

***Anticipation et adaptation
de la société au
vieillissement – rapports
Aquino et Broussy***

Eliane Conseil
Santé Social

www.elianeconseil.com

Le contexte du rapport

En préparation du projet de loi sur l'autonomie, la ministre des affaires sociales et la ministre déléguée chargée des personnes âgées et de l'autonomie ont demandé la préparation de deux rapports complémentaires :

- *un rapport sur l'anticipation de l'avancée en âge, par une prévention individuelle et collective dans le domaine de la promotion de la santé tout au long de la vie ;*
- *un rapport sur l'adaptation de la société au vieillissement, à la fois en matière d'infrastructures et de représentations de l'avancée en âge.*

Le premier rapport a été confié au comité interministériel « avancée en âge : prévention et qualité de vie » présidé par le Dr Jean-Pierre Aquino, et secondé par l'IGAS. Le second rapport a été confié à la mission interministérielle sur l'adaptation de la société française au vieillissement de sa population, présidée par Luc Broussy, Conseiller général du Val d'Oise et maire-adjoint au logement de Goussainville. Les deux missions ont travaillé en complémentarité et ont rendu leur rapport respectif entre janvier et février 2013.

En synthèse

◆ Un défi démographique d'ampleur variable selon les territoires

Une progression forte du grand âge

Les deux rapports soulignent, en introduction, les évolutions démographiques auxquelles la France va être confrontées dans les prochaines décennies :

- en 2040, plus d'un Français sur trois aura plus de 60 ans ;
- dans un demi-siècle, le nombre de personnes âgées de plus de 75 ans sera multiplié par deux et celui des personnes de plus de 85 ans par quatre.

La progression exponentielle de la population la plus âgée représente un défi particulièrement important : c'est en effet au-delà de 75 ans que la prévalence de la perte d'autonomie devient plus forte. La prise en compte de ce phénomène implique une stratégie nationale d'adaptation, mais également une déclinaison locale de cette politique. En effet, les différents territoires ne seront pas égaux face au phénomène du vieillissement.

Des situations territoriales distinctes face à ce phénomène

Le rapport Broussy met en évidence **l'hétérogénéité des différents départements par rapport à l'évolution démographique à venir**, en établissant une distinction en termes de « stock » et de « flux », ou plus précisément **en distinguant le phénomène du vieillissement de celui de la gérontocroissance**. Le vieillissement est l'augmentation de la *proportion* de personnes âgées au sein de la population d'un territoire donné. La gérontocroissance est l'augmentation du *nombre* de personnes âgées sur un territoire donné.

Ainsi, la Creuse est, de tous les départements français, celui qui présente actuellement la plus forte proportion de personnes âgées de plus de 60 ans (34,7%) ; cette caractéristique devrait se confirmer en 2030 (passage à 45,4%). Cependant, ce phénomène de vieillissement du département (avancée en âge du « stock » de population) ne s'accompagnera pas d'un flux important de personnes âgées supplémentaires (un peu plus de 5000 personnes seulement en 18 ans). A l'inverse, d'autres départements comme le Nord resteront « jeunes » (passage de 20 à 26% de personnes âgées de plus de 60 ans sur la même période) mais devront prendre en charge une gérontocroissance importante, c'est-à-dire un flux de 77 000 personnes entrant dans la catégorie des 60 ans et plus en moins de 2 décennies.

Les problématiques à relever vont ainsi varier selon les territoires : la Creuse devra gérer le déséquilibre entre une forte proportion de personnes âgées et une faible proportion d'actifs, tandis que les départements de la Grande Couronne en Ile-de-France (ceux qui connaîtront la plus forte gérontocroissance dans les années à venir) devront gérer un flux important de retraités, dont les attentes en matière de services et d'aménagement urbain seront distinctes de celles des actifs, qui resteront nombreux.

