteraient auprès des employeurs notamment sur deux aspects :

– ne pas négliger les candidatures des femmes sénières lors des processus de recrutement, car leurs profils professionnels sont tout aussi pertinents pour certains postes que ceux d'autres candidats plus jeunes ;

– ne pas être systématiquement tentés de se défaire des salariées sénières qui ont encore toute leur place dans l'entreprise et dans le monde professionnel.

Recommandation n° 3 : favoriser et encourager l'accès à la formation des femmes sénières, afin d'améliorer l'adéquation entre leurs compétences et les offres proposées sur le marché de l'emploi. À cet effet, il est nécessaire de renforcer les droits des seniors à la formation en s'inspirant des précédentes dispositions relatives à l'abondement sénior du compte personnel de formation (CPF), lesquelles nécessitent aujourd'hui une adaptation pour être à nouveau effectives.

Recommandation n° 4 : créer un label spécifique pour valoriser les entreprises qui fournissent à leurs employés un cadre de travail favorisant la conciliation entre vie professionnelle et vie familiale, notamment en leur proposant un système de garde d'enfants adapté.

Recommandation n° 5 : s'assurer de la suppression des inégalités salariales entre les femmes et les hommes, condition nécessaire pour réduire les inégalités de retraites, par une vigilance accrue quant à l'effectivité de l'arsenal juridique contraignant mis en place, prévoyant notamment des sanctions à l'égard des employeurs privés et publics.

Recommandation n° 6 : agir dès le plus jeune âge pour en finir avec les orientations scolaires et professionnelles sexuées en :

- formant mieux et davantage les professionnels de l'éducation aux enjeux de l'égalité entre les femmes et les hommes ;
- accompagnant mieux les filles et les garçons dans leurs choix d'orientation en impliquant leurs parents, de façon à ce que l'ensemble de leur entourage prenne conscience de l'intérêt des cursus scientifiques ;
- travaillant sur les représentations dans les manuels scolaires et les programmes pour en finir avec les stéréotypes de genres.

AXE 2 : RETRAITES

Recommandation n° 7 : faire de l'égalité entre les femmes et les hommes un objectif prioritaire de la prochaine réforme des retraites, en y intégrant des dispositifs de correction des inégalités entre les hommes et les femmes.

Recommandation n° 8 : dans le cas d'une évolution du régime, prévoir de manière spécifique la prise en compte des trimestres sans activité professionnelle dus aux périodes de maternité et d'interruption de carrière pour l'éducation d'un enfant.

Recommandation n° 9 : prévoir que toute évolution du régime doit être précédée d'une évaluation de son impact sur les retraites des femmes en général et sur les personnes bénéficiant d'une pension de réversion en particulier.

AXE 3 : SANTÉ ET PRÉVENTION DE LA PERTE D'AUTONOMIE

Recommandation n° 10 : améliorer, développer et accentuer les différentes pratiques de prévention de la perte d'autonomie en :

- renforçant le pilotage et l'évaluation de la politique de prévention de la perte d'autonomie ;
- mettant en œuvre une logique de prévention tout au long de la vie adaptée aux différents âges de la vie afin de favoriser des comportements bénéfiques pour la santé de chacun ;
- s'assurant de mieux prendre en compte les spécificités des modes de vie des femmes âgées afin d'adapter au mieux les pratiques de prévention à chacune d'entre elles ;
- communiquant davantage sur la très grande importance de la prévention pour mieux vivre le vieillissement et ralentir la perte d'autonomie ;
- garantissant une égalité d'accès aux pratiques de prévention sur l'ensemble des territoires ;

- valorisant les bonnes pratiques (ateliers mémoire, exercice physique, etc.) qui doivent être connues de tous les acteurs impliqués auprès des personnes âgées ;

- étendant à l'ensemble des centres communaux d'action sociale (CCAS) du territoire national une compétence en matière de prévention à la malnutrition.

Recommandation n° 11 : diligenter une étude statistique nationale pour mieux appréhender la réalité et les besoins des proches aidants.

Recommandation n° 12 : poursuivre les avancées pour une meilleure prise en compte de la situation des proches aidants, qui sont majoritairement des femmes, et les accompagner face aux difficultés de cette responsabilité, par exemple en envisageant la création d'un statut des proches aidants ou encore la possibilité pour les proches aidants en difficulté de suivre une formation leur permettant d'assurer une meilleure prise en charge de la personne dépendante.

Recommandation n° 13 : repenser le modèle de l'EHPAD en :

- ouvrant ses missions sur l'extérieur pour en faire une plateforme de services accessible à toutes les personnes âgées ;

- favorisant la logique de la bientraitance pour garantir de meilleures conditions de vie aux résidents, par exemple en privilégiant une alimentation à la fois saine et gourmande ou encore en développant les activités physiques et culturelles ;

- améliorant les conditions de travail des employés qui sont parfois confrontés à des situations humainement difficiles et manquent souvent de temps pour réaliser leurs tâches ;

- en diminuant le reste à charge des familles dans le coût financier de l'EHPAD.

Recommandation n° 14 : favoriser le développement d'un système de soins, de services et d'accompagnement mieux coordonné et mieux adapté au maintien à domicile des personnes âgées en simplifiant les démarches.

Recommandation n° 15 : rénover les prestations de soins et de services à la personne âgée à domicile, ainsi que leur tarification et leur financement, notamment en réévaluant les dispositifs de crédit d'impôts et d'exonération de cotisations sociales.

Recommandation n° 16 : prévoir un plan national sur les métiers du grand âge permettant de revaloriser financièrement et socialement les filières professionnelles de soins et de services à la personne âgée qui sont empruntées en très grande majorité par des femmes.

Recommandation n° 17 : développer une réponse graduée à la prise en charge du parcours dans l'avancée en âge avec des offres diversifiées et adaptées aux différents besoins des personnes âgées.

AXE 4 : LA PLACE DES SÉNIORES DANS LA CITÉ

Recommandation n° 18 : intégrer les femmes âgées de plus de 69 ans dans les études et enquêtes sur les violences faites aux femmes, afin de pouvoir étudier et mesurer les violences, maltraitements et négligences faites aux sénières quel que soit leur âge.

Recommandation n° 19 : développer les travaux de recherche sur le vieillissement et les informations genrées sur les personnes âgées pour mieux connaître la situation de nos aînées et s'assurer de l'efficacité des politiques publiques dans ce domaine.

Recommandation n° 20 : créer un observatoire national de la maltraitance des séniors pour combattre les évolutions négatives quant à leur situation, notamment concernant les femmes sénières.

Recommandation n° 21 : changer de regard sur le vieillissement en déconstruisant les stéréotypes sur les personnes âgées, en développant les initiatives transgénérationnelles et en valorisant leur rôle et leur place dans notre société, en particulier en incluant davantage les femmes âgées dans la vie de la cité et dans les politiques publiques touchant au cadre de vie (par exemple au moyen de budgets participatifs).

Recommandation n° 22 : permettre à toutes les personnes âgées de bénéficier d'actions de prévention et de vieillir dans de bonnes conditions en améliorant la détection et la prise en charge des situations d'isolement et d'exclusion sociale qui touchent particulièrement les femmes sénières.

Cela doit passer à la fois par la mise en œuvre de visites à domicile et en établissement pour s'assurer de la situation des personnes âgées, ainsi que par le développement de solutions innovantes de mobilité à destination des personnes âgées.

Recommandation n° 23 : donner toute leur place à nos aînés, et notamment à nos aînées qui sont souvent davantage invisibilisées en mettant en œuvre une politique publique transversale en faveur des personnes âgées.

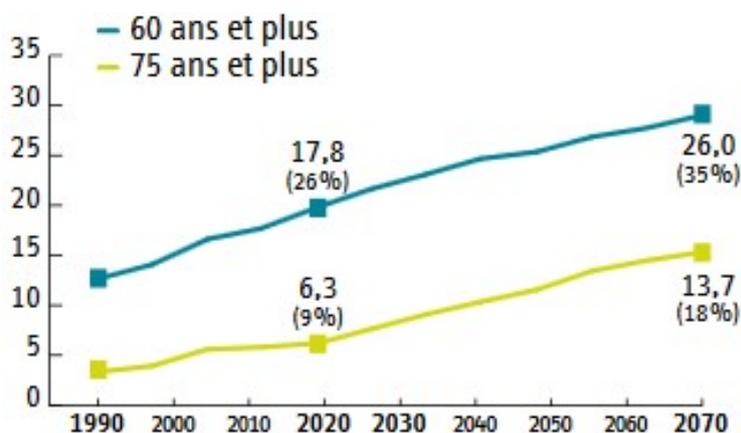
Recommandation n° 24 : reconnaître le rôle des aînées dans notre société, notamment à travers leur participation à de nombreuses actions de bénévolat, et développer de manière homogène sur le territoire des initiatives telles que les « tiers-lieux » de rencontres intergénérationnelles.

INTRODUCTION

Comme l'a rappelé la ministre des Solidarités et de la Santé, « *la société française de 2050, dans laquelle près de 5 millions de Français auront plus de 85 ans et dans laquelle le nombre d'aînés en perte d'autonomie aura presque doublé, cette société se construit aujourd'hui. C'est donc aujourd'hui qu'il nous faut agir, et sur tous les fronts, pour intégrer enfin le risque de la perte d'autonomie des personnes âgées dans la structure même de nos politiques sociales* »⁽¹⁾. La France est en effet confrontée à l'imminence d'un important défi démographique qui implique d'adapter notre société au vieillissement de sa population, ainsi que le montre le graphique ci-après.

VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION FRANÇAISE

population en millions



Source : Projection de population à l'horizon 2070, INSEE, 2016.

Face à cette problématique, les femmes et les hommes ne sont pas égaux du fait de leur différence d'espérance de vie. Si les hommes sont légèrement majoritaires dans la population française à la naissance, ils sont minoritaires parmi la population âgée : en France en 2018, 13,1 millions de personnes ont plus de 65 ans, soit 20 % de la population, et parmi eux, 58 % sont des femmes. Du fait de leur plus grande longévité, la part des femmes dans la population croît avec l'âge et elles représentent ainsi près des deux tiers des personnes âgées de plus de 85 ans et plus des trois quarts de celles âgées de plus de 95 ans⁽²⁾. Comme cela avait déjà été souligné en 2013 par le rapport de la mission interministérielle sur l'adaptation de la société au vieillissement, « *le vieillissement est d'abord et avant tout une question de femmes* »⁽³⁾.

(1) Discours d'Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la Santé, à l'occasion de la remise du rapport Libault sur la concertation « Grand âge et autonomie », 28 mars 2019.

(2) INSEE, France, portrait social, édition 2018.

(3) Rapport de la mission interministérielle sur l'adaptation de la société au vieillissement présidée par M. Luc Broussy, remis au Premier ministre en mars 2013.

Face à cette réalité, la Délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes a souhaité approfondir le sujet du vieillissement et ses conséquences sur les femmes dites « séniore ».

Vos Rapporteuses ont souhaité élargir le champ de leurs travaux au-delà de la seule question de la perte d'autonomie et ont ainsi conduit une réflexion large interrogeant la place des femmes séniore dans notre société. Si l'effort d'adaptation de notre société au vieillissement doit bien sûr viser à l'amélioration de la prise en charge du risque de dépendance, vos Rapporteuses considèrent qu'il ne doit néanmoins pas laisser de côté des enjeux plus larges permettant d'appréhender l'avancée en âge dans toutes ses composantes. Afin de créer les conditions du « bien vieillir », notre réflexion sur ce sujet doit ainsi prendre en compte tous les aspects de la vie de nos aînés, aussi bien en termes de services que de loisirs ou encore de mobilité.

Leur démarche analytique appelle trois remarques préalables :

– leurs travaux embrassent un nombre important de sujets complexes et divers touchant à l'ensemble des aspects du quotidien de nos aînés ; cette réflexion volontairement large a pour objectif de dépeindre au mieux les différentes composantes de la réalité de la séniorité en France aujourd'hui ;

– si leur réflexion porte avant tout sur les femmes séniore, leurs constats, leurs analyses et leurs recommandations concernent aussi en grande partie les hommes séniore et elles tiennent à rappeler que toute recherche d'égalité entre femmes et hommes améliore la situation générale de chacune et de chacun, et donc, dans ce cas, de l'ensemble des seniors ;

– vos Rapporteuses ont choisi d'utiliser le terme de « femmes séniore » qui permet de désigner à la fois les femmes de 45 à 65 ans, notamment pour aborder la question du marché du travail et du départ à la retraite, ainsi que toutes les femmes de plus de 65 ans, pour aborder toutes les questions de l'avancée en âge, et pas seulement les problématiques dites du « grand âge ».

L'espérance de vie des femmes étant plus élevée que celle des hommes, la période vécue en tant que sénior représente le tiers de la vie d'une femme. Or, cette partie de leur vie est peu mise en avant, aussi bien par les médias que dans les politiques publiques ou dans le débat féministe actuel.

Si l'âge à partir duquel une femme est considérée comme sénior apparaît difficile à déterminer de manière précise, celui-ci étant appréhendé de manière différente selon les thématiques, la ménopause peut être considérée comme un marqueur significatif du passage à l'état de « femme sénior ». On constate malheureusement que cet événement intime se traduit trop souvent par un effacement progressif des femmes dans la société, celles-ci apparaissant frappées d'une sorte d'invisibilité. Ce phénomène n'a pourtant rien d'inéluctable et mérite qu'on en identifie les causes pour lutter contre ses conséquences négatives. Pour

les femmes concernées, c'est un enjeu majeur, en lien direct avec le « bien vieillir » auquel les pouvoirs publics semblent de plus en plus sensibles.

Ce rapport est né du constat que les femmes sénières sont les grandes oubliées de la société française, peu d'études leur étant d'ailleurs consacrées. Si certains aspects les concernant sont régulièrement évoqués, notamment lorsque l'on aborde la question des séniors dans leur ensemble – hommes et femmes confondus – la spécificité des problématiques relatives aux femmes sénières est rarement prise en compte. **Vos Rapporteuses ont donc estimé indispensable de faire un état des lieux complet de la situation des femmes sénières dans la société française et de proposer des mesures concrètes permettant d'améliorer leur vie au quotidien dans toutes ses composantes, mettant notamment l'accent sur les aspects économiques, les questions de santé et la qualité de la prise en charge de la dépendance, ainsi que sur le regard que nous portons sur nos aînées.**

En termes de méthode, elles ont procédé à une vingtaine d'auditions afin de récolter des éléments statistiques et qualitatifs. Elles se sont également rendues sur le terrain pour observer le fonctionnement de certaines structures d'accueil et d'accompagnement des personnes âgées sur différents types de territoire. La Délégation a, quant à elle, entendu 16 personnes au cours de quatre réunions ⁽¹⁾.

Vos Rapporteuses tiennent ici à remercier les personnes auditionnées pour leur disponibilité et la qualité de leurs contributions. Ces auditions et ces déplacements leur ont permis de balayer un spectre très large de problématiques leur permettant d'analyser, au plus près de la réalité, quelles sont les enjeux spécifiques aux femmes âgées.

Au terme de leur réflexion, vos Rapporteuses soulignent le phénomène d'*invisibilisation* des femmes sénières. **Il ressort en effet que les difficultés touchant spécifiquement les femmes sénières, que ce soit sur le marché du travail ou en termes de précarité par exemple, sont souvent mal connues et finalement pas identifiées comme une problématique spécifique.** Il s'agit par ailleurs d'une problématique globale, car le déroulement de la vie influence l'avancée en âge ; vos Rapporteuses estiment ainsi que l'amélioration de la condition des femmes tout au long de leur vie leur permet de mieux vivre lorsqu'elles deviennent sénières.

Vos Rapporteuses considèrent qu'il est aujourd'hui primordial de mieux appréhender les questions touchant spécifiquement les femmes sénières, afin d'intégrer ces enjeux dans l'adaptation de la société de demain aux enjeux du vieillissement qui concernent au premier plan les femmes. Elles formulent pour cela 24 recommandations qui s'articulent autour des enjeux d'emploi, de retraite, de santé et d'intégration dans la vie de la cité.

(1) Voir l'annexe n° 1 du présent rapport et voir les vidéos des réunions.

I. DE LA FIN DE CARRIÈRE À LA RETRAITE : DES INÉGALITÉS ÉCONOMIQUES MARQUÉES ENTRE LES FEMMES ET LES HOMMES

Les inégalités économiques constatées entre les femmes et les hommes sont particulièrement flagrantes en matière de pouvoir d'achat et de niveau de vie. Elles résultent essentiellement des inégalités salariales entre les hommes et les femmes, ces dernières ayant un salaire en moyenne inférieur de 19 % à celui des hommes. Les inégalités salariales sont plus fortes chez les cadres (les femmes gagnent 26,3 % de moins que les hommes), tandis que l'écart le plus faible se trouve dans la catégorie des employés ⁽¹⁾.

Les inégalités salariales proviennent en partie des différences de temps de travail : les femmes sont quatre fois plus en situation de temps partiel que les hommes et, de plus, ces derniers effectuent davantage d'heures supplémentaires. Ces différences creusent ainsi l'écart de salaires entre hommes et femmes. La répartition sexuée des métiers est aussi un facteur d'explication de cet écart : les femmes occupent des postes souvent moins qualifiés et donc moins rémunérés.

Si le niveau moyen de salaire des femmes progresse avec l'âge, cela se fait néanmoins dans une moindre mesure par rapport à celui des hommes. En début de carrière les salaires sont plus bas et moins dispersés ; les disparités salariales sont ainsi moindres chez les jeunes. L'écart se creuse essentiellement pour les 35-44 ans. C'est en effet à ces âges que certaines femmes reprennent une activité après avoir élevé les enfants du foyer, alors que les hommes ont poursuivi leur parcours professionnel. En fin de carrière, pour les 55 ans et plus, l'écart salarial atteint 29 % ⁽²⁾. Les femmes séniors sont les plus concernées par ces inégalités salariales, subissant très directement les effets cumulés de parcours professionnels fragmentés et de carrières ralenties par rapport à celle des hommes.

Vos Rapporteuses ont donc souhaité s'intéresser plus particulièrement à la situation sur le marché du travail des femmes en fin de carrière, constatant qu'elles cumulent les difficultés et qu'elles doivent être accompagnées par des mesures spécifiques. La question des fins de carrière des femmes constitue un enjeu majeur pour leurs conditions de vie avec des répercussions multiples. En effet, faute de pouvoir terminer leur carrière en se maintenant au travail jusqu'à ce qu'elles puissent prétendre à une retraite décente, les femmes risquent de basculer dans la précarité, et ce, jusqu'à la fin de leur vie. Cette situation est incompatible avec l'objectif du « bien vieillir » reconnu comme un enjeu sociétal majeur, en faveur duquel les pouvoirs publics se mobilisent activement.

(1) Observatoire des inégalités : <https://www.inegalites.fr/Les-inegalites-de-salaires-entre-les-femmes-et-les-hommes-etat-des-lieux> [URL consultée le 7 mai 2019].

(2) Insee, « Inégalités salariales entre hommes et femmes : les métiers exercés et le temps de travail expliquent plus de la moitié des écarts », in Insee Analyses n°8, septembre 2016.

Faute de disposer d'un niveau suffisant de retraite, certaines femmes sont maintenues dans des situations économiquement difficiles, allant parfois jusqu'à une insupportable situation de précarité et de vulnérabilité.

A. UN NIVEAU ÉLEVÉ DE CHÔMAGE RENDANT LES FINS DE CARRIÈRE PROBLÉMATIQUES

Il devient de plus en plus indispensable pour les seniors de parvenir à conserver leur emploi ou d'en retrouver un dans les meilleurs délais après un licenciement. La réforme de la convention d'assurance chômage est actuellement en cours et le niveau des indemnités ainsi que la durée d'indemnisation sont susceptibles d'évoluer. Dans le même temps, les conditions d'ouverture des droits pour les pensions de retraites deviennent plus strictes, tant en ce qui concerne l'âge légal d'ouverture des droits que le nombre d'annuités de cotisation requis pour bénéficier d'une pension à taux plein. Ces facteurs combinés rendent de plus en plus difficile **la jonction entre le dernier emploi et l'ouverture des droits à la retraite**. Aux difficultés financières s'ajoute le sentiment d'être piégé dans une zone grise, entre emploi et retraite. Au sein de cette population fragilisée, les femmes sont majoritaires et – de surcroît – dans des situations de vulnérabilité exacerbée.

1. Le cumul de facteurs discriminants pour les seniors sur le marché de l'emploi

a. *Un marché du travail peu favorable aux seniors*

i. Une aggravation du chômage des seniors

Le plein emploi qui permet une transition harmonieuse entre période d'activité et retraite est un objectif devenu largement inaccessible en raison de la crise économique persistante. En l'espace d'une dizaine d'années, à la suite de la crise de 2008, le nombre de demandeurs d'emploi inscrit à Pôle Emploi a progressé de manière notable. Ainsi, le nombre de demandeurs d'emploi est passé de 3 839 000 en janvier 2009 à 6 316 990 en janvier 2019, soit une augmentation de 65 % en dix ans. Parmi les 6 316 990 demandeurs d'emploi actuels, les hommes sont 3 060 270 et les femmes 3 256 720, les femmes représentant 51,56 % de l'ensemble des demandeurs d'emploi ⁽¹⁾.

Comme le montre le tableau ci-après ⁽²⁾, l'aggravation du chômage a touché les seniors plus sévèrement que la moyenne des demandeurs d'emploi. En effet, la proportion de plus de 50 ans parmi les demandeurs d'emploi est passée de 15 % en 2008 à 25 % en 2018, tandis que celle des plus de 55 ans est passée de 6 % à 15 %.

(1) <https://statistiques.pole-emploi.org/stmt/defm?fh=1&la=0&ss=1> [URL consultée le 25 avril 2019].

(2) Insee, Femmes et hommes, l'égalité en question, édition 2017.

PRINCIPAUX INDICATEURS SUR L'ACTIVITÉ DES SENIORS EN 2018

	50-54 ans	55-59 ans	60-64 ans	65-69 ans	55-64 ans
Population totale (en milliers) (1)	4 453	4 275	4 032	3 886	8 307
Taux d'activité (1)	86,0	77,2	33,5	6,7	56,0
Taux d'emploi (1)	80,6	72,1	31,0	6,5	52,1
Proportion de retraités ou préretraités cumulant un emploi	-	23,5	7,0	4,7	8,7
Part de chômage (1)	5,4	5,1	2,5	0,2	3,8
Taux de chômage (1)	6,3	6,6	7,5	2,7	6,9
Part du halo autour du chômage (1)	3,4	3,1	2,1	1,3	2,6
Taux d'inactivité	14,0	22,8	66,5	93,3	44,0
dont préretraites totales (2)	0,0	0,3	0,1	0,0	0,2
dont dispenses de recherche d'emploi indemnisées (2)	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1
dont retraites anticipées (2)	-	0,3	8,1	-	4,1
dont autres inactifs	13,9	22,3	58,2	93,3	39,7

(1) Les données sont en moyenne annuelle. La source utilisée est l'enquête Emploi de l'Insee. L'âge retenu est l'âge atteint au moment de l'enquête (plus précisément l'âge au dernier jour de la semaine de référence).

(2) Pour plus de précisions sur les cessations anticipées d'activité, voir : <https://dares.travail-emploi.gouv.fr/dares-etudes-et-statistiques/etudes-et-syntheses/dares-analyses-daes-indicateurs-daes-resultats/article/les-cessations-anticipees-d-activite-en-2016>.

Champ : population des ménages, France hors Mayotte

Source : Dares, « Activité des seniors et politiques d'emploi », in Tableau de bord, mars 2019 ⁽¹⁾.

La crise économique de 2008 a eu des effets dévastateurs pour les personnes en dernière partie de carrière. Selon le service de statistiques du ministère du Travail (Dares), le nombre de chômeurs a explosé sur la décennie 2008-2018, progressant de 179 % pour les plus de 55 ans quand la hausse n'est que de 21 % pour les 15-54 ans. Cet écart est principalement dû aux évolutions très différentes de la démographie et des comportements d'activité de ces deux tranches d'âge. Le nombre de seniors s'est accru sensiblement sur la période (+9 % chez les 55-64 ans), alors que la population des 15-54 ans a légèrement diminué (-2 %). Dans le même temps, la participation au marché du travail des 55-64 ans a fortement progressé (+18,8 points pour le taux d'activité des 55-64 ans), alors qu'elle a été quasi stable pour les plus jeunes (+0,1 point pour le taux d'activité des 15-54 ans) ⁽²⁾. Autrement dit, il y a plus de seniors et ils sont plus présents sur le marché du travail, accentuant une concurrence déjà forte en période de crise.

Retrouver un emploi est souvent encore plus difficile pour les seniors, ce qui explique que le chômage de longue durée les affecte davantage que le reste de la population. Ainsi, en 2018, 60,2 % des chômeurs de plus de 55 ans étaient au chômage depuis plus d'un an en 2018 contre 41,8 % pour l'ensemble des chômeurs de 15 à 64 ans. Cette situation s'explique en partie par la poursuite de la hausse du chômage des seniors. Le taux de chômage pour les plus de 55 ans a atteint 6,5 % en 2018, en progrès de 0,5 point alors qu'il a légèrement fléchi pour les autres actifs (-0,2 point).

(1) Voir l'intégralité de ce document en annexe du présent rapport.

(2) Dares, « Emploi et chômage des seniors en 2018 », in Dares Résultats n° 13, mars 2019.

Une initiative à développer : l'immersion professionnelle en entreprise

L'accueil en entreprise pour réaliser une immersion professionnelle est possible dans le cadre du dispositif prévu par la loi du 5 mars 2014 relative à la formation professionnelle, à l'emploi et à la démocratie sociale.

Expérience professionnelle en vue de découvrir un métier ou un secteur d'activité, elle permet de confirmer un projet professionnel grâce à des situations réelles de travail ou d'initier un parcours d'embauche pour accéder à un emploi ou entamer une reconversion.

Sont concernées les personnes qui bénéficient d'un accompagnement social ou professionnel personnalisé qu'elles soient demandeurs d'emploi (inscrits ou non à Pôle emploi), adhérents à un contrat de sécurisation professionnelle (CSP), allocataires du RSA ou salariés en contrat aidé (contrat unique d'insertion).

L'immersion professionnelle se déroule dans une structure d'accueil (entreprise, association, ...) où le bénéficiaire est accompagné par un tuteur chargé de l'aider, de l'informer, de le guider et de l'évaluer. La période d'immersion est d'une durée d'un mois maximum, renouvelable sous conditions.

Un tel dispositif constitue une opportunité pour les entreprises de lever leurs préventions à l'égard de l'emploi des seniors et pour ces derniers de reprendre confiance en eux et de conforter leur projet professionnel.

En dépit d'une hausse du chômage, le taux d'activité s'améliore toutefois pour les plus âgés, atteignant 56 % des personnes âgées de 55 à 64 ans en France hors Mayotte. Ce bon taux moyen masque cependant de fortes disparités. Comme le relève la Dares, « *cette moyenne résulte d'un taux d'activité élevé à 55 ans qui décroît rapidement à partir de 59 ans. Alors que 77,2 % des 55-59 ans sont actifs, ils ne sont plus que 33,5 % parmi les 60-64 ans* » ⁽¹⁾. Le taux d'activité a ainsi augmenté de 20,6 points entre 2003 et 2018. Cette évolution s'explique en grande partie par la multiplication des réformes visant à repousser l'âge de départ à la retraite sur les vingt-cinq dernières années.

ii. L'impact des récentes évolutions législatives

Différentes évolutions législatives ont accentué cette présence plus longue des seniors sur le marché du travail et expliquent les forts taux de chômage pour ces populations. Par exemple, la dispense de recherche d'emploi a été supprimée à compter du 1^{er} janvier 2012. Elle permettait aux chômeurs seniors de ne plus avoir à chercher un travail après 55 ans sans craindre la radiation et la perte de leurs droits. Soumis à cette obligation, ils sont donc venus mécaniquement grossir le nombre des demandeurs d'emploi.

Avec le passage de l'âge légal de départ à la retraite de 60 à 62 ans, les personnes qui auraient pu prétendre à une retraite dès 60 ans, avant l'entrée en vigueur de la réforme, sont venues rejoindre les rangs des demandeurs d'emploi, en attendant de pouvoir faire valoir leurs droits à la retraite.

(1) Dares, « Emploi et chômage des seniors en 2018 », in Dares Résultats n° 13, mars 2019.

Outre ces réformes, plusieurs dispositifs relatifs aux cessations anticipées d'activité ont également été supprimés ou limités. Ainsi, la proportion de personnes bénéficiant de départs anticipés a quasiment été divisée par trois entre 2006 (9,4 %) et 2011 (3,3 %). Cette part s'est légèrement redressée à partir de 2014 (4,2 %), avec l'augmentation des retraites anticipées pour carrière longue ⁽¹⁾.

Le nombre de demandeurs d'emploi a également augmenté au cours des dix dernières années, en raison de la suppression, en octobre 2011, de la possibilité pour les salariés licenciés de demander une allocation spécifique, dite préretraite-licenciement. L'aide dite de la préretraite-licenciement permettait aux travailleurs de disposer d'un revenu correspondant à une retraite, lorsqu'ils remplissaient cinq conditions :

- être âgé de plus de 56 ans ;
- l'entreprise devait avoir souscrit une convention en accord avec l'État ;
- avoir fait l'objet d'un licenciement économique ;
- avoir une ancienneté minimale d'un an dans l'entreprise et cumuler en même temps 10 ans de salariat ;
- ne pas bénéficier de pension de vieillesse.

Le montant de la pension correspondait à 65 % du salaire allant jusqu'à 3 170 euros mensuels ou 50 % du salaire supérieur à 3 170 euros mensuels. Dans tous les cas, le montant versé était au minimum de 31,70 euros par jour.

Par ailleurs, la réforme du code du travail de 2017 ⁽²⁾ a supprimé le contrat de génération. Instauré en mars 2013, le contrat de génération visait à favoriser l'embauche des jeunes en contrat de travail à durée indéterminée (CDI), le maintien dans l'emploi des salariés seniors et la transmission intergénérationnelle des savoirs et des compétences. Il permettait aux entreprises de moins de 300 salariés de bénéficier d'une aide financière de l'État de 4 000 euros par an (8 000 euros en cas d'embauches simultanées d'un jeune et d'un senior), pendant trois ans, si elles embauchaient en CDI un salarié de moins de 26 ans tout en conservant un salarié de 57 ans ou plus. Les entreprises bénéficiaient également d'un appui en conseil. En septembre 2015, 103 536 jeunes et seniors étaient bénéficiaires de ce contrat de génération. Les employeurs d'au moins 300 salariés devaient par ailleurs être couverts par un accord collectif portant sur un dispositif intergénérationnel ou à défaut, adopter un plan d'action. Les résultats du dispositif du contrat de génération n'étant pas apparus à la hauteur des ambitions initiales, le dispositif a été supprimé.

(1) *Dares*, « Les cessations anticipées d'activité en 2011 », in *Dares Analyses* n° 83, novembre 2012.

