
RAPPORT

Novembre 2017

Accompagner le vieillessement des Normands

*Un enjeu sociétal au cœur des
compétences régionales*



#17452434

Président

Rémy GUILLEUX

Rapporteure

Christine MULLER

Chargée de mission

Laure SOUCAILLE

Sommaire

Sommaire	3
Auditions et remerciements	5
Composition de la 2^e commission	9
Avis	11
1. Accompagner le vieillissement, un enjeu essentiel en Normandie	13
1.1 La Normandie vieillit plus rapidement que les autres régions.....	13
1.2 La légitimité de l'échelon regional.....	16
2. Les propositions du CESER	17
2.1 Un soutien affiché à la filière Silver Normandie entendue au sens large (Axe 1).....	18
2.2 L'accompagnement du vieillissement, un enjeu au cœur des politiques d'aménagement des territoires et de préservation de la qualité de vie (Axe 2).....	25
Quelle place au sein de la gouvernance ?.....	30
En conclusion.....	31
Déclarations des groupes	35
Rapport	45
Introduction	47
1. Un vieillissement inexorable de la population normande	48
1.1 Des seniors, mais quels seniors ?.....	48
1.2 Quelques données générales.....	49
1.3 Les données statistiques de la base SCORE SANTE (FNORS).....	54
1.4 Quelques données thématiques.....	57
2. Un imbroglio d'acteurs institutionnels intervenant dans le champ du vieillissement	62
2.1 La loi ASV et la mise en place des conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie.....	62
2.2 L'Agence Régionale de Santé de Normandie.....	64
2.3 Les Départements.....	69
2.4 Les communes et intercommunalités.....	71
2.5 Les organismes de protection sociale.....	73
2.6 La Silver Normandie.....	78
2.7 Le Gérontopôle.....	81
2.8 Les acteurs de l'aide et de l'accompagnement à domicile.....	82
2.9 Générations Mouvement.....	85
3. Les enjeux de l'accompagnement du vieillissement en Normandie pour une collectivité régionale 86	
3.1 L'accompagnement à domicile.....	86
3.2 La mobilité des seniors.....	95
3.3 La prise en compte du vieillissement dans l'aménagement du territoire.....	97
3.4 Une attention particulière à porter aux personnes vieillissantes en situation de handicap et aux personnes âgées en situation de grande précarité.....	107
Annexes	109
Liste des sigles	127
Bibliographie	129

Auditions et remerciements

Le CESER remercie vivement l'ensemble des personnes qui ont accepté, par leur témoignage, d'enrichir cette réflexion. *Nota : les fonctions sont celles des personnes au moment de leur rencontre avec le CESER.*

Mme ADELINE Florence

Ville du Havre – Directrice des Solidarités- Directrice Générale Adjointe du CCAS

Mme AIT-OUAILAL Fatima

WIMOOV- Directrice de Plateforme Mobilité

Mme BERVAS Olga

Maison DAHLIA – Animatrice

M. BLANCHERE Jean-Pierre

Pôle TES – Coordinateur du Pôle e-santé – membre du CESER

M. CAPO-CANELLAS Jean-François

CARSAT de Normandie – Directeur Adjoint en charge de l'Action Sociale

M. CRUZ Jérémy

Ville du Havre - Ergothérapeute

Mme DAOUDAL Nelly

MSA Côtes Normandes – Sous-Directrice - en charge de l'Action Sociale et Sanitaire et des Relations Extérieures

Mme DARTOIS Caroline

Département de Seine-Maritime – Direction de l'Autonomie - Responsable de l'hébergement

M. DAVENNE Damien

INSERM – Directeur de l'UMR « Mobilités : attention, orientation et chronobiologie », Professeur à l'Université de Caen

M. DE SAINT-BLANCARD Thibault

ALENOVI- Directeur

M. DESGROUAS Gabriel

CAPEB de Normandie – Président et Président de Handicap Développement – membre du CESER

Mme DREUX Christelle

URIOPSS de Basse-Normandie – Conseillère Technique Associations et Territoires

Mme DUCHESNE Fabienne

AG2R La Mondiale Normandie- Responsable des Relations Extérieures Sociales

Mme EGLOFF Valérie

Région Normandie – Conseillère régionale – Déléguée à la Silver Economie

Mme FOUCAULT Hélène

Ville du Havre – CCAS – Cheffe de service - Pôle Personnes Agées

M. GIRARD Hervé

SOLIHA- Directeur

M. GROS Patrick

ACPMES – chargé de mission

Mme GUEGUENIAT Solenn

Département de la Manche – Directrice de l'Autonomie

Mme GUENVER Carine

Région Normandie – Direction de la Formation Tout au Long de la Vie- Service des Formations Qualifiantes - Chargée de mission Pédagogique

Mme GUERRIER Sandrine

Ville de Dieppe – Responsable du Pôle Seniors et Handicap

M. GUILBERT Michel

Fédération Nationale de Générations Mouvement – 1^{er} Vice-Président

M. HERSANT Flavien

MDAP Alençon – animateur régisseur

Mme JOLLIVET Isabelle

Département de l'Eure - Directrice des solidarités et de l'Autonomie

M. LAMOUREUX Christophe

Ville de Granville – Coordinateur du Pôle seniors

Mme LANCIAU Camille

Région Normandie – Direction de la Formation Tout au Long de la Vie - Cheffe du Service Formations Sanitaires et Sociales

Mme LE FRECHE Christine

ARS de Normandie – Directrice de l'Autonomie

Mme LEBLOND Sylvie

Département de Seine-Maritime - Directrice de l'Autonomie

Mme LEBOUVIER Karine

Ville d'Yvetot - Directrice du CCAS

Mme LEDUC Florence

Association Française des Aidants – Présidente

Mme LEMOINE Alexia

Agence de Développement Normandie – Directrice Générale Adjointe

M. LETHUILLIER Jacques

Mutualité Française Normandie – Président

Mme LEVI-MILLER Damaris

MOOV'EO – Chargée de mission Normandie, référente Compétences

Mme MASSON Aurélie

WIMOOV – conseillère mobilité, plateforme de Mobilité Territoire Grand Evreux

M. MONTEBAULT Jean-Louis

UNA BOCAGE-ORNAIS – Président – Membre du CESER

M. PICHARD Alain

AG2R La Mondiale Normandie – Directeur

M. PLOSSART Patrick

USH de Haute-Normandie – Président et Directeur de SILOGE 76 – membre du CESER

Mme Christel PRADO

Département de la Manche – Directrice Adjointe de la Cohésion Sociale et des territoires

M. REGUER Daniel

Université du Havre – Professeur des Universités – membre du CESER

M. ROUYER Frédéric

UNA Pays Alençon Perche – Directeur

Mme SCelles Magali

Pôle TES – Directrice

M. TRUTT Jean-Louis

LOGEAL – Directeur technique

Mme VALMY Florence

Ville de Dieppe – Directrice des solidarités et de l'Autonomie

M. YEANDLE Colin

Union régionale Générations Mouvement – Président

Mme ZERKOVITZ Anne

TECHSAP'OUEST – Secrétaire Générale et conseillère à la CCI de Caen

La commission s'est assurée par ailleurs de la cohérence de cette étude avec les conclusions de celle réalisée par le CESER de Normandie, intitulée « Pour un aménagement du territoire plus équilibré et équitable en Normandie », dans le cadre de la saisine régionale sur l'équilibre des territoires par la Commission « Aménagement et développement durable des territoires – environnement ». Cette étude a été rédigée sous la présidence de Pascal FERREY et rapportée par Jean-Pierre GIROD, avec la collaboration de François AUBRY, chargé de mission. L'avis a été soumis au vote du CESER en octobre 2017.

Par ailleurs, la commission s'est appuyée sur les fiches variables « Territoires » et « Démographie » de l'étude du CESER de Normandie intitulée « Normandie 2040 ». Cette dernière est en cours de réalisation par la Commission « prospective », sous la présidence de Nicole GOOSSENS et sera rapportée par Catherine KERSUAL, avec la collaboration de Laurence MONNET- LEPAGE, chargée de mission. L'étude est à paraître en décembre 2017.

Composition de la 2^e commission

Affaires sociétales, sociales, sanitaires et médicosociales

AMBROISE Jocelyne

AUVRAY DE FOLLEVILLE Agnès

BERARD Yannick

BLANCHERE Jean-Pierre

CARTEL Alain

CHARLES Bernard

DEHESDIN Danièle

DESGROUAS Daniel

DESNOS Michel

GUILBERT Marie-Ange

GUILLEUX Rémy, Président

HIBOU Sylvie

JEANNE Annie

JEANPIERRE Nathalie

KERSUAL Catherine

LANCHAS Jean-Pierre

LEPOULTIER Chantal

LEROY Nicole

LILLINI Catherine, Vice-présidente

LONGEARD Gwenaël, Secrétaire

MARIE Brigitte

MICHEL Jean-Luc

MONTEBAULT Jean-Louis

MONTIER Sylvie

MULLER Christine, Rapporteure

PAUL Nicole

PONS Michel

RACINE Florence

REGUER Daniel

RICCI Gilles

ROGER Jean-Claude

SOUBRANE Jean-Claude

TESSIER Philippe

TOCQUET Régine

Un groupe de travail, issu de la 2^e commission du CESER, a piloté l'ensemble de cette étude. Sa composition était la suivante :

M. BLANCHERE Jean-Pierre

M. GUILLEUX Rémy, *Président*

MME. HIBOU Sylvie

MME LEROY Nicole

M. MONTEBAULT Jean-Louis

MME. MULLER Christine, *Rapporteure*

M. SOUBRANE Jean-Claude

M. REGUER Daniel a été associé aux travaux du GT en tant qu'expert en gérontologie.

Avis

Adopté à l'unanimité à la séance
plénière du 16 novembre 2017

En Normandie, 820 720 personnes ont 60 ans et plus¹, soit 26% de la population et un normand sur 10 est âgé de 75 ans et plus. D'après les projections démographiques de l'INSEE et selon les hypothèses de poursuite des dernières tendances, les personnes âgées de 65 ans et plus (dites « seniors ») représenteront 30% de la population à l'horizon 2050. Ces projections placeraient la Normandie en seconde position, derrière la Corse. Au regard de ces données, il est désormais inconcevable de penser l'avenir de notre région sans prendre en compte un tiers de sa population, sans mesurer les impacts des politiques publiques sur son quotidien et sans porter une attention accrue aux conditions nécessaires pour l'améliorer.

A travers cette étude, le CESER insiste sur l'urgence d'une action conjointe de l'Etat et de l'ensemble des collectivités pour répondre à l'enjeu régional du vieillissement et faire ainsi de la Normandie une région bienveillante envers les personnes âgées et, de ce fait, attractive pour ces dernières et leurs familles. Au-delà de l'unique intérêt économique que représente la formule « marché des seniors », les enjeux du vieillissement sont multiples et majeurs en termes de solidarité intergénérationnelle et de cohésion sociale. En effet, ils posent la question de la place et des représentations sur le vieillissement dans la société, de l'attention que l'on accorde « à la dernière grande étape du cycle de vie »² et de la nécessité de lui porter un regard collectif et attentif, qui ne réduise pas cette population à ses capacités supposées de consommations, mais la reconnaisse aussi pour ses capacités de production et d'utilité sociale, dans les multiples aspects de la vie quotidienne (associative, familiale, de voisinage...). Bien plus que la simple exploitation d'un marché, le CESER encourage le Conseil régional à considérer et développer la Silver Normandie, en ne partant pas de la seule exigence économique, même si elle est légitime, mais de la volonté d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées et, de ce fait, de l'ensemble des habitants, à travers de multiples leviers relevant de ses compétences : la signature d'un contrat de filière élargi en vue de valoriser et de professionnaliser les métiers de l'intervention sociale à domicile (Axe 1) et l'intégration de l'enjeu du vieillissement dans les politiques d'aménagement du territoire et de préservation de la qualité de vie (Axe 2).

1. Accompagner le vieillissement, un enjeu essentiel en Normandie

1.1 La Normandie vieillit plus rapidement que les autres régions

Un Normand sur quatre a plus de 60 ans et un Normand sur dix a plus de 75 ans.

La Normandie comptait 3 343 247 habitants au 1^{er} janvier 2016, c'est la 9^{ème} des 13 régions françaises en termes de population. Depuis 2009, le rythme de croissance de sa population (+0,2%) est inférieur de plus de moitié à la moyenne nationale (+0,5%), plaçant désormais la Normandie au 11^{ème} rang des 13 régions françaises. L'âge moyen de la population normande augmente, il est passé de 37,8 ans en 2010 à 40,9 en 2015. L'espérance de vie à la naissance est, quant à elle, une des plus faibles de France (après les Hauts de France) : 78 ans pour les hommes et 84,5 ans pour les femmes.

¹ Dont 700 000 retraités du régime général, recensés par la CARSAT

² Anne-Marie Guillemard, *Dictionnaire de sociologie*, le Robert Seuil 1999.

L'indice de vieillissement s'accroît inexorablement (72,6 en Normandie) : si le rapport des 65 ans et plus sur les moins de 20 ans a longtemps été favorable en Normandie comparativement à la France métropolitaine, il est désormais dans la moyenne française (71,8) et est celui qui a le plus progressé lors des dernières années.

La Manche et l'Orne, départements davantage ruraux, ont une population plus âgée que les autres départements. L'âge moyen y est supérieur à 43 ans au 1er janvier 2015, soit 2 ans de plus que la moyenne régionale. La proportion de seniors (60 ans ou plus) avoisine les 30% (contre 26% en Normandie) et le quatrième âge (75 ans ou plus) représente plus de 12 % de la population (9,7% en Normandie). Dans certains territoires touristiques tels les bassins de vie de Dives-sur-Mer, Isigny-sur-Mer, Saint-Vaast-la-Hougue, ou la façade ouest du Cotentin, les seniors constituent plus du quart de la population.

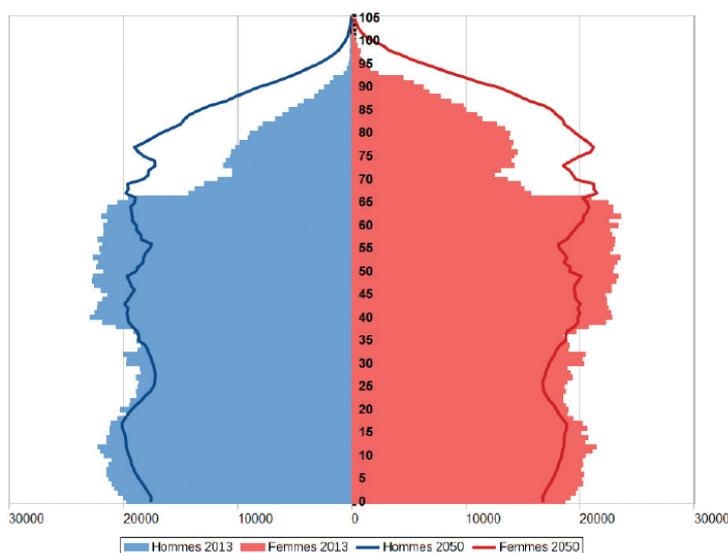
1.1.1 Les projections de l'INSEE à 2050 : un vieillissement accéléré

Les personnes de 65 ans ou plus représenteraient 30 % de la population régionale, ce qui placerait la Normandie en deuxième position, juste derrière la Corse.