◆ Une grande hétérogénéité des initiatives à ce jour

En matière de prévention

Le rapport Aquino rappelle les **initiatives successives prises au niveau national ces dix dernières années**, pour améliorer la prévention et l'anticipation des problématiques liées au vieillissement :

- Programme « Bien vieillir » lancé en 2003 avec 17 sites pilotes, ciblant l'alimentation et l'activité physique des 50-65 ans ;
- Plan national « Bien Vieillir » 2007-2009, visant cette fois l'ensemble des thématiques de prévention ainsi qu'une tranche d'âge plus large (50-70 ans) ;
- Evaluation du plan Bien Vieillir par le Haut Conseil de la Santé Publique en 2011, mettant en exergue un problème de gouvernance de la prévention ;
- Création d'un Comité national de coordination des politiques publiques de prévention de la perte d'autonomie en avril 2012 ;
- Installation du Comité Avancée en Âge en octobre 2012.

Si ces différentes initiatives nationales reflètent une prise de conscience des enjeux à relever, l'accumulation d'actions successives sans ambition d'ensemble fait écho à l'éparpillement, sur le terrain, des efforts et des opérateurs en matière de prévention. Le rapport Aquino dresse ainsi **un état des lieux sommaire des principaux intervenants en la matière et constate leur multiplicité, ainsi que l'absence de coordination de ces intervenants, de leurs initiatives et de l'évaluation des actions menées**, qui permettrait pourtant de tirer profit des expériences réalisées pour identifier les plus efficaces et les dupliquer / transposer partout où cela est pertinent. En effet, de multiples études ont été menées sur différents programmes de prévention (le rapport cite les bilans réalisés par l'INPES, par la fédération nationale de gérontologie, ainsi que les résultats des appels à projets du Plan national Bien Vieillir, avant de dresser lui-même la liste des programmes mis en œuvre par les CCAS et de leur intérêt) sans qu'une stratégie d'ensemble en ait découlé.

En matière d'adaptation des infrastructures

Le rapport Broussy pointe également, de manière parfois brutale, **le caractère partiel de certaines mesures ainsi que l'accumulation des intervenants, créée par le législateur lui-même, pour l'adaptation des infrastructures aux enjeux de l'avancée en âge**.

Conduite par un spécialiste des questions de logement (M. Broussy est maire-adjoint au logement de la mairie de Goussainville), la mission se concentre en effet sur l'adaptation des logements, de l'aménagement urbain et des transports aux enjeux de l'avancée en âge, en soulignant les limites des stratégies en vigueur :

- sur l'accessibilité des bâtiments recevant du public **suite à la loi Handicap de 2005 : les nouveaux bâtiments sont « accessibles »** (au prix d'un renchérissement du coût de ces chantiers) **mais pas nécessairement « adaptés »** aux différentes dimensions de la perte d'autonomie, tandis que le « stock » de bâtiments anciens n'a pas été touché par ces aménagements ;
- les conventions d'utilité sociale (CUS) signées entre l'Etat et les organismes HLM, n'intègrent pas pour l'instant la question de l'adaptation du logement aux personnes vieillissantes alors que la proportion des 65 ans et plus parmi les locataires du parc social est déjà de 20% et pourrait passer à 35% en 2035, tandis que **le fléchage des logements adaptés du parc social, vers des demandeurs handicapés ou âgés, pâtit de l'enchevêtrement des organismes réservataires** (mairie, préfecture, 1% logement...);
- **les financements proposés pour adapter les logements sont multiples mais complexes à mobiliser en raison de la coexistence d'au moins 4 acteurs incontournables** : l'Agence Nationale de l'Habitat (ANAH), la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse (CNAV), les Conseils généraux ainsi que les partenaires associatifs (PACT-ARIM, Habitat & Développement...) qui dans chaque département jouent le rôle d'assistance à maîtrise d'ouvrage, intermédiaires entre l'utilisateur et les financeurs ;
- **l'implantation de logements adaptés n'est pas subordonnée à une réflexion sur l'environnement immédiat de ces logements**. Or, sans environnement adapté (facilités de déplacement à pied, accès aux transports en commun, commerces et services de proximité), la personne en perte d'autonomie sera confinée dans son appartement et deviendra entièrement dépendante de l'aide extérieure pour l'accès aux services de première nécessité ;
- **de même, le législateur n'a pas prévu de mise en cohérence entre les outils de planification urbaine dans les bassins de vie (Scot) et les outils de planification médico-sociale**. Comment, dans ce contexte, les plans locaux de transport et d'aménagement des quartiers pourraient-ils tenir compte des programmations d'ouverture ou d'extension d'établissements pour personnes âgées ou handicapées ? Aussi, les territoires d'action sociale définis par les Conseils généraux ne recoupent pas, dans la plupart des régions, les territoires de santé sur lesquels les ARS fondent leur programmation ;

