

**DEPENDANCE : COMMENT MIEUX VIVRE ENSEMBLE PLUS LONGTEMPS  
EN PAYS DE LA LOIRE ?**

Commission "Santé – Social"

**Session du 15 avril 2011**

**SOMMAIRE**

Préambule .....	3
Introduction.....	5
<b>1 Un impératif : changer le regard sur la dépendance ou le vieillissement et retarder l'arrivée de la perte d'autonomie.....</b>	<b>7</b>
1.1 Une vision incapacitaire de la dépendance à transformer .....	7
1.1.1 L'origine franco-française de la vision incapacitaire de la dépendance .....	7
1.1.2 Une révolution copernicienne nécessaire.....	7
1.2 Une vision erronée du vieillissement : plus tout jeune mais pas si vieux !.....	9
1.2.1 La vieillesse : pas forcément un fardeau .....	9
1.2.2 Quelques recommandations pour un seul objectif : mieux vieillir en bonne santé et plus longtemps.....	10
1.2.3 Une spécificité de la région des Pays de la Loire, peut-être à généraliser ? La mise en place d'un Gérontopôle .....	14
<b>2 Adaptation de l'offre de services aux besoins des personnes dépendantes et de leurs familles, 16</b>	<b>16</b>
2.1 L'offre de services et d'hébergement existante en Pays de la Loire .....	16
2.1.1 Modélisation de la prise en charge de la personne âgée .....	16
2.2 Les besoins existants, les perspectives et les initiatives a soutenir.....	17
2.2.1 Les besoins recensés .....	17
2.2.2 Perspectives et initiatives à soutenir.....	18
<b>3 Place respective et rôle des différentes formes de solidarité, notamment familiales, territoriales ou nationales, permettant de faire face aux situations de dépendance .....</b>	<b>21</b>
3.1 Créer enfin un statut de l'aidant !.....	21
3.2 Mettre fin aux disparités de traitement entre départements.....	22
3.3 Revaloriser les métiers de service à la personne âgée et/ou dépendante .....	23
<b>4 Modalités de financement des dépenses liées à la dépendance .....</b>	<b>25</b>
4.1 Un principe : le droit universel pour la compensation de la perte d'autonomie .....	25
4.2 Des possibilités supplémentaires .....	25
<b>5 Annexe : la situation des Pays de la Loire .....</b>	<b>26</b>
5.1 Les chiffres connus issus des études passées .....	26
5.2 Les projections démographiques.....	28
5.3 La prise en charge par les départements : une forte hausse des dépenses liées à l'APA .....	29
5.4 L'offre de services existante en Pays de la Loire .....	30
5.4.1 L'offre de service d'hébergement médicalisée existante .....	30
5.4.2 L'offre de services à domicile existante .....	31

## Dépendance : comment mieux vivre ensemble plus longtemps en Pays de la Loire ?

Commission "Santé, social"  
Rapporteur : Mme Sandra MARGERIE

*Entendues les interventions de Mme Sophie QUESNE-RICHET (CGT), M. Bernard VINSONNEAU (CFTC), Mme Michèle DELAGNEAU (CCIR), MM. Christian FRADET (CGT-FO), Dominique DUCLOS (UNSA), Mme Édith LENAIN (UPAR), M. Gilles BREGEON (Retraités et Personnes âgées), Mme Nicole NOLAND (CFDT), M. Daniel CHARDAIRE (URIOPS) et Mme Hélène SOCQUET-JUGLARD, Présidente de la Commission 2 "Santé - Social"*

**72 votants. Adopté par :**

**Pour : 65**

Abstentions : 7

### Préambule

Par courrier du 1<sup>er</sup> février 2011, le Président du CESE national a souhaité associer l'ensemble des Conseils économiques sociaux environnementaux régionaux aux travaux engagés sur le thème de la dépendance des personnes âgées pour faire suite à la demande du Premier Ministre de "recueillir l'avis du CESE sur les principaux enjeux auxquels doit faire face notre système de prise en charge de la dépendance et sur les différentes évolutions envisageables." Plusieurs thèmes sont mis au débat :

- place des personnes âgées dans la société et regard porté sur la dépendance ;
- place respective et rôle des différentes formes de solidarité, notamment familiales, territoriales ou nationales, permettant de faire face aux situations de dépendance ;
- adaptation de l'offre de services aux besoins des personnes dépendantes et de leurs familles ;
- modalités de financement des dépenses liées à la dépendance.

Le Conseil économique social environnemental des Pays de la Loire souhaite, avant d'apporter sa contribution, faire état de son regret que le débat ne soit engagé au niveau national qu'en termes de prise en charge des personnes âgées.

En effet, pour lui, la dépendance est la "*situation d'une personne qui dépend d'autrui*", ce qui peut être reformulé par "*relation de réciprocité en situation asymétrique*". Dans ce cadre, quatre situations de dépendance auraient pu être répertoriées et faire partie des échanges : la petite enfance, la situation de handicap, les personnes en maladie de longue durée invalidantes, la dépendance du grand âge. Du reste la loi n°2005-102 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, en date du 11 février 2005, est allée en ce sens, en incluant la dépendance des personnes âgées dans la définition du handicap et en annonçant dans son article 13 que "*dans un délai maximum de cinq ans, les dispositions de la présente loi opérant une distinction entre les personnes handicapées en fonction de critères d'âge en matière de compensation du handicap et de prise en charge des frais d'hébergement en établissements sociaux et médico-sociaux seront supprimées*". Les décrets d'application sont toujours attendus.

## CONSEIL ECONOMIQUE SOCIAL ENVIRONNEMENTAL DES PAYS DE LA LOIRE

Assimiler ces situations sous le même paradigme aurait présenté des aspects positifs. Cela aurait permis d'insister sur l'importance de la relation en situation de dépendance et non pas seulement sur une vision individuelle et incapacitaire. Cela aurait aussi permis de réfléchir à la question de l'accès et du maintien de l'autonomie à tout âge : s'il est acquis aujourd'hui de valoriser l'autonomie d'action des plus jeunes, ou des personnes en situation de handicap, en est-il toujours de même pour nos aînés ? Cela aurait également permis de supprimer la référence à l'âge et ainsi mieux prendre en compte les situations individuelles...tout au long des parcours de vie, alors que la réglementation actuelle – en particulier la séparation de la question du handicap et des personnes âgées – consacre un dispositif discriminatoire en fonction de l'âge (plus ou moins 60 ans) de la personne.

Compte-tenu des délais et de l'ampleur de la tâche, le Conseil économique social environnemental des Pays de la Loire a choisi de centrer sa contribution sur la question des personnes âgées dépendantes et sera attentif à son élargissement dans le futur.

## Introduction

Même s'il convient toujours d'être prudent en termes de statistiques démographiques, selon les récentes projections de l'INSEE, en 2040, près du tiers de la population ligérienne aurait 60 ans ou plus, contre un peu plus d'une personne sur cinq en 2007. La croissance de cette classe d'âge, de 83 %, serait en outre la plus forte des régions métropolitaines, accentuée, si cela se confirmait, par la forte attractivité des départements du littoral.

Ce constat doit avant tout être vécu de façon positive. Au niveau individuel, l'allongement de la durée de la vie de nos aînés est une très bonne nouvelle et il convient de s'en réjouir, d'autant que l'espérance de vie dite en bonne santé progresse.

De plus, il ne s'agit pas non plus d'être catastrophiste. Contrairement à une idée reçue, il ne faut pas s'attendre à une explosion du nombre de personnes âgées dépendantes ces prochaines années et la probabilité de connaître, au cours de sa vie, un état de dépendance, devrait rester faible, même pour les personnes âgées. L'âge moyen d'entrée en dépendance est aujourd'hui de plus de 83 ans et a tendance à reculer. Non seulement le risque est faible, mais pour la majorité des actifs, il paraît encore très lointain. Par ailleurs, selon la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), 3,3 % de la population des 60-79 ans se trouvait en 2008 en état de dépendance, 13,7 % des plus de 80 ans, et "seulement" 35 % des plus de 95 ans.

Autrement dit, ce sont en France 800 000 seniors aujourd'hui en état de dépendance, et d'ici 2040, d'après les estimations de l'INSEE, 1,2 millions de personnes. Rapportées à la région des Pays de la Loire, les personnes âgées dépendantes passeraient d'environ 55 000 en 2008 à 78 000 en 2040 (chiffre à confirmer en 2012 par l'INSEE). Enfin, il ne faut pas mésestimer les incertitudes majeures liées, qui à l'évolution de l'état de santé de la population : quid des influences environnementales ou nutritionnelles sur la santé des personnes à long terme ? Quid des progrès de la médecine, notamment dans le traitement de la maladie d'Alzheimer ?

Toutes ces estimations doivent cependant être prises avec d'autant plus de précaution qu'elles sont d'ores et déjà remises en cause par d'autres projections émanant du groupe de travail mis en place par le gouvernement sur la prise en charge de la dépendance qui évoquent 2,3 millions de personnes âgées dépendantes en France en 2060 !

En tout état de cause, quelles que soient les hypothèses, il s'agira bien d'accueillir et de prendre soin de bien davantage de personnes dépendantes qu'aujourd'hui. Par ailleurs, les attentes de ces personnes, que ce soit en termes d'habitat, de santé et de services, évoluent. Enfin, compte-tenu du vieillissement global de la population, la demande de services liée à la dépendance et à sa prévention – essentielle si l'on veut pouvoir faire diminuer le taux de prévalence ou le report en âge de l'entrée en dépendance la plus lourde – va augmenter, pour autant que les revenus disponibles pour la financer existent.

Aussi, pour le Conseil économique social environnemental régional, la question du grand âge, au cœur du débat public et de la saisine du CESE national, doit-il être appréhendée de façon optimiste et volontariste, en mesurant en premier lieu la chance et la richesse que peuvent apporter à notre société nos aînés, acteurs essentiels de la vie sociale et économique de notre pays. Il s'agit de savoir comment nous pouvons mieux vivre ensemble plus longtemps et faire preuve d'inventivité pour permettre à désormais plus de quatre générations de cohabiter et de s'entraider sur un même territoire, et de retarder, au plus tard possible, l'entrée - si jamais elle doit avoir lieu - en dépendance.

Les conséquences du vieillissement de la population dépendront des réponses sociales et politiques qui y seront apportées. Saurons-nous collectivement répondre à cette hausse de la demande de services ?

Avec quelle offre de prestations au plus proche des besoins des personnes ? En sollicitant quels acteurs et quelle coordination entre professionnels et/ou aidants naturels ? En imaginant et en promouvant quels métiers et quelles formations pour prendre soin de nos aînés ? Et surtout, en laissant quelle place, quel rôle et quelle autonomie à la personne âgée, dans son parcours et son choix de vie et en portant quel regard sur son vieillissement, sa dépendance, notre propre finitude et au final notre interdépendance ?

Cette hausse de demande de services à venir est également à appréhender en termes de coûts mais aussi de création de richesses et de marché. La création d'emplois non délocalisables, l'émergence de nouveaux métiers ou de nouveaux marchés, la transformation de l'habitat ou des transports pour les adapter au changement démographique, sont autant d'opportunités de développement de richesses qui doivent profiter à tous. Permettre la solvabilité de la demande de services des personnes âgées, apporter des solutions équitables au financement de la dépendance, c'est aussi apporter à l'économie un souffle dont elle a besoin. Certaines situations ne peuvent plus perdurer. Ainsi, dans le domaine par exemple de l'hébergement des personnes âgées très dépendantes, la demande est supérieure à l'offre ce qui tend à faire monter les prix, et crée pour les familles des restes à charge parfois insurmontables. Idem pour l'inadéquation entre l'offre et la demande sur le marché du travail lié à la dépendance : l'image des métiers reste encore défavorable, peu qualifiés et peu techniques, émiettés et insuffisamment inscrits dans des trajectoires professionnelles valorisantes. Seules des politiques publiques, au travers de services publics ou privés en phase avec les besoins, permettront d'apporter la régulation nécessaire et l'égalité de traitement entre les personnes et les territoires. Selon les réponses apportées et les choix effectués, il s'agira de garantir ou non des mécanismes de solidarités intergénérationnelles, territoriales ou nationales.