(2) *Loi n° 2018-217 du 29 mars 2018 ratifiant diverses ordonnances prises sur le fondement de la loi n° 2017-1340 du 15 septembre 2017 d'habilitation à prendre les mesures pour le renforcement du dialogue social.*

Ne subsiste que le contrat à durée déterminée dit senior qui est un CDD réservé à certaines personnes en fin de carrière et dont la durée est spécifiquement encadrée. Dans leur accord du 13 octobre 2005, relatif à l'emploi des seniors, signé le 9 mars 2006 ⁽¹⁾, les partenaires sociaux ont considéré que l'aménagement des dispositions relatives au contrat à durée déterminée pouvait favoriser le retour à l'emploi des seniors et aussi leur permettre de compléter leurs droits afin de bénéficier d'une retraite à taux plein. Ainsi, tout employeur peut signer un CDD senior, sauf s'il s'agit d'une profession agricole. Les bénéficiaires doivent être âgés de plus de 57 ans et inscrits depuis plus de trois mois à Pôle Emploi ou bénéficier d'un contrat de sécurisation professionnelle (CSP) après un licenciement économique. La durée du CDD senior est de 18 mois maximum et renouvelable une fois dans la limite de 36 mois (durée du contrat initial comprise).

La Dares révèle par ailleurs que le halo du chômage pour les personnes plus âgées s'amplifie. Cette notion, souvent mal connue, regroupe les personnes qui ne sont même plus inscrites à Pôle emploi, soit parce qu'elles ne recherchent pas d'emploi par découragement, soit parce qu'elles ne sont pas disponibles rapidement pour travailler ou n'y trouvent pas un intérêt financier. « *En moyenne en 2018, 2,6 % des 55-64 ans font partie du halo autour du chômage, une part quasi stable depuis 2015* » mais cette part a évolué à la hausse quand on regarde depuis le début des années 2000. Cette catégorie, relativement difficile à mesurer, est particulièrement marquée par un phénomène de pauvreté : selon le conseil d'orientation des retraites (COR), le taux de pauvreté pour les personnes de 50-69 ans faisant partie du halo est de 41,3 % contre 5,3 % pour les personnes à la retraite ⁽²⁾.

iii. La précarité économique

Au-delà d'un accès plus limité à l'emploi, les seniors souffrent plus que les autres générations d'inégalités économiques, notamment en raison d'un recours accru au temps partiel. Ainsi, près d'un quart (25,5 %) des plus de 55 ans occupe un emploi de ce type en 2019 contre 18,5 % pour les autres personnes en emploi. La Dares souligne néanmoins que ce temps partiel est plus souvent choisi que subi, contrairement à d'autres populations. Comme le montre le tableau ci-après, le recours au temps partiel touche surtout les femmes, avec une accentuation du phénomène pour les seniors.

(1) *Accord national interprofessionnel « Emploi des seniors en vue de promouvoir leur maintien et leur retour à l'emploi », 9 mars 2006.*

(2) Dares, « *Emploi et chômage des seniors en 2018. Hausse du taux d'emploi et du taux de chômage* », in Dares Résultats n° 13, mars 2019.

UNE FEMME SUR TROIS EN EMPLOI EST À TEMPS PARTIEL

	Taux d'emploi en ETP (en % de la population totale)				Taux de chômage (en % de la population active)				Taux de temps partiel (en % de la population en emploi)			
	Hommes		Femmes		Hommes		Femmes		Hommes		Femmes	
	2011	évolution depuis 2003 (en points)	2011	évolution depuis 2003 (en points)	2011	évolution depuis 2003 (en points)	2011	évolution depuis 2003 (en points)	2011	évolution depuis 2003 (en points)	2011	évolution depuis 2003 (en points)
Ensemble	74,3	- 2,8	59,4	1,3	8,4	1,1	9,4	0,2	5,9	1,3	29,6	0,3
Âge												
20-29 ans	75,9	- 4,4	62,3	- 3,3	15,7	2,8	17,2	3,1	7,3	2,6	23,3	3,2
30-39 ans	86,5	- 2,1	67,6	3,1	7,5	1,0	9,0	- 0,5	4,7	1,5	29,6	- 1,8
40-49 ans	87,2	- 0,7	71,0	4,4	6,2	0,8	7,2	- 0,6	4,0	0,1	31,0	- 0,6
50-59 ans	74,6	3,3	59,8	7,3	6,5	0,6	6,9	0,5	6,4	- 0,2	30,8	0,1
60-64 ans	18,1	5,0	13,9	4,0	4,7	1,8	4,7	0,7	22,6	5,7	40,8	3,1
Diplôme												
Sans diplôme	56,7	- 7,0	36,05	- 2,8	15,4	4,4	15,8	2,3	8,3	1,8	41,7	3,2
Brevet	69,5	- 6,9	3,2	- 3,0	11,3	2,7	12,3	3,2	7,8	3,0	31,5	- 0,3
CAP, BEP	74,1	- 6,3	58,0	- 1,6	7,7	1,7	10,2	0,2	5,0	1,6	32,9	1,2
Bac	80,1	- 1,3	64,3	- 1,6	7,3	0,6	9,4	1,5	5,8	1,5	27,9	- 0,2
Bac + 2	85,6	- 2,4	74,6	0,2	5,2	0,2	4,9	- 0,8	4,5	1,0	25,2	2,9
Bac + 3 ou plus	85,6	1,1	75,0	1,0	5,0	- 1,3	6,2	- 0,8	5,7	0,2	22,6	2,8

Champ : France métropolitaine, population des ménages, personnes âgées de 20 à 64 ans ayant terminé leurs études.

Lecture : en 2011, le taux d'emploi en équivalent temps plein des femmes âgées de 20 à 29 ans ayant terminé leurs études est de 62,3 %. Soit une baisse de 3,3 points par rapport à 2003.

Source : Insee, enquête Emploi 2003 et 2011.

Cette exposition à la précarité s'explique également par le fait que près de 1,4 million de seniors ⁽¹⁾ sont sans salaire et sans emploi. Ces personnes sont plus exposées à la précarité que les actifs ou les retraités. Sur ces 11 % de seniors n'ayant ni emploi ni retraite (« NER »), un sur trois (32,1 %) vit en dessous du seuil de pauvreté ⁽²⁾ contre 6 % des seniors retraités et 7,5 % des seniors actifs ⁽³⁾. Leurs principales ressources proviennent d'aides sociales : trois ménages sur quatre de seniors NER bénéficient de prestations sociales non contributives (aides au logement et minima sociaux tels que le RSA ou l'allocation adulte handicapé, notamment). Les femmes représentent la moitié de cette population.

La précarité ou la vulnérabilité économique ne concerne pas que les NER. Les seniors semblent en effet de plus en plus confrontés à des difficultés financières, la période qui précède la retraite semblant être plus délicate à traverser. En 2019, la moitié des seniors actifs (47 %) n'arrive pas à boucler ses fins de mois (contre 35 % des retraités) et un tiers d'entre eux a été à découvert au cours des 12 derniers mois (contre 19 % des retraités). Par ailleurs, 72 % des seniors actifs ont renoncé à réaliser un achat important ou à mener des projets faute de moyens financiers au cours des 12 derniers mois (contre 67 % des retraités). Cette situation touche particulièrement ceux qui ont leurs parents à charge (85 %) et les femmes (80 %) ⁽⁴⁾. « *Cette situation financière particulièrement tendue chez les seniors actifs s'explique par plusieurs facteurs* », selon Céline François, directrice marketing de Cofidis qui a commandité l'étude, notamment du fait de la précarisation du marché de l'emploi. Par ailleurs, les seniors actifs ont encore souvent des enfants à charge ⁽⁵⁾ et consacrent au logement un budget nettement supérieur à celui de leurs aînés : 450 euros par mois en moyenne, contre 221 euros pour les retraités.

b. Les femmes séniore encore plus exposées

Si la discrimination principale sur le marché de l'emploi paraît bien tenir à l'âge, les femmes séniore se trouvent encore plus pénalisées que les hommes, du fait de caractéristiques qui n'apparaissent pas toujours de manière évidente au simple examen des statistiques du nombre de demandeurs d'emploi. Comme l'a noté Margaret Maruani, sociologue et directrice de recherches au CNRS, il existe une tolérance sociale au chômage des femmes qui apparaît moins grave que celui des hommes ⁽⁶⁾. Outre le chômage, le sous-emploi a fortement augmenté : les femmes, surreprésentées dans l'emploi à temps partiel, ont subi des réductions de la durée du travail et de la rémunération. Or, ce chômage à temps partiel

(1) Soit 11 % de la population âgée de 53 à 69 ans.

(2) C'est-à-dire moins de 1 265 euros par mois.

(3) DREES, « Un tiers des seniors sans emploi ni retraite vivent en-dessous du seuil de pauvreté », in *Études et résultats* n°1079, septembre 2018.

(4) Étude réalisée du 12 au 18 février 2019 par CSA Research pour Cofidis auprès d'un échantillon représentatif de 1009 Français âgés de 50 ans et plus.

(5) Un senior actif sur trois contre 3 % des retraités.

(6) Margaret Maruani, *Travail et emploi des femmes*, collection *Repères*, éditeur La Découverte, 2017.

n'apparaît pas dans les statistiques habituellement publiées. Les femmes sont les premières concernées par les bas salaires : elles représentent 62,4 % de l'ensemble des salariés payés au SMIC.

Si le nombre de demandeurs d'emploi séniors est sensiblement équivalent pour les hommes et les femmes, ce chiffre global recouvre des situations plus disparates au regard du retour à l'emploi, les femmes apparaissant plus désavantagées que les hommes. Ainsi, parmi les demandeurs d'emploi inscrits à Pôle emploi en décembre 2016, 63 % des hommes ont retrouvé un emploi dans les six mois qui ont suivi leur inscription contre 54 % des femmes seulement. L'accès à l'emploi plus rapide pour les hommes tient au fait qu'ils accèdent plus facilement à des contrats courts (et notamment à des contrats courts intérimaires) et, dans une moindre mesure, à l'emploi indépendant (création d'entreprise). Six mois après leur inscription, 11 % des hommes sont en contrat d'intérim de moins de six mois, soit près de trois fois plus que les femmes (4 %), et 6 % des hommes sont travailleurs indépendants contre 3 % des femmes.

En ce qui concerne la part des abandons de recherche d'emploi au cours des 18 mois suivant l'inscription (sans reprise d'emploi), elle est 1,6 fois plus élevée pour les femmes (5 % des inscrites en décembre 2014) que pour les hommes (3 %).

En outre, on retrouve les mêmes écarts d'indemnisation entre les hommes et les femmes que ceux que l'on constate en matière salariale, le montant moyen brut mensuel d'indemnisation des femmes étant inférieur de 19 % à celui des hommes. À cet égard, l'écart entre les femmes et les hommes en termes d'indemnisation varie fortement selon l'âge : de 6 % pour les moins de 25 ans, il passe à 15 % pour les 25-49 ans puis à 31 % pour les demandeurs d'emploi de 50 ans ou plus. Le montant moyen brut mensuel d'indemnisation des femmes de 50 ans ou plus est de 1 088 euros, tandis qu'il s'élève à 1 312 euros pour les hommes ⁽¹⁾.

(1) *Pôle emploi, statistiques* : « Les femmes demandeuses d'emploi inscrites à Pôle emploi en 2018 » in *Études et évaluations* n° 19.012, mars 2019.

L'association Force Femmes : un accompagnement précieux pour les femmes séniors

Force Femmes est une association reconnue d'intérêt général qui a pour objectif d'accompagner et de soutenir les femmes de plus de 45 ans, inscrites à Pôle Emploi depuis moins de deux ans dans leurs démarches de retour à l'emploi ou de création d'entreprise. Force Femmes traduit l'idée que les femmes de plus de 45 ans représentent une force pour l'entreprise et s'attache à lutter contre les stéréotypes liés à l'âge et au genre. Depuis sa création en 2005, l'association, qui s'appuie sur un réseau de plus de 800 bénévoles, ainsi que sur de nombreux partenariats publics et privés, a accompagné 24 000 femmes, avec un taux de réinsertion de 46 %. Elle est présente dans 12 villes françaises.

Son action s'articule autour de trois missions fondamentales :

- accompagner et soutenir de façon professionnelle les femmes de plus de 45 ans : construire et valider un projet professionnel, entraîner, former et redonner confiance ;
- informer et sensibiliser les entreprises quant au recrutement de femmes de plus de 45 ans : déconstruire les stéréotypes, accompagner le changement ;
- travailler en amont avec les pouvoirs publics sur la mixité et l'intergénérationnel et lutter contre les stéréotypes : mener et publier des enquêtes nationales, communiquer sur l'enjeu de l'emploi des plus de 45 ans.

L'association propose aux femmes prises en charge à la fois un accompagnement individuel (entretiens individuels avec un bénévole référent pour travailler le projet professionnel, valider les compétences, cerner les besoins, accompagner et conseiller) et un accompagnement collectif (ateliers en groupe à visée pratique, réunions d'information, cafés réseaux, forums).

Parmi les femmes suivies par l'association, 72 % recherchent un emploi salarié et 28 % ont un projet de création d'entreprise. L'aide à la création d'entreprise consiste en un accompagnement expert par rapport au projet, complété par de multiples ateliers pratiques (montage de projet, marketing, droit, informatique,...). Depuis 2008, 954 femmes ont créé leur entreprise grâce à l'accompagnement de Force Femmes et 90 % des entreprises créées sont toujours en activité.

Force Femmes a pour ambition de développer son maillage territorial et d'offrir aux femmes en recherche d'emploi, une véritable « boîte à outils », incluant notamment des outils digitaux innovants, afin de leur permettre de mener à bien leur projet de réinsertion professionnelle.

Recommandation n° 1 : élaborer des statistiques genrées sur le chômage des seniors, afin que les pouvoirs publics concernés, y compris Pôle emploi, puissent identifier de manière précise les problématiques spécifiques aux femmes séniors et lutter ainsi plus efficacement contre le chômage qui les affecte.

2. Lutter contre les freins à l'emploi

Selon le baromètre réalisé par le Défenseur des droits et l'Organisation internationale du travail, l'âge est, avec le fait d'être une femme enceinte, le premier élément de discrimination ressenti par les salariés. Être âgé de plus de 55 ans est considéré comme un inconvénient pour être embauché par 82 % des salariés du secteur public, 81 % des agents du secteur privé et 89 % des demandeurs d'emploi.

- Sur le marché du travail, l'âge est vecteur de nombreux préjugés, de la part des employeurs, mais aussi des travailleurs eux-mêmes. Interrogés à l'occasion du baromètre 2014 élaboré par le cabinet « À compétences égales », les recruteurs mettent en avant le fait que les seniors seraient « *difficiles à manager* », « *résistants au changement* », « *qu'ils seraient plus coûteux* », avec de plus un risque de surdimensionnement par rapport au poste. Les employeurs s'interrogent enfin sur le « *retour sur investissement* » compte tenu du « *temps restant à travailler dans l'entreprise* »⁽¹⁾.

Certaines de ces affirmations sont néanmoins contredites par les réponses des seniors interrogés par le même baromètre. 75 % des seniors déclarent être prêts à revoir leur rémunération à la baisse (et même 80 % des cadres) et ils sont plus de 90 % à déclarer être prêts à changer de fonction. Par ailleurs, les atouts des seniors cités par les entreprises, cabinets et candidats, contrebalancent certains des freins évoqués : les seniors sont en effet perçus comme ayant davantage d'expérience, d'autonomie, d'expertise, de capacité de recul et d'analyse du risque.

(1) « L'accès à l'emploi et l'âge : les seniors, regards croisés des seniors et des recruteurs », 1^{er} Baromètre élaboré par le cabinet À Compétence Égale, mai 2014.

Les 6 atouts des plus de 50 ans

1. Une garantie de fidélité à l'entreprise. À plus de 50 ans, « on y regarde à trois fois avant de quitter son entreprise ».
2. Une expérience professionnelle irremplaçable. C'est un fait incontournable : en 30 ans de carrière, surtout en cas de parcours diversifié, on a été confronté à plus de situations différentes qu'en cinq ou dix ans, on est donc plus à même d'affronter des problématiques très diverses, qu'elles soient stratégiques ou opérationnelles.
3. Un gain de temps. Corollaire du point précédent : pas besoin de « longs discours » ni de formations coûteuses lors de la prise de fonction, l'expérience acquise rend immédiatement opérationnel.
4. Une stabilité émotionnelle supérieure. Plus de décisions sur un coup de tête, avec l'âge on prend du recul. Ce qui peut être utile en période de crise.
5. Une disponibilité supérieure. Plus d'enfants à gérer, plus de sport à haut niveau, moins d'obligations financières... On est en fait plus mobile avec l'âge.
6. Fini le carriérisme. À plus de 50 ans, les enjeux de pouvoir et les petits jeux stériles de la politique interne n'intéressent plus : on est plus tourné vers les résultats que vers les ragots et les complots.

Source : Elisabeth Giret-Bertrand, Harvard Business Review, 29 août 2016.

Recommandation n°2 : agir, tant au niveau local que national, auprès des employeurs, aussi bien privés que publics, afin de les interpeller et de les sensibiliser sur la question de l'emploi des séniors et notamment des femmes séniors.

À travers des campagnes d'information et des formations adaptées aux différents secteurs d'activité, ces actions de sensibilisation ont pour objectif de déconstruire les stéréotypes visant les femmes séniors, en mettant en avant les atouts professionnels et humains qu'elles apportent à l'entreprise. Afin que les séniors conservent leur place sur le marché du travail, ces actions viseraient à empêcher les discriminations en raison de l'âge et insisteraient auprès des employeurs notamment sur deux aspects :

- ne pas négliger les candidatures des femmes séniors lors des processus de recrutement, car leurs profils professionnels sont tout aussi pertinents pour certains postes que ceux d'autres candidats plus jeunes ;
- ne pas être systématiquement tentés de se défaire des salariées séniors qui ont encore toute leur place dans l'entreprise et dans le monde professionnel.

Vos Rapporteuses soulignent que la vision des seniors dans le monde professionnel repose ainsi sur de nombreux stéréotypes contre lesquels il convient de lutter de manière plus directe. La question du « temps restant à travailler en entreprise » doit elle aussi être battue en brèche. Un salarié âgé de 50 ans a en effet devant lui plus de dix années de vie professionnelle.

● La crainte des entreprises d'embaucher des salariés aux connaissances obsolètes et faisant preuve de moins d'agilité dans l'acquisition de nouveaux savoir-faire peut s'expliquer par un accès à la formation qui décroît avec l'âge, alors qu'elle est l'une des clés du maintien dans la vie professionnelle des plus de 50 ans. Cependant, ni les salariés seniors, ni leurs éventuels employeurs n'exploitent suffisamment les opportunités existantes. Les entreprises restent frileuses à former leurs collaborateurs seniors car elles estiment que le « retour sur investissement » peut-être long et incompatible avec une fin de carrière.

Il apparaît que les seniors se forment moins que leurs cadets. En 2012, seuls 50 % des salariés âgés de 50 ans et plus ont suivi une formation non diplômante, pour raisons professionnelles ou personnelles, contre 52 % des moins de 50 ans. Entre 25 et 55 ans, le taux d'accès des cadres à la formation professionnelle reste stable, puis chute brutalement après 55 ans (-14 points). Pour les employés et les ouvriers, la baisse se fait plus précocement, dès 35 ans, et l'écart est de plus de vingt points après 55 ans. Enfin, près des trois quarts des seniors déclarent ne pas souhaiter suivre une formation. La Dares évoque plusieurs pistes d'explication à cette attitude de retrait : *« manque d'information ; doutes quant aux conséquences concrètes, en termes de promotion ou de revalorisation salariale, d'une formation en fin de carrière ; moindre investissement professionnel ; horizon professionnel resserré ; attitude de repli chez les salariés les moins qualifiés ou les plus âgés. Certains travaux ergonomiques montrent que les salariés eux-mêmes partagent un certain nombre de préjugés négatifs concernant leurs capacités à apprendre en vieillissant »* ⁽¹⁾.

Cet accès à la formation continue est encore plus réduit lorsqu'il s'agit de femmes, notamment dans le secteur privé. En effet, le taux des femmes ayant des responsabilités s'effondre par rapport au secteur public et leur accès à la formation aussi. On constate que les différences d'accès à la formation entre hommes et femmes dépendent de leur niveau de qualification. Alors que chez les cadres et les professions intermédiaires la même proportion d'hommes et de femmes accèdent aux formations professionnelles, chez les ouvriers et les employés la participation des femmes est nettement inférieure à celle des hommes ⁽²⁾.

Le phénomène est d'autant plus marqué que les femmes travaillent davantage à temps partiel que les hommes ⁽³⁾. En effet, 30 % des femmes travaillent à temps partiel (dont 30 % à temps partiel subi), contre 6 % des hommes (dont 34 % à temps partiel subi). Or, seulement 22 % des employés et des ouvriers à temps partiel bénéficient de formation. De plus, suivre une formation suppose souvent de réorganiser son emploi du temps. Le partage très inégalitaire des tâches domestiques entre les hommes et les femmes, ainsi que la

(1) Enquête sur la formation des adultes de 2012, élaborée par l'Insee et la Dares, dans le cadre de l'enquête européenne Adult Education Survey conduite par Eurostat.

(2) Insee, « La formation des adultes », in Insee Première n° 1468, octobre 2013.

(3) Insee, « Le taux d'emploi des hommes et des femmes », in Insee Première n° 1462, août 2013.

surreprésentation des femmes au sein des familles monoparentales⁽¹⁾ sont des obstacles supplémentaires pour l'accès à la formation, les femmes ayant plus de difficultés pour libérer du temps consacré à la formation.

S'agissant de la formation des femmes, le rapport de la Délégation aux droits des femmes sur le numérique⁽²⁾ a par exemple mis l'accent sur la place trop limitée des femmes dans le secteur du numérique et sur la chance pour l'insertion et l'emploi des femmes que représentait ce domaine d'activité en pleine expansion.

En la matière, des initiatives originales méritent d'être signalées comme l'école de codage Simplon.co qui a vu le jour à Montreuil en 2013, proposant des formations de six mois, afin d'apprendre à réaliser des sites Internet ou des applications pour mobiles. Devenu un réseau de fabriques numériques, Simplon.co a formé plus de 2 000 personnes aux métiers du numérique depuis 2013. Cette entreprise sociale et solidaire entend faire du numérique un véritable levier d'inclusion et révéler des talents parmi des publics peu représentés dans le secteur. À cet égard, Ewann Kezzar, l'un des fondateurs, a déclaré en 2015 « *Quand nous avons lancé Simplon.co, il y a deux ans, l'idée était de proposer une formation gratuite pour un public qui s'autocensurait pour ce type de métiers : les femmes, les chômeurs, les non-diplômés, les décrocheurs* »⁽³⁾. L'école 42 travaille également dans le même esprit.

(1) *La proportion des familles monoparentales dans l'ensemble des familles est passée de 9,4 à 23 % entre 1975 et 2014, selon les données du recensement de l'Insee. Au total, on compte deux millions de familles de ce type qui dans 82 % des cas sont constituées d'une mère avec ses enfants. Source : <http://www.observationsociete.fr/structures-familiales/personnes-seules/de-plus-en-plus-de-familles-monoparentales.html>, [URL consultée le 22 mai/2019].*

(2) *Rapport d'information n° 3348 de Mme Catherine Coutelle sur le projet de loi pour une République numérique, 15 octobre 2015.*

(3) *<http://www.leparisien.fr/montreuil-93100/montreuil-l-ecole-de-codage-simplon-co-fait-le-plein-20-04-2015-4709569.php> [URL consultée le 31 mai 2019].*

L'école 42 : des écoles du numérique qui s'ouvrent aux seniors et aux femmes

L'école 42, fondée à l'initiative de Xavier Niel en 2013, est la première formation en informatique entièrement gratuite, ouverte à toutes et à tous sans condition de diplôme et accessible dès 18 ans. Depuis sa création, cette école a pour ambition de faire du digital une opportunité pour tous quels que soient ses origines, son statut social ou son sexe ; 42 entend notamment démontrer que le numérique n'a pas d'âge.

Selon Sophie Viger, directrice générale de 42, « *l'économie du numérique tire sa force de la diversité de la société et les forts potentiels sont partout ! Notre rôle est de créer les conditions pour que s'épanouissent tous les talents. C'est déjà le sens de nos actions de promotion des métiers de la programmation informatique auprès des femmes, briser les silos générationnels et les idées reçues s'inscrit dans la même démarche* ».

L'informatique étant aujourd'hui un domaine majoritairement masculin, l'école s'est engagée dans une démarche de féminisation de ses effectifs : sa première promotion comptait 7 % de femmes, la prochaine en comptera 21 %.

Les seniors ne doivent pas hésiter à utiliser leur compte personnel de formation (CPF), qui permet d'acquérir des droits à la formation mobilisables tout au long de sa vie professionnelle.

Le compte personnel de formation (CPF)

Le CPF a une vocation universelle et s'adresse à tous les actifs. Depuis le 1^{er} janvier 2019, ce dispositif est crédité en euros et non plus en heures ⁽¹⁾. L'ambition du CPF est de contribuer, à l'initiative de la personne elle-même, au maintien de l'employabilité et à la sécurisation du parcours professionnel. Les droits à la formation acquis pendant l'activité sont attachés à la personne active. De ce fait, leur portabilité est assurée, y compris lorsque la personne change de statut, passant du statut de salarié à celui de personne en recherche d'emploi, qu'elle soit inscrite ou non à Pôle emploi.

(1) Loi n° 2018-771 du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel.

L'abondement complémentaire du CPF senior, qui avait été mis en place en 2017, a été interrompu à compter du 31 décembre 2018. Il permettait aux personnes âgées de 50 à 54 ans à la date de fin de leur contrat de travail, ayant perdu leur emploi à compter du 1^{er} novembre 2017 et allocataires auprès de Pôle emploi, de bénéficier de 500 heures supplémentaires de formation ⁽¹⁾.

À compter du 1^{er} janvier 2019, le CPF est abondé en euros et les heures inscrites au 31 décembre 2018 sont converties en euros à raison de 15 euros par heure ⁽²⁾. Le nouveau cadre légal relatif au CPF permet à l'Unédic de financer l'abondement complémentaire du CPF senior, mais cela nécessite la conclusion d'une convention financière entre l'Unédic et la Caisse des dépôts et

(1) Entre une année de mise en œuvre, 769 formations ont mobilisé des heures complémentaires au titre du CPF seniors.

(2) Décret n° 2018-1153 du 14 décembre 2018 relatif aux modalités de conversion des heures acquises au titre du CPF en euros.

consignations ⁽¹⁾. Les nouvelles dispositions destinées à garantir l'effectivité de l'abondement complémentaire du CPF seniors, qui continue donc à être applicable en vertu de la convention du 14 avril 2017 relative à l'assurance chômage, n'ont toutefois pas encore été adoptées.

Il est indispensable que les seniors, et tout particulièrement les femmes séniore, soient soutenus par les pouvoirs publics dans leurs efforts de maintien dans l'emploi ou de retour à l'emploi. À cet égard, le levier de la formation doit être utilisé plus largement. Des formules adaptées, tant en matière de financement que de durée ou de contenu, doivent être développées et approfondies. Si des initiatives louables sont menées par le secteur associatif pour accompagner les seniors dans leurs démarches et leur parcours, les pouvoirs publics ne sauraient s'en remettre uniquement à ces initiatives et doivent mener des actions fortes en faveur de l'emploi des seniors en général et des femmes séniore en particulier.

Recommandation n° 3 : favoriser et encourager l'accès à la formation des femmes séniore, afin d'améliorer l'adéquation entre leurs compétences et les offres proposées sur le marché de l'emploi. À cet effet, il est nécessaire de renforcer les droits des seniors à la formation en s'inspirant des précédentes dispositions relatives à l'abondement sénior du compte personnel de formation (CPF), lesquelles nécessitent aujourd'hui une adaptation pour être à nouveau effectives.

B. DES PENSIONS DE RETRAITE LARGEMENT INFÉRIEURES À CELLES DES HOMMES

Les pensions de retraite perçues par les femmes sont très nettement inférieures à celles perçues par les hommes avec un écart, tous régimes confondus, de l'ordre de 42 % si l'on considère exclusivement les droits directs. Ces différences à la retraite sont le reflet des 40 années précédant sa liquidation. En 2017, l'âge moyen de départ à la retraite est de 62,5 ans : 62,2 ans pour les hommes et 62,8 ans pour les femmes. En excluant les retraites anticipées, l'âge moyen est de 63,3 ans pour les hommes et pour les femmes ⁽²⁾.

Parmi les retraités, les hommes ont validé en moyenne davantage de trimestres pour leur retraite que les femmes. Les hommes cotisent en moyenne quarante trimestres de plus que les femmes, reflétant la moindre participation de ces dernières au marché du travail. Pour les retraités de la génération 1946, 78 % des hommes ont eu une carrière complète au sens de la « durée requise pour le taux plein », alors que les femmes n'étaient que 56 % à avoir une carrière complète ⁽³⁾. Cet écart se réduit cependant au fil des générations : il est de 45 trimestres pour la génération née en 1932, contre 36 trimestres pour la génération née en 1946.

(1) Aux termes de la nouvelle rédaction de l'article L. 6323-9 du code du travail, la Caisse des dépôts et consignations « gère le compte personnel de formation ».

(2) <https://www.statistiques-recherches.cnaf.fr/age-de-depart-a-la-retraite.html> [URL consultée le 9 mai 2019].

(3) Drees, « Les retraites et les retraités », in Panoramas de la Drees, édition 2017.

1. La retraite, reflet des inégalités professionnelles et des interruptions de carrière

Comme le montre le tableau suivant, le montant moyen des pensions de droit direct (hors pensions de réversion et majorations pour enfants) perçues par les femmes s'élevait à 1 036 euros par mois en 2016, contre 1 685 euros pour les hommes. Le niveau de retraite des femmes équivaut ainsi à environ deux-tiers de celui des hommes (61,5 %).

ÉCART DE NIVEAU DE PENSION ENTRE LES FEMMES ET LES HOMMES

		En euros courants par mois											Evolution 2006/2016
		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	
Pensions moyennes de droit direct*	Hommes	1 420	1 459	1 500	1 524	1 552	1 603	1 617	1 642	1 660	1 673	1 685	18,7%
	Femmes	789	820	857	877	899	932	967	993	1 007	1 021	1 036	31,3 %
	Ratio femmes/hommes (%)	55,5	56,2	57,1	57,5	57,9	58,1	59,8	60,5	60,7	61,0	61,5	6
Pensions moyennes totales**	Hommes	1 486	1 528	1 568	1 594	1 623	1 677	1 688	1 715	1 734	1 747	1 760	18,4%
	Femmes	1 045	1 080	1 125	1 148	1 174	1 204	1 250	1 284	1 296	1 309	1 322	26,5%
	Ratio femmes/hommes (%)	70,3	70,7	71,8	72,0	72,4	71,8	74,0	74,8	74,7	74,9	75,1	5

* Somme des pensions de base et complémentaires de droit direct hors majorations pour enfants ** Somme des pensions de base et complémentaire de droit direct et de droit dérivé (réversion) et des majorations pour enfants

Source : PQE Retraite annexé au PLFSS 2019, indicateur 2-4.

