

APPROCHE HISTORIQUE ET SOCIÉTALE

Du rapport Laroque à la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement : cinquante-cinq ans de politique vieillesse en France

Alain Grand

15

LA MISE EN ŒUVRE des politiques sociales destinées explicitement à « traiter » la problématique du vieillissement remonte, en Europe, à la fin du XIX^e siècle et au début du XX^e siècle. Directement liée à la naissance et à l'affirmation des États-Nations, elle répondait à deux grandes préoccupations :

– démographique, tout d'abord : les États-Nations européens avaient besoin, pour s'affirmer, d'une démographie dynamique et le vieillissement de certains d'entre eux, notamment la France, a suscité la mise en place de politiques familiales visant à encourager la natalité, dont les effets se manifestent encore de nos jours ;

– sociaux, ensuite : la nécessité d'un encadrement des dispositifs spontanés de solidarité mis en place dans le monde ouvrier – sociétés de secours mutuels, caisses de solidarité – a amené les États-Nations à légiférer. L'Allemagne de Bismarck fut pionnière et les systèmes « bismarckiens » de protection sociale diffusèrent dans un certain nombre de pays européens, dont la France. Ils furent ensuite concurrencés par les systèmes « beveridgiens », apparus en 1942 en Grande-

Alain Grand est professeur de santé publique à l'université Toulouse 3.

Bretagne. L'Europe est désormais partagée entre les deux types de système, avec une tendance forte à l'hybridation.

Ces dispositifs de protection sociale se sont très fortement renforcés, dans la seconde moitié du xx^e siècle, avec une volonté de généralisation à l'ensemble des populations. La forte croissance économique qui a marqué l'immédiat après-guerre (les Trente Glorieuses : 1945-1975) a permis de financer, sans trop de difficultés, cette généralisation. L'es-soufflement de la croissance économique qui caractérise la période suivante, avec quasi-stagnation depuis 2007, a eu pour conséquence une augmentation des déficits sociaux qui participent au creusement de la dette publique, notamment en France.

Les politiques à destination plus spécifique de la population âgée s'inscrivent dans ce contexte plus général de développement des politiques sociales. Elles comportent un volet assurantiel (l'assurance vieillesse), historiquement le premier et qui est analysé dans un chapitre ultérieur. Nous nous intéresserons donc plus particulièrement au volet « assistanciel » qui s'incarne dans les « politiques vieillesse », dont le lancement remonte au très célèbre rapport Laroque, publié en 1962 et réédité en 2014¹.

1961-1980. LE RAPPORT LAROQUE ET LES PLANS QUINQUENNAUX : LA LUTTE CONTRE LA PRÉCARISATION DE LA VIEILLESSE ET L'INSTAURATION D'UNE VÉRITABLE POLITIQUE DE SOUTIEN AU DOMICILE, DANS UN CONTEXTE DE CROISSANCE ÉCONOMIQUE FORTE

Ce rapport fut rédigé par le conseiller d'État Pierre Laroque, « père fondateur » en 1945 de la Sécurité sociale. Véritable « cri d'alarme », il a permis de dresser le constat de la paupérisation d'un nombre de plus en plus important de personnes âgées en France. Ces « laissés-pour-compte » de la croissance économique et de la protection sociale se caractérisaient par le triptyque : pauvreté, mal logement et isolement social. La priorité était clairement accordée au « maintien au domicile », avec une approche « moderniste » de la vieillesse, conçue comme un « 3^e âge actif, autonome et participant ».

La forte croissance économique des Trente Glorieuses a permis la mise en œuvre des préconisations du rapport Laroque, dans le cadre du Programme finalisé du VI^e Plan (1970-1974) et du Plan d'action prioritaire du VII^e Plan (1975-1979).

1. Pierre Laroque, *Rapport Laroque*, Paris, L'Harmattan, 2014 (réédition).

L'essentiel des mesures portaient alors sur :

- la revalorisation des retraites et du minimum vieillesse (devenu, depuis 2006, Allocation de solidarité aux personnes âgées [ASPA]) ;
- l'amélioration de l'habitat par des soutiens financiers (allocation logement) et des dispositifs de rénovation et adaptation de l'habitat ;
- la multiplication des services de « maintien au domicile » (devenus depuis services de « soutien au domicile ») : ce furent d'abord les services d'aide-ménagère (financés, depuis 1967, par le Fonds d'action sociale de la CNAV [Caisse nationale d'assurance vieillesse]), puis les services de soins à domicile (relevant pour leur part de l'Assurance maladie), inscrits tardivement dans la loi (1978) en raison de l'opposition des infirmiers libéraux ;
- la diffusion, sur l'ensemble du territoire, des clubs du 3^e âge et de dispositifs d'information, destinés à rompre l'isolement des personnes âgées.