Plus qu'un long rapport sur le sujet, le Conseil économique social environnemental régional a souhaité mettre en exergue dans sa contribution à la réflexion du CESE national et aux débats sur le territoire régional initiés par le Préfet de Région et l'Agence régionale de santé, les besoins de la région tels qu'il les perçoit, les meilleures pratiques telles qu'il les rencontre, les initiatives qui seraient à reprendre ou soutenir au niveau national.

## 1 UN IMPERATIF : CHANGER LE REGARD SUR LA DEPENDANCE OU LE VIEILLISSEMENT ET RETARDER L'ARRIVEE DE LA PERTE D'AUTONOMIE

Encore aujourd'hui en France, la personne âgée et, qui plus est, la personne âgée dépendante, est le plus souvent perçue au travers de ses incapacités et/ou de ses pathologies et le ressent bien comme tel, au point que cela perturbe parfois le déroulement de sa vie de tous les jours.

### 1.1 UNE VISION INCAPACITAIRE DE LA DEPENDANCE A TRANSFORMER

#### 1.1.1 L'origine franco-française de la vision incapacitaire de la dépendance

L'origine de ce fait remonte à la définition médicale de la dépendance issue des années 1970. Elle a connoté négativement cette dernière comme une incapacité à vivre seul et un asservissement. La loi de 1997 a officialisé cette vision : *"la dépendance est définie comme l'état de la personne, qui, nonobstant les soins qu'elle est susceptible de recevoir, a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie, ou requiert une surveillance régulière."* Cette définition renvoie à un état essentiellement individuel et biologique, avec en retour des réponses d'abord curatives, médicales et individuelles.

Dans ce contexte, rien d'étonnant à ce que la mesure de la dépendance, ait elle aussi été pensée autour de celle d'un état d'incapacité. On parle ici bien sûr de la grille AGGIR (Autonomie gérontologique groupes iso-ressources) qui permet d'établir la perte d'autonomie d'une personne âgée selon dix variables (voir tableau ci-dessous) et d'apporter en réponse une même "mobilisation de ressources" selon le groupe auquel la personne appartient (seule l'appartenance aux quatre premiers groupes ouvre droit à une Allocation personnalisée d'autonomie instituée en 2001, l'APA).

Outre le fait que la grille ne permet pas de décrire la complexité de la situation de la personne dans son environnement, et que, selon les territoires et les évaluateurs, les modes d'appréciation seraient parfois différents, c'est bien le regard porté sur la dépendance qui est en cause.

#### 1.1.2 Une révolution copernicienne nécessaire

Pour le Conseil économique social environnemental régional, il convient de promouvoir une vision non pas *"incapacitaire"* mais *"relationnelle"* de la dépendance. On qualifierait de dépendance toute *"relation de réciprocité mais en situation asymétrique"* entre une personne dépendante, celui qui y pourvoit et l'objet de pourvoyance.

Chaque variable peut être codée de trois façons :

A : la personne fait spontanément, seule, habituellement et correctement (cela suppose qu'il n'y ait pas d'incitation)  
 B : la personne fait partiellement ou non habituellement ou non correctement  
 C : la personne ne fait pas

Variable	Contenu
Cohérence	Converser, se comporter de façon logique et censée
Orientation	Se repérer dans le temps et les lieux
Toilette	Hygiène corporelle
Habillage	S'habiller, se déshabiller, se déplacer
Alimentation	Se servir et manger les aliments préparés
Elimination	
Transferts	Se lever, se coucher, s'asseoir
Déplacements à l'intérieur	Se déplacer avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant
Déplacements à l'extérieur	A partir de la porte d'entrée, sans moyen de transport
Communication à distance	Utiliser le téléphone, les sonnettes, les alarmes

Les six GIR sont les suivants :

GIR 1 : personnes confinées au lit ou au fauteuil ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale, qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants

GIR 2 : personnes confinées au lit ou au fauteuil dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante ou personne dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leurs capacités motrices

GIR 3 : personnes ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui nécessitent quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle

GIR 4 : personnes qui n'assument pas seules leur transfert mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent être aidées pour la toilette et l'habillage.

GIR 5 et 6 : personnes très peu ou pas dépendantes

Dans cette acception, le grand âge n'est pas la seule situation de dépendance envisageable. Trois autres causes de dépendance peuvent être répertoriées : la petite enfance, le handicap, la maladie de longue durée.

Première conséquence très concrète de ce changement de regard : il n'y aurait plus de "barrière d'âge" comme aujourd'hui où la loi du 11 février 2005 consacre un dispositif discriminatoire en fonction de l'âge. Il ne s'agirait pas de savoir si la personne a plus ou moins de 60 ans, peut être qualifiée de "*senior actif*" ou de "*grabataire*", mais de prendre en compte les situations individuelles, tout au long de la vie.

Deuxième conséquence concrète : les réponses à apporter à la situation de dépendance ne seraient plus seulement médicales, curatives et individuelles mais aussi préventives, collectives et correctives des inégalités des parcours sociaux.

Troisième conséquence : on considérerait, davantage que par le passé, la personne dépendante comme partie prenante de la relation de soin et de service et non plus uniquement comme seul objet d'une intervention sociale ou sanitaire. La perte d'autonomie ne serait plus vécue comme culpabilisante pour les personnes âgées et/ou leurs proches, et source de baisse de leur estime de soi – souvent facteur de chute de façon aggravée – mais bien perçue comme un moment de vie où faire prendre conscience aux personnes de leurs potentiels et continuer à respecter leur autonomie d'agir au-delà de leurs pathologies et de leurs dépendances, serait la norme.

Dernière conséquence : la grille d'évaluation de l'autonomie serait à modifier, à partir de la reconnaissance de l'ensemble des besoins et attentes de la personne dans son environnement :

- besoins physiologiques (dépendance des autres pour les satisfaire tout ou partie) ;
- besoins psychologiques avec en particulier la sécurité (de l'environnement, des moyens financiers, de la diminution de l'angoisse liée à l'approche de la fin de vie) ;
- besoins socio-affectifs (le relationnel) ;
- besoins d'estime de soi (être reconnu et apprécié des autres) ;
- besoins de réalisation de soi (continuer à s'enrichir personnellement et à s'adapter).

A minima, une équipe pluridisciplinaire serait à solliciter au moment du diagnostic et de l'élaboration du plan d'accompagnement avec un seul interlocuteur pour la personne et ses proches, évitant, comme cela est expliqué aujourd'hui par les professionnels, une succession de diagnostics : celui du médecin, de l'équipe du Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD), de l'équipe du Conseil Général, du Comité local d'information et de coordination (CLIC), de la Caisse d'assurance retraite et de santé au travail (CARSAT) ou de la Mutualité sociale agricole (MSA).

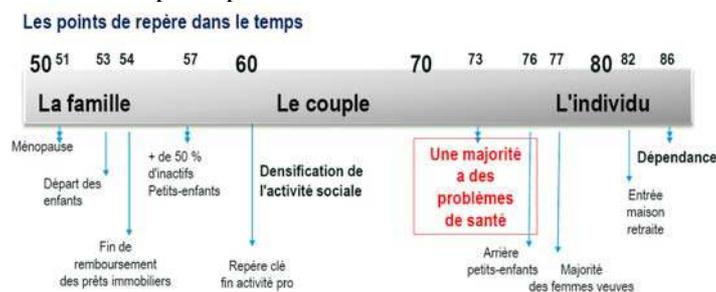
On peut noter que des évolutions vont en ce sens, en particulier au niveau juridique. Ainsi, la réforme des tutelles votée en mars 2007 et applicable au 1<sup>er</sup> janvier 2009, permet de distinguer les mises sous tutelle des personnes dont les facultés mentales sont altérées de celles qui nécessitent davantage un accompagnement social qu'une mesure de protection juridique. Enfin, elle met l'accent surtout sur le respect de la dignité des personnes protégées (en particulier la faculté désormais offerte à chacun de pouvoir choisir à l'avance les conditions de sa protection future, l'audition préalable de la personne à protéger, le réexamen systématique après 5 ans de la situation, la possibilité pour la personne, si son état le permet, de prendre seule les décisions qui la concernent, comme son lieu de résidence, l'opportunité ou non d'une intervention chirurgicale, etc.), ainsi que sur le renforcement des contrôles de l'exercice des tutelles. Par ailleurs, l'instruction de la grille AGGIR a été récemment modifiée par un protocole de remplissage plus adapté à partir des recommandations de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

## 1.2 UNE VISION ERRONNEE DU VIEILLISSEMENT : PLUS TOUT JEUNE MAIS PAS SI VIEUX !

### 1.2.1 La vieillesse : pas forcément un fardeau

Rappelons une vérité de La Palice : le vieillissement, c'est l'évolution normale de tout individu, et ce processus commence dès la naissance. Il touche chacun dans sa vie personnelle (les choix des uns ne sont pas ceux des autres), familiale (les incidents de la vie impactent plus ou moins l'ensemble de la famille) et dans ses rapports avec les autres. Quant à la vieillesse, elle est seulement une étape de ce processus conduisant à des fragilités croissantes au fur et à mesure de son déroulement et se terminant par la mort. Son déroulement et son vécu seront en partie fonction des questions que chaque individu se sera ou non posées en amont pour conserver, au-delà de son éventuelle perte d'autonomie, sa liberté de choix, mais également des choix que la société toute entière aura faits en ce sens.

Premier constat : l'âge n'est plus un indicateur de vieillesse. Au niveau individuel, une véritable révolution silencieuse se dessine : la fin des trois âges de la vie. Les points de repère temporels schématisés ci-dessous s'effacent peu à peu.



En effet, après la jeunesse et l'âge adulte (qui ne correspond plus d'ailleurs à l'âge de l'entrée sur le marché du travail), la vieillesse ne peut plus se définir par le seuil de la retraite et ne se réduit pas à la seule équation vieillesse = maladie = handicap = dépendance, car le temps de vie sans incapacité s'accroît. En fait, la sortie vers la retraite n'est plus la seule transition. Les transitions actuelles sont multiples (formation, emploi, chômage) et plus confuses ou réversibles (alternance emploi-chômage).