Le montant moyen des avantages de retraite perçus par des femmes, y compris les pensions de réversion et les majorations pour enfants, s'élève à 1 322 euros, et atteint ainsi les trois quarts du montant moyen observé perçu par les hommes (75,1 %).

Les retraites sont le reflet de l'activité professionnelle et de l'ensemble de ses composantes tout au long de la vie active. Force est de constater que les inégalités entre hommes et femmes pèsent encore lourdement et que les évolutions sont lentes.

L'inégale répartition des tâches ménagères et le fait que la mère soit le plus souvent en charge des soins et de l'éducation des enfants conduisent les femmes à interrompre leur carrière, parfois à plusieurs reprises au cours de leur vie active, fait beaucoup plus rare chez les hommes. À cet égard, les différentes réformes des retraites ayant conduit à un allongement de la durée de cotisation ont souvent défavorisé les femmes qui peinent à réunir le nombre d'annuités requis pour pouvoir bénéficier d'une retraite à taux plein. À cela s'ajoutent les effets du temps partiel, beaucoup plus répandu chez les femmes, lequel réduit également le montant de la pension. Ainsi, 30 % des femmes en emploi travaillent à temps

partiel, contre 6 % des hommes et près de 10 % des femmes sont en situation de sous-emploi contre 4 % des hommes ⁽¹⁾.

Vos Rapporteuses tiennent à rappeler à quel point les inégalités de répartition des tâches familiales ont un impact fort sur la vie professionnelle des femmes : cela se traduit notamment par des interruptions de carrière plus fréquentes et par un travail à temps partiel plus important. Vos Rapporteuses considèrent qu'à ce titre la question des modes de garde des jeunes enfants est cruciale pour la carrière des femmes et que l'offre devrait être développée et diversifiée afin de s'adapter aux contraintes de chacune et de chacun, ainsi qu'aux besoins de toutes les familles.

Recommandation n° 4 : créer un label spécifique pour valoriser les entreprises qui fournissent à leurs employés un cadre de travail favorisant la conciliation entre vie professionnelle et vie familiale, notamment en leur proposant un système de garde d'enfants adapté.

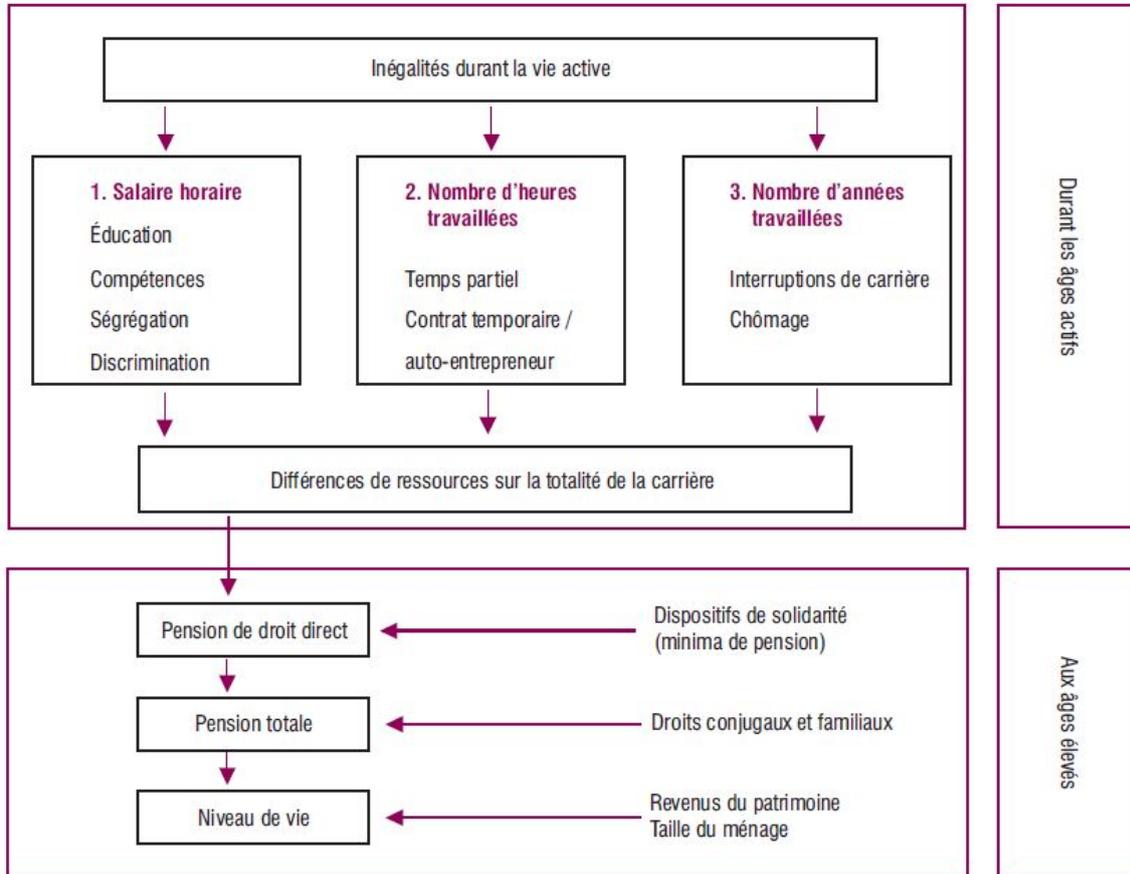
La réforme des retraites de 2014 a permis d'améliorer les conditions de validation de trimestres en cas de travail à temps partiel ⁽²⁾, pour autant le temps partiel n'en demeure pas moins très pénalisant s'agissant des salaires pris en compte pour le calcul de la retraite.

(1) Le sous-emploi regroupe les personnes qui travaillent à temps partiel mais souhaiteraient travailler davantage et celles qui sont en situation de chômage technique ou partiel.

(2) Le décret n° 2014-349 du 19 mars 2014 relatif à la validation des périodes d'assurance vieillesse au titre du versement des cotisations dispose que désormais un salaire représentant 150 fois le SMIC horaire (au lieu de 200 fois auparavant) permet de valider un trimestre, dans la limite de quatre trimestres par année civile.

Comme le montre le schéma suivant ⁽¹⁾, les écarts au moment de la retraite sont liés à la combinaison de plusieurs facteurs.

ÉLÉMENTS EXPLICATIFS DE L'APPARITION DES ÉCARTS DE NIVEAU DE VIE À LA RETRAITE ENTRE LES FEMMES ET LES HOMMES



Source : INSEE, Femmes et hommes, l'égalité en question, édition 2017.

● Si le taux d'activité des femmes progresse régulièrement, les disparités salariales entre femmes et hommes persistent et contribuent de manière significative à maintenir un écart important entre les pensions des femmes et celles des hommes, le calcul de la pension résultant à la fois de la durée de cotisation et du salaire de référence ⁽²⁾. En effet, les femmes sont encore payées, en moyenne, un quart de moins que les hommes et, à durée de travail et compétences égales, l'écart reste d'environ 9 %. Cet écart a des conséquences tout au long de la vie et influence profondément la situation des femmes séniors. Intimement corrélées, les inégalités entre retraitées et retraités pourront difficilement disparaître tant que subsisteront des disparités sur le marché du travail.

(1) INSEE, Femmes et hommes, l'égalité en question, édition 2017.

(2) Dares, « Femmes et hommes sur le marché du travail », in Dares Analyses n° 017, mars 2015

Enfin, ces inégalités en matière de retraite conduisent à des écarts de niveaux de vie plus importants pour les femmes seules, une péréquation de ressources s'effectuant au sein des couples. Ainsi, parmi les retraités en 2015, le niveau de vie moyen de l'ensemble des femmes seules est inférieur de 19 % à celui des couples, tandis que celui de l'ensemble des hommes seuls n'est inférieur que de 10 % à celui des couples ⁽¹⁾.

Recommandation n° 5 : s'assurer de la suppression des inégalités salariales entre les femmes et les hommes, condition nécessaire pour réduire les inégalités de retraites, par une vigilance accrue quant à l'effectivité de l'arsenal juridique contraignant mis en place, prévoyant notamment des sanctions à l'égard des employeurs privés et publics.

● Les métiers exercés par les femmes restent également très différents de ceux des hommes : 27 % d'entre elles occupent des postes peu qualifiés d'employés ou d'ouvriers contre 15 % des hommes ; elles sont aussi deux fois moins souvent non salariées et travaillent plus souvent dans la fonction publique. Cette ségrégation des métiers conduit à la constitution de filières féminines souvent dévalorisées et peu rémunérées. Alors que femmes et hommes suivent le même type de formation, sanctionnée par des diplômes équivalents, une ségrégation horizontale (différenciation des emplois et des métiers) et une ségrégation verticale (différenciation des carrières) perdurent. Les conséquences de ces écarts sont visibles sur les salaires et les différences s'accroissent avec l'âge, surtout après 40 ans.

Il existe 4,3 millions de cadres en France, soit 16,7 % de la population active. Si la part des femmes parmi les cadres a progressé de 23 % il y a vingt ans, à 34 % aujourd'hui, seules 11 % d'entre elles occupent un poste à « forte responsabilité » contre 23 % de leurs homologues masculins. Deux facteurs jouent contre la promotion des femmes cadres : les interruptions de carrière et une pratique du temps partiel plus fréquentes liées à la famille.

Concernant la ségrégation des métiers, vos Rapporteuses partagent le constat alarmant fait par leurs collègues Stéphane Viry et Céline Calvez dans leur rapport sur les femmes et les sciences qui relevait que *« les femmes occupent une place bien trop réduite dans les sciences et que malgré des avancées, la situation n'évolue que très lentement, voire présente parfois un certain recul. C'est le cas dans les sciences informatiques alors même que les enjeux des codes, algorithmes et intelligence artificielle vont déterminer grandement notre société demain. Ces mutations peuvent être tout autant bénéfiques que désastreuses pour l'égalité entre les femmes et les hommes ; en tout cas, elles ne sauraient être neutres.*

De l'enseignement secondaire à la vie professionnelle, les femmes sont en effet moins présentes dans les secteurs scientifiques. Malgré une meilleure

(1) Conseil d'orientation des retraites (COR), séance plénière du 25 novembre 2015, document n° 2, « Niveau de vie des retraités selon la situation conjugale ».

réussite scolaire en moyenne que les garçons, leurs choix d'orientation les cantonnent dans certaines filières et, corrélativement, dans certains secteurs de l'économie, souvent les moins porteurs en termes de rémunération et de carrière.

Dans le monde du travail, le secteur scientifique ne fait pas exception et on y retrouve les mêmes inégalités – parfois même plus accentuées – que dans d'autres secteurs. Ces écarts se retrouvent aussi dans les établissements d'enseignement supérieur et de recherche. Ce constat n'est toutefois pas propre à la France, les mêmes écarts apparaissant dans la plupart des pays de l'Union européenne.

Cette situation pâtit de la persistance de stéréotypes de genre, présents dans l'éducation, la formation, le monde du travail mais aussi plus généralement dans notre société. Ils constituent encore des freins intolérables à la carrière des femmes dans les sciences »⁽¹⁾.

Recommandation n° 6 : agir dès le plus jeune âge pour en finir avec les orientations scolaires et professionnelles sexuées en :

- formant mieux et davantage les professionnels de l'éducation aux enjeux de l'égalité entre les femmes et les hommes ;
- accompagnant mieux les filles et les garçons dans leurs choix d'orientation en impliquant leurs parents, de façon à ce que l'ensemble de leur entourage prenne conscience de l'intérêt des cursus scientifiques ;
- travaillant sur les représentations dans les manuels scolaires et les programmes pour en finir avec les stéréotypes de genres.

2. Des dispositifs correctifs amenés à évoluer dans le cadre de la future réforme des retraites

Le système de retraite français étant fondé principalement sur le principe de contributivité, les retraités perçoivent une pension dont le montant est déterminé par le niveau antérieur de leurs salaires⁽²⁾ et par la durée pendant laquelle ils ont cotisé, le nombre d'annuités requis pour pouvoir bénéficier d'une retraite à taux plein ayant été progressivement augmenté au fil des dernières réformes des retraites. Ces mécanismes de calcul des retraites expliquent comment les réformes successives des retraites ont contribué à accroître les inégalités de pension selon le sexe, au détriment des femmes, car ils pénalisent davantage les carrières courtes et le temps partiel, qui concernent essentiellement les femmes.

Les pensions de droit direct étant presque deux fois moins élevées pour les femmes que pour les hommes, un certain nombre de mécanismes de solidarité sont mis en œuvre, afin d'améliorer le niveau de pension des femmes. Il s'agit

(1) Rapport d'information n° 1016 de Mme Céline Calvez et de M. Stéphane Viry sur les femmes et les sciences, 31 mai 2018.

(2) Vingt-cinq meilleures années dans le secteur privé et dernier traitement indiciaire détenu depuis au moins six mois pour les fonctionnaires.

essentiellement des droits familiaux et conjugaux, ainsi que des dispositifs permettant de percevoir un minimum de pension.

a. Les droits familiaux

Existents des dispositifs qui favorisent les familles nombreuses et d'autres qui bénéficient essentiellement aux femmes du fait de la naissance d'un enfant.

● **La majoration de pension pour enfants** est un avantage familial de retraite qui est accordée aux assurés, hommes ou femmes qui ont eu trois enfants et plus et consiste en une augmentation du montant de leur pension de retraite. Ce dispositif a été institué dès la création du régime général de la sécurité sociale en 1945. Les modalités de son calcul varient selon les régimes. Dans le régime général et le régime agricole, la pension de vieillesse est majorée de 10 % pour trois enfants ou plus. Dans la fonction publique, ainsi que dans les régimes spéciaux d'entreprises publiques, la majoration augmente avec la taille de la famille ⁽¹⁾. Les professions libérales et indépendantes ne bénéficient pas à ce jour de cet avantage.

Cette majoration bénéficie davantage aux retraités aisés, puisqu'elle est proportionnelle au montant de la pension, ainsi qu'aux hommes qui perçoivent des salaires, et donc des pensions, plus élevés. Depuis 2014, elle est soumise au barème de l'impôt sur le revenu.

● **La majoration de la durée d'assurance (MDA)** est constituée de trimestres d'assurance supplémentaires qui sont attribués aux parents de façon forfaitaire au moment de la liquidation de la pension. Selon qu'elle concerne un salarié du privé ou un fonctionnaire, cette majoration obéit à des règles différentes. Pour les personnes polypensionnées, c'est-à-dire relevant de plusieurs régimes de retraite, les MDA pour enfants du régime général et les bonifications pour enfants du régime des fonctionnaires ne sont pas cumulables. Elles sont attribuées au titre d'un seul régime. C'est le moment de l'arrivée de l'enfant qui va conditionner l'application du régime de la fonction publique ou celui du régime général.

Les conditions d'octroi de la MDA ont été modifiées dans le régime général, pour les pensions prenant effet à compter du 1^{er} avril 2010. Le nouveau dispositif distingue deux majorations, chacune étant de quatre trimestres :

- l'une est attribuée au titre de la maternité ;
- la seconde peut être partagée entre les parents ou attribuée au père ou à la mère pour les démarches d'adoption ou au titre de l'éducation de l'enfant durant ses trois premières années. En l'absence de décision dans les six mois suivant le quatrième anniversaire de l'enfant, ces majorations sont attribuées à la mère.

(1) 10 % pour trois enfants ayant atteint l'âge de 16 ans et 5 % par enfant supplémentaire, la pension ne pouvant toutefois pas excéder le montant du traitement sur lequel elle est calculée.

Ces dispositions s'appliquent dans le secteur privé et aux agents non titulaires de la fonction publique. La MDA n'existe pas dans les régimes complémentaires des salariés du secteur privé relevant de l'Agirc-Arrco, ni pour les professions libérales et quelques régimes spéciaux.

Dans la fonction publique, le régime diffère suivant que les enfants sont nés ou adoptés avant ou après le 1^{er} janvier 2004. S'agissant des enfants nés ou adoptés avant le 1^{er} janvier 2004, une bonification de quatre trimestres par enfant est accordée au père comme à la mère de l'enfant, à la condition d'avoir eu une interruption ou une réduction d'activité d'une durée continue au moins égale à deux mois (durée inférieure à la durée du congé de maternité) à l'occasion de la naissance ou de l'adoption de l'enfant concerné et à la condition d'avoir élevé l'enfant pendant neuf ans au moins avant le 21^e anniversaire de ce dernier ⁽¹⁾. La réforme des bonifications pour les enfants nés avant le 1^{er} janvier 2004, a entraîné une baisse des pensions versées. En 2003, si 88 % des femmes fonctionnaires ont pu partir en retraite en bénéficiant d'une bonification, elles n'étaient plus que 78,9 % en 2004 et 74,7 % en 2005. Au total, le montant moyen de la bonification versée aux femmes liquidant leur pension a été réduit de 16 % dans la fonction publique d'État et de 30 % dans les autres fonctions publiques. Cette baisse a plus particulièrement touché les femmes fonctionnaires de catégorie C, déjà faiblement rémunérées, parce qu'elles étaient déjà le plus souvent déjà mères de famille au moment de leur recrutement ⁽²⁾.

Pour les enfants nés ou adoptés à partir du 1^{er} janvier 2004, si l'interruption de service due à l'arrivée de l'enfant est inférieure à six mois, une majoration de durée d'assurance de deux trimestres est accordée aux mères. En outre, la durée pendant laquelle le fonctionnaire, homme ou femme, interrompt ou réduit son activité pour s'occuper de l'enfant né ou adopté à partir du 1^{er} janvier 2004 est prise en compte pour calculer ses droits à retraite, dans la limite de trois ans par enfant.

À l'avenir, la montée de l'activité professionnelle des femmes devrait rendre les MDA moins nécessaires à l'acquisition du taux plein si les femmes sont plus nombreuses à avoir une carrière complète. Toutefois, une pension de retraite prend en compte l'activité professionnelle jusqu'à une quarantaine d'années en arrière : même favorables, les évolutions ne s'y traduisent que lentement. En outre, tout allongement de la durée d'assurance pour bénéficier du taux plein, accroît nécessairement l'intérêt des MDA pour atteindre le taux plein.

● **L'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF)** est un avantage concernant les personnes qui ne travaillent pas ou qui réduisent leur activité professionnelle pour élever leurs enfants ou s'occuper d'un enfant ou d'un parent handicapé. La caisse d'allocations familiales (CAF) peut les affilier gratuitement à

(1) Décret n° 2003-1305 du 26 décembre 2003 pris pour l'application de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites et modifiant le code des pensions civiles et militaires de retraite.

(2) Rapport de la Cour des comptes du 6 février 2007.

l'AVPF lorsqu'elles perçoivent une prestation familiale, qu'elles n'exercent pas d'activité professionnelle ou une activité à temps partiel et qu'elles ont des ressources inférieures à un certain plafond. Les personnes éligibles au dispositif accumulent des droits sans payer de cotisations. C'est la caisse nationale d'allocations familiales (CNAF) qui prend en charge ces années sur la base du SMIC et verse les cotisations correspondantes à la caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV). L'AVPF est le seul dispositif des droits familiaux à agir de manière conjointe sur les durées d'assurance et sur les montants reportés au compte retraite, c'est-à-dire les salaires des individus.

Cette assurance a été créée en 1972, sous le nom d'assurance vieillesse des mères de famille pour des femmes sans activité professionnelle de milieu modeste. Elle a été progressivement étendue à d'autres catégories : en 1975 aux femmes assumant la charge d'un enfant ou d'un adulte handicapé ; en 1977 aux mères de famille percevant le complément familial ; en 1979 aux hommes (la prestation devient alors l'AVPF) ; en 1985 aux familles percevant l'allocation pour jeune enfant et l'allocation parentale d'éducation ; depuis 2004 aux familles bénéficiaires de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) qui perçoivent l'allocation de base ou le complément de libre choix d'activité.

En 2010, 48 % des femmes qui sont parties en retraite ont bénéficié de trimestres au titre de l'AVPF. Ces femmes ont validé en moyenne 30 trimestres AVPF au cours de leur carrière, soit 7,5 ans. Pour les hommes, ce taux est bien plus faible, de l'ordre de 5 %, car ce sont principalement les femmes qui interrompent leur activité en raison de la présence d'enfants.

Ce dispositif permet d'améliorer la pension de base de manière non négligeable avec un écart de pension moyenne de 18 %. La CNAV estime que la montée en charge de l'AVPF devrait se poursuivre jusqu'en 2020 : un peu plus de 55 % de femmes partant à la retraite au régime général devraient alors en bénéficier ⁽¹⁾.

b. Les droits conjugaux

Les droits conjugaux sont constitués par les pensions de réversion permettant de toucher après le décès de son conjoint ou de son ex-conjoint une partie de la retraite qu'il percevait de son vivant ou qu'il aurait perçu s'il avait vécu. Le Conseil d'orientation des retraites indique en 2008 que ce système vise à éviter la pauvreté des conjoints survivants mais aussi à maintenir le niveau de vie et à compenser les écarts de retraite entre les hommes et les femmes. Ce système favorise de fait les couples mariés puisque la réversion n'est attribuée qu'aux conjoints ayant été mariés.

Tous les régimes de retraite versent des pensions de réversion mais les modalités diffèrent sur plusieurs points suivant les régimes : taux, condition d'âge,

(1) CNAV, *recherches et statistiques*, Cadr'@ge n° 20, septembre 2012.

condition de ressources. Par ailleurs, il est important de noter qu'il n'existe pas de pensions de réversion pour les personnes pacsées ou vivant en concubinage.

Un quart de l'ensemble des retraités bénéficie d'une pension de réversion perçue en cas de décès du conjoint. Dans neuf cas sur dix, les bénéficiaires sont des femmes. La pension de réversion constitue la moitié des retraites des femmes qui en bénéficient et au total un quart de la pension de l'ensemble des femmes, alors qu'elle représente une part négligeable dans le cas des hommes. Ces droits dérivés contribuent à diminuer l'écart entre les pensions des hommes et des femmes puisque l'écart de pension qui est de 42 % pour les droits propres se réduit à 29 % si l'on tient compte de la pension de réversion.

- Pour les salariés du privé, le régime général verse la pension de réversion aux conjoints ou ex-conjoints, sans qu'ils s'en voient exclus en cas de remariage. En revanche, il existe une condition de ressources puisque les plafonds de ressources annuelles brutes sont de 20 862,40 euros pour les personnes vivant seules et de 33 379,84 euros pour les personnes vivant en couple. L'âge pour pouvoir y prétendre a été reculé : si le conjoint ou l'ex-conjoint est décédé avant 2009, le conjoint survivant peut en bénéficier à partir de 51 ans ; pour les décès postérieurs à cette date, l'âge d'ouverture des droits a été porté à 55 ans.

La pension de réversion est égale à 54 % de la retraite dont bénéficiait ou aurait pu bénéficier le défunt, sans tenir compte des majorations de retraite. Si le défunt justifiait 60 trimestres d'assurance retraite au régime général, le montant de la pension de réversion est au minimum de 3 433,72 euros par an, soit 286,14 euros par mois. Le montant de la pension de réversion ne peut toutefois pas dépasser 10 941,48 euros par an, soit 911,79 euros par mois. Si la somme des ressources du bénéficiaire et de la pension de réversion (hors bonification pour enfants) dépasse le plafond de ressources, la pension de réversion est réduite à hauteur du dépassement. La pension de réversion du régime général est révisable, en fonction de l'évolution des ressources du bénéficiaire. Par ailleurs, si le conjoint décédé a été marié plusieurs fois, la pension de réversion est partagée au prorata de la durée de chaque mariage.

- À condition d'avoir été mariés, les salariés du privé peuvent également prétendre à une pension de réversion du régime complémentaire Agirc-Arrco. En cas de remariage, la pension de réversion n'est pas attribuée ; si la pension de réversion était versée avant le remariage, elle est définitivement supprimée. À la différence de la retraite de base de la Sécurité sociale, la pension de réversion de la retraite complémentaire est attribuée sans condition de ressources. Depuis la fusion des deux régimes Agirc-Arrco, les conjoints ou ex-conjoints bénéficient de la pension de réversion à partir de 55 ans si le décès du salarié est intervenu à compter du 1^{er} janvier 2019. La pension de réversion peut être versée sans condition d'âge si l'ayant droit a deux enfants à charge au moment du décès ou s'il est en situation d'invalidité. Cette pension est égale à 60 % de la retraite complémentaire du salarié ou retraité décédé, sans qu'il soit tenu compte du coefficient dit d'anticipation qui a pu la minorer.

● Les pensions de réversion des fonctionnaires obéissent à leurs propres règles. Le bénéficiaire doit avoir été marié avec la personne décédée et remplir une des quatre conditions suivantes :

- le mariage doit avoir duré au moins quatre ans ;
- le mariage doit avoir été célébré au moins deux ans avant la mise à la retraite du défunt ;
- avoir eu au moins un enfant issu de ce mariage ;
- le défunt bénéficiait d’une pension d’invalidité et la date du mariage est antérieure à l’événement ayant entraîné sa mise à la retraite.

Les mêmes conditions sont applicables à l’ex-conjoint qui ne s’est pas remarié.

La pension de réversion peut être obtenue sans condition d’âge, ni de condition de ressources. Elle représente 50 % du montant de la retraite de base dont bénéficiait le défunt ou dont il aurait pu bénéficier s’il avait atteint la retraite. Le conjoint survivant d’un fonctionnaire décédé peut également bénéficier d’une pension de réversion sur la base des droits acquis par le défunt dans le régime de retraite additionnelle de la fonction publique, suivant des conditions identiques.

L’examen des principaux régimes de pension de réversion fait ressortir que les conditions pour y avoir droit sont non seulement nombreuses mais surtout extrêmement variables d’un régime de retraite à un autre. En 2017, en France, le montant mensuel moyen de la pension de réversion, versé par les régimes de base et complémentaires, s’élève à 642 euros pour les femmes et 304 euros pour les hommes. Ce type de pension représente 11 % des masses de prestations vieillesse versées par le système de retraite français, tous régimes confondus. Ainsi, tous régimes confondus, au 31 décembre 2016, 4,4 millions de personnes disposaient d’un avantage de droit dérivé d’un régime obligatoire de base ou complémentaire. Pour 1,1 million de ces bénéficiaires, la pension de droit dérivé constitue leur unique pension de retraite. Les femmes, plus souvent veuves, représentent 89 % des bénéficiaires d’une pension de droit dérivé ⁽¹⁾.

c. Les dispositifs de minima de pension et le minimum vieillesse

Les revenus des personnes à la retraite sont garantis à la fois par des minima de pension (minimum contributif pour les salariés du privé ; minimum garanti pour les fonctionnaires), accordés sur une base contributive et individuelle par les régimes de retraite et par un minimum social, l’allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA), auparavant le minimum vieillesse.

(1) Drees, « Les retraités et les retraites », in Panoramas de la Drees, édition 2018.

● **Le minimum contributif du régime général**

Pour bénéficier du minimum contributif, il faut avoir cotisé au régime général de la sécurité sociale ou être polypensionné, c'est-à-dire relever de plusieurs régimes de retraite. 16 % des retraités français bénéficiaient du minimum contributif en 2016. Il est destiné aux salariés qui ont eu une carrière complète mais qui ont cotisé à la retraite sur de faibles montants de rémunération. Il constitue le « montant plancher » de la retraite de base. Il faut remplir l'une des deux conditions suivantes :

– avoir atteint l'âge minimum de la retraite (62 ans à partir de la génération née en 1955, entre 60 et 62 ans pour les générations précédentes) et avoir validé le nombre requis de trimestres (entre 160 et 172) ;

– avoir dépassé l'âge de la retraite à taux plein (67 ans à partir de la génération née en 1955, entre 65 et 67 ans pour les générations précédentes).

Le minimum contributif est composé de deux parties : le minimum proprement dit (636,57 euros par mois en 2019 pour une carrière complète), assorti d'une majoration, pour les personnes ayant cotisé au moins 120 trimestres, laquelle porte le minimum à 697,68 euros par mois en 2019. Qu'il soit majoré ou non, le minimum contributif est entièrement versé, à condition de justifier du nombre de trimestres exigé dans sa classe d'âge, sinon il est réduit à proportion du nombre de trimestres cotisés au régime général.

Le minimum contributif est une allocation différentielle, dont le montant peut être réduit quand le total des pensions de retraite de l'intéressé dépasse un certain plafond. Le plafond du minimum contributif pour 2019 est fixé à 1 177,44 euros par mois. Pour le calcul du plafond, toutes les pensions de retraite sont prises en compte, y compris les pensions de régimes complémentaires.

● **Le minimum garanti de la fonction publique**

Pour les fonctionnaires, le minimum garanti est en théorie le « montant plancher » de la retraite de base. Il est attribué aux fonctionnaires dont la pension est peu élevée. La proportion de pensions relevées au minimum garanti est très variable d'une fonction publique à une autre : en bénéficient 9 % des agents civils de la fonction publique de l'État, 45 % des agents de la fonction publique territoriale et 24 % des agents de la fonction publique hospitalière. Cela tient aux différences de structure de ces populations : la fonction publique de l'État se caractérise notamment par une proportion importante d'agents de catégorie A, alors que la fonction publique territoriale compte plus d'agents de catégorie C. En 2016, 5,4 % des nouveaux retraités de la fonction publique de l'État et 19,6 % de ceux des fonctions publiques territoriale et hospitalière ont bénéficié du minimum garanti.

Comme le montant contributif, le minimum garanti ne peut pas permettre de porter la somme totale des pensions de retraite (tous régimes confondus) au-dessus de 1 170,82 euros par mois.

Pour bénéficier du minimum garanti, il faut remplir l'une des conditions suivantes au moment du départ à la retraite :

- avoir validé le nombre de trimestres d'assurance requis pour bénéficier d'une retraite à taux plein ;
- avoir atteint la limite d'âge ;
- avoir atteint l'âge d'annulation de la décote ;
- être admis à la retraite pour invalidité ;
- avoir droit à une retraite anticipée pour enfant invalide.

Le montant du minimum garanti varie en fonction de l'ancienneté, la durée de service effectif étant l'unique déterminant explicite du montant du minimum garanti. Il convient de noter qu'un fonctionnaire ayant effectué 40 années de service dans la fonction publique a généralement atteint un indice de traitement qui lui permet de bénéficier d'une pension supérieure au minimum garanti. Celui-ci bénéficie donc principalement aux carrières courtes de la fonction publique et aux personnes terminant leur carrière avec un indice faible, principalement les femmes. Enfin, s'agissant du temps partiel, il est pris en compte au prorata de sa durée, à la fois pour le calcul de la pension normale et pour le calcul du minimum garanti. Les fonctionnaires ayant passé une partie significative de leur carrière à temps partiel – surtout des femmes – détiennent une durée de service plus faible et bénéficient donc plus souvent du minimum garanti. Le bénéfice du minimum garanti procure un gain financier compris entre 80 et 150 euros par mois, soit une majoration de la pension normale d'environ 20 % pour la population concernée ⁽¹⁾.