Parallèlement à ces mesures de « maintien à domicile », la loi du 30 juin 1975, relative aux institutions sociales et médico-sociales, actait une évolution importante dans le domaine des institutions d'hébergement pour personnes âgées (alors appelées « maisons de retraite » ou « hospices »). Tentant d'introduire une distinction claire entre les établissements d'hébergement pour personnes âgées d'une part et les services de soins hospitaliers de long séjour d'autre part, elle consacrait, dans le même temps, la possibilité de créer des sections de cure médicale dans les établissements d'hébergement. Ainsi s'instaurait, en matière d'hébergement, une gradation selon le niveau de médicalisation des établissements. La loi abordait, pour la première fois, la question de l'accompagnement de la personne handicapée et renforçait la participation à la vie collective et sociale. Elle préconisait enfin l'élaboration de schémas directeurs, préfigurations des futurs schémas régionaux.

La décennie 1970 fut marquée par la multiplication des structures « intermédiaires » de logement collectif – résidences services, foyers-logements – visant à combler le vide entre l'hébergement simple et les structures hospitalières.

1980-2000. LA DIVERSIFICATION DE L'OFFRE ET LA DÉCENTRALISATION, DANS UN CONTEXTE DE CROISSANCE ÉCONOMIQUE RALENTIE ET DE DÉFICIT DES BUDGETS SOCIAUX

C'est en 1981 que fut créée la première structure ministérielle spécifiquement dévolue aux personnes âgées. Ce secrétariat d'État aux

Personnes âgées fut le prélude à l'établissement quasi permanent d'un département ministériel consacré à la définition et à la mise en œuvre de ce que l'on commence alors à appeler la politique gérontologique. Le rapport « Vieillir demain » (1982), issu de la préparation du VIII^e Plan, trace les grandes lignes de l'évolution qui caractérisera les décennies 1980 et 1990. Ce rapport actera tout d'abord les progrès accomplis en matière de lutte contre la précarité des personnes âgées (revalorisation constante du minimum vieillesse et des retraites). Prônant la prise en considération de l'aide informelle dans le dispositif de soutien, il préconise la diversification des modalités d'aide pour une adaptation la plus fine possible aux besoins. Les personnes âgées y sont de plus en plus considérées sous l'angle des « incapacités » et de la « dépendance » (terme remplacé depuis par la « perte d'autonomie »).

La période est en effet marquée par la multiplication des enquêtes épidémiologiques visant à quantifier la dépendance et son impact en population générale². Les études sociologiques permettent, quant à elles, d'évaluer la situation des personnes âgées et de leur entourage. Elles ont permis en particulier de souligner l'importance de l'aide informelle³. Ces deux éclairages complémentaires viennent alimenter la réflexion sur l'adaptation des politiques au vieillissement⁴.

Après une courte étape (1981-1983) de renforcement des dispositifs antérieurs, notamment des services de soins au domicile, un virage fut pris, en raison des contraintes économiques (déficit des budgets sociaux), vers la diversification/libéralisation du soutien au domicile. C'est ainsi que furent mis en place toute une série de dispositifs visant à exploiter le « gisement d'emplois » que devait constituer le soutien aux personnes âgées dépendantes :

- instauration des exonérations de cotisations sociales (pour les personnes de plus de 70 ans) et création des services mandataires (1986) ;
- loi sur l'hébergement des personnes âgées en famille d'accueil (1989) ;
- encouragement à l'emploi de gré à gré par l'extension du chèque-service (1993) ;

2. Gérard Bouvier, *L'enquête Handicap-Santé*, Paris, INSEE, octobre 2011.

3. Claudine Attias-Donfut, *Sociologie des générations*, Paris, Puf, 2015.

4. Julia Twigg, Alain Grand, « Contrasting legal conceptions of family obligation and financial reciprocity in the support of older people: France and England », *Ageing and Society*, n° 18, 1998, p. 131-146.

– ouverture à la concurrence : associations de services aux personnes (1991) ; associations intermédiaires, entreprises d'insertion et secteur marchand (1996).

