

LES ENJEUX DU VIEILLISSEMENT EN OCCITANIE



Avis du Conseil Economique, Social et Environnemental Régional

Assemblée Plénière du 18 février 2019

Le Conseil Economique, Social et Environnemental Régional (CESER) est l'Assemblée consultative, instituée par la loi du 05 juillet 1972, placée au côté du Conseil Régional, avec lequel il constitue la Région.

Composé de membres issus d'organisations socioprofessionnelles diverses représentant la société civile organisée et reconnus pour leurs compétences, leur sens de l'intérêt général et leur expérience, le CESER est un lieu d'écoute, d'échange, un laboratoire d'idées pour répondre aux besoins des citoyens.

Le dialogue instauré doit permettre d'aboutir à une vision partagée de l'intérêt régional, au-delà de tout clivage.

Les avis du CESER, rendus dans le cadre d'une saisine obligatoire de la Présidente de Région ou d'une auto-saisine, constituent de véritables outils d'aide à la décision publique.

**Assemblée plénière du CESER Occitanie / Pyrénées-Méditerranée
18 février 2019**

LES ENJEUX DU VIEILLISSEMENT EN OCCITANIE

Avis adopté

Rapporteur : **Francis DECOUCUT**

**Conseil Economique, Social et Environnemental Régional
Occitanie / Pyrénées-Méditerranée**

SOMMAIRE

EXTRAITS DU DISCOURS INTRODUCTIF
DE MONSIEUR JEAN-LOUIS CHAUZY,
PRÉSIDENT DU CESER OCCITANIE / PYRÉNÉES-MÉDITERRANÉE

AVIS
LES ENJEUX DU VIEILLISSEMENT EN OCCITANIE

EXPLICATIONS DE VOTE

**EXTRAITS DU DISCOURS INTRODUCTIF
DE MONSIEUR JEAN-LOUIS CHAUZY,
PRESIDENT DU CESER OCCITANIE / PYRENEES-MEDITERRANEE**

Madame la Vice-Présidente de Région, représentant la Présidente de la Région Occitanie / Pyrénées-Méditerranée,
Madame la Conseillère, Monsieur le Conseiller,
Madame, Monsieur,

(...)

A l'ordre du jour de notre assemblée, trois projets d'avis :

- tout d'abord, il y aura la présentation du projet de 2^{ème} contribution du CESER au SRADDET Occitanie 2040. Le rapporteur est Michel BAYLAC.

- Puis, sera présenté le projet d'avis « Les enjeux du vieillissement en Occitanie » ; le rapporteur est Francis DECOUCUT.

- Enfin, le projet d'avis « La dermo-cosmétique, une filière d'excellence pour l'Occitanie : de l'écosystème à la filière » sera présenté par les co-rapporteuses, Roser GINJAUME GRATACOS et Catherine GONZALEZ.

Je remercie les présidentes et présidents, l'ensemble des commissions concernées, ainsi que les chargés de mission et assistantes pour la qualité du travail réalisé. Mais au-delà, mes remerciements s'adressent à vous tous, qui au sein de chaque commission de notre assemblée avez contribué à l'élaboration du projet de 2^{ème} contribution au SRADDET 2040 dans des délais contraints, par l'élaboration de contributions pour la commission pilote, la commission 1 « Aménagement du territoire, Politiques environnementales et énergétiques, Transport, Infrastructures, Numérique, Logement ».

(...)

Halte à l'antisémitisme, aux menaces et aux agressions

Une lettre anonyme infâme a été adressée à notre Présidente de la Région Carole DELGA. Je l'ai assuré de notre entière indignation et solidarité et j'ai envoyé à cet effet à la presse samedi 16 février une courte déclaration, rendue publique par la Dépêche le dimanche 17 février. Elle m'en a remercié.

Je vous proposerai d'adopter une motion à la fin de mon propos pour rappeler nos valeurs et notre condamnation sans faiblesse des menaces, des agressions physiques et verbales, du racisme et de l'antisémitisme.

Aucune tolérance pour les actes et les propos antisémites, les banderoles, les tags, les insultes et fausses nouvelles sur les réseaux sociaux alimentant et exprimant le venin de l'antisémitisme, favorisant le passage à l'acte. 74% d'augmentation des actes antisémites en 2018.

J'invite chaque organisation membre du CESER à condamner sévèrement le racisme et l'antisémitisme.

(...)

Les enjeux du vieillissement en Occitanie

Bien vivre ensemble en Occitanie 2040, c'est aussi penser à la place de nos aînés dans la société, dans nos territoires tant du point de vue social, humain et citoyen. Depuis 2012, l'adaptation de la société au vieillissement est une priorité du gouvernement. La France et ses territoires doivent être au rendez-vous de la transition démographique, grand enjeu des pays développés pour les années à venir (entre aujourd'hui et 2050, les plus de 60 ans devraient passer de 20 à 30 % de la population totale).

L'Occitanie fait actuellement partie des quatre régions françaises les plus âgées ; 600 000 personnes ont aujourd'hui au moins 75 ans. Si notre région connaît un fort essor démographique, qui doit se poursuivre à l'horizon 2030-2050, c'est principalement les personnes âgées de 65 ans ou plus qui porteront cette hausse. On devrait dénombrer 875 000 personnes de 75 ans ou plus en 2030 et un million en 2036. Selon l'INSEE, à partir de 2020, la région comptera plus de seniors que de jeunes de moins de 19 ans.

Nous devons nous préparer au vieillissement de la population et en faire un atout. Il faut savoir anticiper les besoins de demain face à cette augmentation continue de l'espérance de vie. C'est ce que le CESER s'est attaché à décrire dans son rapport, en montrant en quoi cette réalité peut être lue comme une chance et une opportunité plutôt que comme un problème. Il est souhaitable de ne plus poser un regard compatissant ou discriminant sur les personnes âgées pour les considérer comme des citoyens comme les autres, cela permettra de nous enrichir de nos différences.

Le défi est important si l'on admet que l'enjeu essentiel est celui du maintien de la cohésion sociale entre les générations.

On le sait, aujourd'hui en France les personnes âgées veulent, en majorité, vieillir chez elles le plus longtemps possible. La question du domicile est donc centrale comme sont aussi importants et indissociables l'accès aux soins, aux services publics, aux transports...

Ce souhait n'est presque plus espéré lorsque les personnes âgées vivent dans des zones où l'accessibilité aux commerces et aux services et à la santé est problématique, ou quand ces personnes âgées sont en situation financière fragile. Ce qui est le cas pour les aînés de la région lorsqu'ils vivent en zone rurale, en territoire de montagne ou le long du littoral occitan.

Les politiques publiques pour les personnes âgées doivent être ambitieuses et harmonisées et doivent avoir pour objectif de gommer les inégalités entre territoires, que ce soit en termes d'accès aux soins, d'accès aux services, ou d'aide et d'accompagnement financier aux plus défavorisés. Tous les moyens nécessaires, qu'ils soient financiers, institutionnels ou humains doivent être mobilisés.

L'adaptation des logements, de l'urbanisme, la mise en œuvre de transports adaptés, une forte coordination des acteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires est indispensable ainsi que le développement de l'emploi et des technologies favorisant l'autonomie pourront être favorables à toutes les catégories d'âge.

Ce changement démographique, ce vieillissement de la population constitue une opportunité économique pour nos territoires puisqu'il nécessite le renforcement d'une économie de proximité génératrice d'emplois non délocalisables. Notre région dispose de véritables atouts pour développer la Silver Economy : un vivier actif d'entreprises de service et/ou artisanales, ainsi qu'une belle concentration de structures liées à l'économie sociale et solidaire.

C'est dans ce cadre défini que le rapport présenté formule une série de préconisations organisées autour de trois axes :

- De l'intégration harmonieuse de la personne âgée dans son lieu de vie en lui garantissant l'accès à un environnement socio-culturel de qualité.
- Du maintien au domicile ou en logement alternatif, dans un parcours du vieillissement axé autour de la prévention de la dépendance
- De l'attention particulière à apporter aux aidants naturels et aux professionnels, notamment en terme de reconnaissance économique et sociale

Il faudra savoir présenter nos préconisations à la Région, aux deux métropoles et aux présidents des conseils départementaux, par exemple à la Conférence Territoriale de l'Action Publique (CTAP) ou par des rendez-vous ciblés.

(...)

Quelques mots sur des points d'actualité :

Le dossier Bosch à Stuttgart

Le 15 mars je serai avec Carole DELGA dans la délégation des collectivités, des parlementaires, des organisations syndicales qui rencontrera le directoire du groupe Bosch à Stuttgart afin d'obtenir des investissements pour le site de Rodez qui ne peut préserver 1550 CDI en ne restant que sur les dernières technologies diesel (seul produit sur le site). Le Ministère de l'Economie sera présent à nos côtés.

Le Comité stratégique de la filière automobile sera installé par le Préfet de région et la Présidente de région ; il correspondra aux territoires d'industrie (Mecanic Valley avec le cluster Automotech et le pôle de recherche automobile du groupe Renault).

C'est le cœur des mutations et de la 3^{ème} révolution de l'industrie automobile qui nécessite du temps pour la transition vers la voiture électrique. On ne gère pas une transition par des taxes et des interdictions de se déplacer car sept Français sur dix n'ont pas de moyens alternatifs.

Filière nucléaire et le territoire du Gard

Le 11 janvier j'ai été associé à une réunion de travail à Paris pour le chantier national du grand carénage des centrales nucléaires, la rénovation de la 1^{ère} centrale aura lieu dans le Gard. Le travail de réflexion conduit par notre collègue Philippe PATITUCCI (UIMM Lozère-Gard) et la délégation EDF d'Occitanie propose une convention-cadre sur les enjeux des compétences et de l'organisation au bénéfice des marchés de sous-traitance des entreprises du territoire. Cela préfigure une convention-cadre au plan national. Le directeur de la branche nucléaire d'EDF, Dominique MINIÈRE, a donné son accord.

Je rencontrerai les organisations syndicales concernées sur le site pour aborder les enjeux positifs pour l'emploi et la formation.

10 territoires d'industrie : un enjeu pour le CESER !

Je vous propose d'organiser une journée de travail pour comprendre les enjeux des 10 territoires d'industrie retenus par le Gouvernement et qui correspondent à notre volonté de réussir une économie de production dans les territoires, pour créer de la richesse et donc redonner des perspectives à des territoires qui n'en n'ont plus, avec les commissions concernées du CESER (3, 4 et 5) mais aussi la commission 6 (pour les ports à vocation économique).

L'arrêt de l'A380

Une réussite industrielle...mais un échec commercial, les prévisions peut-être trop optimistes sur les voyages de masse organisés par les compagnies spécialisées... Le succès commercial ne s'est pas réalisé.

Cet appareil a fait l'objet d'aménagements et d'installations industrielles considérables qui restent utiles pour le développement d'Airbus et sa gamme d'avions, après avoir battu tous les records de production - 800 avions livrés au 31 décembre 2018.

La négociation sociale interne au groupe devra permettre de trouver une solution pour l'emploi des salariés.

L'impact risque d'être plus difficile pour les sous-traitants.

Coopération interrégionale

Jeudi 21 mars à Perpignan, avec Marc CHEVALLIER, je rencontrerai les présidents des Conseils économiques et sociaux de Catalogne et des Baléares pour examiner l'organisation d'une conférence sur l'avenir de la Méditerranée, avec les préoccupations du traitement de la pollution, du changement climatique. L'objectif est de mobiliser les régions et les Conseils économiques et sociaux concernés pour tenir une conférence utile avec le soutien de l'Union européenne.

Je vous remercie de votre attention

LES ENJEUX DU VIEILLISSEMENT EN OCCITANIE

Avis adopté à l'unanimité

Suffrage exprimés : 157

Rapporteur : **Francis DECOUCUT**

**Conseil Economique, Social et Environnemental Régional
Occitanie / Pyrénées-Méditerranée**

Ce projet d'Avis a été élaboré sous l'autorité de la Commission « Santé – Culture – Sport – Cohésion sociale » du CESER, présidée par Georges BENAYOUN. Elle adresse ses remerciements aux personnes qui ont bien voulu alimenter sa réflexion :

Monsieur **Philippe BARRETO**
Gérontopôle, Cité de la Santé, CHU de Toulouse

Monsieur **Jérôme BOUSCAUT**
Chargé de mission Santé, Région Occitanie /Pyrénées-Méditerranée

Monsieur **Michel BOUSSATON**
Conseiller Régional de la Région Occitanie / Pyrénées-Méditerranée

Madame **Marie-Line DARAM**
Directrice des Services à la Personne de la Mutualité Française Haute-Garonne

Madame **Régine DELÈS-RAFFY**
Directrice de l'ADPAM
(Association d'Aide à Domicile aux Personnes Agées et aux Malades), Toulouse

Madame **Violette DELMAS**
Représentante des personnes âgées
Association LSR (Loisirs et Solidarité des Retraités) de l'Aude, membre du CDCA

Monsieur **Matthieu FAURE**
Chargé de mission, Fondation partenariale I2ML
(Institut Méditerranéen des Métiers de la Longévité), Nîmes

Monsieur **Paul GEMAR**
Gérant de la Clinique des Minimes, Toulouse, Dirigeant du Groupe Serenis

Professeur **Alain GRAND**
Chef du Service Epidémiologie, Pôle Santé publique et médecine sociale,
Faculté de médecine de Purpan, Toulouse

Madame **Andrée IBAL**
Présidente de l'UDAF de l'Aude, membre du CDCA

Monsieur **Pierre-Yves de KERIMEL**,
Directeur de la Clinique des Minimes

Madame **Olivia LÉVRIER**
Directrice du service de la DOSA (Direction de l'Offre de Soins et de l'Autonomie
Agence Régionale de Santé Occitanie

Madame **Carole MORETTI**
Cheffe du Service Etudes et Diffusion de la Direction Régionale INSEE, Toulouse

Professeur **Daniel ROUGÉ**
Adjoint au Maire de Toulouse, en charge des Solidarités

Madame **Alice ROUYER**

Maître de Conférences, Université de Toulouse II - Le Mirail, Toulouse

Madame **Auréli TEIXEIRA**

Chef du service Ressources Humaines, Fédération des ADMR de Haute-Garonne

Monsieur **Thibault TORNABENE**

Directeur de l'UDAF de l'Aude

Madame **Marie SAULNIER**

Directrice de la crèche Les Mini-Mômes, Mutualité Française Haute-Garonne

Professeur **Bruno VELLAS**

Gérontopôle, Cité de la Santé, Toulouse

Madame **Sabine VENIEL-LE NAVENNEC**

Directrice de l'USH (Union Sociale pour l'Habitat) de Midi-Pyrénées

Monsieur **Emmanuel VIGNERON**

Géographe, Professeur d'aménagement sanitaire à l'Université de Montpellier
Membre extérieur du CESER Occitanie

Madame **Patricia WEBER**

Conseillère Départementale de l'Hérault

La Commission
« Santé – Culture – Sport – Cohésion sociale »

Le Bureau

Président

Georges BENAYOUN

Vice-Présidente

Émilie L ÉPRON

Secrétaire

Sandrine PRAX

Les membres

Dominique ANTONI
Martine APRIOU
Nadine BARBOTTIN
Nathalie BASQUE
Sylvie CHAMVOUX-MAÎTRE
Michel COLOM
Miguel COSTA CLARO
Elvire de ALMEIDA LOUBIERE
Habib DECHRAOUI
Francis DECOUCUT`
Patrick DELFAU
Pierre DELPEYROUX
Gisèle DESMONTS
Ludovic DUBOIS
Nicolas DUBOURG
André DUOURNAU
Gilbert FOUILHE
Pierre-Jean GRACIA

Hélène GRANDJEAN
Chantal GRIN
Emilie JEAN
Christelle JOURNET
Oriane LOPEZ
Sandra MARTORELL
Valérie MAZOUIN
Dominique MICHEZ
Catherine MIFFRE
Isabelle MONTIER
Fatima Nadia MOUZAÏA
Bernard PEREZ
Claude RICO
Patrick ROUX
Christine SANCHEZ
Gérard SOUSSAN
Méryl SROCYNSKI
Christian TERRANCLE

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
I DÉFINITION DES PRINCIPAUX CONCEPTS ET CADRE JURIDIQUE	3
A. DÉFINITION DU VIEILLISSEMENT	3
1 Approche démographique	3
2 Vieillesse physiologique et pathologique	3
3 Bien vivre sa vieillesse.....	3
B. LA PLACE DE LA PERSONNE AGÉE DANS SON ENVIRONNEMENT	4
1 La notion de « vieillissement des rôles sociaux »	4
2 La personne âgée en tant que citoyen	5
3 Agisme / Jeunisme et risque de clivage générationnel	7
C. AUTONOMIE ET DEPENDANCE.....	7
1 Le concept de déprise	7
2 La résilience	7
3 Le « care » et les concepts de bienveillance et d'humanité.....	8
4 Environnement capacitant et société inclusive	8
5 Autonomie	9
D. LE CADRE LÉGISLATIF RÉGLEMENTAIRE	11
1 La loi du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie	12
2 La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale	12
3 La loi du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées	13
4 La loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales	13
5 La loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement	13
II ETAT DES LIEUX ET CONSTATS EN REGION OCCITANIE	15
A. ANALYSE DÉMOGRAPHIQUE.....	15
1 Dans une Europe de plus en plus âgée, la France limite son vieillissement	15
2 Analyse financière	17
3 Les seniors en Occitanie	18
3.1 Les tendances démographiques	18
3.2 Des territoires très diversifiés.....	19
B ANALYSE SOCIO-ÉCONOMIQUE.....	23
1 Pauvreté, précarité en Occitanie	23
2 Conditions de logement et dépendance des personnes âgées en Occitanie	24
3 Le vieillissement, facteur d'isolement relationnel	26
3.1 L'éclatement familial	27
3.2 La perte du conjoint.....	27
3.3 Le fossé intergénérationnel.....	27
3.4 La dépendance	27
3.5 La précarité économique importante chez les seniors.....	27
3.6 Le placement en institution.....	28
4 L'aide et le soin à domicile apportés par les proches et les professionnels.....	28
4.1 L'aide apportée par les proches : un dispositif important... ..	28
4.2 ...mais limité dans l'avenir	29

5 La silver économie comme outil de développement social et économique dans les territoires et comme facteur d'inclusion sociale.....	35
C DES INÉGALITÉS FORTES ENTRE TERRITOIRES	37
1 L'accès aux soins	37
1.1 La démographie médicale et son impact sur la génération des déserts médicaux.....	37
1.2 L'implantation des structures de soins et de prise en charge	37
2 Hétérogénéité de la mise en œuvre des politiques publiques et risque d'inégalités territoriales.....	37
2.1 Le rôle de l'Etat.....	38
2.2 Le rôle des CARSAT, auprès des personnes autonomes	38
2.3 Le rôle clé des Conseils Départementaux.....	39
2.4 Le rôle des Communes et des Etablissements Publics de Coopération Intercommunale....	39
2.5 Le rôle des Régions	39
3 L'accès aux services	41
3.1 Transports et mobilité	41
3.2 Activités socioculturelles, physiques et sportives	41
D PREMIERS ÉLÉMENTS DE RÉPONSES DES POUVOIRS PUBLICS.....	42
1. Le Projet Régional de Santé 2018-2022 et son volet vieillissement des populations	42
2. Le Gérontopôle de Toulouse	43
3. Des exemples d'initiatives portées par les collectivités territoriales	44
3.1 Le schéma départemental d'aide en faveur des personnes âgées	44
(CD 34)	44
3.2 Les seniors dans l'open métropole (Toulouse Métropole)	45
3.3 Étude stratégique de la filière silver économie en Occitanie	45
III ENJEUX ET PRÉCONISATIONS	47
A. RAPPEL DES PRINCIPAUX ENJEUX DU VIEILLISSEMENT	47
1 Du point de vue de la personne âgée	47
1.1 Le capital santé	47
1.2 L'activité des seniors	47
1.3 Les relations sociales.....	47
1.4 La participation citoyenne	47
2 Du point de vue de l'entourage de la personne âgée.....	47
2.1 Les aidants naturels	47
2.2 Les aidants professionnels.....	48
3 DU POINT DE VUE DE L'ENVIRONNEMENT DE LA PERSONNE AGÉE.....	48
3.1 Les lieux de vie	48
3.2 La mobilité	48
4 Du point de vue économique et sociétal.....	48
4.1 Les enjeux économiques	48
4.2 Les enjeux de cohésion sociale.....	48
4.3 La nécessité de construire un cadre politique porteur de sens	49
B LES PRECONISATIONS.....	49
1. La personne vieillissante dans son milieu de vie : Favoriser un environnement socio-culturel de qualité et soutenir les mesures qui renforcent le lien intergénérationnel	50
1.1 Valoriser l'expérience des personnes âgées pour maintenir leur rôle social	50
1.2 Aménager les espaces publics et développer des solutions favorisant la mobilité des personnes âgées.....	51
1.3 Optimiser le bien vivre des seniors en facilitant leur accès à l'information et aux services....	53
1.4 Favoriser l'accès des personnes âgées aux activités culturelles, physiques et sportives.....	54

2 Le parcours du vieillissement et l'adaptation de la prise en charge à l'état évolutif des personnes	55
2.1 Adapter le logement : une des conditions du maintien à domicile	55
2.2 Généraliser les mesures préventives afin de différer l'entrée en dépendance et améliorer le repérage des fragilités.....	57
2.3 Favoriser les alternatives à l'entrée en EHPAD	59
2.4 Favoriser la présence d'une offre de soins dans tous les territoires.....	60
2.5 Pour une harmonisation des politiques publiques afin de limiter la création d'inégalités au sein de la région	61
2.6 Pour une politique de l'innovation	61
3 Pas de politique efficiente sans une attention toute particulière portée aux aidants : professionnels et aidants naturels.....	61
3.1 Aider les aidants naturels.....	62
3.2 Pour de nouvelles fonctions facilitatrices	63
3.3 Pour une formation des professionnels et des aidants naturels adaptée aux enjeux	63
3.4 Pour une reconnaissance sociale et financière des professionnels et une évaluation objective de leur charge de travail.....	64
CONCLUSION	65
GLOSSAIRE	67

« Si fondamentaux sont les problèmes de population qu'ils prennent de terribles revanches sur ceux qui les ignorent.

Extrêmement rare est le nombre d'auteurs parlant du vieillissement de la population ; il n'y en a à peu près aucun qui ose examiner les conséquences morales, parce que cela fait trop peur. C'est la fuite générale, le sauve qui peut, l'immense lâcheté. »

Alfred SAUVY ; La France ridée ; 1986

INTRODUCTION

Les démographes ont beaucoup plus de certitudes que les économistes lorsqu'il s'agit de prévoir l'avenir. Tous s'accordent pour considérer comme inéluctable la croissance rapide du nombre et de la proportion des personnes âgées dans les années qui sont devant nous. Le mouvement est déjà largement initié avec l'arrivée à l'âge de la retraite de la génération du baby-boom et ira s'amplifiant avec l'allongement de la durée de vie. Il entraîne des conséquences économiques en matière de répartition du revenu national entre des actifs dont le nombre stagnera, voire diminuera et des « inactifs âgés » dont le nombre sera quasiment multiplié par deux.

Les inquiétudes manifestées autour du vieillissement de la population sont récurrentes. En effet, la population mondiale s'est accrue de près de 1 milliard d'habitants entre 1880 et 1945. Les grands traumatismes de l'histoire contemporaine (Première guerre mondiale, révolution russe, deuxième guerre mondiale) n'ont fait que ralentir l'évolution. Ainsi la population mondiale qui était de 2,5 milliards d'habitants en 1945 est estimée aujourd'hui à 7,6 milliards.

Les variations de la natalité sont importantes dans la deuxième moitié du XXème siècle, car au renouveau démographique apparu dès 1945 a succédé le ralentissement du milieu des années 1960.

Le baby boom fut sensible surtout aux Etats Unis, au Japon et en Europe occidentale. Les taux de natalité ont ensuite diminué de 13% pour l'ensemble des pays de l'OCDE du fait de la baisse de la fécondité.

La baisse de la mortalité en revanche ne s'est jamais démentie : elle concerne aussi bien la mortalité infantile que la mortalité générale. Le résultat final est le vieillissement des populations dans les pays développés.

Ces derniers ont achevé depuis les années 1970 leur transition démographique (processus par lequel une société passe d'un état où s'équilibrent une forte natalité et une forte mortalité à un régime dans lequel une faible natalité et une faible mortalité s'équilibrent) et sont entrés depuis lors dans une phase de décroissance car le taux de renouvellement des générations n'est plus assuré. C'est le cas d'une majorité de pays européens.

La France a le privilège d'avoir inventé avec Alfred Sauvy la notion de « vieillissement de la population ». On perçoit à travers cette expression combien la culture démographique française a pesé négativement sur toute la perception de la vieillesse, en structurant la réflexion autour de deux sujets : la baisse de la natalité et le coût du vieillissement (croissance des dépenses de santé et du coût des retraites)

Il existe cependant une approche très différente des problématiques liées au vieillissement. Elle s'appuie sur un nouveau paradigme, sans précédent historique, que constitue l'augmentation de l'espérance de vie, et plus particulièrement l'augmentation de l'espérance de vie « en bonne santé » qui invite à déplacer les frontières de la vieillesse.

C'est cette approche, résolument plus positive du vieillissement des populations que le CESER Occitanie a retenue pour structurer sa réflexion. Plutôt que de retenir l'aphorisme du Général De Gaulle selon lequel « *la vieillesse est un naufrage* » il a préféré les mots de Simone de Beauvoir pour laquelle « *Vivre c'est vieillir, rien de plus* »¹.

Le vieillissement de la population représente plusieurs enjeux majeurs pour la région Occitanie. Au-delà du sujet de l'entrée en dépendance que le CESER a traité dans un précédent avis, et qui reste toujours d'actualité, c'est « le vieillissement en bonne santé » qui a été au centre des réflexions de 2018, en prenant pour référence ces mots d'Oscar Wilde, maintes fois paraphrasés (Malraux, Kennedy..) « *Il ne faut pas chercher à rajouter des années à sa vie, mais plutôt essayer de rajouter de la vie à ses années* »²

¹ Simone de Beauvoir. L'invitée (1972)

² Oscar Wilde. Le portait de Dorian Gray (1890)

Un des enjeux majeurs, mis en évidence par le CESER reste celui du « vivre ensemble » dans un contexte susceptible de générer d'importants clivages générationnels. Il conviendra avant tout de s'appuyer sur une conception du vieillissement qui fait de ces populations âgées une richesse et non une charge ou un handicap au sens de la définition que nous en propose le psycho gérontologue, Jacques Richard :

« Vieillir, ce n'est ni être vieux, ni être malade, ni décliner. Ce n'est pas non plus mourir. Car l'homme n'a, en effet, que deux possibilités : celle de vivre et vieillir et celle de mourir. Vieillir, c'est trouver un mode d'adaptation au milieu dont les aspects ne sont évalués qu'à un terme donné de l'existence. C'est se transformer biologiquement dans l'avance en âge en maintenant son identité.

C'est percevoir un changement subi, pouvoir le déchiffrer et tenter d'en aménager le cours. C'est être chargé d'une expérience de vie personnelle, dont on reste le témoin, mais dont on peut tirer un bénéfice certain. C'est accumuler et élaborer un savoir à travers des choix. C'est acquérir avec le temps d'autres qualités. C'est avoir en prenant de l'âge un regard différencié sur l'existence. C'est apprendre à quitter une condition pour en épouser une autre. C'est réussir à gérer un passage qui, vécu, n'est pas seulement imposé, mais peut être partiellement voulu. Changer, c'est aussi échanger en sachant ne pas toujours perdre au change »¹

Il convient de se garder des représentations sociales négatives de la vieillesse souvent génératrices d'exclusion. Le vieillissement n'est ni une maladie, encore moins une déchéance. Il est un moment de la vie qu'il convient d'étudier dans ses dimensions humaines et sociétales. C'est autour de ce fil conducteur que sera articulé le présent rapport.

Après avoir exposé le cadre général et rappelé la définition des principaux concepts liés au thème du vieillissement, un état des lieux de la place de la personne âgée et des politiques publiques s'y rapportant mises en œuvre en région Occitanie sera effectué, notamment à partir d'une analyse démographique, puis d'une approche socio-économique, d'une étude des conditions de logement et des risques d'isolement social. Le rôle et la place des intervenants, aidants ou professionnels, sera également interrogé au regard des difficultés qu'ils peuvent rencontrer dans leur exercice. Cet état des lieux s'achèvera sur le constat de l'existence d'inégalités entre territoires, notamment en matière d'harmonisation des politiques publiques mises en œuvre pour les populations âgées.

Enfin, après qu'aient été exposés les différents enjeux liés au vieillissement de la population en région Occitanie, trois grandes catégories de préconisations seront formulées autour des thèmes suivants :

- L'intégration harmonieuse de la personne âgée dans son lieu de vie en facilitant l'accès à un environnement socio-culturel de qualité.
- Le parcours de la personne dans son avancée en âge et l'adaptation de sa prise en charge à son état pour favoriser le maintien à domicile, ou dans des logements alternatifs.
- La nécessaire prise en compte des intervenants, tant il ne saurait y avoir de suivi de qualité sans une attention particulière portée aux professionnels et aux aidants, notamment en terme de reconnaissance économique et sociale.

¹ Jacques Richard, « Résilience et vulnérabilité. De l'ajustement des concepts en psycho gérontologie », *Gérontologie et société* 2004/2 (vol. 27 /¹ n° 109), p. 109-125

I DÉFINITION DES PRINCIPAUX CONCEPTS ET CADRE JURIDIQUE

A. DÉFINITION DU VIEILLISSEMENT

Le terme de « vieillissement » désigne d'une part un phénomène démographique, marqué par une augmentation de la proportion de personnes âgées dans la population totale, et d'autre part un phénomène individuel, un processus biologique présentant des manifestations morphologiques, physiologiques et psychologiques.