• L'allocation de solidarité aux personnes âgées

En dehors du système de retraite, la solidarité nationale envers les personnes âgées s'articule notamment autour d'un minimum social, l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA), qui se substitue au minimum vieillesse depuis 2007. Versée sous forme d'allocation différentielle, elle garantit un minimum à toute personne âgée de 65 ans et plus ⁽²⁾, résidant en France ⁽³⁾ et ayant fait valoir l'ensemble de ses droits à pension. En 2017, plus de 20 % des

(1) Conseil d'orientation des retraites (COR), séance plénière du 25 mai 2011, document n° 6, « Le minimum garanti dans les trois fonctions publiques : réglementation et profil des bénéficiaires ».

(2) À partir de l'âge minimum légal de départ à la retraite, en cas d'invalidité ou d'inaptitude, soit 62 ans à compter de la génération de 1955.

(3) France métropolitaine, Guadeloupe, Martinique, Guyane, La Réunion, Saint Martin ou Saint Barthélemy, durant plus de six mois ou 180 jours au cours de l'année civile de versement de l'allocation.

retraités des DOM percevaient l'ASPA et 4 % des retraités de métropole. La précarité financière accrue des retraités dans les DOM est due à un contexte économique de chômage très élevé, de sous-emploi et de travail illégal répandu. Faute de cotisations suffisantes, un grand nombre de personnes dans les DOM arrive à la retraite sans pouvoir bénéficier d'une pension suffisante ⁽¹⁾.

Au 1^{er} janvier 2019, l'ASPA est de 868,20 euros par mois pour une personne seule et de 1 347,88 euros pour un couple. L'ASPA est « récupérable » sur succession : si la valeur du patrimoine net de l'allocataire défunt est estimée à moins de 39 000 euros, il n'y a toutefois pas de récupération. Dans le cas contraire, les allocations sont remboursables uniquement sur la fraction de la succession supérieure à 39 000 euros ⁽²⁾. Certaines personnes âgées peuvent choisir de ne pas recourir à l'ASPA pour éviter le recouvrement sur succession.

L'ASPA est financée par le fonds de solidarité vieillesse (FSV) ; en 2017, les dépenses du FSV au titre du minimum vieillesse s'établissent à un peu plus de trois milliards d'euros ⁽³⁾.

d. Principaux enjeux et défis de la réforme des retraites

La réforme prochaine de l'ensemble des régimes de retraites, annoncée par le Gouvernement, ambitionne de modifier l'intégralité des régimes ainsi que l'ensemble du système de retraite, ce qui risque de bouleverser bon nombre des équilibres actuels.

Points de vigilance pour les retraites des femmes dans l'hypothèse de la mise en œuvre d'un régime par points

Les femmes sont actuellement les principales bénéficiaires des avantages non-contributifs visant à limiter les effets de carrières incomplètes. Dans un régime par points où le niveau des pensions est déterminé par le nombre de points acquis, il serait nécessaire de prévoir des mécanismes correcteurs pour maintenir le niveau des pensions des femmes déjà largement inférieures à celles des hommes. La question se pose pour les dispositifs suivants :

– **les avantages familiaux** : doivent-ils être consolidés ou restructurés ? Comment tenir compte des évolutions de la société ? Dans le dispositif actuel, 80 % de ces avantages familiaux bénéficient aux familles nombreuses. Si on attribue des points pour les enfants, il convient de déterminer à qui (la mère et/ou le père) et combien (variation ou non en fonction de la taille de la famille) ;

(1) *Observatoire des territoires*, « Le vieillissement de la population et ses enjeux », 2017.

(2) *Conseil d'orientation des retraites (COR)*, séance plénière du 24 mai 2018, document n° 2, « Les dispositifs de minima de pension et le minimum vieillesse ».

(3) <http://fsv.fr/solidarite/minimum-vieillesse> [URL consultée le 25 avril 2019].

– **les avantages conjugaux** : comment organiser les pensions de réversion dans un régime par points, afin de protéger les veuves pour qu’il n’y ait pas de rupture dans leur mode de vie ? Doit-on élargir ce mécanisme aux couples non-mariés ? Par ailleurs, se pose la question du partage de la réversion, en cas de mariages successifs ;

– **les minima de pension** : comment déterminer et financer un plancher de pension pour les personnes disposant de droits propres inférieurs au seuil de pauvreté ? Cet enjeu concerne notamment les aidants familiaux qui sont essentiellement des femmes.

La manière dont ces problématiques seront, ou pas, intégrées dans un régime par points, qui pourrait être mis œuvre dans le cadre de la future réforme des retraites annoncée par le Gouvernement, jouera un rôle majeur dans la détermination du niveau des pensions des femmes.

Cette réforme représente un enjeu crucial pour les femmes, dont les retraites sont largement inférieures à celles des hommes. Les modalités mises en œuvre auront un impact déterminant sur le niveau de leurs retraites. En particulier, les dispositifs de solidarité actuellement intégrés aux régimes de retraites bénéficient principalement aux femmes et les droits familiaux représentent en moyenne près de 10 % de la retraite directe des femmes. Par ailleurs, les minima de pension bénéficient largement aux femmes, étant donné que leurs retraites sont généralement plus faibles que celles des hommes. Enfin, 90 % des bénéficiaires de pensions de réversion sont des femmes. Les pensions de réversion représentent une dépense majeure du système de retraite, soit environ 35 milliards d’euros.

Recommandation n° 7 : faire de l’égalité entre les femmes et les hommes un objectif prioritaire de la prochaine réforme des retraites, en y intégrant des dispositifs de correction des inégalités entre les hommes et les femmes.

Recommandation n° 8 : dans le cas d’une évolution du régime, prévoir de manière spécifique la prise en compte des trimestres sans activité professionnelle dus aux périodes de maternité et d’interruption de carrière pour l’éducation d’un enfant.

Recommandation n° 9 : prévoir que toute évolution du régime doit être précédée d’une évaluation de son impact sur les retraites des femmes en général et sur les personnes bénéficiant d’une pension de réversion en particulier.

II. VIVRE MIEUX ET PLUS LONGTEMPS : LE DÉFI DU VIEILLISSEMENT

En France, les personnes âgées de 60 ans et plus sont au nombre de 15 millions aujourd’hui. Elles seront 20 millions en 2030 et près de 24 millions en 2060. Le nombre des plus de 85 ans passera de 1,4 million aujourd’hui à 5 millions en 2060. L’accroissement du nombre de personnes âgées dans notre société pose avec d’autant plus d’acuité la question de leur qualité de vie, en particulier de la préservation de leur santé et de la prévention de la perte d’autonomie.

A. MIEUX PRÉSERVER LA SANTÉ PHYSIQUE ET PSYCHIQUE DES PERSONNES ÂGÉES

Si la France obtient de bons résultats en termes d’espérance de vie, elle est en revanche en dessous de la moyenne européenne pour l’espérance de vie en bonne santé ⁽¹⁾.

En 2016, l’espérance de vie est en France de 79,3 ans pour les hommes et de 85,3 ans pour les femmes, au-dessus de la moyenne européenne qui s’établit à 78,2 ans pour les hommes et 83,6 ans pour les femmes ⁽²⁾. Avec 62,7 ans pour les hommes et 64,1 ans pour les femmes, l’espérance de vie en bonne santé est cependant inférieure en France à la moyenne dans l’Union européenne où elle est de 63,5 ans pour les hommes et 64,2 ans pour les femmes ⁽³⁾. L’écart d’espérance de vie en bonne santé est de presque dix ans avec la Suède (73,3 ans chez les femmes, 73 ans chez les hommes) ⁽⁴⁾, alors que l’espérance de vie à la naissance est quasiment équivalente dans les deux pays.

Ce constat interroge les habitudes sanitaires françaises, ainsi que la capacité de notre système médico-social à garantir aux personnes âgées une vie en bonne santé physique et psychique.

(1) *Moyenne des 28 pays membres de l’Union européenne en 2016.*

(2) *Selon la définition de l’Insee, « l’espérance de vie à la naissance représente la durée de vie moyenne (l’âge moyen au décès) d’une génération fictive qui connaîtrait tout au long de son existence les conditions de mortalité par âge observées l’année où est calculé l’indicateur. Elle caractérise la mortalité indépendamment de la structure par âge ». Les statistiques sont extraites de la base Eurostat.*

(3) *Selon la définition de l’Insee, « l’espérance de vie en bonne santé (à la naissance), ou années de vie en bonne santé (AVBS), mesure le nombre d’années en bonne santé qu’une personne peut s’attendre à vivre (à la naissance). L’AVBS est un indicateur d’espérance de santé qui combine à la fois des informations sur la mortalité et sur la santé fonctionnelle. Les informations utilisées pour son calcul sont des mesures de prévalence (proportions) de la population d’un âge spécifique ayant ou n’ayant pas de limitations dans les activités usuelles et les taux de mortalité par sexe et âge ».*

(4) *Insee, État civil pour l’espérance de vie à la naissance et Eurohex, méthode EHEMU pour l’espérance de vie en bonne santé, mise à jour d’octobre 2018.*

1. La santé des femmes séniorees en France

Comme le rappelait le docteur Olivier de Ladoucette lors de la table ronde sur la santé des femmes ⁽¹⁾, la France est « *le pays de la doyenne de l'humanité et personne jusqu'à présent n'a réussi à dépasser cet âge et l'on est même aujourd'hui bien en-deçà* ». La France est bien placée en termes d'espérance de vie dans le monde. Le système de santé français est d'ailleurs régulièrement classé dans les premières places des classements mondiaux. La situation sanitaire des femmes séniorees vivant en France est donc, comme la situation sanitaire globale de la population, plutôt satisfaisante : « *les Français sont globalement en bonne santé par rapport aux pays de niveau de richesse similaire, et à plus forte raison au regard de la population mondiale* » ⁽²⁾.

Et en comparaison de celles des hommes, la situation sanitaire des femmes en France est souvent présentée comme plus favorable : leur espérance de vie est supérieure de plusieurs années à celle des hommes et elles bénéficient d'un taux de mortalité à chaque âge plus faible que celui des hommes. La mortalité prématurée notamment est deux fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes. De telles différences sanitaires ne sont toutefois pas toujours en faveur des femmes et l'on peut par exemple rappeler que celles-ci sont davantage touchées par les maladies cardio-vasculaires.

L'espérance de vie plus longue et la situation sanitaire plus favorable des femmes sont également à relativiser au regard de l'espérance de vie en bonne santé, qui est en réalité peu différenciée, avec 62,7 ans pour les hommes et 64,1 ans pour les femmes, et des distinctions biologiques qui ne créent pas à proprement parler d'inégalités mais plutôt des différences entre les deux sexes devant être prises en compte par la médecine et la recherche médicale.

(1) Table ronde sur la préservation de la santé et du bien-être des personnes âgées du mercredi 20 mars 2019 – voir la [vidéo](#).

(2) Drees, L'état de santé de la population en France, rapport 2017.

La prise en compte du sexe et du genre dans la recherche médicale

« *Durant des années, les femmes ont été sous-représentées dans les études cliniques. Or, de nombreuses molécules n'ont pas le même effet chez les hommes et les femmes, en raison de différences pharmacodynamiques et pharmacocinétiques. Il en découle un manque d'informations sur les effets thérapeutiques ou indésirables des substances mais aussi, plus généralement, une moins bonne connaissance des pathologies chez les femmes et une prise en charge plus souvent sous-optimale. La sous-représentation est due à divers facteurs, allant de la perception des femmes au sein de la société à des enjeux éthiques vis-à-vis de la grossesse. L'importance d'inclure suffisamment de femmes comme sujets d'études nécessite ainsi une prise de conscience médicale et également sociale* »⁽¹⁾.

En 2014, l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) a mis en place un groupe de réflexion « Genre et recherches en santé » au sein de son comité d'éthique qui a pour objectif de sensibiliser à l'impact du genre et du sexe sur la recherche en santé mais aussi de mener une réflexion éthique sur la dimension du genre, souvent négligée dans les travaux de recherche biomédicale.

Selon ce groupe de réflexion, l'étude des liens entre sexe, genre et santé ne correspond pas à une discipline particulière de la recherche, mais à une approche transversale qui permet d'intégrer la globalité de l'être humain pour comprendre ou résoudre les problèmes de santé. Elle doit passer par une évolution méthodologique des pratiques aussi bien dans les recherches précliniques que dans les recherches cliniques⁽²⁾.

(1) *Mélisa Mathilde Potterat, Yvan Monnin, Antoinette Pechère, Idris Guessous, Les femmes, oubliées de la recherche clinique, Rev Med Suisse 2015 ; volume 11. 1733-1736.*

(2) *À ce sujet, voir le site de l'Inserm : <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/genre-et-sante> [URL consultée le 10 avril 2019].*

Cette prise en compte inégale des spécificités biologiques de chaque sexe et sociologiques de chaque genre par la recherche peut engendrer de graves inégalités dans la prise en charge médicale. La symptomatologie étant par exemple différente entre les femmes et les hommes pour les maladies cardiovasculaires, celles-ci ont longtemps été bien moins détectées chez les femmes. La fédération française de cardiologie indique en effet que les symptômes sont moins évidents à détecter chez les femmes, contrairement à la douleur dans le thorax qui irradie dans le bras gauche chez les hommes. Les symptômes qui apparaissent chez les femmes étant plus discrets et moins connus du grand public, la prise en charge par les services d'urgence se fait moins rapidement : la fédération française de cardiologie a ainsi constaté que l'infarctus était pris en charge pour les femmes en moyenne une heure plus tard que pour les hommes⁽¹⁾.

Par ailleurs, plusieurs études et enquêtes⁽²⁾ relèvent que les femmes perçoivent leur santé de manière plus négative que les hommes et qu'elles

(1) *À ce sujet, voir le rapport d'information n° 406 (2014-2015) de Mmes Annick Billon et Françoise Laborde fait au nom de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes du Sénat sur le projet de loi de modernisation de notre système de santé.*

(2) *À ce sujet, voir notamment les études de la DREES : N. Fourcade, L. Gonzalez, S. Rey, M. Husson, 2013, « La santé des femmes en France », Études et résultats n° 834, mars 2013 ou L'état de santé de la population en France, rapport 2017.*

déclarent davantage de limitations fonctionnelles. Il ressort des auditions conduites par vos Rapporteures que les femmes sont également plus familières du système de santé et recourent plus régulièrement à des consultations médicales. Les hommes déclarent quant à eux moins de maladies, mais plus souvent des affections potentiellement mortelles et, hors hospitalisations liées à la maternité, le taux d'hospitalisation des hommes est supérieur à celui des femmes. Paradoxalement, si elles consultent plus que les hommes, les femmes renoncent davantage à des soins pour des raisons financières : selon la direction générale de l'offre soins, 64 % des personnes ayant renoncé à un soin sont des femmes. Les difficultés financières des femmes âgées, liées notamment aux retraites inférieures à celles des hommes, peuvent accentuer ce renoncement aux soins et nuire directement à la préservation de leur santé.

Comme l'a expliqué l'association Agir pour le développement de la santé des femmes (ADSF) lors de la table ronde sur la santé des femmes séniors ⁽¹⁾, les femmes séniors sont sans doute l'une des parties de la population les plus « invisibilisées » et lorsqu'elles se retrouvent dans une situation de précarité, qu'elle soit extrême ou non, la santé devient bien souvent un luxe inaccessible. L'ADSF rappelle que les femmes en situation de précarité ont neuf fois moins accès aux soins que la moyenne des françaises ⁽²⁾.

Si elle n'est pas simple à mesurer, la situation est encore pire en ce qui concerne la santé mentale ; les troubles sont nombreux chez les femmes âgées en situation de précarité, en particulier lorsqu'elles vivent dans la rue. Ces troubles ne sont que rarement détectés et bien souvent ils ne sont pas vus comme une urgence sanitaire, la santé physique étant considérée comme prioritaire.

(1) *Table ronde sur la préservation de la santé et du bien-être des personnes âgées du mercredi 20 mars 2019 – voir la [vidéo](#).*

(2) *Les hommes en situation de précarité ont quant à eux cinq fois moins accès aux soins que la moyenne.*

La santé mentale des personnes âgées

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), dans le monde plus de 20 % de la population âgée de plus de 60 ans souffre d'un trouble de santé mentale ou neurologique (à l'exclusion des maux de tête) et environ un quart des suicides concernent ces personnes de 60 ans ou plus.

Les troubles mentaux et neurologiques les plus courants dans cette tranche d'âge sont la démence et la dépression qui touchent respectivement environ 5 % à 7 % des personnes âgées dans le monde. Les troubles anxieux touchent 3,8 % de la population âgée, les problèmes liés à l'abus de substances psychoactives presque 1 %.

Comme l'a indiqué le docteur Olivier de Ladoucette, « *l'incidence des pathologies mentales sur la population des personnes âgées est forte. [...] Les interactions entre les affections physiques et psychiques sont nombreuses et réciproques. Les maladies physiques, surtout lorsqu'elles entraînent une perte d'autonomie, sont un facteur de risque majeur de troubles psychiatriques, en particulier la dépression. À l'inverse, bon nombre de troubles psychiatriques aggravent les conséquences des affections chroniques. Ils ont un impact sur l'observance du traitement, l'évolution de la maladie et son pronostic. Les conséquences des troubles psychiatriques sur les activités de la vie quotidienne sont nombreuses et invalidantes* »⁽¹⁾. L'OMS estime en effet que 6,6 % des incapacités sont attribuables à des troubles psychiques ou neurologiques et lors de la table ronde sur la santé des personnes séniors, le docteur Olivier de Ladoucette a souligné qu'en France, ce sont chaque année plus de 3 000 personnes âgées de plus de 65 ans qui se suicident.

Les différents troubles psychiques, quel que soit leur niveau de gravité, ont des incidences importantes sur la vie et l'autonomie des personnes âgées. Or, l'OMS estime que dans les pays à haut niveau de revenu, entre 35 % et 50 % des pathologies mentales graves ne sont pas prises en charge par le système de santé.

(1) Olivier de Ladoucette, Bien-être et santé mentale : des atouts indispensables pour bien vieillir, rapport remis à Mme Nora Berra, Secrétaire d'État chargée de la santé en mars 2011.

Au-delà de la situation sanitaire actuelle, des évolutions inquiétantes ont été soulignées durant les auditions. Selon l'agence Santé publique France, qui publie chaque année un « baromètre santé », les déterminants de santé chez les femmes actuellement âgées de 45 à 65 ans s'aggravent, ce qui conduira cette génération à développer davantage de pathologies, notamment cardiovasculaires. On constate par exemple une augmentation de la prévalence du tabagisme et de la consommation d'alcool chez les femmes âgées de 50 à 65 ans, ce qui correspond à l'avancée en âge des générations nées à partir des années 1950 au sein desquelles le tabagisme et la consommation d'alcool s'étaient fortement répandus. En raison du développement de comportements à risques, cette génération de femmes vieillira en moins bonne santé que la génération précédente.

2. Vieillir en bonne santé : l'importance de la prévention

L'amélioration de l'état de santé des femmes âgées, tout comme celui des hommes, est manifeste. Cependant à la différence du gain d'espérance de vie, l'espérance de vie en bonne santé a quant à elle stagné, voire légèrement régressé,

depuis dix ans (passant de 64,4 à 64,1 ans pour les femmes)⁽¹⁾. Il convient, en effet, de distinguer espérance de vie et espérance de vie en bonne santé qui relève de plusieurs indicateurs et qui peut également être mesurée à différents âges (notamment 55 et 65 ans) ; il convient également de différencier ce calcul d'autres types de mesures de l'espérance de vie en bonne santé telle que l'espérance perçue par les intéressés, ou encore l'espérance de vie sans incapacité fonctionnelle quotidienne ou l'espérance de vie sans maladie chronique. Ces différents éléments ne varient pas nécessairement de façon parallèle. Sans tirer de ces chiffres de conclusions hâtives, il est certain que cette stagnation interroge sur les leviers d'action qui permettraient aujourd'hui d'augmenter l'espérance de vie en bonne santé des femmes et des hommes en France.

Comme l'expliquait M. François Bourdillon, directeur général de l'agence Santé publique France, lors de son audition par vos Rapporteurs, plusieurs types de comportements augmentent drastiquement les risques de maladies cardiovasculaires, de maladies chroniques et de maladies psychiques, notamment la démence : consommation de tabac ou d'alcool, sédentarité et faible activité physique, mauvaise alimentation et dénutrition, surpoids. Or, ces facteurs déclencheurs ou aggravants sont modifiables et il s'agit sans doute là d'un des principaux leviers de prévention pour améliorer l'espérance de vie en bonne santé.

• L'exemple de la nutrition : un double enjeu entre risques d'obésité et risques de dénutrition

Entre 2006 et 2015, la prévalence du surpoids chez les femmes âgées de 40 à 54 ans est passée de 41,2 % à 49,7 %⁽²⁾. Pour lutter contre cette tendance, la prévention contre les risques d'obésité a été largement développée en France au fil des différentes stratégies nationales de santé sans d'ailleurs nécessairement cibler les personnes âgées de plus de 40 ans. Pourtant, en avançant en âge, le risque est bien plus celui d'une malnutrition ou d'une dénutrition.

M. François Bourdillon, directeur de l'agence Santé publique France, a ainsi souligné que 56 % des hommes et 89 % des femmes âgées de 55 à 74 ans présentent des apports en calcium inférieurs au niveau des apports nutritionnels conseillés. Lors de leur déplacement dans l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) du groupe SOS Séniors à Aulnay-sous-Bois, vos Rapporteurs ont pu échanger avec les équipes en charge des temps de repas qui ont expliqué qu'avec l'âge le goût a tendance à s'altérer et le plaisir de manger à diminuer. Les personnes âgées sentent par exemple moins le goût du sel et peuvent du coup avoir tendance à en abuser ; la vigilance s'impose également quant au respect des prescriptions médicales qui sont parfois très restrictives et compliquent également la bonne nutrition, la variété des menus et donc le plaisir de l'alimentation.

(1) Insee, État civil pour l'espérance de vie à la naissance et Eurohex, *méthode EHEMU pour l'espérance de vie en bonne santé, mise à jour d'octobre 2018*.

(2) Agence Santé publique France.

L'exemple du programme *Silver fourchette*

Développé par le groupe SOS Séniors puis élargi avec la fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs (FEHAP) à l'ensemble des EHPAD privés à but non lucratif, le programme *Silver fourchette* promeut une alimentation « santé et plaisir » pour les seniors en donnant aux chefs et à ceux qui cuisinent pour les seniors toutes les cartes pour faire du repas un moment créatif et stimulant.

Dans ce cadre, les chefs cuisiniers des EHPAD sont invités à participer à un concours de gastronomie pour le grand âge. Parrainé par le chef Thierry Marx, ce concours vise à sensibiliser à l'importance du plaisir de manger en EHPAD. Il a aussi pour ambition de valoriser les talents souvent méconnus des chefs qui officient dans les cuisines de ces établissements et de faire connaître aux jeunes générations des métiers souvent méconnus. Ainsi, pour chaque étape, les chefs concourent en binôme avec un jeune élève d'un lycée hôtelier partenaire qui découvre la cuisine dédiée aux seniors.

En sus de ce concours, ce programme propose des conférences, des ateliers pour cuisiner ensemble, des formations pour les chefs cuisiniers des EHPAD, un « lab » pour découvrir les dernières innovations et notamment la technique de reconstitution des plats en utilisant des « *textures modifiées* » qui respectent les goûts des différents aliments et permettent aux personnes âgées ayant des difficultés à mâcher et déglutir de bénéficier de plats avec différentes textures et un aspect gourmand.

● L'exemple de l'activité physique

Selon l'agence Santé publique France, seulement 57,8 % des femmes de 55 à 74 ans, contre 71,5 % des hommes du même âge, satisfaisaient en 2015 aux recommandations de l'OMS : 30 minutes de marche par jour, cinq jours par semaine. « *Si chez les hommes le niveau d'activité physique des seniors est resté stable entre 2006 et 2015, chez les femmes la baisse du niveau d'activité physique se retrouvait dans toutes les classes d'âge et était de 8,2 % chez les femmes âgées de 55 à 74 ans* » ⁽¹⁾.

Il ressort des auditions conduites par vos Rapporteurs que la pratique d'une activité physique régulière permet pourtant d'améliorer la santé des personnes séniors et de retarder la perte d'autonomie.

Lors de l'avancée en âge, la pratique d'un exercice physique régulier a de nombreux bénéfices sur les fonctions cardiovasculaires et neurocognitives ; elle permet également de limiter l'impact de la réduction de la masse musculaire et celui de l'augmentation de la fragilité osseuse.

(1) Audition de M. François Bourdillon, directeur général de l'agence Santé publique France.

PRINCIPAUX BÉNÉFICES DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE

Domaine	Type d'activité physique*	Effets observés
Cardiovasculaire	Exercices réguliers	<ul style="list-style-type: none"> – Réduction des facteurs de risque – Amélioration de la fonction inotrope – Restauration de l'angiogénèse cardiaque – Amélioration de la perfusion musculaire – Diminution de la production de radicaux oxydants – Amélioration du profil lipidique
Locomoteur	Exercices réguliers, notamment renforcement musculaire	<ul style="list-style-type: none"> – Augmentation de la masse et de la force musculaire – Maintien/augmentation de la densité minérale osseuse
Neurocognitif	Exercices réguliers	<ul style="list-style-type: none"> – Action sur la plasticité cérébrale – Amélioration de l'activité motrice volontaire – Rôle sur le système nerveux autonome – Prévention des chutes – Diminution du déclin cognitif – Diminution de l'anxiété et la dépression – Amélioration de la qualité de vie
Inflammation, immunité, cancers	Exercices réguliers	<ul style="list-style-type: none"> – Diminution de l'immunosénescence et modulation de l'état inflammatoire – Prévention et amélioration de la survie de certains cancers
Espérance de vie et mortalité	Exercices réguliers, quelle que soit l'intensité, avec relation dose-effet	Augmentation de la longévité et réduction de la mortalité

Source : Institut de la veille sanitaire, Bulletin épidémiologique hebdomadaire n°30-31 du 6 octobre 2015.

La pratique d'une activité physique participe directement au maintien en bonne santé des personnes âgées, ainsi qu'à leur bien-être. S'agissant d'un enjeu de santé publique, vos Rapporteuses soulignent qu'il est essentiel de développer l'offre d'activités proposées aux femmes âgées, dont l'activité physique a baissé au cours de la dernière décennie.

Développer la pratique d'activités physiques et sportives

La lutte contre la sédentarité et la pratique des activités physiques pour les personnes avançant en âge s'inscrivent au cœur des enjeux de santé publique. Elles ont pour but de préserver la santé des aînés, d'éviter la surenchère des soins et de prévenir la perte d'autonomie.

C'est au début des années 2000 que la pratique d'activités physiques et sportives (APS) prend une place à part entière autour de la notion de vieillissement actif défendue par l'OMS lors de la deuxième assemblée mondiale sur le vieillissement de Madrid en 2002. Progressivement les APS deviennent, avec la nutrition, les piliers de la prévention du vieillissement. En France, le programme national « Bien vieillir », mis en place en 2003, est le premier dispositif français en matière de politique de prévention en direction des seniors qui place les APS au cœur de l'action publique. Il est renouvelé en 2007 et devient le « plan national bien vieillir » (PNVB). En 2010 la thématique relative à la promotion des activités physiques et sportives est intégrée en tant que telle – « développer l'activité physique et sportive et limiter la sédentarité » – dans le programme national nutrition santé 2011-2015 (PNNS).

Dans le cadre du programme national nutrition santé (PNNS) et du plan sport santé bien-être (SSBE) de nombreuses actions ont été initiées au niveau national comme au niveau local pour la promotion de l'activité physique au quotidien pour tous, notamment pour les seniors, et pour améliorer la prise en compte de l'activité physique dans la prise en charge de pathologies chroniques.

Partant du constat que l'un des facteurs les plus délétères pour la santé est la sédentarité et le manque d'activité physique régulière, le rapport remis en décembre 2013 par le professeur Daniel Rivière « Dispositifs d'activités physiques et sportives en direction des âgés »⁽¹⁾ met au cœur de ses propositions la lutte contre la sédentarité et la pratique d'activités physiques et sportives structurées et adaptées.

L'offre d'activités physiques et sportives pour les seniors se développe par des aménagements urbains, par des propositions municipales ou associatives, par les clubs sportifs. Cette offre reste inégale selon les territoires et les populations et elle est parfois mal ciblée. Elle repose sur une disparité des acteurs, de leurs compétences et des financements. Le renforcement de l'offre doit tendre à son accessibilité à l'ensemble du public. La formation des intervenants doit permettre de répondre aux besoins variés des personnes âgées (personnes âgées en bonne santé, personnes âgées fragiles, personnes âgées en perte d'autonomie et/ou en situation de handicap, pathologies chroniques).

(1) Dispositif d'activités physiques et sportives en direction des âgés, *rapport remis à la ministre des sports, de la jeunesse, de l'éducation populaire et de la vie associative et à la ministre déléguée aux personnes âgées et à l'autonomie, établi par le groupe de travail, sous la présidence du professeur Daniel Rivière, décembre 2013.*

Source : Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, Plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie, septembre 2015.

Le développement de l'activité physique est un des axes majeurs des différents plans santé depuis le début des années 2000 et dorénavant il est intégré dans la politique de prévention de la perte d'autonomie. L'impact positif de

l'activité physique sur la santé est officiellement reconnu et inscrit dans la loi qui fixe comme objectif : « *la prévention collective et individuelle, tout au long de la vie, des maladies et de la douleur, des traumatismes et des pertes d'autonomie, notamment par la définition d'un parcours éducatif de santé de l'enfant, par l'éducation pour la santé, par la lutte contre la sédentarité et par le développement de la pratique régulière d'activités physiques et sportives à tous les âges* »⁽¹⁾.

L'article L. 1172-1 du code de la santé publique précise que « *dans le cadre du parcours de soins des patients atteints d'une affection de longue durée, le médecin traitant peut prescrire une activité physique adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical du patient* ». La prescription médicale d'activité physique est possible pour les personnes atteintes d'une affection de longue durée (VIH, diabète, maladie de Parkinson, maladie d'Alzheimer, cancers, *etc.*) et concerne ainsi en grande partie les personnes âgées. La prescription et la dispensation de l'activité physique ne font pourtant l'objet d'aucun remboursement par l'assurance maladie. Néanmoins, certaines mutuelles et certaines villes proposent des dispositifs de remboursement. Vos Rapporteuses considèrent que l'impact positif de l'activité physique sur la préservation de la santé des personnes âgées et sur la prévention de la perte d'autonomie est aujourd'hui une des pistes prometteuses pour améliorer la vie de nos aînés et devrait sans doute être plus systématiquement prise en charge.