Les projections pour 2050 prévoient une croissance de la population normande autour de 0,1%. Selon l'INSEE, à l'instar des autres régions de la métropole, la Normandie connaîtrait, à l'horizon 2050, un vieillissement progressif de sa population, selon les hypothèses de poursuite des dernières tendances passées. Ce phénomène serait essentiellement dû à la progression aux âges avancés de la génération du baby-boom, à l'installation sur les territoires de seniors retraités et au recul des populations jeunes.

La croissance démographique de la Normandie reposerait donc, en grande partie, sur l'augmentation du nombre de seniors (400 000). Cet essor serait accompagné d'une baisse concomitante des jeunes de moins de 20 ans (- 80 000) et des personnes âgées de 20 à 64 ans (- 220 000). L'Orne perdrait le plus d'habitants, et un habitant sur trois serait un senior en 2050.

Pyramide des âges de la Normandie



Source : Insee, Recensement de la population 2013, Omphale 2017- Scénario central

Un normand sur 8 aurait 80 ans ou plus en 2050

Les 85 ans et plus représenteraient plus de 7 % de la population normande, contre moins de 3 % en 2013. Le nombre d'hommes âgés d'au moins 85 ans triplerait d'ici 2050, alors qu'il ne ferait que doubler chez les femmes. Cette forte évolution serait due à un gain d'espérance de vie plus important chez les hommes entre 2013 et 2050.

1.1.2 Les bénéficiaires de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie³

Fin 2013, 68 800 Normands bénéficient de l'APA. Ce taux est légèrement supérieur à la moyenne française (21,4 % contre 20,6 %), ce qui positionne la Normandie au 5^{ème} rang des régions de métropole et cache des disparités infrarégionales. Ainsi, la Seine-Maritime, le Calvados et l'Orne figurent dans le premier tiers des départements métropolitains pour l'APA, alors que la Manche et l'Eure se placent dans les dix derniers.

Les 85 ans ou plus représentent les deux tiers des bénéficiaires en établissement et la moitié à domicile. Les femmes, du fait de leur espérance de vie supérieure, représentent les trois quarts des allocataires, à domicile comme en établissement.

Part des personnes âgées dépendantes (GIR 1 et 2) parmi les bénéficiaires de l'APA à domicile

Départements	Nombres de bénéficiaires APA (domicile et établissement)	Nombres de bénéficiaires APA à domicile	Nombre de bénéficiaires APA à domicile en GIR 1 et 2	Part des GIR 1 et 2 parmi les bénéficiaires APA à domicile
Calvados	14900	9 466	2130	22,5%
Eure	7910	4567	1520	33,3%
Manche	9596	4717	1040	22%
Orne	7971	4046	610	15,1%
Seine-Maritime	28472	18863	3550	18,8%
Total	68849	41659	8850	21,2%

Source : chiffres DREES, 2015

1.1.3 Les « seniors » actifs (55-64 ans)

Activité et emploi de la population de 15 à 64 ans par sexe et âge en 2012

		Ensemble	15 à 24 ans	25 à 54 ans	55 à 64 ans	Hommes	Femmes
Calvados	Taux d'activité	71,7%	42,3%	91,6%	44,3%	74,5%	68,9%
	Taux d'emploi	62,9%	30,5%	82,0%	40,5%	65,5%	60,3%
Eure	Taux d'activité	74,3%	49,1%	91,3%	44,1%	77,8%	70,8%
	Taux d'emploi	64,5%	34,6%	81,1%	39,6%	68,3%	60,8%
Manche	Taux d'activité	72,5%	49,6%	91,3%	39,4%	75,5%	69,4%
	Taux d'emploi	64,7%	37,5%	83,0%	36,4%	68,1%	61,2%
Orne	Taux d'activité	71,4%	47,1%	90,5%	41,5%	74,6%	68,2%
	Taux d'emploi	62,5%	33,6%	80,8%	37,9%	65,5%	59,6%
Seine-Maritime	Taux d'activité	71,5%	45,7%	90,0%	42,4%	75,1%	68,0%
	Taux d'emploi	61,3%	31,5%	79,2%	38,1%	64,8%	58,0%
Normandie	Taux d'activité	72,2%	46,1%	90,8%	42,5%	75,5%	68,9%
	Taux d'emploi	62,8%	32,7%	80,8%	38,6%	66,1%	59,6%
France métr.	Taux d'activité	73,0%	43,6%	90,6%	46,5%	76,4%	69,6%
	Taux d'emploi	63,7%	31,6%	80,6%	42,1%	67,2%	60,3%

Source : Insee, RP2012 exploitation principale

Le taux d'emploi, en Normandie, des 55-64 ans est de 38,6%, contre 42,1% en France. « La Normandie se caractérise par une très nette tendance au vieillissement des actifs en emploi, avec des difficultés

³ L'Allocation Personnalisée d'Autonomie permet la prise en charge d'aides et de services diversifiés pour les personnes âgées de 60 ans et plus, résidant à domicile ou en établissement et confrontées à des situations de perte d'autonomie. Elle n'est pas soumise à condition de ressources mais son calcul tient compte des revenus des bénéficiaires.

potentielles de reconversion accrues sur cette tranche d'âge, par ailleurs fortement touchée par le chômage de longue durée. »⁴

1.2 La légitimité de l'échelon regional

L'échelon régional apparaît comme le plus pertinent et adapté pour définir une vision politique, stratégique et prospective de la Normandie actuelle et à venir. Or il semble inenvisageable de penser l'avenir de la Normandie, notamment à travers le SRADDET⁵, sans prendre en compte le vieillissement de la population et son impact en termes de politiques publiques. En effet, il revient à la Région de veiller à maintenir l'équité et la cohésion des territoires ainsi que l'égalité de traitement de ses habitants quel que soit leur âge. Cela implique, en matière d'accompagnement du vieillissement, de répondre à divers enjeux en termes d'infrastructures de santé, de démographie médicale, de couverture numérique, de maintien des services et emplois de proximité, de mobilité... autant de secteurs dans lesquels la Région est en mesure d'intervenir. C'est pourquoi le CESER insiste sur sa légitimité à accompagner le vieillissement, au sein de ses compétences, notamment au regard des attentes formulées par les partenaires institutionnels rencontrés et invite cette dernière à intégrer ce phénomène dans les stratégies régionales de développement économique, d'innovation (SRDEEII⁶), de recherche, de formation (CPRDFOP⁷), de santé, de tourisme...

En outre, en tant que « Silver Région », elle s'est engagée à mettre en place et animer un comité régional d'acteurs afin d'accompagner le développement d'un ensemble de biens et de services à destination des personnes âgées, quel que soit le lieu où elles ont élu domicile. Néanmoins, si la silver économie semble davantage faire écho à la satisfaction d'un « marché des seniors », le CESER insiste sur l'intérêt de retenir une définition plus large permettant de désigner l'ensemble des moyens mis en œuvre par les acteurs économiques, sanitaires, médico-sociaux et sociaux pour adapter la société au vieillissement, en partant non pas des capacités des acteurs à produire et diffuser des biens et des services mais en partant des besoins de la population vieillissante. Cette dynamique intègre ainsi toute la diversité des biens et services qui favorisent la vie sociale, l'état de santé, l'autonomie et la qualité de vie des aînés. Elle permet également de prendre en compte l'ensemble des situations, y compris celle d'une partie non solvable de la population vieillissante, sur laquelle le CESER souhaite attirer l'attention afin qu'elle ne soit pas laissée de côté.

Enfin, depuis la Loi du 31 juillet 2014 relative à l'Economie Sociale et Solidaire, la Région pilote l'élaboration de la stratégie régionale de l'ESS, qu'elle a choisi d'inclure dans le SRDEEII. Or le rôle historique de l'ESS dans l'action sociale, sanitaire et médico-sociale ainsi que sa capacité d'innovation sociale et d'expérimentation place les acteurs de l'ESS au cœur de la silver économie. A la fois transversale (nombreuses sont les initiatives dans les champs de l'habitat, des services professionnels à domicile ou en établissement, de la mobilité, du tourisme, de l'aide à domicile...), ancrée localement et légitime pour tenter de répondre aux besoins non ou mal satisfaits des habitants, l'ESS permet d'associer innovation sociale et innovation technologique au service des personnes âgées. *«La technologie n'a, [en effet] pas de sens si elle n'est pas mise au service de la réponse aux besoins sociaux des personnes âgées et si elle n'intègre pas les problématiques d'éthique mais aussi d'acceptabilité des solutions innovantes et d'accompagnement dans l'usage. »⁸* De plus, le développement des initiatives relevant de l'ESS dans le domaine du vieillissement est d'autant plus

⁴Cf fiche variable économie, Rapport du CESER de Normandie « la Normandie en 2040 », à paraître en décembre 2017.

⁵ Schéma Régional d'Aménagement, de Développement Durable et d'Egalité des Territoires

⁶ Schéma Régional de Développement Economique, des Entreprises, d'Innovation et d'Internationalisation

⁷ Contrat de Plan Régional de Développement des Formations et de l'Orientation Professionnelles

⁸ Note d'analyse Avis, « l'ESS dans la Silver Economie », janvier 2015

essentiel qu'il permet une plus grande participation des usagers aux instances décisionnelles de par le fonctionnement statutaire des structures.

2. Les propositions du CESER

En préalable : l'information aux personnes âgées et aux aidants⁹

Rappel des Constats identifiés dans le rapport :

Une multiplicité des lieux d'informations ; un sentiment d'illisibilité pour les familles et les personnes âgées ; des difficultés rencontrées par ces dernières pour aller chercher l'information au bon endroit...

Le CESER rappelle l'importance du rôle des CLIC¹⁰ comme guichet d'informations sur les territoires et insiste pour que ces derniers soient davantage connus et reconnus comme tels. Il plaide pour un renforcement de leurs moyens humains et suggère d'étudier l'intérêt d'une fusion de ces derniers avec les MAIA¹¹. Une telle fusion permettrait d'accroître le potentiel de gestion de cas complexes (de plus en plus nombreux) et de renforcer le rôle de guichet unique d'informations, de diagnostic social et d'orientation des personnes âgées et de leurs familles vers les services, établissements et interlocuteurs adéquats. Le CESER insiste sur la nécessité de prendre en charge de manière globale la situation des personnes âgées afin de les libérer, elles et leurs familles, au maximum, des démarches administratives complexes et chronophages dans lesquelles elles peinent à se retrouver. **Il recommande également une meilleure articulation des CLIC avec les CCAS et CIAS, lorsque les premiers ne sont pas portés par les seconds**, dans la mesure où ils constituent, dans les communes rurales, des relais d'informations essentiels pour les personnes âgées, lesquelles se tournent, de manière naturelle, vers la mairie de leur commune pour obtenir des informations¹².

Il invite donc les Départements à mettre en valeur le rôle et l'activité des CLIC et des CCAS sur les territoires et à se pencher sur les moyens d'informations complémentaires à ces derniers, comme par exemple un portail comme celui réalisé par le Département de la Manche (seniors.manche.fr), qui pourrait être complété par une application à l'attention notamment des familles (enfants, petits-enfants habitant parfois à des centaines de kilomètres). A titre indicatif, le Conseil départemental de la Manche et la Caisse des Dépôts et Consignations ont réalisé un guide à l'attention des collectivités souhaitant développer ce type de portail d'informations.

⁹ Familiaux, amicaux, époux...

¹⁰ CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination gérontologique.

¹¹ MAIA : Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie

¹² La loi n° 86-17 du 6 janvier 1986, assigne aux CCAS « une action générale de prévention et de développement social dans la commune, en liaison étroite avec les institutions publiques et privées »

2.1 Un soutien affiché à la filière Silver Normandie entendue au sens large¹³ (Axe 1)

Proposition n°1 : Elargir le contrat de filière Silver Normandie au-delà de la seule Silver économie

Le CESER invite la Région à matérialiser son soutien à la Silver Normandie par un contrat de filière qui tienne compte du secteur de l'intervention sociale auprès des personnes vieillissantes afin, notamment, de renforcer la valorisation et la professionnalisation des emplois à domicile et ce, d'autant qu'il s'agit d'un vivier d'emplois de proximité non délocalisables et essentiels pour le dynamisme et l'attractivité des territoires.

Le CESER propose que ce contrat **comprenne 3 axes principaux** :

- Le soutien au secteur de l'aide à domicile (professionnelle et familiale)
- Le soutien à la recherche et à l'innovation,
- la reconnaissance et le soutien au gérontopôle comme acteur de la filière.

2.1.1 Une attention particulière portée aux professionnel-le-s et aux aidants à domicile¹⁴

A l'instar de la Région Hauts-de-France qui a signé une « convention régionale pour l'emploi à domicile » afin d'accompagner le développement de ce secteur et « d'apporter un service de qualité à domicile », la Région Normandie pourrait cibler la professionnalisation des métiers de l'aide à domicile au sein du contrat de filière et promouvoir ainsi l'image d'une région soucieuse de la qualité de vie de ses habitants (à la fois les personnes âgées ayant recours à une aide professionnelle mais également ceux qui apportent eux-mêmes une aide amicale, familiale, maritale... à un proche).

- **Un plan urgent et massif de qualification du secteur professionnel intervenant à domicile :**

Rappel des constats identifiés dans le rapport :

Des structures en difficulté du fait d'un modèle économique difficile à trouver et de problèmes de financements liés notamment à la sous tarification des services et au morcellement des plans d'aide souvent intenables ; des problématiques de professionnalisation et de recrutement (périodes de tension durant lesquelles il manque cruellement de personnel compétent, conditions d'exercice difficiles, usure professionnelle précoce et licenciements pour inaptitude nombreux ...) ; des besoins à venir potentiellement exponentiels...

Le CESER insiste sur l'urgence et la nécessité de soutenir massivement ce secteur au regard des enjeux en matière d'accompagnement du vieillissement et des besoins croissants liés aux tendances démographiques. En outre il s'agit d'un secteur économiquement important, fournissant des emplois de proximité pour une population peu qualifiée. Un investissement massif apparaît nécessaire tant

¹³ Définie précédemment p14

¹⁴ Professionnels intervenant à domicile et aidants familiaux (enfants et conjoints), amicaux et de voisinage, des personnes habitant dans leur domicile habituel ou un nouveau domicile, éventuellement en établissement.

l'enjeu de société est fort à travers un plan d'urgence en matière de formation (initiale et continue), de valorisation des métiers de l'aide à domicile, de reconnaissance, de diversification des trajectoires et des perspectives professionnelles, de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions d'exercice (durée minimale des interventions à domicile, solitude des intervenant-e-s sur le terrain)...