- l'échelon intermédiaire entre le logement autonome et l'EHPAD (foyers-logements et autres résidences-services) pâtit d'une réglementation inadaptée et d'un parc immobilier vieillissant.

◆ Mieux prendre en compte les personnes âgées, pour soutenir l'économie

L'avancée en âge comme vivier de croissance économique

Au-delà de l'adaptation des logements et des environnements urbains à la perte d'autonomie, le rapport Broussy insiste sur l'insuffisante prise en compte des personnes âgées dans la stratégie économique.

Cela emporterait deux conséquences :

- le manque de prise en compte de la « cible » des plus de 60 ans par les producteurs de biens et services, contribue à expliquer que les dépenses de ces consommateurs potentiels diminuent plus vite que leurs revenus, après 65 ans, et particulièrement en matière de tourisme, transport, loisirs et culture. Il existe donc un **levier potentiel de croissance de consommation, chez cette population, à condition de mieux les cibler dans les stratégies marketing et la conception des produits** ;
- les besoins d'accompagnement de l'avancée en âge laissent envisager des pistes de développement d'activités et d'emploi : **les aides humaines représentent des emplois locaux non délocalisables, tandis que les aides techniques constituent un vecteur potentiel de croissance et d'innovation (gérontechnologies)**. Cependant, ces deux viviers potentiels de croissance n'ont fait l'objet d'aucun plan gouvernemental de promotion des emplois auprès des personnes âgées d'une part, ou de mise en cohérence des différents porteurs de projets innovants dans le cadre d'une véritable stratégie industrielle nationale, d'autre part.

Les personnes âgées, pilier de la famille mais pénalisées par la politique familiale

Le rapport Broussy souligne l'inadaptation des politiques familiales aux réalités de la solidarité intergénérationnelle. Avec l'allongement de l'espérance de vie, 4 à 5 générations se côtoient au sein des familles, et les grands-parents d'aujourd'hui constituent une « **génération sandwich** » sollicitée à la fois pour le soutien financier à leurs ascendants (hébergés en EHPAD ou très dépendants à domicile) et pour l'aide matérielle et financière auprès de leurs enfants, devenus parents. Le rôle des grands-parents dans la garde de leurs petits-enfants est fondamental (le volume d'heures de garde assurées par les grands-parents en France est estimé à 23 millions d'heures par le Conseil d'Analyse Stratégique en 2010 soit l'équivalent des heures travaillées des assistantes maternelles agréées du territoire national) alors même qu'ils sont eux-mêmes, dans 40% des cas, des actifs. Ils sont également particulièrement sollicités en tant qu'aidants, alors qu'ils travaillent et/ou sont eux-mêmes affectés par une maladie chronique (**48% des aidants sont eux-mêmes atteints d'une affection chronique** en 2012 d'après la DREES).

Or, cette génération est confrontée à une paupérisation potentielle (carrières discontinues à partir des années 80 et 90, réformes Balladur et Fillon sur les retraites) qui risque de mettre à mal leur capacité à soutenir leurs ascendants et leurs descendants, et par là même l'équilibre de la société française.