● **La prévention : une démarche multiforme**

Lors du déplacement de vos Rapporteuses à Châtillon-en-Bazois, dans la Nièvre, le centre social ainsi que le service polyvalent d'aide et de soins à domicile (SPASAD) ont insisté sur l'importance de la prévention à travers divers ateliers mis en place soit au centre social, soit à domicile.

(1) Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

L'exemple des activités du centre social de Châtillon-en-Bazois

Le centre social propose de multiples ateliers (couture, ateliers aquatiques, peinture, informatique, marche active, gymnastique tonique ou à intensité modérée...) qui participent directement au maintien en bonne santé psychique et physique des personnes âgées. Certains ateliers visent directement la prévention par exemple avec des exercices sur l'équilibre, les mouvements du quotidien (comme s'asseoir et se relever par exemple) ou encore des exercices pour la mémoire. Fréquentés à 80 % par des femmes, ces ateliers ont également un rôle en termes de sociabilité et donc de lutte contre l'isolement. Dans la même logique, la commission des personnes retraitées du centre social organise plusieurs moments conviviaux chaque année pour préserver le lien social.

À domicile, les personnels assurant l'aide pour les tâches quotidiennes et les soins réalisent également un important travail de prévention. Il se fait à la fois à travers leurs missions d'aide ou de soins, simplement en parlant avec la personne âgée, en échangeant avec elle de manière humaine, en respectant ses souhaits et en valorisant le plus possible ce que la personne sait encore faire elle-même. La prévention se fait également à travers des ateliers spécifiques de 30 minutes à une heure pendant lesquels sont réalisés des exercices pour la mémoire, des mouvements du quotidien, de la marche, *etc.* Si elles prennent du temps, ces actions de prévention sont nécessaires pour préserver au mieux l'autonomie cognitive et physique des personnes âgées. Vos Rapporteuses considèrent que ces petites actions de prévention doivent impérativement être développées afin d'améliorer le maintien à domicile et l'espérance de vie en bonne santé.

Cette nécessité d'améliorer la prévention a également été mise en avant par Mme Marie-Odile Esch dans son rapport *Vieillir dans la dignité* car elle « conditionne la possibilité de bien vieillir »⁽¹⁾. Ne devant pas être cantonnée à la seule sphère médico-sociale, la prévention doit se faire à tous les âges de la vie et tenir compte des inégalités comportementales selon les milieux sociaux et les territoires. La prévention « primaire » doit se faire dès le plus jeune âge pour diminuer les comportements à risques tout au long de la vie, puis la prévention « secondaire » prend le relais avec les personnes séniors afin d'adapter les bonnes habitudes à un mode de vie prenant en compte les spécificités liées à l'avancée en âge qui doivent être mieux connues et mieux acceptées.

(1) Vieillir dans la dignité, avis du Conseil économique, social et environnemental présenté par Mme Marie-Odile Esch, rapporteure au nom de la section des affaires sociales et de la santé, 24 avril 2018.

Recommandation n° 10 : améliorer, développer et accentuer les différentes pratiques de prévention de la perte d'autonomie en :

- renforçant le pilotage et l'évaluation de la politique de prévention de la perte d'autonomie ;
- mettant en œuvre une logique de prévention tout au long de la vie adaptée aux différents âges de la vie afin de favoriser des comportements bénéfiques pour la santé de chacun ;
- s'assurant de mieux prendre en compte les spécificités des modes de vie des femmes âgées afin d'adapter au mieux les pratiques de prévention à chacune d'entre elles ;
- communiquant davantage sur la très grande importance de la prévention pour mieux vivre le vieillissement et ralentir la perte d'autonomie ;
- garantissant une égalité d'accès aux pratiques de prévention sur l'ensemble des territoires ;
- valorisant les bonnes pratiques (ateliers mémoire, exercice physique, *etc.*) qui doivent être connues de tous les acteurs impliqués auprès des personnes âgées ;
- étendant à l'ensemble des centres communaux d'action sociale (CCAS) du territoire national une compétence en matière de prévention à la malnutrition.

B. LA DÉPENDANCE, UN CINQUIÈME RISQUE À MIEUX PRENDRE EN COMPTE

Si la majeure partie des personnes âgées vieillit dans de bonnes conditions d'autonomie, puisque seulement 8 % des plus de 60 ans et 20 % des plus de 85 ans sont des personnes dépendantes, la question de la dépendance se pose chaque jour avec un peu plus d'acuité en raison du vieillissement global de la population française. Au vu de l'ampleur de cet enjeu pour les années à venir, il est primordial de reconnaître la perte d'autonomie comme un risque de protection sociale à part entière afin d'améliorer concrètement l'accompagnement des parcours de vie des personnes âgées dans notre société.

1. Les femmes âgées, premières concernées par le risque de dépendance et par ses conséquences

Les femmes représentent 57 % de la population de plus de 65 ans et 84 % de la population de plus de 100 ans ⁽¹⁾.

Vivant plus âgées, les femmes seraient donc mécaniquement plus concernées par la perte d'autonomie et notamment par l'entrée en établissement. Elles représentent en effet 74 % des personnes accueillies en EHPAD ; ce fort taux s'explique non seulement par leur espérance de vie plus longue, mais également par celle plus courte des hommes, amenant ainsi de nombreuses femmes à finir leur vie seules – 91 % des femmes en EHPAD n'ont pas ou plus de conjoint.

Selon les travaux du Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA), on estime à près de 2,2 millions le nombre de personnes âgées de 60 ans et plus, vivant à domicile, en situation de fragilité ou de perte

(1) Données transmises par la direction générale de l'offre de soins du ministère des solidarités et de la santé.

d'autonomie ⁽¹⁾. Par ailleurs, en France, fin 2015, 728 000 personnes fréquentent un établissement d'hébergement pour personnes âgées ou y vivent, soit 10 % des personnes âgées de 75 ans ou plus et un tiers de celles âgées de 90 ans ou plus ⁽²⁾.

Le nombre de bénéficiaires de l'aide personnalisée à l'autonomie (APA) constitue un autre indicateur de la prévalence de la dépendance : il s'établissait, en 2016, à 1,3 million de personnes. Selon les informations recueillies par les conseils départementaux auprès des bénéficiaires de l'APA, qui sont pour 60 % d'entre eux à domicile et pour 40 % en établissement, 73 % des bénéficiaires de l'APA fin 2016 étaient des femmes ⁽³⁾.

Les femmes sont également concernées au premier plan par la perte d'autonomie car ce sont elles qui s'occupent très majoritairement des personnes âgées dépendantes. Comme l'a rappelé Mme Marie-Odile Esch ⁽⁴⁾ lors de son audition par vos Rapporteurs, en se référant à l'étude réalisée par la DREES ⁽⁵⁾, en France **les proches aidants sont 8,3 millions en 2008 et environ 57 % d'entre eux sont des femmes**. Parmi ces 8,3 millions d'aidant, l'enquête estime qu'ils sont 4,3 millions à aider au moins une personne âgée de plus de soixante ans. Leur aide soutient ainsi 3,6 millions d'adultes âgés de soixante ans ou plus. En 2017, une nouvelle enquête ⁽⁶⁾ fait état de 11 millions de proches aidants dont 58 % de femmes. Cette enquête souligne également une méconnaissance de ce sujet : 35 % des Français seulement ont entendu parler du sujet et 63 % des aidants ignorent qu'ils le sont.

Au cours de leurs auditions, vos Rapporteurs ont à plusieurs reprises été interpellés sur le fait que la plupart des aidants de personnes âgées sont en réalité des aidantes, tandis que les statistiques mentionnées ci-avant ne font état d'un taux de féminisation que de 57 % ou 58 %.

(1) Données transmises par la direction de la sécurité sociale.

(2) Drees, « Premiers résultats de l'enquête EHPA 2015 », in *Études et résultats n° 1015*, juillet 2017.

(3) Direction de la sécurité sociale.

(4) Rapporteur de l'avis du Conseil économique, social et environnemental *Vieillir dans la dignité*, 24 avril 2018.

(5) Drees, *Enquête de référence Handicap-Santé-Ménages de 2008*.

(6) « Le baromètre des aidants » réalisé par l'institut BVA en 2017.

Reprenant à leur compte la première proposition du rapport sur les aidants de Mme Dominique Gillot⁽¹⁾, vos Rapporteuses souhaitent améliorer les connaissances statistiques sur les aidants et considèrent que cette démarche est une nécessité afin de mieux appréhender cette problématique et d'améliorer le quotidien non seulement des aidants, mais également des personnes âgées aidées.

Recommandation n° 11 : diligenter une étude statistique nationale pour mieux appréhender la réalité et les besoins des proches aidants.

Une définition officielle des « proches aidants » a été inscrite dans la loi de 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement. « *Est considéré comme proche aidant d'une personne âgée, son conjoint, le partenaire avec qui elle a conclu son pacte civil de solidarité, ou son concubin, un parent ou allié, définis comme aidants familiaux, ou une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stables, qui leur vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne* »⁽²⁾. Elle n'établit cependant pas encore un réel statut de l'aidant.

De plus, la loi a institué un droit au répit qui permet à l'aidant d'un proche en perte d'autonomie de bénéficier d'une somme pouvant aller jusqu'à 500 euros par an pour financer une période de répit. En effet, les proches aidants s'occupant de personnes âgées, notamment lorsque celles-ci sont en forte perte d'autonomie et/ou atteintes de la maladie d'Alzheimer, sont particulièrement exposés aux risques d'épuisement psychologique et physique.

(1) Tome 2 du rapport de Mme Dominique Gillot, présidente du Conseil national consultatif des personnes handicapées, sur la conciliation entre le rôle d'aidant et la vie professionnelle, Préserver nos aidants : une responsabilité nationale, remis au Gouvernement le 19 juin 2018.

(2) Article 51 de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

« Préserver nos aidants : une responsabilité nationale »

Les aidants familiaux constituent un ensemble hétérogène aux profils et aux besoins différents. Le tome 2 du rapport de Dominique Gillot *Préserver nos aidants : une responsabilité nationale* souligne le poids des contraintes qui pèsent sur les aidants familiaux et qui peuvent avoir des conséquences dramatiques : perte du lien social, dépression, risque de détérioration de la santé, épuisement physique et moral, sentiment de culpabilité face à un éventuel renoncement...

Ce rapport pointe la difficulté de l'absence de statut juridique unifié et se demande comment garantir l'effectivité des droits existants et mieux concilier vie professionnelle et familiale en évitant la rupture du lien professionnel. Sécurisation du cadre juridique, implication et sensibilisation des employeurs à cette situation de salariés de plus en plus nombreux, valorisation des acquis de l'expérience des proches aidants, attention au retour en emploi sont autant de pistes à développer. Le rapport met en exergue la nécessaire convergence des dispositifs (droits à congés spécifiques, prestations compensatoires, services d'aides pour aidant, majoration des durées d'assurance retraite). Le rapport préconise une actualisation et une harmonisation législative des différents textes qui régissent ces droits : plus que jamais il est nécessaire d'instituer un cadre unifié du statut de proche aidant ciblé sur les besoins de l'aidant autant que sur le seul statut de l'aidé.

Source : synthèse du tome 2 du rapport de Mme Dominique Gillot sur la conciliation entre le rôle d'aidant et la vie professionnelle, *Préserver nos aidants : une responsabilité nationale*, juin 2018.

Sans se vouloir exhaustives, vos Rapporteuses tiennent à souligner que de nombreuses solutions existent pour aider les aidants familiaux : dispositifs de formation, accompagnement des aidants, aide à la conciliation avec la vie professionnelle, sensibilisation des employeurs à cette problématique, développer le droit au répit et les structures le permettant, *etc.*

Le développement du soutien aux aidants leur semble une condition absolument nécessaire à la mise en place d'un système pertinent d'accompagnement des parcours de vie des personnes âgées. En effet, les proches aidants ont un rôle de pivot, en particulier lorsque la personne âgée bénéficie de différents dispositifs d'aide à domicile. Ils sont ainsi un rouage essentiel de la prévention de la perte d'autonomie et de sa prise en charge qui, compte tenu des défis démographiques à venir, est appelé à se développer. Vos Rapporteuses considèrent qu'il est impératif de mieux reconnaître ce rôle.

Recommandation n° 12 : poursuivre les avancées pour une meilleure prise en compte de la situation des proches aidants, qui sont majoritairement des femmes, et les accompagner face aux difficultés de cette responsabilité, par exemple en envisageant la création d'un statut des proches aidants ou encore la possibilité pour les proches aidants en difficulté de suivre une formation leur permettant d'assurer une meilleure prise en charge de la personne dépendante.

Par ailleurs, 97 % des aides professionnelles à domicile et 90 % des aides-soignantes sont des femmes. La Fédération hospitalière de France a confirmé cette nette surreprésentation du personnel féminin en indiquant que 87 % des employés des structures qu'elle rassemble sont des femmes.

Les projections démographiques existantes montrent l'ampleur que pourrait prendre le risque de dépendance dans les années à venir et cela aura donc nécessairement un impact fort sur la vie des femmes.

Selon le rapport de la concertation « grand âge et autonomie », remis par Dominique Libault à la ministre des Solidarités et de la santé le 28 mars 2019, le nombre de personnes âgées dépendantes augmenterait de 15 % d'ici 2030 selon le scénario bas, de 25 % selon le scénario intermédiaire et de 33 % selon le scénario haut. Dans les trois cas, cela représentera une forte augmentation, entraînant d'importantes hausses des coûts et, de fait, un questionnement sur la qualité de la prise en charge des personnes âgées dépendantes dans la société de demain.

Le coût de la prise en charge de la dépendance

Selon la DREES, les dépenses liées à la perte d'autonomie des personnes âgées représentaient 1,4 % du PIB soit 30 milliards d'euros en 2014, dont 23,7 milliards d'euros de dépenses publiques (79 %) et 6,3 milliards d'euros de dépenses à la charge des ménages.

Les principales dépenses d'accompagnement de la perte d'autonomie des personnes âgées sont : les dépenses de soins pour environ 12,2 milliards d'euros financées à 99 % par la dépense publique *via* l'assurance maladie, leur prise en charge est ainsi universelle ; les dépenses dites de « dépendance » (aides humaines, techniques et d'aménagement du logement pour compenser la perte d'autonomie) pour 10,7 milliards d'euros ; et les dépenses d'hébergement en établissement, soit 7,1 milliards d'euros (auxquelles peuvent être ajoutés 4,4 milliards d'euros de dépenses dites de gîte et de couvert).

Source : Rapport de la concertation « grand âge et autonomie », 28 mars 2019.

Le vieillissement de la population française – phénomène accentué par la hausse de l'espérance de vie et l'arrivée à un âge avancé des premières générations du *baby-boom* – entraînera inexorablement une hausse des coûts liée à la santé des personnes âgées, les dépenses de santé progressant avec l'âge⁽¹⁾. Cette évolution démographique doit impérativement être anticipée afin que la France garantisse une prise en charge digne et adaptée des personnes âgées.

2. Mieux accompagner la perte d'autonomie pour garantir une fin de vie dans la dignité

Le souhait des personnes âgées de rester vivre à leur domicile, qui est apparu tout au long des auditions conduites par vos Rapporteuses, est également le premier constat du rapport de la concertation « grand âge et autonomie ». « *Les Français font valoir une nette préférence pour le maintien à domicile. Celui-ci est vécu comme une manière d'éviter le déracinement associé à l'EHPAD. L'entrée en établissement se traduit par une rupture difficile à vivre sur le plan*

(1) DREES, « Les facteurs démographiques contribuent à la moitié de la hausse des dépenses de santé de 2011 à 2015 », Études et résultats n° 1025, septembre 2017.

psychologique et susceptible d'entraîner une dégradation rapide de l'état de la personne âgée. Le maintien à domicile apparaît comme une façon de préserver une sphère d'autonomie et de liberté (rythme de sommeil, d'alimentation etc.), voire de choisir les conditions de sa vie, jusqu'au dernier souffle. Il permet enfin de limiter les coûts de la prise en charge par rapport à l'établissement, en tout cas pour les personnes les plus autonomes » ⁽¹⁾.

Comme l'a souligné la Fédération hospitalière de France, il est prioritaire de connaître les attentes des personnes âgées et de respecter leurs souhaits quant à leur quotidien dans l'avancée en âge, sans pour autant avoir une vision idéaliste du maintien à domicile qui peut se traduire par un quotidien isolé et par une très lourde charge pour les proches aidants. Ce souhait largement partagé du maintien à domicile doit néanmoins guider la transformation du système d'accompagnement des parcours de santé des personnes âgées.

Vos Rapporteuses considèrent qu'un changement profond de ce modèle s'impose pour faire face aux défis démographiques et permettre aux personnes âgées de mieux vivre l'avancée en âge. Cela suppose de diversifier les formes d'accompagnement, d'hébergement et de prise en charge, afin de trouver une solution adaptée à chaque situation en proposant une offre graduée allant du suivi médico-social à domicile à l'admission en établissement hospitalier en passant par des formes de domiciles partagés, de domiciles avec services ou autres. Largement plébiscité au cours des auditions, le développement d'un large éventail d'offres a par exemple été mis en avant par la Confédération française des retraités lors de son audition : il permettrait notamment de retarder la perte d'autonomie et les expériences réalisées à ce jour sont souvent des réussites.

- Aux deux extrémités de ce panel d'offres, l'entrée en établissement, notamment en EHPAD, et le maintien à domicile doivent également être repensés et améliorés pour mieux correspondre aux attentes et aux besoins de nos aînés.

En dix ans, de 2007 à 2017, le nombre de lits en EHPAD a considérablement augmenté passant de 500 000 à 590 000. Pourtant, comme l'a souligné Mme Maryse Duval, directrice générale du groupe SOS Séniors, lors de son audition par vos Rapporteuses, l'EHPAD doit demeurer une exception. Il n'a pas vocation à être un lieu de passage obligé dans l'avancée en âge ; il doit demeurer une solution de dernier recours pour les personnes âgées en situation de grande dépendance. Elle rappelait à ce titre que dans les établissements du groupe SOS Séniors, 40 % des résidents sont en soins palliatifs.

Le modèle de l'EHPAD gagnerait également à se diversifier et à s'ouvrir sur l'extérieur. Dans son rapport « Vieillir dans la dignité » ⁽²⁾, Mme Marie-Odile Esch propose par exemple de développer les actions de prévention de la perte d'autonomie, ainsi que les activités physiques et culturelles

(1) Dominique Libault, rapport de la concertation « grand âge et autonomie », 28 mars 2019.

(2) Vieillir dans la dignité, avis du Conseil économique, social et environnemental présenté par Mme Marie-Odile Esch, rapporteure au nom de la section des affaires sociales et de la santé, 24 avril 2018.

en les rendant accessibles aux personnes non-résidentes, ce qui contribuerait à une plus grande ouverture de ces établissements sur leur environnement. Vos Rapporteuses adhèrent totalement à cette proposition d'ouverture des EHPAD sur la société, qui est d'ailleurs également reprise dans le rapport de la concertation « grand âge et autonomie » : « *il faut également que les établissements pour personnes âgées s'ouvrent vers l'extérieur, offrent des services à la population de leur bassin de vie, s'intègrent mieux aux structures d'accompagnement et de soin à domicile. Ce changement de modèle repose sur un pilotage renforcé de la qualité de service et sur une plus forte diffusion des bonnes pratiques qui existent aujourd'hui, à domicile et en établissement* » ⁽¹⁾.

L'exemple du projet « Séniors Connect+ » du groupe SOS Séniors

Lors de leur déplacement dans l'EHPAD d'Aulnay-sous-Bois du groupe SOS Séniors, vos Rapporteuses ont découvert le projet « Séniors Connect+ », mis en place dans trois établissements à ce jour, qui crée une plateforme proposant un accompagnement personnalisé de proximité aux séniors à domicile.

Un coordinateur ou une coordinatrice est joignable pour accompagner les personnes âgées à domicile et leur apporter un service adapté à leurs besoins (renseignements sur les dispositifs d'aide, sur le système de soins, services d'aides à domicile ou d'aménagement du logement, services de transports, associations existantes sur le territoire, repas à domicile ou à prendre en établissement, *etc.*).

Ce projet connecte ainsi l'EHPAD et le domicile et permet d'éviter les ruptures dans le parcours de la personne âgée. Il a pour objectif de développer un nouveau modèle de services en proposant un accompagnement croisé qui ne sépare pas la vie en EHPAD et le maintien à domicile.

En France, l'EHPAD a aujourd'hui mauvaise réputation. Certaines mauvaises pratiques ont en effet écorné profondément son image, mais vos Rapporteuses tiennent à rappeler que cela ne reflète pas la majorité du fonctionnement des EHPAD où le personnel est le plus souvent très dévoué aux résidents alors qu'il peut être confronté à des difficultés importantes et manquer cruellement de temps.

(1) Dominique Libault, rapport de la concertation « grand âge et autonomie », 28 mars 2019.

Vos Rapporteuses estiment qu'il est aujourd'hui impératif d'améliorer la qualité de vie dans les EHPAD et les conditions de travail des personnels qui y sont employés. Il ressort également des auditions qu'elles ont conduites qu'une grande partie du parc immobilier des EHPAD est aujourd'hui en mauvais état et qu'un effort particulier devra être fait en la matière.

Recommandation n° 13 : repenser le modèle de l'EHPAD en :

- ouvrant ses missions sur l'extérieur pour en faire une plateforme de services accessible à toutes les personnes âgées ;
- favorisant la logique de la bienveillance pour garantir de meilleures conditions de vie aux résidents, par exemple en privilégiant une alimentation à la fois saine et gourmande ou encore en développant les activités physiques et culturelles ;
- améliorant les conditions de travail des employés qui sont parfois confrontés à des situations humainement difficiles et manquent souvent de temps pour réaliser leurs tâches ;
- en diminuant le reste à charge des familles dans le coût financier de l'EHPAD.

Parallèlement et pour répondre au souhait largement majoritaire des personnes âgées de rester à leur domicile, vos Rapporteuses considèrent qu'il convient de faire évoluer le système de soins, de services et d'accompagnement pour le recentrer justement autour du domicile.

Les SPASAD (services polyvalents d'aide et de soins à domicile) sont des services assurant à la fois les missions d'un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et celles d'un service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD). Cette double casquette des SPASAD semble tout à fait pertinente dans la mesure où elle simplifie les démarches des personnes âgées, permet de coordonner les différents types d'interventions à domicile et de développer un accompagnement plus personnalisé des personnes âgées. Lors de leur rencontre avec le SPASAD de Châtillon-en-Bazois, vos Rapporteuses ont pu constater l'intérêt et l'importance de ces services qui participent pleinement à la possibilité de maintien des personnes âgées à leur domicile et à la prévention de la perte d'autonomie.

L'accroissement de la part de la population âgée vivant à domicile nécessite de développer l'accompagnement et de démocratiser l'aménagement adapté du domicile, afin notamment de limiter les risques d'accidents. Il convient également de garantir une meilleure coordination entre tous les acteurs.

PAERPA, parcours de santé des aînés

Le PAERPA (parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie) est déployé depuis 2014 sur des territoires pilotes, dont le Pays Bourgogne nivernaise, dans la Nièvre. Constatant que la population de personnes âgées en France ne cesse de croître, le ministère des Affaires sociales et de la Santé a mis en place un dispositif innovant qui s'adresse aux personnes âgées de 75 ans et plus dont l'autonomie est susceptible de se dégrader pour des raisons d'ordre médical ou social.

La démarche PAERPA a pour objectif de maintenir la plus grande autonomie le plus longtemps possible dans le cadre de vie habituel de la personne. Son rôle est de faire en sorte que chaque Français âgé de 75 ans et plus reçoive les bons soins par les bons professionnels, dans les bonnes structures au bon moment, le tout au meilleur coût.

En partant des besoins de la personne et de ses aidants, cette action est rendue possible en agissant en amont de la perte d'autonomie par un repérage des principaux facteurs d'hospitalisation évitables (dépression, chute, problèmes liés aux médicaments) et en optimisant la coordination des professionnels (sanitaires, sociaux et médico-sociaux) autour de la personne âgée. Ce dispositif s'articule ainsi autour de cinq actions clés

1. Renforcer le maintien à domicile

La démarche PAERPA assure une coordination renforcée des professionnels de santé de premier recours, en lien avec les professionnels sociaux si besoin, au plus près de la personne âgée dès lors que sa situation médico-sociale le nécessite. Le médecin traitant et un ou plusieurs professionnels de santé forment autour de la personne âgée, une coordination clinique de proximité.

2. Améliorer la coordination des intervenants et des interventions

Un numéro unique accessible aux personnes âgées et à leurs aidants ainsi qu'aux professionnels et plus particulièrement aux professionnels de santé libéraux est mis en place. Cette plate-forme d'information et d'orientation appuie notamment les professionnels pour organiser au mieux les offres de services proposées par les différents dispositifs/structures existants des territoires à destination des personnes âgées (information sur les places en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes -Ehpad-, sur les aides sociales, orientation vers une expertise gériatrique...) et facilite l'accès aux droits et aux aides pour ces dernières. Cette coordination territoriale d'appui (CTA) est effective sur tous les territoires PAERPA.

3. Sécuriser la sortie d'hôpital

Pour les personnes âgées qui ont été hospitalisées, la sortie de l'hôpital fait l'objet de dispositifs spécifiques : anticipation et préparation de la sortie, repérage de la perte d'autonomie, transition *via* un hébergement temporaire, mobilisation d'un service d'aide à domicile (SAAD) ou d'un service polyvalent d'aide et de soins à domicile (SPASAD), transmission des informations au médecin traitant, appui de la coordination territoriale d'appui (CTA) si besoin.

4. Éviter les hospitalisations inutiles

Le repérage, les actions d'éducation thérapeutique, la circulation d'informations entre professionnels, l'accès simplifié à des expertises gériatriques ou à un numéro unique de gériatrie sont des actions qui permettent d'éviter les passages inutiles aux urgences et les hospitalisations mal préparées.

5. Mieux utiliser les médicaments

La polymédication est fréquente chez les personnes âgées. Elle peut être justifiée, mais elle peut également être inappropriée, comporter des risques et entraîner des effets indésirables liés aux interactions médicamenteuses. Des actions de révision d'ordonnance sont mises en place notamment en sortie d'hospitalisation en lien avec le médecin traitant et le pharmacien d'officine.

Source : Agence régionale de santé Bourgogne-Franche-Comté.

Lors de leur entretien avec le réseau Émeraude, co-porteur du dispositif PAERPA sur le territoire de la Nièvre, vos Rapporteuses ont pu observer l'importance de la bonne coordination des acteurs intervenant auprès des personnes âgées. Depuis 2016, en raison de son expérience et de son très bon ancrage territorial, le réseau Émeraude s'est en effet vu confier la coordination territoriale d'appui (CTA) sur l'ensemble du département.

Recommandation n° 14 : favoriser le développement d'un système de soins, de services et d'accompagnement mieux coordonné et mieux adapté au maintien à domicile des personnes âgées en simplifiant les démarches.

Le renforcement du maintien à domicile ne saurait toutefois s'entendre sans un meilleur soutien aux aidants qui sont des maillons essentiels de la vie des personnes âgées, ni sans une revalorisation du travail des professionnels intervenant à domicile auprès des personnes âgées (soins et prévention) qui sont une fois encore très majoritairement des femmes (pour rappel, 97 % des aides professionnelles à domicile sont des femmes). Le développement du maintien à domicile passe donc nécessairement par une rénovation des prestations à domicile et de leur prise en charge financière.

Recommandation n° 15 : rénover les prestations de soins et de services à la personne âgée à domicile, ainsi que leur tarification et leur financement, notamment en réévaluant les dispositifs de crédit d'impôts et d'exonération de cotisations sociales.

De manière générale, une réflexion doit aussi être menée quant aux coûts financiers laissés à la charge des familles, que ce soit pour le maintien à domicile ou dans le cadre d'une entrée en établissement.

Vos Rapporteuses soulignent qu'il est également nécessaire de revaloriser le secteur de l'aide à domicile – et plus généralement les métiers de services et de soins à destination des personnes âgées. En effet, à l'échelle nationale, ces filières ne sont pas suffisamment attractives et cela se traduit aujourd'hui par un manque de personnel qualifié et motivé pour accompagner les personnes âgées à domicile comme en établissement.

Recommandation n° 16 : prévoir un plan national sur les métiers du grand âge permettant de revaloriser financièrement et socialement les filières professionnelles de soins et de services à la personne âgée qui sont empruntées en très grande majorité par des femmes.

- À travers les auditions, il apparaît à vos Rapporteuses que de multiples solutions existent pour proposer aux personnes âgées des solutions bien plus variées que la simple alternative entre maintien à domicile et entrée en établissement.

C'est par exemple le cas des structures de cohabitation solidaire intergénérationnelle du Réseau CoSI qui sont nées du constat de l'isolement des personnes âgées, de leur désir de rester à leur domicile et de l'insuffisance de logements de courte durée pour les jeunes de 18 à 30 ans. Ces structures ont pour mission de créer des binômes entre jeunes et seniors dans le but de favoriser le lien intergénérationnel et de participer à la cohésion sociale. Tout au long de la cohabitation, les structures s'engagent à accompagner leurs adhérents dans un esprit de solidarité, de partage, de rencontres et de veiller au respect des valeurs d'une charte commune.

À Mérignac (Gironde) des solutions alternatives sont par exemple en cours de développement : la ville a ainsi signé une charte d'habitat participatif, afin de permettre la mise en œuvre de solutions alternatives, comme l'accueil familial ou encore les logements-foyers. Vos Rapporteuses soulignent que ces solutions sont malheureusement encore trop rares et mériteraient d'être développées.

Le modèle de la Maison des Babayagas : une initiative portée par des femmes

La Maison des Babayagas a ouvert ses portes à Montreuil en 2012. « *Terre utopique* », elle est née du désir d'une vingtaine de femmes d'habiter, de vivre et vieillir autrement, dans un environnement fondé sur les valeurs de l'association qui la porte : autogestion, citoyenneté, écologie, féminisme, laïcité, solidarité. L'association, initiatrice et porteuse du concept en partenariat avec la ville de Montreuil et l'Office public de l'habitat montreuillois, est composée d'habitantes et d'adhérent(e)s extérieur(e)s qui soutiennent ce projet et se sont engagés sur ces valeurs.

Son existence doit permettre de pérenniser l'engagement politique et sociétal fondateur du projet auquel la ville et le bailleur apportent leurs soutiens. Cette dynamique doit trouver à s'inscrire dans la vie quotidienne du lieu au-delà des difficultés journalières rencontrées par les occupantes.

L'investissement des locataires à faire vivre cet espace comme un lieu inscrit dans les réseaux associatifs et militants locaux est la marque effective de cet ambitieux projet social qui interroge la place et le rôle des plus âgés dans nos cités.

La Maison des Babayagas apporte une réponse politique et citoyenne à des enjeux de société. Elle apporte une réponse à l'arrivée des *baby-boomers* dont l'avancée en âge pose des difficultés en termes de coûts. Elle fait le pari que les personnes peuvent elles-mêmes, individuellement et collectivement, prendre en charge leur vie, solidairement, dans un espace totalement ouvert sur la ville et la société.