Proposition n°2 : Soutenir et encourager la modernisation et l'optimisation en matière de gestion du secteur de l'accompagnement à domicile

En partenariat avec les Départements et l'Agence Régionale de Santé (en complément du conventionnement entre les Conseils Départementaux et la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie pour le versement du fonds d'appui aux bonnes pratiques) et la conférence des financeurs :

>> **Participer à la modernisation des systèmes d'information, de gestion, de télégestion** (réflexion sur l'organisation des déplacements à travers des logiciels de simulation des temps de parcours, équipement en termes de tablettes et outils télégestion) et mettre en place des modules de formation aux usages en direction des intervenant-e-s.

>> **Former les intervenant-e-s de l'intervention à domicile, futur-e-s et en poste**, aux usages des technologies innovantes et aux équipements favorables à l'accompagnement à domicile (domotique, objets connectés, outils permettant une meilleure coordination avec les soins médicaux et paramédicaux ...).

>> **Encourager et soutenir l'innovation sociale et technologique** des Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD) : des services à domicile innovent chaque jour et redéfinissent les contours de leurs interventions pour s'adapter aux besoins évolutifs des personnes en perte d'autonomie, il importe de les accompagner dans leurs expérimentations.

>> **Favoriser une meilleure structuration de l'offre de service à domicile** et soutenir les projets de mutualisation notamment des fonctions support (paie, comptabilité), à partir notamment des études en cours menées par les Départements sur l'offre dans les territoires.

Proposition n°3 : Renforcer l'attractivité et la valorisation des métiers de l'aide à domicile par des actions de communication, un encouragement à davantage de mixité et une plus grande sécurisation des pratiques.

>> **Mener des actions de communication sur les métiers des services aux personnes et des actions visant à rendre ces derniers plus attractifs et à tendre vers davantage de mixité** (en lien avec la cité des métiers, le Rectorat, les branches professionnelles...). Les métiers de l'aide à domicile souffrent d'un réel déficit de reconnaissance sociale. Ils sont, en effet, souvent assimilés à des tâches d'aide-ménagère qui occultent l'ensemble des réalités induites par la relation d'aide à la personne « fragile » laquelle nécessite un véritable accompagnement global dépassant largement les représentations associées à « la femme de ménage ». Le CESER suggère pour tenter d'y remédier de mener une campagne active de communication auprès du grand public visant à mieux connaître le rôle des professionnel-le-s de l'accompagnement à domicile : pédagogie auprès des familles, information des services de Pôle emploi et des missions locales afin d'affiner l'orientation des demandeurs d'emploi ayant un profil adapté vers ces métiers, actions de communication dans les lycées ...

Région/ conférences
des financeurs

Région en partenariat avec les Missions
locales/ Pôle emploi/les fédérations
des services d'aide à domicile...

>> **Valoriser et sécuriser les pratiques des métiers de l'aide à domicile** : à travers la mise en place de formations sur la prévention des risques professionnels et la mise en place d'un groupe de réflexion, avec les partenaires institutionnels et les structures d'aide à domicile, sur l'amélioration des conditions de travail (problématiques de déplacement, de contraintes familiales engendrées par des horaires atypiques, temps d'intervention fractionnés et intenable...)

Proposition n°4 : Accompagner de manière massive et volontariste la professionnalisation du secteur de l'aide à domicile et la sécurisation des parcours professionnels dans le cadre du CPRDFOP. Pour cela, le CESER recommande à la Région de poursuivre la mise en place de formations qualifiantes et professionnalisantes, de développer la formation continue en vue d'une plus grande sécurisation et diversification des parcours professionnels et d'encourager une réforme des diplômes et des certifications applicables à ce secteur.

Au préalable, le CESER invite la Région à missionner le Carif-Oref Normand pour réaliser une analyse et une étude territorialisée et prospective des besoins de formation liée au vieillissement, avec un focus sur les métiers de l'aide à domicile. Il s'agirait de quantifier les besoins actuels et à venir mais également d'appréhender l'impact de l'évolution des pratiques professionnelles et des mutations technologiques et organisationnelles sur les métiers du vieillissement.

En effet, l'évolution des pratiques observées dans les établissements sanitaires et médico-sociaux (fermeture de lits, raccourcissement de la durée d'hospitalisation, montée en charge de l'ambulatoire, de l'hospitalisation à domicile - HAD ...) impacte fortement l'exercice à domicile et notamment les métiers de l'aide à domicile, induisant, de ce fait, une évolution des compétences attendues (spécialisation, capacité de coordination des interventions...). D'autre part, la nécessité de revaloriser ces métiers suppose d'envisager de nouveaux modes de management davantage horizontaux et basés sur une plus grande autonomie des équipes d'intervenant-e-s et sur une plus grande spécialisation de ces dernières.

>> **Développer les passerelles entre domicile et établissements, d'une part, et entre les secteurs sanitaires et médico-sociaux** d'autre part, en mutualisant des modules de formations (DE¹⁵ aide-soignant, DE infirmier, DE AES -Accompagnant Educatif et Social ...), et en créant, au sein du diplôme AES, une double spécialité « structure et domicile ». Le CESER déplore en effet, dans le cadre des formations médicales et paramédicales, la persistance de référentiels de formation encore trop hospitalo-centrés alors même que les pratiques professionnelles et les besoins évoluent. Ces évolutions tendent à encourager les exercices mixtes en structure et à domicile et à rapprocher davantage le médico-social et le sanitaire non seulement dans un souci de continuité des parcours pour les bénéficiaires, mais également de perspectives professionnelles accrues pour les intervenant-e-s. La mise en place des SPASAD¹⁶, par un rapprochement des SSIAD¹⁷ et des SAAD témoigne bien de l'intérêt et de la nécessité d'une plus grande coordination des professionnel-le-s à domicile (et en structure) autour des bénéficiaires et des aidants familiaux. Adossé à un établissement ou à une structure médico-sociale, ce type de structure devrait être propice à l'expérimentation d'un exercice mixte des intervenant-e-s (infirmier-e-s, aides-soignant-e-s, aides à domicile) en établissement et à domicile.

¹⁵ Diplôme d'Etat

¹⁶ Services Polyvalents d'Aide et de Soins à Domicile

¹⁷ Service de Soins infirmiers à domicile

Dans cette perspective, il importe d'accompagner les intervenant-e-s à domicile dans leurs démarches de Validation des Acquis par l'expérience (VAE) pour obtenir le DE AES et le DE aide-soignant-e et d'instaurer des passerelles entre les deux diplômes pour constituer une perspective d'évolution de carrière supplémentaire. A cette occasion, le CESER rappelle son attachement au maintien d'une proximité territoriale de l'offre de formation, notamment des Instituts de Formation des Aides-Soignants (IFAS), la mobilité constituant encore trop souvent, un frein voire une rupture, dans les parcours de formation.

>> Former des équipes pluridisciplinaires d'aides à domicile sur les territoires¹⁸ (avec passerelles vers les établissements), composées de référent-e-s sur des domaines de compétences spécifiques.

La valorisation de ce métier passe en effet par l'évolution des pratiques professionnelles et des modes de management plus horizontaux. Le CESER encourage ainsi la création d'équipes d'intervention coordonnées et polyvalentes sur les territoires permettant un accompagnement global, adapté et durable : capacités de détection des besoins des personnes âgées et de leurs évolutions, prévention des risques liés au vieillissement et à la perte d'autonomie, détection des fragilités (risques liés au logement, isolement...), orientation des personnes vers les services et professionnels compétents... La possibilité de se spécialiser, en complément de la formation initiale et en fonction de ses appétences est de nature à ouvrir davantage de perspectives professionnelles, à réduire le turn-over par une plus grande fidélisation et à valoriser fortement les compétences et l'image du métier d'aide à domicile. De nombreuses formations de courte durée peuvent ainsi être envisagées : maladie d'Alzheimer et troubles cognitifs, stimulation cognitive, bien-être et prévention (alimentation, sommeil, sport...), nutrition, incontinence, relations avec les aidants familiaux (incidences familiales de la maladie, du handicap, de la perte d'autonomie, compréhension de la relation aidant/aidé), aides techniques et aménagement du logement...

21

Départements

Dans cette perspective, le CESER suggère de prévoir le remplacement des intervenant-e-s en formation, ce qui suppose pour les Départements, d'intégrer cette possibilité dans la dotation financière des structures. Il pourrait être envisageable, par exemple, dans le temps de travail de chaque intervenant-e-s à domicile, de conserver entre 10 et 20% d'heures mensuelles non facturées pour les temps de formation, de coordination, d'analyse des pratiques...¹⁹

>> Créer une filière de formation en gérontologie sociale avec plusieurs niveaux de formation:

- une professionnalisation et une spécialisation des intervenant-e-s à domicile (induite par l'évolution des pratiques et la valorisation du métier) au sein des établissements de formation des travailleurs sociaux²⁰ et en complément de la formation initiale.
- deux formations universitaires : une formation de managers intermédiaires (pour manager les équipes pluridisciplinaires d'aides à domicile sur les territoires, niveau III ou II) et une formation d'encadrant-e-s spécialisé-e-s en ingénierie gérontologique²¹ (niveau I), allant jusqu'à l'expérimentation d'un doctorat de gérontologie sociale (cf proposition 8).

¹⁸ Des structures telles que l'UNA ou Alenvi mettent en place ce type de management.

¹⁹ Exemple de fonctionnement de la structure Alenvi.

²⁰ IRTS de Caen, IDS de Canteleu, IFEN du Havre

²¹ Management, gestion RH, organisation de la montée en compétence des équipes, connaissance de la législation sociale, gestion des plannings, optimisation des déplacements...

Dans ce cadre, la Région pourrait étudier l'opportunité de développer davantage l'apprentissage dans le secteur de l'intervention à domicile (pour le métier d'aide à domicile mais également les managers de proximité et les encadrant-e-s).

- **Lutter contre la solitude et l'usure des aidants non professionnels²²**

Rappel des constats identifiés dans le rapport :

Des besoins d'informations concernant la maladie et les aides existantes, de reconnaissance, de temps pour soi, d'accompagnement (échanges avec des pairs, groupes de parole, formations gestes et postures...), d'aides concrètes (relais possibles types lieux d'accueil de la personne aidée, dispositifs d'accueil d'urgence, aide professionnelle à domicile et coordination des aides...), une fragilité financière fréquente...

En préalable, le CESER rappelle que la première forme d'aide aux aidants est bien un soutien professionnel à la hauteur des besoins pour la personne à aider. Cela suppose une meilleure qualification des personnels intervenants à domicile et une réforme de la tarification des SAAD.

En outre, le CESER attire l'attention des Départements et de la CARSAT sur la nécessaire évaluation des besoins des aidants (évaluation des besoins du couple « aidant-aidé ») permettant une personnalisation des réponses à la fois dans les plans d'aide mais également en direction de l'aidant (complémentarité des interventions aidant et professionnel-le-s) et de tenir compte des besoins nécessairement évolutifs du couple aidant-aidé.

Proposition n°5 : Accompagner les aidants non professionnels en matière de formation aux « bonnes pratiques », de prévention des risques notamment psychosociaux (liés à la complexité de la relation aidant-aidé et au bouleversement des relations familiales) : gestion émotionnelle, bientraitance, prise de recul, prise de temps pour soi, refus de l'isolement, préservation de sa santé...

Le CESER encourage la Région à s'appuyer sur le gérontopôle en cours de constitution et sur les lieux ressource en matière d'accompagnement des aidants tels que la future « Maison des aidants » de Flers, pour **référencer les dispositifs de formation existants** (organismes de protection sociale, Conseils départementaux via les conventions avec la CNSA, les associations d'aidants familiaux...), afin de **structurer une offre de formation accessible, de proximité** à destination des aidants.

Proposition n°6 : Sensibiliser et encourager les entreprises de la région au « Care management » à travers notamment une communication sur le congé créé à l'attention des aidants actifs²³ et sur les problématiques rencontrées par ces derniers.

Une telle communication serait de nature à permettre aux aidants, lorsqu'ils sont actifs, de concilier l'aide qu'ils apportent à un tiers avec leurs vies familiale et professionnelle. Plus généralement, cela pose la question de l'amélioration du quotidien des générations dites « pivots », sur lesquelles

²² Cf proposition 13 (soutenir les projets innovants offrant des solutions de répit type maisons des aidants et relayage dans le cadre des contrats de territoire) et proposition 15 (un soutien financier aux aides techniques dans le cadre de l'adaptation du logement pour faciliter l'accompagnement et sécuriser les gestes et les pratiques : chemins lumineux, téléalarme, lève-malade...)

²³ Congé créé par la Loi relative à l'Adaptation de la Société au Vieillessement (décembre 2015)

repose non seulement la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie mais également l'allongement de la période d'insertion sur le marché du travail de leurs enfants.

2.1.2 Accompagner la recherche et l'innovation (sociale et technologique) en matière d'accompagnement du vieillissement

Proposition n°7 : Accompagner les laboratoires de recherche (CNRS, INSERM...) fondamentale et appliquée sur les études en matière de prévention et de préservation de l'autonomie physique et sociale (mobilité et voiture autonome, stratégie de gestion du vieillissement jusqu'à la fin de vie, développement de la stimulation cognitive, passage du travail au monde de l'après travail, population vieillissante en grande précarité...).

Le dispositif CIFRE²⁴ - Conventions Industrielles de Formation par la Recherche - subventionne toute entreprise de droit français qui embauche un doctorant pour le placer au cœur d'une collaboration de recherche avec un laboratoire public. Le CESER encourage la Région à adapter ce type d'initiative au domaine gérontologique, en prenant en charge les frais liés à l'activité de recherche (types déplacements, frais d'enquêtes). Cela permettrait d'allier études et recherche appliquée en matière d'enjeux liés au vieillissement.

Proposition n°8 : Etudier, avec la COMUE, l'opportunité de créer, à titre expérimental, un doctorat en gérontologie sociale, le seul existant à l'heure actuelle dans les pays francophones, étant à l'Université de Sherbrooke²⁵.

Or il apparaît indispensable de former des spécialistes en gérontologie sociale capables, à côté du diagnostic médical, de poser des diagnostics sociaux individuels en analysant la complexité des environnements sociaux pluriels et mouvants, d'approfondir l'étude des facteurs favorisant l'autonomie des personnes âgées et d'appréhender de manière pluridisciplinaire les impacts du vieillissement en matière de politiques publiques dans les territoires. Cela constituerait un avantage comparatif indéniable pour la Normandie dans le domaine des sciences sociales.