◆ De multiples préconisations, pour un enjeu central : la gouvernance

Les préconisations des deux rapports, très diverses, se rejoignent sur un point : **la nécessité de donner une gouvernance cohérente à la politique de prise en compte de la perte d'autonomie, afin de lutter contre l'éparpillement des intervenants et de leurs actions**. Le rapport Broussy préconise, sur ce point, une évolution vers **3 niveaux de gouvernance complémentaires** permettant d'instaurer une **logique de Guichet Unique à tous les échelons de décision** :

- au niveau national, un **renforcement du rôle de la CNSA** (Caisse Nationale de Solidarité et d'Autonomie) à travers :
 - o la récupération de certaines prérogatives et de certains effectifs de la Direction Générale de la Cohésion Sociale. La CNSA assumerait ainsi la préparation des textes réglementaires, ce qui permettrait de donner une valeur ajoutée technique et d'expertise à ces derniers, sans déposséder le ministère de son pouvoir réglementaire ;
 - o la mise en place d'un Conseil exécutif restreint en complément du Conseil actuel (dont la pluralité et la représentativité, unanimement saluées, doivent être préservées) qui deviendrait un Conseil d'orientation. L'objectif est de préserver la capacité du Conseil d'orientation à penser et orienter la politique médico-sociale en impliquant les différentes parties prenantes, tout en donnant à la CNSA un organe de décision réactif pour gérer des compétences élargies ;
 - o le rattachement à la CNSA de deux pôles de compétence suggérés par ailleurs par le rapport : un « Pôle Accessibilité » à créer par le regroupement de deux organes interministériels existants sur ce sujet, et un pôle « Technologies de l'autonomie » qui serait

formé par une Agence des Technologies de l'Autonomie, issue de la transformation de l'actuel CNR-Santé

- au niveau départemental, **la création de Maisons départementales de l'Autonomie (MDA) dans tous les départements, par transformation des MDPH**. Il s'agirait de :
 - o prendre acte d'un mouvement déjà à l'œuvre sur le terrain (décloisonnement des politiques du vieillissement et du handicap au sein des ARS, mise en place de « directions de l'autonomie » dans 91% des Conseils généraux, existence de MDA dans 8 départements français et projet de mise en place d'une MDA dans une douzaine d'autres départements) ;
 - o tirer les conséquences logiques du renforcement des compétences de la CNSA : celle-ci serait ainsi le pilote des MDA sur le territoire, en conventionnant avec chaque Conseil général (la mise en place des MDA, intégrant les politiques du vieillissement, impliquerait en effet une intégration de la MDA à l'organigramme du CG et donc une disparition du statut autonome de ces Maisons), alors qu'aujourd'hui son rôle de pilote et d'interlocuteur reconnu pour les actions relatives au handicap coïncide avec un rôle restreint de financeur pour les politiques du vieillissement ;
 - o poursuivre des logiques d'efficience et de droit des usagers : le Guichet Unique, expérimenté dans 8 départements, a montré son intérêt pour faciliter l'accès des populations à l'information, accélérer le dépôt des dossiers, fluidifier leur traitement par la mutualisation des effectifs d'évaluation ;
 - o profiter des évolutions prévues dans l'acte III de la décentralisation (le projet de loi, en effet, envisage le rattachement des MDPH aux Conseils Généraux) tout en préservant la pluralité des échanges entre les acteurs impliqués dans la gouvernance de ces Maisons : à cet égard le rapport préconise la mise en place d'un Comité départemental de Solidarité pour l'Autonomie, pendant du Conseil d'orientation de la CNSA au plan départemental et remplaçant le Comité Exécutif (COMEX) de chaque MDPH existante.
- au niveau infra-départemental, **dessiner des territoires d'intervention cohérents pour le suivi gérontologique de proximité**, en tenant compte des maillages en place dans les différents départements (CLIC, MAIA, réseaux gérontologiques, CIAS...). L'élaboration de cette cartographie serait du ressort de chaque MDA.