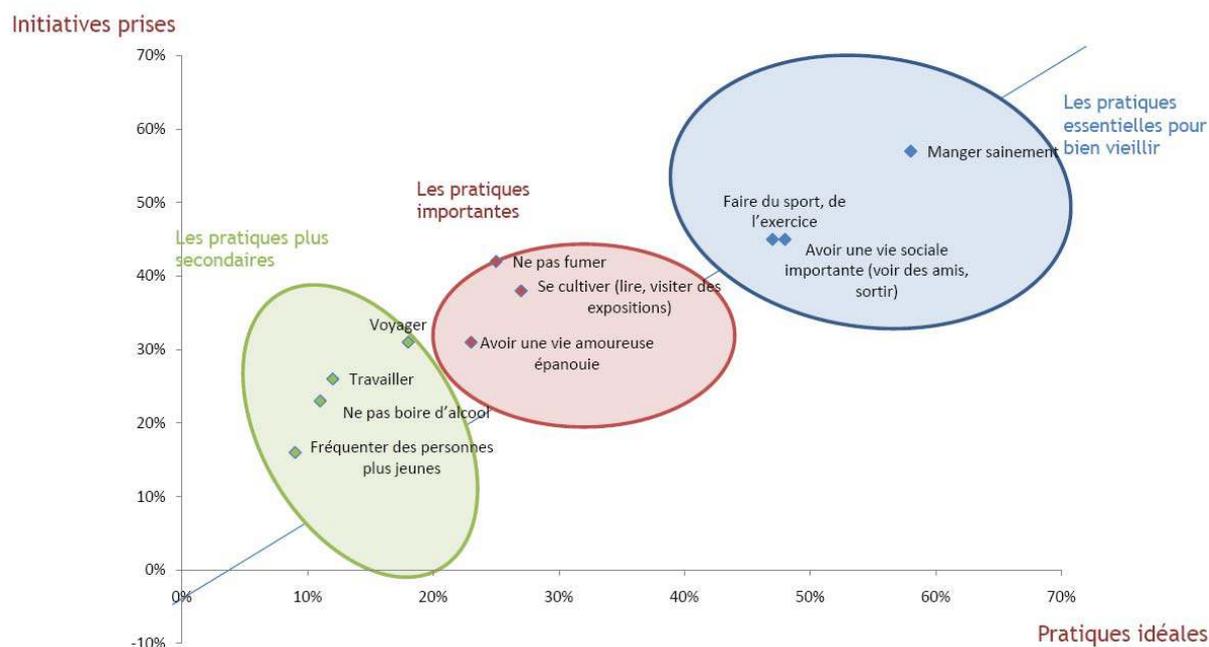
Les parcours de vie devenant plus flexibles et aussi plus individualisés, cette révolution ouvre la porte à de nouveaux temps individuels, associatifs ou familiaux. Aussi, ne correspondant plus à un public homogène, l'accompagnement du vieillissement (désormais non linéaire et différencié) et le regard porté sur cette étape de la vie, doivent changer et être anticipés différemment, en se distinguant d'une seule approche sanitaire et sociale ou calquée sur le même mode de vie rentable prôné pour l'actif.

Pour que la construction sociale puisse continuer à se faire, le regard porté sur le vieillissement doit, comme celui sur la dépendance, être multi-dimensionnel : biologique bien sûr, mais également psychologique, sociologique (prise en compte du parcours de vie de chacun et utilité sociale), fonctionnel (prise en compte des signaux d'alerte, prévention). Il ne s'agit pas de pousser le senior à vivre sa retraite et son vieillissement sur le même mode que celui prôné pour l'actif, celui de sa "rentabilité", au point que certains se sentent coupables de "coûter" à la société et à leurs enfants, et se sentent "inutiles".

## 1.2.2 Quelques recommandations pour un seul objectif : mieux vieillir en bonne santé et plus longtemps

Le graphique ci-dessous illustre les pratiques que les Français estiment idéales pour bien vieillir et les initiatives prises ou non en ce sens (sondage IFOP mars 2011). Deux questions ont été posées :

- "Selon vous, que faut-il faire avant tout pour bien vieillir ?"
- "Quelles sont, parmi les suivantes, toutes les initiatives que vous avez prises ces dernières années afin de bien vieillir ?"



Pour l'IFOP, le sondage s'analyse comme suit :

"62 % des Français pensent qu'il est difficile de bien vieillir "

"70 % des Français déclarent que « bien vieillir c'est vieillir en bonne santé » ce qui demande une bonne hygiène de vie et un environnement social et culturel riche"

"72 % des Français pensent que leur style de vie leur permettra de bien vieillir mais toutes les catégories socio-professionnelles ne sont pas égales devant le vieillissement".

Le « bien vieillir » repose presque exclusivement sur la notion de vieillissement en bonne santé (70 %). Les autres représentations interviennent de manière secondaire : 14 % des personnes interrogées considèrent que « bien vieillir » signifie avant tout vieillir actif, 8 % sans soucis financiers, et 8 % entouré.

Face au vieillissement, les différentes catégories de la population ne sont pas à armes égales : les personnes évoluant dans un contexte socio-professionnel aisé (cadres supérieurs, personnes aux revenus élevés) décrivent davantage un mode de vie en adéquation avec les recommandations pour bien vieillir que les personnes évoluant dans un contexte plus défavorisé (ouvriers, personnes aux faibles revenus). Que ce soit sur le plan de la santé physique (manger sainement, faire du sport, etc.) ou sur le plan de la santé psychique (se cultiver, voyager), elles prennent davantage soin d'elles-mêmes dans l'optique de s'assurer une bonne vieillesse.

Par ailleurs, lorsqu'elles n'adoptent pas les résolutions qui leur permettraient d'envisager sereinement le vieillissement, les personnes interrogées invoquent en premier lieu un manque de moyens financiers (33 %). 22 % évoquent un manque de temps, 16 % de volonté, 2 % d'équipement et 1 % d'information".

Au titre des principaux points de préconisations à mettre en avant, peuvent être cités :

### ***Une prévention renforcée***

Pour le Conseil économique social environnemental régional, l'accompagnement doit avoir lieu tout au long de la vie et au moment charnière que constitue le passage à la retraite afin d'aborder celui-ci dans les meilleures conditions possibles.

Rappelons que, plus en amont, la santé au travail et le suivi post professionnel doivent également être repensés dans le cadre du maintien dans l'emploi.

Des initiatives en Pays de la Loire

La Région des Pays de la Loire, dans son plan de lutte contre les discriminations, souhaite imaginer avec les entreprises des actions pour la non discrimination envers les seniors

Des mesures pour l'accompagnement à la préparation à la retraite devraient être envisagées, pour deux types de publics : ceux proches de la retraite (2 à 3 ans) et ceux arrivés depuis peu à la retraite (moins de 5 ans). Cela suppose l'intervention du législateur et un montage financier spécifique.

Des initiatives en Pays de la Loire

D'ores et déjà, le Comité départemental des retraités et personnes âgées (CODERPA) de Loire Atlantique a réfléchi aux actions que ce nouveau droit pourrait recouvrir :

- Stages de préparation à la retraite, pas centré uniquement sur le calcul financier de celle-ci, dans le cadre du Droit individuel à la formation (DIF) ;
- Actions de consolidation à la retraite, aujourd'hui proposées par certaines communes, mais à élargir à d'autres thématiques que celle de la santé ;
- Guide départemental d'accompagnement à la retraite élaboré par des équipes pluridisciplinaires ;
- Numéro vert pour les personnes, surtout pour rompre le sentiment de solitude qui peut parfois les assaillir.

### ***La systématisation du dépistage et la reconnaissance des "situations de fragilité"***

Aujourd'hui, une personne sur deux atteintes de la maladie d'Alzheimer ne serait pas diagnostiquée. Les médecins témoignent que seule une consultation mémoire permet de poser un diagnostic fiable. Or, sur le territoire régional, elles n'existent pas de façon homogène. Il conviendrait donc de multiplier l'existence des centres de dépistage, adossés à des établissements de soins ou médico-sociaux.

Plus largement, les personnes âgées peuvent également connaître des situations de fragilité, avant même la perte d'autonomie, qui doivent être autant de signaux d'alerte pour l'entourage. Des réseaux de santé autour de la basse vision ou du mal entendant existent et permettent de prévenir certaines situations de fragilité propres à l'avancée en âge. Mais d'autres situations de fragilité existent. Il conviendrait de les recenser et de former les professionnels à leur reconnaissance et à leur signalement.

Des initiatives en Pays de la Loire

La Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA), créée dans le cadre de l'avenant "Alzheimer" au schéma départemental des personnes âgées de la Sarthe, a pour objectif de renforcer la coordination de tous les intervenants : Conseil Général, CLIC, Centre communal d'action sociale (CCAS), SSIAD pour la prise en charge et l'accompagnement des malades d'Alzheimer et leurs familles.

C'est autant une porte d'entrée unique d'accès aux soins et aux services qu'un lien de coordination de l'ensemble des acteurs sociaux et médico-sociaux.

***La valorisation de toutes les activités sociales***

Prévenir et retarder l'entrée dans la perte d'autonomie suppose que les personnes maintiennent le plus longtemps possible des activités sociales, sportives, culturelles, de groupe, de bénévolat, l'âge de la retraite passée. Il convient de soutenir les initiatives locales en ce sens.

***L'attention portée aussi à la réduction de l'angoisse***

Quand la vieillesse s'installe, le rythme de vie ralentit, beaucoup de proches ont disparu, et, avec eux, autant de points de repères. S'installe alors parfois la solitude. C'est le temps de la transmission mais aussi celui de la mort, souvent occultée le reste de notre existence. Il faut solder ses différends pour mourir en paix, avec soi-même et les autres. C'est donc un temps riche de questionnements, mais aussi porteur d'angoisses pour la personne : que vais-je léguer ? Ai-je dit ce que je souhaitais aux êtres aimés ? Vais-je mourir seul ? Vais-je souffrir ?

Beaucoup d'hospitalisations de personnes âgées font suite à des crises d'angoisse qui pourraient être apaisées si une aide et un accompagnement psychologique étaient proposés.

Des initiatives en Pays de la Loire

- Le service gériatrique de l'hôpital Bellier à Nantes propose ainsi une aide psychologique pour les personnes âgées afin de leur permettre de parler de leur décès avec des personnes autres que leurs proches ;
- Les "visiteurs du soir" du Pays Yonnais interviennent à la demande entre 20 h et 6 h, pour couvrir les besoins du soir, à caractère régulier et permanent (coucher à 22 h par exemple, passage dans la nuit pour un accompagnement aux toilettes) ou ponctuels (retour d'hospitalisation, absence de l'aidant familial) ou à une urgence (besoin de se sentir rassuré, envie de boire, etc.). Nocti services à Nantes développe également ce type d'accompagnement.

***Un habitat et des espaces de vie repensés***

Bien vieillir, en sécurité, suppose que l'espace public et l'espace privé – le logement – soient adaptés. Il convient d'en faire des espaces confortables aux aménagements sécurisés et financièrement abordables. Ces aménagements ne profiteraient pas seulement aux personnes âgées mais bien à tous (familles, personnes en situation de handicap, etc.).

Quelles peuvent être les initiatives à encourager en ce sens ?

- Une réflexion autour des documents d'urbanisme ou des logements neufs pour anticiper

Les documents d'urbanisme sont des outils privilégiés puisqu'ils fixent de façon pluriannuelle les contraintes pesant sur l'habitat de demain. Il est incroyable qu'aujourd'hui peu de documents officiels (Schéma de cohérence territoriale (SCOT), Plans locaux d'urbanisme (PLU), Plans de déplacement urbains (PDU)) intègrent l'impact du vieillissement sur l'habitat au sens large : espace public, déplacements, logement..

De plus, on devrait s'orienter vers une situation dans laquelle tout bâtiment neuf, dans le parc privé comme dans le parc social, soit tenu, sous peine de refus de permis de construire, d'être a minima adapté. En Allemagne, toutes les portes font 90 cm de large pour permettre l'accessibilité aux fauteuils. Pourquoi en France le modèle standard est-il de 83 cm au maximum ? Si la norme devenait 90 cm, le surcoût aujourd'hui dommageable aux primo-accédants ou à l'aménagement serait annihilé par l'adaptation des fournisseurs.

Par ailleurs, la séparation physique des équipements publics (crèche, école, maison de retraite) crée parfois des ghettos qui empêchent les différentes générations de se côtoyer. Il conviendrait donc de décroisonner les espaces de vie pour favoriser les rencontres entre les générations et les mobilités pour tous les âges.