Ces deux aspects sont liés puisque, avec les progrès dans les conditions de vie et l'état de santé de la population, de plus en plus d'individus atteignent des âges avancés.

1 Approche démographique

D'un point de vue démographique, l'expression « vieillissement de la population » désigne l'augmentation du nombre des personnes âgées dans la population.

Le vieillissement de la population est dû à une baisse de la mortalité et à l'allongement de la durée de vie moyenne. Il est également lié à une baisse de la natalité.

Les pays développés ont vécu leur transition démographique dans les années 70 : à une forte natalité et une forte mortalité se sont substituées une faible natalité et une faible mortalité. Ce processus commence à toucher les pays en voie de développement et devrait être l'un des grands changements sociaux de l'humanité au cours du XXI^e siècle.

2 Vieillissement physiologique et pathologique

A l'échelle individuelle, le vieillissement est un processus physiologique, naturel, qui touche l'organisme et ses fonctions dans leur ensemble. Il s'agit de la sénescence¹. Cette notion diffère de celle de « vieillesse » qui est la phase et l'état de l'être humain dans son âge avancé. Elle s'oppose par ailleurs à celle de sénilité qui définit le vieillissement pathologique. L'étude du vieillissement dans différents domaines constitue la gérontologie tandis que la gériatrie est la discipline médicale qui prend en charge les personnes âgées.

Le rapport mondial de l'OMS sur « santé et vieillissement » définit 5 capacités fonctionnelles :

- La mobilité
- La cognition
- Le sensoriel (vue et audition)
- Le psycho-social
- La vitalité

C'est le déclin progressif de ces capacités (avec une variabilité individuelle et sociale importante) qui constitue le vieillissement.

Au-delà des altérations biologiques, l'âge avancé implique souvent une modification des rôles et des positions sociales.

Lorsqu'on élabore une intervention de santé publique relative au vieillissement, il est donc important de ne pas uniquement envisager les approches qui atténuent la diminution des capacités liées à l'âge, mais également celles qui ont le pouvoir de renforcer la résilience et le développement psychosocial.

3 Bien vivre sa vieillesse

¹ La sénescence est un processus physiologique qui correspond à une lente dégradation de la cellule aboutissant au vieillissement.

L'âge de la vieillesse est une notion qui a évolué du fait de l'amélioration de l'état de santé de la population. Par les effets combinés de la baisse de l'âge, de la cessation d'activité et de l'augmentation de l'espérance de vie, la période de la retraite s'est allongée, et peut se découper en deux grandes périodes :

- Celle du 3^{ème} âge (environ entre 60 et 75 ans), qui correspond à une phase active de la vie. L'état de relative bonne santé dans lequel se trouve cette population – les seniors - lui permet de réaliser de multiples activités (loisirs, voyages, culture...).
- Celle du 4^{ème} âge - la vieillesse proprement dite – qui est le moment de la « déprise », et correspond à une forme de désengagement, avec abandon plus ou moins progressif et plus ou moins bien négocié de certaines activités, en raison de la survenue d'incapacités.

3^{ème} et 4^{ème} âges interviennent à des âges différents selon les individus et l'on observe, de ce point de vue, de très grandes disparités.

Les générations qui ont actuellement entre 40 et 75 ans, phase au cours de laquelle les « réserves » correspondant aux 5 fonctions identifiées par l'OMS tendent à diminuer, sont particulièrement sensibilisées à ces questions car elles vivent ou ont vécu la dépendance de leurs parents. Elles veulent vieillir en bonne santé et revendiquent cela comme un droit.

Comme le définit l'OMS les conditions du vieillissement dépendent à la fois de la capacité intrinsèque de l'individu et de son environnement :

- la capacité intrinsèque se réfère à l'ensemble des capacités physiques et intellectuelles de la personne.
- l'environnement dans lequel la personne habite et avec lequel elle interagit présente une série de ressources et d'obstacles.

L'interaction des individus avec leur environnement détermine leur capacité à bien vieillir.

Bien vieillir ne signifie pas ne pas avoir de maladies mais continuer à pouvoir faire ce que l'on faisait et à être ce que l'on est. Pour cela, le maintien des capacités fonctionnelles et un environnement de qualité sont des conditions nécessaires.

B. LA PLACE DE LA PERSONNE AGÉE DANS SON ENVIRONNEMENT

1 La notion de « vieillissement des rôles sociaux »¹

L'approche de la vieillesse et du vieillissement s'est surtout développée depuis plusieurs décennies dans une perspective unidimensionnelle, celle du vieillissement physiologique et pathologique, avec une approche essentiellement médicale et soignante, tant dans les recherches que dans les réponses qui deviennent alors des « prises en charge ».

Si cette approche est nécessaire, il est important de la compléter avec d'autres dimensions, liées au fait que le vieillissement est un phénomène social.

En effet, c'est le passage à la retraite qui nous fait entrer dans le groupe social « retraités et personnes âgées ». Ce passage n'est ni physiologique ni psychologique puisqu'il est lié à une organisation sociale.

Il est donc important, quand on aborde la question du vieillissement, de réfléchir également au « vieillissement des rôles sociaux ». Cette expression renvoie aux modèles de comportement que la

¹ Bernard Hervy, « Le vieillissement des rôles sociaux », ERES, 2008/3 n°99, pp. 34 à 40

société attend d'une personne¹.

Ces rôles ne sont pas figés et se transforment tout au long de la vie. On dit que les rôles sociaux « vieillissent » quand ils subissent une transformation définitive. Le vieillissement des rôles sociaux peut être lié à une évolution de la situation familiale (par exemple lorsque les enfants quittent le domicile familial, lorsqu'on devient grand-parent...) ou à la modification de la situation professionnelle. Ces changements entraînent des modifications de rôles secondaires et certaines relations se transforment.

Il s'agit là d'évolutions habituelles de la vie : on parle de vieillesse réussie quand les compétences acquises dans les rôles précédents sont transférés sur des rôles nouveaux. Mais le passage de ces étapes comporte toujours des risques de rupture, de transformations non réussies. C'est le cas quand surviennent une maladie ou des troubles qui empêchent la personne âgée de remplir son rôle, lorsque le changement se caractérise non pas par la transformation d'un rôle mais par la suppression de celui-ci. Pour la personne âgée atteinte de maladie d'Alzheimer par exemple, il y aura une disparition progressive et définitive de l'ensemble de ses rôles : les troubles de l'orientation et du jugement entraîneront la suppression de son permis de conduire, d'une partie de sa liberté et de son rôle de conducteur ; la mise sous tutelle entraînera une suppression de son rôle de gestionnaire et de celui de citoyen ; l'évolution de la maladie et la non-reconnaissance des siens la mettront dans l'incapacité de remplir son rôle de parent et de grand-parent.

La disparition des rôles sociaux entraîne aussi la détérioration de l'image de soi, la perte de l'envie de vivre et parfois l'apparition de maladies, les aspects physiologiques, psychologiques et sociaux étant en constante interaction.

Le soutien et la solidarité apportés par le milieu familial, social et amical permettent de limiter, pour la plus grande partie des personnes âgées, cette suppression des rôles sociaux.

Au-delà, les politiques publiques ont un rôle éminent à jouer. En effet, les réponses à cette dimension du vieillissement ne sont ni médicales, ni psychologiques, mais bien sociales et politiques. La place des personnes très âgées dans la société constitue un des plus grands défis des décennies à venir. Les politiques publiques doivent viser la réactivation des rôles sociaux des personnes âgées.

2 La personne âgée en tant que citoyen

La transformation des rôles sociaux (décrits ci-dessus) et ses conséquences sociales ont un impact sur l'exercice de la citoyenneté des personnes âgées.

Les seniors exercent des responsabilités politiques. Par contre, la question de la manière dont les personnes âgées sont ou peuvent être associées aux décisions qui les concernent se pose actuellement. Comment peuvent-elles être associées aux politiques publiques qui régissent les mesures qui les touchent, notamment pour les personnes atteignant le « grand âge » et en particulier lorsqu'elles vivent en établissement ?

Les droits civils des personnes vivant en institution sont souvent évoqués et leurs contours cernés. Mais les droits politiques semblent s'étioler peu à peu après l'entrée en institution : l'engagement citoyen est supplanté par une forme de retrait civique.

Les personnes qui arrivent aujourd'hui dans la vieillesse sont les générations du baby-boom, Cette génération souhaite participer plus que la précédente à la vie de la société.

¹ En sociologie, le rôle représente la manière dont un acteur doit se comporter et ainsi pouvoir être intégré au sein de son milieu social. Il existe diverses théories des rôles, mais elles ont en général en commun un certain nombre de propositions, notamment :

- La division du travail dans une société prend la forme d'une interaction entre des positions spécialisées : les rôles sociaux
- Ces rôles sont les comportements attendus d'un individu (ou parfois d'une organisation), dans l'exercice d'une fonction qui renvoie au statut social.

Depuis la fin des années 90 en France, les dispositifs de démocratie locale mis en place (conseils de quartiers, réunions de concertation, assemblées consultatives, etc.), sont encouragés sur le plan réglementaire et dans les faits. Les personnes âgées s’y impliquent et sont même souvent surreprésentées par rapport aux autres groupes de population dans cette « participation citoyenne ».

Par ailleurs, l’engagement associatif est très développé chez les plus de 60 ans : près d’une personne de plus de 60 ans sur deux est membre d’une association. Dans les faits, on observe quatre grands types d’engagement :

- 1° l’adhésion à des associations tournées vers la sociabilité, en relais des sociabilités professionnelles (clubs du 3e âge, associations de loisirs, etc.) concerne essentiellement les seniors ayant des niveaux de diplômes faibles (anciens agriculteurs, ouvriers ou employés).
- 2° l’engagement basé sur l’épanouissement personnel (associations culturelles, musicales ou sportives, etc.) concerne plutôt les retraités des professions intermédiaires ou les anciens cadres.
- 3° l’action collective dans un but humanitaire (ONG, groupes religieux, etc.) concerne majoritairement des femmes.
- 4° l’engagement dans des associations qui leur permettent de s’affirmer en tant que groupe ayant des intérêts communs à protéger concerne aussi certaines personnes âgées. Ce type d’engagement est plus politisé : il renvoie à une volonté de participer à la vie publique qui n’est pas nécessairement liée à l’âge, et concerne majoritairement des hommes au capital culturel élevé, souvent militants de longue date et/ou qui ont été amenés à avoir des responsabilités dans leur vie professionnelle (anciens chefs d’entreprise, cadres, professions libérales, enseignants)¹.

La participation des personnes âgées en tant que groupe social s’institutionnalise depuis la fin des années 1970. Ainsi, la mise en place en 2004 des Comités départementaux des retraités et personnes âgées (Coderpa), instances consultatives réunissant notamment des représentants d’associations locales de retraités, avait pour but de faire remonter attentes et besoins des personnes âgées et de penser des solutions pour améliorer leurs conditions de vie.

Les Coderpa ont été remplacés dans la loi du 28 décembre 2015 relative à l’adaptation de la société au vieillissement par les Conseils Départementaux de la Citoyenneté et de l’Autonomie. Cette instance nouvelle, présidée par le président du Conseil départemental, a pour ambition de renforcer la démocratie participative au niveau local et de faciliter la co-construction des politiques publiques territoriales en concertation avec les personnes et leurs proches, les représentants institutionnels locaux et les professionnels du secteur de l’âge et du handicap.

Les municipalités ont également développé des « conseils de sages » ou « conseils d’anciens ». La mise en place de ces conseils n’est pas contrainte par le cadre législatif et dépend entièrement de la libre initiative et de la volonté des élus. Leur mode de fonctionnement et leur composition varient donc beaucoup d’une ville à l’autre et leur rôle reste généralement purement consultatif. L’OMS a pris l’initiative en 2005 de lancer un programme dénommé « Villes-amies des aînés », L’objectif est de favoriser « un environnement urbain participatif et accessible qui favorise un vieillissement actif ».

¹ Extraits et analyses issus de « La participation des personnes âgées en France : entre ambivalence et impensé », Sabrina Bresson, intervention faite lors du séminaire sur « les politiques publiques sociales locales à l’égard des personnes âgées, Polonium Tours-Varsovie2012/2013.

3 Agisme / Jeunisme et risque de clivage générationnel

Le terme d'« agisme » désigne l'ensemble de discriminations fondées sur l'âge. Il peut donc aussi bien concerner les jeunes que les plus âgés (le jaunisme désigne, au contraire, un engouement lié à ce qui caractérise la jeunesse).

Le concept d'agisme a été créé par le gérontologue Robert Butler en 1969 et est aujourd'hui employé pour dénommer la dévalorisation liée à l'âge des seniors avec des conséquences importantes sur le plan du travail, de l'économie, mais aussi de la prise en charge sanitaire des personnes âgées.

Par ailleurs, la perception de la vieillesse par les nouvelles générations doit être prise en compte car elle peut avoir un impact fort sur la question du vivre-ensemble. On parle d'« âge d'or des retraites », ce qui sous-entend souvent une critique de cette génération « favorisée » et un risque de perte d'empathie des autres groupes sociaux.

C. AUTONOMIE ET DEPENDANCE

1 Le concept de déprise

Né à Toulouse, le concept de déprise est un outil analytique visant à rendre compte de l'expérience du vieillir. Ce terme désigne un « processus de réaménagement de la vie » des personnes qui vieillissent, en lien avec les modifications corporelles et relationnelles.

La déprise décrit l'expérience personnelle du vieillissement, en fonction des capacités individuelles, des relations interpersonnelles, du parcours de vie antérieur et du contexte socioculturel. Il prend en compte les activités, les rapports au temps, à l'espace, aux objets, aux autres et à soi.

Ce concept permet de porter un regard positif sur la vieillesse, non pas en termes de manques et de déficiences, mais d'adaptations et de potentialités. En effet, les personnes âgées mettent en œuvre des stratégies d'organisation de leurs modes de vie, afin de préserver leur intégrité identitaire. Les personnes âgées peuvent « ne plus avoir prise » sur certaines choses ou relations, sans exclure de continuer à « avoir la haute main » sur d'autres¹. Elles mettent en œuvre des « modes de sélection » des espaces fréquentés, des activités, des relations, afin de pouvoir conserver ce qui apparaît comme essentiel pour la qualité de leur propre existence : « lâcher pour mieux tenir ».

2 La résilience

Certains événements de vie vont provoquer un traumatisme arrêtant le développement personnel du senior. Certaines personnes reprendront un développement et construiront leur avenir. C'est la résilience. Vieillir est un temps de pertes et de deuils. Le vieillissement confronte la personne âgée à la question de sa mort. Vieillir est un temps d'adaptation à l'environnement et, surtout, à un corps qui se transforme. Mais vieillir, c'est aussi former de nouvelles aptitudes, construire des compétences et découvrir de nouvelles richesses.

La résilience est liée à la présence d'un traumatisme. Celui-ci peut être la conséquence d'un événement majeur, mais peut également se constituer petit à petit, dans une répétition d'évènements dépassant les capacités de la personne. La résilience passe par la présence d'un tuteur de résilience qui, par sa disponibilité, son écoute, sa capacité à se laisser surprendre et à voir

¹ S. Clément et al., « Genèse de la déprise », *Gérontologie et société* 2018/1 (vol. 40/n°155), pp.27-32 et Anastasia Meidani, Stefano Cavalli « Vivre le vieillir : autour du concept de déprise », *Gérontologie et société* 2018/1 (vol. 40 / n°155), pp. 9-23.

l'autre différemment du modèle social ou médical, va permettre une rencontre source de résilience. Chez la personne âgée, la résilience passera par la capacité à donner sens à son existence. C'est aussi le temps de « l'intégration personnelle », où la personne âgée revisite son passé pour en faire le bilan. Le sentiment d'appartenance, et la curiosité de l'autre, sont également des clés de la résilience. Le rôle des soignants est important pour ce travail personnel.

3 Le « care » et les concepts de bientraitance et d'humanité

Le débat sur la prise en charge des personnes âgées relève d'un choix de société :

- Quel type de société voulons-nous ?
- Que sommes-nous prêts à mettre en œuvre pour que chacun puisse vivre dignement ?

La prise en charge de la dépendance des personnes âgées n'est qu'un aspect d'une interrogation plus large sur les réponses sociales à apporter aux populations rencontrant des difficultés. Il pourrait être pertinent dans le cadre de cette approche de mobiliser le concept de « care » afin de porter un regard global sur les problématiques de société.

Le concept de « care » est utilisé depuis le début des années 1980 dans les pays anglo-saxons. Il peut être traduit par l'expression « souci des autres » : c'est un concept polysémique qui recouvre à la fois les champs de la souffrance et de l'assistance.

Au-delà de l'aspect sémantique, le contenu de cette notion est intéressant. **Le « care » est une pratique qui s'articule autour des concepts de responsabilité et de liens humains où les situations ne seraient pas définies en termes de droit mais par la recherche d'un équilibre entre le souci de soi et le souci des autres. C'est un concept qui permet de réhabiliter la solidarité, au-delà des aspects financiers.**

Un concept proche utilisé dans le secteur de la prise en charge des personnes âgées est celui d' « humanitude » : *« il s'agit d'une approche qui vise à concrétiser les valeurs d'humanisme et de bientraitance dans la manière de se comporter. Cette notion destinée à guider les pratiques professionnelles est basée sur les règles élémentaires de bienséance, de politesse, de bienveillance à l'égard d'autrui. Cela concerne en particulier les personnes atteintes de démence.*

Cela s'applique aux « manœuvres » (la façon de toucher une personne, se mettre à la portée du regard), à la manière de se comporter avec les personnes, de leur parler, etc.

Les personnes âgées sont considérées comme des personnes à part entière, avec une histoire, des goûts, des habitudes. L'objectif est de ne pas adopter une conduite stéréotypée mais de s'adapter à chaque personne. »

4 Environnement capacitant et société inclusive

La perception du vieillissement concerne plus souvent les autres que soi-même. Les personnes âgées ne constituent pas une catégorie sociale homogène. Le phénomène de la senescence touche tout le monde, mais de manière différenciée. Il est donc nécessaire de mettre en place des politiques publiques pour adapter l'environnement des personnes. Cet environnement doit être capacitant c'est à dire permettre aux personnes de développer de nouvelles compétences et connaissances, d'élargir leurs possibilités d'action, leur degré de contrôle sur leur tâche et la manière dont elles la réalisent, c'est-à-dire leur autonomie.

Un environnement capacitant ne concerne pas que les aspects pratiques et techniques, mais relève aussi d'aspects relationnels, tels que les actions visant à favoriser le lien intergénérationnel.

5 Autonomie

Définition

Le terme « autonomie » tire son étymologie de « auto nomos », signifiant « se donner sa propre loi ». Il ne s'agit pas d'une liberté absolue, mais de la liberté de s'imposer ses propres règles et de les respecter, dans un environnement social marqué lui aussi par des règles et comportant des interdits. La possibilité de décider par soi-même et pour soi-même symbolise ce principe de l'auto-détermination.

Le modèle de la vie autonome est calqué, à tort, sur le modèle de la vie « normale », qui renvoie à une vision « normalisée » (biologiquement et socialement) de la vie humaine.

En médecine, il est souvent fait référence à l'autonomie pour évoquer la notion de consentement éclairé : une personne malade cherche l'adéquation entre les propositions médicales qui lui sont explicitées et sa propre conception de la vie bonne et juste à un moment donné.

Pour exercer son autonomie, il faut que la personne puisse :

- *être informée* : ce qui suppose un long travail de communication de la part des soignants ; travail patient, répétitif, progressif, respectueux des capacités de la personne, dont la vitesse de compréhension a ses limites,

- *être en capacité d'écouter* : ce qui signifie qu'avant de donner toute information on vérifie que la personne n'a pas de problème d'acuité auditive... Ce phénomène est particulièrement fréquent chez la personne âgée... Mais la surdité peut également être « psychologique », en résistant à la violence des mots ou de leur sens, pour ne pas écouter ce que l'on veut ne pas entendre.

- *être en capacité de comprendre l'information donnée* et d'analyser cette information de façon critique.

- *être en capacité de bien intégrer les options à choisir* et de prendre une décision pour elle-même, en fonction de ce qu'elle souhaite réellement.

- *être constante dans ses choix* pour persévérer, ou pas, dans le temps face à de nombreux interlocuteurs.

Le temps contraint qui prévaut dans l'organisation des soins est peu favorable à l'exercice de cette forme d'autonomie.

De fait, il est bien compliqué d'être complètement autonome lorsque l'on est atteint d'une maladie grave ou que l'on souffre de troubles cognitifs parce que l'on est âgé.

Il est souvent difficile de se concevoir comme une personne malade et d'être en même temps en capacité d'analyser sa propre maladie pour décider sans aide de ce qui est bon pour soi.

En ce sens l'autonomie est consubstantiellement relative parce qu'elle dépend de tiers – par exemple les soignants et les proches avec lesquels est tissée une relation de confiance - qui peuvent exercer une influence sur la décision.

Dans les faits, les décisions médicales prises avec autrui (au mieux), ou pour autrui (ce qui n'est pas rare) sont en partie conditionnées par la responsabilité du « codécideur » (proches ou soignants) en particulier lorsque la décision relève d'une bonne évaluation du rapport du bénéfice escompté au risque probable. Pour assurer « le bien de la personne âgée » et au nom de principes éthiques de non nuisance, de pertinence, de bienfaisance, on peut faire fi de l'autonomie et violer le désir de la personne. La dépendance s'oppose alors de façon non éthique à l'exercice de l'autonomie.

Le respect de la personne, de ses désirs et de ses choix devrait pouvoir conduire au respect du droit au risque, comme facilitateur de l'autonomie, en se rapprochant des dynamiques d'empowerment, mais aussi de solidarité intergénérationnelle.

Si l'on raisonne en termes de respect de la personne âgée vulnérable, avec encore une autonomie intellectuelle, certes relative, mais réelle, on devrait faire en sorte qu'elle puisse avoir une voix prédominante dans les choix qui la concernent directement. Il est impératif que la personne âgée

vulnérable puisse compter sur le soutien des autres, sur « le prendre soin » des proches familiaux ou soignants, de tiers, pour l'accompagner, plus que de la convaincre, dans cette démarche ou ce cheminement souvent douloureux.

Perte d'autonomie et dépendance

Dans le langage commun, il y a souvent confusion entre le terme de dépendance et celui de perte d'autonomie, alors que ces deux concepts relèvent de deux registres différents :

- Le premier, auquel renvoie la notion de dépendance, est d'ordre pratique et fonctionnel : il fait référence à la capacité de faire par soi-même, d'effectuer sans aide, les principales activités de la vie courante.
- Le second est d'ordre plus théorique ou éthique : l'autonomie étant la capacité ou le droit de la personne de choisir elle-même les règles de sa conduite. Une personne en perte d'autonomie est une personne qui n'a plus la capacité ou le droit de se fixer à elle-même ses propres lois.

Cet amalgame laisse penser que les personnes qui ne peuvent plus faire seules les principaux actes de la vie quotidienne n'ont plus le droit de décider de leur façon de vivre.

Or, une personne peut demeurer autonome tout en étant totalement dépendante sur le plan physique. A l'inverse, elle peut être en perte d'autonomie tout en demeurant physiquement indépendante (lors d'une perturbation mentale par exemple).

Cette confusion est regrettable et préjudiciable à la personne âgée parce qu'elle favorise son exclusion du processus décisionnel concernant son devenir.

Pour éviter toute confusion, il est préférable de parler de dépendance physique et de dépendance psychique (qui équivaut au concept de perte d'autonomie).

Le concept de dépendance met l'accent sur les aspects « déficitaires » (problèmes de santé, déficiences somatiques, sensorielles, psychiques qui entraînent des incapacités physiques et/ou psychiques). Il est possible d'appréhender cette notion d'une manière plus globale prenant en compte le contexte, les circonstances de vie (l'état matrimonial, le type d'habitat, le cadre de vie, les liens sociaux et l'isolement social, etc.) et les ressources (personnelles, financières, relationnelles, etc.) dont dispose la personne.

En d'autres termes, le « ressenti » de la dépendance est, d'une certaine manière, relatif. En effet, selon le contexte dans lequel se situe la personne âgée, la survenue de « diminutions » de ses capacités physiques ou psychiques n'aura pas les mêmes conséquences ou implications. La personne se considérera ou ne se considérera pas comme dépendante. Plus concrètement, habiter dans une maison aménagée de manière à limiter la dépendance ou un appartement situé au cinquième étage sans ascenseur ou dans une zone non desservie par les transports en commun ne fait pas porter le même regard sur soi face à une diminution de ses capacités.

Un autre aspect de la notion de dépendance sous-entend l'idée d'une solidarité de fait. On peut même peut-être dire que la relation est triangulaire entre la personne « dépendante », la ou les personne(s) qui intervien(nen)t auprès d'elle et la société dans son ensemble. Cela signifie que, dans une société, tous les individus sont interdépendants et que les situations de dépendance interviennent quand cette interdépendance est très déséquilibrée.

Cette idée nous permet de relier les notions de dépendance et de solidarité (qu'elle soit institutionnalisée ou privée).

Par extension, cette appréhension plus complète de la dépendance permet de se démarquer d'une conception de la vieillesse vue seulement comme un état individuel et biologique, pour la comprendre comme le résultat d'un parcours social.

Changer ainsi le regard porté sur la vieillesse peut contribuer à modifier les réponses politiques apportées. Les politiques inspirées par une vision de la dépendance comme le résultat d'un

parcours social auront en effet tendance à être plus préventives, collectives et correctives des inégalités.

En outre, cette vision plus « dynamique » permet d'envisager la vieillesse non plus seulement comme une charge mais comme une potentialité, notamment en termes économiques : le secteur de la prise en charge de la dépendance constitue ainsi un gisement d'emplois qui lui confère un poids économique non négligeable.

Le concept de solidarité

Dans *De la division du travail social*, ouvrage publié en 1893, le sociologue Emile Durkheim explicite le concept de solidarité. Pour lui, la solidarité est un lien moral entre individus appartenant à un groupe ou à une communauté : pour qu'une société existe, il faut que ses membres éprouvent de la solidarité les uns envers les autres. Il précise que dans les sociétés modernes et industrielles, la solidarité provient de l'interdépendance entre les individus qui découle de la spécialisation du travail et des complémentarités entre personnes.

La solidarité peut en effet se définir comme un lien d'engagement, de responsabilité et de dépendance mutuelles entre les membres d'un groupe liés par une communauté de destin (famille, village, profession, entreprise, nation, etc.). Elle est basée sur une obligation morale, légale ou contractuelle de se porter réciproquement aide. Il s'agit d'une valeur sociale importante qui se fonde sur le fait que tous les membres du groupe partagent une même communauté d'intérêt.

Envisagé à l'échelle individuelle, le concept de solidarité fait référence à l'ensemble de services non marchands que s'apportent les individus les uns aux autres. S'inscrivent dans ce cadre les solidarités familiales, de voisinage, intergénérationnelles, etc.

D. LE CADRE LÉGISLATIF RÉGLEMENTAIRE

Les politiques dites de la vieillesse, c'est-à-dire les politiques menées en direction des personnes âgées sont relativement récentes. Longtemps, il n'y a pas eu de politique spécifique en direction de la population âgée. Seule existait une politique d'assistance aux « pauvres », dont beaucoup étaient des personnes âgées.

Ce n'est qu'après la Deuxième Guerre mondiale, avec la création du régime général de la Sécurité Sociale et l'adoption du principe de répartition pour les retraites, tout en maintenant les régimes spéciaux déjà existants, que les personnes âgées vont être considérées comme un corps social faisant l'objet de politiques publiques.

De manière générale, les dispositifs de protection sociale se sont très fortement renforcés dans la seconde moitié du XX^{ème} siècle, avec une volonté de généralisation à l'ensemble des populations. Les politiques à destination de la population âgée s'inscrivent dans ce contexte plus général de développement des politiques sociales. Elles comportent un volet « assurantiel » (l'assurance vieillesse) et un volet « assistanciel » qui s'incarne dans les politiques vieillesse, dont le lancement remonte au rapport Laroque, publié en 1962.

Dans un contexte de vieillissement démographique, la période 1945-2018 se caractérise par de profonds bouleversements économiques, sociaux et sociétaux. Les orientations en faveur des personnes âgées ont évolué. Les dispositifs de soutien, tant au domicile qu'en institution, se sont multipliés, souvent de façon peu coordonnée et hétérogène selon les territoires.

La coordination des parcours et la lutte contre les inégalités sociales et territoriales sont clairement les deux chantiers prioritaires de la période.

Les dispositifs en faveur de l'accompagnement des personnes âgées ont connu de profonds bouleversements ces 20 dernières années. Les lois et règlements ont évolué dans le sens d'un

accompagnement global et individualisé de la personne dans le respect de son projet de vie. Les équipes pluridisciplinaires mettent en œuvre une prise en charge de qualité et contribuent au développement d'une offre de services à destination des personnes souhaitant rester à leur domicile.

1 La loi du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie

La prestation spécifique dépendance créée par la loi du 24 janvier 1997 était censée assurer la prise en charge de la dépendance. Cependant, le dispositif retenu s'est révélé insuffisant, inadéquat au regard des besoins, et inégalitaire, de nombreuses disparités existant d'un département à l'autre. La loi du 20 juillet 2001 ouvre une période de concrétisation de la réflexion, avec la mise en place de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA), dont l'ambition est de renforcer la prise en charge des personnes en perte d'autonomie, en leur permettant de bénéficier des aides nécessaires à l'accomplissement des actes de la vie courante.

L'allocation concerne à la fois les personnes âgées résidant à domicile et celles demeurant en établissement. Elle est fondée sur le libre choix du lieu de vie de la personne âgée et sur la possibilité, pour sa famille, de bénéficier d'un soutien dans l'aide qu'elle lui apporte.