Proposition n°9 : Financer des projets collaboratifs innovants et expérimentaux dans le domaine de l'accompagnement à domicile (Appel à Manifestation d'Intérêt, appels à projets) en partenariat avec la conférence des financeurs²⁶ et mobiliser les fonds européens à cet effet (FEDER et FSE), afin de permettre à terme une diffusion des « bonnes pratiques » et un essaimage. :

- projets développant l'expérimentation d'outils technologiques dans le but de faciliter et sécuriser l'accompagnement à domicile par les SAAD, d'améliorer la coordination des intervenant-e-s et de favoriser le maintien des relations amicales et familiales des personnes âgées, quel que soit le lieu où elles ont élu domicile (domicile individuel, résidence autonomie, EHPAD...)(Ex du projet Madopan²⁷).

²⁴ 14 000 euros /an, pendant 3 ans, plus crédit d'impôt recherche

²⁵ Une cotutelle de thèse est engagée entre l'Université de Sherbrooke et l'Université du Havre

²⁶ Cofinancements CARSAT, caisse des dépôts et Consignations, groupes de prévoyance, Conseils Départementaux...

²⁷ Il s'agit d'une expérimentation financée par la CARSAT, portée par le CCAS de Fleury sur Orne, et pilotée par le Pôle TES dans le but de développer des solutions innovantes permettant de sécuriser la vie à domicile des seniors, faciliter la coordination des intervenant-e-s, favoriser le maintien de la vie sociale...

Région

Région/COMUE

Région/conférences des
financeurs

- projets de clubs d'usagers et de Living Labs, en vue d'expérimenter et d'exposer les innovations technologiques et organisationnelles issues de la Silver économie.

Région/ ARS/COMUE

Proposition n°10 : Accompagner le déploiement en cours de la télémédecine sur le territoire régional en partenariat avec l'ARS, conditionné à un ensemble de préalables :

- Le déploiement du numérique sur l'ensemble du territoire (la fibre et le réseau 4G),
- l'accompagnement des structures de coordination en télémédecine,
- la formation des personnels médicaux et paramédicaux à l'utilisation des outils nécessaires, et la formation aux métiers de maintenance.
- le maintien d'une relation humaine entre la personne vieillissante et son médecin traitant, la télémédecine ne pouvant s'y substituer.

2.1.3 Le Gérontopôle au cœur de la filière

Proposition n° 11 : Accompagner la structuration du gérontopôle en intégrant le comité des membres fondateurs et participer à son financement

Un gérontopôle est en cours de création sur le territoire de l'Estuaire havrais. Pour le CESER, son positionnement se doit d'être régional afin de constituer un outil d'aide à la décision (un silver tank ?) pour les acteurs institutionnels membres de la conférence des financeurs. Il envisage cette structure comme un centre de ressources sur l'accompagnement du vieillissement, un lieu de réflexions, de veille et d'expertises avec 2 missions principales :

- rassembler, stimuler et diffuser la recherche et l'innovation en gérontologie sociale et médicale (cycles de conférences, séminaires...)
- mettre en réseau des acteurs autour de l'accompagnement du vieillissement sur le territoire normand afin de créer une dynamique, de favoriser les rencontres entre acteurs d'horizons différents (universitaires, entreprises, acteurs institutionnels, représentants des usagers et de leurs familles...), de faire émerger des lieux de réflexion et d'échanges de savoirs.

Le CESER met toutefois en garde contre le risque d'un étage supplémentaire « au mille feuilles », le gérontopôle devant avant tout mettre en synergie l'existant et non ajouter de la complexité institutionnelle.

Région/partenaires fondateurs

2.2 L'accompagnement du vieillissement, un enjeu au cœur des politiques d'aménagement des territoires et de préservation de la qualité de vie (Axe 2)

Si le vieillissement de la population concerne l'ensemble de la Normandie, il se traduit différemment d'un territoire à un autre, s'observant de façon plus marquée dans les bourgs qui connaissent une dévitalisation de leur centre²⁸. Face aux tendances et projections démographiques, les territoires sont diversement dotés en capacité d'accueil et de prise en charge du risque de dépendance, pour lequel les besoins iront croissants. Cela pose la question de l'égalité d'accès aux services de proximité et aux soins et de la préservation de l'équilibre des territoires, entre espaces urbains, ruraux et périurbains, où les politiques d'accompagnement du vieillissement ne sauraient être identiques.

Cette hétérogénéité rend indispensable la réalisation de diagnostics territoriaux permettant d'identifier les enjeux liés au vieillissement au niveau des intercommunalités et adapter les politiques aux réalités locales, à l'instar des démarches initiées par le réseau des « Villes Amies des Aînés ». Le CESER juge particulièrement pertinent ce type de démarche permettant de développer une politique transversale dédiée à l'accompagnement des personnes âgées en fonction de leurs besoins dans un contexte territorial spécifique. Il invite la Région à promouvoir cette démarche dans le cadre de ses contractualisations avec les territoires.

2.2.1 Intégrer l'accompagnement du vieillissement aux contrats de territoires et dans le cadre du SRADET

25

Rappel des constats identifiés dans le rapport:

Une offre médicale inégalement répartie ; des densités faibles et hétérogènes de médecins généralistes et spécialistes ; une fracture numérique qui s'accroît entre territoires urbains et ruraux ; une problématique forte de maintien des services de proximité dans les centres bourgs ruraux ; un risque d'isolement accru et de paupérisation des personnes âgées en milieu rural...

Proposition n° 12 : Dans le cadre du conventionnement de la Région avec l'Observatoire Régional de la Santé, missionner ce dernier pour rassembler et affiner les données régionales sur le vieillissement afin de permettre une identification des enjeux à l'échelle infrarégionale par un croisement des données disponibles (données de l'observatoire des fragilités de la CARSAT, de l'ARS, de l'ORS, des Départements...).

Proposition n°13 : Lorsque l'enjeu du vieillissement est prégnant sur un territoire, participer au financement des expérimentations liées à ces enjeux: projets d'hébergement (résidences seniors, résidences autonomie, EHPAD, formes d'habitats intermédiaires types habitats groupés ...), expérimentations permettant de tester des innovations technologiques ou organisationnelles dans le but de favoriser un maintien à domicile sécurisant, initiatives en matière de transports adaptés, initiatives en matière de lutte contre l'isolement des personnes âgées, initiatives permettant aux personnes âgées de demeurer dans leur environnement familial proche, projets innovants offrant des solutions de répit aux aidants familiaux...

Région/ORS

Région/ EPCI/
Départements

²⁸ cf étude du CGET, « l'action des bourgs face à l'enjeu du vieillissement de la population », avril 2017

Enfin, « *la société de la longévité implique d'aborder les politiques d'accompagnement en termes de territoire adapté aux besoins des personnes et à leurs caractéristiques, de penser avec les pieds pour prendre en compte l'environnement de proximité des personnes âgées et de leurs proches* »²⁹. Aussi, le CESER recommande aux EPCI et aux communes de prendre en compte les enjeux du vieillissement dans les documents de planification urbaine et rurale, d'une part, en introduisant les besoins des personnes âgées dans l'aménagement (éclairage, toilettes et bancs publics...) et d'autre part, en privilégiant l'emplacement des résidences autonomie dans les quartiers proches des services et des réseaux, ou facilités de transports.

2.2.2 Favoriser le « bien vieillir » dans un domicile grâce à une adaptation anticipée du logement

Rappel des constats identifiés dans le rapport :

Une multiplicité des aides et des interlocuteurs, des délais longs et incompressibles, une barrière psychologique et financière ne permettant pas une stratégie anticipée et personnelle de gestion du vieillissement...

ORH/CRH

Afin de quantifier les efforts à réaliser et de mieux connaître l'offre sur l'ensemble du territoire, le CESER encourage l'Observatoire Régional de l'Habitat et le Comité Régional de l'Habitat et de l'Hébergement à réaliser un recensement des logements adaptés pour les personnes âgées, des hébergements existants et des formes d'habitats innovants en Normandie.

Le CESER insiste sur la nécessité d'une meilleure anticipation de la perte d'autonomie permettant à chacun de se projeter et d'exprimer sereinement une « stratégie de gestion de son vieillissement » : cette stratégie peut, en effet, s'envisager au sein de son domicile actuel, dans un domicile au sein d'une structure collective type résidence autonomie, dans un autre domicile plus adapté... Dans son rapport, Luc Broussy³⁰ parie sur la conviction que les futures générations de personnes âgées seront des « seniors avertis », qui sauront mieux anticiper et prévoir la perte d'autonomie, en partie parce qu'ils auront vu vieillir leurs parents, ou grands-parents et s'en seront sans doute occupés³¹ : « *Ils n'iront pas en EHPAD uniquement par contrainte. Ils seront peut-être aptes à utiliser des technologies à domicile. Ils seront peut-être plus sensibles à un diagnostic habitat précoce. Et plus capables à 75 ans de choisir une nouvelle trajectoire pour mieux vivre [...] les dernières années de leur vie.* » Il apparaît dès lors indispensable de repenser les différentes formes du domicile et de développer les solutions intermédiaires entre le domicile tel qu'on le conçoit aujourd'hui et l'EHPAD. « *Car le domicile où bien vieillir n'est pas forcément celui où on a vécu la première partie de sa retraite. Peut-être faudra-t-il de plus en plus choisir son dernier domicile en fonction de la diminution programmée de son autonomie. Et qu'un choix pertinent, en amont, permettra justement peut-être d'éviter de perdre cette autonomie.* »³²

²⁹ Serge Guérin

³⁰ Mission interministérielle sur l'adaptation de la société au vieillissement de sa population, Luc Broussy, janvier 2013, p 14

³¹ D'après la dernière enquête Odoxa, Baromètre santé 360, juin 2017 : 57% des français sont personnellement concernés par la prise en charge du vieillissement.

³² Cf rapport de la Mission interministérielle p 15

Proposition n° 14: Cofinancer le développement des projets de démonstration type maison dahlia sur les territoires pour tenter de faire tomber les barrières psychologiques et permettre une plus grande anticipation. Veiller, au sein de ces projets, à la mise en place de « clubs des usagers » garantissant la prise en compte des besoins et des usages des personnes âgées.

Ce type de structure constitue non seulement un lieu de formation pour les professionnels du bâtiment et de l'aide à domicile mais également un lieu convivial pour les personnes âgées à travers l'organisation d'ateliers divers liées à la prévention de la perte d'autonomie.

En outre, afin de dépasser l'alternative entre maintien à domicile et entrée en établissement médicalisé, le CESER invite la Région à accompagner, dans le cadre des contrats de territoires, des projets d'habitats intermédiaires, notamment intergénérationnels, pour locataires et propriétaires. (cf proposition n°13)

Il souligne l'intérêt d'intégrer les usagers dès l'origine du projet³³ en particulier concernant les éléments de domotique prévus à la construction. En outre, dans le cas des projets d'habitats regroupés, le CESER insiste, sur l'importance de rendre possible et de développer la mutualisation des plans d'aides.

Proposition n°15 : Piloter et structurer la filière « adaptation des logements », non seulement sur le plan énergétique et mais également de l'autonomie.

La Région, à travers le dispositif « Chèque Eco-Energie », accompagne la rénovation énergétique des logements et l'amélioration de l'habitat en luttant contre la précarité énergétique. Aussi, parallèlement et en complément de cette action, le CESER suggère d'accompagner également les personnes âgées dans leur projet de maintien à domicile en participant au soutien financier des organismes agréés en la matière (SOLIHA, CDHAP, INHARI...) et déjà partenaires dans le cadre du dispositif « Chèque Eco-Energie ». Ces derniers seraient ainsi financés non seulement pour leur mission de conseil et d'accompagnement des particuliers dans le cadre de la rénovation énergétique mais également pour leur mission auprès des personnes âgées en matière de préservation de l'autonomie au sein du domicile (étude des besoins en matière d'adaptation du logement à la perte d'autonomie, réalisation des plans de financements et des demandes d'aides financières auprès des différentes structures³⁴, coordination des interventions au domicile...).

Dans cette perspective, le CESER recommande :

- une labellisation commune des structures réalisant les diagnostics et les préconisations pour la réduction de la facture énergétique et la préservation de l'autonomie,
- une meilleure communication sur les organismes et les dispositifs d'aide existants en matière d'adaptation des logements à la perte d'autonomie,
- la mise en place d'un Chèque « Adaptation du logement à la perte d'autonomie » afin de boucler le tour de table du financement (sous condition de ressources et avec liste de travaux spécifiques, sur le modèle du Chèque Eco-Energie), prévoyant éventuellement une aide à l'installation d'un pack domotique.³⁵

³³ L'expertise de Techsap'ouest dans ce domaine mérite d'être soulignée à titre d'exemple

³⁴ Caisses de retraite, mutuelles, Conseils Départementaux, CCAS...

³⁵ Ex de la Technicothèque en Maine et Loire : il s'agit d'une plateforme d'accessibilité aux aides techniques, pour l'autonomie des personnes âgées et handicapées dans tous les actes de la vie quotidienne. Véritable « tiers payant » de

- Un soutien à l'émergence d'une filière de construction permettant d'adapter les logements de manière réversible (par la production de bâtiments modulaires notamment) et une sensibilisation des élus locaux à l'intérêt d'une densification des lotissements par l'ajout de ce type de modules.
- Un travail de sensibilisation des bailleurs sociaux et privés à la situation de leurs locataires vieillissants et la possibilité pour ces bailleurs de bénéficier du « chèque adaptation du logement à la perte d'autonomie » dans le cadre de travaux d'amélioration de leurs logements.

2.2.3 Favoriser et sécuriser la mobilité des seniors

Rappel des constats identifiés dans le rapport :

Un usage dominant de la voiture ; une sous-utilisation des transports en commun par les personnes âgées ; une sédentarité plus grande et une menace progressive de désocialisation avec l'avancée dans l'âge ; un confort et un niveau de services des lignes interurbaines peu adaptés à ces dernières ; des piétons davantage victimes d'accident...

Région /EPCI/Départements

Proposition n° 16 : Lancer un appel à projets ou un Appel à Manifestation d'Intérêt pour encourager les projets innovants sur la mobilité des seniors type plateforme de mobilité sur le territoire d'Evreux mise en place par Wimoov, mutualisation de transports (utilisation des transports scolaires pour les personnes âgées...), achat de navettes par des collectivités (ex mesnil bus), initiatives de mobilité partagée (co-voiturage et auto partage, taxis collectifs à la demande), outils permettant la planification des trajets...

Proposition n° 17 : Sécuriser les personnes âgées dans l'utilisation des transports publics.