Cette diversification/libéralisation du soutien au domicile fut fortement critiquée. On lui reprochait de privilégier l'objectif de création d'emplois au détriment de la qualité des services. Toute une démarche d'évaluation et d'amélioration de la qualité des services fut alors mise en place, qui déboucha en 2007 sur la création de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM).

La période fut également marquée par la mise en œuvre de la décentralisation. La loi Defferre, promulguée le 2 mars 1982, a lancé le processus. Il s'est approfondi depuis et a été marqué, concernant les politiques sociales, par la responsabilisation croissante des départements (conseils généraux puis départementaux [depuis 2015]) vis-à-vis de l'aide et de l'action sociales à destination des personnes âgées. Les conseils départementaux assurent ainsi la gestion de ces aides et actions sociales, avec un volet obligatoire pour lequel ils ne font qu'appliquer la législation nationale et un volet facultatif qui est sous leur entière responsabilité. Le volet obligatoire est en partie financé par l'État. Les départements se plaignent systématiquement de l'insuffisance de cette dotation. Quant au volet facultatif, il dépend étroitement de la prospérité économique des Départements ; ce qui génère de profondes inégalités territoriales⁵.

Les contraintes économiques actuelles, liées au renforcement de la dette publique et à la nécessité de son remboursement, n'ont fait qu'accentuer la tendance, les dotations de l'État ne s'avérant pas à la hauteur des besoins liés aux transferts de responsabilités.

La mise en exergue, dans les années 1980, du rôle clé joué par les réseaux spontanés de solidarité a permis d'intégrer progressivement l'aide informelle aux dispositifs de soutien. Une volonté politique de soutien aux aidants s'est alors manifestée, marquée par la mise en place de centres de jour, de structures d'accueil temporaire... destinés à soulager le « fardeau » des aidants. De nombreuses études ont été menées afin de permettre une meilleure compréhension de ce « fardeau »⁶ et déboucher sur des mesures de soutien appropriées.

5. Rémy Marquier, « L'action sociale des collectivités locales envers les personnes âgées. Une observation qualitative au-delà de l'aide sociale légale », *Dossiers solidarité et santé*, n° 71, DREES, décembre 2015.

6. Alain Grand et coll., « Caregiver stress: A failed negotiation? A qualitative study in South West France », *The International Journal of Aging and Human Development*, vol. 49, n° 3, 1999, p. 179-195.

Les années 1990 ont vu s'approfondir la réflexion sur la mise en place de ce que l'on appelait alors la « prestation dépendance ». Partant du constat du caractère spécifique de la dimension « dépendance » dans le parcours du vieillissement, le débat fut engagé sur le caractère assurantiel (assurance dépendance, voire 5^e risque de la Sécurité sociale) ou assistanciel d'une éventuelle future prestation. Le creusement du déficit de la Sécurité sociale encouragea les pouvoirs publics à choisir l'option assistancielle : c'est ainsi que fut mise en place la Prestation spécifique dépendance (PSD), dont le versement, sous conditions de ressources, était lié au degré de dépendance évalué à partir de la grille AGGIR. Il s'agissait alors d'une prestation destinée soit à rémunérer des services pour les personnes au domicile, soit à financer les surcoûts induits pour les établissements par la prise en charge de la dépendance. Cette prestation « en nature » visait à éviter le détournement vers le compte en banque de l'allocation spécifique tierce personne qui l'avait précédée. L'attribution de la PSD n'était pas subordonnée à la mise en œuvre de l'obligation alimentaire. Elle pouvait, en revanche, faire l'objet d'un recours sur succession ; ce qui explique son faible succès. Elle a toutefois préparé le terrain à l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) qui fut instituée par la loi du 20 juillet 2001.

La décennie 1990 fut également marquée par la mise en place de dispositifs de coordination gérontologique. La réflexion est partie du constat d'un morcellement et d'un cloisonnement des institutions et services pour personnes âgées : entre l'aide informelle et l'aide professionnelle, entre le domicile et l'institution, entre l'hôpital et les soins ambulatoires, entre le sanitaire et le social... Cela a abouti, dans un premier temps dans le domaine sanitaire, à l'instauration des réseaux de soins, devenus ensuite réseaux de santé, dont certains plus spécifiquement dévolus aux personnes âgées : lutte contre la douleur, soins palliatifs... jusqu'à de véritables réseaux gérontologiques dans certains territoires⁷. Ils furent la préfiguration des dispositifs de coordination gérontologique mis en place dans les années 2000.