L'APA constitue un droit objectif et universel. Elle s'adresse à l'ensemble des personnes âgées en perte d'autonomie (classés GIR 1 à 4) nécessitant une aide. Les conditions d'attribution de l'allocation sont les mêmes sur tout le territoire. L'ouverture des droits à l'APA est fonction du degré d'autonomie et n'est pas soumise à conditions de ressources. Cependant, son montant est modulé en fonction des revenus.

Des tarifs nationaux fixent les plafonds en fonction du degré de perte d'autonomie et un barème national détermine, en fonction des ressources de l'usager, la participation restant à charge. Enfin, les sommes versées ne font pas l'objet d'une récupération sur la succession du bénéficiaire.

L'APA est une prestation en nature personnalisée : cela signifie qu'elle est affectée à des dépenses précisément adaptées aux besoins particuliers de chaque allocataire.

Le montant de l'APA varie selon que la personne vit à son domicile ou dans un établissement assurant l'hébergement des personnes âgées dépendantes.

Lorsque la personne vit à son domicile, l'APA est affectée à la couverture de dépenses de toute nature relevant d'un plan d'aide en matière de services (aide ménagère, accueil de jour, etc.) ou d'adaptation du logement.

Lorsque la personne vit en EHPAD, le montant de l'APA sert à couvrir tout ou partie des dépenses correspondant à son degré de perte d'autonomie.

2 La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a permis de renforcer les droits des usagers, notamment par l'instauration des projets individuels.

La loi du 2 janvier 2002 fixe de nouvelles règles relatives aux droits des personnes. Elle réaffirme la place prépondérante des usagers, entend promouvoir l'autonomie, la protection des personnes et l'exercice de leur citoyenneté.

Elle s'articule autour de 4 grands axes :

- Renforcement du droit des usagers
- Elargissement des missions de l'action sociale
- Organisation et coordination des différents acteurs du domaine médico-social et social
- Amélioration de la planification

La loi modifie la perception de l'accompagnement des personnes âgées et affirme un certain nombre de principes comme :

- L'exercice des droits et libertés des personnes prises en charge en établissement ou par un service social ou médico-social (mise en œuvre de la charte des droits et des libertés de la personne accueillie, règlement de fonctionnement de la structure, contrat de séjour)
- Le décroisement entre les services sanitaires et médico-sociaux afin de considérer la personne dans l'ensemble de ses besoins et selon une seule logique d'institution.

3 La loi du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées

Cette loi met en place dans chaque département un plan d'alerte et d'urgence au profit des personnes âgées et des personnes handicapées en cas de risque exceptionnel.

Par ailleurs, elle instaure une journée qui prend la forme d'une journée supplémentaire de travail non rémunérée pour les salariés, afin de financer des actions en faveur de la prise en charge de la perte d'autonomie. A cet effet, une contribution au taux de 0,3% sur les rémunérations versées est due par les employeurs.

La Caisse Nationale de Solidarité et Autonomie (CNSA), dont la mission sera de contribuer au financement de la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, est créée.

Les ressources de la Caisse sont constituées par une contribution des régimes d'Assurance Maladie, par une cotisation de 0,3% sur les salaires et traitements (journée de solidarité), une contribution de 0,3% les revenus du patrimoine et de 0,3% sur les revenus des retraités imposables.

La CNSA verse aux Départements des fonds afin de participer au financement de l'APA, ainsi que de certaines actions de prévention.

Elle contribue au financement des MDPH et répartit entre les ARS les crédits de l'Assurance Maladie destinés au financement des établissements et services médico-sociaux. Elle participe au développement de l'aide à domicile ainsi qu'à l'amélioration des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

4 La loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales

Cette loi liste les différents transferts de compétences de l'Etat vers les collectivités territoriales (Régions, Départements, Communes et EPCI) résultant de la réforme constitutionnelle relative à l'organisation décentralisée de la République adoptée par le Parlement le 17 mars 2003.

En matière d'action sociale et médico-sociale, le rôle et les responsabilités des Départements sont renforcés dans le champ de la politique d'action sociale ou de l'action sociale en faveur des personnes âgées. Le Département coordonne la politique d'action sociale, adopte le schéma départemental et définit et met en œuvre l'action sociale en faveur des personnes âgées.

5 La loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement

La loi du 28 décembre 2015, relative à l'adaptation de la société au vieillissement (LASV), est destinée 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.

Cette loi, dite ASV, entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2016, réforme notamment l'action des Conseils Départementaux dans le domaine de l'autonomie des personnes âgées. Son ambition est de répondre aux conséquences du vieillissement de la population en :

- anticipant les 1ers facteurs de risque de la perte d'autonomie
- adaptant les politiques publiques au vieillissement
- accompagnant mieux les personnes en perte d'autonomie

Parcours et territoire sont deux mots clés du texte de loi.

Le vieillissement est appréhendé comme un parcours dont il s'agit de maîtriser toutes les étapes et notamment celles précédant la perte d'autonomie. L'attention se porte sur la prévention par la mise en avant du concept de fragilité. Des expérimentations sont en cours, en particulier dans le cadre du programme personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA), afin de mieux dépister les situations de fragilité.

Tous ces parcours vieillissement s'inscrivent dans des territoires redéfinis par la dernière loi de décentralisation.

Si les départements restent les maîtres d'œuvre en matière de politiques sociales, les ARS, dont le niveau de compétence est la région, gardent la responsabilité du sanitaire et du médico-social. Une attention 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.

Les dispositions essentielles de la LASV du 28 décembre 2015, s'articulent autour de 5 grandes orientations :

- Un soutien diversifié au maintien à domicile : revalorisation de l'APA, mesures en faveur des proches aidants, etc.
- Des solutions rénovées d'habitat collectif pour personnes âgées entre le domicile et l'EHPAD (résidence autonomie et résidence service)
- De nouveaux droits pour les usagers
- Une réaffirmation de l'intégration pour les services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie, c'est-à-dire une coordination de ces services
- Une architecture institutionnelle réformée, avec la création de nouvelles instances départementales :
 - La Conférence des Financeurs de la Prévention de la perte d'autonomie (CFPPA) :
 - Le Conseil Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie (CDCA)
 - Les Maisons Départementales de l'Autonomie (MDA)

La **Conférence des financeurs** est une instance de coordination institutionnelle qui vise à développer les politiques de prévention de la perte d'autonomie. Ses missions sont d'établir un diagnostic des besoins des personnes âgées de 60 ans et plus résidant sur le territoire départemental, de recenser les initiatives locales et de définir un programme coordonné de financement des actions individuelles et collectives de prévention, en complément des prestations légales ou extra-légales.

Le **Conseil Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie (CDCA)** est une instance représentative qui remplace le Conseil Départemental des Retraités et des Personnes Âgées (CODERPA) et le Conseil Départemental Consultatif des Personnes Handicapées (CDCPH). Son objectif est d'assurer la participation des personnes âgées et des personnes en situation de handicap à l'élaboration, à la mise en œuvre, au développement et à la mise en cohérence des politiques de l'autonomie.

Pour ce qui est du **soutien aux aidants**, la LASV prévoit la reconnaissance d'un « droit au répit » pour les proches aidants et les aidants familiaux. Elle pose une définition du « proche aidant¹ » et

¹ Une personne qui vient en aide de manière régulière, à titre non professionnel, pour accomplir une partie ou la totalité des actes de la vie quotidienne d'une personne âgée en perte d'autonomie peut être considérée comme un proche aidant. Ainsi, peut être considéré comme proche aidant de la personne aidée :

- son conjoint,
- le partenaire avec qui elle a conclu un pacte civil de solidarité ou son concubin,

propose qu'il soit accompagné en leur permettant de bénéficier de dispositifs de répit via une aide financière dédiée.

Concernant, **l'accompagnement au domicile**, la loi prévoit l'augmentation des plafonds de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) et une diminution du reste à charge. La grille AGGIR a été complétée par une évaluation multidimensionnelle des besoins du demandeur de l'APA et de son ou ses aidants. Pour les services prestataires d'aide à domicile, un régime unique d'autorisation met fin au droit d'option entre le régime de l'agrément et celui de l'autorisation en vigueur depuis la loi Borloo de 2005, au profit de la seule autorisation par le Conseil départemental. Un nouveau cahier des charges national de l'autorisation a été publié par décret. Les accueillants familiaux devront suivre une formation avant leur agrément.

L'offre d'hébergement en faveur des personnes âgées fait également l'objet de nouvelles dispositions. Les règles relatives aux tarifs d'hébergement en EHPAD sont clarifiées pour les établissements non habilités à l'aide sociale. Il s'agit de normaliser la tarification relative à l'hébergement, d'améliorer la transmission d'informations tarifaires des hébergements à la CNSA et de les mettre à la disposition du grand public.

La LASV créé également de **nouvelles aides pour améliorer la prévention de la perte d'autonomie**.

- Des aides individuelles pour faciliter l'accès des personnes âgées de plus de 60 ans aux aides techniques (domotique, matériel adapté), attribués via la conférence des financeurs.
- Des actions collectives de prévention de perte d'autonomie proposées pour les résidences autonomie, les SPASAD ou les CCAS.

II ETAT DES LIEUX ET CONSTATS EN REGION OCCITANIE

A. ANALYSE DÉMOGRAPHIQUE

1 Dans une Europe de plus en plus âgée, la France limite son vieillissement

Le vieillissement, phénomène mondial, est une réalité ancienne en Europe et fait de la population de notre continent l'une des plus âgées de la planète. En 2016, plus de 19,2% des européens étaient âgés de 65 ans et plus contre 13,7% en 1990. Cette augmentation de la part des personnes âgées est la conséquence de la transition démographique qui se traduit par la baisse de la fécondité et l'augmentation de l'espérance de vie.

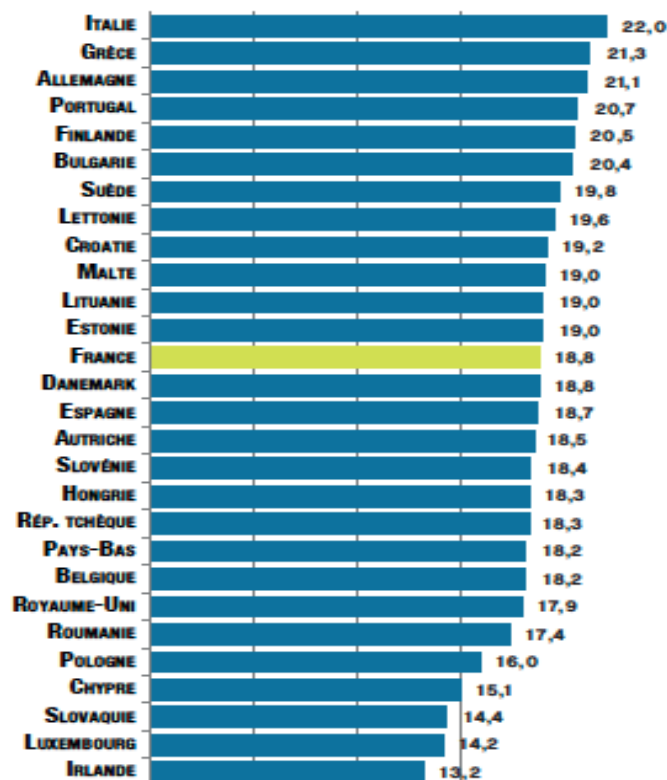
- Une population âgée dans les pays du sud de l'Europe et en Allemagne

Tous les pays de l'Union Européenne ne sont pas confrontés au vieillissement de leur population de la même manière. La part des 65 ans ou plus est particulièrement élevée en Italie (22%), en Grèce (21,3%), au Portugal (20,7%), ainsi qu'en Allemagne (21,1%).

A l'inverse, on observe la relative jeunesse de certains pays : c'est le cas de l'Irlande (13,2% de plus de 65 ans) et de la plupart des pays d'Europe de l'Est à l'exception de la Bulgarie et de la Croatie. Enfin, les pays scandinaves et baltes, ainsi que la France (18,8%) ont un profil proche de la moyenne européenne.

-
- un parent,
 - un allié ou une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stables.

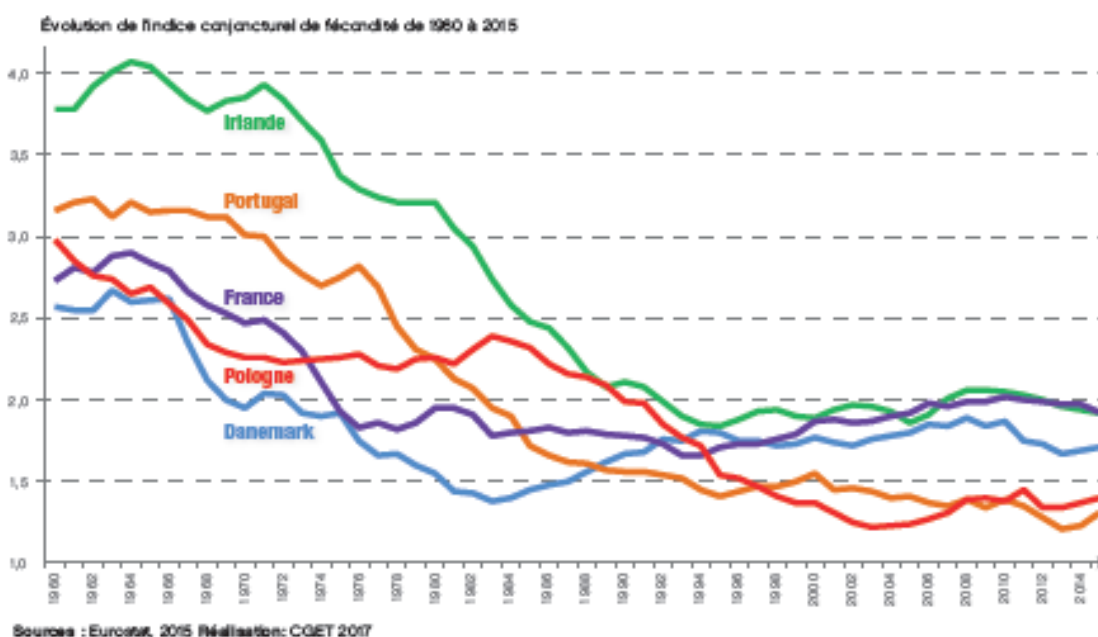
Part des 65 ans et plus en 2016



Sources : Eurostat Réalisation: CGET 2017

L'espérance de vie a augmenté de manière générale en Union Européenne depuis le début du XXème siècle, en particulier en Europe de l'Ouest. C'est essentiellement la baisse de la mortalité aux premiers âges de la vie qui a permis cette amélioration jusqu'en 1960. Depuis, cette augmentation a surtout découlé des progrès de la médecine appliquée aux plus âgés. Parallèlement, à partir des années 1960, tous les pays ont connu une baisse du taux de fécondité, ce qui a entraîné une augmentation de la part des autres âges dans la population.

Les pays du Sud et de l'Est de l'Europe ont une fécondité très faible



Selon les projections de population calculées par Eurostat, le vieillissement devrait se poursuivre en Europe : la part des personnes de plus de 65 ans serait de 28,5% en 2050, soit une augmentation de près de 10 points.

- En France, des territoires inégaux face au vieillissement

Comme les autres pays d'Europe, la France est confrontée au phénomène du vieillissement, malgré une fécondité plutôt élevée. La part des personnes de 65 ans ou plus a augmenté de 5% entre 1990 et 2016, passant de 13,9% à 18,8%. Bien que la France ait l'espérance de vie à 65 ans la plus élevée d'Europe (21,6 ans), le vieillissement de la population française reste limité par une fécondité favorable.

Depuis 2007, les premières générations du baby-boom ont atteint l'âge de 60 ans. Désormais, la catégorie des 20-59 ans diminue tandis que la part des 60 ans et plus augmente pour représenter aujourd'hui près de 23% de la population totale. La tranche des 75 ans et plus augmente de manière encore plus significative ; en 20 ans elle a augmenté de 45% (soit 1,7 millions) alors que dans le même temps la proportion des moins de 20 ans a diminué de 3%.

Ce vieillissement ne revêt pas la même forme selon les territoires. La population âgée s'accroît fortement dans le périurbain et dans certaines métropoles, pour lesquels les enjeux majeurs sont en lien avec la mobilité, l'accessibilité et le logement.

Dans les territoires ruraux et les massifs montagneux résident une forte proportion de personnes âgées, mais ces territoires ne vieilliront plus. Un des enjeux majeurs sera le problème de l'isolement.

Enfin, les territoires du littoral cumulent trois caractéristiques : une population déjà vieillissante, une population de personnes âgées en augmentation du fait de l'attractivité de ces territoires et une accélération du vieillissement de la population. Un des enjeux pour ces territoires sera d'adapter la capacité des structures de prise en charge de la dépendance.

Cette analyse du vieillissement de la population française et de ses enjeux est transposable à la région Occitanie.

2 Analyse financière

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.

On compte 1,2 million de bénéficiaires de l'APA dont 60% à domicile et 40% en établissement.

La dépense publique consacrée à l'autonomie a été estimée en 2010 à 24 Mds d'euros, dont 14 Mds pour le financement des soins, 5,3 Mds au titre de l'allocation personnalisée à l'autonomie (APA) et 2,2 Mds pour l'hébergement¹.

Le vieillissement démographique a des conséquences sur la structure de la consommation des personnes, avec par exemple, des priorités et des besoins qui diffèrent selon l'état de santé des individus et de leurs ascendants. Généralement, les personnes vieillissantes dépensent plus pour leur santé et leur bien-être, mais aussi pour leur domicile, y compris pour leurs dépenses énergétiques, en électricité notamment. Avec l'avancée en âge, certaines dépenses sont en hausse telles que la santé et les dépenses de la maison avec des personnes qui restent plus souvent à domicile. Autres tendances de fond à l'échelle de la population : la hausse de l'épargne et la baisse des dépenses liées au travail, telles que les fournitures, les vêtements, les transports, du fait de l'accroissement du nombre de personnes à la retraite.

3 Les seniors en Occitanie

3.1 Les tendances démographiques

L'Occitanie fait partie des 4 régions françaises les plus âgées puisqu'un habitant sur dix a au moins 75 ans, ce qui représente 600 000 personnes. L'âge moyen s'établit autour de 42 ans, soit 2,5 années de plus qu'en France métropolitaine.

En 2050, l'Occitanie comptera 6,9 millions d'habitants contre 5,8 en 2015. Elle sera la 3^{ème} région la plus peuplée de France, derrière l'Île-de-France et la région Auvergne-Rhône-Alpes. Les seniors représenteront 29% des habitants contre 20% en 2013.

Selon les projections, la région enregistrera plus de décès que de naissances à partir de 2040. La croissance démographique sera exclusivement assurée par l'arrivée de nouveaux habitants.

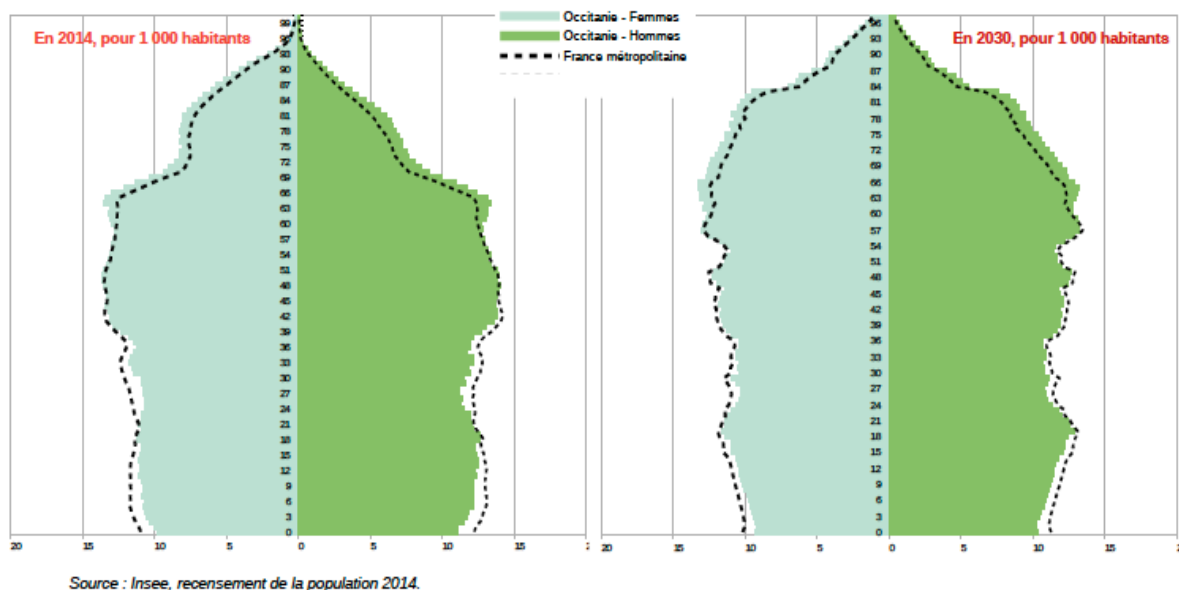
L'augmentation du nombre d'habitants concernera toutes les tranches d'âge (croissance moyenne de 0,5% par an, soit 33 800 habitants de plus chaque année depuis 2013). Cette augmentation sera surtout le fait des seniors.

Un million d'habitants aura plus de 75 ans dans 20 ans (si les soldes naturels et migratoires actuels se prolongent). La population des plus de 75 ans augmenterait de 52% (contre 17% de la population régionale totale) d'ici à 2030.

	0/19 ans	20/64 ans	65 ans et plus	Ensemble
2013	1 303 000	3 231 000	1 149 900	5 683 900
2020	1 355 600	3 265 600	1 358 000	5 979 200
2030	1 368 000	3 343 700	1 644 600	6 356 400
2040	1 395 400	3 383 700	1 904 300	6 683 400
2050	1 442 000	3 449 300	2 043 000	6 934 300

¹ <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/loi-relative-a-l-adaptation-de-la-societe-au-veillissement/article/les-chiffres-cles>

Une région âgée en 2014, qui le sera encore plus en 2030



La pyramide des âges souligne bien ce phénomène de vieillissement de population. Alors que la tranche d'âge des 40/60 ans demeure quasi identique en 2050, celle des 65 ans et plus sera en nette croissance.

La population des plus de 65 ans augmentera de 0,9 million, soit la plus forte progression comparée aux autres tranches d'âges (hausse de 0,1 million pour les moins de 20 ans et de 0,2 million pour les 20/64 ans). Cette augmentation du nombre de seniors résulte de plusieurs phénomènes sociodémographiques :

- Le vieillissement des générations du baby-boom
- L'augmentation de l'espérance de vie de la population qui, dans la région, doit se fixer à 86,4 ans pour les hommes et 89,6 ans pour les femmes en 2050 (respectivement 78,7 ans et 84,7 ans en 2013)
- Un solde migratoire positif, lié à l'installation de seniors retraités, surtout en zone littorale

3.2 Des territoires très diversifiés

Le phénomène de vieillissement de la population est général mais il existe d'importantes disparités infra régionales : 8 des départements d'Occitanie se situent parmi les plus âgés de France (le Lot est le 2ème département le plus âgé, après la Creuse), alors que d'autres, comme la Haute-Garonne figurent parmi les plus jeunes.

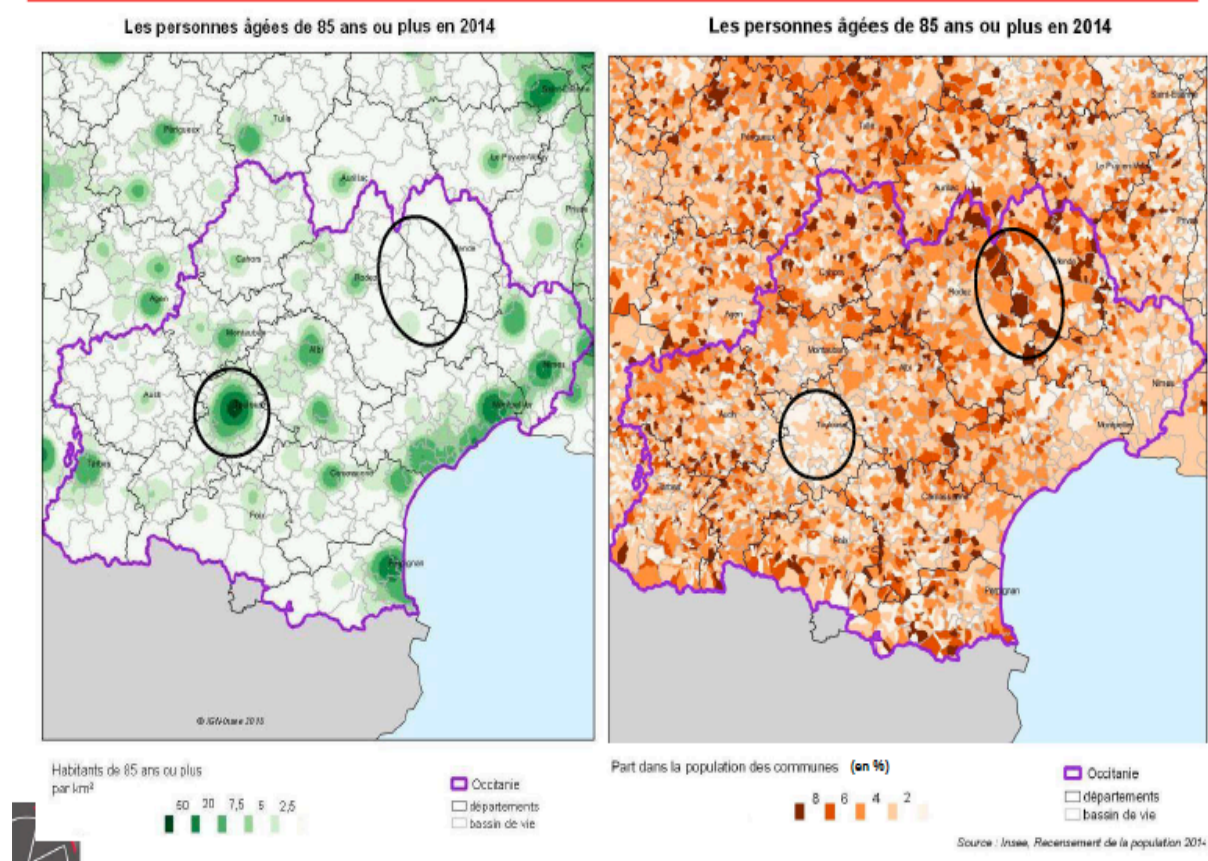
A l'exception des Hautes Pyrénées, dont la population diminuera à l'horizon 2050, tous les départements d'Occitanie gagneront des habitants. Le nombre des seniors augmentera dans tous les départements de la région. Plus d'un tiers des habitants auront ainsi 75 ans et plus dans 7 départements en 2050 (Lot, Aveyron, Aude, Ariège, Gers, Pyrénées Orientales, Lozère). Le Lot sera celui dont la part des seniors augmentera le plus entre 2013 et 2050 (+ 14%), la Haute Garonne sera celui où leur part augmentera le moins (+ 6%)¹

Les personnes âgées de 85 ans ou plus sont concentrées dans les grands centres urbains (en nombre) mais davantage représentées en pourcentage dans les territoires ruraux.

¹ Population d'Occitanie à l'horizon 2050, INSEE analyses n° 44, juin 2017.

Les « 85 ans ou plus » concentrés dans les grands centres urbains ...

... mais davantage représentés dans les territoires ruraux



Les disparités sont repérables également du point de vue du nombre de bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement (de 30,1% dans le Gers à 10,9% en Haute-Garonne) et de celui des bénéficiaires de l'APA (de 16,8% dans l'Aude à 29,7% dans l'Aveyron).

On observe que la désindustrialisation, les pertes d'emplois et le recul des services publics de certains territoires sont à l'origine de migrations des populations jeunes et actives dans les bassins d'emploi de la région ; elles augmentent ainsi le processus d'isolement des personnes âgées de ces territoires défavorisés.

Ces disparités se repèrent aussi dans une tendance à une spécialisation des territoires en termes de catégories de populations qui y résident. C'est-à-dire que certains semblent avoir « vocation » désormais à accueillir des personnes âgées, d'autres des actifs, etc.

Cette tendance induit une réduction de la mixité dans les territoires, les différentes catégories de population ne se rencontrant plus, ce qui crée des clivages et met à mal le vivre-ensemble.

Pour limiter ces effets et leurs conséquences, il est important de prévoir, dans les projets d'urbanisme, une mixité des « fonctions » (à la fois zone d'habitations, de services...).

Au regard des disparités exposées ci-avant, quatre typologies de territoires, avec leurs spécificités et leurs enjeux propres, peuvent être identifiés en Occitanie :

- les métropoles
- les zones périurbaines
- les espaces ruraux et zones de montagne

- les zones littorales

Les métropoles, cœur de l'activité économique régionale

Les deux métropoles, Toulouse et Montpellier, structurent l'activité économique occitane. En 2014, elles concentraient 21% de la population régionale. Leurs départements d'accueil, la Haute-Garonne et l'Hérault, concentraient 42% de la population régionale en 2013. Cette part passera à 45% en 2050.

Sur 1 149 000 habitants de plus de 65 ans en 2013 en Occitanie, 404 811 vivaient en Haute-Garonne et dans l'Hérault.

Le fait d'habiter une métropole ne garantit pas aux personnes âgées un accès équitable aux services administratifs, aux commerces de proximité, aux solutions médicales et paramédicales (cf. « les seniors dans l'open métropole de Toulouse », mars 2018).

Les zones périurbaines

Les zones périurbaines, caractéristiques des années 1970, sont jeunes et connaîtront un vieillissement marqué. Les personnes qui y résident, en lisière des villes anciennes, sont majoritairement propriétaires de leurs logements et souhaitent continuer à y vivre. Ces zones construites et aménagées pour des ménages avec enfants verront leur population diminuer et changer. Les logements ne seront plus occupés que par des personnes seules, sans services de proximité.