Des initiatives en France

- Certains SCOT dans d'autres régions ou PLU de municipalités ont fait le pas (SCOT Dunkerque, ville du Havre, PLH Nancy). Aux autres de suivre ! ;
- Le Département du Rhône a mis en place des conventions avec les bailleurs sociaux et privés pour que 20 % du parc de logements soit adapté aux personnes en situation de perte d'autonomie ;
- Sur la commune de Sautron, la municipalité a choisi de créer via un partenariat avec Mutualité Retraite et la Nantaise Habitation un établissement pour personnes âgées dépendantes de 83 places sur le même site qu'un multi accueil de 40 places. Le hall de l'immeuble sera commun afin de faciliter les échanges entre tous. Un espace collectif ainsi qu'une salle d'activité seront partagés ;
- D'autres communes innovent dans le même sens : à Laval ; à Talmont St Hilaire, pour ne prendre que quelques exemples, les usagers de la crèche et de la maison de retraite font des activités communes ; à Nantes, à un EPHAD de 85 lits sont adjoints une crèche et 6 ou 7 appartements dans les étages.

- Une adaptation des logements existants

Environ neuf personnes âgées sur dix déclarent vouloir vieillir à domicile et 65 % des plus de 90 ans sont encore chez elles. L'adaptation du logement paraît une mesure de bon sens, en particulier sur le plan des économies d'énergie, quand on sait que 75 % des plus de 60 ans sont propriétaires de leur logement. Quelles seraient les mesures à privilégier ?

- soutenir les professionnels qui mettent en place des labels "*accessibilité*" et "*mise en sécurité*", que ce soit de la part des artisans ou des démarches engagées par les bailleurs sociaux, en structurant des filières professionnelles en ce sens ;
- assouplir pour les artisans s'engageant dans de telles démarches la règle d'activité "*exclusive*" imposée au niveau fiscal pour les services à la personne, s'ils veulent pouvoir bénéficier de paiement en tickets Chèque emploi service universel (CESU) ;
- généraliser le ticket CESU préfinancé par l'APA ou d'autres financeurs (caisses de retraite) pour faciliter le recours à des professionnels ;
- permettre le transfert aux descendants finançant l'aménagement de travaux de maintien à domicile de bénéficiaire du crédit d'impôt en conséquence ;
- aménager le prêt viager hypothécaire, qui permet à la personne de dégager des liquidités en gageant son logement pour faire réaliser des travaux. Ce prêt est remboursable aujourd'hui *in fine* au moment du décès de l'emprunteur mais la quotité prêtée est souvent trop faible et le taux d'intérêt trop élevé ;

## CONSEIL ECONOMIQUE SOCIAL ENVIRONNEMENTAL DES PAYS DE LA LOIRE

- mettre en place une information et un guichet unique pour les particuliers souhaitant aménager leur logement : aujourd'hui l'Agence nationale de l'habitat (ANAH), mais aussi les collectivités territoriales et d'autres sont susceptibles d'intervenir financièrement pour alléger la facture des travaux (PACT de l'Association de rénovation immobilière). Le particulier est souvent perdu, d'autant que chaque organisme a ses formulaires et contraintes spécifiques de demande. Ainsi, une étude du CODERPA 44 a montré que 75 % des personnes âgées ne savaient pas à quel organisme s'adresser pour bénéficier d'aide à l'aménagement de leur logement !
- Valoriser par une communication grand public les avantages pour les personnes et leur famille de l'adaptation du logement par des appartements ou maisons témoins ;
- Réduire les risques (de chute en premier lieu) par l'utilisation des gérontechnologies ou de la domotique, en facilitant la mise en place de filières sur le sujet pour permettre leur accès financier à tous (chemins lumineux, plaques électriques ou gaz s'arrêtant automatiquement après 30 minutes, etc.)

### Des initiatives en Pays de la Loire

En Maine et Loire, à l'initiative de l'Union Professionnelle Artisanale (UPA), une trentaine d'entreprises sont labélisées pour répondre aux besoins d'adaptation du logement aux situations de handicap ou de vieillissement. Un regroupement de différents acteurs a eu lieu en amont pour la création d'un label spécifique : Maison départementale du handicap, CAPEB, MSA, CLIC notamment.

### *Une adaptation des mobilités et des services de proximité aux enjeux du vieillissement*

Le Conseil économique social environnemental régional a produit en ce sens une étude prospective sur les mobilités intégrant ces paramètres.

### **1.2.3 Une spécificité de la région des Pays de la Loire, peut-être à généraliser ? La mise en place d'un Gérontopôle**

Lancé début 2011, le Gérontopôle des Pays de la Loire souhaite appréhender le vieillissement de la population ligérienne comme une opportunité et non comme un problème et repose sur l'initiative de trois médecins gériatres : le nantais Gilles BERRUT, président de la société française de gériatrie et les angevins Olivier BEAUCHET et Bruno FANTINO. Plusieurs acteurs majeurs ont d'ores et déjà décidé de s'y impliquer : la CCI de Nantes, le réseau des GRETA, le conservatoire national des arts et métiers, l'université de Nantes, les CHU de Nantes et Angers, et la Région, financeur principal à hauteur de 300 000 euros puis 3 millions d'euros dans un deuxième temps.

Le Conseil économique social environnemental régional a salué cette initiative de la Région et espère qu'elle rayonnera sur l'ensemble du territoire régional et aura une approche non seulement sanitaire et médico-sociale mais également sociale, répondant ainsi aux missions qu'elle s'est fixées :

- améliorer la qualité de vie des personnes âgées en région des Pays de la Loire ;
- créer une dynamique en appréhendant la longévité comme une chance personnelle et collective, par la création de richesses culturelles, scientifiques et économiques ;
- développer une activité à valeur ajoutée pour la Région sur le plan national.

Il existe quatre axes de développement, rappelés dans l'encadré ci-dessous :

## **Formations initiale et continue ; enseignement**

- Création de diplômes d'excellence, d'un nouveau master et de nouveaux cursus ; qualification des intervenants à domicile ;
- Formation aux nouveaux métiers gérontologiques : assistant en gérontologie, gestionnaires de cas Alzheimer ;
- Ouverture d'une plateforme universitaire numérique de tutorats, de formations et de promotion professionnelle ;
- Initiation du grand public aux problématiques de la longévité et de l'autonomie, actions intergénérationnelles ;
- Education sur les pathologies chroniques et les limitations liées à l'âge.

## **Recherche**

- Gérontechnologies : domotique, géolocalisation, actimétrie ;
- Développement durable et habitat pour les personnes âgées ;
- Lien avec les unités de recherche fondamentale pour l'étude des systèmes mobilisés par la longévité (télomères, modèles animaux, études génétiques multidomaines) ;
- Réponse aux appels d'offres de recherche français, européens et internationaux.

## **Développement économique régional**

- Accompagnement des entreprises par la validation et l'homologation des leurs technologies et services (adéquation à l'adaptabilité, études sur la valeur d'usage, protocoles *user centric*) ;
- Elaboration d'une norme industrielle "grand âge" ;
- Partenariats entreprise/recherche universitaire (RD) ;
- Relais de croissance : conseils aux entreprises pour la conquête de nouveaux marchés, réponse aux appels d'offres nationaux, européens ou internationaux ;
- Marketing : définition des cibles, aide à la conception des produits (design universel) et conseil en communication.

## **Politiques publiques et territoires**

- Création d'un centre d'études : veille économique, modalités de vieillissement, aspects sociologiques et environnementaux ;
- Déclinaison territoriale du "bien vieillir" et "healthy aging" : inter-génération, prévention santé, éducation thérapeutique ;
- Accueil et accompagnement des aînés installés en région ;
- Vitrine internationale : réalisations immobilières, guides pratiques ;
- Réflexions sur l'harmonisation des politiques publiques ;
- Conseils auprès des communes et agglomérations : transfert de connaissances pour les technologies et services innovants ;
- Label "développement durable et longévité" des collectivités.

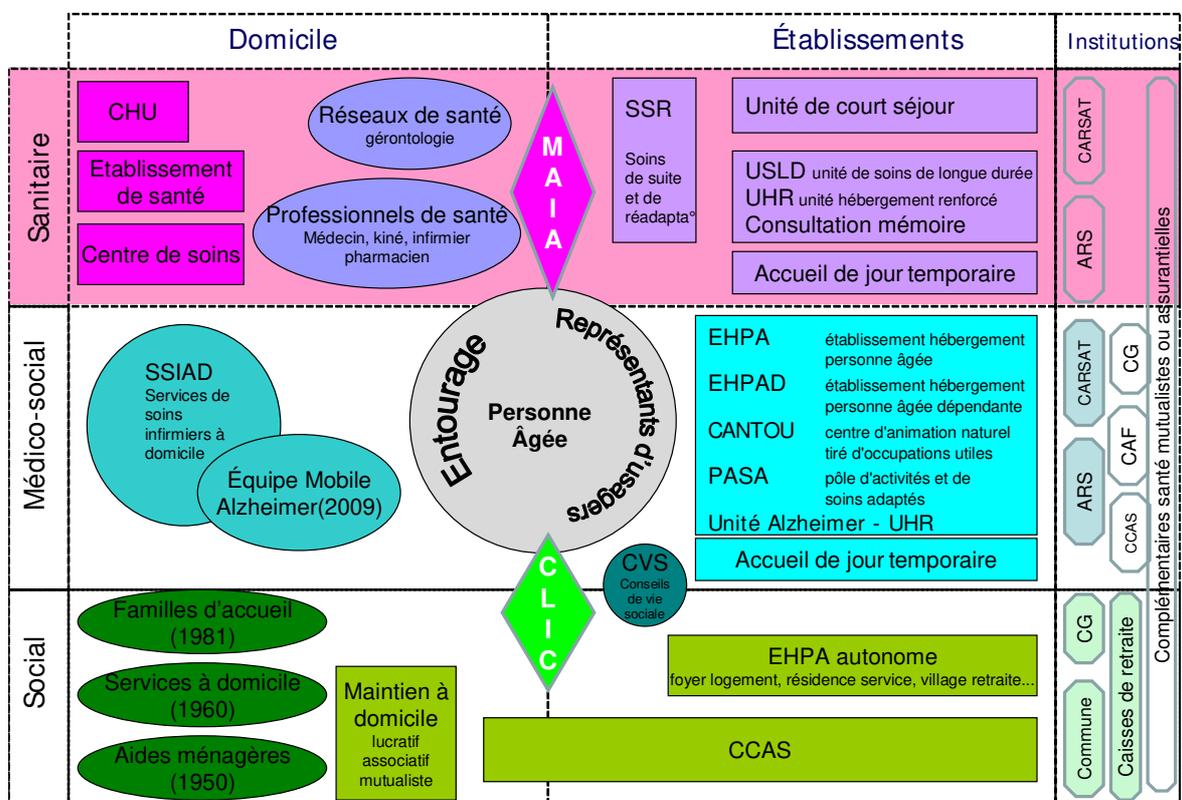
## 2 ADAPTATION DE L'OFFRE DE SERVICES AUX BESOINS DES PERSONNES DEPENDANTES ET DE LEURS FAMILLES,

### 2.1 L'OFFRE DE SERVICES ET D'HEBERGEMENT EXISTANTE EN PAYS DE LA LOIRE

#### 2.1.1 Modélisation de la prise en charge de la personne âgée

Comprendre le mode de prise en charge et d'accompagnement des personnes âgées est un exercice délicat. Le Conseil économique social environnemental régional a essayé, pour permettre à tout un chacun de se familiariser avec ce qui est déjà ou qui sera dans les années à venir des interlocuteurs pour les familles, de modéliser les dispositifs existants. Pour simplifier, deux modes de prise en charge peuvent être distingués : l'accompagnement à domicile d'une part ; l'offre d'établissements d'autre part. Trois secteurs interviennent – et encore plus d'institutionnels décideurs et/ou payeurs - : sanitaire ; médico-social ; social.