La Maison des Babayagas est une alternative au maintien à domicile qui aboutit trop souvent à l'isolement et à la dépendance lorsqu'il est subi.

Dans cette innovation sociale, les habitantes construisent elles-mêmes le projet de vie sociale participatif qui s'appuie sur une pédagogie active, fondée sur l'échange, sur les partages des savoirs qui paraissent être la forme d'apprentissage la plus communicative, la richesse d'échanges et de convivialité. Les jardins sont des supports importants de la construction du projet de vie collective.

Lors de leur visite de la Maison des Babayagas et de leur rencontre avec la présidente et plusieurs membres de l'association, vos Rapporteuses ont pu constater que ce type d'offre d'hébergement alternative permet en effet aux personnes âgées de demeurer autonomes plus longtemps. Cela se traduit par des aménagements simples : des logements facilement accessibles par ascenseur, des salles de bains sécurisées afin d'éviter les risques de chute ou encore l'existence d'un fichier de coordonnées des habitantes et des personnes référentes à prévenir pour chacune d'elles en cas de problème.

L'association organise aussi de nombreuses activités : cours de sport, cinéclub, expositions... Le bénéfice d'un jardin partagé en plein centre-ville est important ; il s'agit d'un lieu de vie commun très apprécié et c'est également une opportunité pour pratiquer des exercices physiques. En sus de la vie personnelle de chacune des habitantes qui est totalement respectée, des moments de convivialité sont organisés régulièrement et permettent de faire aussi le lien avec les habitants du quartier. Ce mode de cohabitation apparaît donc comme une réponse intéressante à diverses difficultés qui peuvent se poser lors de l'avancée en âge ; ce modèle pourrait facilement être dupliqué.

En dehors de l'aspect lié au logement lui-même, vos Rapporteuses sont également convaincues que l'offre d'accueil de jour est en mesure de favoriser le maintien à domicile des personnes âgées tout en luttant contre l'isolement et la perte d'autonomie. Lors de leur déplacement au centre social de Châtillon-en-Bazois, elles ont ainsi pu visiter la maison des générations où est proposé chaque jour un accueil des personnes âgées qui sont conduites au centre social et ramenées le soir chez elle par les intervenants du centre. Selon leur situation, elles peuvent y cuisiner, participer à des activités physiques ou à d'autres types d'ateliers. Des rencontres avec les classes scolaires ont aussi lieu régulièrement et le centre étant ouvert à d'autres publics, il favorise grandement les échanges et le maintien des personnes âgées dans la vie sociale. Les accueils de jour permettent également aux proches aidants d'être soulagés de leurs charges pendant une ou plusieurs journées par semaine.

Ces offres alternatives (auxquelles viennent s'ajouter bien d'autres exemples, comme les activités d'autres associations, les résidences services, les résidences autonomie, *etc.*) constituent une réponse aux difficultés rencontrées pour la prise en charge des personnes âgées et vos Rapporteuses considèrent qu'elles doivent impérativement être élargies, diversifiées et développées.

Recommandation n° 17 : développer une réponse graduée à la prise en charge du parcours dans l'avancée en âge avec des offres diversifiées et adaptées aux différents besoins des personnes âgées.

III. AMÉLIORER LE QUOTIDIEN DE NOS AÎNÉES EN LES INTÉGRANT DAVANTAGE DANS LA SOCIÉTÉ

Les difficultés, qu'elles soient économiques, sociales ou sanitaires, rencontrées par les personnes âgées, et notamment les femmes âgées, tiennent pour bon nombre d'entre elles à une insuffisante adaptation de notre modèle de société à l'augmentation de l'espérance de vie et aux conséquences du vieillissement dans le quotidien des individus. L'évolution démographique rend aujourd'hui impérative cette adaptation et cette prise de conscience qui implique de mieux lutter contre les vulnérabilités des personnes âgées et de changer notre regard sur le vieillissement.

A. LUTTER CONTRE LE CUMUL DES VULNÉRABILITÉS ET LES INÉGALITÉS DE SITUATION

Les femmes âgées sont nombreuses à subir des difficultés économiques sociales et/ou sanitaires. Se retrouvant ainsi en situation de vulnérabilité, elles sont les premières confrontées à une forme de cercle vicieux dans lequel un type de vulnérabilité en appelle bien souvent une autre. Certaines régions, notamment rurales, étant touchées par des problématiques spécifiques, ces situations peuvent être encore aggravées en fonction du lieu de résidence des personnes.

1. Le cumul des vulnérabilités économiques, sociales et sanitaires

En France en 2018 près de 25 % des personnes âgées de 55 à 85 ans sont considérées comme vulnérables financièrement et plus de 10 % d'entre elles sont vulnérables socialement ou en raison de la perte d'autonomie ⁽¹⁾.

La vulnérabilité sociale, c'est-à-dire la dégradation, voire l'absence, du lien social touche ainsi 10 % des personnes de 65 à 74 ans et près de 13,5 % des personnes de 75 à 85 ans – en comparaison cela ne concerne que 4,5 % des personnes âgées de 15 à 24 ans ⁽²⁾. Cette absence de lien social est mesurée par l'absence de pratiques d'activités sportives ou de loisirs, ainsi que par l'absence de rencontres de membres de la famille ou d'amis pendant une période de huit jours consécutifs. Selon une enquête des Petits Frères des Pauvres, plus d'un tiers des personnes de plus de 60 ans ne sortent pas de chez elles chaque jour, 32 % n'auraient aucune personne avec laquelle parler de sujets personnels, 22 % seraient isolées du cercle familial, 28 % du cercle amical, 21 % du cercle de voisinage, 55 % des réseaux associatifs. 900 000 personnes de plus de 60 ans seraient ainsi en situation d'isolement à la fois des cercles familiaux et amicaux. Cet isolement se double souvent d'une exclusion numérique puisque l'enquête

(1) Christophe Léon, Stéphanie Pin et Enguerrand Du Roscoät, « Étude de trois situations de vulnérabilité chez les personnes âgées de 55 à 85 ans en France », in *Populations vulnérables*, n° 3, 11 avril 2018.

(2) INPES, Baromètre santé 2010.

révèle que 31 % des plus de 60 ans n'utilisent jamais Internet (mails, consultation de sites, utilisation des réseaux sociaux) ; un résultat qui monte à 47 % chez les 75-84 ans et à 68 % chez les 85 ans et plus. L'isolement social peut en outre être accentué par des changements sociaux qui, modifiant certaines habitudes de vie, ont eu des conséquences sur l'avancée en âge. Ainsi, la diminution du nombre d'enfants et le resserrement de la vie familiale sur la famille nucléaire ont participé à l'accroissement du risque d'isolement des personnes âgées. De même, la concentration de l'habitat en zone urbaine ou encore le développement des déménagements à l'âge de la retraite, en faveur notamment des régions du sud de la France et des zones littorales, peuvent accentuer la séparation entre les retraités et leurs familles, augmentant ainsi le risque d'isolement. L'enquête révèle également que 300 000 personnes de plus de 60 ans seraient en situation de « mort sociale » c'est-à-dire sans aucun contact social ou presque ⁽¹⁾.

En raison d'une espérance de vie plus longue et du niveau très inférieur de leur retraite, les femmes sénières sont particulièrement menacées par ces différents types de vulnérabilité. L'enquête des Petits Frères des Pauvres souligne d'ailleurs que parmi les personnes âgées en situation d'isolement il y a une majorité de femmes de plus de 75 ans aux revenus modestes. En effet, la pauvreté compte parmi les principaux facteurs d'isolement chez les personnes âgées : plus les revenus sont faibles, moins les personnes âgées ont de contacts avec leur famille, leur voisinage, les commerçants et moins elles ont la possibilité de s'investir dans le secteur associatif. Cumulée avec l'avancée en âge, la précarité économique, qui touche bien plus les femmes que les hommes, exacerbe ainsi l'isolement de ces personnes.

Or, l'isolement peut avoir de lourdes conséquences sur la santé des personnes âgées. « *À l'échelle individuelle, l'isolement relationnel et le sentiment de solitude accentuent le repli sur soi voire le mal-être des individus. [...] L'isolement et la solitude sont la première cause évoquée pour le suicide des hommes (un quart des suicides masculins en France). Ils sont la troisième cause de suicide chez les femmes (16 % des suicides féminins)* » ⁽²⁾. L'isolement peut aussi engendrer un stress chronique aux conséquences néfastes ; il est également un facteur d'aggravation de certaines pathologies, comme la démence, ou de certains comportements, comme l'alcoolisme. Il accroît en outre le renoncement aux soins et expose les personnes âgées au risque de ne pas être aidées lorsqu'elles en ont besoin, par exemple en cas de chute. La canicule de 2003, qui a provoqué le décès de 15 000 personnes âgées en quinze jours, avait révélé avec violence les risques encourus par les personnes isolées.

Plusieurs associations, comme les Petits Frères des Pauvres, le Secours catholique ou le Secours populaire, mettent en avant depuis longtemps l'importance cruciale de la lutte contre l'isolement. Ces associations se mobilisent

(1) <https://www.petitsfreresdespauvres.fr/informer/nos-actualites/solitude-et-isolement-quand-on-a-plus-de-60-ans-en-france-en-2017> [URL consultée le 11 avril 2019].

(2) Note d'analyse et de synthèse « Les trois formes de solitude », mission analyse stratégique, synthèses et prospective (MASSP) de la direction générale de la cohésion sociale, septembre 2017.

ainsi de manière très active pour lutter contre l'isolement des personnes âgées, en zone rurale comme en zone urbaine. Vos rapporteuses tiennent à saluer l'importance et la grande qualité de l'engagement de ces associations sur le terrain.

Parallèlement, la précarité a également des conséquences sur la santé des personnes, et nécessairement sur celle des personnes âgées. Comme l'a rappelé l'ADSF lors de la table ronde sur la santé des femmes⁽¹⁾, la précarité accélère le développement des pathologies, physiques et psychiques, et accentue le renoncement aux soins qui deviennent bien souvent un luxe. Dans son rapport sur l'urgence d'amélioration de la santé des femmes précaires, le Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes (HCE) souligne ainsi que les femmes constituent aujourd'hui la majorité des personnes en situation de précarité qui conduit à un état de santé dégradé⁽²⁾.

La précarité (vulnérabilité économique), l'isolement (vulnérabilité sociale) et les problèmes de santé (vulnérabilité sanitaire) forment ainsi un « cercle vicieux des vulnérabilités » qui s'alimentent les unes des autres, plaçant les personnes âgées dans une situation d'extrême vulnérabilité et accroissant de manière considérable les risques de perte d'autonomie. Vos Rapporteuses indiquent qu'il convient donc d'appréhender cette problématique de façon systémique en intégrant l'ensemble des formes de vulnérabilités.

2. Garantir un égal accès aux soins et aux droits sur tout le territoire

« La complexité apparaît dans la grande disparité de traitement d'un établissement à l'autre, d'un département à l'autre, sans que ces différences s'expliquent. Il ressort ainsi de la concertation une attente forte d'égalité de traitement entre les territoires et entre les structures de prise en charge. Les disparités dans le niveau des prestations, dans la qualité du service rendu ou dans les méthodes d'évaluation des besoins apparaissent difficilement justifiables aux yeux des Français, ce qui explique l'attente forte de reconnaissance d'un risque social à part entière au niveau national, dans une logique de prestations normées, plus lisibles, plus justes et d'une intervention plus forte des pouvoirs publics.

Là encore, la perception générale ne doit pas dissimuler la réussite d'innovations encore isolées permettant d'assurer une véritable continuité du parcours de la personne âgée, grâce à la coordination des professionnels et à la mise en place dans les territoires d'une coordination territoriale d'appui »⁽³⁾.

La France reste marquée par des inégalités sociales et territoriales de santé : l'exposition aux pathologies et l'accès aux soins sont influencés par le

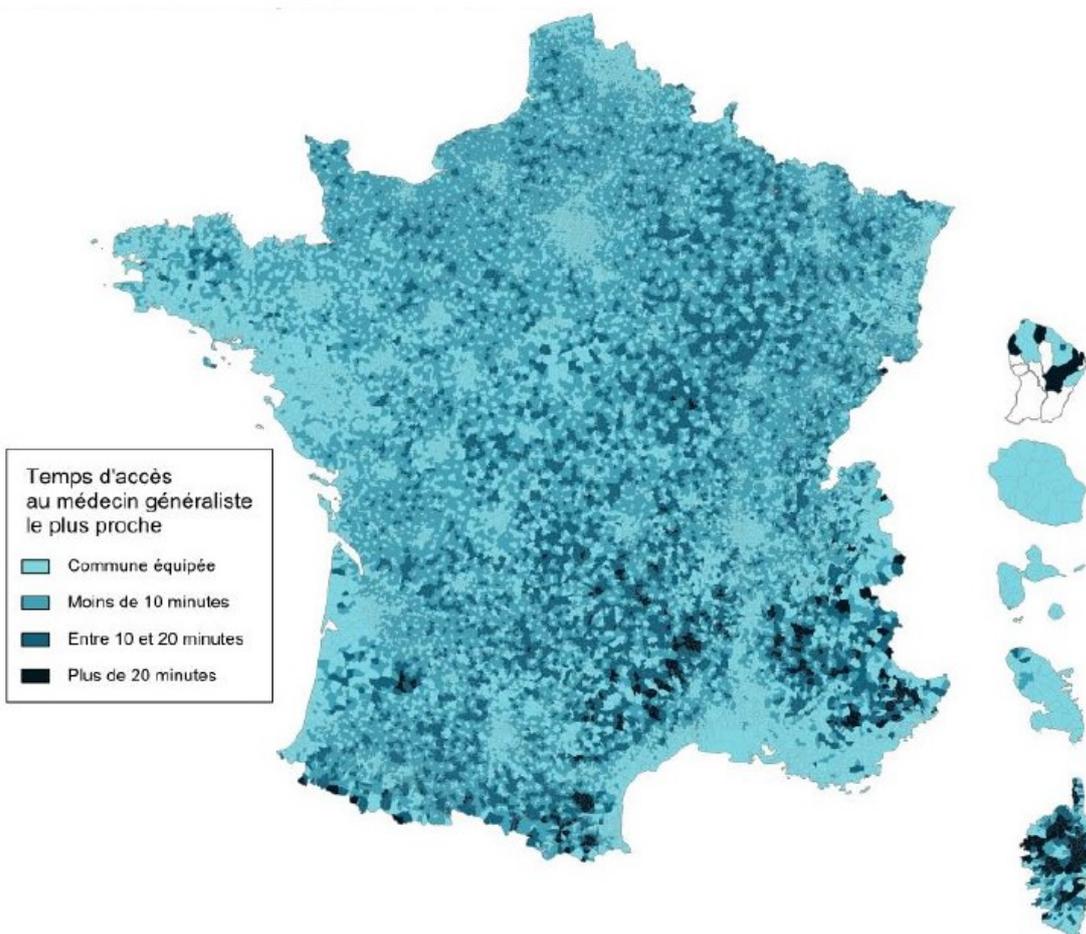
(1) Table ronde sur la préservation de la santé et du bien-être des personnes âgées du mercredi 20 mars 2019 – voir la [vidéo](#).

(2) La santé et l'accès aux soins : une urgence pour les femmes en situation de précarité, rapport n° 2017-05-29-SAN-027 du Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes, 29 mai 2017.

(3) Dominique Libault, rapport de la concertation « grand âge et autonomie », 28 mars 2019.

niveau social et par le lieu de vie. Environ 8 % de la population (5,3 millions de personnes) fait face à une situation de faible accessibilité, souvent en raison d'une insuffisance de l'offre de soins (démographie médicale déclinante), notamment en zone rurale où la faiblesse quantitative de l'offre se cumule avec les difficultés d'accès ⁽¹⁾. Dans son rapport relatif aux inégalités territoriales en matière d'égalité femmes-hommes, le HCE rappelle que cette problématique se pose de manière encore plus large en termes d'accès aux droits et aux services publics. Ainsi que le montre la carte suivante, cet accès est aujourd'hui particulièrement limité en zones rurales (ou dans les quartiers de la politique de la ville) en raison de la distance géographique et plus de 25 % des femmes déclarent avoir renoncé à des soins ⁽²⁾.

TEMPS D'ACCÈS AU MÉDECIN GÉNÉRALISTE LIBÉRAL LE PLUS PROCHE



Champ : France métropolitaine et DROM, hors Mayotte. Médecins généralistes libéraux, hors MEP.

Source : DREES – INSEE, 2013.

Les femmes qui résident dans les territoires ruraux sont plus âgées que celles qui vivent dans les zones urbaines : 10 % d'entre elles ont plus de 80 ans ⁽³⁾.

(1) Données de la direction de la recherche, de l'évaluation et des statistiques.

(2) Combattre maintenant les inégalités sexuées, sociales et territoriales dans les quartiers de la politique de la ville et les territoires ruraux fragilisés, rapport n° 2014-06-19-EGALiTER-012 du Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes, 19 juin 2014.

(3) Commissariat général à l'égalité des territoires, Les femmes dans les territoires ruraux, novembre 2014.

Cette situation démographique vieillissante renforce l'importance d'un réseau de soins cohérent dans les territoires ruraux. Vos Rapporteuses considèrent qu'il importe de développer les maisons de santé pluri-professionnelles qui permettent d'offrir une offre complète et adaptée aux besoins en favorisant la coordination des acteurs de santé. Ce modèle se révèle particulièrement utile dans des territoires confrontés à la fois à une diminution de la démographie médicale et à un vieillissement de la population, donc à une hausse de la demande de soins, comme par exemple dans le département de la Nièvre où vos Rapporteuses ont pu rencontrer le médecin en charge de la maison de santé pluri-professionnelle de la Charité-sur-Loire.

Vos Rapporteuses soulignent en outre l'intérêt de développer le rôle des acteurs de santé autres que les médecins, afin de servir de relais et d'assurer au quotidien le suivi médico-social des personnes âgées. Dans cette perspective, elles se réjouissent de la création de la spécialité médicale des infirmiers de pratique avancée (qui seront de formation BAC+5 au lieu de BAC+3 pour les infirmiers non spécialisés). Cela leur permettra d'effectuer un certain nombre d'actes médicaux et de prévenir les ruptures dans le parcours de santé des personnes âgées.

En outre, la fracture territoriale se traduit aussi par des inégalités en termes d'accès aux informations et aux droits ; vos Rapporteuses ont été alertées sur l'accès parfois inégal à certaines prestations, comme l'APA, gérées au niveau territorial. L'égalité entre toutes et tous étant un principe constitutionnel fondamental, elles insistent sur la nécessité d'assurer un égal accès aux prestations et aux droits quel que soit le territoire de résidence de la personne âgée.

Cette fracture territoriale se traduit également par des inégalités d'accès aux loisirs, aux associations, aux activités physiques, *etc.* Non seulement l'offre n'est pas nécessairement suffisante ou alors mal connue des personnes âgées, mais bien souvent les contraintes de distance et de mobilité réduisent la possibilité d'y avoir accès, en particulier en zone rurale où la voiture est bien souvent indispensable.

Tous ces éléments et toutes ces activités sont indissociables de la lutte contre l'isolement et d'une prévention efficace de la perte d'autonomie. Aussi, vos Rapporteuses considèrent que l'existence d'un tissu associatif et le maintien des services et commerces de proximité participent pleinement à la qualité de vie des personnes âgées et permettent de garantir une forme d'équité entre les différents territoires.

B. CHANGER NOTRE REGARD SUR LE VIEILLISSEMENT

Les maltraitances dont peuvent être victimes les personnes âgées sont également le reflet de la mauvaise adaptation de notre société au vieillissement qui est bien souvent perçu comme un fardeau. Ces violences inacceptables et les nombreux stéréotypes sur les personnes âgées dégradent ainsi considérablement leurs conditions de vie. Pour améliorer le quotidien de nos aînés, il est aujourd'hui

impératif de mieux lutter contre ces violences et ces stéréotypes et, de manière générale, de mieux les traiter, ce qui implique une démarche multidimensionnelle visant à mieux intégrer nos aînés dans notre société.

1. Violences, maltraitements et négligences : le reflet d'une société n'acceptant que difficilement l'avancée en âge

Le mauvais traitement des personnes âgées peut prendre des formes différentes et se traduire par des niveaux de gravité allant de la négligence, parfois involontaire, à la violence. Il peut s'agir notamment de maltraitements physiques, psychologiques ou encore financières qui peuvent être le fait des personnels médico-sociaux, du voisinage ou encore des membres de la famille.

Afin de permettre le signalement des situations de maltraitements, il a été créé en février 2008 le 3977, numéro national d'écoute et d'aide pour les situations de maltraitance envers les personnes âgées et les personnes handicapées adultes, vivant à domicile ou en établissement. Principalement assuré par des bénévoles du réseau des associations ALMA (Allô maltraitance des personnes âgées, majeurs handicapés), ce relais de proximité est chargé d'assurer un suivi et un accompagnement individualisé des situations signalées, en relation, le cas échéant, avec les autorités administratives et judiciaires concernées en vue de traiter les situations de maltraitance.

Lors de la table ronde organisée sur la préservation de la santé des femmes âgées, les représentantes de l'association départementale d'ALMA Paris ont présenté une analyse détaillée des appels reçus et traités par leurs services, ainsi que des types de violences signalées ⁽¹⁾. En 2018, à l'échelle nationale, ce sont plus de 5 000 dossiers qui ont été traités, concernant à 78 % des personnes âgées et à 22 % des majeurs handicapés, impliquant à 68 % des femmes, 27 % des hommes et 5 % des couples. 44 % des appels ont été passés par des membres de la famille, 27 % par la personne concernée par la maltraitance, 17 % par des professionnels.

63 % de ces appels dénonçaient des maltraitements psychologiques, 28 % des maltraitements financiers, 24 % des maltraitements physiques, 30 % des cas de négligence et 15 % des atteintes aux droits. Dans 71 % des cas des personnes vivant à domicile, cela mettait en cause des membres de la famille, tandis que dans 56 % des cas des personnes vivant en institution, cela mettait en cause le personnel de l'établissement.

(1) Table ronde sur la préservation de la santé et du bien-être des personnes âgées du mercredi 20 mars 2019 – voir la [vidéo](#).

Les différentes formes de maltraitance des personnes âgées

En 1987, le Conseil de l'Europe a défini la maltraitance comme une violence se caractérisant par « *tout acte ou omission commis par une personne, s'il porte atteinte à la vie, à l'intégrité corporelle ou psychique ou à la liberté d'une autre personne ou compromet gravement le développement de sa personnalité et/ou nuit à sa sécurité financière* »⁽¹⁾.

En 1992, le Conseil de l'Europe a complété cette définition par une classification des actes de maltraitance selon plusieurs catégories :

- **violences physiques** : par exemple coups, brûlures, ligotages, soins brusques sans information ou préparation, non satisfaction des demandes pour des besoins physiologiques, violences sexuelles, meurtres (dont euthanasie)...
- **violences psychiques ou morales** : par exemple langage irrespectueux ou dévalorisant, absence de considération, chantage, menace, abus d'autorité, intimidation, comportement d'infantilisation, non respect de l'intimité, injonctions paradoxales...
- **violences matérielles et financières** : par exemple vols, exigence de pourboires, escroqueries diverses, locaux inadaptés...
- **violences médicales ou médicamenteuses** : par exemple défaut de soins de base, non information sur les traitements ou les soins, abus de traitements sédatifs ou neuroleptiques, défaut de soins de rééducation, non prise en compte de la douleur...
- **négligences actives** : toutes formes de délaissement, d'abandon, de manquements pratiqués avec la conscience de nuire ;
- **négligences passives** : négligences relevant de l'ignorance, de l'inattention de l'entourage ;
- **privations ou violations de droits** : par exemple limitation de la liberté de la personne, privation de l'exercice des droits civiques, d'une pratique religieuse...

La maltraitance se caractérise dans des contextes particuliers dans lesquels il y existe :

- une dissymétrie entre la victime et l'auteur : une personne plus vulnérable face à une autre moins vulnérable ;
- un rapport de dépendance de la victime à l'égard de l'auteur ;
- un abus de pouvoir du fait de la vulnérabilité de la victime ;
- une répétition des actes de maltraitance, même considérés comme « petits ». C'est alors ce qu'on appelle la « **maltraitance ordinaire** », à laquelle on ne prête – hélas – plus attention.

(1) Conseil de l'Europe, rapport Violences contre les personnes âgées au sein de la famille, 1987.

Source : Ministère des Solidarités et de la Santé, orientations prioritaires de la politique nationale en matière de lutte contre la maltraitance et de promotion de la bientraitance envers les personnes âgées et les personnes handicapées vulnérables : <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/personnes-agees/maltraitance-des-personnes-vulnerables/article/orientations-prioritaires-de-la-politique-nationale> [URL consultée le 23 avril 2019].

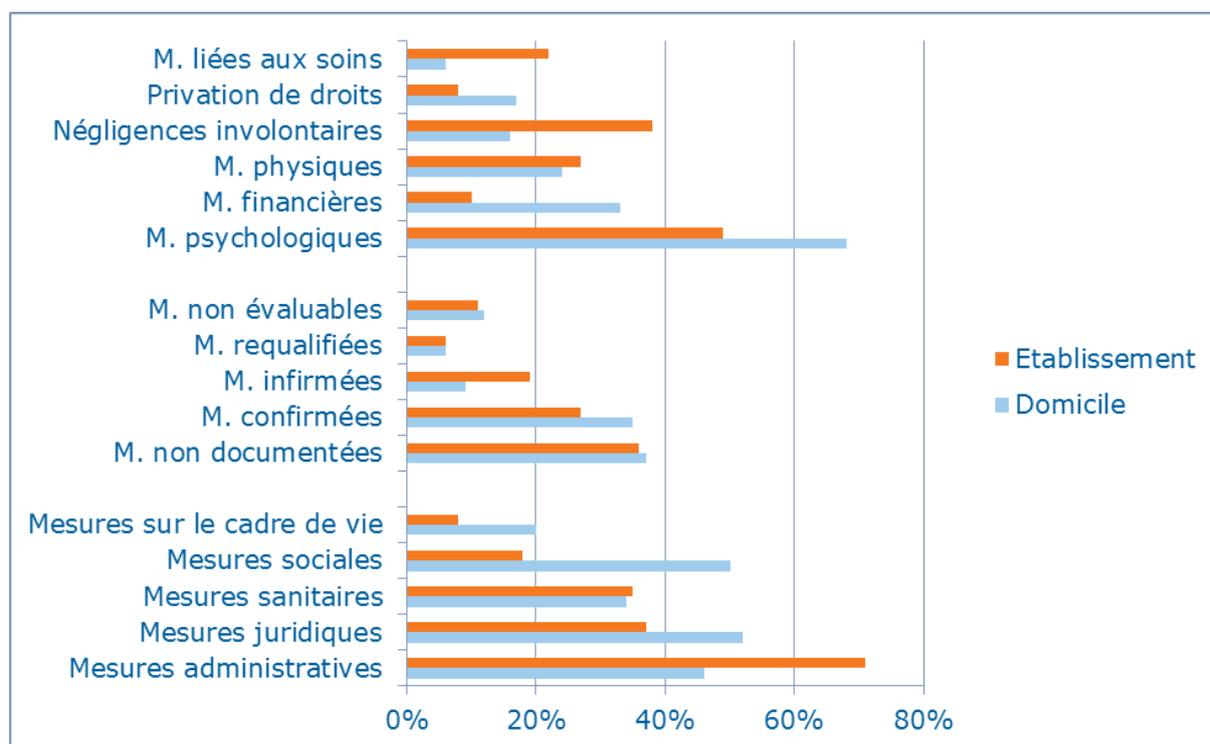
Ces maltraitements sont majoritairement le fait des personnes qui sont en charge des personnes âgées, que ce soit à domicile ou en établissement. Vos Rapporteuses estiment que le respect des droits des personnes âgées implique que celles-ci aient le libre choix des personnes qui s'occuperont d'elles et de leurs

intérêts quand elles ne seront plus en capacité de le faire elle-même. Cela peut par exemple passer par l'établissement d'un mandat de protection future qui permet à toute personne majeure ne faisant pas l'objet d'une mesure de tutelle ou d'une habilitation familiale de désigner à l'avance une ou plusieurs personnes (mandataire) pour la représenter. Le jour où le mandant ne sera plus en état, physique ou mental, de pourvoir seul à ses intérêts, le mandataire pourra protéger les intérêts personnels ou patrimoniaux du mandant.

Après analyse des appels par les associations ALMA, il ressort que 35 % des maltraitements à domicile et 27 % des maltraitements en établissement dénoncés sont au final confirmés – il ne faut toutefois pas oublier que dans de nombreux cas, la situation est simplement impossible à confirmer.

LES TYPES DE MALTRAITEMENTS À DOMICILE ET EN ÉTABLISSEMENT

En pourcentage



Source : ALMA Paris.

Si la grande variété des formes et du degré de gravité, ainsi que la non-dénonciation de nombreux cas, rend difficile l'estimation du nombre de maltraitements faites aux personnes âgées, il ressort clairement que ces dernières constituent une catégorie de la population très exposée à ces situations. La perte d'autonomie, ou de manière plus large un mauvais état de santé, ainsi que l'isolement, constituent en effet un facteur de vulnérabilité qui contribue à augmenter sensiblement le risque d'abus et de maltraitements. Selon l'Organisation mondiale de la santé, 1 personne âgée sur 10 est confrontée chaque mois à la maltraitance – et il s'agit sans doute d'une sous-estimation car seulement 1 cas de maltraitance sur 24 serait signalé.

Les chiffres présentés par ALMA Paris soulignent que ces maltraitances concernent en majorité des femmes – ou en tout cas que la majorité des maltraitances dénoncées concernent des femmes. En 2017, le rapport d'Alain Koskas, psycho-gérontologue, président de la Fédération internationale des associations de personnes âgées (FIAPA) et de la Fédération 3977 contre la maltraitance sur la maltraitance financière, montre également que celle-ci touche principalement les femmes âgées, souvent isolées et vivant à domicile ⁽¹⁾.

Vos Rapporteuses soulignent que les données sur les violences faites aux femmes âgées sont aujourd'hui insuffisantes. En effet, au-delà des données récoltées par les associations d'écoute et d'aide, les enquêtes portant spécifiquement sur les violences sexistes et sexuelles n'incluent pas les femmes âgées : l'enquête Virage (violences et rapport de genre), conduite par l'Institut national des études démographiques (INED), ne concerne par exemple que les femmes âgées de 20 à 69 ans. Si vos Rapporteuses ont bien conscience qu'il s'agit déjà d'un progrès puisque la précédente enquête (ENVEFF) réalisée en 2000 ne concernait que les femmes de 20 à 59 ans, elles considèrent toutefois que ces enquêtes laissent de côté un trop grand nombre de femmes séniors.

Recommandation n° 18 : intégrer les femmes âgées de plus de 69 ans dans les études et enquêtes sur les violences faites aux femmes, afin de pouvoir étudier et mesurer les violences, maltraitances et négligences faites aux séniors quel que soit leur âge.