Le CESER invite les Autorités Organisatrices de Transports, la SNCF et la Région (pour les lignes interurbaines et les TER) à mieux prendre en compte les craintes et les besoins des personnes âgées en matière d'usage des transports en commun (bus-métro-train) : poursuivre la formation des personnels des transports et de la vente aux besoins spécifiques (conduite moins brusque, temps de montée et de descente...), favoriser la coordination entre les moyens de transports par une politique plus fine d'intermodalité visant une meilleure intégration de chaque mode de transport à la chaîne de mobilité de porte à porte (un outil combinant l'ensemble des offres de transports et permettant d'apporter une information personnalisée sur un voyage de porte à porte par exemple, telle une « feuille de route »).

Région/ AOT/SNCF

2.2.4 Favoriser la vie sociale et l'accès aux activités de loisirs

Avec l'âge, les mobilités diminuent et le périmètre de vie se réduit, le quartier ou le centre bourg devenant le lieu principal de socialisation où s'organisent les solidarités de proximité et de voisinage.

l'aide technique, elle simplifie les délais d'acquisition, la prise en main et le soutien dans le remboursement du reste à charge des aides techniques. Ainsi, lorsqu'un besoin en aide technique est repéré par l'équipe d'évaluation du Département, la technicothèque intervient pour la mise à disposition du matériel répondant au besoin et à l'environnement de l'utilisateur. Elle permet la mise à disposition avant acquisition, l'aide à la prise en main des aides techniques et assure le suivi de l'évolution de la situation pour réajustement si nécessaire des matériels attribués. Enfin, la technicothèque peut aider au règlement de l'aide technique en recherchant avec le demandeur les financements éventuels auxquels il peut prétendre. Elle permet, si nécessaire, de financer le reste à charge grâce à un prêt solidaire.

L'échelle du quartier et du centre bourg apparaît dès lors comme la plus pertinente pour développer un ensemble d'actions visant à éviter le repli sur le domicile et à maintenir la vie sociale des personnes âgées. L'existence de services de proximité, notamment de commerces et de services publics, et leur accessibilité à pied, constitue un premier facteur d'intégration sociale et de lutte contre l'isolement. Le déploiement du numérique (Fibre, 4G) en termes d'infrastructures et l'accompagnement de ses usages en constitue un second, en particulier lorsque les enfants et petits-enfants ne vivent pas à proximité. Enfin, et surtout, le tissu associatif joue un rôle primordial dans la préservation du lien social et de l'autonomie des personnes âgées, ces dernières constituant elles-mêmes une ressource précieuse pour le monde associatif et le maintien d'une qualité de vie dans les territoires.

Proposition n° 18 : Participer au financement d'ateliers de formation aux usages des outils numériques de communication et de relations sociales (tablettes, envois et réception d'image, usage de Skype...) dans le cadre, par exemple, des appels à projets lancés par la conférence des financeurs.

La formation des intervenant-e-s professionnel-le-s à domicile permettrait, également, de favoriser un accompagnement des usages auprès des personnes âgées, ces dernières pouvant solliciter les intervenant-e-s en cas de besoins (cf proposition 2).

Proposition n° 19 : S'appuyer sur les acteurs de proximité et encourager les solidarités de voisinage.

Le CESER entend, par cela, mobiliser d'une part les fédérations de commerçants afin qu'ils intègrent davantage les contraintes et besoins des personnes âgées et développent des services spécifiques type portage à domicile, et d'autre part, les bailleurs sociaux afin de former les gardiens d'immeuble du parc social au repérage des situations d'isolement³⁶. Il invite également la Région à apporter son soutien au dispositif Monalisa (Mobilisation National contre la Solitude et l'isolement des personnes Agées), de plusieurs manières possibles : en renforçant l'action des équipes citoyennes par un développement du service civique sur des missions d'ambassadeurs, de visites, de recueil de mémoire...³⁷, en finançant des actions de formation délivrées aux équipes citoyennes, etc.

Par ailleurs, de nombreuses initiatives existent sur les territoires à destination des personnes âgées pour prévenir la perte d'autonomie et le risque d'isolement. Elles prennent, notamment, la forme d'ateliers de prévention organisés par l'ASEPT³⁸ (sur l'alimentation, le sommeil, l'activité physique adaptée, la mémoire...) et sont financées pour partie par l'Inter-régimes, les mutuelles et les organismes de prévoyance. Le CESER tient à souligner l'effort de maillage territorial effectué par ces organismes et l'importance de ces ateliers en termes de maintien du lien social pour les personnes âgées. Il recommande fortement à ces derniers de davantage valoriser ces actions par une communication accrue auprès des normands et des guichets d'informations de proximité que sont les CLIC-MAIA-CCAS-CIAS...

Afin de compléter cette offre très diversifiée et répartie sur le territoire, le CESER suggère à la Région d'inciter les structures culturelles et sportives avec lesquelles elle conventionne à davantage développer une offre adaptée à destination des personnes âgées.

³⁶ L'exemple de Logéal Immobilière est intéressant sur ce sujet (Label Habitat Seniors Services)

³⁷ Cela peut prendre la forme d'un conventionnement avec les organismes agréés tels qu'Unis Cité, l'URIOPSS...

³⁸ Association Santé, Education et Prévention sur les Territoires

Proposition n°20 : Proposer un pass « culture/sports/loisirs» à destination des seniors³⁹ sur le modèle d'Atout Normandie (un Atout seniors ?) offrant des entrées gratuites et des réductions dans plusieurs domaines : concerts, cinéma, compétitions sportives, découverte du patrimoine, pratique culturelle et sportive...).

Proposition n°21: Inciter, d'une part, les clubs à développer une offre sportive non compétitive à destination des seniors dans le cadre des conventionnements avec les ligues et, d'autre part, les structures culturelles à davantage prendre en compte le public âgé parmi les publics dits « empêchés ». Par cela, le CESER entend la nécessité de faire entrer la culture dans les établissements mais également de mener une réflexion sur les outils et les moyens à mettre en œuvre pour faire entrer la culture au domicile des personnes âgées, notamment via les outils numériques.

Proposition n°22 : Structurer l'offre touristique régionale à destination des seniors (pour une offre personnalisée, attractive, accessible et adaptée) et mobiliser ces derniers en valorisant leurs initiatives dans la production d'activités culturelles et de loisirs (connaissance du patrimoine local, fonction d'ambassadeurs...).

Quelle place au sein de la gouvernance ?

Proposition n°23 : Légitimer l'intervention de la Région en matière d'accompagnement du vieillissement en intégrant les 5 conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie.

Afin d'inscrire l'intervention de la Région en matière d'accompagnement du vieillissement en coordination avec les principales institutions compétentes, le CESER propose que la **Région siège au sein des conférences de financeurs, dans chaque département, aux côtés des membres de droit à savoir les Conseils Départementaux, l'ARS, les organismes de protection sociale et l'ANAH.**⁴⁰

Par ailleurs, les conférences étant présidées par les Départements en partenariat étroit avec l'ARS, le CESER constate un déploiement inégal de ces dernières sur les territoires ainsi que l'existence de pratiques divergentes en matière d'application des politiques d'accompagnement du vieillissement et de la Loi relative à l'Adaptation de la Société au Vieillessement, en particulier concernant la régulation de l'offre et la tarification des SAAD, la gestion de l'APA et la définition des plans d'aide. Il invite les Départements à coordonner davantage leurs interventions afin de tendre vers une stratégie commune voire une uniformisation des politiques à l'échelle normande dans un souci d'égalité et d'équité entre les citoyens normands vieillissants. **Ce rapprochement des pratiques peut être envisagé dans le cadre du G6.**

³⁹ A l'instar de ce qui a été proposé par le CESER Pays de la Loire dans son rapport « la Silver économie en Pays de la Loire », janvier 2015, et en complément du pack senior actif proposé par le Département de Seine-Maritime.

⁴⁰ En effet, l'article L. 233-3 du Code de l'action sociale et des familles (CASF) issu de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement qui définit la composition de la conférence des financeurs précise que peuvent être membres « les représentants des collectivités territoriales volontaires autres que le département et des établissements publics de coopération intercommunale volontaires qui contribuent au financement d'actions entrant dans le champ de compétence de la conférence, désignés par l'assemblée délibérante. » Un tel article laisse donc la possibilité à la Région d'intégrer les conférences des financeurs.

En conclusion

La Normandie voit le nombre de ses aînés croître considérablement. L'idée centrale de cet avis vise à changer le regard sur la population vieillissante, en la considérant comme une population hétérogène qui ne peut être réduite ni à une population à charge, ni une population captive d'un « marché des seniors », mais comme une part significative de la population en général.

A travers cette étude, le CESER a souhaité démontrer la nécessité d'intégrer le vieillissement de la population dans l'ensemble des politiques publiques régionales. Replacer les personnes âgées au cœur de ces dernières est non seulement un investissement devenu nécessaire au regard du défi démographique à venir mais également une manière d'apporter un mieux vivre à l'ensemble de la population.

Les propositions formulées par le CESER s'appuient sur les compétences spécifiques de la Région en application de la Loi NOTRe et en cohérence avec la Loi ASV. Elles ne nécessitent pas de créer des structures ou des missions supplémentaires mais invitent à intégrer la prise en compte des besoins spécifiques des seniors dans les dispositifs et politiques existants. Le CESER suggère pour cela de soutenir la filière Silver Normandie à travers un contrat de filière élargi incluant la professionnalisation et la valorisation du secteur de l'intervention à domicile ainsi que le développement de la recherche et de l'innovation. En effet, sans une action énergique en matière de professionnalisation et de reconnaissance des métiers issus de l'intervention sociale, le risque est grand de perpétuer le regard et une conception de la vieillesse comme une maladie. Les limites au maintien à domicile sont souvent sociales (solitude, ressources financières ...) Or, sans une vigilance particulière dans ce domaine, la Silver Normandie risque d'être dévoyée de ses intentions initiales en se contentant d'accéder à un « marché des seniors ». Il importe de ne pas laisser sur le bord du chemin la part de la population âgée dont les revenus sont en dessous du seuil de pauvreté et celle, plus dépendante, dont l'accès aux services résulte de la contribution publique elle-même limitée.

Le CESER propose également d'intégrer l'accompagnement du vieillissement aux enjeux politiques d'aménagement des territoires et de préservation de la qualité de vie (mobilité, équité des territoires, adaptation des logements...) dans le cadre du SRADDET et des contrats de territoires.

Il insiste fortement, en outre, sur la nécessité de coordonner l'action régionale à celles des institutions publiques en charge de la compétence « autonomie » au sein des conférences des financeurs afin de « prendre sa part » dans ce vaste paysage institutionnel.

Il attire l'attention, enfin, sur l'importance et l'urgence de déployer une campagne de communication positive sur le vieillissement et sur le rôle essentiel des personnes âgées au sein de la société. Une telle communication serait de nature à lutter contre les discriminations liées à l'âge, à valoriser les professionnel-e-s du secteur sanitaire et médicosocial qui accompagnent la perte d'autonomie et à permettre aux Normands d'anticiper, dans un contexte serein, leur propre stratégie de vieillissement.

Accompagner le vieillissement des Normands : un enjeu sociétal au cœur des compétences régionales
Présentation des préconisations

Difficulté de mise en œuvre	Importance	Coût	Intitulé de l'action	Outils proposés	Région de Normandie													
					Départements	EPCI	ARS	réseaux de l'aide à domicile	associations d'aînés non professionnels	Conférences des financeurs	protection sociale-prévoyance	ORCA, CUPPT	réseaux d'information et d'accompagnement (CUC-MIA...)	acteurs de la silver économie	Autres partenaires			
Axe 1 - Un soutien affiché à la filière Silver Normandie																		
●	+++	€	P1 Elargir le spectre du contrat de filière Silver Normandie		P	A		A	A							A		
Soutenir le secteur de l'intervention à domicile par un plan d'aide d'urgence																		
●	++	€€	P2 soutenir l'optimisation et la modernisation en matière de gestion des services à domicile	- équiper les structures en outils de télégestion et former à ces outils - encourager l'innovation sociale et technologique - encourager les projets de mutualisation - former les intervenant-es à domicile à l'usage des technologies concourant au maintien à domicile	P	coP		A	A							A	CNSA	
●	+++	€	P3 accompagner la valorisation des métiers de l'aide à domicile	- formations sur la prévention des risques professionnels - réflexion sur l'amélioration des conditions d'exercice - communication sur le métier d'aide à domicile - actions de communication visant à renforcer la mixité	P	A		A	A								missions locales- Pôle emploi- instituts travail social...	
●	+++	€€€	P4 accompagner la professionnalisation du secteur de l'aide à domicile	- réaliser une étude territorialisée et prospective des besoins du secteur - créer des passerelles entre domicile et établissements et entre secteur sanitaire et médico-social - encourager la pluridisciplinarité des équipes par la spécialisation - créer une filière de formation en gérontologie sociale	P	A		A	A								Carif-Oref- COMUE...	
●	++	€	P5 accompagner les aidants non professionnels	- formations aux "bonnes pratiques" et prévention des risques notamment psychosociaux - soutenir les dispositifs innovants offrant des solutions de répit	coP	P		A	A								CNSA	
●	++	€	P6 encourager la reconnaissance des aidants non professionnels auprès des entreprises et sensibiliser ces dernières au care management	- actions de communication auprès des entreprises	P	A		A	A								Entreprises- syndicats d'employeurs- branches professionnelles	
Accompagner la recherche et l'innovation sociale et technologique																		
●	++	€	P7 Accompagner les laboratoires de recherche sur les études en matière de prévention de la perte d'autonomie	- Versement d'une indemnité liée aux frais de recherche dans le cadre du dispositif CIFRE...	P	coP		A	A								gérontopôle- COMUE- entreprises...	
●	+++	€	P8 Créer à titre expérimental un doctorat en gérontologie sociale		P	A		A									COMUE- gérontopôle	
●	++	€€	P9 Financer des projets collaboratifs innovants et expérimentaux visant le développement et l'usage de technologies pour favoriser l'accompagnement à domicile	- Appel à projets ou AMI commun avec la conférence des financeurs	P	A		A	A								A	
●	++	€€	P10 Accompagner le déploiement en cours de la télémédecine		A	A		A	P								acteurs de la santé et du numérique	
Un acteur régional : le gérontopôle																		
●	+	€	P11 Accompagner la structuration du gérontopôle	- intégrer le comité des membres fondateurs	P	A		A	A								gérontopôle	
Axe 2 - L'accompagnement du vieillissement: un enjeu au cœur des politiques d'aménagement du territoire et de préservation de la qualité de vie																		
Intégrer l'accompagnement du vieillissement dans les contrats de territoire et le SRADET																		
●	+++	€	P12 Affiner les données sur le vieillissement au niveau infrarégional	- Dans le cadre du conventionnement avec l'ORS, la mission sur l'observation du vieillissement dans les territoires	P	A		A	coP								ORS	
●	+++	€€	P13 Lorsque l'observation montre la prégnance des enjeux du vieillissement sur un territoire, participer au financement de projets expérimentaux (hébergement, mobilité...)	- à travers les contrats de territoires, participer au financement de projets liés à la problématique du vieillissement	P	A		A	A								A	
Favoriser le bien vieillir dans un domicile grâce à l'adaptation anticipée des logements																		
●	++	€€	P14 Cofinancer le développement des projets de démonstration dans les territoires avec la conférence des financeurs		P	A		A	A								A	
●	++	€€€	P15 piloter et structurer la filière "adaptation des logements", non seulement sur le plan énergétique mais également de l'autonomie	- conventionner avec les structures déjà agréées dans le cadre du chèque éco-énergie pour accompagner l'aménagement du domicile en prévision de la perte d'autonomie (labellisation) - communiquer sur les aides et dispositifs mobilisables - proposer un chèque "adaptation du logement à la perte d'autonomie" prévoyant par ex un pack domotique - soutenir l'émergence d'une filière de construction de bâtiments modulaires pour une adaptation réversible des logements - mobiliser les bailleurs sociaux et privés	P	A		A									A	réseaux de structures d'accueil agréées, filiale du bâtiment, bailleurs sociaux et privés...
La mobilité des seniors																		
●	+	€	P16 Encourager les projets innovants sur la mobilité des seniors	- AMI ou appel à projets	P	A		A									A	

Déclarations des groupes

Déclaration de Monsieur Richard GREGE

Au titre de FNE Normandie - GRAPE - le CREPAN – la Confédération paysanne – le Parc Naturel régional des boucles de la Seine Normande et la Fédération de Pêche de Normandie.