◆ Les préconisations en matière de prévention en santé

Le rapport Aquino propose quelques fiches-actions destinées à **structurer et compléter la politique nationale de prévention** :

- **une coordination nationale des politiques de prévention** :
 - o coordination verticale et horizontale des acteurs, à travers le maintien et renforcement de la coordination interministérielle et inter-organismes d'une part (avec l'élargissement du Comité National Avancée en âge à l'ensemble des organismes de prévention sociale et à la CNSA), et l'instauration d'une coordination verticale entre les membres de ce Comité et les pilotes locaux des politiques de maintien de l'autonomie (ARS et Conseils généraux) d'autre part,
 - o adoption d'une nomenclature commune et mise en place d'une base documentaire unique sur les actions de prévention ;
- **une action nationale de sensibilisation du public** aux enjeux liés à la prévention de la perte d'autonomie : définition d'un lexique harmonisé et valorisant pour la prévention des conséquences de l'avancée en âge, promotion de la place des citoyens âgés dans la société
- **la définition d'un cahier des charges national** pour les consultations de prévention chez les personnes âgées (de multiples acteurs tels l'AGIRC-ARRCO s'étant positionnés sur cette activité)

Il encourage, par ailleurs, à la **poursuite des politiques en place** (mobilisation des dispositifs déjà existants, évaluation de ces dispositifs et promotion des bonnes pratiques) pour :

- lutter contre les inégalités sociales et territoriales en santé,
- la préservation de la santé des seniors en emploi et leur préparation à la retraite
- lutter contre la maltraitance et promouvoir la bientraitance
- encourager une alimentation favorable à la santé, surtout à partir de 55-60 ans, et promouvoir le maintien d'une activité physique à partir de 60/65 ans
- lutter contre l'isolement social, la dépression et les tendances suicidaires chez la personne âgée
- accompagner la santé des aidants
- développer le repérage et la prise en charge des personnes âgées fragiles
- améliorer la coordination du parcours de vie de la personne âgée
- lutter contre la perte d'autonomie et les risques d'iatrogénie médicamenteuse chez les usagers des hôpitaux et des EHPAD

- promouvoir la recherche scientifique, l'élaboration et la diffusion des bonnes pratiques professionnelles en gérontologie.

Enfin, il rejoint les propositions du rapport Broussy en préconisant **l'intégration des services d'aide et de soins et la promotion de l'habitat intermédiaire pour personnes en perte d'autonomie** (logements-foyers, résidences-services), qui nécessite préalablement une clarification des critères de fonctionnement et de qualité applicables à cet habitat.

◆ Les préconisations en matière d'adaptation des infrastructures au vieillissement

Le rapport Broussy priorise **10 objectifs**. Outre la gouvernance, déjà évoquée, les 9 autres objectifs sont classés selon une échelle croissante, depuis le logement individuel jusqu'aux politiques nationales :