Les réseaux de transport et les services disponibles devront être repensés pour permettre à cette population vieillissante d'en bénéficier.

Les espaces ruraux et zones de montagne

La ruralité est une dimension importante de la région Occitanie : 58% de ses habitants vivent dans des communes de moins de 10 000 habitants, soit 3,4 millions de personnes.

En raison de leur faible densité de population, l'isolement social, accru par le départ des jeunes pour des raisons professionnelles, constitue une difficulté majeure.

La priorité sera également de veiller à ce que les habitants de ces territoires puissent disposer d'une égalité d'accès aux biens et aux services ainsi qu'aux soins.

Les zones littorales

La zone littorale méditerranéenne connaîtra un accroissement important de sa population âgée, sous l'effet du vieillissement des populations d'une part et de l'arrivée massive de retraités venus du nord de la France d'autre part. Sont concernés les départements du Gard, de l'Hérault, de l'Aude et des Pyrénées-Orientales, dont la part déjà élevée de personnes âgées continuera de croître. Une attention toute particulière devra être apportée au parc de résidences services et de structures d'hébergement collectif ainsi qu'à l'adaptation des capacités des établissements de prise en charge de la dépendance afin de pouvoir répondre à cette augmentation de la demande.

De cette première approche, on retiendra les principales spécificités de l'Occitanie :

- Des zones périphériques de villes anciennes confrontées à l'éloignement des services
- Un littoral sous équipé en solutions de prise en charge par une population vieillissante
- Des territoires ruraux où la problématique est centrée sur l'isolement social autant que sur l'accès aux services et aux soins. C'est également le cas des territoires situés en zones de montagne où les difficultés de mobilités sont souvent prégnantes.

B ANALYSE SOCIO-ÉCONOMIQUE

1 Pauvreté, précarité en Occitanie

Une approche de la situation des populations les plus démunies à partir des données concernant les personnes en dessous du seuil de pauvreté (1000 euros mensuels) place la région Occitanie au 4^{ème} rang des régions métropolitaines présentant les taux de pauvreté les plus élevés et au 2^{ème} rang (après la Corse) pour la pauvreté des 75 ans et plus.

A l'échelle des départements, il existe de fortes disparités :

- la Haute-Garonne a un taux de pauvreté inférieur à la moyenne nationale mais compte en valeur absolue le nombre de personnes sous le seuil de pauvreté le plus important (152 000)
- l'Aude est le 2^{ème} département le plus pauvre de France, les Pyrénées Orientales le 3^{ème}, le Gard le 5^{ème} et l'Hérault le 9^{ème}
- les espaces ruraux éloignés des centres urbains ainsi que les villes centres des grands pôles urbains sont les zones les plus concernées par la pauvreté

La région Occitanie se classe au 2^{ème} rang des régions métropolitaines derrière PACA par le nombre d'allocataires des minima sociaux. La part des allocataires du minimum vieillesse est supérieure de 1% à la moyenne nationale. On les retrouve majoritairement dans les départements du littoral, dans certains départements ruraux (Lozère) ainsi que dans certaines zones urbaines du littoral, à Toulouse et à Montauban.

Taux de pauvreté par âge en 2014 par département en Occitanie (%)

	Ensemble	Moins de 30 ans	75 ans et plus
Ariège	18,2	27,0	12,6
Aude	21,7	33,1	15,3
Aveyron	14,2	21,8	12,6
Gard	20,3	30,3	11,6
Haute-Garonne	12,6	22,5	8,8
Gers	15,0	22,5	14,9
Hérault	19,8	31,0	11,9
Lot	15,1	23,9	11,8
Lozère	15,0	19,7	15,2
Hautes-Pyrénées	14,8	26,8	10,9
Pyrénées-Orientales	21,4	34,8	13,9
Tarn	15,3	25,6	10,5
Tarn-et-Garonne	17,1	26,1	14,2
Occitanie	17,2	27,2	11,9
France métropolitaine	14,7	22,8	8,6

Sources : Insee, DGFIP, Cnaf, Cnav, CCMSA, Filosofi

Le minimum vieillesse permet aux retraités n'ayant jamais ou pas assez cotisé d'atteindre un seuil minimal de ressources. Deux allocations existent : l'allocation supplémentaire du minimum vieillesse (AS) et l'Allocation de Solidarité aux Personnes Agées¹ (ASPA). L'Occitanie est la 2^{ème} région, hors Ile-de-France, derrière PACA pour le nombre d'allocataires concernés. Fin 2015, ces allocations apportent un complément de ressources à 62 500 retraités.

¹ Source : Une Approche de la précarité en Occitanie. Tableaux de bord/édition 2018

Les bénéficiaires sont plus souvent des femmes (55%), en raison d'une espérance de vie plus importante et de pensions de retraite plus faibles que les hommes.

En Occitanie, la part des allocataires du minimum vieillesse parmi les personnes âgées de 65 ans et plus dépasse d'un point celle de la France métropolitaine.

On trouvera le plus grand nombre d'allocataires dans les départements du littoral (Aude et Pyrénées Orientales) ainsi que dans certains départements ruraux (Lozère) et dans certains grands centres urbains.

Il est important de tenir compte des situations de pauvreté des personnes âgées, qui renvoient à une forme de vulnérabilité pouvant avoir un impact sur les conditions dans lesquelles les personnes vieillissent et donc sur leur santé ou leurs besoins d'aide.

Cette question renvoie à celles des inégalités qui existent entre catégories sociales. Les conditions de vie, l'état matrimonial, le type d'habitat, les relations sociales, qui caractérisent le mode de vie d'une personne induisent des conséquences sur la manière dont cette personne vieillira.

Ces éléments mettent en évidence le caractère « relatif », contextuel du vieillissement, au sens où le moment où interviennent des baisses de capacités physiques et psychiques est fonction de facteurs sociaux (conditions de vie et notamment de travail pendant la période d'activité en particulier). En outre, les conséquences sur la vie quotidienne de la survenue de ces incapacités seront différentes selon les conditions de vie de la personne âgée, et notamment de logement, d'accès aux services, de transports.

2 Conditions de logement et dépendance des personnes âgées en Occitanie

En Occitanie, la population est en moyenne plus âgée que dans l'ensemble de la France métropolitaine (43,2 ans contre 40,0 ans en 2012). Seule la Haute-Garonne a une population plus jeune que la moyenne nationale (38,5 ans). La part des plus de 60 ans augmentant, le vieillissement s'accompagnera inévitablement d'une progression des situations de fragilité pouvant mener à la dépendance.

Le logement étant une condition du bien vieillir, il convient d'analyser ce paramètre pour les plus de 60 ans.

En termes de mode de vie, l'étude distingue 3 segments :

- Les personnes âgées de 60 ans ou plus vivant en logement ordinaire (seule ou en couple)
- Les personnes âgées de 60 ans ou plus vivant selon un autre mode de cohabitation : avec leurs parents, leurs enfants ou des personnes sans lien de parenté (exemple : habitat intergénérationnel).
- Les personnes âgées de 60 ans ou plus vivant hors logement ordinaire, c'est-à-dire sur un mode communautaire, en institution.

Personnes de 60 ans ou + en Occitanie	De 60 à 74 ans	De 75 à 84 ans	85 ans et +	Total
Ensemble	959 268	408 818	202 570	1 570 656
Vivant en institution	9 699	17 190	39 149	66 038
Vivant en logement ordinaire	949 569	391 628	163 421	1 504 618
Part des personnes vivant en institution	1,0%	4,2%	19,3%	4,2%

Source : INSEE, recensement de la population 2014

Part des personnes de 60 ans et plus par département INSEE 2018

Moins de 30%	Entre 30 et 34%	Plus de 34%
Haute-Garonne	Tarn	Aveyron
Hérault	Lozère	Hautes-Pyrénées
Tarn-et-Garonne	Pyrénées-Orientales	Gers
Gard	Aude	Lot
	Ariège	

On observe que seulement 4,9% des plus de 60 ans vivent en institution (19,3% des plus de 85 ans). 62% des 60-74 ans vivent en couple, ce pourcentage chute à 52% pour les 75/85 ans et à 22% pour les plus de 85 ans.

35,4% des personnes de plus de 75 ans vivent seules mais de fortes disparités existent (de 22% à Albi à 51% à Sète).

22% des femmes dont l'âge est compris entre 60 et 74 ans vivent seules ; 33% des 74/85 ans et 41% des plus de 85 ans sont dans cette situation.

Une grande majorité des personnes âgées de 85 ans ou plus résident dans de grands logements individuels, dont elles sont propriétaires, quelle que soit leur situation maritale. Il s'agit dans la plupart des cas du logement familial occupé en moyenne depuis plus de 30 ans et devenu souvent trop grand après le départ des enfants (et le décès du conjoint) et devenu inadapté avec l'avancée en âge des occupants.

Une enquête menée par l'Union Sociale pour l'Habitat en 2016 sur l'occupation du parc social sur les 8 départements de l'ancienne région Midi-Pyrénées montre que 21% des locataires ont 65 ans ou plus. Parmi eux, 11% ont plus de 74 ans.

Les demandeurs de logement social de 65 ans et plus ont de faibles ressources (64,1% sont éligibles au PLAI). Ils sont en majorité locataires du parc social public (40,9%) contre 34,5% pour le parc social privé.

Ils indiquent s'orienter vers le logement locatif social pour des raisons de santé ou de handicap (30%). L'inadaptation du logement aux ressources des ménages est également invoquée (16,3%). Le passage à la retraite constitue pour beaucoup une baisse des ressources du ménage.

Les logements les plus petits sont particulièrement recherchés par les aînés. En 2017, plus de 60% des demandes de logement social de la part des plus de 65 ans concernaient des typologies allant de la chambre au T2. Les T3 représentaient un peu moins d'un tiers des demandes.

Ces demandes vont s'intensifier si l'on considère les ménages qui vont entrer dans ces classes d'âge et qui ont connu des expériences de vie plus difficiles ou des parcours de précarité plus longs qui impacteront leur vieillissement.

Les personnes âgées vivant en milieu rural faiblement dotées économiquement sont surreprésentées parmi les personnes dont les sociabilités s'organisent pour l'essentiel autour du réseau de voisinage. Elles ont perdu leurs amis, maintiennent quelques contacts avec leur famille et n'investissent pas les réseaux affinitaires.

Les auditions ont permis d'identifier différentes formes d'hébergement collectif permettant de répondre aux besoins des personnes âgées.

Les résidences services

Il s'agit d'offres commerciales relevant de l'initiative privée, proposant un logement non meublé, ainsi que des services plus ou moins diversifiés (conciergerie, gardiennage, restauration, ménage, animations). Ces résidences s'adressent à des personnes âgées autonomes, valides et semi-valides de plus de 60 ans.

Les résidences autonomie

Les résidences autonomie sont des ensembles de logements pour les personnes âgées associés à des services collectifs, souvent construites à proximité des commerces, des transports et des services. Elles sont majoritairement gérées par des structures publiques ou à but non lucratif.

Le fonctionnement des résidences autonomie est encadré par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale ainsi que par les dispositions du Code de la construction et de l'habitation. C'est le conseil départemental qui délivre l'autorisation de fonctionnement aux résidences autonomie. Il vérifie la qualité des prestations par des évaluations régulières qui doivent être réalisées par les établissements.

Le décret du 27 mai 2016 d'application de la loi d'adaptation de la société au vieillissement définit une liste de prestations minimales délivrées aux personnes vivant dans les résidences autonomie :

- Gestion administrative de l'ensemble du séjour, notamment l'état des lieux contradictoire d'entrée et de sortie et l'élaboration et le suivi du contrat de séjour
- Mise à disposition d'un logement privatif avec la possibilité d'installer le téléphone et de recevoir la télévision
- Mise à disposition et entretien des espaces collectifs
- Accès à une offre d'actions collectives ou individuelles de prévention de la perte d'autonomie au sein de la résidence autonomie ou à l'extérieur
- Accès à un service de restauration
- Accès à un service de blanchisserie
- Accès à internet au moins dans une partie de la résidence autonomie
- Accès à un dispositif de sécurité apportant au résident une assistance et un moyen de se signaler 24h/24h.
- Accès aux animations et aux activités organisées dans l'enceinte de l'établissement et organisation d'activités extérieures.

Les Maisons d'Accueil Rurales pour personnes âgées (MARPA)

Ces structures alternatives d'hébergement, pour la plupart créées par la Mutualité Sociale Agricole dans les années 1980 sont particulièrement adaptées aux personnes âgées ayant toujours vécu à la campagne et craignant un déracinement. L'objectif est que le résident puisse poursuivre ses habitudes et garder ses repères en vivant dans son logement tout en bénéficiant d'un accompagnement renforcé et professionnel. La personne âgée s'acquitte mensuellement du paiement de son loyer. En fonction de ses ressources, elle peut prétendre à l'allocation logement, à une APL ou à l'APA.

La loi du 28 décembre 2015 prévoit que les MARPA auront la possibilité de s'adosser à un EHPAD. Ces structures sont gérées par des associations à but non lucratif ou des collectivités territoriales.

Les Papy Lofts

Le Papy Loft est conçu pour les seniors qui éprouvent des difficultés à entretenir leur maison mais ne souhaitent pas pour autant rentrer en maison de retraite. C'est un logement locatif non médicalisé, adapté au mode de vie des personnes retraitées à faibles revenus.

3 Le vieillissement, facteur d'isolement relationnel

Initié en 2010, le baromètre « Les solitudes en France¹ » a pour objectif d'évaluer la situation des Français au regard de l'isolement relationnel. Il prend comme point d'entrée la fréquence des relations sociales au sein des cinq réseaux suivants : familial, professionnel, amical, affinitaire et de voisinage.

Le pourcentage de personnes âgées en situation d'isolement relationnel est en augmentation constante depuis 2010. De toutes les générations, celle des 75 ans et plus est celle qui a été la plus

¹ Les solitudes en France. Fondation de France, juillet 2014.

impactée par la montée de la solitude : 24% de cette tranche d'âge sont en situation d'isolement relationnel contre 16% en 2010. Cette augmentation de la solitude peut s'expliquer à partir de différents phénomènes.

3.1 L'éclatement familial

La dissolution du cercle familial est la première cause de l'isolement des personnes âgées. Le départ des enfants du domicile familial s'accompagne parfois d'un éloignement géographique important dû à la mobilité professionnelle, plus marquée ces dernières décennies chez les jeunes générations. Cet éloignement de la famille ne favorise pas le maintien du lien parents-enfants et accentue le risque d'exposition à l'isolement relationnel.

3.2 La perte du conjoint

C'est la seconde cause de l'isolement chez les personnes âgées. Le sentiment de solitude éprouvé suite à la perte du conjoint est surtout évoqué par les femmes de plus de 75 ans.

3.3 Le fossé intergénérationnel

Avec un éclatement familial de plus en plus prononcé, les relations entre générations se sont modifiées et parfois raréfiées. Les différences de mode de vie ont tendance à se creuser entre les seniors et leur famille.

Dans un contexte plus général de recentrement sur soi et de crise de la relation, l'émergence et la progression d'un sentiment d'abandon, d'exclusion et d'inutilité sociale apparaît.

Le concept de déprise, qui décrit les manières dont peut se vivre à l'échelle individuelle l'expérience du vieillissement, peut permettre d'avoir une lecture moins négative de cette réalité de l'isolement. Cette notion renvoie aux stratégies d'organisation que les personnes âgées mettent en œuvre, les adaptations de leur mode de vie, en termes relationnels notamment. Elle peut permettre de comprendre ce qui peut être lu comme un certain isolement des personnes âgées.

3.4 La dépendance

La perte d'autonomie est souvent due à une dégradation de la santé (troubles de la vue, détérioration de l'audition...), engendrant des difficultés à se déplacer, à se repérer dans l'espace, à communiquer. Cette dépendance peut réduire significativement les activités pratiquées par les seniors. Ils sortent moins, font moins de rencontres, et ont donc moins d'occasions de créer du lien social.

3.5 La précarité économique importante chez les seniors

La précarité financière est également une cause importante de l'isolement chez les personnes âgées. Le phénomène de pauvreté touche davantage les femmes, dont les retraites sont souvent moins élevées que celles des hommes. La précarité des personnes âgées se creuse notamment car beaucoup d'entre elles ne connaissent pas leurs droits. Ainsi, plus de 30% des seniors ne font pas les demandes d'aides sociales qui leur sont réservées. Si on ajoute à cela la numérisation des démarches administratives, les personnes âgées ont difficilement accès à l'information et donc à leurs droits. La dégradation de la situation économique de la personne âgée influe sur sa capacité à diversifier sa vie sociale.

3.6 Le placement en institution

L'entrée en EHPAD peut contribuer à l'isolement de la personne âgée. Pour des raisons financières ou de disponibilité de place les familles sont parfois contraintes à retenir un EHPAD éloigné du lieu de vie habituel du résident. Ce sentiment de déracinement, augmenté par la déficience des réseaux de transport en commun, contribue au mal être de la personne âgée.

Le placement en institution est parfois mal vécu par les personnes âgées, la décision ayant été prise par leurs enfants plutôt que par elles-mêmes. Un concept qu'il peut être intéressant de mobiliser pour la compréhension de ces situations est celui de « perception différentielle du risque ». Les enfants d'une personne âgée prennent parfois la décision de l'institutionnalisation de leur parent en raison des risques (de chute notamment) qu'ils estiment qu'elle encourt en restant seule chez elle.

Le différentiel de perception d'un risque est complexe car il amène à confronter deux logiques.

4 L'aide et le soin à domicile apportés par les proches et les professionnels

4.1 L'aide apportée par les proches : un dispositif important...

L'expression « aidants familiaux », « aidants naturels » ou « proches aidants » désigne l'ensemble des personnes non professionnelles qui apportent leur soutien, de manière informelle et la plupart du temps non rémunérée, à leur proche dépendant, handicapé ou fragilisé. Les proches aidants se caractérisent donc par leur « invisibilité sociale ».

C'est la première fois dans l'histoire que plusieurs générations sont amenées à coexister aussi longtemps et qu'une partie aussi importante de la population fait face à la nécessité d'aider la génération de ses parents.

L'allongement de la durée de la vie fait que les enfants qui deviennent aidants des personnes âgées arrivent parfois à des âges auxquels peuvent se faire sentir les premiers signes de fragilité.

Ce sont souvent les femmes, conjointes, filles ou belles-filles, disponibles et vivant à proximité du domicile de la personne âgée qui endossent le rôle d'« aidant principal ». En effet, 2/3 de l'aide apportée l'est par des femmes. L'âge moyen de l'aidant est de 70 ans s'il s'agit du conjoint, et de 51 ans s'il s'agit d'un enfant. Les proches et les voisins jouent également un rôle important.

Du fait de leur connaissance des habitudes, traits de caractère de la personne aidée, les aidants naturels ont un rôle de soutien qui relève de plusieurs dimensions : sociale, économique, psychologique, affectif, identitaire, etc.

Leur connaissance et leur présence leur permettent de maintenir la personne âgée dans son histoire singulière, dans ses habitudes de vie. La personne aidée garde ainsi sa pleine place au sein de son milieu de vie. Cette dimension est fondamentale pour permettre le maintien d'une certaine autonomie.

On estime aujourd'hui qu'en France le nombre d'aidants est d'environ 4 millions. Ils répondent à une forte demande sociale (puisque leur présence est un facteur clé du maintien ou du « soutien » à domicile).

4.2 ...mais limité dans l'avenir

Cependant, les aidants ne constituent pas une « ressource » inépuisable : il apparaît en effet que **leur nombre devrait diminuer** dans les prochaines années et ce, pour différentes raisons¹.

- **Des raisons démographiques**

D'après les projections de l'INSEE, la population des 50-79 ans, qui constitue la grande majorité des proches aidants, va progresser moins vite que le nombre de personnes âgées dépendantes : après avoir augmenté de 16 % entre 2000 et 2011, elle devrait se stabiliser puis décliner.

Les effectifs de l'entourage direct des personnes dépendantes (conjointes et enfants) sont donc voués à fortement baisser. Plus précisément, d'après l'INSEE, le nombre de ces aidants potentiels par personne âgée devrait passer d'un ratio actuel de 2,8 (pour les hommes) ou 2,2 (pour les femmes) à un ratio de 2 pour l'ensemble.

- **Des raisons économiques, sociales et psychologiques**

- *L'évolution des modes de vie*

Les aidants de demain ne seront peut-être pas en mesure de supporter les contraintes auxquelles se soumettent les aidants d'aujourd'hui. Ainsi, aujourd'hui, les quinquagénaires, qui constituent la « génération pivot », sont de plus en plus souvent appelés à aider durablement une partie des jeunes générations dont l'entrée dans la vie active est difficile. Il est donc probable que cette génération pivot rencontrera des difficultés pour s'investir davantage auprès de ses parents dépendants pour compenser les évolutions démographiques annoncées.

- *Des changements en termes de structures familiales*

Le nombre d'enfants, l'augmentation du nombre de familles monoparentales, recomposées, etc. pourront également avoir des conséquences sur le nombre d'aidants.

- *L'évolution de l'activité professionnelle féminine*

Une grande part des aidants actuels sont des femmes sans activité professionnelle. Cette situation est appelée à changer dans les prochaines décennies puisque, dans les générations du baby-boom, l'activité féminine a beaucoup augmenté.

En outre, les femmes sont particulièrement concernées par la « pluri sollicitation » entre leurs parents, leurs enfants et leurs petits-enfants.

- **Des raisons géographiques**

Les indicateurs démographiques soulignent l'existence de disparités géographiques en termes de répartition de la population par âge qui auront vraisemblablement un impact sur l'acuité du phénomène de diminution des aidants familiaux dans les prochaines années.

Le phénomène d'étalement péri-urbain entraîne un profil relativement homogène des habitants, notamment en terme de tranches d'âge. Ces populations vont vieillir et atteindre en même temps les âges où la probabilité de devenir dépendant augmente, sans forcément avoir à proximité des aidants potentiels.

Aujourd'hui, la problématique de l'isolement des personnes âgées ne se pose pas uniquement en zone rurale mais aussi en zone urbaine et ce, de manière potentiellement préoccupante. La baisse programmée du nombre des aidants pose la question d'un accroissement du risque d'isolement pour les personnes âgées vivant à domicile.

¹ Ces éléments sont issus du rapport de la Cour des Comptes de 2005 consacré à « La prise en charge des personnes âgées dépendantes ».

Les aidants bénévoles non familiaux

Il existe des associations de bénévoles qui se donnent pour mission d'assurer des visites régulières au domicile des personnes âgées, notamment isolées, pour leur apporter un soutien et une écoute. Elles peuvent mener différents types d'activités, notamment aider à l'amélioration de l'habitat, ou participer à l'organisation et l'animation d'activités collectives (sorties, ateliers, déjeuners, etc.). Pour assurer ces missions, les bénévoles peuvent recevoir des formations.

Le rôle des professionnels

Les **professionnels intervenant à domicile** apportent un soutien à la vie quotidienne ou une prise en charge médicale et un accompagnement aux personnes âgées.

Les acteurs de l'aide à domicile sont au fait de ce que vivent les personnes accompagnées et les familles, de l'évolution de leur contexte de vie, et de ce que produisent réellement les politiques publiques.

La qualité du dispositif interstitiel, reliant des systèmes souvent cloisonnés, est un atout pour les personnes dans la concrétisation de leur parcours de vie et dans le respect de leurs choix de vie.

Ces services sont souvent porteurs d'innovation sociale. La pérennisation de cette capacité à inventer, tester, éprouver, modéliser des pratiques novatrices a besoin d'être soutenue pour continuer à créer des réponses et des actions visant à aider les personnes les plus fragiles à mieux vivre et à acquérir ou préserver leur autonomie.

Les acteurs de l'aide, des soins, de l'accompagnement et des services à domicile jouent un rôle social important.

D'une part, parce que les modèles associatifs, publics et mutualistes sont fortement porteurs de lien social. D'autre part, parce que l'engagement des bénévoles militants au sein de ces organisations participe largement au maintien de ce lien social.

Ces services, en répondant au choix des personnes les plus vulnérables de vivre à domicile, permettent de promouvoir une vision inclusive de la société dans laquelle toute personne se voit garanti le plein exercice de ses choix de vie et de son lieu de vie, et cela quelle que soit sa situation familiale, sa dépendance, sa pathologie ou sa situation de handicap.

Les différents types de services d'aide à domicile

Les Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD)

Les prestations proposées par les SAAD sont : des services ménagers, des prestations d'aide à la personne pour les activités ordinaires de la vie et pour les actes essentiels (se lever, manger, se laver, s'habiller... - hors prescription médicale).

Elles s'appliquent dans un projet individualisé d'aide et d'accompagnement élaboré à partir d'une évaluation globale des besoins de la personne.

Des aides existent pour aider à financer le coût de l'intervention d'un service d'aide à domicile.

Les services d'aide et d'accompagnement à domicile sont autorisés à fonctionner par le Conseil Départemental (après avoir répondu à un appel à projet ; ils ont reçu une autorisation de fonctionnement valable 15 ans). Ils sont spécifiquement habilités à intervenir auprès d'une population considérée comme fragile (enfants de moins de 3 ans, familles en difficulté ou en situation d'exclusion, personnes en situation de handicap et personnes âgées en perte d'autonomie).

Les SAAD ont le statut de service médico-social et doivent remplir les obligations réglementaires strictes et rendre des comptes régulièrement au Conseil Départemental qui contrôle notamment la qualité des prestations rendues par ces services.

Pour ces mêmes raisons, leurs tarifs sont encadrés.

A noter que la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement a simplifié l'encadrement des services d'aide et d'accompagnement à domicile.

Avant cette loi, il y avait deux régimes différents : l'autorisation, relevant du conseil départemental, et l'agrément qui relevait de la DIRECCTE (direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi - service de l'Etat).

La loi réunit sous le régime unique de l'autorisation les services d'aide et d'accompagnement à domicile prestataires intervenant auprès des publics fragiles, notamment les personnes âgées et les personnes handicapées, pour l'aide aux actes essentiels de la vie quotidienne.

Il y a deux façons de faire appel à un service à domicile :

- Faire appel à un service prestataire
 - Les professionnels d'aide à domicile sont salariés par le service d'aide à domicile
 - La personne bénéficiaire du service règle à l'organisme une facture correspondant à ses prestations.

- Faire appel à un service mandataire
 - Dans ce cas, le professionnel d'aide à domicile est salarié de la personne âgée qui doit assumer le rôle d'employeur.
 - Le service intervient pour :
 - La mise en relation avec l'intervenant qu'il estime compétent,
 - l'aide à la rédaction de document (contrat de travail, fiche de demande de congés...),
 - l'aide à la réalisation des bulletins de salaire, parfois la déclaration à l'URSSAF de l'aide à domicile.
 - La personne règle au service le coût de cette mise en relation, du traitement administratif et s'acquitte également du salaire de l'aide à domicile.

Il existe aussi l'emploi direct ou de gré à gré : dans ce cas, la personne âgée est l'employeur et n'est accompagnée par aucun service.

D'autres services peuvent être proposés par les SAAD :

- aide aux activités sociales (promenades, courses, ...),
- portage de repas,
- livraison de courses et médicaments,
- démarches administratives,
- transport accompagné pour les déplacements et sorties, qu'ils soient habituels ou ponctuels,
- écoute (des psychologues et professionnels du secteur sont à l'écoute des usagers et des aidants, individuellement ou en groupes de parole),
- téléassistance (ce système permet de sécuriser les personnes âgées qui vivent seules chez elles). En cas de problème (chute, malaise...), la personne peut contacter une plateforme téléphonique joignable 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 en appuyant sur un médaillon ou une montre portée en permanence.

Les Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD)

Dans les SSIAD, les personnels (aides-soignants, infirmiers, aides médico-psychologiques) dispensent à domicile des soins (techniques ou de base) prescrits par un médecin.

Leurs interventions sont prises en charge par l'Assurance Maladie.

Les SSIAD interviennent auprès des personnes âgées de plus de 60 ans, malades ou en perte d'autonomie, et des personnes de moins de 60 ans handicapées ou atteintes d'une maladie chronique.

Leurs interventions auprès des personnes âgées ont pour objectif :

- de prévenir la dépendance,
- d'éviter une hospitalisation,
- de faciliter le retour à domicile après une hospitalisation,
- de retarder une entrée dans un établissement d'hébergement.

Ces interventions peuvent être de durée variable selon l'état de santé et les besoins du patient.

Les équipes des SSIAD sont essentiellement composées d'aides-soignants et d'infirmiers. Ils réalisent, selon leurs compétences :

- des soins de nursing : toilette...
- des actes infirmiers : pansements, distribution des médicaments, injections...

Les équipes mobiles gériatriques (EMG) extra hospitalières

Rattachée à un établissement de santé, ces équipes pluridisciplinaires (gériatres, infirmiers, travailleur social, psychologue, ergothérapeute) interviennent au domicile de la personne âgée, sur les structures d'hébergement d'un territoire donné. Elles interviennent en étroite concertation avec le médecin traitant.

Les EMG concourent au maintien à domicile de la personne âgée en apportant les services suivants :

- Elaborer des recommandations médicales et/ou paramédicales pour permettre le maintien de la personne âgée à son domicile
- Réaliser des évaluations gériatriques
- Accompagner les équipes soignantes dans l'élaboration d'un projet de soin adapté
- Conseiller, informer, former les équipes soignantes qui interviennent à domicile
- Diffuser les bonnes pratiques gériatriques

Les équipes spécialisées Alzheimer (ESA) ont pour mission d'accompagner les personnes malades d'Alzheimer vivant à domicile et d'aider leurs proches. Cet accompagnement s'adresse aux personnes diagnostiquées au début de la maladie, à un stade léger et modéré. L'objectif est de :

- aider à maintenir leur autonomie en stimulant leurs capacités,
- diminuer les éventuels troubles du comportement,
- améliorer la relation patient-aidant.