Nous reconnaissons le travail important effectué par les participants du rapport, sur l'état des lieux et les propositions concrètes. Nous aimerions insister sur le chapitre vie sociale, avec les valeurs de solidarité et de respect de la personne, qui se concrétisent à travers des expériences en Normandie.

Les propositions 13 et 14 sont essentielles et innovantes quant à l'organisation de nouvelles formes d'habitat intergénérationnel, permettant par exemple à des étudiants ou stagiaires d'être locataires dans un appartement de séniors, en échange de services et d'entraide. Cet engagement de présence dans la vie quotidienne des personnes âgées est encouragé par la Loi relative à l'Adaptation de la Société au Vieillissement de 2015. La cohabitation jeunes /personnes âgées semble rencontrer néanmoins des difficultés à se mettre en place.

Des initiatives de lutte contre l'isolement des personnes âgées amènent aussi des particuliers à élaborer des projets de logement intergénérationnel participatif, avec mutualisation des espaces de vie et des usages. Là aussi, la lenteur de l'élaboration des projets, les réticences des financeurs freinent les ardeurs, mais des préconisations de labellisation de la formule ou de développement de ce modèle de logement dans l'habitat social pourraient offrir à des retraités aux revenus modestes une vie riche en échanges. Dans les pays germaniques, les Maisons des Générations, avec le soutien financier des communes, permettent le maintien des relations sous le même toit.

Nous notons aussi que des expériences réussies se développent pour se faire rencontrer jeunes enfants de classes primaires et maternelles avec les résidents d'EHPAD, afin de maintenir le lien essentiel entre générations. Des associations contribuent à travers des animations, à entretenir la transmission des savoirs et savoir faire des personnes âgées.

Gardons l'Humain au centre de nos réflexions.

Nous votons l'avis.

Déclaration de Madame Jocelyne AMBROISE
Au titre du Comité régional CGT de Normandie

Monsieur le Président,

Mesdames et Messieurs les Conseillers,

Constater que la Normandie vieillit, et plus rapidement que la moyenne nationale, c'est déjà s'interroger quant à garantir l'égalité des droits sociaux pour toutes et tous, quel que soit son lieu de vie.

C'est une chance de vieillir, mais encore faut-il que cela se déroule dans de bonnes conditions. La Loi relative à l'Adaptation de la Société au Vieillissement, entrée en vigueur au 1er janvier 2016, n'est pas arrivée au bout de ce qu'elle prévoyait : le nombre de logements rénovés n'est pas atteint, la reconnaissance des aidants est quasi inexistante, les EHPAD privés se multiplient, à défaut de voir se construire des établissements publics permettant un accès à un plus grand nombre, etc. Et que dire des mesures prises dernièrement visant à diminuer encore plus le niveau de pension de nos aînés...

Ainsi que nous l'avons exprimé dans l'avis CGT rendu sur les « orientations régionales pour l'observation et la promotion de la santé », le risque d'aggravation des inégalités entre les personnes vieillissantes existe, et plus particulièrement par celles fragilisées financièrement mais également en situation grandissante et de plus en plus prégnante, de handicap.

Vouloir que le plus grand nombre se maintienne le plus longtemps possible à domicile est un signal positif fort, dès lors qu'il s'accompagne de mesures concrètes et réelles. Les politiques publiques ont, en ce sens, un devoir de protection.

Cette volonté doit s'accompagner d'une exigence de maintien des commerces de proximité et des services publics, de ne pas tout miser sur la e-santé et la silver économie au risque de déshumanisation et d'isolement. Les aidants doivent être reconnus comme de réels professionnels de l'accompagnement, car leurs compétences vont bien au-delà du ménage et des courses, sans oublier les aidants « proches », qui souvent souffrent en silence sans bénéficier, la plupart du temps, de mesures d'accompagnement.

Enfin, la CGT souhaite qu'évolue la gouvernance des instances, et notamment en la reconnaissance des représentants des organisations syndicales de retraités.

Le groupe CGT votera favorablement cet avis.

Déclaration de Madame Sylvie MONTIER

Au titre de l'Union régionale des syndicats CFDT de Normandie

Le vieillissement, le mot n'est pas très positif. Par contre si on parle de l'allongement de la durée de la vie, tout de suite cela apparaît pour ce que cela est : une fantastique avancée depuis une ou deux générations dans l'histoire de la vie humaine.

Ainsi on comprend mieux que l'allongement de la vie est une richesse. Les nouvelles technologies, le numérique, l'économie collaborative, donnent l'opportunité d'offrir aux plus âgés toutes les possibilités de vivre mieux le plus longtemps possible.

La Région est un acteur essentiel et se doit de favoriser l'accès des seniors à une meilleure qualité de vie.

Le CESER constate les besoins hétérogènes de la population des seniors normands, d'abord seniors « actifs », puis seniors « fragiles ».

La Normandie, à horizon 2050, pourrait compter 30% de sa population âgée de plus de 65 ans. Elle doit faire de ce constat un atout pour une économie de qualité.

Comme tout autre citoyen, la personne âgée participe au développement de la société, certes sous l'angle économique, mais aussi culturel.

L'Economie Sociale et Solidaire, acteur de la « silver économie », y apporte sa capacité d'innovation sociale.

Ce rapport confirme l'impérieuse nécessité de soutenir le secteur de l'aide à domicile notamment par la professionnalisation, la reconnaissance et la valorisation des métiers de ce secteur. Renforcer l'attractivité, la sécurisation des pratiques, la mixité des métiers de l'aide à domicile est un gage de respect des professionnels et des aidés. Cela concourt à l'amélioration de la qualité de vie au travail et à la qualité de vie de tous.

De même, les aidants non-professionnels doivent être reconnus et accompagnés.

L'accès aux soins et à la protection sociale est problématique pour les plus fragiles. Les plus âgés sont les plus pénalisés puisque les besoins de soins augmentent avec l'âge.

Pour les résidents en milieu rural, d'autres difficultés s'ajoutent :

- la disparition de services publics de proximité
- des transports collectifs inadaptés
- les commerces locaux insuffisamment soutenus par les pouvoirs publics
- l'éloignement des structures de santé.

Le développement de la télémédecine sur notre territoire, en maintenant la relation humaine, est l'une des réponses à apporter à la difficulté d'accès aux soins.

Lutter contre le non-recours aux droits, les déserts médicaux, la disparition des services publics de qualité doivent être des priorités pour notre région.

L'offre d'hébergement doit être plurielle, s'adapter aux besoins et les anticiper, s'adapter aux choix des seniors, être réversible, permettre la cohabitation et la mixité intergénérationnelle.

Ainsi, il conviendra de construire une politique régionale transversale tant sur l'hébergement, la mobilité, l'accès aux soins que sur les métiers d'aide à domicile et les dispositifs destinés aux aidants. L'aménagement du territoire doit permettre la cohabitation des différentes populations en intégrant aussi les plus âgés.

La CFDT approuvera cet avis.

Déclaration de Monsieur Daniel REGUER

Par accord entre la Fédération Régionale Hospitalière, la Fédération de l'Hospitalisation Privée et l'Observatoire Régional de la Santé

Je souhaite remercier, d'une part, la commission 2 de s'être autosaisie en initiant un Groupe de travail sur le vieillissement et de m'avoir auditionné, avant de siéger au CESER, en tant que représentant éphémère de l'ORS-CREAI, et d'autre part, Rémi GUILLEUX, Christine MULLER, Laure SOUCAILLE et Nicole ORANGE.

La Région n'a pas directement compétence sur l'intervention sociale en direction des personnes âgées. Pourtant, les **25% de la population, âgées de 60 ans et +, sont directement intéressés par la plupart des compétences de la Région**. Il en est ainsi de la recherche et de l'enseignement supérieur.

Le territoire normand dispose en **nombre trop limité de docteurs en médecine gériatrique**.

Le territoire normand ne dispose **d'aucun docteur en sciences sociales gérontologique**.

Le seul doctorat francophone de gérontologie n'est pas en France mais à **Sherbrooke**.

Pourtant, si la maladie et le handicap touchent les toutes dernières années de la vie, les origines de celles-ci et les moyens d'y remédier ou de les accompagner comportent **une dimension sociale considérable, dont financière et liée à la solitude qui touche principalement les femmes**.

Il apparaît indispensable de former des spécialistes en gérontologie sociale capables, **à côté du diagnostic médical, de poser des diagnostics sociaux individuels** en analysant la complexité des environnements sociaux pluriels et mouvants et de les traduire en initiatives collectives territoriales.

L'Université dispose déjà d'un potentiel et plusieurs thèses, dans diverses disciplines, ont été soutenues sur le vieillissement :

- L'université de Rouen accueille le centre documentaire historique de la fondation Nationale de Gérontologie, le plus important en France,
- L'université de Caen dispose de plusieurs formations en gérontologie dont au niveau master
- L'université du Havre a produit il y a plus de 10 ans la première HDR sur le vieillissement dans le cadre d'un labo CNRS ; Une cotutelle de thèse avec l'Université de Sherbrooke sur la maltraitance des personnes âgées vient compléter 5 thèses soutenues ou en cours sur le vieillissement, toutes portant sur le sujet d'actualité qu'est la mobilité.

La Région dispose d'un potentiel fort pour une action innovante en matière de recherche et d'enseignement supérieur. La Région a déjà participé au financement de plusieurs thèses disciplinaires sur le vieillissement, en sociologie, en psychologie en médecine en histoire ...

D'autres acteurs sont impliqués, je pense à la **CARSAT** qui soutien une recherche sur la mobilité quotidienne des personnes âgées dans le pays de Bray, je pense évidemment à **l'ORS CREAI** qui a réalisé de très nombreuses études depuis de longues années et assure une veille scientifique dans le domaine du vieillissement.

La Région ferait preuve d'un intérêt majeur pour les 25% de personnes âgées comme pour les personnels en souffrance qui œuvrent dans le domaine gérontologique, en **soutenant fortement la**

COMU qui a déjà compétence sur les Ecoles Doctorales pour expérimenter la création d'un doctorat en gérontologie sociale s'appuyant sur les forces disciplinaires éparses des trois Universités.

Je le dis plus fortement encore alors que la disparition du mot « vieux » de notre langage courant n'est peut-être pas fortuite de même que peut être lue la disparition des institutions compétentes sur le vieillissement dans la composition du futur CESER.

Déclaration de Monsieur Yannick BÉRARD

Au titre de l'Union Régionale Force Ouvrière de Normandie

Avant de donner notre avis sur ce rapport, je voudrais rappeler qu'en France, on a tout fait, on a tout mis en œuvre pour que les Français vivent le plus longtemps possible, mais le paradoxe, est qu'on ait rien fait, rien prévu pour qu'ils vivent cette vieillesse en toute sérénité.

Nos hommes politiques ont une lourde responsabilité. Depuis des décennies, ils n'ont pas eu le courage de prendre en main le vieillissement de la population et ses aléas. Il y a 10 ans, le candidat et élu à la présidentielle avait promis que la dépendance serait son premier chantier. Qu'en est-il aujourd'hui ? Rien n'a bougé ni avec lui, ni avec son successeur et le gouvernement actuel ne semble pas prêt à prendre des initiatives en la matière et pourtant, c'est un devoir pour une nation que de garantir le bien être à tous les âges. Les fondateurs de la Sécurité Sociale l'avaient bien compris, ils nous ont montré le chemin en inscrivant dans les textes fondateurs que le système de sécurité sociale était mis en place pour « pallier aux aléas de la vie », tout était dit, il suffisait d'admettre que la dépendance est un aléa de la vie et de mettre en place un nouveau risque couvert par l'assurance maladie, mais cela, on ne l'a pas fait, laissant le soin aux organismes de protection sociale (assurance maladie, CARSAT, MSA, RSI etc..) et aux organismes de retraite complémentaire, sur leurs fonds sociaux, de pallier les carences..

Concernant le rapport « Accompagner le vieillissement des Normands », nous tenons avant tout à saluer le travail de la commission 2, du groupe de travail constitué, de sa rapporteure et de la chargée de mission qui l'a rédigé.

Dans le contexte actuel, le vieillissement, la perte d'autonomie et la dépendance relèvent de la compétence de l'assurance maladie et des départements, la population vieillissante n'est pas aujourd'hui la cible de la Région.

Toutefois, comme il est précisé dans l'avis, 30 % de la population normande aura plus de 65 ans à l'horizon 2050 et à ce titre, la Région doit accompagner le vieillissement de la population normande, dans le champ des compétences qui sont les siennes afin de maintenir l'égalité de traitement de ses habitants sur l'ensemble du territoire quel que soit leur âge.

Je ne reviendrai pas sur les 23 préconisations, nous partageons l'essentiel pour ne pas dire l'intégralité, mais l'élargissement du contrat de filière Silver Normandie au-delà de la seule Silver économie et l'intégration de la Région dans les 5 conférences des financeurs sont 2 préconisations incontournables si on veut intégrer l'accompagnement du vieillissement des Normands dans l'ensemble des politiques publiques régionales.