1. **l'adaptation des logements** : instauration d'un Diagnostic Habitat-Mobilité pour les 75 ans et plus, payé par les mutuelles et nécessitant le développement des effectifs d'ergothérapeutes, adaptation de 75000 logements en 5 ans à financer via l'ANAH, d'autres via le crédit d'impôts de 25%, et création de logements adaptés (neufs) via des quotas sur les constructions ;
2. **le développement de l'habitat intermédiaire entre domicile et EHPAD**, à travers une modernisation du statut et des composantes de ces structures pour former de véritables « plateformes de services » ;
3. **l'intégration du vieillissement aux plans d'urbanisme** (quota de 20% de logements adaptés dans les constructions et réflexion sur les quartiers « adaptés » pour ces implantations)
4. **l'adaptation des transports** aux attentes des citoyens âgés, qui varient en fonction des territoires et des tranches d'âge, afin de favoriser leur utilisation des transports en commun et leur mobilité
5. **le renforcement des dispositifs de péréquation** entre les territoires, inégaux face au vieillissement
- 6-7. **une politique nationale autour des filières industrielles et de services, liées au vieillissement** : promotion des métiers de la gérontologie, mise en cohérence des initiatives en matière de gérontechnologies à travers une Agence Nationale des Technologies de l'Autonomie issue de la fusion de plusieurs organismes existants
8. **une meilleure reconnaissance de la place des personnes âgées au sein des familles** :
 - a. dans les négociations et la réglementation sur la conciliation vie professionnelle / vie familiale pour prendre en compte les **grands-parents actifs**, aidant leurs aînés et leurs petits-enfants
 - b. à travers le **développement de l'aide aux aidants**, avec en premier lieu la mise en place de Guichets Uniques pour l'accès à l'information et à des gestionnaires de cas, ainsi que des aménagements du Congé de solidarité familiale
 - c. en **supprimant l'obligation alimentaire sur l'Aide sociale à l'hébergement dans les Ehpads**, très délétère pour les relations intergénérationnelles alors que les montants en jeu ne représentent que 9% des sommes récupérées par les Conseils Généraux
9. **la lutte contre les discriminations liées à l'âge** (assurances, banques, santé, citoyenneté...).

Les enjeux et problématiques

◆ D'une vision large des problématiques à une multiplicité de mesures

L'objectif du gouvernement, en commandant ces différents rapports, était de préparer un projet de loi-cadre, par définition global, concernant la prise en compte de l'avancée en âge par la société française. Dans ce contexte, **la démarche consistant à scinder la réflexion en plusieurs axes et à confier chaque axe à un rapporteur différent, semble peu à même de valoriser l'interdépendance des différentes actions relatives à la prévention de la perte d'autonomie**. Cette limite initiale à la réflexion d'ensemble, est renforcée par le niveau de détail de chaque rapport. Chargés d'adopter une vision globale de leur sujet respectif (la prévention pour l'un, l'adaptation de la société pour l'autre), chacun des rapporteurs a en conséquence, cherché à formuler des préconisations et des pistes d'action pour chaque sujet évoqué. Le rapport Aquino propose ainsi **35 fiches-actions** en 122 pages, tandis que le rapport Broussy dissémine, au long de ses 202 pages, pas moins de **102 propositions**.

Des deux rapports résulte ainsi **une « boîte à outils » assez complète**, mais hétérogène en termes d'ampleur et de coût potentiel des différentes mesures à prendre. Cela pose la question de la **capacité du futur projet de loi sur l'autonomie à formuler des orientations à la fois transversales et concrètes** pour la prise en compte des enjeux liés au vieillissement par la société française.

◆ Deux rapports inégaux, au risque que les propositions liées à la santé soient négligées

La structuration du rapport Broussy, en 10 chapitres-clés (« adapter les logements individuels », « une ville pour toutes les générations ») eux-mêmes déclinés en propositions précises et opérationnelles (ex : « créer une banque de données des logements adaptés auprès des Maisons de l'Autonomie, en partenariat avec l'ANAH »), **offre des points d'appui plus faciles à mobiliser pour le législateur**, dans la perspective de préparation d'une loi-cadre. En outre, **les préconisations du rapport s'appuient systématiquement sur les acteurs et programmes existants**, proposant essentiellement des ajustements à moindre coût voire des pistes d'amélioration de l'efficacité du système (regroupement de plusieurs instances par exemple).