2000-2016. L'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE, LA COORDINATION GÉRONTOLOGIQUE, L'AFFIRMATION DES DROITS LIÉS À LA PERTE D'AUTONOMIE (LOI DU 11 FÉVRIER 2005), DANS UN CONTEXTE DE QUASI-STAGNATION ÉCONOMIQUE ET DE CREUSEMENT DE LA DETTE SOCIALE

Cette période vit la concrétisation de la réflexion et de l'expérimentation concernant la prestation « dépendance ». Prenant acte du faible

7. Cour des Comptes, « L'indispensable renforcement de la coordination gérontologique », *Problèmes politiques et sociaux*, n° 903, août 2004, p. 91-94.

succès de la PSD, la loi du 20 juillet 2001 a instauré l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA), prestation assistancielle ne faisant pas l'objet de récupération sur succession. Calculée en fonction du niveau d'incapacité, évalué grâce à la grille AGGIR (GIR 1 à 4), et tenant compte du revenu, l'APA fut plébiscitée par les français. Elle introduit un clivage entre les GIR 1 à 4 relevant de l'APA et les GIR 5-6 qui peuvent faire l'objet de mesures de soutien par les Caisses de retraite (CARSAT pour le régime général). Fin 2014, le nombre de prestations d'aide sociale attribuées par les départements aux personnes âgées s'élevait à 1,4 million dont 1,25 million d'APA. 738 000 APA (soit 59 %) concernaient les personnes résidant à leur domicile, alors que 512 000 APA (soit 41 %) étaient versées à des personnes vivant en institution⁸.

L'APA clôt le débat sur le 5^e risque (au grand dam des associations de retraités et personnes âgées) et laisse la porte ouverte aux assurances privées, qui voient dans la couverture des risques liés à la perte d'autonomie un marché potentiel et un moyen de revaloriser leur image. Le niveau de revenus des retraités, comparable à celui de la population active, conforte le secteur privé dans ce type de calcul. Les assureurs ne sont toutefois présents qu'au travers des contrats collectifs souscrits par les entreprises, les contrats individuels ayant eu relativement peu de succès à ce jour⁹.

La période 2000-2015 est également marquée par le renforcement de la coordination gérontologique. Les réseaux de santé se sont, dans un premier temps, développés dans le cadre de financements spécifiques : Fonds d'aide à la coordination et à la qualité des soins (FACQS), Fonds d'intervention pour la coordination et la qualité des soins (FICQS), Dotation régionale pour le développement des réseaux (DRDR), pour être intégrés, après la loi Hôpital, patients, santé, territoires (HPST, 21 juillet 2009), dans l'ensemble des dispositifs susceptibles d'être financés par le Fonds d'intervention régional (FIR). Cette intégration correspondait à une approche plus critique des réseaux considérés comme des outils de coordination parmi d'autres.

C'est ainsi que différents dispositifs sont venus se superposer, au gré des lois et intérêts politiques, sans véritable cohérence ni réflexion d'ensemble. Les Centres locaux d'information et de coordination (CLIC) sont apparus dans les années 2000, sous la forme d'une expérimentation qui n'a pas débouché sur une organisation réglementaire : beaucoup ont disparu lorsque les financements se sont taris, alors que

8. Françoise Borderies et coll., « 4,2 millions de prestations d'aide sociale attribuées par les départements en 2014 », *Études et résultats*, n° 942, DREES, novembre 2015.

9. Sophie Lautie et coll., « Le financement de la perte d'autonomie liée au vieillissement. Regards croisés des acteurs du secteur », *Cahier de recherche*, n° 286, CRÉDOC, décembre 2011.

d'autres ont survécu, grâce au relais pris par les collectivités territoriales. Le Plan présidentiel de lutte contre la maladie d'Alzheimer (2007-2012) prônait la mise en place de Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA), d'abord dévolues à la maladie d'Alzheimer, puis conçues comme des dispositifs de coordination gérontologique plus large. Les MAIA, faute de financement, ne concernent que des territoires limités.