Le dispositif d'aide et de soins en 2011



Ce schéma ne distingue pas les modalités de prise en charge en fonction des niveaux de dépendance des personnes. En effet, elles sont propres à chaque parcours de vie.

Ainsi, orientées par les CLIC (Centres locaux d'information et de coordination – 48 en région Pays de la Loire), certaines personnes âgées tout à fait autonomes préféreront disposer d'un hébergement en établissement (Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes - EHPAD autonome ou autre) quand la grande majorité d'entre elles souhaitera (à 90 %) vieillir le plus longtemps à son domicile.

A l'inverse, le choix du maintien à domicile en cas de grande dépendance devient difficile et l'accueil en établissement est souvent fait par défaut, lorsque les familles ne sont plus en mesure d'accueillir et de prendre soin de leurs aînés qui nécessitent une présence continue chez elles.

## 2.2 LES BESOINS EXISTANTS, LES PERSPECTIVES ET LES INITIATIVES A SOUTENIR

### 2.2.1 Les besoins recensés

Mais, comme au niveau national, avec le vieillissement de la population en cours, ce taux d'équipement diminue au fil des années puisque l'augmentation de la population des plus de 75 ans depuis 2004 (+ 10 %) est plus rapide que l'augmentation de l'offre (+ 3 %). En outre, l'entrée des personnes âgées en établissement est de plus en plus tardive, en moyenne 83 ans aujourd'hui et la durée de séjour est stable (3,6 années).

A l'hébergement médicalisé durable s'ajoutent les places d'accueil temporaires : seules 822 places d'hébergement temporaire existent dans 173 accueils de jour. Les places sont très majoritairement adossées à des établissements et fortement dispersées sur le territoire régional.

Enfin, à ce jour, seulement 5 % des EPHAD de la région sont dédiés à la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Or, selon l'enquête EHPA 2007, 25 % des personnes accueillies en établissement présenteraient des troubles de comportement sévères associés à une désorientation spatio-temporelle.

Aussi, d'ici à 2013, le Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) a programmé 1 473 places supplémentaires en EPHAD, 212 en hébergement temporaire et 429 en accueil de jour. Cette hausse permettrait, du fait de l'accroissement de la population âgée, de seulement limiter la baisse inexorable du taux d'équipement régional : 156 pour 1 000 habitants de plus de 75 ans en 2009, 149 en 2013 ; en permettant surtout un rééquilibrage entre départements afin de mettre fin à des inégalités en la matière.

Malgré cette évolution, l'offre se situe encore en deçà de la moyenne nationale. Dans le PRIAC, une augmentation minimale de 30 % de la capacité des SSIAD serait nécessaire d'ici à 2013 pour permettre de répondre aux attentes non couvertes et ramener le taux d'équipement en places à 22,5 pour 1000. Malgré cela, seules 1141 places supplémentaires sont prévues.

Enfin, comme déjà relevé dans l'étude du Conseil économique social environnemental régional sur l'ARS en 2010, l'optimisation du parcours de soins entre le domicile, l'hôpital et l'établissement pour personne âgée est un point fondamental. Il faut ainsi se questionner sur le fait qu'environ 25 % des admissions aux urgences proviennent des EPHAD.

## 2.2.2 Perspectives et initiatives à soutenir

Comme toujours, puisqu'il s'agit de respecter et accompagner des "parcours de vie", une grande diversité de solutions s'impose. Il ne s'agit pas d'opposer les formules mais de permettre que chaque personne et famille trouve la réponse adaptée à ses besoins. Il ne s'agit pas non plus de hiérarchiser les différentes offres, car elles correspondent à des besoins différents pour des personnes différentes.

### *Une offre alternative : les logements intergénérationnels ou intermédiaires*

Jusqu'à il y a une vingtaine d'années, les personnes âgées n'avaient d'autre possibilité, quand elles devaient quitter leur logement, qu'entrer en MAPA ou en EPHAD. Ce transfert, souvent effectué dans l'urgence, ou parfois insuffisamment préparé, était source d'un réel traumatisme. Certains opérateurs, tel Mutualité Retraite, structure de référence en Loire-Atlantique, ont le souci de créer des offres d'hébergement alternatives ou complémentaires aux EPHAD :

- domiciles services : quota de logements réservés par un bailleur social, à des personnes âgées, lesquelles disposent d'une gouvernante, d'une salle et d'activités communes (Rezé) ;
- logements-foyers, parfois adossés à un EPHAD (La Chapelle sur Erdre) ;
- villages retraites : plusieurs pavillons dans un "village" près du centre bourg qui permettent de vivre de manière autonome en sollicitant les services d'une aide ménagère ou d'une employée de maison et en bénéficiant du suivi administratif et matériel du village, ainsi que des activités et animation (une quinzaine de sites en Loire-Atlantique) ;
- séjours temporaires (Procé à Nantes), éventuellement "passerelles" vers une entrée définitive en EHPAD.

Toutes ces structures, conventionnées à l'aide sociale, développent un vrai projet de vie, individualisé, respectueux de la vie privée, de l'autonomie, de la dignité et de la citoyenneté des personnes âgées.

#### **Initiatives en Pays de la Loire**

Les Saisonales à Olonne sur Mer : nouvelle structure d'aide temporaire permettant à la personne âgée, suite à un séjour à l'hôpital ou en clinique de ne pas rentrer seule chez elle. Dans un deuxième cas, si la personne est dépendante et ne peut plus vivre chez elle, c'est aussi le moyen de la préparer psychologiquement à l'entrée dans un EPHAD. Enfin, la personne peut être temporairement accueillie dans la structure pour des besoins personnels de son entourage. Le plus des Saisonales : les couples pourront être accueillis même lorsque l'état de santé d'une seule des deux personnes le nécessite.

Le développement des séjours temporaires doit être une priorité pour la Région, parallèlement à la création de nouvelles places en EHPAD, lesquels doivent pouvoir maintenir un GIR moyen pondéré (GMP) autour de 450, afin d'accueillir et maintenir tous les publics, des plus autonomes aux plus indépendants.

Un certain nombre d'initiatives vont dans le sens d'un habitat partagé pour faire coïncider plusieurs demandes : celle de jeunes ménages pour qui l'accessibilité financière au logement est difficile ; celle de personnes âgées propriétaires de leur logement mais souhaitant continuer à y vivre, à la fois par choix mais aussi parce que les établissements ne leur sont pas accessibles financièrement non plus, même en vendant leur bien.

Plusieurs cas de figure existent :

- cohabitation d'un étudiant et d'une personne âgée ;

## CONSEIL ECONOMIQUE SOCIAL ENVIRONNEMENTAL DES PAYS DE LA LOIRE

- habitat partagé entre seniors : les "babagayas" ou maisons de femmes âgées autogérées ;
- habitat "kangourou" en Belgique : une poche de la maison est réservée à la personne âgée, installée au rez-de-chaussée et la famille occupe le reste de la maison. Dans la plupart des cas, la personne âgée est propriétaire et un contrat précise les relations de services avec la famille ; le jeune ménage s'engage à l'aider au quotidien (courses, etc.). Une autre poche est réservée aux invités de passage ou à une aide à domicile si besoin est.

### Les initiatives en Pays de la Loire

- Associations mettant en relation des seniors et étudiants : "Du temps pour toi à Nantes" ;
- Associations "colocation seniors" et "Nantes Renoue" pour développer l'habitat partagé ;
- Les « villas édeniales » ou un accueil « familial » pour des personnes âgées. Son principe repose sur l'association de 2 (ou 3) Villas entre elles et la cohabitation de 3 Résidents avec la famille de l'Accueillant au sein de chaque Villa. Dans ce lieu de vie qui allie qualité, confort et service, tout est prévu pour préserver l'intimité de chacun, en favorisant par ailleurs la convivialité, la mixité générationnelle et le maintien des relations de proximité avec les parents ou amis de quartier ;
- Les MARPA ou maisons d'accueil rurales pour personnes âgées en Vendée ;
- Le beguinage, selon le principe des villages retraite ;
- A Sautron, une crèche au RDC, des logements en étage, dont le dernier réservé aux personnes âgées (expérimentation lancée par Mutualité Retraite) ;
- Un domicile collectif personnes âgées – jeunes adultes en situation de handicap, placé sous la responsabilité d'une seule et même gouvernante (expérimentation également lancée par Mutualité Retraite).

Ainsi, on peut imaginer des structures sur le modèle des maisons "âges et vie" c'est-à-dire la construction d'un petit immeuble avec six personnes âgées dépendantes au rez-de-chaussée et trois appartements à l'étage pour des professionnels de l'aide à domicile (au loyer modéré), chacun étant d'astreinte une nuit sur trois. La commune pourrait apporter une garantie de loyer.

On peut également favoriser les maisons d'accueil familial, aujourd'hui peu développées, alors qu'elles garantissent une reconnaissance par les Conseils Généraux. Ainsi, en Vendée, aux Herbiers, une maison d'accueil familial abrite plusieurs familles composées de parents vieillissants et de leur enfant adulte handicapé.

### ***L'essentiel : le respect du libre choix avec la création et mise en place d'un parcours résidentiel pour les personnes***

Si presque neuf personnes sur dix souhaitent vieillir à domicile, certaines préfèrent vivre dans des établissements qui leur apportent sécurité, présence et solidarités, avant même la perte d'autonomie. Ces personnes doivent pouvoir accéder à leur souhait.

Pour le Conseil économique social environnemental régional des Pays de la Loire, un impératif serait de respecter d'abord leur vie antérieure : pourquoi certains établissements ressemblent-ils encore à des hôtels, sans aucune possibilité pour les résidents d'apporter leur mobilier, leurs objets personnels, leur histoire ? Il existe même certains promoteurs qui demandent à la personne de s'acheter une nouvelle télévision à écran plat pour « uniformiser » le visuel des « chambres » ? Pourquoi continuer à utiliser un vocabulaire infantilisant ? Parler de « lit » ? De « chambre » ? Il s'agit de places, d'appartements, de vies à respecter. Vivre en établissement devrait être vivre « chez soi ».

Des réflexions pourraient même être engagées sur la place des animaux de compagnie dans les établissements car ils sont souvent un lien très important pour la personne (la « thérapie facilitée par l'animal » ou TFA a fait ses preuves et avant de réfuter leur présence pour des questions sanitaires, il serait judicieux d'analyser les avantages par rapport aux inconvénients). Certaines associations innovent en ce sens, comme Lien K-nin, au service des personnes handicapées et âgées, qui a pour objectifs principaux de solliciter, développer ou redéployer le potentiel cognitif, physique, moteur, psychosocial et affectif, et d'apporter bien-être, envie et plaisir, grâce au travail des chiens d'assistance et de l'équipe encadrante constituée des intervenants de médiation animale et des

## CONSEIL ECONOMIQUE SOCIAL ENVIRONNEMENTAL DES PAYS DE LA LOIRE

professionnels de chaque structure. Des établissements de soins font intervenir ces médiateurs, malgré les contraintes sanitaires.