Le groupe Force Ouvrière votera l'avis

Déclaration de Monsieur Jean-Pierre BILLON

Par accord entre le Comité Régionale de la Confédération Nationale des Retraités et la Délégation Régionale de Haute-Normandie de l'Union française des Retraités

En tant que délégué régional de la Confédération française des retraités, la Confédération est particulièrement intéressée par ce travail.

Je pense que dans le projet tel qu'il est présenté, les 23 propositions mériteraient d'être classées par ordre préférentiel. Le Président m'a indiqué que le tableau existait et je regrette qu'il n'ait pas été diffusé.

Rapport

Introduction

Les Normands, à l'instar des français, vieillissent. Fort de cet heureux constat mais conscient que le vieillissement croissant et accéléré des normands interroge les politiques publiques en profondeur, le CESER a souhaité mener une réflexion sur la place et le rôle de la Région en matière d'accompagnement du vieillissement. Or, si son intervention en direction de certains publics (jeunes en formation, entreprises, filières...) est particulièrement visible, les personnes vieillissantes ne sont « naturellement » pas ciblées par la Région. En apparence, rien d'étonnant à ce constat puisqu'il est admis que la prise en charge de « l'Autonomie » constitue une compétence quasi exclusive des Départements. Mais sous le vocable « d'autonomie », tout comme sous celui de seniors, se cache une pluralité de situations, de profils et de défis à relever auxquels la Région n'est et ne doit pas être étrangère. A travers la notion de « continuité des parcours de vie », se mesure l'ampleur des coordinations à mettre en place et la nécessité d'agir en transversalité entre les différents niveaux d'intervention des collectivités et de l'Etat. Aussi, le CESER est-il convaincu du rôle essentiel de la Région en matière d'accompagnement du vieillissement, dans le champ des compétences qui sont les siennes et telles qu'elles sont définies dans la Loi NOTRe.

Aussi, l'étude du CESER n'aborde-t-elle pas, de manière délibérée, la prise en charge de la dépendance en établissement, principale compétence des Départements et de l'Agence Régionale de Santé (ARS), ni l'organisation des soins. Elle se cantonne aux domaines dans lesquels la Région est, selon lui, légitime pour intervenir et dans lesquels la plus value de son intervention est attendue par l'ensemble des acteurs auditionnés.

Dans une première partie, le CESER dresse un portrait statistique des seniors en Normandie et reprend les projections démographiques de l'INSEE pour affirmer l'urgence d'agir et de participer de manière coordonnée à l'accompagnement du vieillissement en Normandie. Puis, il dessine les contours d'un paysage institutionnel complexe et foisonnant de la prévention de la perte d'autonomie dans lequel les missions de la Région devraient, d'après lui, s'insérer.

Enfin, dans une dernière partie, le CESER s'attache à identifier les enjeux inhérents aux principaux domaines de l'accompagnement du vieillissement dans lesquels la Région semble compétente pour « prendre sa part » et apporter des réponses aux personnes âgées elles mêmes, à leurs proches aidants ou aux professionnels de l'intervention sociale à domicile. Ces enjeux dépassent ainsi largement le seul potentiel que représente le marché des seniors en termes de développement économique et d'attractivité. Ils touchent à la nécessité de préserver le droit des personnes âgées à vivre dans l'environnement familial de leur choix, en mettant tout en œuvre pour favoriser la préservation de leur autonomie et le maintien de leurs relations sociales et familiales. Cela suppose, avant tout, de valoriser et professionnaliser les métiers de l'intervention sociale à domicile et de changer les représentations sur la vieillesse en reconnaissant le rôle actif des seniors et la richesse de leurs apports à la société (bénévolat et participation citoyenne active, soutien indispensable dans la garde des enfants...). Enfin, parmi les enjeux identifiés, l'intégration du vieillissement dans les politiques d'aménagement du territoire apparaît primordiale pour maintenir une égalité de traitement entre les personnes âgées vivant en milieu urbain et celles vivant en milieu rural.

1. Un vieillissement inexorable de la population normande

«La vieillesse constitue la dernière grande étape du cycle de vie »⁴¹.

1.1 Des seniors, mais quels seniors ?

Parler des seniors pour évoquer une classe d'âge homogène n'a pas plus de sens que de parler des jeunes. Dans son rapport sur « les jeunesses », l'ex CESER de Haute-Normandie⁴² s'interrogeait sur une possible définition de la jeunesse à partir d'un postulat de base selon lequel elle serait « *une construction sociale, une catégorie d'âge aux frontières un peu floues* », « dont l'appréhension dépend de l'angle par lequel on l'analyse », et dont « les limites varient selon le type de classement, les époques, l'organisation des sociétés et les représentations qu'elles se font de cette période de la vie ». Nul doute que l'on puisse remplacer le terme « jeunes » par « seniors », tant le constat est valable pour ces derniers : « *est-il légitime de penser la jeunesse [vieillesse] comme une catégoriesociologique c'est-à-dire comme un groupe social doté d'une certaine unité de représentations et d'attitudes tenant à l'âge ?* ». « *Sous le vocable de « jeunes » [seniors], se cache une pluralité de situations et de catégories qui n'ont rien d'autre en commun que l'âge* ». En effet, l'état de santé, le niveau de vie, les comportements individuels, le lieu d'habitation, le degré d'autonomie... tant de facteurs qui impactent profondément la manière dont on vieillit et l'état dans lequel on vieillit. Avec l'allongement de la durée de la vie est apparue la notion de 4^{ème} âge pour désigner le moment où l'on devient « vraiment » vieux, c'est-à-dire où l'on bascule dans la dépendance. Mais quand commence ce fameux 4^{ème} âge ? Comment appréhender les besoins et les attentes des seniors face à une telle pluralité de situations ?

48

Devant les nombreuses classifications existantes, le CESER a choisi de retenir celle de Luc Broussy dans son rapport sur l'adaptation de la société française au vieillissement de sa population⁴³, laquelle correspond à celle utilisée dans le cadre des travaux nationaux sur la « silver économie » :

- L'âge où « l'on est âgé sans être vieux », les seniors « actifs » :

Ces derniers conjuguent temps libre, pouvoir d'achat et bonne santé et participent activement à la vie associative et citoyenne.

« Il désigne l'âge de la retraite, mais aussi de la grand-parentalité (...). C'est une phase inédite, qui ne marque pas un terme, mais l'amorce d'une nouvelle trajectoire, active et dynamique. [...] Bon pied, bon oeil, on est prêt pour les voyages, la vie associative, la reprise d'études, l'engagement civique ... cette période est vécue comme une nouvelle chance et une forme de rattrapage des projets bloqués par les exigences de l'activité professionnelle. Mais elle peut aussi être douloureusement et difficilement vécue lorsque la profession constituait un vecteur exclusif de l'identité personnelle. »

- L'âge de la vieillesse, les seniors « fragiles » :

Ces derniers rencontrent des soucis de santé chroniques et une baisse de leurs capacités, ce qui influe sur leur mode de vie.

⁴¹ Anne Marie Guillemard, Dictionnaire de sociologie, le Robert, Seuil 1999.

⁴² « Jeunesses : une ressource pour la région », CESER de Haute-Normandie, mars 2015

⁴³ Mission interministérielle sur « L'adaptation de la société française au vieillissement de sa population », Luc BROUSSY, janvier 2013

« Cette phase démarre peu à peu au moment où les soucis de santé et le poids des ans limitent le dynamisme de la phase précédente. C'est aussi le moment où la solidarité familiale commence à s'inverser : d'aidants (financiers, quotidiens...) les personnes âgées deviennent de plus en plus aidées, avec le sentiment d'une perte d'utilité et de sens. [...] C'est aussi une période particulièrement touchée par la solitude : les enfants et les petits enfants sont pris par leur vie quotidienne tandis que les relations amicales se font de plus en plus rares. »

- L'âge de la perte d'autonomie, les seniors « dépendants » :

Ces derniers ont recours à des soins de santé et des aides diverses dans l'accomplissement des actes essentiels de la vie. « Au cours de cette période, qui est un processus et non un état, le principal défi est de lutter contre la perte du lien. Sans même parler de l'éloignement inexorable causé par la maladie d'Alzheimer, les contraintes de la dépendance limitent les rapports interpersonnels et les appauvrissent. La personne âgée dépendante, prise dans la logique des soins médicaux de la dépendance, court le risque d'être de plus en plus coupée de son histoire et de son identité personnelle. »

Dans la mesure où cette étude s'adresse en premier lieu à la collectivité régionale en tant qu'interlocuteur privilégié, les analyses et les enjeux ciblés par le CESER concernent en priorité les deux premières catégories : les seniors actifs et les seniors fragiles.

1.2 Quelques données générales

1.2.1 Une Région qui vieillit plus rapidement que les autres

49

La Normandie compte 3 343 247 habitants au 1^{er} janvier 2016, c'est la 9^{ème} des 13 régions françaises devant la Bretagne, la Bourgogne-Franche-Comté, le Centre-Val-de-Loire et la Corse en termes de population. Son dynamisme démographique s'est affaibli. Depuis 2009, le rythme de croissance de sa population (+0,2%) est inférieur de plus de moitié à la moyenne nationale (+0,5%), plaçant désormais la Normandie au 11^{ème} rang des 13 régions françaises pour la croissance démographique depuis l'année 2010.

Extrait de la fiche variable « Démographie » de l'étude en cours de réalisation par le CESER sur la « Normandie en 2040 »⁴⁴ :

« La croissance naturelle (+0,3% contre +0,4% en moyenne), dernier moteur de cette faible croissance démographique, se grippe peu à peu : on constate en effet l'érosion progressive de l'excédent naturel :

- les départs de jeunes actifs ne sont pas compensés par des arrivées, les couples en âge d'avoir des enfants diminuent ;

- la fécondité, traditionnellement plus élevée en Normandie, a baissé et rejoint la tendance nationale en 2015, elle ne tire plus la croissance démographique et cette tendance perdurera avec le vieillissement des Normandes ; l'ICF⁴⁵ est de 196 en Normandie contre 200 en France.

⁴⁴ A paraître en Décembre 2017

⁴⁵ Indicateur conjoncturel de fécondité

- la hausse tendancielle des décès est, par ailleurs, plus forte en Normandie, la surmortalité prématurée, notamment masculine, ayant pour principale cause les caractéristiques socio-sanitaires (rapport au soin, prévention, hygiène de vie, CSP ...); Sur longue période, de 1979 à 2012, le taux de mortalité standardisé reste toujours significativement supérieur en Normandie par rapport à la France, de même que la mortalité prématurée avec, parmi les causes principalement identifiées, les cancers, les maladies cardio-vasculaires, les traumatismes ou empoisonnements, la consommation d'alcool et les suicides.⁴⁶

- l'espérance de vie à la naissance est une des plus faibles de France (après les Hauts de France) : 78 ans pour les hommes et 84,5 ans pour les femmes (contre 79,2 et 85,4 ans en France) »

Le nombre de jeunes diminue progressivement : en 2000, la Normandie était la région la plus jeune de France derrière les Hauts-de-France avec 27 % de moins de 20 ans contre 25,5 % en France. En 2010, elle occupait encore le 4^{ème} rang, puis en 2015, la part des jeunes Normands (24,3 %) s'est rapprochée de la moyenne française, situant la région au 5^{ème} rang.

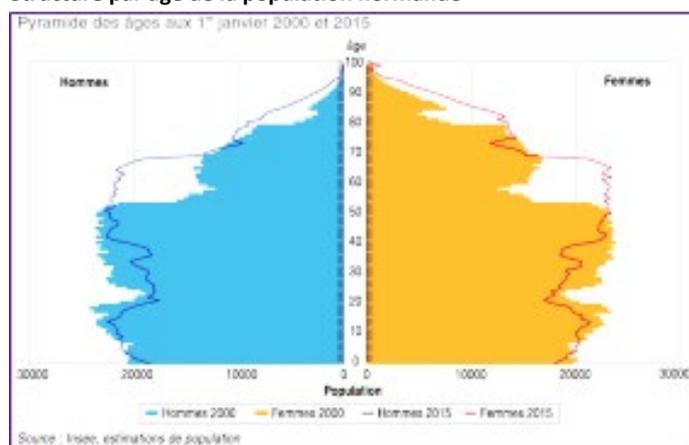
En outre, l'indice de vieillissement progresse très rapidement : si le rapport des 65 ans et + sur les – de 20 ans a longtemps été favorable en Normandie comparativement à la France métropolitaine, il est désormais dans la moyenne française et est celui qui a le plus progressé lors des dernières années.

Caractéristiques démographiques	Calvados	Manche	Orne	Évreux-Vernon	Dieppe	Rouen-Elbeuf	Le Havre	Normandie	France Métropolitaine
Population légale 2016	689 945	499 919	288 848	403 500	168 679	821 740	455 733	3 328 364	65 564 756
Indice de vieillissement *	72,5	91,4	93,2	61,9	76,4	64,0	65,5	72,6	71,8

* L'indice de vieillissement est le nombre de personnes âgées de 65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans.

Source : présentation ARS - mars 2017

Structure par âge de la population normande



L'âge moyen de la population normande augmente, il est passé de 37,8 ans en 2010 à 40,9 en 2015.

- La part des 60 ans et + était de 20,4% en 2000, elle atteint 26% en 2015.
- Un normand sur 10 est âgé de plus de 75 ans.

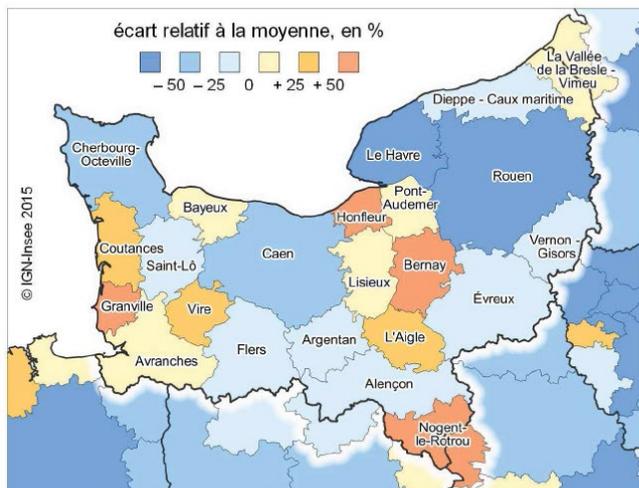
La Manche et l'Orne, départements davantage ruraux, ont une population plus âgée que les autres départements. L'âge moyen y est supérieur à 43 ans au

1er janvier 2015, soit 2 ans de plus que la moyenne régionale. La proportion de seniors (60 ans ou plus) avoisine les 30% (contre 26% en Normandie) et le quatrième âge (75 ans ou plus) représente plus de 12 % de la population (9,7% en Normandie).