Au total, la superposition des dispositifs a abouti à une situation très hétérogène selon les territoires, certains bénéficiant de plusieurs structures de coordination (réseaux, CLIC, MAIA...), d'autres en étant totalement dépourvus. Les équipes médico-sociales des conseils départementaux, chargées notamment de l'attribution de l'APA, constituent, à ce jour, le seul outil potentiel de coordination réparti sur l'ensemble du territoire. L'expérimentation Personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA) pourrait constituer un nouveau dispositif de coordination vis-à-vis du dépistage et de la prise en charge de la fragilité¹⁰. Son avenir risque d'être à l'instar de celui des dispositifs qui l'ont précédé.

On peut donc déplorer légitimement l'absence de suivi de toutes ces expérimentations de coordination qui se sont superposées à ce jour : cela aboutit à un paysage très hétérogène, avec d'importantes inégalités territoriales liées au dynamisme et à la richesse très variables des territoires concernés.

La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a permis de renforcer les droits des usagers par l'instauration des projets individuels visant à prendre en compte leurs attentes et leurs besoins (livret d'accueil, charte des droits et libertés, contrat de séjour, conseil de la vie sociale...). Elle a rendu obligatoires l'auto-évaluation pour les établissements (avec communication tous les cinq ans) et l'évaluation externe tous les sept ans par un organisme habilité. Enfin, elle a précisé la fonction des Schémas régionaux d'organisation sociale et médico-sociale (SROSMS), devenus Schémas régionaux de l'organisation médico-sociale (SROMS) depuis la loi HPST de 2009.

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances et pour la participation et la citoyenneté des personnes handicapées manifeste la volonté de rompre la barrière d'âge dans la prise en considération de la perte d'autonomie. Elle envisage le handicap sous l'angle de la compensation due à toute personne en situation de perte d'autonomie quel que soit son âge. Elle crée une institution : la Caisse nationale de

10. IRDES, *Atlas des territoires pilotes PAERPA. Situation 2012*, 2015.

solidarité pour l'autonomie (CNSA), qui fait office de structure de financement (APA, ONDAM médico-social) et d'agence de définition et de coordination de la politique de compensation et prévention de la perte d'autonomie. La barrière d'âge persiste toutefois, tant dans les prestations délivrées : APA *versus* Prestation de compensation du handicap (PCH), que dans l'organisation territoriale des dispositifs de lutte : les Maisons départementales des personnes handicapées (MDSPH) s'occupent des enfants et adultes handicapés, alors que ce sont les équipes médico-sociales des conseils départementaux qui prennent en charge les personnes âgées en situation de perte d'autonomie. Cela crée des situations de rupture lors du passage du statut « adulte handicapé » au statut « personne âgée dépendante », tant dans le soutien au domicile que dans une éventuelle prise en charge institutionnelle. Ces situations sont de plus en plus documentées et font l'objet de programmes spécifiques¹¹.

2016. DES PARCOURS DIVERSIFIÉS DANS DES TERRITOIRES CONTRASTÉS : UNE RÉFLEXION QUI ENGLOBE LA PRÉVENTION (LA FRAGILITÉ) ET LES INÉGALITÉS

La loi du 28 décembre 2015, relative à l'adaptation de la société au vieillissement, vient provisoirement clôturer un édifice législatif conséquent.

Elle est destinée, selon son exposé des motifs, à « permettre à tous de profiter dans les meilleures conditions sociales, économiques et de santé et le plus longtemps possible de ce formidable progrès » qu'est l'augmentation de l'espérance de vie. Elle fait de l'adaptation de la société au vieillissement « un impératif national et une priorité de l'ensemble des politiques publiques de la Nation ».

Le contenu de cette loi n'est manifestement pas à la hauteur des intentions. Les différents articles se limitent en effet le plus souvent à aménager et faire évoluer les dispositifs existants, sans véritable mobilisation de moyens. L'interrogation principale porte sur les possibilités d'application de la loi par les départements. Les décrets d'application viendront peut-être démentir cette première impression. On peut également s'interroger sur l'opportunité de créer un nième haut conseil : le « Haut Conseil de l'âge », qui vient réintroduire une barrière d'âge que la loi du 11 février 2005 voulait faire disparaître.

11. Paul Blanc, Marianne Berthod-Wurmser, *Une longévité accrue pour les personnes handicapées vieillissantes : un nouveau défi pour leur prise en charge*, Paris, La Documentation française, 2006.

Ce décalage entre les intentions affichées dans la loi et les moyens susceptibles d'y répondre n'est pas spécifique à la loi vieillissement. C'est une tendance généralisée et qui se renforce, du fait de la contrainte économique, quel que soit le pouvoir en place. On peut déplorer que le législateur ne s'assure pas davantage des possibilités d'application des lois qu'il promulgue. Il semble ainsi s'en exonérer, laissant au terrain (collectivités territoriales et professionnels) la responsabilité de répondre, sans les moyens correspondants, aux exigences de la loi.