Par contraste, **les 35 fiches-action du rapport Aquino souffrent de plusieurs défauts** qui rendent difficile leur prise en compte pour la décision politique :

- classées en catégories plus ou moins larges (« actions collectives et individuelles », « recherche », « principes généraux et gouvernance ») **ces fiches contiennent de multiples propositions, intitulées « mesures », qui sont assez hétérogènes dans leur contenu** et relèvent parfois davantage d'une intention générale que d'une mesure concrète, les deux types de propositions pouvant se côtoyer au sein de la même fiche. Ainsi, dans la fiche-action du rapport Aquino intitulée *La santé des seniors en emploi*, se côtoient plusieurs mesures, dont « investir dans la formation tout au long de la vie » relève plutôt de l'intention générale, tandis que « assurer la transmission de la synthèse du dossier de la médecine du travail à la personne lors de sa cessation d'activité » constitue une proposition plus ciblée ;
- en outre, le rapport précise d'emblée que **les aspects de mise en œuvre concrète des mesures proposées** (responsables de l'action, coût prévisionnel et modalités de financement des mesures) **n'ont pas été abordés** et feront l'objet d'une deuxième phase de travail du Comité, sans visibilité sur l'échéance de cette réflexion.

Or, la complémentarité des deux réflexions implique que certains sujets examinés par le rapport Aquino n'ont pas été traités par le rapport Broussy. Le manque d'opérationnalité des mesures proposées par le premier rapport risque ainsi de nuire à la prise en compte des enjeux spécifiques à la santé des personnes âgées, dans la future loi-cadre. Il s'agit notamment de **résoudre le millefeuille de la prévention primaire et secondaire auprès des personnes âgées**, mais également de **mieux coordonner l'action des établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux auprès de chaque usager du système, à un échelon très local**.

Sur ce dernier point, **les propositions du rapport** (désigner un trinôme de référents libéraux pour chaque patient, faire dialoguer les établissements de santé avec les EHPAD et la médecine de ville) **n'accordent pas suffisamment d'importance aux freins réels existant sur le terrain** (démographie des professions libérales, inadaptation de leur rémunération pour des tâches de coordination et de prévention, manque de moyens et d'incitation des établissements pour s'organiser conformément aux souhaits du rapporteur) ni ne clarifient les responsabilités des financeurs (ARS et Conseils généraux). En l'état, elles viendraient se surajouter aux actions déjà expérimentées depuis la fin des années 1990, sans résoudre les difficultés qui sont venues limiter l'impact de ces différentes tentatives et qui ont toujours empêché la résolution du problème sur le fond.

◆ Une approche de l'autonomie qui néglige le handicap

Alors que les deux rapports devaient adopter une approche globale du thème de la perte d'autonomie, force est de constater que **chacun d'entre eux exclut de sa réflexion l'examen des problématiques liées au handicap**. Pourtant, la prévention de la perte d'autonomie ne peut être pensée sans évaluer les actions actuellement menées pour dépister précocement les risques de handicap et pour prévenir leurs conséquences sur l'autonomie de la personne concernée. De même, le vieillissement des personnes handicapées pose aujourd'hui des difficultés de prise en charge qui appellent une réflexion convergente à celle de la prise en compte des personnes âgées dépendantes. Il est donc regrettable que cette thématique ait été laissée de côté, même si les contraintes de calendrier et l'ampleur de ce sujet expliquent le choix opéré par les deux équipes interministérielles.

L'absence de prise en compte des spécificités liées au handicap est plus problématique lorsqu'il s'agit de proposer **l'évolution des MDPH en « Maisons Départementales de l'Autonomie »**. En effet, le rapport de l'IGAS de 2011, qui dressait un bilan de la mise en place des MDPH, a mis en évidence des **enjeux de réorganisation et d'harmonisation au sein des MDPH déjà constituées**, qu'il semble nécessaire de régler avant de les intégrer à des organisations plus larges, prenant en charge une population nouvelle et appelant une réflexion sur les outils d'évaluation des situations ou encore les critères d'attribution d'aide entre personnes handicapées et personnes âgées, alors que les pratiques en la matière sont déjà variables d'une MDPH à l'autre pour les personnes en situation de handicap.