Une adaptation du lieu de vie peut être proposée afin de maintenir ou d'améliorer les capacités des personnes malades ainsi que leur sécurité.

Les équipes spécialisées Alzheimer sont composées de professionnels formés à l'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer : ergothérapeutes, psychomotriciens, assistants de soins en gérontologie. Les assistants de soins en gérontologie sont des aides-soignants ou des AMP (aides médico-psychologiques) qui ont suivi une formation spéciale. Un infirmier coordinateur, un psychomotricien ou un ergothérapeute encadre l'équipe. Ces équipes sont rattachées à des SSIAD.

L'Hospitalisation à domicile est une forme d'hospitalisation qui permet, au domicile, d'assurer certains soins techniques, intensifs ou complexes que le secteur libéral, même coordonné, n'est pas en mesure de prendre en charge. Elle garantit la continuité des soins dans un environnement familial.

L'HAD intervient exclusivement sur prescription médicale et avec l'accord du médecin traitant qui assure la prise en charge médicale tout au long du séjour. Elle est prise en charge par l'Assurance maladie.

Les Services Polyvalents d'Aide et de Soins à Domicile (SPASAD)

Les SPASAD assurent à la fois les missions d'un service d'aide à domicile (SAD) et d'un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD).

Les avantages pour l'utilisateur : les personnes ne sont plus obligées de faire appel à deux services, ni de coordonner leurs interventions. Elles disposent d'un interlocuteur unique pour la mise en place de l'intervention, son suivi, qui sont assurés par une même équipe.

Les salariés du secteur sont :

Les salariés du secteur sont :

- A 95% des femmes
- A 53% des salariés âgées de 45 ans et +
- A 85% des salariés en CDI
- A 79% des salariés à temps partiel

Le rôle des aidants professionnels à domicile est centré sur les questions de préservation de l'autonomie, de mise en place des conditions permettant un maintien à domicile, dans des conditions favorables, de personnes âgées qui peuvent être atteintes de pathologies physiques et mentales diverses.

Ils peuvent apporter :

- Une aide pour les tâches quotidiennes
- Un soutien d'ordre psychosocial
- Une surveillance de l'état de santé

Les intervenants à domicile peuvent travailler sous différents statuts :

- en **emploi direct** (directement employés par un particulier),
- **via un organisme agréé de services à la personne mandataire** (l'intervenant reste payé par le particulier mais est mis en relation avec son employeur par l'intermédiaire de l'organisme qui prend en charge notamment des aspects administratifs).
- **être directement salarié par un organisme prestataire** : le bénéficiaire des services paie la prestation à l'organisme, qui rémunère l'intervenant.

Moins d'un tiers des intervenants à domicile occupe cet emploi à temps complet. Ils peuvent travailler de nuit ou le week-end.

L'aide à domicile recouvre en fait deux types d'interventions distincts :

- l'aide domestique
- l'accompagnement

Aujourd'hui, le professionnel de l'aide à domicile accomplit sont davantage pris par les interventions domestiques que celles qui relèvent de l'accompagnement. Il y a là un enjeu fort car il ne faudrait pas que l'augmentation de la part de l'accompagnement se fasse au détriment de la part plus domestique de la mission. Au Canada, la part de l'aide domestique est financée par de la défiscalisation, du crédit d'impôt, c'est-à-dire que cette part des besoins est renvoyée à une dimension plus individuelle. En France, la solidarité est pensée de manière plus globale.

Pour les GIR 1 à 4 (les plus dépendants), l'APA permet de financer de l'aide à domicile qui se construit en fonction de la demande de la personne âgée ou de son entourage.

Pour les GIR 5 et 6, la CARSAT propose un plan global qui détermine davantage le contenu. Cependant, de moins en moins d'associations interviennent auprès des GIR 5 et 6 car elles n'en ont pas les moyens. La question du financement est donc bien au cœur du sujet.

Les auditions que le CESER a réalisées dans le cadre de sa réflexion ont mis en lumière **les difficultés importantes rencontrées par ce secteur, liées à sa faible attractivité et à une mauvaise image.**

Que ce soit en établissement ou à domicile, ces métiers sont en effet caractérisés par :

- Des conditions de travail pénibles et un métier peu valorisé : très souvent à temps partiel, avec des contrats précaires et des contraintes importantes qui les empêchent souvent de passer suffisamment de temps auprès des personnes. La souffrance au travail de ces salariés et le risque de maltraitance des personnes âgées auprès desquelles ils interviennent sont deux questions qui sont liées.
- Une faible professionnalisation (et beaucoup de « faisant-fonction »)

Parmi les raisons à ces difficultés et à la faible attractivité de ces métiers, il y a la question de la rémunération :

- Le salaire brut mensuel moyen de la branche est de 1 233 euros.
- Les salariés agents à domicile, qui représentent 42% des salariés de la branche perçoivent un salaire moyen de 972 euros bruts mensuels.
- La valeur du point dans la branche a augmenté de seulement 3,34% sur les 10 dernières années, alors que sur la même période, le SMIC a augmenté de 16,75%.
- La perte du pouvoir d'achat des salariés du domicile s'élève à plus de 13% sur les 10 dernières années, ce qui nuit considérablement à l'attractivité du secteur et créé des travailleurs précaires.

Le secteur professionnel de l'aide à domicile est règlementé : cela signifie que les services et les salariés sont soumis à des règles qu'ils ne fixent pas eux-mêmes, mais qui résultent d'accords de branches. Cela pose un cadre d'exercice contraint.

Il y a donc un vrai enjeu économique lié à ces questions : quelle est la part de la solidarité nationale pour favoriser une prise en charge de qualité ?

L'attractivité des métiers du secteur est un défi à relever et doit passer par un soutien des pouvoirs publics en termes de :

- Politique salariale pour mettre fin à la paupérisation des salariés du secteur et financer la prise en charge de tous les frais et temps de déplacement
- Politique de requalification et de formation, garante de l'adéquation entre les compétences des professionnels et l'évolution des besoins des personnes en situations de plus en plus complexes
- Révision des emplois, repères et rémunérations, afin de construire une classification adaptée aux enjeux à venir en termes d'évolution des besoins des usagers et de renforcement des parcours professionnels des salariés de la branche
- Amélioration des conditions de travail

Les évolutions qu'ont connues ces métiers dans les dernières décennies, et notamment l'écart entre travail prescrit et travail réel, ont probablement aggravé la désaffection pour ces carrières.

- Le travail prescrit, c'est ce qui est attendu du salarié et formalisé dans des procédures, des directives, des marches à suivre, des codes, des programmes, etc.
- Le travail réel, c'est ce que le salarié produit et a le sentiment de produire effectivement, tantôt en deçà, tantôt au-delà des règles et des attentes formelles.

Les rythmes de travail imposés souvent aux personnes qui interviennent auprès des personnes âgées limitent le temps qui peut être consacré à la personne en tant que sujet.

5 La silver économie comme outil de développement social et économique dans les territoires et comme facteur d'inclusion sociale

La « silver économie » doit être considérée comme un outil de développement social et économique dans les territoires. En 2013, la silver économie représentait en France un marché global de 92 milliards d'euros. En 2020, elle dépassera 130 milliards d'euros¹.

En ramenant ce montant au pourcentage de la population occitane par rapport à la population française (9,1%), le marché des seniors en Occitanie s'établirait aux environs de 11,8 milliards d'euros, pour un PIB de la région de 152 milliards d'euros.

La silver économie concerne de nombreux secteurs d'activité : le confort, la santé, le bien-être, le tourisme, les loisirs, les produits biologiques et locaux, les transports, les objets connectés et domotiques, les technologies de sécurité, l'alimentation, les services...²

On soulignera l'importance de l'économie sociale et solidaire en Occitanie et sa participation forte dans l'économie organisée autour des seniors. Au global, l'ESS c'est 213 348 emplois ou 183 429 ETP. Les métiers des aides à domicile, aides ménagères, est le plus représenté au sein de l'ESS avec 23 000 postes³.

Le très grand nombre d'acteurs concernés, la transversalité des besoins, la diversité des entreprises et des métiers impliqués obligent à une vision très large de la silver économie qui va du rôle de l'Etat, des collectivités territoriales à celui des familles et des aidants. Pour réussir, la silver économie ne doit pas être uniquement un marché mais également une démarche solidaire.

Le CESER ne souhaite pas redévelopper le travail réalisé par l'Agence régionale du développement économique dans son « Etude stratégique de la filière silver économie en Occitanie », en mars

¹ Serge Guérin, Professeur à l'INSEEC Paris.

² Etude stratégique de la filière silver économie en Occitanie, p. 49, mars 2018.

³ Ibid.

2018, mais il en retient les principales conclusions : la silver économie c'est l'économie au service de l'âge et de l'autonomie des âgés. C'est aussi une réponse aux enjeux du vieillissement du plus grand nombre dans une démarche solidaire.

Ce champ de l'économie, dans lequel interviennent les entreprises, les collectivités territoriales, les organismes de protection sociale, l'économie sociale et solidaire, les professionnels du secteur médico-social, les organismes de recherche, constitue un facteur de développement majeur pour la région.

La silver économie doit donc être considérée comme un outil de développement social et économique des territoires en ce qui concerne les domaines suivants :

- la **préservation du capital santé** : les services existants peuvent être développés et de nouveaux services peuvent émerger dans les domaines du sport, du bien-être, du développement personnel... et ce afin de favoriser la prévention de la dépendance.
- les **relations sociales des personnes âgées** : Les phénomènes d'isolement concernent une partie grandissante de la population, et notamment les tranches d'âge les plus élevées. Le développement de relations intergénérationnelles représente un défi majeur. Comment de nouvelles formes d'entraide intergénérationnelles qui se développent dans et hors de la famille, du voisinage ou de l'action caritative peuvent-elles être mobilisées dans le combat contre l'isolement des personnes âgées ?
- le **soutien aux aidants** : les acteurs de la silver économie peuvent réfléchir aux moyens de permettre à ces aidants de concilier l'aide qu'ils apportent à un tiers avec leur vie familiale et professionnelle, d'améliorer l'articulation de leur action avec celle des professionnels, et leur fournir un accompagnement, un soutien et des temps de répit.
- **l'adaptation des logements mais aussi des espaces publics**, dont l'accessibilité est essentielle pour limiter les conséquences du vieillissement pour les personnes, des enjeux se posent en termes d'acceptation et d'appropriation de nouveaux outils technologiques. Des solutions sont également à trouver en vue de dépasser l'alternative entre maintien à domicile et placement en établissement médicalisé
- **l'inclusion sociale et la participation citoyenne** des personnes âgées, des réflexions doivent être menées entre les acteurs du médico-social, de la culture, des loisirs, mais aussi les collectivités territoriales, pour que soit développés des modalités (instances...) pour permettre d'inclure les personnes âgées dans l'élaboration des décisions qui les concernent.

Plus généralement, le CESER rejoint la manière de concevoir ce secteur, développée par la Fondation I2ML à savoir qu'il est essentiel d'imaginer les biens et services qui leur sont destinés avec les personnes âgées elles-mêmes.

Agir ainsi permettra en outre de favoriser l'acceptabilité des nouvelles technologies. C'est d'autant plus important que cette question de l'acceptabilité de la part des seniors est changeante : les freins à l'acceptabilité rencontrés aujourd'hui ne seront plus aussi présents dans 10/15 ans du fait d'un effet de génération. Le meilleur moyen de limiter le risque d'obsolescence des solutions identifiées aujourd'hui est de les concevoir avec les personnes concernées.

C DES INÉGALITÉS FORTES ENTRE TERRITOIRES

1 L'accès aux soins

Le maintien à leur domicile des personnes âgées, notamment en milieu rural, suppose l'existence d'une offre de soins diversifiée.

1.1 La démographie médicale et son impact sur la génération des déserts médicaux

Le 3 octobre 2016, le CESER Occitanie formulait 4 propositions pour agir contre la désertification médicale. Il montrait que la question de la désertification médicale devait s'analyser dans le cadre d'une réflexion plus globale prenant en compte les aspects géographiques, économiques et sociaux. Il faisait le constat que pour certaines spécialités une réelle pénurie existait dans certains territoires, en médecine de ville et en médecine hospitalière. De la même manière, dans certains territoires, on ne trouvait plus de professionnels exerçant en secteur 1. Enfin, il observait que les attentes des nouvelles générations de médecins, en termes de modalités d'exercice, de durée de travail et de modalités de rémunération ont une influence sur la manière dont se structure l'offre de soins. Ces nouvelles attentes s'inscrivent dans un contexte d'augmentation de la demande de soins (vieillesse de la population et augmentation des ALD), accentuant le décalage entre offre et demande de soins. Le maintien à domicile des personnes âgées, gage de qualité de vie et d'économie des deniers publics, est conditionné par l'existence d'une offre de soins, en cabinet et en ambulatoire, de qualité. Cette offre de soins de qualité ne saurait s'envisager sans une politique d'aménagement du territoire volontariste : les professionnels de santé susceptibles de s'installer ne le feront que s'ils se sentent sécurisés sur le plan professionnel (exercice en groupe, équipements et services de bon niveau) et sur le plan personnel (culture, loisirs, emploi du conjoint, enseignement...).

1.2 L'implantation des structures de soins et de prise en charge

Dans les territoires ruraux et les zones de montagne, on observe que :

- la médecine générale est sous représentée
- les temps d'accès aux services d'urgence sont supérieurs à 30 minutes (notamment pour les territoires de montagne)
- l'accès à certaines prises en charge (dépistage des cancers, notamment par coloscopie, accès à des consultations de spécialité, chirurgie de la cataracte en ambulatoire...) y est rendu très aléatoire du fait du regroupement des activités en hôpital de recours.

D'ailleurs, on constate depuis dix à vingt ans, une modification des taux de mortalité prématurée dans ces territoires.

2 Hétérogénéité de la mise en œuvre des politiques publiques et risque d'inégalités territoriales

Le secteur du vieillissement fait l'objet d'un foisonnement législatif, réglementaire, parfois contradictoire et fait intervenir des acteurs multiples.

Au gré des étapes successives de décentralisation, chaque type de collectivité s'est vu confier des responsabilités qui concernent les personnes âgées, en fonction de leur état de santé et de leur niveau d'autonomie.

En particulier, dès 1983, les lois de décentralisation ont amorcé un transfert massif de responsabilités de l'État aux Départements, notamment l'Aide sociale aux personnes âgées, qui

comporte trois grandes formes de soutien, toujours actuelles : hébergement en institution, maintien au domicile (aide ménagère surtout), et soutien financier à la lutte contre la dépendance. De fait, aujourd'hui, les politiques en direction des personnes âgées se caractérisent par une multiplicité d'autorités de tutelle et d'opérateurs.

2.1 Le rôle de l'Etat

Le rôle de l'Etat concerne la conception et le pilotage de la politique en faveur des personnes âgées, le contrôle et l'évaluation des actions entreprises, et le respect du principe d'équité.

S'agissant de l'élaboration de la politique en faveur des personnes âgées, plusieurs ministères et directions d'administration centrale sont compétents :

- la direction générale de l'action sociale (DGAS) prépare la définition et assure le pilotage des politiques en faveur, notamment, des personnes âgées ;
- la direction de la sécurité sociale (DSS) détermine l'objectif prévisionnel d'évolution des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) et le montant total des dépenses des établissements sanitaires et médicosociaux ; elle veille au suivi de ces objectifs et à la maîtrise des dépenses ;
- la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) est chargée de l'organisation de l'offre de soins, de la qualité et du fonctionnement des établissements de santé, ainsi que de leur financement ;
- la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) a pour mission de doter les ministères chargés de l'action sociale et de la santé, ainsi que les services déconcentrés, d'une meilleure capacité d'observation, d'expertise et de prospective sur son action et son environnement.

Quant aux services déconcentrés, leur rôle découle d'un ensemble d'instructions prises dans le domaine médicosocial ou dans des secteurs plus précis. Ils participent ainsi à la politique de conventionnement, à la fixation des tarifs hébergement des établissements non habilités à l'aide sociale ainsi que des tarifs de soins de l'ensemble des structures d'accueil. Ils accordent les autorisations d'ouverture de ces établissements. Les services déconcentrés sont, enfin, compétents en matière de contrôle et d'inspection.

Plus précisément, les Agences Régionales de Santé doivent définir et mettre en œuvre une planification de leurs actions au moyen d'un projet régional de santé (PRS) soumis pour avis à la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie, aux collectivités territoriales et au représentant de l'État dans la région.

2.2 Le rôle des CARSAT, auprès des personnes autonomes

Depuis la mise en place de l'APA, gérée par les Conseils Départementaux, les Caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT) ont orienté leur politique vers la préservation de l'autonomie, en mettant l'accent sur le mieux vieillir à domicile. Les publics cible de ces actions sont les personnes âgées présentant un GIR 5 et 6.

Les actions mises en place relèvent aussi bien d'interventions individuelles que d'actions collectives.

Les actions collectives s'inscrivent dans le cadre d'un appel à projet lancé chaque année. Elles peuvent relever de différents domaines (nutrition, bien-être, aide à la vie quotidienne, accompagnement, etc.).

Les CARSAT proposent des dispositifs d'aide aux aidants

Les CARSAT jouent également un rôle en matière de détection des fragilités, via les différents services qu'elles proposent aux retraités :

- Les campagnes d'information dans les agences retraite
- Le guichet concerté qui permet de détecter les personnes en risque de fragilité (non recours aux soins, problème de logement, etc.). C'est un guichet qui va orienter les retraités en fonction de

leurs besoins.

-Un observatoire des fragilités est présent dans toutes les CARSAT.

Concernant le versant actions collectives, les CARSAT favorisent :

- Le développement de logements adaptés au vieillissement ;
- Les solutions d'habitat alternatif : résidences seniors, etc.
- La CARSAT est attentive à ce que les porteurs de projets prévoient des espaces pour favoriser des actions collectives de prévention.

2.3 Le rôle clé des Conseils Départementaux

Le Département est la collectivité locale pilote en matière d'action sociale et médico-sociale et pilote de l'action gérontologique. Le rôle du Département consiste notamment en :

- la définition et la mise en œuvre du schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale
- la coordination de l'action sociale et le pilotage des centres locaux d'information et de coordination (CLIC)
- La distribution de prestation d'aide et d'action sociales, notamment de l'APA

En Occitanie, qui compte deux métropoles, une importante modification est susceptible d'intervenir, en particulier pour le Conseil Départemental de Haute-Garonne, si l'article 90 de la loi NOTRe (août 2015) devait s'appliquer. Cet article prévoit en effet que, par convention passée avec le département, la métropole peut exercer à l'intérieur de son périmètre la définition et la mise en œuvre de l'action en faveur des personnes âgées, à l'exclusion de la prise en charge des prestations légales d'aide sociale.

2.4 Le rôle des Communes et des Etablissements Publics de Coopération Intercommunale

A l'échelle communale, les Centres Communaux et Intercommunaux (CCAS et CIAS) ont un rôle essentiel en termes de prévention ou de développement social. Leur rôle est notamment :

- D'attribuer des aides financières en nature ou des prêts
- De gérer des établissements d'hébergement pour personnes âgées ou de services à domicile
- De mettre en œuvre des actions d'animation et de soutien en faveur de la lutte contre l'isolement, le maintien du lien social, l'accès à la culture, aux loisirs, actions de prévention, adaptation des logements...

2.5 Le rôle des Régions

Les Régions n'ont pas de compétences directes en termes de prise en charge des personnes âgées. Cependant, certaines Régions se sont saisies de la question à travers leurs attributions en matière de développement économique, d'innovation et de formation, en soutenant la filière de la « silver économie ».

La filière de la « silver économie » présente en effet des opportunités de développement économique pour le secteur médico-social, les services à la personne, le bâtiment (dans le cadre de la création d'établissements ou d'adaptation des logements) ou le transport adapté.

Par l'intermédiaire de l'association des Régions de France, les Conseils Régionaux ont proposé de :

- Présider des comités de filières régionaux ;
- Introduire un volet « silver économie » dans les plans industriels qui y concourent
- Mobiliser les fonds européens sur ce thème, sur la base des stratégies régionales d'innovation (SRI) et des Contrats de Plan Etat-Région (CPER)

-Désigner, avec Bpifrance, un interlocuteur unique au niveau local chargé d'orienter les acteurs sur les financements existants.

Par ailleurs, le gouvernement a encouragé les régions à formaliser une stratégie territoriale dédiée, à travers l'élaboration de schémas régionaux « silver-économiques ».

La Région Midi-Pyrénées, avant la fusion avec Languedoc-Roussillon, avait élaboré un « plan silver économie 2014/2020 ».

Depuis 2013, d'autres Régions ont initié une dynamique de mise en réseau des acteurs locaux : entreprises, associations, organismes de protection sociale, etc.

Le CESER, tout en étant favorable à la prise en compte de cette question des enjeux du vieillissement par le Conseil Régional sous l'angle de la silver économie, insiste cependant sur le fait qu'il est indispensable de concevoir ce secteur non seulement comme un marché mais avec une vision globale et dans un objectif d'intérêt général.

La diversité des acteurs intervenant auprès des personnes âgées et la gestion décentralisée de ces questions induisent des disparités selon les territoires : cela peut sembler logique, chaque collectivité menant des actions en fonction d'orientations politiques et des spécificités de son territoire. Toutefois, lorsque ces différences aboutissent à des ruptures d'égalité de traitement entre personnes âgées d'un département à l'autre, il est légitime de s'interroger sur les modalités d'attribution et de gestion des prestations sociales par les uns et les autres.

Ainsi, si en théorie, l'APA est un droit objectif et universel dont les conditions d'attribution de l'allocation sont les mêmes sur tout le territoire, dans les faits des disparités existent selon les Départements. En effet, les Conseils Départementaux n'assurent pas cette dépense de façon homogène en raison non seulement des différences intrinsèques des charges qui pèsent sur chacun d'eux mais aussi des diverses définitions des politiques d'aides à la personne et de sollicitation des solidarités familiales qu'ils ont mises en place. Ces disparités entre Départements peuvent provenir d'une appréciation différenciée des critères constitutifs de la grille AGGIR : si les critères d'évaluation de la dépendance de cette grille sont relativement précis, il reste une marge d'interprétation de ces critères qui aboutit à ces disparités.

Dans un contexte de désengagement de l'Etat sur le champ social, les Départements voient leurs marges de manœuvre très contraintes. En effet, les dépenses sociales obligatoires (attribution des prestations en fonction de critères définis nationalement), qui dans le cas de l'APA, en raison du vieillissement de la population, font l'objet d'un effet mécanique d'augmentation, réduisent les possibilités pour les collectivités de mettre en œuvre d'autres mesures.

Etant donné l'hétérogénéité des situations des territoires, il peut sembler pertinent de conserver une certaine proximité dans la gestion de ces mesures.

Deux enjeux essentiels résultent de cette situation :

- La multiplicité des acteurs entraîne un cloisonnement des actions, chacun mettant en œuvre des mesures qui ne sont pas forcément en lien les unes avec les autres, ce qui induit **un enjeu fort en termes de cohérence, de continuité et de coordination des actions**.
- Des inégalités de traitement entre citoyens selon leur lieu d'habitation peuvent se faire jour : il est essentiel dès lors de penser une péréquation pour limiter ces effets, via des dotations de l'Etat tenant compte des spécificités des territoires. La CNSA, instance nationale en mesure de porter une analyse des disparités territoriales, peut orienter et favoriser une politique volontariste qui viserait des équilibres territoriaux.

3 L'accès aux services

Si l'accès aux soins peut être un facteur d'inégalités entre territoires, il en est de même pour tout ce qui concerne l'accès aux services. Que ce soit en termes de relations avec les administrations, d'accès aux commerces ou d'offre socio-culturelle, la réponse sera différente selon que l'on habite un territoire de montagne, une zone rurale, le littoral ou une métropole.

Les équipements administratifs de proximité

Il existe une grande inégalité dans l'accès aux services administratifs selon la zone d'habitation. La disparition des services de proximité (Trésor Public, finances, poste...) en zone rurale ou de montagne renforce le syndrome d'isolement de ses habitants et particulièrement des plus âgés. L'interface informatique mise en œuvre dans la plupart des administrations complexifie par ailleurs leur accès.

Les commerces de proximité

Le maillage des commerces alimentaires n'existe quasiment plus dans certaines zones rurales ou de montagne.

Les pharmacies, salons de coiffure, papèteries, bureaux de tabac, banques suivent une logique de répartition proche de celles des commerces alimentaires. Accéder à ces services lorsqu'on vit en zone rurale ou de montagne suppose des aides extérieures ou la capacité de conduire un véhicule.

3.1 Transports et mobilité

Le déplacement pour tout motif, (démarches administratives, accès aux soins, approvisionnement) est une difficulté majeure pour les personnes âgées isolées, et parfois disposant de ressources limitées, Ceci sera vécu différemment en fonction des territoires, des revenus et de la disponibilité d'aidants. Les dessertes de transports en commun sont très variables d'un territoire à l'autre :

- existence ou non d'une desserte SNCF
- mise en œuvre ou non de transports gratuits par le Conseil Départemental
- initiatives associatives (par exemple, Croix Rouge sur roues dans le Gers)
- ou simple présence de voisins et d'aidants pour assurer les courses de base

sont autant de facteurs d'inégalité dans l'accès aux services pour les personnes âgées de la région.

3.2 Activités socioculturelles, physiques et sportives

Deux axes des politiques publiques ont permis de développer des initiatives d'accompagnement socio-culturel et sportif : la politique de lutte contre l'isolement (qui permet notamment le repérage des fragilités) et les politiques autour de la fragilisation des personnes âgées (prévention). Les expérimentations sont en général menées par le milieu associatif, qui identifie les besoins et les attentes et s'attache à y répondre.

Pour le CESER, il est essentiel de soutenir, dans la durée, les initiatives locales, notamment celles du monde associatif, afin de leur donner le temps de se déployer et de s'adapter. Dans ce cadre, le saupoudrage des subventions et l'annualité de celles-ci posent problème. Certaines initiatives très intéressantes n'ont pu se poursuivre faute de continuité dans le financement.

Pour favoriser le lien social, il est par exemple essentiel qu'il y ait des lieux où toutes les générations peuvent se retrouver, se rencontrer, échanger, notamment dans le cadre d'offres culturelles.

Plus largement, c'est bien la question de l'accès aux services publics pour les personnes âgées et notamment aux activités culturelles, physiques et sportives, conçues en tant qu'outil favorisant la transmission, les échanges intergénérationnels qui est posée.

Les modèles d'actions entreprises par les services de l'Etat ou les collectivités pour favoriser l'accès à la culture pour tous les publics, à l'instar de « Collège en tournée », peuvent inspirer des actions en direction des personnes âgées.

La pratique d'activités physiques et sportives adaptée aux personnes âgées est un moyen essentiel pour prévenir les risques de dépendance, favoriser un bon état de santé, tout en favorisant le maintien du lien social.

De nombreuses initiatives existent en la matière mais elles doivent être soutenues, notamment en milieu rural, dans les zones de montagne et dans les quartiers « Politique de la ville ».

D PREMIERS ÉLÉMENTS DE RÉPONSES DES POUVOIRS PUBLICS

1. Le Projet Régional de Santé 2018-2022 et son volet vieillissement des populations

Le parcours vieillissement constitue une des priorités du Projet Régional de Santé Occitanie qui s'appuie sur 5 engagements :

- Développer le dépistage, le repérage et l'accompagnement précoce
- Accompagner la personne pour lui permettre d'être actrice de sa santé
- Améliorer l'organisation des services de santé pour une accessibilité renforcée
- Renforcer la coordination des acteurs pour des prises en charge adaptées
- Promouvoir et garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge et des accompagnements

Ces dernières années, l'action de l'ARS et de ses partenaires a permis de :

- Développer de structures alternatives favorisant le maintien à domicile des personnes âgées.
- Mettre en œuvre des dispositifs spécialisés pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer
- Promouvoir des actions en faveur de la qualité et de la prévention dans les EHPAD
- Structurer la filière gériatrique à l'hôpital en offrant une palette de services adaptés (28 consultations mémoire, 16 unités de Hôpital de Jour, 34 services de Court Séjour Gériatrique, 35 Equipes Mobiles de Gériatrie, 56 services de Soins de Suite et de Réadaptation pour les personnes âgées polyopathologiques, 11 Unités Cognitivo Comportementales, 61 Unité de Soins de Longue Durée)
- Développer des démarches de coordination dans les territoires pour les patients en situation complexe avec 35 MAIA, PAERPA 65 et 4 expérimentations de plateformes territoriales d'appui.