Pour mieux lutter contre toutes les formes de violences que peuvent subir les femmes âgées, vos Rapporteuses estiment en effet qu'il convient d'améliorer la connaissance des maltraitances faites aux personnes âgées et plus généralement de développer la collecte d'informations genrées concernant le quotidien des personnes âgées.

Recommandation n° 19 : développer les travaux de recherche sur le vieillissement et les informations genrées sur les personnes âgées pour mieux connaître la situation de nos aînées et s'assurer de l'efficacité des politiques publiques dans ce domaine.

(1) Les maltraitances financières à l'égard des personnes âgées, un fléau silencieux, *mission d'information présidée par M. Alain Koskas, psycho-gérontologue, président de la Fédération internationale des associations de personnes âgées (FIAPA) et de la Fédération 3977 contre la maltraitance, fait à la demande de Mme Pascale Boistard, Secrétaire d'État chargée des personnes âgées et de l'autonomie, 19 septembre 2017.*

Comme l'a souligné le Dr. Olivier de Ladoucette lors de la table ronde sur la santé des femmes ⁽¹⁾, les mauvais traitements infligés aux personnes âgées, quel que soit le domaine, quel que soit le niveau de gravité et qu'ils soient volontaires ou non, sont la traduction d'une indifférence sociétale pour l'état de santé des personnes âgées. D'après son expertise, la société refuse par exemple de voir la douleur psychologique que peuvent ressentir les personnes âgées : il apparaîtrait normal d'être las et déprimé quand on est âgé ; la dépression n'existerait pas chez les personnes âgées. De même les violences sexuelles sur les femmes âgées n'existent pas dans l'imaginaire collectif car elles seraient exclues du désir sexuel. Ces idées reçues totalement fausses conduisent à ignorer en grande partie les violences que peuvent subir les personnes âgées dans notre société.

Recommandation n° 20 : créer un observatoire national de la maltraitance des séniors pour combattre les évolutions négatives quant à leur situation, notamment concernant les femmes séniors.

2. En finir avec les stéréotypes sur le vieillissement

S'il n'existe pas un « type » unique de personnes âgées – ne serait-ce que parce qu'il est difficile de fixer les bornes d'âge de ce qu'est qu'être âgé ou encore parce qu'il existe différents types de vieillissement (physique, psychique, social...) – il semble toutefois que notre société véhicule de nombreux stéréotypes sur celles-ci. Les personnes âgées seraient nécessairement fragiles, en mauvaise santé, souvent dépendantes ou atteintes d'une maladie chronique, n'ayant souvent « plus toute leur tête », sujettes à des pertes de mémoire... Elles seraient devenues des personnes à charge, inutiles pour la société et improductives pour l'économie. Ces stéréotypes négatifs tiennent de l'« âgisme », défini par l'OMS comme « *le fait d'avoir des préjugés ou un comportement discriminatoire envers des personnes ou des groupes en raison de leur âge* » ⁽²⁾.

Ces stéréotypes peuvent empêcher les personnes âgées de participer pleinement aux activités sociales, politiques ou encore culturelles et contribuer ainsi à les exclure progressivement de la cité. Le Dr Olivier de Ladoucette a d'ailleurs souligné le paradoxe de la situation : l'espérance de vie permet de vivre de plus en plus vieux mais dans une société qui rejette la vieillesse et parfois les « vieux » eux-mêmes.

La réunion de la Délégation du 29 mai 2019 ⁽³⁾ consacrée à la ménopause a permis de mettre en avant le phénomène d'invisibilisation sociale des femmes séniors. Mme Camille Froidevaux Metterrie a montré qu'avec la ménopause, les femmes subissent une sorte d'effacement social puisqu'elles ne sont plus en

(1) Table ronde sur la préservation de la santé et du bien-être des personnes âgées du mercredi 20 mars 2019 – voir la [vidéo](#).

(2) https://www.who.int/ageing/about/fighting_stereotypes/fr/ [URL consultée le 23 avril 2019].

(3) Audition sur la ménopause du mercredi 29 mai 2019 – voir la [vidéo](#).

mesure d'assurer le rôle reproductif qui leur a été assigné par la société. S'érigeant contre celle logique, elle a appelé les femmes de plus de 50 ans à « réinventer leur âge ». Mme Cécile Charlap a pour sa part rappelé que l'approche médicale de la ménopause repose sur une logique strictement pathologique et en fait une expérience exclusivement négative. L'une et l'autre ont noté néanmoins que le tabou social qu'est la ménopause semble être moins fort, cette question émergeant progressivement dans le débat public et sans se restreindre à une seule approche médicale.

À l'extrême opposé de ces stéréotypes, la filière de la « *silver economy* » dépeint une image de personnes âgées aisées, actives, en bonne santé, épanouies, souhaitant uniquement voyager et profiter d'un maximum de loisirs pendant leur période de retraite. Finalement cet autre type de stéréotype ne correspond pas non plus à la réalité et si la « *silver economy* » correspond en effet à une opportunité économique et constitue même un potentiel de croissance, il ne faudrait pas réduire les personnes âgées à une cible *marketing* vivant en décalage du reste de la société.

Les personnes âgées de plus de 60 ans sont aujourd'hui plus de 15 millions en France et leur poids dans la population ira croissant. Les cantonner à une image de personnes malades et vulnérables ou à celle de jeunes retraités dynamiques et sportifs ne permet pas de tenir compte de la diversité, ni de la réalité des situations des personnes âgées dans notre pays. Vos Rapporteuses considèrent qu'il est aujourd'hui impératif de changer de regard sur les personnes âgées et de lutter contre ces stéréotypes irréalistes si notre société veut être en mesure d'améliorer la place qui leur revient.

Changer l'image des personnes âgées passe à la fois par un travail global pour sensibiliser l'ensemble des Français à la place que leurs aînés sont en droit d'occuper dans la société et par des petites actions du quotidien pour redonner du sens à cette période de la vie qui est aujourd'hui très mal appréhendée, voire parfois occultée.

La vie de personnes âgées ne doit ainsi pas être cantonnée à un univers médicalisé que l'on chercherait à fuir à tout prix. En ce sens, vos Rapporteuses ont particulièrement apprécié les initiatives transgénérationnelles qu'elles ont pu connaître au cours de leurs auditions et de leurs déplacements. Au centre social de Châtillon-en-Bazois sont par exemple organisées des rencontres et des activités entre des classes de primaire ou du secondaire et les personnes âgées bénéficiant de l'accueil de jour. Dans l'EHPAD du groupe SOS Séniors à Aulnay-sous-Bois, le personnel soignant a également insisté sur la richesse de ce type de rencontres qui conduisent parfois des personnes âgées très solitaires, voire renfermées, à s'ouvrir et à discuter avec les jeunes générations.

L'ouverture des EHPAD, ou autres établissements à destination des personnes âgées, sur l'extérieur participerait à modifier la perception que l'on peut en avoir. Comme cela a été souligné à Aulnay-sous-Bois, la visite à un

grand-parent ou arrière-grand-parent ne doit pas être vue comme quelque chose de sombre et triste, mais comme une occasion de joie et de partage, avec des activités adaptées à tous les âges. Cela passe par exemple par l'aménagement d'espaces extérieurs qui permettent à la fois aux personnes âgées de pratiquer la marche active et aux plus jeunes enfants de jouer en installant des aires spécialement dédiées. Comme cela a été fait à Aulnay-sous-Bois, l'introduction de tables tactiles crée des moments de complicité entre les générations et des moments ludiques pour tous. Plus généralement, l'ouverture des EHPAD sur l'extérieur, en y localisant d'autres types de services par exemple, contribue à en faire un lieu de vie et non pas un endroit triste et fermé. Ce faisant, le regard sur la vie des personnes âgées change et les rapports entre générations également.

Il convient de reconnaître ce que les personnes âgées apportent à la société : elles ont un rôle important à jouer dans de multiples domaines, dans leur engagement associatif, en transmettant leur savoir... Les aînés comptent par exemple pour une bonne part des 16 millions de Français engagés dans le bénévolat et ce rôle, crucial pour notre société, ne doit pas être minimisé. La transmission entre générations est en effet une richesse irremplaçable qu'il convient de cultiver. Il faut ainsi changer de paradigme et passer d'une vision des personnes âgées comme « fardeau social » à une conception mettant en avant ce qu'elles continuent d'apporter à la société.

Recommandation n° 21 : changer de regard sur le vieillissement en déconstruisant les stéréotypes sur les personnes âgées, en développant les initiatives transgénérationnelles et en valorisant leur rôle et leur place dans notre société, en particulier en incluant davantage les femmes âgées dans la vie de la cité et dans les politiques publiques touchant au cadre de vie (par exemple au moyen de budgets participatifs).

3. Mieux traiter nos aînés : une condition nécessaire à l'avenir de la société

Toute société mettant à l'écart les personnes âgées se prive de la richesse d'une partie de sa population. Outre les conséquences très négatives que cette exclusion sociale et sociétale peut avoir sur les personnes âgées elles-mêmes, cela participe du délitement du lien social. *« Le sentiment d'insécurité est plus répandu parmi les personnes en situation d'isolement relationnel : 27 % des personnes isolées en 2015 se disent peu ou pas du tout en sécurité, contre 17 % dans l'ensemble de la population. Alors que 52 % de l'ensemble de la population se disent méfiants vis-à-vis des autres, ce sentiment concerne 65 % des personnes en situation d'isolement relationnel. Les personnes en situation d'isolement sont également plus défiantes à l'égard des institutions, y compris les associations, par rapport à l'ensemble de la population. Ce délitement du tissu social entraîne le retrait de la vie publique des personnes en situation d'isolement relationnel. Elles ont une opinion moins optimiste du rôle de la participation citoyenne au débat public que l'ensemble de la population : 21 % des personnes isolées pensent qu'une plus grande participation citoyenne aux décisions ne permettrait pas*

d'améliorer le fonctionnement du pays, contre 16 % de l'ensemble des Français » ⁽¹⁾.

Facteur majeur d'accélération de la perte d'autonomie, l'isolement des personnes âgées affecte directement la cohésion sociale. Vos Rapporteuses estiment que la lutte contre ce fléau doit être une priorité car il s'agit là d'une des clefs du mieux vieillir que l'on souhaite mettre en place dans la société de demain.

Pour lutter contre l'isolement et prévenir les difficultés graves que cela peut engendrer, il convient d'abord de mieux identifier les personnes qui sont dans cette situation. C'est par exemple dans cette perspective que le centre social de Châtillon-en-Bazois a développé, en coordination avec les élus communaux, un système de visites à domicile de toutes les personnes âgées de plus de 80 ans. Cette démarche permet ainsi de détecter les personnes âgées isolées socialement et se trouvant parfois dans des situations dramatiques. C'est alors une opportunité, d'une part, de répondre aux besoins d'un certain nombre de personnes qui jusque-là ne connaissaient pas les dispositifs auxquels elles pouvaient avoir recours et, d'autre part, de détecter les éventuelles difficultés, comme des problèmes de marche, de mémoire, d'isolement ou encore des situations où des aidants sont en souffrance et ont besoin d'être soutenus.

Une telle démarche repose avant tout sur l'engagement personnel des responsables du centre social et des élus locaux, mais il est évident que, quelle que soit la méthodologie retenue, il est utile de s'assurer qu'aucune personne âgée ne soit totalement laissée de côté par les dispositifs mis à sa disposition si l'on veut améliorer la vie des séniors dans notre société.

(1) *Note d'analyse et de synthèse « Les trois formes de solitude », mission analyse stratégique, synthèses et prospective (MASSP) de la direction générale de la cohésion sociale, septembre 2017.*

L'initiative MONALISA

Impulsée par le Gouvernement, la mobilisation nationale contre l'isolement des âgés (MONALISA) est l'une des quinze initiatives retenues de « La France s'engage », une démarche portée par le Président de la République, visant à identifier, mettre en valeur, soutenir et faciliter l'extension d'initiatives socialement innovantes.

Établie depuis janvier 2014, MONALISA entend valoriser, simplifier et soutenir les projets citoyens de lutte contre l'isolement des personnes âgées. Elle fédère de grandes associations nationales partageant une charte d'engagement (telles la Croix-Rouge française, les Petits frères des pauvres ou la Société de Saint-Vincent de Paul, dont les représentants ont été auditionnés par votre rapporteure). Ces projets participent tant de l'accompagnement des personnes âgées isolées que de la prévention de la perte d'autonomie.

MONALISA offre une vision panoramique des actions de lutte contre l'isolement des seniors. Elle permet de dresser un état du maillage territorial. Elle offre un parcours de formation aux bénévoles, permet l'intégration de leurs initiatives avec les dispositifs locaux d'information et organise la désignation d'un référent au sein de chaque équipe. Son action est financée jusqu'en 2016 par la section V du budget de la CNSA et par la Caisse des dépôts et consignations.

Source : Rapport n° 2155 de Mme Martine Pinville sur le projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement, 17 juillet 2014.

Pour s'assurer de mieux lutter contre toute forme d'isolement et d'exclusion de la vie publique et sociale des personnes âgées, vos Rapporteures jugent utile d'améliorer la détection de ces situations qui sont bien souvent un facteur clef dans le mauvais vieillissement. Détecter et connaître les besoins des personnes âgées est en outre une condition nécessaire au développement des actions de prévention de la perte d'autonomie.

Recommandation n° 22 : permettre à toutes les personnes âgées de bénéficier d'actions de prévention et de vieillir dans de bonnes conditions en améliorant la détection et la prise en charge des situations d'isolement et d'exclusion sociale qui touchent particulièrement les femmes séniors.

Cela doit passer à la fois par la mise en œuvre de visites à domicile et en établissement pour s'assurer de la situation des personnes âgées, ainsi que par le développement de solutions innovantes de mobilité à destination des personnes âgées.

Changer le regard de notre société sur le vieillissement passe aussi par l'affirmation des droits des personnes âgées ; vos Rapporteures rappellent que les personnes âgées sont des citoyens à part entière et que les droits sont les mêmes à tous les âges de la vie. Il en va en premier lieu de la liberté de choisir son propre projet de vie. Le Conseil de l'Europe rappelle d'ailleurs que les États « *sont tenus de veiller à ce que les personnes âgées disposent de ressources adéquates leur permettant de mener une vie décente et de participer activement à la vie publique, sociale et culturelle, de choisir librement leur style de vie et de mener une existence indépendante moyennant l'offre de logements, de soins et de services adaptés à leur situation et de garantir une assistance appropriée à celles qui*

vivent dans des institutions, tout en respectant leur vie privée, et leur participation aux décisions affectant leurs conditions de vie dans ces institutions »⁽¹⁾. Cela implique notamment de lutter contre toute discrimination fondée sur l'âge et contre tous les mauvais traitements infligés aux personnes âgées. La dignité des personnes âgées doit impérativement être respectée et ce dans toutes les situations, en établissement comme à domicile. Il est intolérable que certains droits parmi les plus élémentaires, comme la liberté d'aller et venir ou encore le respect de l'intégrité corporelle, puissent être bafoués.

Au-delà de ce respect des droits fondamentaux, les clefs du bien vieillir se trouvent également dans des « *petites choses du quotidien* », comme le rappelait notamment Mme Maryse Duval du groupe SOS Séniors lors de son audition. Le quotidien n'est pas pensé pour nos aînés qui sont parfois dans l'incapacité d'effectuer des tâches pourtant simples, comme ouvrir un paquet alimentaire ou sortir un médicament de son emballage, car à aucun moment ces actions n'ont été pensées pour être exécutées par des personnes âgées qui pourtant en seraient parfaitement capables si cela était conçu de manière adaptée. L'environnement dans lequel nous évoluons doit être pensé pour accueillir également les personnes âgées et permettre ainsi à chacun d'accéder à un vieillissement actif. Concevoir un quotidien adapté, par exemple en adaptant les espaces publics, les transports ou encore certains outils de communication, permettrait ainsi de conserver l'autonomie des personnes âgées et de stimuler leur inclusion dans les activités sociales ou culturelles par exemple.

Sans pouvoir être ici exhaustives, vos Rapporteuses soulignent l'imbrication des différents éléments qui permettent de vieillir dans de bonnes conditions. À ce sujet le Dr Olivier de Ladoucette identifie cinq facteurs qui s'entrecroisent et influencent le bien-être physique et la santé mentale pouvant aider la personne âgée à conserver son autonomie : conserver une bonne estime de soi qui influence directement notre capacité à agir et notre santé mentale. Garder une identité positive, ce qui ne peut se faire sans déconstruire l'image négative associée aux transformations physiques et sociales associées au vieillissement. Lutter contre l'isolement et la solitude qui ont des conséquences directes sur la santé psychique et physique des personnes. Conserver la maîtrise et la responsabilité des événements que l'on vit est important pour le bien-être et l'activité ; les personnes âgées ont ainsi besoin de garder le contrôle de leur vie. Savoir s'adapter pour appréhender les changements auxquels on est nécessairement confronté en vieillissant.

(1) Conseil de l'Europe, Les droits humains des personnes âgées et leur prise en charge intégrale, 9 mai 2017.

Il identifie finalement sept conditions pour vieillir avec succès et vos Rapporteuses soulignent qu'elles correspondent en effet aux principaux constats qu'elles ont pu faire tout au long de leurs travaux sur la place des femmes âgées dans la société. Ces conditions recourent d'ailleurs des champs extrêmement différents (allant bien des droits fondamentaux aux « petites choses du quotidien » en passant par l'enjeu du niveau de vie) :

- maintenir un degré d'autonomie satisfaisant ;
- conserver la maîtrise et la responsabilité des événements ;
- avoir de bonnes capacités d'adaptation ;
- entretenir des relations affectives de qualité ;
- rester engagé dans la société ;
- avoir des revenus suffisants (le confort financier facilite l'adaptation nécessaire aux changements liés à l'âge) ;
- enfin donner un sens à la vie.

Pour redonner à nos aînés la place qu'ils méritent dans notre société, vos Rapporteuses soulignent la diversité des leviers d'action et considèrent qu'il faut aujourd'hui agir de manière extrêmement transversale et globale pour toucher l'ensemble de ces éléments.

Recommandation n° 23 : donner toute leur place à nos aînés, et notamment à nos aînées qui sont souvent davantage invisibilisées en mettant en œuvre une politique publique transversale en faveur des personnes âgées.

Recommandation n° 24 : reconnaître le rôle des aînées dans notre société, notamment à travers leur participation à de nombreuses actions de bénévolat, et développer de manière homogène sur le territoire des initiatives telles que les « tiers-lieux » de rencontres intergénérationnelles.

TRAVAUX DE LA DÉLÉGATION

Lors de sa réunion du 4 juin 2019, sous la présidence de Mme Marie-Pierre Rixain, présidente, la Délégation a adopté le présent rapport et les recommandations présentées *supra* (pages 5 à 8).

La vidéo de cette réunion est accessible en ligne sur le portail vidéo de l'Assemblée nationale à l'adresse suivante : <http://assnat.fr/GncFK8>.

ANNEXE 1 : LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES PAR LA DÉLÉGATION ET PAR LES RAPPORTEURES

I. PERSONNES ENTENDUES PAR LA DÉLÉGATION

● Mercredi 6 février 2019

Fédération nationale des centres d'information sur les droits des femmes et des familles (FNCIDFF)

- Mme Annie Guilberteaud, directrice générale ;
- Mme Claire Caminade, conseillère technique emploi - création d'entreprise ;

Laboratoire de l'Égalité

- Mme Olga Trostiansky, présidente ;
- Mme Aline Crépin, secrétaire générale ;
- Mme Amina Abdoullahi, volontaire en service civique ;

Association Force Femmes :

- Mme Élise Moisson, déléguée générale.

● Mercredi 20 mars 2019

- Docteur Olivier de Ladoucette, psychiatre et gériatologue ;

Agir pour le développement de la santé des femmes (ADSF)

- Mme Nadège Passereau, déléguée générale ;
- Mme Pascale Pessay-Martineau, responsable de la communication ;

Réseau Alma Paris

- Mme Élisabeth Roqueplo, vice-présidente ;
- Mme Élisabeth Lepresle.

● **Mardi 14 mai 2019**

Conseil supérieur de l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes (CSEP)

- Mme Françoise Milewski, co-rapporteuse de la mission du CSEP sur « les femmes seniors (55-64 ans) sur le marché du travail » ;
- Mme Fabienne Caser, chargée de mission à l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT) ;
- Mme Adélaïde Amouzou, conseillère au secrétariat général du CSEP.

● **Mercredi 29 mai 2019**

- Mme Céline Charlap, docteure en sociologie ;
- Mme Camille Froidevaux Metterie, professeure de science politique à l'université de Reims Champagne-Ardenne.

Les vidéos de ces auditions sont disponibles en ligne sur le site de la Délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes de l'Assemblée nationale, à l'adresse suivante : <http://videos.assemblee-nationale.fr/commissions.droits-des-femmes-delegation>

II. PERSONNES ENTENDUES PAR LES RAPPORTEURES

● **Vendredi 25 janvier 2019**

Femmes Solidaires Bassin d'Arcachon (Gironde)

- Mme Françoise Coineau, présidente ;
- Mmes Maïté Bougès ; Sylvie Germe ; Dominique Maupetit et Gilberte Schramm, membres du bureau ;

Solidarité Femmes Bassin (Lanton, Gironde)

- Mme Marie-Françoise Lalande, Trésorière ;

Centre communal d'action sociale (CCAS) d'Arcachon (Gironde)

- Mme May Antoun, Maire-adjointe à l'action sociale.

● **Mardi 5 février 2019**

Direction des retraites et des solidarités de la Caisse des dépôts et consignations

– Mme Véronique Descaq, chargée de mission auprès de M. Michel Yahiel, directeur ;

– M. Philippe Blanchot, directeur des relations institutionnelles.

Direction générale de la cohésion sociale

– Mme Annaïck Morvan, cheffe du bureau « égalité entre les femmes et les hommes dans la vie professionnelle » ;

– M. Antoine Meffre, chef de bureau « prévention de la perte d'autonomie et du parcours de vie des personnes âgées » ;

– Mme Mélodie Simon, adjointe à la cheffe de bureau « droits et aides à la compensation ».

● **Mercredi 6 février 2019**

Groupe SOS seniors

– Mme Maryse Duval, directrice générale.

● **Mardi 12 février 2019**

Union Nationale des Retraités et des Personnes Agées (UNRPA)

– M. Francisco Garcia ;

– M. Janick Cerneau ;

– Mme Nelly Di Giovanni ;

– Mme Marie-Bernadette Koslowski ;

Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV)

– M. Renaud Villard, directeur ;

– Mme Pascale Breuil, directrice statistiques, prospective et recherche.

● **Vendredi 15 février 2019**

La Parent'aise, association pour l'accueil de jour itinérant dans le Vercors pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (Isère)

- M. Alain Repellin, Président de l'association Parent'Aise ;
- Mme Aurélie Paulet, infirmière coordinatrice ;
- Mme Christelle Delafontaine, aide-médico psychologique ;
- Mme Véronique Ferrari, aide-soignante.

● **Mardi 19 février 2019**

- M. Alain Cordesse, rapporteur de l'avis du CESE sur l'emploi des seniors, accompagné de M. Xavier Guillard, administrateur-adjoint CESE ;

GIE Agirc-Arrco

- M. François-Xavier Selleret, directeur général ;
- M. Pierre Chaperon, directeur de cabinet ;

Direction générale de l'offre de soins (DGOS)

- Mme Sylvie Escalon, adjointe au sous-directeur de la régulation de l'offre de soins ;
- Mme Eve Robert, cheffe de projet accès territorial aux soins.

● **Mercredi 20 février 2019**

Confédération française des retraités (CFR)

- M. Pierre Erbs, président de la CFR ;
- Mme Yvonne Jourd'hui, membre du bureau de la CFR ;

Agence Santé publique France

- M. François Bourdillon, directeur général ;
- Mme Emmanuelle Hamel, responsable de l'unité personnes âgées.

● **Mardi 5 mars 2019**

- Mme Marie-Odile Esch, rapporteure de l'avis du CESE intitulé « *Vieillir dans la dignité* » ;

Fédération hospitalière de France (FHF)

– Mme Annie Lelievre, responsable du pôle autonomie ;

Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs (FEHAP)

– M. Antoine Perrin, directeur général ;

– Mme Celia Valero, conseillère domicile à la direction de l'autonomie et de la coordination des parcours de vie ;

Fédération de l'hospitalisation privée (FHP)

– M. Michel Ballereau, délégué général de la FHP ;

– Mme Béatrice Noëllec, directrice des relations institutionnelles.

● Mardi 12 mars 2019

Pôle emploi

– Mme Firmine Duro, directrice des partenariats et de la territorialisation ;

– Mme Sylvie Klam ;

Syndicat national des établissements et résidences privés pour personnes âgées (SYNERPA)

– Mme Florence Arnaiz-Maumé, déléguée générale ;

- Mme Pauline Meyniel, responsable pôle médico-social ;

- Mme Audrey Houssais, responsable affaires publiques et territoires ;

Réseau COSI (cohabitation solidaire intergénérationnelle)

– M. Joachim Pasquet, directeur ;

Direction de la Sécurité sociale

– Mme Mathilde Lignot-Leloup, directrice de la Sécurité sociale ;

– M. Jean-Luc Matt, sous-directeur des retraites et des institutions de la protection sociale complémentaire ;

● **Mercredi 20 mars 2019**

Conseil de l'âge

– M. Bertrand Fragonard, président du Conseil de l'âge, vice-président du Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge.

● **Vendredi 22 Mars 2019**

– M. Alain Repellin, président de la Revola (foyer logement) et de l'association Parent'Aise (Vercors, Isère) ;

Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) du Vercors (Isère)

– M. Lionel Bonda, président ;

– Mme Christine Idelon, bénévole ;

Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) du Haut-Oisans (Isère)

– Mme Liliane Saunier, présidente ;

Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) Corps/Valbonnais (Isère)

– Mme Monique Faivre, présidente ;

– Mme Anne-Marie Laumay, infirmière coordinatrice ;

ADMR (aide à domicile en milieu rural), réseau associatif de services à la personne (Isère)

– M. Gérard Quinquinet, président de la Fédération de l'ADMR de l'Isère ;

– M. Pierre-François Dumas, directeur de la Fédération de l'ADMR de l'Isère ;

– Mme Mauricette Vaissieres, bénévole ADMR du Haut-Oisans ;

– Mme Isabelle Buffaz, coordinatrice équipe aides à domicile de l'ADMR du Haut-Oisans ;

Petits Frères des Pauvres (Nouvelle Aquitaine)

– M. Jean-Luc Brustis, directeur régional (Nouvelle Aquitaine).

ANNEXE 2 : DÉPLACEMENTS EFFECTUÉS PAR LES RAPPORTEURES

I. DÉPLACEMENT À AULNAY-SOUS-BOIS LE 25 MARS 2019

EHPAD du Groupe SOS Séniors

- Mme Charlotte Mousset, directrice de l’EHPAD ;
- Mme Aminata Souaré, infirmière coordinatrice ;
- Mme Sarah Nozière, psychologue ;
- Mme Suzy Munanga, aide-soignante spécialisée en gériatrie ;
- Mme Essy Heurteux, animatrice ;
- M. Serge Chaumont, gouvernant ;
- M. René Schneider et Mme. Sarah Delestre, cuisiniers ;
- Mme Sarah Monier, coordinatrice du service Seniors Connect ;
- Mme Géraldine Bucci-Scholer, responsable communication Groupe SOS Seniors.

II. DÉPLACEMENT À MONTREUIL LE 25 MARS 2019

La Maison des Babayagas

- Mme Kerstin Emanuelsson, présidente de l’association de la Maison des Babayagas ;
- Mme Catherine Vialles, secrétaire ;
- Mme Jade Helfer, trésorière ;
- Mme Nelida Moutalabian, administratrice et résidente ;
- Mme Ewa Held, administratrice.

III. DÉPLACEMENT DANS LA NIÈVRE LE 2 AVRIL 2019

Préfecture de la Nièvre

- Mme Sylvie Houspic, préfète de la Nièvre ;
- M. Régis Dindaud, délégué départemental de la Nièvre pour l'Agence régionale de santé de Bourgogne Franche-Comté ;
- Mme Catherine Dehais, déléguée aux droits des femmes et à l'égalité des hommes et des femmes pour le département de la Nièvre ;
- Mme Brigitte Hivet, directrice de la direction départementale de la cohésion sociale et de la protection des populations ;

Maison de santé pluriprofessionnelle de la Charité-sur-Loire

- Dr Arnaud Billet, médecin de la maison de santé ;
- Mme Véronique Morel, coordinatrice de la maison de santé ;

Association Émeraude

- M. Alain Vernet, président d'Émeraude 58 ;
- Dr Yves Genty, médecin coordinateur d'Émeraude 58 et co-gestionnaire de la plateforme territoriale d'appui (PTA) de la Nièvre ;
- Mme Maria Michel Idec, gestionnaire d'Émeraude 58 et co-gestionnaire de la PTA de la Nièvre ;
- Mme Emilie Guibert, directrice administrative d'Émeraude 58 ;

Centre social de Chatillon en Bazois et service polyvalent d'aide et de soins à domicile (SPASSAD)

- Mme Michèle Dardant, mairesse de la commune de Châtillon en Bazois et conseillère départementale (Château Chinon) ;
- M. Serge Crepin, directeur du centre social ;
- M. Jean-Paul Bernard, président du centre social ;
- M. Marcel Falcon, vice-président du centre social ;
- Mme Isabelle Trouvay, directrice-adjointe du centre social ;
- Mme Gisèle Vieux, référente personnes âgées ;
- Mme Anne Sterle, infirmière coordinatrice ;

- Mme Chantal Marie, commission personnes retraitées ;
- Mme Paulette Emile, bénéficiaire de l'espace aquatique (atelier aqua-phobie) et bénévole à l'accueil de jour ;
- Mme Jeanne Souverain, bénéficiaire de l'atelier couture et de l'espace aquatique ;
- Mme Yvette Billebeau, bénéficiaire SPASAD et actions de prévention individuelles et collectives ;
- Mme Danielle Boisselier, bénéficiaire du groupe aides aux aidants (époux accueilli à l'accueil de jour) et SPASAD, candidate au service relayage ;
- Mmes Michel et Girard, chargées de la tarification auprès des établissements pour personnes âgées et handicapées au sein du Conseil départemental de la Nièvre.