On retrouve dans la loi du 28 décembre 2015 les deux mots-clés permettant de caractériser la période : parcours et territoire.

Le vieillissement est en effet appréhendé comme un parcours dont il s'agit de maîtriser toutes les étapes et notamment celles précédant la perte d'autonomie. Le titre 1^{er} de la loi : « Anticipation de la perte d'autonomie », en est la claire illustration. L'attention se porte sur la prévention par la mise en avant du concept de fragilité, déjà investigué par de multiples programmes de recherche. Des expérimentations sont également en cours, en particulier dans le cadre du programme Personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA), afin de mieux dépister et prévenir les situations de fragilité.

Tous ces parcours de vieillissement s'inscrivent dans des territoires, redéfinis par la dernière loi de décentralisation. Si les départements restent dans leur mission d'application des politiques sociales, les nouvelles régions, quant à elles, gardent, au niveau des ARS, la responsabilité du médico-social. La nécessaire coordination entre les deux échelons, départemental et régional, est quelque peu perturbée par l'installation des nouvelles régions. Une attention toute particulière est portée à la mise en place d'un continuum dans l'offre de prise en charge de la perte d'autonomie. Tant du côté des opérateurs privés que du côté des collectivités territoriales, des initiatives sont prises pour renforcer les structures intermédiaires entre le domicile et l'EHPAD. Reprenant le concept des foyers-logements et autres résidences services, de nouvelles structures voient le jour (Établissements d'hébergement pour personnes âgées : EHPA) pour offrir une réponse graduée à la perte d'autonomie. Le titre 2 de la loi : « Adaptation de la société au vieillissement », encourage ces initiatives. Les grandes différences de richesse entre les collectivités territoriales expliquent le caractère très éclaté et disparate de l'offre selon les territoires.

Enfin, un véritable marché – la « *Silver economy* » – s'est constitué autour des problématiques liées au vieillissement¹². La solvabilité des

12. Sanaa Hallal, *Retours d'enquête sur la filière « Silver Économie »*. Premiers éléments, Commissariat général à la stratégie et à la prospective, n° 2013-08, décembre 2013.

personnes âgées est telle (« l'âge d'or des retraites ») qu'elle intéresse de nombreux opérateurs privés œuvrant dans des champs aussi diversifiés que la nutrition, l'habitat, l'hygiène... La génération des baby-boomers poursuit ainsi dans ses vieux jours ses habitudes de consommation.

CONCLUSION

DU VIEUX PRÉCAIRE AU BABY-BOOMER CONSOMÉRISTE : LA NÉCESSAIRE ADAPTATION DES POLITIQUES VIEILLESSE

Outre le vieillissement démographique, la période 1945-2016 se caractérise par de profonds bouleversements économiques, sociaux et sociétaux. Sur le plan économique, aux Trente Glorieuses (1945-1975) ont succédé quarante années marquées par un essoufflement de la croissance puis une quasi-stagnation. Le haut niveau de chômage actuel ne permet pas d'espérer une quelconque augmentation des moyens pour la politique vieillesse. Sur le plan social, la généralisation de la protection sociale à l'ensemble de la population entretient une pression à la hausse des dépenses, tant pour les retraites que pour l'assurance maladie. L'effet ciseaux concernant les dépenses de protection sociale joue donc à plein ; ce qui interdit toute marge de manœuvre. Sur le plan sociétal enfin, la génération des baby-boomers a développé des demandes auxquelles tant le marché (« *Silver economy* ») que les politiques vieillesse s'efforcent de répondre.

De la lutte contre la précarité des personnes âgées, on est passé à une adaptation des politiques vieillesse à la grande diversification des besoins. Les dispositifs de soutien, tant au domicile qu'en institution, se sont multipliés, souvent de façon peu coordonnée et hétérogène selon les territoires. L'attention plus particulière portée aux parcours de vieillissement et à un soutien personnalisé ne doit pas faire oublier les profondes inégalités persistant selon les catégories sociales et selon les territoires. En l'absence de tout espoir d'augmentation significative des moyens, la coordination des parcours et la lutte contre les inégalités sociales et territoriales sont clairement les deux chantiers prioritaires de la période.