Pour favoriser le décloisonnement des parcours, l'ARS Occitanie mène des actions qui visent les objectifs suivants :

- Maintenir le plus longtemps possible l'autonomie à domicile de la personne âgée fragile ou à risque de fragilité : l'enjeu est de prévenir la dépendance et d'en retarder les effets en mettant en œuvre un repérage précoce, un dispositif d'évaluation de la fragilité et des actions de prévention de la perte d'autonomie. Pour cela, l'action menée consiste à coordonner les dispositifs de repérage en impliquant tous les acteurs des territoires. Une expérimentation visant à établir une grille de repérage de la fragilité a été mise en place.
- Favoriser un maintien à domicile choisi, par le soutien aux aidants et l'accès à des prises en charge renforcées, alternatives et séquentielles :
 - o SSIAD renforcés qui permettent une prise en charge en sortie d'hospitalisation de personnes qui ne relèveraient pas de SSIAD classiques ou d'HAD

- EHPAD hors les murs : intervention directe au domicile dans une logique de plateforme de service gérontologique.
- EHPAD « centres ressources », qui sont référents en matière d'expertise gérontologique, de formation, de télémédecine.
- PMND : un appel à candidature pour des psychologues en SSIAD ouvert aux maladies neuro-dégénératives
- 42 SPASAD maillant le territoire pour améliorer l'intégration des organisations et proposant des prestations décloisonnant aide et soins.
- Mise en place d'une coordination des 26 Plateformes d'accompagnement et de répit (PFR) en Occitanie pour une harmonisation des pratiques.
- Améliorer le recours à l'hôpital et les conditions de séjour de la personne âgée hospitalisée pour :
 - Eviter le recours inapproprié aux services de médecine d'urgence par les EHPAD
 - Prévenir la iatrogénie de la personne âgée en établissement de santé en renforçant l'accès direct aux alternatives à l'hospitalisation présentant moins de risques de ruptures qu'une hospitalisation classique et en facilitant l'accès direct au court-séjour gériatrique et au Soins de Suite et de Réadaptation spécialisé « personnes âgées polypathologiques ».
 - Encourager une démarche de coopération renforcée entre les établissements de santé et les EHPAD en améliorant notamment les échanges d'informations et les échanges de pratiques entre professionnels.
- Promouvoir la juste prescription en développant la pharmacie clinique
- Adapter l'offre en établissements médico-sociaux à des prises en charge spécifiques (personnes présentant des troubles du comportement, personnes handicapées vieillissantes notamment)

2. Le Gérontopôle de Toulouse

Le **Gérontopôle du CHU de Toulouse** a pour objectifs de fédérer autour d'une même structure des équipes de recherche et des cliniciens afin de **dynamiser la recherche, la prévention et de promouvoir la santé des personnes âgées**. Ses activités se concentrent autour de la promotion d'une recherche multi-professionnelle associée à une prise en charge d'excellence. L'objectif est d'apporter de l'innovation en recherche et soins en lien avec le vieillissement, avec comme axe fort la prévention de la dépendance.

Le Gérontopôle a créé un Institut du Vieillissement afin de développer une véritable politique de prévention de la dépendance sur la base d'une recherche épidémiologique. L'Institut du Vieillissement est également un lieu d'échanges et de formation pour les professionnels.

Parmi les projets innovants en matière de soins menés par le Gérontopôle, citons l'hôpital de jour d'évaluation des fragilités et de Prévention de la dépendance ou le suivi au domicile des personnes âgées à risque de perte d'autonomie en lien avec les nouvelles technologies (suivi e-santé, Projet Homecare).

Des équipes régionales de prévention de la dépendance sont identifiées et ont pour objet de diffuser les innovations.

Grâce en particulier à ses travaux de recherche sur la maladie d'Alzheimer et la fragilité, le Gérontopôle du CHU de Toulouse a été désigné, en septembre 2017, centre collaborateur de l'OMS sur la fragilité, la recherche clinique et la formation en gériatrie, et est ainsi reconnu comme pôle de référence gériatrique, au niveau national et international. Il coordonne aussi le réseau national sur les essais thérapeutiques dans la maladie d'Alzheimer et sur les essais de prévention.

A ce titre, il a plusieurs missions :

- la recherche : le Gérontopôle est chargé de rassembler et de synthétiser des éléments scientifiques sur les capacités intrinsèques et fonctionnelles de personnes âgées, selon des critères définis par l'OMS.
- la diffusion d'informations : le centre toulousain assiste l'OMS dans la diffusion de sa nouvelle stratégie mondiale « Vieillir en bonne santé ». Il contribue notamment à la diffusion des directives de l'OMS sur les soins cliniques intégrés.
- le développement d'outils de promotion : Le Gérontopôle assiste l'OMS dans la création de programmes d'éducation thérapeutique et de formations médicales, tant pour les professionnels des centres de soins primaires que pour les centres de recours. Ces supports s'adresseront aux personnes âgées ayant des besoins légers, modérés ou plus sévères. Le centre toulousain contribue aussi à la mise en œuvre de guide de bonnes pratiques et d'outils pédagogiques en fonction des pays et des besoins.

Dans ce cadre, le Gérontopôle a contribué à l'élaboration du rapport mondial de l'OMS sur « santé et vieillissement », dans lequel sont définies les 5 capacités fonctionnelles que sont la mobilité, la cognition, la vitalité, les capacités psycho-sociales et les capacités sensorielles. L'Institut du Vieillessement travaille actuellement sur la question de la mesure de l'évolution de ces capacités, dans le cadre d'un projet financé par un programme européen. Cette recherche comporte notamment un questionnaire visant à repérer le risque de perte d'autonomie.

3. Des exemples d'initiatives portées par les collectivités territoriales

3.1 Le schéma départemental d'aide en faveur des personnes âgées (CD 34)

La loi du 28 décembre 2015 prévoit l'adoption par les Conseils Départementaux d'un schéma de l'autonomie qui doit décrire les actions mises en place et soutenues en direction des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.

Les axes du schéma de l'autonomie du Conseil Départemental de l'Hérault sont les suivants :

- Améliorer la communication et l'information sur les dispositifs et les aides des bénéficiaires, de leurs aidants et des intervenants
- Développer et renforcer la prévention pour éviter des risques de rupture / la dégradation de la situation
- Faire évoluer l'offre d'accueil et d'accompagnement pour mieux répondre aux besoins
- Favoriser la mutualisation, la coordination et le travail en réseau entre intervenants, afin de fluidifier les parcours
- Permettre le maintien à domicile via le développement d'une offre adaptée et des accompagnements de qualité

Le maintien à domicile est le point clé des schémas de l'autonomie en général. Cet axe prévoit notamment un développement de l'offre de services intervenant à domicile (Services d'accompagnement à la vie sociale SAVS, Service polyvalent d'aide et d'accompagnement à domicile - SPASAD) et des accueils de courte durée en établissement (accueil de jour, hébergement temporaire).

Des actions autour de la formation et la valorisation des services d'aides et d'accompagnement à domicile (SAAD) visent également le maintien à domicile dans de bonnes conditions.

- Préserver l'autonomie des personnes en favorisant leur vie sociale
Cet axe s'intéresse aux différents aspects de la vie quotidienne qui permettent aux usagers de préserver leur autonomie : transports, logement, accès aux soins, etc.
Des solutions d'habitat intermédiaire : résidences autonomie, habitats regroupés, etc. sont également favorisées et développées.

Le Conseil Départemental de l'Hérault aborde la question du vieillissement de manière globale, à partir des besoins variés des personnes.

L'idée sous-jacente de ce schéma est que le vieillissement n'est pas un problème en soi et que l'objectif de la collectivité est de proposer une prise en charge des personnes qui avancent en âge, afin qu'elles puissent rester autonomes, c'est-à-dire choisir leur vie, pouvoir se déplacer, accéder aux établissements publics, aux soins, etc.

Les idées fortes de la politique du Département sont : la lutte contre l'isolement, le repérage et la prise en charge des publics « invisibles », l'aide aux aidants, l'aide au maintien du lien intergénérationnel, la sécurité à domicile et en établissement, une palette diversifiée d'activités et d'animation et l'accompagnement dans les démarches administratives.

3.2 Les seniors dans l'open métropole (Toulouse Métropole)

Le bien vivre des seniors et le vivre-ensemble font partie des enjeux auxquels la métropole toulousaine a souhaité répondre. L'objectif est de favoriser le développement économique par des actions visant les seniors dans des démarches inclusives qui s'inscrivent dans un projet global favorisant la mixité sociale et intergénérationnelle.

La démarche de Toulouse Métropole s'articule autour de 3 axes :

- Acquérir des connaissances sur les besoins et les usages des seniors
- Aménager l'espace de vie et développer la mobilité pour favoriser l'inclusion des seniors
- Favoriser le bien vivre des seniors en développant leur accès à l'information et aux services

A partir de ces axes, sont proposés des actions concernant l'amélioration de la lisibilité de l'offre de transports existante, le soutien au développement de mobilités alternatives, le développement de l'habitat intergénérationnel, la mise en place de guichets de quartier.

3.3 Étude stratégique de la filière silver économie en Occitanie

Lorsqu'est intervenue la fusion entre les deux ex-Régions Midi-Pyrénées et Languedoc-Roussillon, la nouvelle Assemblée régionale a souhaité établir un diagnostic sur la question de la silver économie, afin de définir s'il était pertinent d'étendre le plan d'action qui existait en Midi-Pyrénées.

La Fondation I2ML s'est vue confié une étude sur le sujet par Ad'Occ (ex-MADEELI). La Fondation a produit un rapport¹ qui a été présenté en mars 2018, en préalable à la mise à jour du plan d'actions qui sera transmise début 2019.

¹ Étude stratégique de la filière silver économie en Occitanie, mars 2018.

III ENJEUX ET PRÉCONISATIONS

A. RAPPEL DES PRINCIPAUX ENJEUX DU VIEILLISSEMENT

1 Du point de vue de la personne âgée

1.1 Le capital santé

Comment permettre à chacun de développer son capital santé ? La mise en œuvre d'un suivi personnalisé, permettant de prévenir les risques et de retarder l'entrée en dépendance est indispensable.

1.2 L'activité des seniors

Comment permettre aux personnes vieillissantes de rester actives, dès lors que leur santé leur permet ? Le maintien des seniors dans le marché de l'emploi, la possibilité de participer à des activités bénévoles représente un enjeu majeur notamment lorsqu'il s'agit de transmettre leur capital culturel aux plus jeunes. L'accès à la culture et au sport reste également un facteur de maintien en bon équilibre physique et psychique.

1.3 Les relations sociales

Les phénomènes d'isolement concernent une partie grandissante de la population, et notamment les tranches d'âge les plus élevées. Le développement de relations intergénérationnelles représente un défi majeur. Comment de nouvelles formes d'entraide intergénérationnelles qui se développent dans et hors de la famille, avec le voisinage ou l'action caritative peuvent-elles être mobilisées dans le combat contre l'isolement des personnes âgées ?

1.4 La participation citoyenne

Les personnes vieillissantes doivent être confortées dans leur rôle de citoyen ayant la capacité de s'exprimer, d'être entendues et d'agir.

Comment permettre aux tranches de population les plus âgées de contribuer à la vie démocratique de leur territoire ? Comment les inclure dans la construction, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques publiques dont elles sont les sujets ? Comment élaborer des lieux d'échange, de partage pouvant permettre de tisser des liens intergénérationnels ?

2 Du point de vue de l'entourage de la personne âgée

2.1 Les aidants naturels

Ils sont 4 millions en France à aider régulièrement une personne de 60 ans et plus, vivant à son domicile, en perte d'autonomie et parfois atteinte d'une maladie. Comment permettre à ces aidants de concilier l'aide qu'ils apportent à un tiers avec leur vie familiale et professionnelle ? Comment améliorer l'articulation de leur action avec celle des professionnels. Comment leur fournir un accompagnement, un soutien et des temps de répit ?

2.2 Les aidants professionnels

Les intervenants salariés auprès des personnes âgées, à domicile et en institution souffrent d'un manque de reconnaissance économique et sociale. Par ailleurs, la lourdeur de la charge de travail (physique et psychique) rend le métier peu attractif.

Comment améliorer cette situation qui génère un désintérêt majeur pour ce type d'activité, avec pour conséquence, un turn-over important préjudiciable à la qualité du service rendu ?

3 Du point de vue de l'environnement de la personne âgée

Pour favoriser le maintien à domicile, il est indispensable d'agir sur la mobilité et l'aménagement de l'environnement des personnes âgées.

3.1 Les lieux de vie

A l'échelle du quartier comme celle du logement, les personnes âgées ont besoin que leur environnement quotidien puisse évoluer et s'adapter à chacun des moments de leur vie. L'accessibilité aux services reste un enjeu majeur.

Entre maintien à domicile et placement en institution, quelles formules d'habitat intermédiaire, notamment inter générationnelles peuvent être imaginées ?

3.2 La mobilité

Les enjeux liés à la mobilité des personnes vieillissantes sont majeurs. Coordonner les services de transport avec les besoins de santé ou avec des activités sociales, domestiques et culturelles est fondamental, notamment pour les personnes âgées vivant en zone rurale ou péri urbaine.

4 Du point de vue économique et sociétal

4.1 Les enjeux économiques

Il existe une économie du vieillissement, les seniors représentent un « marché » observé et démarché par le monde de l'économie.

Mais cette approche économique ne saurait être désolidarisée d'une analyse sociale et sociétale porteuse de sens.

La silver économie doit s'organiser autour des besoins réels de la personne âgée et mettre au cœur de son ambition des préoccupations d'inclusion sociale, sans tomber dans « l'économie du gadget ».

4.2 Les enjeux de cohésion sociale

Les progrès de la médecine et différents facteurs sociaux culturels sont à l'origine de l'augmentation de l'espérance de vie dans les pays développés. Cet allongement de la durée de la vie a pour conséquence, pour la première fois dans l'histoire, la coexistence de plusieurs générations.

Si cette situation est une chance dont il convient de se réjouir, il n'en demeure pas moins qu'elle soulève des problématiques fortes en termes de cohésion sociale.

Les importantes mutations du modèle familial intervenues ces 40 dernières années ont modifié le rapport entre les générations et entraînent des changements dans la manière dont vont jouer les solidarités intergénérationnelles à l'avenir.

Les signaux perçus par un certain nombre de chercheurs laissent craindre un risque de clivage générationnel au sein de la société française aggravé par les situations économiques, la crise de l'emploi, qui pourrait se traduire par une perception de moins en moins empathique des seniors, avec des répercussions sur la cohésion sociale et le vivre-ensemble.

L'enjeu majeur sera donc de travailler à la réhabilitation du lien intergénérationnel pour soutenir des formes de cohésion sociale qui pourraient disparaître.

4.3 La nécessité de construire un cadre politique porteur de sens

Si pendant longtemps, la réflexion du politique sur le vieillissement des populations s'est organisée autour de la prise en charge de la dépendance, cette approche restrictive et négative a aujourd'hui commencé à évoluer.

En effet, toute société doit interroger les représentations sociales de la vieillesse, le « vieillissement des rôles sociaux » de la personne, les visions caricaturales du « jeunisme » et de l' « âgisme ». Elle doit poser comme principe de base que le vieillissement n'est pas une maladie mais une étape de la vie, vécue de manière différenciée par les individus, physiquement ou psychologiquement. Elle veillera aussi à modifier son regard, parfois condescendant et infantilisant, sur les personnes âgées pour les considérer comme des êtres humains en capacité d'exercer leurs droits et dont il faut respecter les libertés.

En conséquence, les politiques publiques en faveur des personnes âgées devront intégrer ces valeurs à respecter, pour favoriser le mieux vivre ensemble et faire de ces populations des acteurs de leur devenir en les associant aux réflexions et décisions les concernant.

B Les préconisations

Bien vieillir, c'est bien vivre ensemble. Pour le CESER, il est fondamental d'adopter une posture humaniste qui impose d'appréhender les problématiques liées au vieillissement de manière globale. Poser la question des besoins des personnes âgées interroge en fait la notion de valeurs et soulève des questionnements d'ordre philosophique : quel type de société a-t-on envie de construire ? **Tout doit être mis en œuvre pour que le droit des personnes âgées à la dignité et à la préservation de leurs libertés individuelles soit respecté. En d'autres termes, qu'elles bénéficient des mêmes droits et des mêmes possibilités que l'ensemble de la population.** Puisque le vieillissement est inéluctable, ces problématiques sont universelles, même s'il n'y a pas de solution unique mais des solutions différentes selon le profil, le vécu et le souhait de chaque personne.

Le CESER souhaite promouvoir une vision positive du vieillissement, qui ne doit pas être perçue comme une déchéance, comme un problème à gérer, mais bien comme un processus naturel, qui peut être une source d'enrichissement pour une communauté.

Favoriser l'inclusion sociale des personnes âgées nécessite d'agir sur les représentations sociales négatives et sur le regard porté sur le fait de vieillir.

Le changement de regard sur une partie de la population, ou plutôt sur une période de la vie de chacun, ne se décrète pas, mais il est possible, à travers des politiques publiques qui favorisent l'implication, le respect, le partage, de contribuer à modifier progressivement ces représentations sociales. L'enjeu est de modifier les représentations négatives que la société a sur la vieillesse mais également que les personnes âgées peuvent avoir d'elles-mêmes.

Pour faire évoluer le regard posé sur la vieillesse, le CESER estime qu'il est nécessaire de penser toute intervention au regard du nécessaire maintien du lien et d'échanges intergénérationnels :

Le CESER encourage l'ensemble des acteurs à favoriser ce lien et considère que le Conseil Régional peut être facilitateur dans ce cadre.

La société doit être en mesure de proposer un cadre qui facilite les démarches et la vie quotidienne des personnes.

L'entourage professionnel et personnel a souvent tendance à surprotéger les personnes âgées par crainte des risques encourus et à associer perte d'aisance physique dans l'environnement et perte des capacités à décider de sa vie. Les personnes âgées se voient souvent dépossédées des décisions concernant leur devenir.

Respecter la dignité des personnes suppose de prendre davantage en compte les choix qu'elles font dans tous les domaines de leur vie et de tenir compte de leur libre arbitre. Il faut éviter de surprotéger les personnes âgées. Il est essentiel de sensibiliser l'ensemble de celles et ceux qui sont au contact des personnes âgées à cette réalité.

Les préconisations du CESER s'organisent selon trois axes :

- **La personne vieillissante et sa place dans la société**
- **Le parcours du vieillissement**
- **Les aidants professionnels et aidants naturels**

1. La personne vieillissante dans son milieu de vie : Favoriser un environnement socio-culturel de qualité et soutenir les mesures qui renforcent le lien intergénérationnel

Du point de vue de l'environnement de la personne âgée, les préconisations du CESER visent à favoriser :

- La valorisation de l'expérience des personnes âgées pour maintenir leur rôle social
- L'aménagement des espaces publics et le développement de solutions favorisant la mobilité des personnes âgées
- Le développement d'habitats intergénérationnels
- L'amélioration de l'accès à l'information et aux services pour les personnes âgées

Le processus de vieillissement de la population, ainsi que la coexistence de plusieurs générations, peuvent avoir d'importantes répercussions en termes de cohésion sociale.

Afin de pacifier les tensions entre générations, l'enjeu de l'équité intergénérationnelle doit être au cœur des politiques publiques.

Prendre en compte la question de l'intergénérationnel suppose d'intégrer le facteur temps : dans les projets d'aménagement des espaces publics par exemple, il est primordial de réfléchir sur le long terme et de penser l'habitat en gardant à l'esprit que les personnes qui vont s'y installer vont aussi y vieillir.

Le CESER est convaincu qu'il faut favoriser la rencontre entre générations différentes.

Ces échanges intergénérationnels peuvent être pensés à deux niveaux :

- Celui de la cohabitation entre générations (dans l'espace public, par de l'habitat partagé...). Des établissements tels que la crèche des « Mini-mômes », intégrée au sein d'un établissement pour personnes âgées, visitée à Toulouse, en est une bonne illustration
- Celui du « faire-ensemble », en proposant aux habitants de tous âges de participer à des actions communes.

1.1 Valoriser l'expérience des personnes âgées pour maintenir leur rôle social

Les personnes vieillissantes disposent d'une expérience qui peut être riche d'enseignement pour les générations plus jeunes. Cette expérience doit être valorisée car les personnes âgées peuvent jouer un rôle de transmission du capital culturel. Cela leur permettrait de retrouver une légitimité et une place dans la société sur les plans culturel, sociétal ou politique.

C'est d'autant plus important qu'il faut rappeler que les générations qui vont entrer dans la vieillesse dans les vingt ans à venir ont des attentes différentes des générations précédentes, en particulier en termes de participation à la vie sociale.

De fait, les seniors sont souvent très présents parmi les bénévoles associatifs.

PRECONISATION 1 : MULTIPLIER LES RENCONTRES ENTRE GÉNÉRATIONS

Le CESER est favorable à la multiplication des actions et mesures qui favorisent le contact entre générations, en particulier celles qui permettent aux personnes âgées de transmettre les enseignements issus de leur expérience. Ces échanges permettront de changer le regard de la société sur la vieillesse et des personnes âgées sur elles-mêmes. Il encourage l'Education Nationale et les collectivités territoriales à inclure cet aspect dans leurs programmes et opérations, à donner un cadre qui permet aux personnes âgées d'avoir une place sociale.

Pour le CESER, il est également indispensable d'encourager ces échanges intergénérationnels à tous les âges de la vie.

1.2 Aménager les espaces publics et développer des solutions favorisant la mobilité des personnes âgées

Les interrelations entre les personnes et leur environnement sont fondamentales. Les lieux de vie, les espaces publics et leurs équipements doivent être adaptés aux populations fragiles (personnes en situation de handicap, personnes en perte d'autonomie, Personnes à Mobilité Réduite, etc.) pour être utilisables par tous.

Ce modèle est celui de la « conception universelle »¹. Les politiques publiques, notamment d'aménagement, doivent permettre d'organiser la vie quotidienne de manière à ce que tous les publics puissent évoluer librement dans leur environnement.

¹ Pour préciser l'idée de « conception universelle » :

I. Selon la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées, adoptée le 13 décembre 2006

« On entend par « conception universelle » la conception de produits, d'équipements, de programmes et de services qui puissent être utilisés par tous, dans toute la mesure possible, sans nécessiter ni adaptation ni conception spéciale. La « conception universelle » n'exclut pas les appareils et accessoires fonctionnels pour des catégories particulières de personnes handicapées là où ils sont nécessaires ».

II. Selon la Résolution de Tomar, adoptée en 2001

« La «conception universelle» (*Universal Design*) est une stratégie qui vise à concevoir et à élaborer différents environnements, produits, technologies et services de l'information et de la communication qui soient accessibles, compréhensibles et utilisables par tous autant que faire se peut et de la manière la plus indépendante et naturelle possible, sans devoir recourir à des solutions nécessitant une adaptation ou une conception spéciale;

l'idée de conception universelle vise à simplifier la vie de toute personne en rendant également accessibles, utilisables et compréhensibles l'environnement bâti, la communication, les produits et les services; elle incite à mettre l'accent sur une conception privilégiant les utilisateurs en suivant une approche globale et en cherchant à satisfaire les besoins des personnes handicapées, tout autant que ceux des personnes vieillissantes;

en conséquence, c'est une idée qui va au-delà des questions de simple accessibilité des bâtiments pour les personnes handicapées et qui devrait devenir partie intégrante des politiques et de la planification de tous les aspects de la vie en société »

- **Aménager l'espace public**

Permettre aux personnes âgées de rester intégrées dans la société suppose des aménagements, des espaces publics et de la voirie de manière à les rendre accessibles à tous. Il convient également de trouver des solutions pour faciliter la mobilité des personnes âgées.

Les personnes âgées doivent se sentir en sécurité dans les espaces publics. Ceux-ci, dans toutes leurs dimensions, doivent être pensés pour que puissent cohabiter toutes les générations et être adaptés aussi bien aux personnes actives et valides qu'à celles qui le sont moins.

PRECONISATION 2 : CONCEVOIR DES ESPACES PUBLICS POUR TOUS

Le CESER est favorable à l'application des principes de la « conception universelle » dans tous les projets d'aménagement des espaces publics.

Le CESER préconise la conception d'espaces de vie collectifs qui favorisent l'écoresponsabilité, la solidarité et les relations intergénérationnelles, et incite au développement de l'habitat collectif.

- **Favoriser la mobilité**

Se sentir en sécurité dans les espaces publics suppose de pouvoir s'y déplacer sans danger. Les « zones 30¹ » par exemple favorisent la circulation des personnes qui ont des difficultés à se déplacer notamment en raison de leur âge.

Le CESER juge essentiel de développer l'accessibilité et l'offre de service de transports aussi bien en milieu urbain et péri-urbain qu'en milieu rural. Ces transports doivent être accessibles financièrement, voire être gratuits sous conditions de ressources.

Le CESER estime qu'il est important de trouver des solutions spécifiques aux territoires ruraux, où la question de la mobilité se pose de manière singulière, en l'absence de services de transports en commun, le plus souvent.

PRECONISATION 3 : PROMOUVOIR UNE MOBILITÉ DOUCE DANS DES ESPACES ADAPTES

Le CESER est favorable au renforcement des mobilités douces.

Il préconise l'aménagement des espaces de manière à favoriser la présence simultanée de personnes ayant des rythmes différents et utilisant des modes de déplacements différents.

¹ Une zone 30 délimite un périmètre urbain dans lequel la vitesse du trafic est modérée pour favoriser la cohabitation de tous les usagers de la voirie. La vitesse maximale autorisée est de 30 km/heure pour tous les véhicules.

PRECONISATION 4 : DÉVELOPPER UNE OFFRE DE TRANSPORTS À LA DEMANDE

Le CESER est favorable au développement et à l'organisation de transports à la demande. En milieu urbain, leur développement pourrait être confié aux entreprises publiques ou privés de transports en commun. En milieu rural et périurbain, il convient de mettre en place de services accessibles par téléphone ou internet. Ils regrouperaient les offres de covoiturage, des services de taxis subventionnés par les collectivités, les services de transports individuels ou collectifs proposés par certaines associations (par exemple Croix Rouge sur roues). Ces différentes initiatives auront vocation à être reproduites sur l'ensemble des territoires. Les acteurs publics devraient participer au financement de ces modalités de déplacement.

Le CESER juge indispensable de penser la transition numérique appliquée à la mobilité, pour les personnes âgées.

PRECONISATION 5 : PENSER LES MOBILITES EN LIEN AVEC LA TRANSITION NUMERIQUE

Le CESER encourage les acteurs à mener une réflexion autour du développement d'applications numériques, conviviales et faciles d'utilisation, visant à favoriser la mobilité. Il préconise la mise en place d'un accompagnement spécifique (cf. préconisations 6 et 7). La Région a un rôle à jouer dans ce domaine, de par ses compétences en matière de transports.

1.3 Optimiser le bien vivre des seniors en facilitant leur accès à l'information et aux services

L'accès à l'information sur les services et les activités auxquels peuvent prétendre les personnes âgées est un enjeu essentiel.

Or, pour cette catégorie de population comme pour d'autres, les démarches sont parfois complexes.

De la même manière, il existe pour diverses démarches administratives, une multiplicité d'intervenants. A titre d'exemple, les aides à l'amélioration de l'habitat sont gérées par les CARSAT, l'ANAH, les MSA, les Conseils Départementaux.... Cette multiplicité est un handicap et l'utilisateur en pâtit : soit il ne sait pas où s'adresser, soit il n'existe pas de coordination des financements et des intervenants. Le dispositif est aujourd'hui peu lisible, les procédures complexes et le conseil mal structuré. Parmi les solutions le modèle des MSAP (Maison de Services au Public) est intéressant. Ces structures garantissent un accueil et un accompagnement humain de proximité.

En outre, les générations ayant atteint l'âge de la vieillesse ne sont pas toutes très à l'aise avec les outils numériques et les nouvelles technologies.

PRÉCONISATION 6 : OPTIMISER ET PROMOUVOIR UN GUICHET UNIQUE DE PROXIMITÉ POUR LES SENIORS

Le CESER propose la création, l'optimisation et la promotion de guichets uniques de proximité, destinés aux seniors, dotés d'un numéro vert. Ces services seraient placés sous l'autorité des Conseils Départementaux.

L'objectif de ce guichet unique serait d'orienter les usagers vers les services qui sont en capacité de répondre à leurs demandes et besoins.

Une coordination entre les différents acteurs, notamment les collectivités territoriales, sera nécessaire pour rendre ce guichet unique efficient.

La communication autour de l'existence de ce guichet unique devrait s'attacher à ne pas être stigmatisante.

La dématérialisation de l'ensemble des démarches administratives est annoncée depuis 2011 et mise en œuvre depuis à marche forcée. Cette dématérialisation s'accompagne de la fermeture de services publics et d'un très grand nombre d'accueil physique des administrations publiques. La dématérialisation peut-être bénéfique pour un certain nombre d'utilisateurs, cependant, elle ne tient pas compte des personnes exclues du numérique notamment d'une part importante de la population âgée.

PRÉCONISATION 7 : PRÉVOIR DES ALTERNATIVES À LA DÉMATÉRIALISATION DES DÉMARCHES ADMINISTRATIVES POUR ÉVITER LA FRACTURE NUMÉRIQUE

Le CESER préconise :

- De garantir un réel accès de tous à l'ensemble des droits sociaux en maintenant une alternative d'accueil physique aux services dématérialisés.
- De redéployer une partie des économies procurées par la dématérialisation de l'accès aux services publics, par le biais d'un fonds dédié au financement de l'accompagnement au numérique.

1.4 Favoriser l'accès des personnes âgées aux activités culturelles, physiques et sportives

L'accès aux activités culturelles et sportives est également une des conditions du bien-vivre des seniors. La création d'ateliers proposant des activités physiques et sportives et/ou culturelles adaptées à un public âgé et pouvant prévenir la dépendance est à envisager.

PRÉCONISATION 8 : DÉVELOPPER ET COORDONNER DES PROGRAMMES D'ACTIVITÉS PHYSIQUES ET SPORTIVES À DESTINATION DES SENIORS

Le CESER préconise le développement de programmes d'activités physiques et sportives à destination des seniors, sur l'ensemble du territoire, à domicile ou non, y compris dans les zones carencées (milieu rural, Quartiers Prioritaires de la Politique de la Ville...) pour favoriser la prévention de la dépendance (motricité, prévention des chutes...).

PRÉCONISATION 9 : COORDONNER LES ACTIONS DES DIFFÉRENTS ACTEURS

Les domaines culturels et sportifs relevant de la compétence de collectivités de niveaux différents, le CESER encourage la mise en place de réflexions transversales entre les institutions et les échelons territoriaux des différents secteurs et le développement de services de médiation intersectoriels au sein des Conseils Départementaux.