ANNEXE 3 : DARES, ACTIVITÉ DES SENIORS ET POLITIQUES D'EMPLOI, TABLEAU DE BORD MARS 2019

Tableau de bord

publication de la Direction de l'animation
de la recherche, des études et des statistiques

Mars 2019

Activité des seniors et politiques d'emploi

Données à fin décembre 2018

Sommaire

- | | |
|---|------|
| • Emploi, chômage et inactivité des seniors | p. 3 |
| • Les seniors en emploi aidé | p. 6 |
| • Les cessations anticipées d'activité | p. 8 |
| • Taux d'emploi des seniors en comparaison internationale | p. 9 |

TABLEAU DE SYNTHÈSE

Tableau 1 • Principaux indicateurs sur l'activité des seniors en 2018

	50-54 ans	55-59 ans	60-64 ans	65-69 ans	55-64 ans
Population totale (en milliers)(1).....	4 453	4 275	4 032	3 886	8 307
Taux d'activité (1).....	86,0	77,2	33,5	6,7	56,0
Taux d'emploi (1).....	80,6	72,1	31,0	6,5	52,1
Proportion de retraités ou préretraités cumulant un emploi.....	-	23,5	7,0	4,7	8,7
Part de chômage (1).....	5,4	5,1	2,5	0,2	3,8
Taux de chômage (1).....	6,3	6,6	7,5	2,7	6,9
Part du halo autour du chômage (1).....	3,4	3,1	2,1	1,3	2,6
Taux d'inactivité.....	14,0	22,8	66,5	93,3	44,0
dont préretraites totales (2).....	0,0	0,3	0,1	0,0	0,2
dont dispenses de recherche d'emploi indemnisées (2).....	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1
dont retraites anticipées (2).....	-	0,3	8,1	-	4,1
dont autres inactifs.....	13,9	22,3	58,2	93,3	39,7

(1) Les données sont en moyenne annuelle. La source utilisée est l'enquête Emploi de l'Insee. L'âge retenu est l'âge atteint au moment de l'enquête (plus précisément l'âge au dernier jour de la semaine de référence).

<http://dares.travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/2016-073.pdf>

(2) Pour plus de précisions sur les cessations anticipées d'activité, voir <https://dares.travail-emploi.gouv.fr/dares-etudes-et-statistiques/etudes-et-syntheses/dares-analyses-dares-indicateurs-dares-resultats/article/les-cessations-anticipees-d-activite-en-2016>

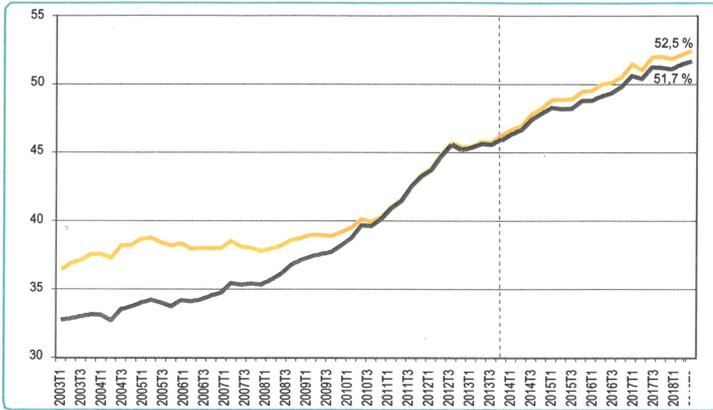
Champ : population des ménages, France hors Mayotte.

Définitions :

- Taux de chômage : chômeurs au sens du BIT rapportés à la population active de la tranche d'âge considérée (âge à la date de l'enquête).
- Part de chômage : chômeurs au sens du BIT rapportés à la population de la tranche d'âge considérée (âge à la date de l'enquête).
- Taux d'activité : actifs au sens du BIT rapportés à la population de la tranche d'âge considérée (âge à la date de l'enquête).
- Taux d'emploi : actifs occupés au sens du BIT rapportés à la population de la tranche d'âge considérée (âge à la date de l'enquête).
- Taux d'emploi « sous-jacent » : moyenne arithmétique simple des taux par âge détaillé. Il n'est donc pas pondéré par la taille des différentes cohortes et permet de neutraliser les effets de composition démographique particulièrement importants avec l'arrivée, depuis 1996, des cohortes du baby-boom dans la tranche d'âge des 50 ans et plus, qui affectent fortement le taux d'emploi effectif.
- Halo autour du chômage : personnes qui n'ont pas d'emploi, qui souhaitent travailler, mais qui ne sont pas considérées comme au chômage selon les normes du BIT, car elles ne sont pas disponibles pour travailler dans les deux semaines ou (et) n'ont pas effectué de démarches actives de recherche d'emploi dans le mois précédent.

1 • Emploi, chômage et inactivité des seniors

Graphique 1 • Évolution trimestrielle des taux d'emploi des 55-64 ans

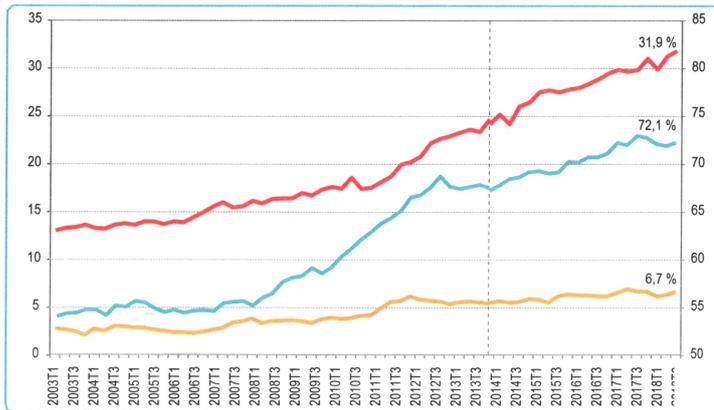


Champ : population des ménages de France métropolitaine jusqu'à fin 2013, de France hors Mayotte ensuite.

Source : enquête Emploi, Insee ; calculs Dares, données CVS en moyenne trimestrielle, données provisoires pour le T4 2018. Concept BIT, âge à la date de l'enquête.

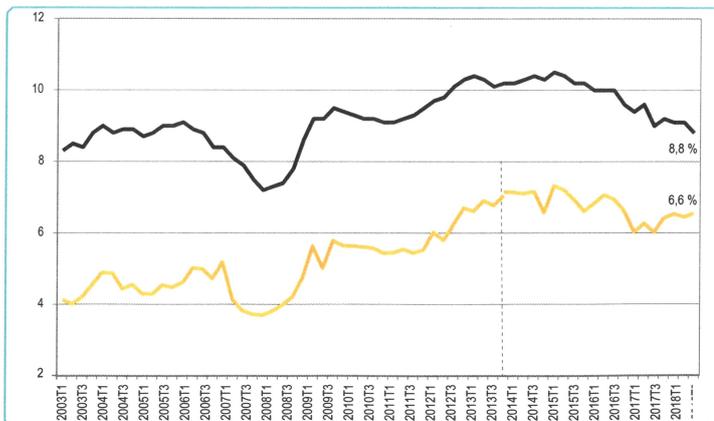
— Taux d'emploi
— Taux d'emploi "sous-jacent"

Graphique 2 • Évolution trimestrielle des taux d'emploi des seniors par tranche quinquennale



— 55-59 ans (échelle de droite)
— 60-64 ans (échelle de gauche)
— 65-69 ans (échelle de gauche)

Graphique 3 • Évolution trimestrielle du taux de chômage (55 ans et plus et ensemble des actifs)



— Ensemble des actifs
— 55 ans et plus

Note de lecture : le taux de chômage de l'ensemble de la population active n'a pas connu de rupture de série, contrairement au taux de chômage des personnes de 55 ans et plus (ligne verticale en pointillés).

Tableau 2 • Taux de chômage au sens du BIT des 55 ans ou plus (données CVS)

	Niveau	Évolution trimestrielle	Évolution annuelle	
	T4-2018	T4-2018 / T3-2018	T4-2018 / T4-2017	T4-2017 / T3-2016
55 ans ou plus	6,6	0,1	0,5	-0,9
Dont : hommes	6,6	-0,2	-0,2	-0,8
femmes	6,5	0,6	1,3	-1,1
Ensemble des actifs	8,8	-0,3	-0,2	-1,0
Dont : hommes	8,7	-0,5	-0,4	-1,1
femmes	8,9	-0,2	0,1	-1,1

Tableau 3 • Demandeurs d'emploi en catégorie A* de 55 ans ou plus (données CVS-CJO)

	Effectifs	Évolution trimestrielle	Évolution annuelle	
	T4-2018	T4-2018 / T3-2018	T4-2018 / T4-2017	T4-2017 / T4-2016
	milliers	%	%	%
55 ans ou plus	636,2	+0,0	+1,3	+4,4
Dont : hommes	325,7	-0,1	+0,5	+3,1
femmes	310,4	+0,1	+2,2	+5,8
Tous âges confondus	3676,5	-1,1	-1,4	+0,0

Tableau 4 • Demandeurs d'emploi en catégories A, B, C** de 55 ans ou plus (données CVS-CJO)

	Effectifs	Évolution trimestrielle	Évolution annuelle	
	T4-2018	T4-2018 / T3-2018	T4-2018 / T4-2017	T4-2017 / T4-2016
	milliers	%	%	%
55 ans ou plus	915,6	+0,6	+3,8	+6,7
Dont : hommes	431,5	+0,3	+2,9	+5,7
femmes	484,1	+0,8	+4,6	+7,6
inscrits depuis 6 mois ou plus	747,3	+0,7	+4,8	+8,4
inscrits depuis 12 mois ou plus	621,6	+1,2	+6,7	+8,1
inscrits depuis 24 mois ou plus	429,0	+2,0	+7,2	+6,6
Tous âges confondus	5915,7	-0,8	-0,2	+2,7

Tableau 5 • Durée d'inscription des demandeurs d'emploi en catégories A, B, C** de 55 ans ou plus (données CVS-CJO)

	Niveau	Évolution trimestrielle	Évolution annuelle	
	T4-2018	T4-2018 / T3-2018	T4-2018 / T4-2017	T4-2017 / T4-2016
	jours	jours	jours	jours
Durée d'inscription à la sortie en jours	705	-21	5	108
Dont : hommes	689	-9	18	97
femmes	727	-16	5	108
Tous âges confondus	316	2	7	12

Champ : population des ménages, France hors Mayotte.

Source : enquête Emploi, Insee ; calculs Dares, données CVS en moyenne trimestrielle, données provisoires pour le T4-2018. Concept BIT, âge mesuré à la date de l'enquête.

Note : depuis le 1^{er} trimestre 2018, les données relatives aux demandeurs d'emploi inscrits à Pôle emploi sont publiées en moyenne trimestrielle plutôt qu'au mois le mois.

Champ : France hors Mayotte.

Source : STMT - Pôle emploi, Dares. Âge en fin de mois.

* Les demandeurs d'emploi en catégorie A sont tenus de rechercher un emploi et n'ont pas travaillé au cours du mois.

** Les demandeurs d'emploi en catégories A, B, C sont tenus de rechercher un emploi, qu'ils n'aient pas travaillé au cours du mois (catégorie A), qu'ils aient travaillé 78 heures ou moins (catégorie B) ou plus de 78 heures (catégorie C).

Tableau 6 • Principaux indicateurs d'activité sur les hommes en 2018

	50-54 ans	55-59 ans	60-64 ans	65-69 ans	55-64 ans
Population totale (en milliers) (1)	2 181	2 069	1 915	1 828	3 984
Taux d'activité (1)	90,5	80,9	33,8	8,0	58,3
Taux d'emploi (1)	85,0	75,5	30,9	7,8	54,0
Proportion de retraités ou préretraités cumulant un emploi	-	24,5	7,2	5,8	9,2
Part de chômage (1)	5,5	5,4	2,9	0,2	4,2
Taux de chômage (1)	6,1	6,7	8,6	2,7	7,2
Part du halo autour du chômage	3,0	2,9	2,1	1,3	2,5
Taux d'inactivité					
<i>dont préretraites totales (2)</i>	9,5	19,1	66,2	92,0	41,7
<i>dont dispenses de recherche d'emploi indemnisées (2)</i>	0,0	0,5	0,1	0,0	0,3
<i>dont retraites anticipées (2)</i>	-	0,0	0,1	0,0	0,1
<i>dont autres inactifs</i>	9,4	18,2	54,7	92,0	35,8

Source et champ, concepts pour les tableaux 6 et 7 : cf. tableau 1 (page 2).

Tableau 7 • Principaux indicateurs d'activité sur les femmes en 2018

	50-54 ans	55-59 ans	60-64 ans	65-69 ans	55-64 ans
Population totale (en milliers) (1)	2 272	2 206	2 116	2 058	4 323
Taux d'activité (1)	81,7	73,6	33,3	5,5	53,9
Taux d'emploi (1)	76,4	68,9	31,1	5,4	50,4
Proportion de retraités ou préretraités cumulant un emploi	-	22,3	6,7	3,7	8,1
Part de chômage (1)	5,3	4,8	2,2	0,1	3,5
Taux de chômage (1)	6,4	6,5	6,5	2,6	6,5
Part du halo autour du chômage (1)	3,9	3,2	2,1	1,3	2,6
Taux d'inactivité (1)					
<i>dont préretraites totales (2)</i>	18,3	26,4	66,7	94,5	46,1
<i>dont dispenses de recherche d'emploi indemnisées (2)</i>	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1
<i>dont retraites anticipées (2)</i>	-	0,1	5,2	-	2,6
<i>dont autres inactifs</i>	18,3	26,1	61,4	94,5	43,4

Tableau 8 • Caractéristiques des emplois en 2018

	50-54 ans	55-59 ans	60-64 ans	65-69 ans	55-64 ans
Nombre d'actifs occupés (en milliers)	3 590	3 066	1 183	260	4 250
Part du temps partiel dans l'emploi	16,7	19,7	30,8	50,1	22,9
Taux de sous-emploi	5,4	5,3	5,4	5,3	5,3
Part des non-salariés dans l'emploi	12,8	15,1	22,6	38,4	17,3
Part de la fonction publique dans l'emploi	22,5	22,3	24,7	12,4	23,0
Part des contrats temporaires dans l'emploi salarié	7,7	6,4	7,9	13,0	6,8

Concepts : actifs occupés au sens du BIT ; âge atteint à la date de l'enquête ; fonction publique = État, collectivités territoriales, hôpitaux publics ; contrats temporaires = contrats à durée déterminée (CDD) et intérim.

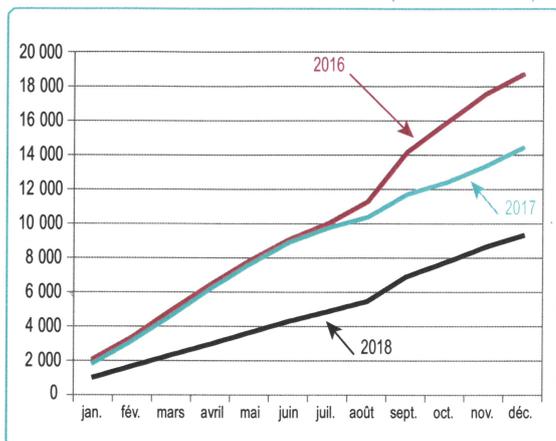
Lecture : en 2018, en moyenne, 5,3 % des 55-64 ans occupant un emploi sont en situation de sous-emploi, c'est-à-dire en temps partiel subi ou au chômage technique ou partiel (taux de sous-emploi) et 6,8 % de ceux qui sont salariés sont en contrat temporaire (intérim ou CDD, y compris emplois saisonniers et aidés en CDD).

Champ : population des ménages France hors Mayotte.

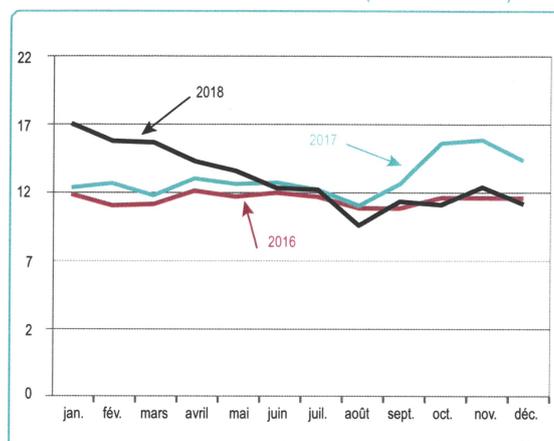
Source : Insee, enquête Emploi 2018 ; calculs Dares (moyenne annuelles).

2 • Les seniors en emploi aidé

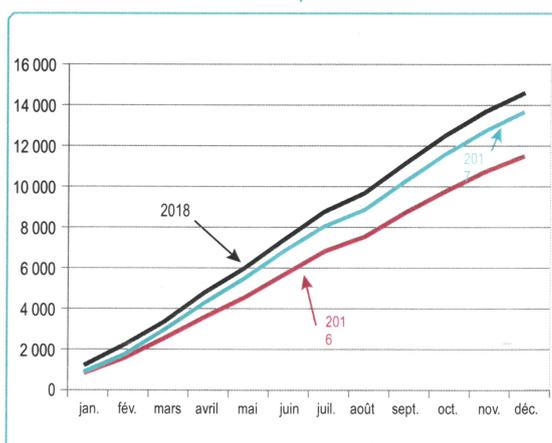
Graphique 4 • Entrées cumulées des 55 ans et plus dans le secteur non marchand (CUI-CAE et PEC)



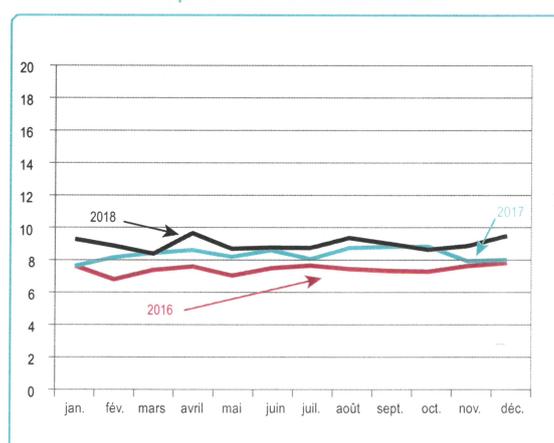
Graphique 5 • Part des 55 ans et plus parmi les entrées dans le secteur non marchand (CUI-CAE et PEC)



Entrées cumulées des 55 ans et plus en IAE



Part des 55 ans et plus dans les entrées en IAE



Dispositifs : CUI-CAE : contrat unique d'insertion non marchand. PEC : parcours emplois compétences (depuis janvier 2018). IAE : contrat d'insertion par l'activité économique.

Champ : France.

Sources : ASP, Acoess, traitement Dares.

<https://dares.travail-emploi.gouv.fr/dares-etudes-et-statistiques/etudes-et-syntheses/dares-analyses-dares-indicateurs-dares-resultats/article/les-dispositifs-specifiques-d-emploi-aide-et-de-formation-au-3e-trimestre-2018>

Tableau 9 • Nombre de seniors en emploi aidé (données brutes en fin d'année)

En milliers (effectifs à fin décembre)	2015	2016	2017	2017	
				Répartition des seniors dans les dispositifs (%)	Part des seniors dans chaque dispositif (%)
Contrat aidé	65	71	63	82,5	14,0
CUI-CAE	39	47	40	51,9	22,0
CUI-CIE	7	5	2	2,9	14,9
IAE	19	20	21	27,6	15,4
Contrat en alternance	0	0	0	0,1	0,0
Contrat de professionnalisation	0	0	0	0,1	0,0
Autre emploi aidé	13	13	13	17,4	3,8
Dispositif ciblé sur les territoires en difficulté	3	2	2	2,4	5,0
Aide aux chômeurs créateurs d'entreprise	10	11	12	15,1	5,4
Ensemble des emplois aidés	78	84	76	100	5,2

Dispositifs :

CUI-CIE : contrat unique d'insertion dans le secteur marchand.

CUI-CAE : contrat unique d'insertion dans le secteur non marchand.

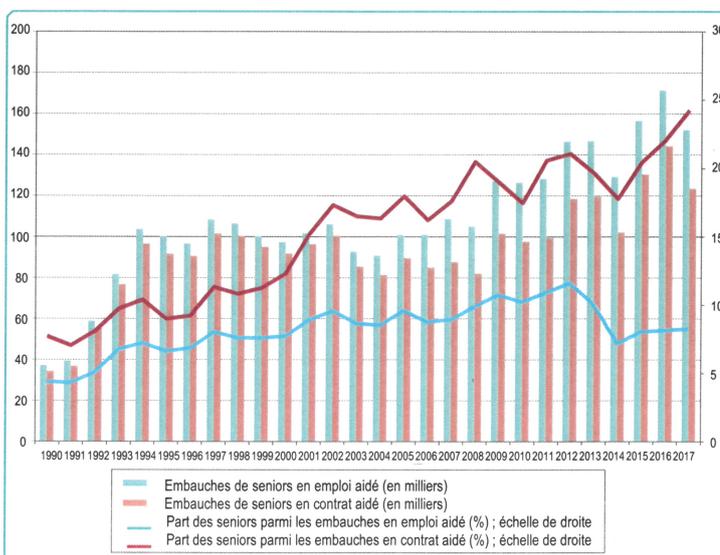
IAE : contrat d'insertion par l'activité économique.

Champ : France.

Sources : ASP, Acoess, traitement Dares.

<https://dares.travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/2018-054.pdf>

Graphique 6 • Nombre d'embauches des 50 ans et plus en emploi aidé/contrat aidé et part dans les embauches totales de 1990 à 2017



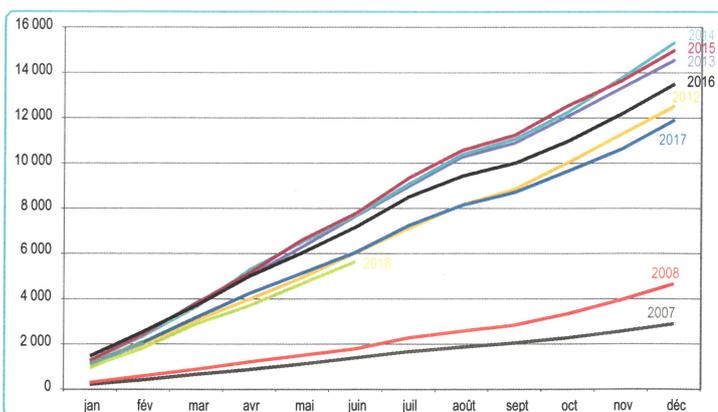
Note : les embauches correspondent ici aux entrées initiales et aux reconductions de contrats.

Champ : France métropolitaine.

Sources : ASP, Acoess, traitement Dares.

<https://dares.travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/2018-054.pdf>

Graphique 7 • Entrées cumulées en CSP des 55 ans ou plus*



Champ : France.

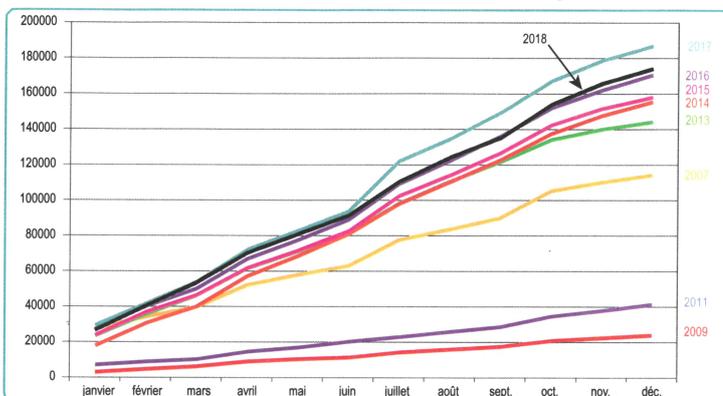
Source : FHS exhaustif - Pôle emploi. Données brutes. Âge en fin de mois.

* Le contrat de sécurisation professionnelle (CSP) remplace depuis le 1^{er} septembre 2011 la convention de reclassement personnalisé (CRP) et le contrat de transition professionnelle (CTP).

https://dares.travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/2017-067_v2.pdf

3 • Les cessations anticipées d'activité

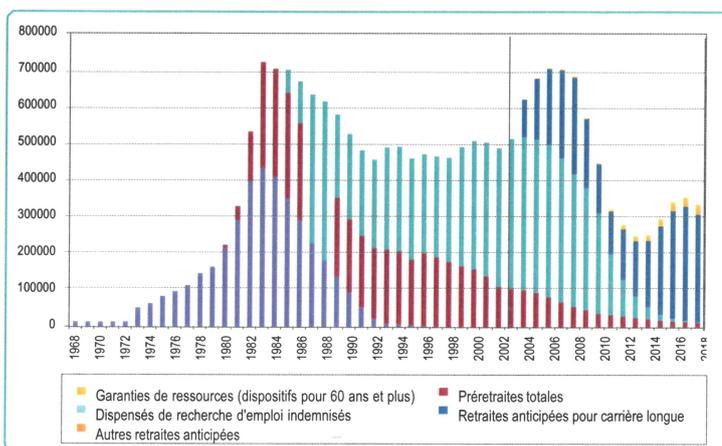
Graphique 8 • Entrées en retraite anticipée pour carrière longue



Champ : France.

Source : modèle Prisme - Cnav ; calculs Dares.

Graphique 9 • Nombre de bénéficiaires de cessations anticipées d'activité par grandes catégories de dispositifs (effectifs à fin décembre) entre 1968 et 2018

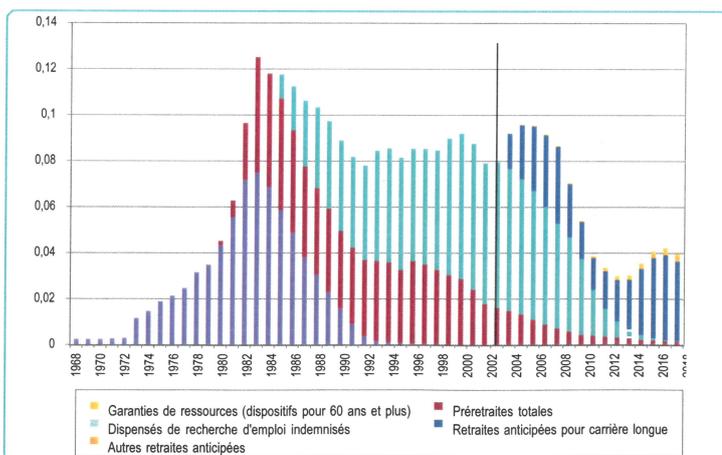


Champ : à partir de 2003 (ligne verticale), le champ est France entière pour tous les dispositifs. Avant, les données de préretraites et de dispenses de recherche d'emploi (DRE) ne portent que sur la France métropolitaine.

Sources : FNA - Pôle emploi (AS-FNE, ARPE, DRE), Fichiers CATS - Pôle emploi (CATS), CRAMTS / DSS (CAATA), modèle Prisme - Cnav (RA) ; calculs Dares.

Les préretraites totales correspondent à : AS-FNE, ARPE, CATS, CAATA.

Graphique 10 • Part des bénéficiaires de cessations anticipées d'activité par grandes catégories de dispositifs (effectifs à fin décembre) entre 1968 et 2018, rapportée à la population des 55-64 ans



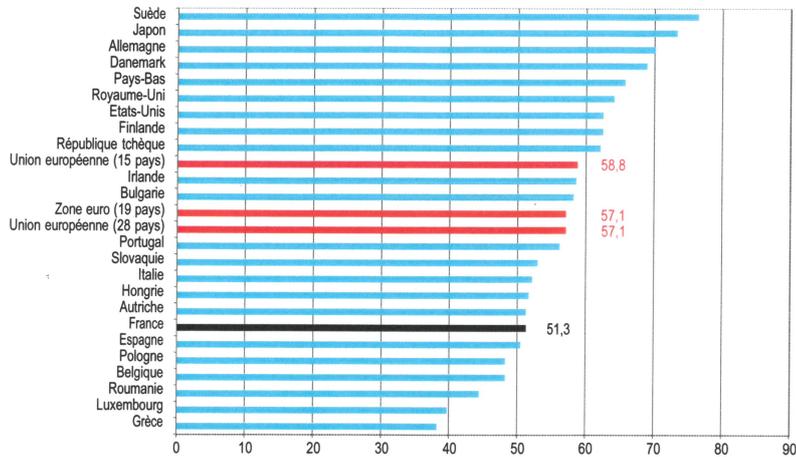
Champ : à partir de 2003 (ligne verticale), le champ est France entière pour tous les dispositifs. Avant, les données de préretraites et de DRE ne portent que sur la France métropolitaine.

Sources : FNA - Pôle emploi (AS-FNE, ARPE, DRE), Fichiers CATS - Pôle emploi (CATS), CRAMTS / DSS (CAATA), modèle Prisme - Cnav (RA), Insee (estimations de population arrêtées à fin 2018) ; calculs Dares.

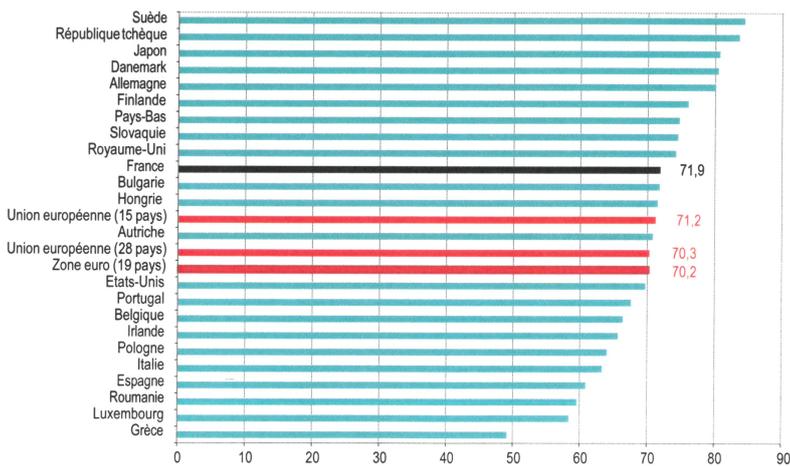
Les préretraites totales correspondent à : AS-FNE, ARPE, CATS, CAATA.

4 • Taux d'emploi des seniors en comparaison internationale

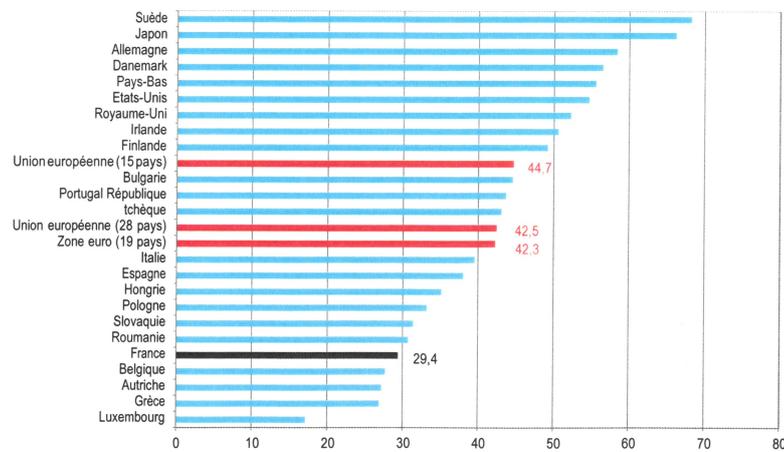
Graphique 11 • Taux d'emploi des 55-64 ans en 2017



Graphique 12 • Taux d'emploi des 55-59 ans en 2017



Graphique 13 • Taux d'emploi des 60-64 ans en 2017



Sources : Eurostat (2017), OCDE (2017, Etats-Unis et Japon).