### Des initiatives en Pays de la Loire

En Vendée, la présence d'un "*chien collectif*" au sein de l'EHPAD Résidence Sainte Agathe aux Essarts ou en Loire-Atlantique la thérapie canine, avec un "*chien visiteur*", à la maison de retraite Louis-Cubaynes à Piriac-sur-Mer. Cela permet de rompre l'isolement et la solitude de certains résidents, les stimule, leur procure une activité et du bien-être.

En Mayenne, la présence d'une mini-ferme au Centre de personnes âgées Saint Joseph à Château-Gontier qui accueille 70 % de malades d'Alzheimer.

Dans de nombreux cas, famille et personne âgée sont confrontées au coût des structures et au reste à charge, parfois insurmontable pour elles. Des solutions doivent être trouvées pour permettre à chacun de faire comme il l'entend, le premier frein des personnes étant bien sûr la crainte de perdre leur logement, chèrement acquis pendant leur existence, ou de ne pas pouvoir le transmettre à leurs descendants. Un vrai parcours résidentiel est à élaborer pour les personnes, pour à la fois leur permettre de faire un véritable choix et lever les craintes que certaines peuvent avoir quant à l'entrée en établissement.

Ainsi, le Conseil Général de Loire-Atlantique étudie t-il la mise en place d'agences immobilières sociales pour gérer et mettre en location les biens des personnes âgées désireuses d'entrer en établissement de façon à ce qu'elles aient les ressources nécessaires pour financer leur hébergement et qu'elles n'aient plus de frein psychologique ("*je ne pourrai jamais revenir*" ou "*je ne pourrai pas transmettre mon bien*"). Le Conseil économique social environnemental régional estime que ces agences pourraient être portées par des bailleurs sociaux qui ont légitimité et compétence pour cela.

### **3 PLACE RESPECTIVE ET ROLE DES DIFFERENTES FORMES DE SOLIDARITE, NOTAMMENT FAMILIALES, TERRITORIALES OU NATIONALES, PERMETTANT DE FAIRE FACE AUX SITUATIONS DE DEPENDANCE**

Le Conseil économique social environnemental régional souhaite, pour répondre à cette question, distinguer ce qui relève des solidarités de ce qui relève des financements.

En effet, s'il paraît normal que les familles s'occupent de leurs aînés, il ne faudrait pas que, de cette affirmation, soit déduit le fait que ce sont à elles de pourvoir aux besoins financiers. Toutes les aides possibles ne doivent pas être un prétexte au désengagement de l'Etat. La solidarité nationale c'est d'abord un financement public, l'organisation de services et soins de qualité et adaptés. Dans ce cadre, plusieurs recommandations peuvent être faites

#### **3.1 CREER ENFIN UN STATUT DE L'AIDANT !**

Aujourd'hui, en France, on compte environ quatre millions de personnes en situation d'aidants. Sur dix d'entre elles, plus de six sont des femmes, plutôt âgées – conjointes, filles et belles-filles en première ligne. De ce chiffre découle logiquement la question de l'épuisement des aidants.

Pour ceux qui sont en situation professionnelle, c'est un autre travail à plein temps. Même si leur aide se fait plutôt à distance (la personne dépendante continuant de vivre chez elle), de nombreuses tâches sont prises en charge et à coordonner : tâches domestiques, administratives, aide aux décisions, etc. Les relations entre fratries sont mises à l'épreuve. L'engagement physiologique et psychologique est intense. Pour les femmes, c'est leur vie familiale personnelle qui sert d'ajustement entre les différentes tâches à accomplir.

Pour les personnes aidantes les plus âgées, c'est la porte ouverte vers un épuisement à petit feu. Pour la plupart d'entre elles, la séparation de leur conjoint s'assimilerait à un abandon auquel elles ne peuvent se résoudre. Alors, ils "*tiennent*", coûte que coûte. Un aidant sur deux décède avant la personne qu'il accompagne.

Dans d'autres pays, comme au Royaume-Uni, de puissantes associations ont obtenu un statut des aidants et la reconnaissance de leurs droits. En France, c'est seulement depuis la loi de mars 2010 que la salarié peut bénéficier d'un congé rémunéré en cas de fin de vie ou congé de solidarité familiale, d'une durée de trois mois renouvelable une fois. A défaut, il lui est demandé de prendre un congé sans solde.

Pourtant, d'autres pistes sont à creuser de toute urgence :

- Dans le plan d'aide de l'APA, un volet obligatoire qui permette d'évaluer l'ensemble des besoins, dont ceux des aidants ;
- La mise en place de coordinateurs gestionnaires de cas, pivot entre la famille et les professionnels du secteur sanitaire et social, pour soulager de ce rôle de coordination les aidants ;
- l'aménagement des horaires ou des modalités de travail (télétravail) des salariés confrontés à ces temps de vie, souvent aléatoires (hospitalisation, etc.) et non linéaires et donc l'assouplissement du congé pour solidarité familiale avec la possibilité de le fractionner dans le temps ;
- le développement de l'information et de l'utilisation des gérontechnologies pour soulager les aidants : il faut soutenir la diffusion de ces outils encore souvent trop chers pour être accessibles au plus grand nombre ;
- le développement de l'offre d'accueils pour permettre un "*répit*" à l'aidant. Les pôles d'activités et de soins adaptés (PASA) sont des centres d'activités de jour créés au sein des EPHAD, et des Unités d'hébergement renforcées (UHR), lieux d'hébergement de nuit, plus particulièrement

destinées à la prise en charge des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou apparentée. L'objectif en Pays de la Loire est de créer, d'ici 2012, 88 PASA et 17 UHR ;

- le développement des familles d'accueil, agréées par les Conseils Généraux, avec des familles qui assurent un accueil soit permanent soit temporaire ;
- le développement de l'offre de centres d'accueil temporaires, en les rendant plus faciles d'accès à la fois au niveau financier et en termes de rapidité (information en temps réel sur les disponibilités) ; les séjours temporaires peuvent être des solutions en ce sens (une famille qui s'absente momentanément ; le besoin de répit de la famille, etc.) Cela suppose une autre prise en charge financière que les établissements puisqu'a priori, aucun acte médical n'y est réalisé ;
- la multiplication des lieux de discussion pour rompre l'isolement, tels que "Alter Ego" mis en place par Anjou Domicile, ou des accueils de jour itinérants ;
- la multiplication des équipes mobiles Alzheimer (ergothérapeute ; infirmier coordinateur du SSIAD, assistant de soins en gérontologie) prévues dans le plan du même nom : une expérience pilote a lieu en Loire-Atlantique et permet, à domicile, des séances de soins, d'accompagnement et de réhabilitation tout en accompagnant et conseillant l'aidant familial ;
- la création de lieux de repos associant structures médico-sociales et structures de tourisme social et familial (« vacances répit familles ») ;
- le développement des solutions alternatives de répit à domicile comme le "baluchonnage" : garde à domicile de jour ou de nuit ; ilots de surveillance confiés la nuit à des professionnels d'astreinte ;
- Une rémunération indirecte de l'aidant, ou a minima le maintien des bénéficiaires d'assurés sociaux, en veillant à ce qu'ils soient strictement encadrés pour ne pas risquer des situations de maltraitance.

### 3.2 METTRE FIN AUX DISPARITES DE TRAITEMENT ENTRE DEPARTEMENTS

Le poids des dépenses consacrées à la prise en charge des personnes âgées dépendantes s'accroît dans le budget des départements. Par un effet de ciseau entre l'évolution de leurs recettes et de leurs dépenses sociales en contexte de crise économique, le "reste à charge des départements" est estimé à 4,5 milliards d'euros. L'APA représente 77 % de ce reste à charge au titre des trois allocations, du fait de l'évolution de la participation de l'Etat – passée de 50 % à 33 %.

#### Répartition du « reste à charge » des départements au titre des trois allocations en 2009

(en millions d'euros)

	RSA	Apa	PCH	Total
Coût à la charge des départements	6 472	5 029	843	12 344
Compensation	5 764	1 548	510	7 822
Taux de couverture	89,06 %	30,78 %	60,44 %	63,37 %
Coût net	708	3 481	333	4 522

Source : CNSA, données citées dans le rapport précité de Charles Guéné, rapporteur au nom de la commission des finances, sur les propositions de loi relatives à la compensation des allocations individuelles de solidarité versées par les départements

Clé de lecture, pour rappel : RSA (Revenu de solidarité active) ; APA (Allocation personnalisée d'autonomie) ; PCH (Prestation de compensation du handicap).

Par voie de conséquence et malgré des mécanismes de péréquation, sur le terrain, on constate que selon le département du lieu de résidence, le nombre d'heures attribuées pour l'appartenance au même groupe iso-ressources dans la grille AGGIR varie. Par ailleurs, cela a déjà été indiqué, selon les départements, les évaluations donnent lieu à des orientations différentes, conditionnant ainsi les aides dévolues. C'est sans compter les organismes compétents intervenant à domicile qui peuvent avoir tendance à aller vers des démarches "low cost" ; ou les particuliers qui préfèrent alors se tourner vers

des salariés de gré à gré dont on sait qu'ils ne sont ni sécurisants pour la personne âgée ni pour le salarié (travail à temps partiel, déplacements non pris en compte dans les heures de travail, coût de ces déplacements.)

De même, concernant l'entrée en établissement, pour les familles et les personnes âgées, c'est souvent le parcours du combattant pour trouver un logement libre et répondant aux besoins de la personne. On le sait, malgré le fait que la région soit globalement bien pourvue au regard des autres en termes d'équipement, il manque des places et une augmentation de l'offre est nécessaire sur le territoire, de façon concertée pour la rendre homogène. Une vision aménagement du territoire est impérative.

Pour mettre fin à ces inévitables disparités départementales, rendues encore plus tendues de par l'explosion des budgets sociaux, le Conseil économique social environnemental régional des Pays de la Loire recommande :

- a minima, la cohérence du Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) et des schémas gérontologiques départementaux, les uns étant opposables aux autres ;
- un chef de file unique par département pour les évaluations AGGIR : le Conseil Général ;
- une équipe pluridisciplinaire unique d'évaluation ;
- le maintien du GIR 4 dans les groupes iso-ressources éligibles à l'APA ;
- un seul dossier de demande d'entrée en établissement sur l'ensemble du territoire départemental et non, comme encore aujourd'hui, un dossier par établissement – ce qui rend complètement inopérant la gestion de listes d'attente. A cet effet, le Conseil Général de Loire Atlantique a décidé de se lancer dans cette expérimentation afin de développer comme en Ille et Vilaine un logiciel commun d'entrée et de sortie d'établissement en temps réel ;
- un dossier médical unique sous couvert du respect de la confidentialité.

Par ailleurs, si la Région des Pays de la Loire a déjà mis en place la gratuité des formations sanitaires et sociales de niveau IV et V, au niveau national, ce n'est pas encore partout le cas. Or, dans un contexte où les besoins de ces métiers sont très importants pour l'accompagnement du vieillissement, cette décision a eu pour effet d'ouvrir le champ des possibles pour des personnes en situation de reconversion professionnelle et ainsi de permettre l'accompagnement des personnes âgées. La CAF peut également, dans certains cas, soutenir des personnes engagées dans ces démarches de formation, les soulageant ainsi de charges (garde d'enfants, transport) souvent insurmontables sans son aide.

### **3.3 REVALORISER LES METIERS DE SERVICE A LA PERSONNE AGEES ET/OU DEPENDANTE**

Si les aidants sont aujourd'hui nombreux, il est possible que, dans les années à venir leur nombre aille en diminuant. En effet, demain, les femmes inactives entre 50 et 64 ans, qui constituent un gros réservoir actuel d'aidants, seront moins nombreuses à s'investir dans cette tâche, du fait de leur participation au marché du travail. Par ailleurs, l'éloignement géographique entre parents et aidants potentiels va en s'accroissant du fait à la fois des mobilités professionnelles et des transformations des cellules familiales (séparations, recompositions).