Pour faciliter l'action des acteurs, le CESER estime utile d'identifier, au sein des directions du Conseil Régional, des référents chargés de promouvoir le développement des ateliers culturels et sportifs spécifiquement adaptés.

PRÉCONISATION 10 : FAVORISER L'ACCES A LA CULTURE POUR LES PERSONNES AGEES

Le CESER préconise :

- **D'inciter les acteurs culturels à proposer des projets qui soient sous-tendus par un objectif de création d'échanges intergénérationnels ou qui visent spécifiquement les publics âgés.**
- **Que la mission Transmission des savoirs et démocratisation de la culture (n°224- du budget du Ministère de la Culture) prévoit, dans le cadre des appels à projet qu'elle édite, des orientations spécifiquement dédiées à des actions en direction des personnes âgées ou favorisant les rencontres intergénérationnelles.**
- **Que des clauses spécifiques soient insérées dans les appels à projet conditionnant l'attribution de subventions aux dossiers comportant un volet « seniors » ou « intergénérationnel ».**
- **Que les acteurs de la médiation culturelle soient sensibilisés aux spécificités des publics seniors.**

2 Le parcours du vieillissement et l'adaptation de la prise en charge à l'état évolutif des personnes

2.1 Adapter le logement : une des conditions du maintien à domicile

Pour rendre possible et effective une véritable politique de maintien à domicile, l'adaptation des logements au vieillissement de la population est une nécessité absolue.

Le logement est au centre de tout : il peut aussi bien être facteur de protection que d'exclusion. Il est protecteur lorsqu'il est adapté et situé dans un environnement accessible, bien maillé par les transports en commun, comprenant commerces et services publics. Il est facteur d'exclusion lorsqu'il est constitué de plusieurs niveaux, isolé sans moyens de transports ni services de proximité. L'habitat, autant par sa localisation que ses caractéristiques, interfère sur la qualité de vie de ses occupants, dans leur capacité à se mouvoir de manière autonome et à maintenir des relations sociales.

Tout concourt à la mise en œuvre de mesures en faveur de l'adaptation des logements. Qu'il s'agisse de l'adaptation de l'existant ou de la création de nouveaux logements, du parc social ou du parc privé, qu'il s'agisse de propriétaires ou de locataires.

- **L'adaptation des logements existants**

Près de 75% des 65 ans et plus sont aujourd'hui propriétaires de leur logement. 90% des français préfèrent adapter leur domicile plutôt que d'avoir à le quitter si leur état de santé se dégrade (opinionway 2012).

L'adaptation des logements se pose d'abord pour un public de propriétaires occupants âgés, aux revenus parfois insuffisants. En effet, la propriété peut parfois se conjuguer avec la pauvreté. Par ailleurs, pour diverses raisons économiques ou sociétales, l'occupant propriétaire, dans la majorité des cas, refusera de quitter son logement pour un logement plus adapté à son état. En conséquence, l'adaptation du logement sera nécessaire.

Pour que l'adaptation d'un logement soit réussie, il conviendra de respecter plusieurs critères, et notamment l'anticipation en faisant réaliser un diagnostic habitat mobilité.

L'accompagnement des personnes dans la gestion des dossiers : un guichet unique de renseignements et de conseil.

PRÉCONISATION 11 : POUR L'INSTAURATION D'UN DIAGNOSTIC HABITAT MOBILITE

Le CESER préconise l'instauration d'un diagnostic habitat mobilité.

Un diagnostic habitat permettrait à chaque personne qui le souhaite de prendre ses décisions en toute connaissance de cause. Celui-ci déterminerait si un logement est adaptable, à quel coût et jusqu'à quelle limite de handicap physique.

Il serait complété par une dimension mobilité qui identifierait les difficultés à prévoir pour la personne, au-delà de son logement.

La réalisation du diagnostic habitat mobilité argumenterait, soit pour une réhabilitation du logement, soit pour envisager un déménagement dans un logement plus adapté dans un environnement plus facilitant.

Ces diagnostics pourraient être placés sous la responsabilité soit des Conseils Départementaux qui assurent la coordination des actions en faveur des personnes âgées, soit de la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse (CNAV), soit des CARSAT ou des principaux acteurs de la protection sociale complémentaire.

Ces diagnostics devraient être réalisés par des professionnels affectés spécifiquement à cette tâche. Les ergothérapeutes disposent de l'expertise nécessaire à la réalisation de cette mission.

- **La gestion du parc locatif**

La vieillesse renvoie aux conditions de la solidarité intergénérationnelle dans une société. Le contexte familial influe sur les conditions dans lesquelles intervient l'avancée en âge pour une personne. Etant donné les mutations importantes des modèles familiaux intervenus ces 40 dernières années, il est à prévoir d'importantes modifications dans la manière dont vont jouer les solidarités intergénérationnelles à l'avenir. C'est un enjeu essentiel pour tous les acteurs du logement, en particulier dans le parc locatif, qu'il soit privé ou social.

Une enquête sur l'occupation du parc social (RPS) sur le territoire de l'ancienne région Midi-Pyrénées révèle que 21% des locataires ont plus de 65 ans, 28% entre 50 et 64 ans. Au 31 décembre 2017, le volume de logements en attente pour cette tranche d'âge atteint 18 077 en Occitanie. Les ménages connaissent de faibles niveaux de ressources (65,6% sont éligibles au PLAI) (Accompagner le handicap et la perte d'autonomie en Occitanie 2018 – Union Sociale pour l'Habitat).

Les organismes de logement social apportent des réponses aux besoins exprimés par les demandeurs de logements sociaux et les locataires en situation de dépendance liée au vieillissement. Ces réponses concernent l'accès à des logements adaptés, la réalisation de travaux d'adaptation et l'accompagnement des ménages afin qu'ils puissent se maintenir dans un logement correspondant à leurs besoins et gagner en qualité de vie. Les organismes de logement social imaginent également des modes d'habiter innovant pour prendre en compte les enjeux du vieillissement.

Pour cela, il est nécessaire de connaître le nombre de logements adaptés pour les personnes dépendantes. Ce travail de recensement est en cours dans le parc social, en lien avec les Communes et EPCI, mais il n'est pas achevé.

PRÉCONISATION 12 : PROCÉDER AU RECENSEMENT DES LOGEMENTS ADAPTÉS

Le CESER préconise la prise en compte du vieillissement dans tous les registres de la gestion locative. Pour cela, il est nécessaire d'identifier les logements accessibles et de créer une base de données, afin de permettre leur attribution aux personnes dépendantes.

PRÉCONISATION 13 : ASSOCIER LES LOCATAIRES À L'ÉLABORATION DES PROGRAMMES DE TRAVAUX D'ADAPTATION DE LEURS LOGEMENTS

Le CESER préconise d'associer les personnes âgées à la conception des projets et des solutions proposées au niveau de l'élaboration des programmes de travaux d'adaptation de leurs logements et dans le cadre de la réalisation de programmes neufs (appartements intelligents).

Favoriser le développement d'habitats intergénérationnels

PRÉCONISATION 14 : FAVORISER L'HABITAT INTERGÉNÉRATIONNEL

Le CESER est favorable au développement des résidences intergénérationnelles qui permettent la cohabitation entre personnes âgées et personnes plus jeunes afin d'améliorer les échanges. Il est également favorable au développement des colocations chez des personnes âgées proposées à des jeunes étudiants, apprentis, alternants, stagiaires ou en service civique par exemple.

Pour le CESER, ces solutions doivent être accompagnées par des interlocuteurs assurant un rôle de médiation entre la personne âgée et le colocataire.

2.2 Généraliser les mesures préventives afin de différer l'entrée en dépendance et améliorer le repérage des fragilités

La prévention est le moteur de la politique de l'âge. L'avancée en âge doit être prise en compte collectivement et individuellement. Pour ce faire, il convient de rapprocher les acteurs du monde de la recherche, du monde social et du monde économique autour du bien-être de la personne âgée.

La prévention de la dépendance et l'accompagnement de l'allongement de la vie sont un des grands défis à relever dans notre société. Ils passent par le repérage de facteurs de risque à toutes les étapes du parcours de la personne âgée.

La fragilité correspond à un ensemble de signes de perte de dépendance encore réversibles. Le repérage de ces signes le plus tôt possible et la mise en place d'actions visant à les pallier permet de regagner tout ou partie de l'autonomie et d'éviter de basculer dans la dépendance irréversible. Le Gérontopôle, dépendant du CHU de Toulouse, s'est positionné comme chef de file de la recherche sur ces questions en région Occitanie. Créé en 2007, il a pour objectif de fédérer autour d'une même structure des équipes de recherche et des cliniciens afin de dynamiser la recherche, la prévention et de promouvoir la santé des personnes âgées. Centre collaborateur de l'OMS sur la fragilité, la recherche clinique et la formation en gériatrie, il est reconnu comme pôle de référence gériatrique.

Il a conduit plusieurs actions expérimentales dans le domaine du dépistage des fragilités.

- L'hôpital de jour d'évaluation des fragilités et de prévention de la dépendance.

L'objectif principal de cet hôpital de jour est de retarder le processus d'entrée dans la dépendance des personnes âgées fragiles et pré fragiles par :

- Le classement du sujet âgé (robuste, fragile/pré fragile, dépendant)
- L'identification des critères de la fragilité
- La recherche des causes de la fragilité
- Le suivi à domicile des personnes âgées à risque de perte d'autonomie

Sur le plan médical, ce suivi permettra d'apporter un soutien aux patients, à leurs familles et aux intervenants, et de faciliter l'adhésion du plan de soin mis en place pour la prévention de la perte d'autonomie.

- Hôpital de jour EHPAD

L'hôpital de jour dédié aux résidents d'EHPAD répond à la demande de médecins traitants et de médecins coordonnateurs d'EHPAD qui souhaitent avoir un accès rapide à un plateau technique et à des avis spécialisés pour leurs patients. L'objectif de ce nouvel hôpital de jour est de diminuer le nombre des hospitalisations inappropriées.

- Repérage, évaluation et prise en charge de la fragilité

Des médecins généralistes assurent dans leur cabinet une évaluation gériatrique de sujets âgés repérés comme fragiles.

Par ailleurs, une fiche d'évaluation des fragilités sous forme de questionnaire a été élaborée, qui est reconnue par le Conseil National Professionnel de Gériatrie.

PRÉCONISATION 15 : DÉPLOYER SUR LE TERRITOIRE UN OUTIL QUI PERMETTRAIT DE REPÉRER ET D'ALERTE SUR LES SITUATIONS DE FRAGILITÉ

Le CESER est favorable à la mise en place de réseaux de professionnels et de bénévoles en vue de repérer la fragilité.

Afin de mettre sur pied un dispositif de repérage des fragilités, en Occitanie, le CESER préconise de s'appuyer sur les travaux du Gérontopôle de Toulouse. Il s'agit de déployer sur le territoire une grille d'évaluation qui permettrait à des professionnels de santé, mais aussi aux aidants, d'identifier les situations à risque de dépendance.

Ce repérage, considéré comme un acte de prévention primaire, concerne toutes les personnes âgées de plus de 70 ans. Il peut être réalisé par le médecin traitant, l'infirmière, le kinésithérapeute, le pharmacien ou l'aide-soignant, à partir du questionnaire établi par le Gérontopôle.

Le CESER attire l'attention sur la nécessaire implication des services sociaux, des services d'aide à la personne, ainsi que des aidants pour mener à bien ce travail de repérage des fragilités, en identifiant des signes d'alerte. En effet :

- Les services sociaux réalisent des évaluations en réponse aux demandes d'APA
- Les aides ménagères interviennent à domicile et peuvent repérer des signes d'alerte
- Les bénévoles ont un rôle à jouer, sous réserve d'une formation spécifique à la relation avec les personnes âgées
- Les aidants naturels peuvent également jouer un rôle

Le CESER propose de mettre à disposition auprès des intervenants non soignants l'outil spécifique proposé par le Gérontopôle.

2.3 Favoriser les alternatives à l'entrée en EHPAD

- **Des pôles de ressources de proximité**

L'accompagnement médico-social des personnes âgées nécessite dans les territoires l'identification d'établissements porteurs de modes de prise en charge renouvelés. Ainsi pourront être créées des structures de proximité adossées à des EHPAD, dotées des moyens humains nécessaires pour

- Mettre en œuvre une politique de prévention du risque de dépendance physique, cognitive ou sociale au domicile
 - Prévention de la dénutrition
 - Prévention de la santé bucco dentaire
 - Maintien de la mobilité (activités physiques)
 - Repérage de problèmes spécifiques (conduites addictives, troubles du sommeil...)
 - Prévention des chutes
- Inscrire les EHPAD dans leur environnement
 - Création de dynamiques intergénérationnelles
 - Maintien du lien social
 - Appel au SPASAD ou à l'équipe mobile de gériatrie
 - Coordination des acteurs du maintien à domicile
- Offrir à la population du territoire des réponses aux besoins de soins
 - Consultations avancées de spécialistes

PRÉCONISATION 16 : DÉPLOYER DES PÔLES DE RESSOURCES DE PROXIMITÉ AUTOUR DES EHPAD

Le CESER préconise le déploiement de pôles de ressources de proximité (ou « EHPAD hors les murs ») adossés à des EHPAD pour créer des interactions entre l'établissement et son environnement.

PRÉCONISATION 17 : GÉNÉRALISER LES SPASAD

Afin de favoriser une meilleure cohérence entre les divers intervenants à domicile, le CESER est favorable à la généralisation des Services Polyvalents d'Aide et de Soins à Domicile (SPASAD) qui regroupent l'aide à domicile et les soins infirmiers. Diversifier l'offre de logements entre le domicile et la maison de retraite médicalisée

Entre le domicile traditionnel et l'EHPAD, d'autres modes d'habitat peuvent répondre aux besoins des personnes âgées. C'est le cas des logements intégrant des services qui peuvent devenir une solution pertinente quand arrivent les premiers signes de fragilité (résidences autonomie, résidences seniors, Maisons d'Accueil Rurales pour Personnes Agées).

Cependant, ces lieux sont parfois peu accessibles pour des raisons financières.

La loi du 28 décembre 2015 encourage les bailleurs sociaux, les mutuelles et les associations à but non lucratif à développer des « résidences services à coût social », moins chères que les résidences services privées, tout en restant en-dehors de la sphère médico-sociale. Ces résidences représentent une offre de logements intermédiaires plus accessibles aux personnes âgées à revenus modestes.

PRÉCONISATION 18 : FAVORISER L'ACCÈS AUX MODES D'HÉBERGEMENT INTERMÉDIAIRE POUR LES PERSONNES ÂGÉES À REVENUS MODESTES

Le CESER encourage les bailleurs sociaux, les associations à but non lucratif à développer une offre de résidences autonomie ou de résidences services à coût accessible pour les personnes à revenus modestes.

PRÉCONISATION 19 : DÉVELOPPER LES MARPA ADOSSÉES À DES EHPAD

Le CESER encourage le développement de Maisons d'Accueil Rurales pour personnes âgées (MARPA) adossées à des EHPAD, comme le prévoit la loi du 28 décembre 2015.

2.4 Favoriser la présence d'une offre de soins dans tous les territoires

Le maintien à domicile sera favorisé par le maintien d'une offre de soins pertinente à proximité du lieu de vie des personnes âgées.

Les mesures incitatives à l'installation des médecins dans les déserts médicaux ont montré leurs limites, voire leur inefficacité.

Les solutions les plus pertinentes résident dans une dynamique d'aménagement du territoire pour rendre à ces secteurs déshérités leur attractivité. Dans l'attente, le développement des maisons de santé pluridisciplinaires, des maisons médicales et la redynamisation des hôpitaux de proximité devraient permettre de maintenir une offre de soins cohérente.

Les diagnostics à distance (imagerie médicale), les consultations avancées, le développement d'activités ambulatoires sont des réponses partielles à l'émergence de certains déserts médicaux en région.

2.5 Pour une harmonisation des politiques publiques afin de limiter la création d'inégalités au sein de la région

La diversité des acteurs intervenant auprès des personnes âgées et la gestion décentralisée de ces questions peuvent induire des disparités entre territoires au sein d'une même région. La multiplicité des acteurs induit un enjeu fort en matière de recherche de cohérence, de continuité et de coordination des actions ainsi que de recherche d'équité en termes de moyens financiers mis en œuvre par chaque collectivité.

PRÉCONISATION 20 : CRÉER UNE INSTANCE DE CONCERTATION

Le CESER encourage le dialogue et les partenariats entre les collectivités territoriales et l'Etat.

La Région, les Départements, les Communes et intercommunalités (notamment les Métropoles) et l'Agence Régionale de Santé interviennent à des niveaux divers dans la politique de prise en charge des personnes âgées, leur maintien à domicile et leur inclusion dans la cité.

Le CESER est favorable à la création d'un espace de dialogue et de concertation où les différents intervenants veilleraient à mutualiser leurs actions dans une recherche d'efficacité et de complémentarité.

Le CESER préconise la création d'une instance de concertation entre les 13 départements de la région pour comparer les politiques mises en œuvre en faveur des personnes âgées. Il encourage à utiliser cette instance comme un lieu de retour d'expériences afin de diffuser dans chaque territoire les expériences pertinentes et transposables, en tenant compte des spécificités de chaque département et de ses ressources financières.

Cette instance permettrait d'évaluer le rôle des instances et dispositifs issus de la loi du 28 décembre 2015, les Conférences des financeurs et les CDCA.

2.6 Pour une politique de l'innovation

PRECONISATION 21 : SOUTENIR L'INNOVATION

Le CESER soutient l'action du Gérontopôle de Toulouse comme acteur majeur de l'innovation en matière de prise en charge du grand âge en région Occitanie.

Le CESER encourage à considérer les entreprises de l'économie sociale et solidaire et les entreprises engagées dans la recherche et l'innovation en nouvelles technologies comme des acteurs majeurs de l'économie du bien vieillir¹ au service du mieux vivre à domicile.

3 Pas de politique efficiente sans une attention toute particulière portée aux aidants : professionnels et aidants naturels

¹ La CRESS Occitanie a publié en février 2019 un rapport sur « ESS et bien vieillir en Occitanie » qui souligne cet aspect.

3.1 Aider les aidants naturels

La loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement a introduit la notion de droit au répit afin de soutenir les aidants dans l'accompagnement des aînés, en sus du droit au congé du proche aidant.

En effet, il a été observé :

- Des difficultés au niveau de la conciliation vie familiale/vie professionnelle (manque de temps, stress, fatigue)
- Des absences problématiques et nombreuses (absentéisme, arrêts maladie, congés sans solde, temps partiel)
- Des conséquences psychiques : état dépressif, lassitude....

Parmi les mesures promulguées :

- Permettre aux aidants de faire une pause en solvabilisant via l'APA à domicile le paiement d'aide à domicile, voire d'une présence continue
- Création d'un dispositif d'urgence en cas d'hospitalisation de l'aidant afin de prendre en charge temporairement la personne aidée au-delà des montants et des plafonds du plan d'aide
- Accueil de la personne à domicile dans des unités de jour ou de nuit, ou dans le cadre d'un hébergement temporaire.

Ces mesures sont en cours de déploiement et mériteraient d'être évaluées.

PRÉCONISATION 22 : AMÉLIORER L'INFORMATION SUR LES PLACES D'HÉBERGEMENT TEMPORAIRE DANS LE TERRITOIRE

Le CESER préconise de promouvoir et diffuser le recensement, sur chaque territoire, des places d'accueils de jour et de nuit, ainsi que des places d'hébergement temporaire, adaptées à la situation des personnes âgées vivant à domicile.

Les plateformes d'accompagnement et de répit apportent un soutien aux proches aidants de personnes âgées en perte d'autonomie.

Elles ont été créées à l'origine pour aider les proches accompagnant au quotidien une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer. Depuis, elles ont étendu leur soutien à l'ensemble des proches accompagnant une personne âgée dépendante quelle que soit sa maladie.

A l'initiative de l'Union départementale des associations familiales de l'Hérault (Udaf 34), un fascicule dit " Répertoire des aides au répit et des établissements dans le département de l'Hérault" a été édité en 2018, à l'attention des associations et des proches aidants ou aidants familiaux.

Celui-ci, faisant également état de la réglementation actuelle dans ce domaine, pourrait être aussi très utile et servir de modèle pour créer un répertoire des organismes existants sur le plan de la région Occitanie au service des aidants et localisés dans chaque département de l'Occitanie.

PRÉCONISATION 23 : PROMOUVOIR ET DÉVELOPPER DES PLATEFORMES D'ACCOMPAGNEMENT ET DE RÉPIT POUR LES AIDANTS

Le CESER est favorable à la promotion et au développement de plateformes d'accompagnement et de répit pour prévenir le risque d'épuisement des aidants.

Il pense nécessaire que l'information sur les structures déjà existantes soit largement diffusée.

3.2 Pour de nouvelles fonctions facilitatrices

Les travaux préparatoires à l'élaboration du présent rapport ont mis en lumière un manque de coordination entre les acteurs intervenant auprès des personnes âgées vivant à domicile. Des expériences internationales, notamment au Québec, constituent des pistes intéressantes à examiner.

PRÉCONISATION 24 : CRÉER DES FONCTIONS DE COORDONNATEUR À DOMICILE

Le CESER préconise la création sur les territoires de la fonction de coordonnateur à domicile, issue de formations en travail social (assistant.e de service social ou conseiller.e en économie sociale et familiale).

Les missions de ces coordonnateurs, qui pourraient être financés par les Conseils Départementaux, seraient les suivantes :

- Analyse des besoins et accompagnement du processus de maturation des décisions de la personne âgée et de ses proches en suscitant le questionnement.
- Coordination des acteurs, soit sur l'intra (parcours de la personne), soit sur l'extra (environnement de la personne).

Cette proposition mériterait d'être expérimentée et évaluée avant de pouvoir être généralisée.

3.3 Pour une formation des professionnels et des aidants naturels adaptée aux enjeux

Certains professionnels intervenant auprès des personnes âgées, à domicile ou en établissement, manquent souvent de formation et de qualification.

Il existe aujourd'hui de nouveaux diplômés adaptés aux besoins des professionnels intervenant auprès des personnes âgées, qui devraient être développés et reconnus financièrement.

PRÉCONISATION 25 : DEVELOPPER LA FORMATION DES AIDANTS PROFESSIONNELS

Le CESER encourage le développement :

- De la formation au diplôme d'assistant en soins en gérontologie (ASG) dont la spécialité porte notamment sur la maladie d'Alzheimer et les troubles du comportement.
- de la formation au diplôme d'Accompagnant éducatif et social (AES) qui fusionne depuis 2017 le DEAVS (Diplôme d'État d'Auxiliaire de Vie Sociale) et le DEAMP (Diplôme d'État d'Aide Médico-Psychologique).

PRÉCONISATION 26 : ACCOMPAGNER LES AIDANTS FAMILIAUX

Afin de favoriser une prise en charge des personnes âgées qui leur permette de conserver leur autonomie, le CESER suggère la mise en place :

- d'actions de formation pour les aidants qui le souhaitent ;
- de soutien relationnel, en facilitant la mise en place de groupes de parole.

Le CESER considère qu'il est urgent de faire évoluer les textes réglementaires sur la prise en charge du vieillissement. L'objectif serait de faciliter la vie des aidants, actifs professionnellement, s'occupant de leurs ascendants, par des organisations de travail leur permettant de dégager du temps ou par une autre forme d'aide (défiscalisation, subvention du temps passé...)

PRÉCONISATION 27 : FAVORISER L'ENGAGEMENT BÉNÉVOLE AUPRÈS DES PERSONNES AGÉES

Le CESER est favorable :

- à toute action pouvant encourager l'engagement des bénévoles auprès des personnes âgées, en veillant à ce que ceux-ci ne se substituent pas aux professionnels.
- à la mise en place d'actions de formation de formateurs au bénéfice des associations de bénévoles.

Les frais engagés par les associations oeuvrant dans ce domaine doivent être financés par les pouvoirs publics.

3.4 Pour une reconnaissance sociale et financière des professionnels et une évaluation objective de leur charge de travail

Le CESER a pu mesurer les difficultés que rencontre le secteur des professionnels qui interviennent auprès des personnes âgées, que ce soit à domicile ou en établissement, et notamment l'image négative dont pâtissent ces métiers, les rémunérations insuffisantes, les conditions de travail pénibles et, de ce fait, leur manque d'attractivité.

En conséquence, les structures de ce secteur doivent faire face à un turn over important et peinent à recruter. De fait, on constate que ce secteur emploie de nombreux faisant-fonction.

PRECONISATION 28 : SOUTENIR LES SALARIES INTERVENANT AUPRES DES PERSONNES ÂGÉES

Le CESER préconise qu'une nouvelle politique économique et sociale soit mise en œuvre, notamment qu'une attention particulière soit portée aux conditions de travail, à la rémunération et au remboursement des frais annexes des professionnels qui interviennent auprès des personnes âgées.

Il recommande de permettre à tout salarié d'accéder à un temps de travail réellement choisi. C'est la condition nécessaire pour rendre attractifs les métiers de ce secteur et garantir la qualité de la vie au travail des professionnels et de l'accompagnement des seniors.

PRÉCONISATION 29 : AIDER LES STRUCTURES D'AIDE A DOMICILE DE PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGÉES QUI VALORISENT LE TRAVAIL DES SALARIES

Le CESER préconise une modulation tarifaire qui permettrait de valoriser les structures d'aide à domicile mettant en œuvre des politiques de soutien aux personnels par :

- un encadrement spécifique de leurs salariés ;
- la création d'un espace collectif de ressources et d'échanges qui permettrait de soutenir les professionnels en cas de difficulté et de limiter leur isolement ;
- une évaluation objective de la charge de travail réelle, incluant le temps de trajet pour le salarié, via la mise en place d'un référentiel unique. L'analyse de la gradation de la charge de travail pourrait déboucher sur des paliers de rémunération.

CONCLUSION

Inscrite dans la longue durée de la pensée occidentale, relayée par la gériatrie et la profusion des images contemporaines, la construction historique et culturelle de la vieillesse oscille entre deux pôles, celui de la sagesse et celui du rejet. Le « jeunisme » ambiant, autre façon de dire qu'on n'a pas le droit de vieillir, transforme la prévention des conséquences du vieillissement en obligation de ne pas vieillir.

C'est cette dichotomie réductrice que le CESER a souhaité éviter. Son ambition a été de proposer des mesures qui pourront à court terme améliorer la vie des personnes âgées. Mais il a aussi l'ambition de préparer la vieillesse des quadragénaires et quinquagénaires d'aujourd'hui qui auront 80 ans à partir de 2050.

Le postulat posé au début de ce travail a été que le vieillissement de la population ne doit pas s'analyser comme un fardeau pour la société, mais plutôt comme une chance pour la jeunesse et une opportunité pour la région Occitanie.

Il a beaucoup été écrit sur la société égoïste qui oublierait ses vieux. Considérons plutôt que le vieillissement est un élément majeur d'un processus de cohésion sociale à construire, une forme de pacte bien compris entre les différentes générations.

En effet, le vieillissement est générateur de croissance économique et donc d'emplois pour les plus jeunes. Il constitue une opportunité pour nos territoires, en participant à la construction d'une économie de proximité génératrice d'emplois non délocalisables. Le grand chantier de l'adaptation des logements d'une part, et d'autre part le développement de l'économie sociale et solidaire construite autour de métiers reconnus socialement et économiquement, devraient être à l'origine de nombreuses créations d'emplois dans l'avenir.

Le temps de la vieillesse est aussi le temps des modifications de statut. L'actif devient retraité, puis plus tard peut être confronté à la solitude. C'est le moment où la solidarité familiale commence à s'inverser : d'aidants (au plan financier et humain), les personnes qui vieillissent vont devenir de plus en plus aidées, avec le sentiment d'une perte d'utilité et de sens. L'effritement des solidarités familiales, conséquence des difficultés économiques et de l'évolution des modes de vie, doit engager les pouvoirs publics dans des politiques organisées autour de la cohésion sociale dans les territoires.

Un enjeu fort, souligné par le CESER, est celui du maintien à domicile. De grands défis sont à relever en région Occitanie ; ils nécessitent la promotion de politiques publiques qui soutiennent l'adaptation des logements, la transformation de la ville, des centres bourgs et de l'urbanisme, la mise en œuvre de transports adaptés, ainsi que le développement de l'emploi et des technologies favorisant l'autonomie, telles que la domotique ou la téléassistance. Le maintien à domicile, ce sont des villes et des territoires ruraux accessibles, des transports adaptés. Ce sont des territoires dans lesquels les services publics doivent être maintenus, voire rétablis, et rester accessibles. C'est également le maintien de relations sociales fortes, que ce soit avec les commerçants ou avec les voisins... Enfin, le maintien à domicile, c'est une forte coordination des acteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires, indispensable à un environnement favorable et rassurant.

L'attention particulière portée au parcours du vieillissement doit également prendre en compte les profondes inégalités persistant entre les catégories sociales et les territoires.

Les conditions du bien vieillir passent par une harmonisation des politiques publiques. Les objectifs doivent être de gommer les inégalités entre territoires, que ce soit en termes d'accès aux soins, d'accès aux services, ou d'aide et d'accompagnement financier aux plus défavorisés.

Le CESER s'est également intéressé aux aidants, professionnels et naturels, considérant qu'il ne saurait y avoir de politique efficiente sans une attention toute particulière qui leur soit portée, en termes de formation et de reconnaissance sociale et financière.

Les membres du CESER Occitanie souhaitent vivement que les préconisations issues de ce travail permettent d'alerter les pouvoirs publics et soient à même de favoriser le bien vieillir en Occitanie. Ils souhaitent surtout que le regard porté sur la vieillesse change tant pour les personnes âgées elles-mêmes que pour les populations plus jeunes et plus actives. La vieillesse n'est ni une sanction de la vie, ni une mort sociale. Il faut considérer l'entrée en âge comme une nouvelle étape de leur vie, une occasion de s'épanouir encore.