Aussi, les solidarités familiales, si elles sont à encourager et soutenir lorsqu'elles sont possibles, ne peuvent pas tout prendre en charge. L'aide familiale ne doit pas aboutir à une réduction de l'aide professionnelle. D'autres aidants doivent intervenir, de façon coordonnée : les aidants professionnels.

*D'abord, évaluer les besoins*

Depuis 2005, le Conseil économique social environnemental régional indique la nécessité d'une étude prospective sur les emplois indispensables dans les métiers sanitaires et sociaux qui sont aujourd'hui en pénurie afin de quantifier les besoins de formations à moyen et long terme sur l'ensemble de la région. Une étude conjointe de l'ARS et de l'INSEE est en cours sur le sujet. Le Gérontopôle des Pays de la Loire pourrait également se pencher sur le sujet.

*Revaloriser les métiers*

Dans tous les cas, il est encore nécessaire de revaloriser les métiers du service à la personne âgée, dépendante ou non, avec un vrai statut, une réelle formation, une rémunération attractive car ils exigent des compétences multiples exercées dans des conditions pénibles : grande amplitude de travail, temps de présence limité et chronométré pour certaines opérations, trop de patients à charge, déplacements, responsabilités difficiles à assumer seul, etc.

Il n'est que de constater les difficultés que rencontrent les SSIAD ou les EPHAD à recruter du personnel soignant (IDE mais surtout aides soignant(e)s, alors même que des budgets sont alloués par la tutelle pour embaucher du personnel. Or, ces postes doivent impérativement être pourvus, tant pour améliorer la qualité de vie des personnes âgées, notamment dépendantes, à domicile ou en établissement, que les conditions de travail du personnel.

L'offre de qualification est encore trop peu lisible, la variété des diplômes relevant de ministères différents trop importante. Il existe de multiples conventions collectives ou branches alors que les finalités des métiers sont proches.

## **4 MODALITES DE FINANCEMENT DES DEPENSES LIEES A LA DEPENDANCE**

### **4.1 UN PRINCIPE : LE DROIT UNIVERSEL POUR LA COMPENSATION DE LA PERTE D'AUTONOMIE**

En premier lieu, il faut peut être remettre en cause le mythe de l'indépendance financière des aînés. Certes, 75 % sont propriétaires de leurs logements mais il existe autant de situations particulières de retraités que chez les actifs. Les inégalités entre les territoires sont manifestes (comparons la région PACA et la région Nord Pas de Calais par exemple), de même qu'entre les sexes (les femmes ayant eu des salaires moindres, les pensions de réversion étant globalement faibles, les arrêts pour maternité ayant eu des conséquences sur leurs revenus post activité). Il existe également des inégalités entre le secteur privé et le secteur public.

De même, s'il s'agit d'anticiper, il faut bien se rendre compte qu'à l'avenir, en dépit de l'allongement de la durée de cotisation, le niveau global des retraites est sans doute amené à baisser. Les parcours professionnels hachés entraîneront également une baisse du revenu moyen des retraités. Les changements des périmètres de cellules familiales bouleverseront les contrats de solidarité entre conjoints.

La CNSA estime le montant global des besoins financiers supplémentaires à 5 milliards d'euros par an. Ce montant est très important mais est-il insurmontable pour la solidarité nationale ?

C'est bien toute la question de la solvabilité de la demande de services des personnes âgées demain qui est à étudier. Dans le débat actuel, plutôt que de proposer des solutions techniques (augmentation du nombre de journées solidaires pour l'ensemble des revenus y compris indépendants et retraités, extension aux retraités de la CSG, hausse des cotisations sociales), qui sont toutes à l'étude, le Conseil économique social environnemental régional souhaite alerter les pouvoirs publics sur le risque de laisser entendre que les personnes sont responsables individuellement de leur dépendance. Le fondement de la Sécurité sociale était que chacun contribuait en fonction de ses moyens et recevait en fonction de ses besoins. La perte d'autonomie est bien un risque social. Au même titre que la maladie, elle crée une incapacité dont l'individu n'est pas responsable et que la société doit prendre en charge.

Ce n'est pas à chaque individu que doit incomber la prise en charge de la perte d'autonomie mais à la société de l'assurer de manière solidaire.

### **4.2 DES POSSIBILITES SUPPLEMENTAIRES**

Pour le Conseil économique social environnemental des Pays de la Loire, si ce socle est nécessaire, on pourrait lui adjoindre des solutions supplémentaires et non pas complémentaires, c'est-à-dire que, comme aujourd'hui, elles seraient du libre choix des personnes.

Néanmoins, comme il s'agit de prendre soin des aînés, à une étape de la vie parfois source de fragilités, des garde-fous seraient à prévoir telle l'offre assurantielle qui devrait permettre une vraie comparaison entre les différentes formules et davantage de lisibilité. Elle devra être soumise à la validation des pouvoirs publics, avec une charte de déontologie.

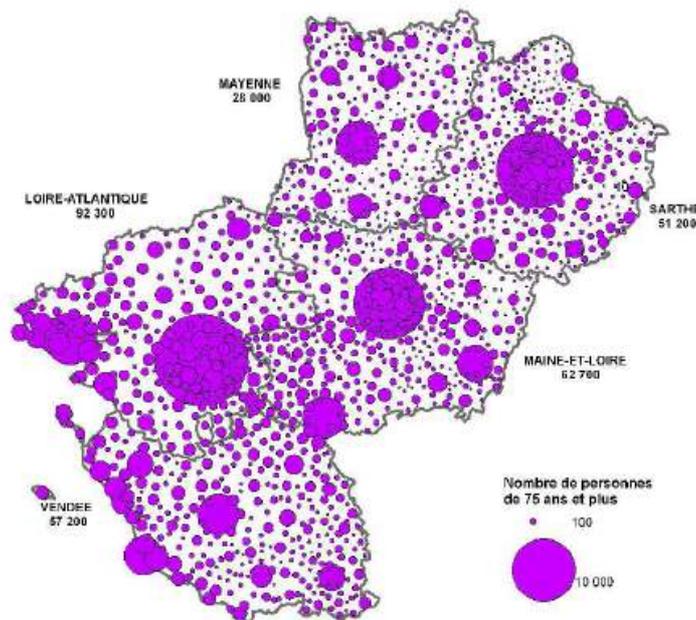
## 5 ANNEXE : LA SITUATION DES PAYS DE LA LOIRE

### 5.1 LES CHIFFRES CONNUS ISSUS DES ETUDES PASSEES

Une étude issue d'un partenariat entre l'INSEE et les Agences Régionales de Santé (ARS) est en cours afin d'évaluer l'évolution du nombre de personnes âgées dépendantes à l'horizon 2020, au niveau départemental, régional et infra-départemental. L'étude vise également à mesurer l'emploi induit par la dépendance à ce même horizon. Cette étude devrait aboutir début 2012. Aussi, en l'état actuel des choses, seule l'étude menée par l'INSEE en 2008 est fiable. Les résultats issus des nouvelles projections de population présentées par l'INSEE en 2011 ainsi que de ceux de l'enquête Handicap-Santé ne seront connus qu'en 2012.

Selon l'Observatoire Régional de Santé (ORS), en 2008, 311 000 Ligériens étaient âgés de 75 ans ou plus, dont 81 000 de plus de 85 ans. Leur effectif devrait atteindre 650 000 en 2040 (dont 246 000 de 85 ans ou plus). Néanmoins, et bien heureusement, l'ensemble des personnes âgées n'est pas en situation de dépendance.

291 600 personnes de 75 ans ou plus  
dans les Pays de la Loire en 2006



Source : Insee, RP 2006  
Fonds : IGN, Géofla

Estimation de population INSEE au 01/01/2008	Total Hommes et Femmes > 75ans	Total Hommes et Femmes > 80ans	Femmes > 85 ans	Hommes > 85 ans
Loire-Atlantique	98 959	57 606	2 077	388
Maine-et-Loire	87 693	39 963	1 319	288
Mayenne	29 799	17 504	686	108
Sarthe	54 354	32 204	1 146	255
Vendée	60 429	34 388	988	154
Région Pays de la Loire	311 234	181 665	6 216	1 189

## CONSEIL ECONOMIQUE SOCIAL ENVIRONNEMENTAL DES PAYS DE LA LOIRE

Sur ce chiffre global, 21 000 personnes ont été admises entre 2005 et 2007 en Affection Longue Durée (ALD) pour des affections cardiovasculaires (44 %), des cancers (22 %) ou des troubles mentaux (14 %).

Par ailleurs, en appliquant le taux de prévalence de la maladie d'Alzheimer de l'étude PAQUID à la région des Pays de la Loire, l'ORS estimait en 2008 le nombre de personnes de 75 ans ou plus souffrant de cette pathologie à 36 500 et indiquait que ce chiffre pourrait atteindre 55 000 en 2020.

Enfin, autre indication, fin décembre 2008, 59 000 personnes bénéficiaient de l'APA en Pays de la Loire, soit un taux de 189 bénéficiaires pour 1 000 habitants de plus de 75 ans, le troisième plus faible de France. Rappelons que cette aide en nature dont l'attribution dépend des Conseils Généraux est fonction du niveau d'autonomie estimé de la personne, selon une évaluation liée à la grille AGGIR (seul le classement en GIR 1 à 4 ouvre droit à l'APA – les autres bénéficient éventuellement de l'aide de leurs caisses de retraite CARSAT ou MSA, au titre de la Préservation à l'autonomie des personnes âgées - PAPA).

### 1 Allocation personnalisée d'autonomie (Apa)

Pays de la Loire, France entière (31/12/2008)

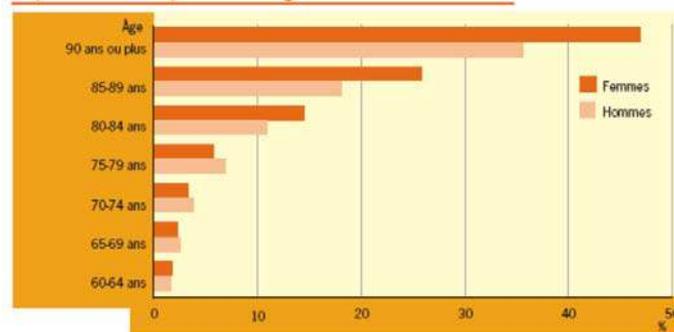
	France entière	Pays de la Loire	Loire-Atlantique	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
Nombre	1 131 606	58 770	18 998	11 795	7 143	10 076	10 758
Taux <sup>1</sup>	208	189	192	174	240	185	178

Sources : Enquête Aide sociale 2008 (Drees), Insee

1. nombre de bénéficiaires pour 1 000 habitants âgés de 75 ans ou plus

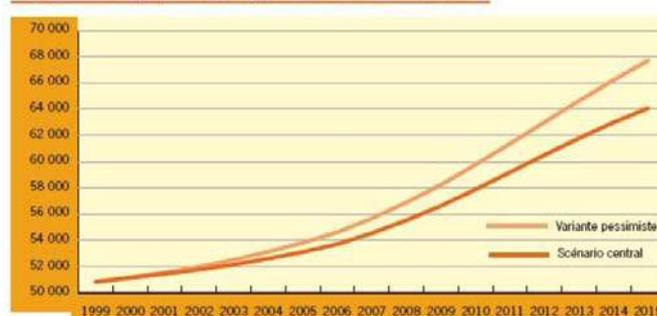
Enfin, selon l'INSEE, au 1<sup>er</sup> janvier 2006, la dépendance concernait dans notre région 55 000 personnes, dont deux tiers de femmes de 80 ans ou plus. Et selon les projections à 2015, ce nombre attendra 64 000 à cette échéance. L'INSEE indiquait également qu'au cours des dix prochaines années, la population des 60 ans ou plus ayant besoin d'aide pour les actes essentiels de la vie quotidienne pourrait augmenter de 20 %.

### Dépendance des personnes âgées au 1<sup>er</sup> Janvier 2006



Taux de dépendance par sexe et âge  
Source : Insee - Enquête HD 1998 - 1999 - Projection de population Orphale - Recensement 1999  
Taux de dépendance = nombre de personnes dépendantes / population de la tranche d'âge

### Projection de population dépendante à l'horizon 2015



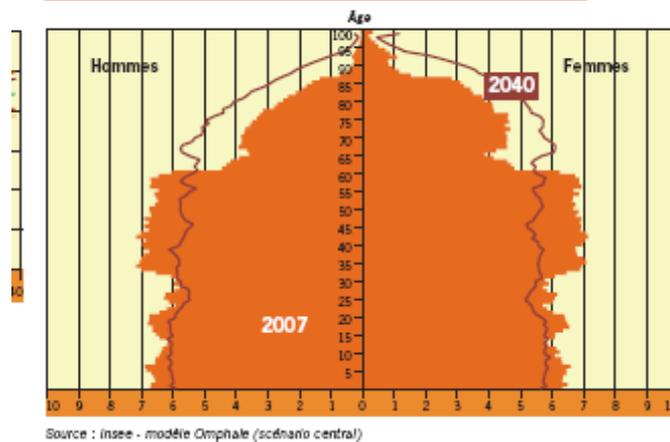
Source : Insee - Enquête HD 1998 - 1999 - Projection de population Orphale - Recensement 1999

## 5.2 LES PROJECTIONS DEMOGRAPHIQUES

D'après l'étude INSEE de 2011, en 2040, 31,4 % de la population Ligérienne aura plus de 60 ans, alors que la proportion est aujourd'hui de 22 %. La croissance de cette classe d'âge, de 83% par rapport à celle de 2007, serait la plus élevée de France, accentuée par l'attractivité des départements du littoral.

En effet, spécificité régionale, les disparités constatées entre départements en termes de vieillissement se renforceraient. La Vendée connaîtrait ainsi un doublement du nombre de plus de 60 ans, qui représenterait 36,4 % de sa population. Le nombre de seniors augmenterait de 91 % en Loire-Atlantique, même si, comme le Maine et Loire, ce département serait un de ceux où la part des personnes âgées resterait la plus faible (respectivement 28,7 % et 29,8 %). En Mayenne et en Sarthe, les évolutions en nombre de seniors seraient proches de la moyenne nationale, avec des parts respectives dans la population néanmoins supérieures à cette moyenne (environ 33 %).

**D'ici 2040, la part des personnes âgées de 60 ans et plus augmente**  
 Pyramide des âges de la population des Pays de la Loire (en %)



Là encore, comme les études régionales sont en cours concernant des projections sur les personnes âgées dépendantes intégrant ces évolutions démographiques, il est difficile d'en évaluer le nombre potentiel en 2040. Néanmoins, si l'on se base sur l'estimation de l'INSEE qui nous dit aujourd'hui qu'on dénomblera en 2040, en France, 1 230 000 personnes dépendantes (scénario central), on peut estimer de façon grossière le nombre de Ligériens dépendants à cette même échéance à environ 78 000.

Par ailleurs, l'offre de services, quelle qu'elle soit, est conditionnée par l'existence de professionnels de santé intervenant soit en établissement, soit à domicile. En Pays de la Loire, comme ailleurs, il peut s'agir d'une source d'inquiétude pour l'avenir.

L'étude du Conseil économique social environnemental régional de 2010 sur l'ARS a mis en évidence à cet égard de fortes disparités territoriales et des tensions plus que vives pour certaines populations de professionnels, avec des départs massifs à la retraite qui peuvent inquiéter (un médecin sur deux intervenant en établissement ou à domicile a plus de 55 ans ; certaines professions sont très mal représentées selon les territoires : infirmier, aide soignante, aide médico-psychologique, psychiatre, ergothérapeute, psychomotricien).

Au niveau des aidants familiaux, si l'on ne dispose pas de chiffres aujourd'hui pour ce qui concerne la région des Pays de la Loire, on ne peut que constater que l'évolution de la cellule familiale suggère un recul du nombre d'aidants ces prochaines années : l'augmentation structurelle du nombre de divorces distend les liens familiaux ; la population d'aidants – majoritairement féminine aujourd'hui – pourra demain diminuer du fait de l'augmentation du taux d'activité des femmes.

**5.3 LA PRISE EN CHARGE PAR LES DEPARTEMENTS : UNE FORTE HAUSSE DES DEPENSES LIEES A L'APA**

Le poids des dépenses consacrées à la prise en charge des personnes âgées dépendantes s'accroît dans le budget des départements. Par un effet de ciseau entre l'évolution de leurs recettes et de leurs dépenses sociales dans un contexte de crise économique, le "reste à charge des départements" est estimé à 4,5 milliards d'euros. L'APA représente 77 % de ce reste à charge au titre des trois allocations, la participation de l'Etat étant passée de 50 % à 33 %.

**Répartition du « reste à charge » des départements  
au titre des trois allocations en 2009**

(en millions d'euros)

	RSA	Apa	PCH	Total
<b>Coût à la charge des départements</b>	6 472	5 029	843	12 344
<b>Compensation</b>	5 764	1 548	510	7 822
<b>Taux de couverture</b>	89,06 %	30,78 %	60,44 %	63,37 %
<b>Coût net</b>	708	3 481	333	4 522

*Source : CNSA, données citées dans le rapport précité de Charles Guéné, rapporteur au nom de la commission des finances, sur les propositions de loi relatives à la compensation des allocations individuelles de solidarité versées par les départements*

Par ailleurs, la dégradation des termes du rapport entre la part apportée par la CNSA et celle fournie par les départements s'est accrue à compter de 2008. En France, ce taux de couverture est d'environ 30,8 % en 2009, avec des fourchettes comprises entre 5,7 % (Hauts de Seine) et, hors DOM TOM, 40,6 % (Meuse). Qu'en est-il en région Pays de la Loire, qui, on le rappelle, ne compte que 59 000 personnes allocataires de l'APA, et se situe à ce titre dans les trois dernières régions en nombre de bénéficiaires ?

	Concours de la CNSA	Dépenses APA 2009	Taux de couverture
<i>Loire Atlantique</i>	24 893 189	75 501 640	32.97 %
<i>Maine et Loire</i>	19 507 262	48 181 873	40.49%
<i>Mayenne</i>	9 484 103	28 171 121	33.67%
<i>Sarthe</i>	16 091 730	44 353 167	36.28%
<i>Vendée</i>	16 199 262	41 567 551	38.97%

*Source : rapport Vasselle, Sénat*

5.4 L'OFFRE DE SERVICES EXISTANTE EN PAYS DE LA LOIRE

5.4.1 L'offre de service d'hébergement médicalisée existante

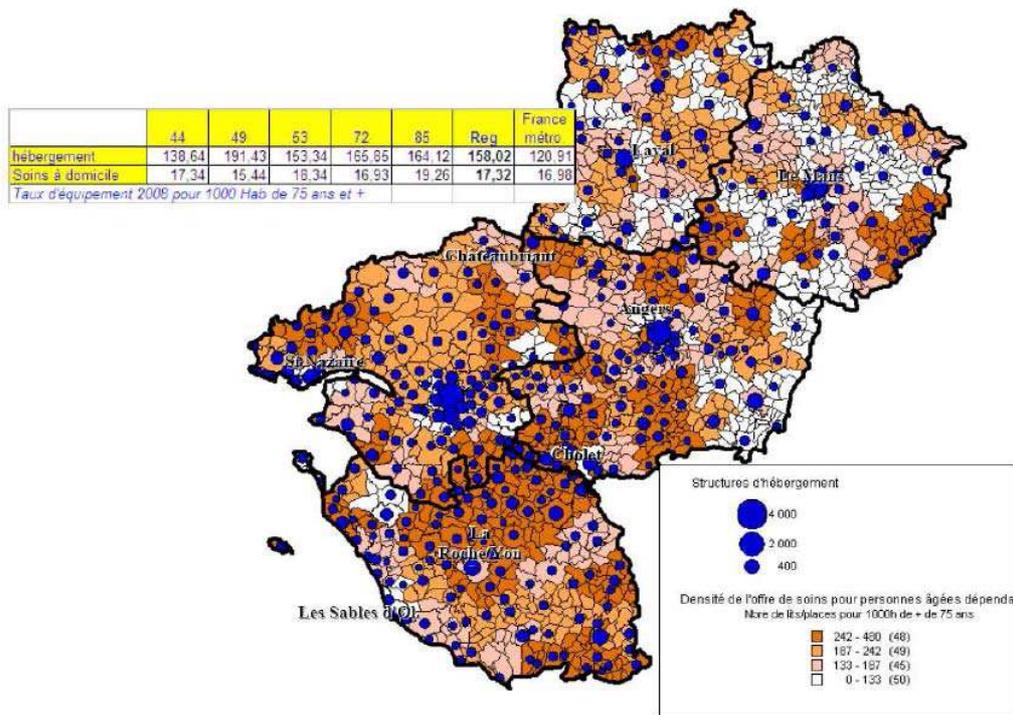
La région des Pays de la Loire est, selon une enquête DREES EPHA 2007, relativement mieux dotée que les autres régions en hébergement médicalisé au regard du taux d'équipement pour 1 000 habitants de plus de 75 ans.

La région dispose de 970 établissements qui offrent environ 49 200 places dont près de 85 % pour personnes âgées dépendantes.

	MR et FL	Places	dt ehpad	Places USLD ehpad	Pop-75ans	Taux d'équipement 2010	
						Places ehpad	MR FL et USLD
44	251	14397	12586	628	98959	134	
49	261	12887	10160	291	67693	154	
53	93	4522	3887	165	29799	136	
72	174	7535	5755	893	54354	122	
85	191	9860	9100	304	60429	156	
<b>Total</b>	<b>970</b>	<b>49201</b>	<b>41488</b>	<b>2281</b>	<b>311234</b>	<b>141</b>	

Source : Finess sept 2010, estimations de population INSEE au 01/01/2008

**Structures de prise en charge en établissement pour personnes âgées dépendantes** (source Am BREX 2009 et Statiss 2009)



#### 5.4.2 L'offre de services à domicile existante

L'offre médico-sociale à domicile a connu dans la région, depuis plusieurs années, une forte évolution à la hausse. Ainsi, les soins et les services infirmiers à domicile (SSIAD) ont connu une progression de 25 % en cinq ans. Près de 6 000 personnes âgées sont ainsi prises en charge pour 110 structures.

Taux d'équipement en places autorisées pour 1 000 habitants de 75 ans et plus	Loire-Atlantique	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée	Pays de la Loire	France
SSIAD (2)	19,1	17,9	19,4	17,6	19,4	18,7	19,1
Accueil de Jour (2)	3,0	2,3	0,1	2,0	1,5	2,1	2,2
Hébergement Temporaire (2)	2,7	2,4	2,7	2,0	3,7	2,7	2,0

(sources : CNSA (1) requête FINISS au 01.01.2009 • SAISEHPAD au 31.12.2008 ; (2) requête FINISS au 01.01.2009)