Les personnes âgées doivent pouvoir s'intégrer dans la vie sociale. Leur environnement ne se limite pas qu'à la famille restreinte.

Notre société perd peu à peu ses solidarités : l'individualisme y prime sur le collectif.

Il faut cesser de poser un regard tour à tour compatissant ou discriminant sur les personnes âgées. La société d'aujourd'hui doit être moins craintive et moins stigmatisante. Elle doit être plus attentive, plus protectrice et plus respectueuse.

Ce nouveau regard devrait nous permettre de nous enrichir collectivement de nos différences, de nos expériences et de retrouver tout simplement de l'humanité.

Ainsi pourra-t-on dire, avec Jules Renard :

« La vieillesse, c'est quand on commence à dire jamais je ne me suis senti aussi jeune¹. »

¹ Jules Renard, Journal, 30 septembre 1897, page 340.

GLOSSAIRE

GLOSSAIRE

ADMR	Aide à Domicile en Milieu Rural
ADPAM	Aide à Domicile aux Personnes Agées et aux Malades
AES	Accompagnant éducatif et social
AGGIR	Autonomie, Gérontologie, Groupe Iso Ressources
ANAH	Agence Nationale pour l'Amélioration de l'Habitat
APA	Allocation pour l'autonomie
ARS	Agence Régionale de Santé
CARSAT	Caisse Régionale d'Assurance Retraite et Santé au Travail
CDCA	Conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CDCPH	Conseil départemental consultatif des personnes handicapées
CFPPA	Centre de formation professionnelle et de promotion agricole
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CLIC	Centre Local d'Information et de Coordination
CODERPA	Comités Départementaux des retraités et des personnes âgées
CNAV	Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CPER	Contrats de Plan Etat-Région
CRESS	Chambre Régionale de l'Economie Sociale et Solidaire
EHPAD	Etablissement d'Hébergement Pour Personnes Agées Dépendantes
EPCI	Etablissement public de coopération intercommunale
ETP	Equivalent Temps Plein
GCS	Groupement de Coopération Sociale et Médico Sociale
GIR	Groupe Iso-Ressource
HAD	Hospitalisation A Domicile
IHU	Institut Hospitalo Universitaire
INSEE	Institut National des Statistiques et des Etudes Economiques
LASV	Loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement
MAIA	Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'Autonomie
MARPA	Maison d'Accueil Rurale pour Personnes Agées
MDA	Maison départementale de l'autonomie
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
PAERPA	Personnes âgées en risque de perte d'autonomie
PASA	Pôle d'Activités et de Soins Adaptés
PFR	Plateformes d'accompagnement et de répit
PMND	Plan Maladies Neuro-Dégénératives
PSD	Prestation Spécifique Dépendance
SAAD	Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile
SSIAD	Service de Soins Infirmiers A Domicile
SPASAD	Services Polyvalents d'Aide et de Soins à Domicile
SRI	Stratégie Régionale d'Innovation
USLD	Unité de Soins de Longue Durée

EXPLICATIONS DE VOTE

EXPLICATIONS DE VOTE

1^{er} COLLEGE

Mme Gisèle DESMONTS pour le 1^e collège

2^{ème} COLLEGE

Mme Martine APPRIOU pour Force Ouvrière
M. Miguel COSTA CLARO pour la CFDT-UNSA
Mme Chantal GRIN pour la CGT
Mme Anne-Rose LE VAN pour Solidaires

3^{ème} COLLEGE

Mme Marie-Laure CAMBUS pour le groupe Associations et Territoires
M. Dominique MICHEZ pour le groupe Santé-Logement-Cohésion sociale

Suffrages exprimés : 157

Pour : 157

Avis adopté à l'unanimité

Intervention de Madame Gisèle DESMONTS

Pour le 1^{er} Collège

Monsieur le Préfet,
Madame carole DELGA, Présidente de la Région Occitanie,
Monsieur le Président CHAUZY,
Mesdames et Messieurs les Conseillers,
Mesdames, Messieurs,

Je souhaite, tout d'abord, remercier le rapporteur de cet avis, M. Francis DECOUCUT pour son grand investissement, ses qualités de synthèse et d'écoute qui nous ont permis de construire et d'enrichir ce projet d'avis qui nous a été soumis.

Remercier aussi, le président de cette commission 7, Monsieur Georges BENAYOUN qui a su imprimer une marque, une cadence, pour que ces échanges et ces débats soient les plus riches et les plus efficaces, dans un temps restreint.

Merci à nos collègues conseillères.ers pour leur investissement, pour ce travail sur un sujet très complexe et d'actualité que représentent les enjeux du vieillissement dans la société française.

Merci enfin aux agents administratifs composant cette commission dont nous soulignerons, notamment, leur disponibilité et leurs grandes compétences.

En ce qui me concerne, et compte tenu du temps imparti, j'irai donc à l'essentiel.

La construction de cet avis s'est déroulée au pas cadencé et construit autour d'auditions fort intéressantes, nous permettant au fil du temps d'enrichir nos échanges et nos débats.

Nous avons posé, dès le début de nos travaux, le postulat que le vieillissement de la population ne doit pas s'analyser comme un fardeau pour la société, mais plutôt comme une chance pour la jeunesse et une opportunité pour la région Occitanie.

Nous partageons de fait que le vieillissement est un élément majeur d'un processus de cohésion sociale à construire, une forme de pacte bien compris entre les différentes générations.

Mais également, nous avons pris conscience après un état des lieux et un constat unanime qu'il existe une approche très différente des problématiques liées au vieillissement. De nouveaux paradigmes se sont faits jour : l'espérance de vie, et aujourd'hui, l'augmentation de l'espérance de vie en bonne santé.

C'est donc cette approche positive du vieillissement des populations que le CESER Occitanie a retenue pour structurer nos réflexions.

Pour l'essentiel, un des enjeux majeurs mis en évidence par notre avis est celui du vivre ensemble, mais également celui de s'appuyer sur une conception du vieillissement qui fait que ces populations âgées sont une richesse et non une charge ou un handicap.

L'exposé des concepts du vieillissement, l'état des lieux de la place de la personne âgée et des politiques publiques en région Occitanie ont été étudiés au regard, notamment, d'une approche socio-économique, sans oublier l'approche des conditions du logement et enfin, de l'isolement social.

Je m'attacherai principalement au rôle et à la place des intervenants, aidants ou professionnels dans l'exercice de leur métier et sans oublier un constat récurrent, celui de l'existence d'inégalités entre territoires.

Nous partageons aussi le fait que trois catégories de préconisations, issues de cet avis, explorent de nombreuses pistes que nous qualifions de très positives pour notre société. Celles-ci apportent dans

ce projet d'avis une espérance pour le mieux vivre ensemble dans un cadre intergénérationnel. Ainsi, si un enjeu fort, mérite d'être souligné et d'être très encouragé, c'est bien le maintien à domicile. A noter que la cour des Comptes, saisie en 2016, a recommandé dans son rapport de synthèse « *une organisation à améliorer et des aides à mieux cibler.* », dont il nous paraît important de tenir compte. C'est pourquoi, nous partageons, dans l'ensemble, ce projet d'avis. Ce parcours du vieillissement s'inscrit dans la prise en compte des profondes inégalités qui persistent entre les catégories sociales et les territoires. Il s'agit donc d'harmoniser les politiques publiques qui doivent atteindre ces objectifs à court terme pour gommer toutes ces inégalités.

Il s'agit notamment de l'accès aux soins, aux services, ou d'aide et d'accompagnement financier aux plus défavorisés.

En conclusion, nous souhaitons vivement que les préconisations issues de cet avis permettent à la région Occitanie de relever, sans plus attendre, ces grands défis qui peuvent, notamment, se décliner pour l'essentiel, en ces termes :

- Les politiques publiques doivent considérer que les enjeux du vieillissement sont une grande cause nationale dont la clef de voute est bien de faciliter la solidarité familiale car les aidants familiaux sont, notamment, et à juste titre, des acteurs incontournables
- Les préconisations contenues dans cet avis doivent alerter, dès demain, les pouvoirs publics pour favoriser notamment le bien vieillir en Occitanie.

Pour toutes ces raisons, le collège 1 votera favorablement cet avis pour améliorer la cohésion sociale entre les générations et le mieux vivre ensemble.

Intervention de Madame Martine APPRIOU

Pour Force Ouvrière

Monsieur le président du CESER
Madame la représentante du Conseil Régional
Monsieur le rapporteur
Mesdames et messieurs les conseillers
Mesdames et messieurs

L'augmentation de l'espérance de vie, la baisse de la natalité et les progrès de la médecine, sont les facteurs essentiels du vieillissement de la population. Comme les autres pays d'Europe, la France y est confrontée. La Région Occitanie fait partie des 4 régions française les plus vieillissantes du point de vue de sa population. Un habitant sur 10 a au moins 75 ans ce qui représente 600 000 personnes. Selon les prévisions d'ici 2030, ils représenteront 1 million de personnes soit une augmentation de 52%. Huit des départements d'Occitanie se situent parmi les plus âgés de France et verront cette population augmenter.

Le vieillissement de la population est différent en fonction des territoires et la diversité de ceux-ci dans notre région la confronte à un triple enjeu :

- Mobilité, accessibilité et logement pour les populations périurbaines et des métropoles.
- Isolement pour les territoires ruraux et montagnaux.
- Adaptabilité de la capacité des structures de prises en charge de la dépendance pour les territoires du littoral qui cumulent population vieillissante, migration à la retraite par l'attractivité et accélération du vieillissement.

Sur le plan économique, la région Occitanie se place au 4^{ème} rang des régions métropolitaines enregistrant les taux de pauvreté les plus élevés et au 2^{ème} pour la pauvreté des 75 ans et plus. La part des allocataires du minimum vieillesse est supérieur à la moyenne nationale. On les retrouve majoritairement dans les départements du littoral et ce sont majoritairement des femmes (55%) en raison d'une plus importante espérance de vie et des pensions de retraite plus faibles que les hommes.

Le développement économique autour du vieillissement ou « silver économie » touche différents secteurs tel que, la préservation du capital santé, le bien-être, le tourisme, les relations sociales, la mobilité, le logement avec l'aide au maintien à domicile ou le placement en hébergement collectif, les aménagements des espaces publics, l'aide aux aidants. En Occitanie c'est au global 213 348 emplois. Les métiers des aides à domicile et aides ménagères sont les plus représentés avec 23 000 postes mais sur différents statuts en fonction de l'organisme qui les emploie. Il serait souhaitable qu'il y ai une logique de branche professionnelle, tant sur le plan de l'emploi et des métiers, du recrutement, de la formation initiale et continue, mais aussi sur celui d'accords de branche et de mise en place d'instance paritaires. De plus, l'inégalité entre les différents départements se fait sentir. Il en est de même sur l'accès aux soins qui se densifie sur les métropoles et les zones périurbaines.

Ce n'est qu'après la seconde guerre mondiale, avec la création de la Sécurité Sociale et l'adoption du principe de retraite par répartition que le législateur va considérer les personnes âgées comme un corps social faisant l'objet de politiques publiques. Cependant, les différents transferts de compétences de l'Etat vers les Collectivités Territoriales vont renforcer le rôle et les responsabilités principalement des Départements dans le champ de l'action sociale en faveur des personnes âgées.

Suite au constat de l'existence d'inégalités entre les territoires, quelle place pour la personne âgée et quelles politiques publiques s'y rapportant peuvent être mises en œuvre en région Occitanie notamment en matière d'harmonisation ?

Quel est le rôle et quelle est la place des intervenants, aidants ou professionnels ? Quelles réponses aux difficultés qu'ils rencontrent ?

Les préconisations détaillées dans ce projet d'avis visent à répondre à ces questions à partir d'une analyse démographique, puis d'une approche socio économique, d'une étude des conditions de logement et des risques d'isolement social. Le but est bien entendu de mettre en œuvre des stratégies économiques et sociétales qui sont autant de facteurs d'harmonisation, de stabilité et d'avenir pour la Région Occitanie.

Le groupe Force Ouvrière votera ce projet d'avis.

Intervention de Monsieur Miguel COSTA CLARO

Pour la CFDT-UNSA

Madame la Vice-Présidente de la Région, représentante de Madame la Présidente de la Région
Monsieur le Président du CESER,
Mesdames les conseillères, Messieurs les Conseillers,

Notre société est en pleine mutation, la prise en charge de nos aînés reste et restera au cœur des débats nationaux, régionaux et départementaux.

L'avis du CESER d'Occitanie, porte sur les enjeux du vieillissement dans notre région, mais la CFDT et UNSA se questionnent sur la perception et la responsabilité du vieillissement par la société.

- Notre société est essentiellement axée sur le jeunisme et on oublie que le vieillissement est un stade de la vie humaine inévitable qui se doit d'être anticipé et non rejeté.
- Les anciens sont vus comme une lourde charge qui pèse sur notre société cependant, ils ont œuvré à la construction de notre avenir, grâce à leur histoire, leur vécu, leur point de vue, leur sensibilité, leur savoir... tout cela nous devons le préserver et nous en soucier.

Les seniors sont des individus avec des droits, tels que :

- le droit à la dignité,
- le droit à la communication,
- le droit à la sécurité,
- le droit de liberté d'opinion,
- le droit à l'intimité,
- le droit à un logement décent,
- le droit au respect,
- le droit à la bienveillance en toute circonstance,
- le droit au maintien à l'autonomie (quand celle-ci est possible)
- le droit d'accès à l'offre de santé...

Tous ces droits doivent être maintenus et défendus mais comment le vérifions-nous ?

C'est notre devoir moral qui nous impose de veiller à ce que les seniors vieillissent dans la dignité.

Un vieillissement assumé de la population par une politique concrète, c'est l'assurance de la transmission des valeurs citoyennes aux générations futures qui favorisera les liens intergénérationnels et solidaires.

Nous nous flattons de vivre dans le pays des droits de l'homme mais concernant le sort des seniors, nous préférons souvent rester muets, nous rendant ainsi complices de la dégradation de leur prise en charge qui pourtant devrait être une préoccupation majeure pour nous tous.

L'avis du CESER sur les enjeux du vieillissement en Occitanie, est riche dans les thèmes examinés mais cependant pour la CFDT et UNSA il reste un point que nous n'avons pas pu aborder : **LE FINANCEMENT.**

Le financement est essentiel à toutes les mesures et actions au profit des seniors et tout cela représente un coût certain ; cependant si nous souhaitons un accompagnement de qualité, nous ne pouvons en ignorer le coût et nous nous devons de l'assumer tous ensemble.

Parallèlement aux enjeux du vieillissement de la population, il y a notre responsabilité vis-à-vis des personnes qui accompagnent et prennent soin des seniors.

Actuellement certaines mesures existent mais elles sont insuffisantes tant sur le plan humain que financier.

Nous devons tous ensemble, valoriser et reconnaître l'importance des accompagnants et des soignants qui interviennent auprès des seniors.

Cette valorisation et cette reconnaissance devront passer par :

- Un nouveau regard sur ces professionnels pour redonner du **SENS** à leur métier,
- Des véritables formations professionnelles,
- Une revalorisation de leur salaire,
- Une reconnaissance de leurs compétences acquises auprès d'un public fragilisé qui nécessite de grandes qualités humaines indéniables.

La CFDT et UNSA rappellent que les professionnels sont arrivés aujourd'hui à une situation difficilement supportable, d'où la nécessité de reconsidérer leurs conditions de travail et leur environnement qui se dégrade du fait de facteurs multiples.

La CFDT et UNSA voteront favorablement pour cet Avis.

Merci de votre attention.

Intervention de Madame Chantal GRIN

Pour la CGT

Monsieur le Président du CESER,
Madame, Monsieur le Vice-Président de la Région,
Mesdames, Messieurs les conseillers,
Mesdames, Messieurs,

Les décisions nationales ignorent les spécificités territoriales et nient les besoins réels des populations.

On le voit bien dans le nouveau plan national de santé. Il annonce, dans un premier temps, la centralisation des lits chirurgicaux n'accordant que des lits de médecine aux hôpitaux locaux, pourtant dernier recours des populations rurales. Population où l'on retrouve le plus fort taux de personnes âgées.

Cet éloignement géographique génèrerait un coût en transport sanitaire et une affluence dont rien dans ce plan ne certifie que l'intérêt humain soit le premier objectif.

A moins de démontrer que la personne âgée des territoires ruraux soit à l'abri d'interventions chirurgicales, ces décisions sont une atteinte aux droits du malade.

Nos inquiétudes sont légitimes quand le plan prévoit des décisions **par ordonnances** balayant toute concertation et ne priorisant que l'objectif comptable.

Il faut un état des lieux des besoins réels et une réponse à la hauteur de ces besoins qui inclut la valeur *qualité du soin*.

La réforme de l'hébergement en institution devrait s'inscrire dans une approche globale de la prise en charge collective de la perte d'autonomie.

Pour bien comprendre, citons un exemple d'actualité : le CHIVA (Centre Hospitalier Intercommunal des Vallées de l'Ariège). La réaffectation des lits verra finalement la suppression de 54 lits dont 34 d'EHPAD. Pour le groupe CGT c'est INACCEPTABLE !!! Cela démontre bien la contradiction entre les politiques nationales et les besoins de nos territoires que nous avons préconisés dans cet avis.

Les politiques d'austérités budgétaires ont entraîné :

- La déqualification des métiers par les glissements de tâches,
- Les dérogations sur une durée du travail toujours plus exigeante,
- Un épuisement professionnel qui progresse,
- Des professionnels qui n'ont plus les moyens d'être bien traitants,
- Une médecine du travail sous-dotée.

Autant de conséquences qui n'éveillent plus les vocations et font fuir les professionnels de santé qui quittent le métier.

Nous sommes les héritiers d'un système de protection sociale issu du CNR. Mis en place par Ambroise Croizat avec la création de la Sécurité Sociale qui garantit des droits collectifs pour une protection sociale de la naissance à la mort et à travers la solidarité nationale. Ce système est de plus

en plus détricoté par le seul objectif de rentabilité, alors qu'il devrait et pourrait nous permettre de bien vivre et bien vieillir.

Cet avis est le fruit d'un travail accompli respectueusement par **l'ensemble** des collègues qui de par leur complémentarité va fournir au Conseil Régional d'Occitanie un outil de qualité dont il a le devoir de s'emparer.

Nous tenons à remercier le travail rigoureux et précieux de M. Francis DECOUCUT rapporteur, de M. Georges BENAYOUN président de la commission 7, de Caroline HONVAULT et de Fatima BENMEHDI pour leur réactivité et leurs travaux de rédaction, ainsi que tous les membres de la commission.

Le groupe CGT votera cet avis.

Intervention de Madame Anne-Rose LE VAN

Pour Solidaires

Madame la Vice-Présidente du Conseil Régional
Monsieur le Président du CESER
Mesdames les Conseillères et Messieurs les Conseillers
Mesdames et Messieurs,

Mes collègues et moi tenons à remercier Fatima Benmehdi et Caroline Honvault pour leur disponibilité et leur engagement.

Nous abordons ici un des problèmes majeurs du vieillissement : l'accueil et les conditions de vie des personnes âgées.

Nous reprendrons simplement ici l'expression de notre syndicat Solidaires du secteur santé-social sur la situation dans les établissements accueillant nos parents ou proches vieillissants...car il y a et il y aura des situations où l'EHPAD reste la seule possibilité :

« Depuis des années, la presse relaie les luttes des salarié-es, mettant en lumière la situation dégradée des établissements prenant en charge les personnes âgées. Les politiques d'austérité budgétaire successives ont transformé ces lieux de vie en mouvoir pour les résident-es et en lieux de souffrance pour les personnels qui y travaillent.(...) Devons nous accepter que l'un-e de nos proches :

- *ne soit douché-e que tous les 15 jours,*
- *ne bénéficie que de moins de 10 minutes par toilette,*
- *ne soit pas levé-e par manque de personnel,*
- *que le ménage de sa chambre ne soit pas fait,*
- *que ses repas soient vite expédiés et stressants au risque d'une fausse route et alors que ces moments devraient être conviviaux et agréables.*

C'est le résultat de la mise en place de procédures dites dégradées qui deviennent le quotidien !

*Les familles n'osent que trop rarement se plaindre du fait de la difficulté à trouver une place pour leur parent-e et par crainte de représailles sur leur ainé-es. Nous savons que les personnels hésitent à lancer l'alerte de peur de perdre leur emploi. **La souffrance du personnel et des résident-es dans les EHPAD est alarmante. (...)** Les conclusions d'un rapport parlementaire sur les EHPAD confirmaient ces conditions de travail particulièrement dramatiques tant d'un point de vue physique que psychologique !*

Les faits parlent d'eux même :

- **2 fois plus d'accidents de travail par rapport à la moyenne nationale.**
- **Trop faible encadrement médical.**
- **Pas d'infirmier-e la nuit.**
- **Turn over important.**

L'asphyxie financière du service public, du secteur privé non lucratif et le manque de places dans les structures se fait au profit de la marchandisation du soin vers le secteur privé lucratif (Korian, Orpea...). Malgré les prix payés par les familles ou les résident-es, le secteur privé lucratif n'est pas en reste.

(...) Au cœur du problème : un secteur sous-financé et un gouvernement qui organise le transfert d'un "marché de la silver economy (sic) estimé à 130 milliards d'euros en 2020 à des multinationales cotées en bourse plutôt que renforcer et développer un service public. L'entreprise Korian - 3,1 milliards de chiffre d'affaire en 2017 – incarne tout particulièrement les choix politiques des derniers gouvernements. (...)

Les organisations syndicales qui y sont présentes et actives refusent de laisser passer les maltraitances que subissent les usager-es. Et donc les dénoncent. Même si cela signifie des tensions avec un employeur qui a l'œil rivé sur le cours de la bourse (l'action Korian a gagné 21% depuis 5 ans).

A titre d'illustration concrète en ce mois de février 2019 dans un établissement de l'Yonne trois représentantes du personnel viennent d'être convoquées à un entretien préalable à sanction. Une déléguée syndicale est même mise à pied à titre conservatoire et la sanction pourra être un licenciement. (...) Il y a quelques mois une salariée à Marseille a dénoncé la situation dans une émission de radio. Elle a été convoquée et licenciée dans la foulée. Cette inadmissible attaque frontale survient alors que cette équipe syndicale a dénoncé des faits de maltraitance dans son établissement il y a quelques mois. (...)

Le 17 janvier dernier les représentants-e-s des salarié-e-s au Comité d'Entreprise de Korian des syndicats CGT, SUD, CFDT, FO ont dénoncé cette procédure. ».

Nous voterons cet avis qui balaie tous les enjeux du vieillissement, pour Solidaires le premier enjeu se situe bien dans la résolution du grave problème posé par nos camarades.

Intervention de Madame Marie-Laure CAMBUS

Pour le groupe Associations et Territoires

Madame la Vice-Présidente,
Monsieur le Président du CESER,
Mesdames, Messieurs les Conseillers,

J'interviens au titre du groupe Associations et territoires.

Tout d'abord je tenais à saluer au titre de ce groupe, le travail réalisé par le rapporteur Francis DECOUCUT, par la chargée de mission Caroline HONVAULT et par l'assistante Fatima BENMEHDI qui ont permis de réaliser un rapport de qualité.

Nous saluons cet avis bien construit. Il aurait pu ne se focaliser que sur les aspects de santé, mais il a réussi à éviter cet écueil en ayant une vision plus globale du vieillissement à travers un prisme très humain, recherchant l'épanouissement des personnes âgées et reconnaissant le travail réalisé par les accompagnants, qu'ils soient du milieu familial, salariés d'associations, ou du corps médical.

Le groupe Associations et Territoires tient à souligner la part belle laissée à l'engagement des personnes âgées dans les associations. L'avis souligne l'importance et la diversité de cet engagement citoyen pour faire « cité ».

Nous souhaitons également saluer des propositions qui nous semblent tout à fait pertinentes, notamment celles qui s'appuient sur la conception universelle pour aménager les espaces publics, et visent à promouvoir des espaces de vie collective mutualisés et accessibles à tous, favorisant ainsi la mobilité douce des personnes âgées, et les espaces de rencontre, par exemple.

Cet avis a également souhaité mettre l'accent sur le recul de l'entrée en institutions, le maintien à domicile dans de bonnes conditions matérielles et humaines. Pour cela, il préconise la création d'un guichet unique porté par les conseils départementaux qui permettrait de rendre plus accessibles aux personnes âgées les différents dispositifs d'aides, et ainsi de bénéficier de dispositifs d'adaptation du logement par exemple.

Les conditions du mieux-vivre des seniors passent également par un accès à des activités physiques adaptées, afin de prévenir les fragilités. Là aussi le monde associatif est un partenaire incontournable des activités de sport-santé, mais également d'activités culturelles dans tous les territoires.

Le groupe Association soutient les préconisations qui visent à renforcer la notion de vivre ensemble, que cela soit par le biais d'habitats inter-générationnels ou de partage des connaissances et savoir-faire auprès des jeunes, notamment dans le milieu scolaire, pour faire vivre la mémoire.

Enfin, le recul de l'entrée en institutions passe par le maintien à domicile grâce à un accompagnement humain adapté aux besoins, par des modes d'hébergements intermédiaires, ou la généralisation des Services Polyvalents d'Aide et de Soins à Domicile.

Par ailleurs, si les professionnels font un travail remarquable, les aidants familiaux doivent également être soutenus et reconnus, par des formations, des groupes de parole, par du temps dégagé, ou autre type d'aide. Le rapport souligne également la nécessité de former les aidants et les professionnels à la gérontologie, afin d'être mieux armés face-aux troubles du comportement ou de la maladie d'Alzheimer.

Enfin, l'avis se penche sur le problème de l'attractivité des métiers qui gravitent autour des personnes âgées, et dresse deux préconisations visant à redonner plus de reconnaissance sociale et financière aux professionnels.

En résumé cet avis bien organisé, dont nous partageons les préconisations, doit également être accompagné d'un soutien des associations dans les territoires afin de permettre cet accompagnement des personnes âgées dans le vieillissement et l'épanouissement.

Le groupe Associations et Territoires votera cet avis.

Intervention de Monsieur Dominique MICHEZ

Pour le groupe Santé-Logement-Cohésion Sociale

Madame la Vice-Présidente de la Région Occitanie,
Monsieur le Président du CESER,
Chers Collègues Conseillers,
Mesdames, Messieurs,

Les membres du groupe SANTE, LOGEMENT-COHESION SOCIALE (SLC) se sont fortement investis dans la rédaction de ce avis et notamment son rapporteur Francis Decoucut, aux cotés de leurs collègues de la commission 7. Je tiens donc tout d'abord à vous rassurer : ils voteront cet avis. Mais le groupe SLC tient à insister sur six axes fondamentaux dans les enjeux du vieillissement :

- Il rappelle tout d'abord que la région Occitanie comporte actuellement dans sa population une proportion de personnes âgées plus importante que la moyenne nationale. Le groupe SLC considère donc qu'il faut prendre le problème du vieillissement à bras le corps au regard de l'évolution de la population occitane dans les trente prochaines années visée dans le rapport ;
- Ensuite, il faut permettre, par un accompagnement renforcé des personnes âgées à leur domicile, de leur conserver le plus longtemps possible le choix de leur mode de vie. La création des fonctions de coordonnateurs prévue par le rapport devrait grandement faciliter cette orientation pour aider à construire une prise en charge adaptée ;
- Puis, il s'agit de préserver le capital autonomie et la qualité de vie des personnes âgées par des actions de prévention permettant par exemple d'éviter les chutes (8700 décès par an), notamment par l'aménagement des logements ;
- Par ailleurs, il est grand temps de reconnaître le rôle des aidants et de les soutenir afin d'éviter qu'ils ne se replient sur eux-mêmes et se mettent en difficulté.
- Le groupe SLC insiste également sur la lutte contre l'illectronisme. A une époque où toutes les démarches officielles ou personnelles se numérisent, les personnes âgées doivent maîtriser ces nouveaux supports de communication pour « ne pas rester sur le quai de la gare en regardant passer les trains ».
- Enfin, notre groupe note que le problème du financement du vieillissement n'est pas traité dans l'avis. Mais il a également noté que cette problématique est ressortie dans de nombreuses auditions. Ceci démontre le caractère criant du manque de moyens tant au domicile qu'en EHPAD et l'impérieuse nécessité qu'il y aura dans un proche avenir de faire jouer la solidarité nationale.

Notre souci dans la rédaction de cet avis était bien de soutenir les personnes âgées dans une nouvelle phase active de leur vie, de les insérer pleinement dans un rôle social de passeurs de mémoire et « de donner de la vie aux années plutôt que des années à la vie ».

Je terminerai en constatant que ce premier avis de la Commission 7 nouvelle mandature nous a permis de nous connaître au sein de la commission, d'échanger tout à fait librement grâce à des auditions intéressantes et comme c'est toujours le cas au CESER de nous enrichir de nos différences. Merci enfin à Fatima et à Caroline pour l'aide apportée dans les réunions, pour leur disponibilité et pour leur patience. Et bravo au président de la Commission 7 Georges Benayoun d'avoir pris sur lui pour maîtriser la technique des visio-conférences afin de diminuer les déplacements des uns et des autres car ce n'était pas forcément son inclination première. Je vous remercie de votre écoute.

CESER Occitanie / Pyrénées - Méditerranée

Siège

18, Allées Frédéric Mistral
31077 Toulouse Cedex 4
Tél. 05 62 26 94 94
Fax 05 61 55 51 10
ceser@ceser-mip.fr

Site de Montpellier

201, Av. de la Pompignane
34064 Montpellier Cedex 2
Tél. 04 67 22 93 42
Fax 04 67 22 93 94
ceser@laregion.fr

www.ceser-occitanie.fr



Avec Ecofolio
tous les papiers
se recyclent.

**Conseil Economique, Social et Environnemental Régional
Occitanie / Pyrénées-Méditerranée**