⁴⁶ Source : « La France des régions 2016 – approche socio-sanitaire » FNORS

1.2.2 Un littoral qui continue d'attirer les retraités

Taux d'arrivée de retraités



Source: Insee, Recensement de la population 2011

Le littoral de l'ex Basse-Normandie, s'il ne porte plus la croissance démographique, reste néanmoins attractif pour les retraités et les actifs âgés (Granville, Bayeux, Isigny-sur-Mer, Saint-Vaast-la-Hougue, façade ouest du Cotentin...), où ils représentent jusqu'à plus d'un quart de la population. Il en est de même pour certaines zones rurales de l'ouest.

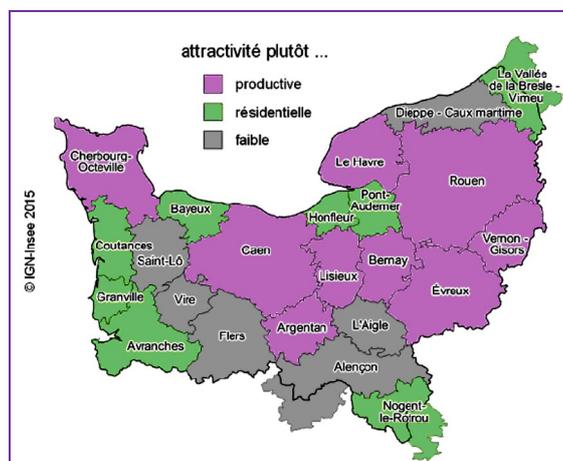
Extrait de la fiche variable « Démographie » du rapport en cours de réalisation par le CESER sur la « Normandie en 2040 » :

« La capacité des zones d'emploi et des aires urbaines à attirer la population est liée à leur dynamisme économique dont les mécanismes sont complexes et la résultante de plusieurs facteurs. L'INSEE a mené une analyse croisant le type d'attractivité que les zones d'emploi sont susceptibles d'exercer sur les populations conduisant à classer les atouts respectifs des territoires en 3 types de zones, présentant :

- une attractivité à dominante productive⁴⁷ liée à la capacité à attirer des emplois (taux d'emploi ou d'établissements créés par l'extérieur et taux d'arrivée d'actifs qualifiés)

- une attractivité à dominante résidentielle⁴⁸ liée à la capacité à attirer les populations (emplois liés au tourisme, arrivée de retraités, arrivée de « navetteurs » ou actifs travaillant hors zone),

- des zones sans dominante particulière, plutôt à dominante administrative, rurale ou en mutation. Dans les 8 zones d'attractivité dites résidentielles, les zones rurales et le littoral attirent les retraités.»

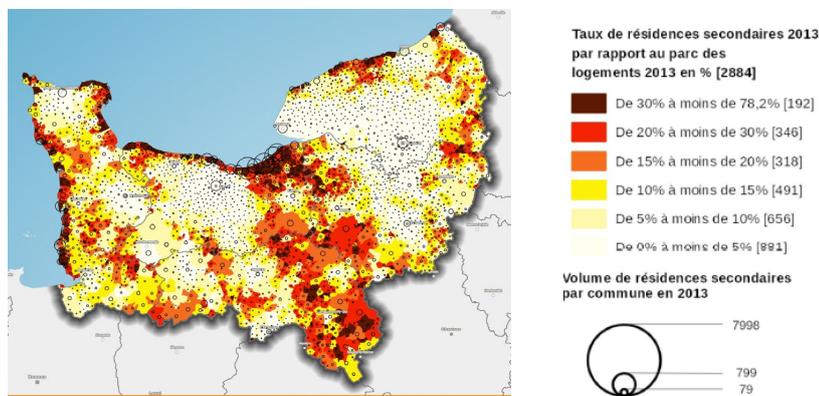


⁴⁷ Définitions INSEE : L'attractivité productive est la capacité d'un territoire à attirer des activités nouvelles et des facteurs de production mobiles tels que capitaux, équipements, entreprises ou travailleurs qualifiés dans la sphère productive pour s'affranchir de l'effet « croissance de population ».

⁴⁸ Définition INSEE : L'attractivité résidentielle est la capacité d'un territoire à attirer des personnes et leurs revenus, en provenance de l'extérieur du territoire. Ces revenus extérieurs proviennent des navetteurs (qui habitent et travaillent dans deux zones distinctes), des retraités qui viennent s'installer sur le territoire et des touristes qui dépensent leurs revenus pendant leurs séjours. Ces revenus dépensés sur le territoire se transforment en emplois et constituent un facteur de développement économique local.

Dans le cas de communes très rurales vieillissantes, l'occupation occasionnelle des résidences secondaires accroît les risques d'isolement des résidents locaux. Cet habitat est concentré sur les zones côtières et en partie centre-sud de la région, où le taux peut monter à 78%.

Volume et taux de résidences secondaires en 2013



Source: DREAL – Atlas DREAL Normandie 2016

1.2.3 Les projections de l'INSEE à 2050 : un vieillissement accéléré⁴⁹

La Normandie ferait face à un vieillissement important de sa population. Ce phénomène serait dû à la progression aux âges avancés de la génération du baby-boom, à l'installation sur le territoire de seniors retraités et au recul des populations plus jeunes.

52

Extrait de la fiche variable « Démographie » du rapport en cours de réalisation par le CESER sur la « Normandie en 2040 » :

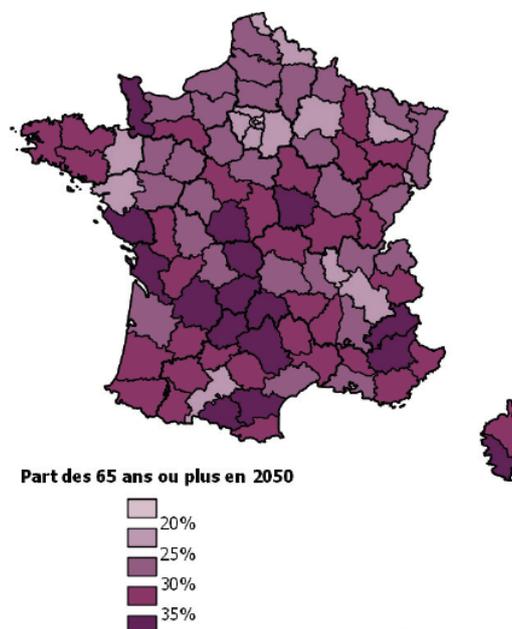
« Selon les projections réalisées par l'INSEE, à l'horizon 2050, la poursuite des tendances observées conduirait aux dynamiques démographiques suivantes :

-Maintenance de la croissance dans l'Eure (+0,3%, soit 3/4 de la croissance normande) et le Calvados, grâce aux excédents naturels et aux migrations

-Croissance faible dans la Manche

- Amorçage d'un recul démographique en Seine-Maritime dès 2030

- Poursuite de la décroissance dans l'Orne



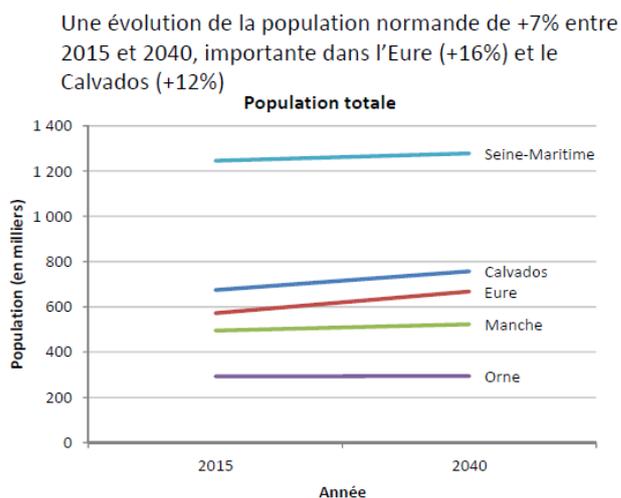
©IGN-Insee2017

Source : Insee, Omphale 2017 – scénario central

L'hypothèse tendancielle conduit à un ralentissement de la croissance de la population : + 100 000 habitants en 2040, puis une stabilité jusqu'en 2050, avec un vieillissement prononcé dans la Manche

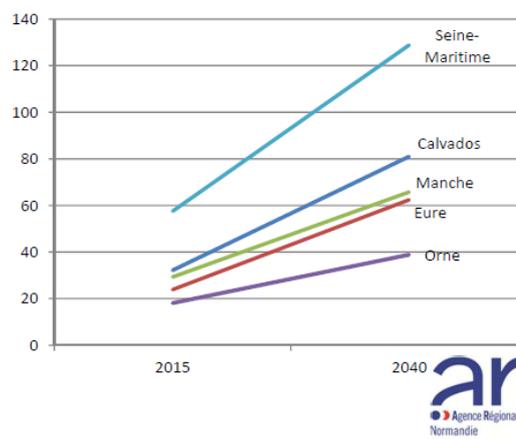
⁴⁹ « La population normande à l'horizon 2050, un vieillissement accéléré dans un contexte de croissance faible », INSEE Analyses, n°33, juin 2017

et dans l'Orne où les seniors (+65 ans) plus nombreux à arriver que les jeunes, représenteraient plus d'1/3 de la population, provoquant une baisse du solde naturel. La Manche se trouverait dans le TOP 20 des départements français, avec + de 35% de seniors, soit 3 fois plus de seniors qu'aujourd'hui. Enfin, les plus de 95 ans seraient multipliés par 5 d'ici à 2050 en Normandie. En revanche, à partir de 2025, on assisterait à un léger excédent migratoire lié à moins de départs des tranches d'âge des étudiants et jeunes actifs.



Source : INSEE

Doublement de la population âgée de 80 ans et plus.



Source : présentation ARS mars 2017

53

Ainsi, d'après l'INSEE et selon les hypothèses de poursuite des dernières tendances passées, la Normandie connaîtrait, à l'instar des autres régions de métropole, un vieillissement progressif de sa population, à l'horizon 2050. La croissance démographique de la Normandie reposerait donc sur l'augmentation du nombre de seniors (près de 400 000). Cet essor serait accompagné d'une baisse concomitante des jeunes de moins de 20 ans (- 80 000) et des personnes âgées de 20 à 64 ans (- 220 000).

Les seniors (65 ans ou plus) représenteraient 30 % de la population régionale, ce qui placerait la Normandie en deuxième position, juste derrière la Corse. La proportion de jeunes de moins de 20 ans passerait de 57 % à 49 %, tandis que celle des Normands aux âges intermédiaires (20-64 ans) passerait de 25 % en 2013 à 22 % en 2050. La Manche et l'Orne se détacheraient avec une part des seniors avoisinant les 35 %.

Un des moteurs du vieillissement de la population en Normandie résiderait dans les flux de migrations résidentielles :

- À l'horizon 2050, 2 300 seniors viendraient s'installer en Normandie en provenance d'une autre région de métropole, soit une forte hausse de plus de 60 %.
- La Manche, le Calvados, et dans une moindre mesure l'Orne, seraient les départements les plus concernés. Ainsi, la Manche accueillerait trois fois plus de personnes âgées en 2050 qu'en 2013. Les littoraux manchois et calvadosien attireraient ainsi un nombre croissant de seniors, à la recherche d'un cadre de vie propice à une installation post-retraite.

- En 2050, les 85 ans et + représenteraient plus de 7 % de la population normande, contre moins de 3 % en 2013. Le nombre d'hommes âgés d'au moins 85 ans triplerait d'ici 2050, alors qu'il ne ferait que doubler chez les femmes. Cette forte évolution serait due à un gain d'espérance de vie plus important chez les hommes entre 2013 et 2050.

Évolution par tranches d'âge de la part des seniors (en %) au sein de la population normande entre 2013 et 2050



Source : Insee, Omphale 2017 – scénario central

Ce vieillissement marqué de la population en Normandie induirait de nouveaux enjeux sur le plan social, économique et territorial, notamment en termes d'accompagnement des personnes en situation de dépendance, d'infrastructures de santé...

1.3 Les données statistiques de la base SCORE SANTE (FNORS)

Les personnes âgées - Population et conditions de vie - SCORE-Santé - 20/07/2017

	Calvados	Eure	Manche	Orne	Seine-Maritime	France hexagonale
Proportion estimée de personnes âgées - Unité : Pour 100 - Période : 2016						
75 ans ou plus	9,6	8,9	11,9	12,4	8,9	9,2
85 ans ou plus	3,2	2,8	3,9	4,2	2,8	3
Proportion de personnes âgées vivant seules - Unité : Pour 100 - Période : 2011						
Hommes - 60-74 ans	15,5	14,2	15,8	16,5	14	15,7
Femmes - 60-74 ans	28,7	25,7	26	25,7	30,1	28,4
Ensemble - 60-74 ans	22,5	20,2	21,1	21,3	22,6	22,4
Hommes - 75-79 ans	17,1	15,1	17,8	18,2	16,7	17,5
Femmes - 75-79 ans	45,7	42,8	42,4	41,5	48,7	43,4
Ensemble - 75-79 ans	34,1	31,2	32	31,4	36	32,5
Hommes - 80 ans ou plus	22,5	24,5	23	24,8	24,7	23,5
Femmes - 80 ans ou plus	54,2	53,9	55,6	52,2	57,1	52,4
Ensemble - 80 ans ou plus	43,9	43,9	44,5	42,6	46,5	42,6
Personnes âgées vivant à domicile - Unité : Nombre - Période : 2011						
60-74 ans	98715	81124	80087	47711	173060	8918273

75-79 ans	24447	18009	22136	12823	42412	2165599
80 ans ou plus	33280	23505	30130	17594	58447	3006173
60 ans ou plus	156442	122640	132354	78130	273920	14090046
Proportion de personnes âgées vivant à domicile - Unité : Pour 100 - Période : 2011						
60-74 ans	98,6	98,5	98,7	98,5	98,6	98,5
75-79 ans	96,9	96,5	96,8	95,7	97	96,7
80 ans ou plus	86,4	85,9	86,7	83,4	87	86,3
60 ans ou plus	95,5	95,5	95,4	94,2	95,6	95,3
Nombre de bénéficiaires de l'Apa - Unité : Nombre - Période : 2013						
Ensemble	15266	7489	9832	8057	27957	1211091
Dont à domicile	9592	4390	4868	4254	18802	710580
Proportion de bénéficiaires de l'Apa - Unité : Pour 1 000 - Période : 2013						
Ensemble	230,8	156,6	165,2	229,4	250	205,8
Bénéficiaires de l'aide ménagère à domicile - Unité : Nombre - Période : 2010						
Régime général	2845	1944	3149	2305	5336	283809
Régime agricole	540	318	2087	845	406	67370
Aide sociale ⁵⁰	367	102	135	100	295	19381
Proportion de bénéficiaires de l'aide ménagère à domicile - Unité : Pour 100 - Période : 2010						
Régime général	2,5	2,2	3,1	3,7	2,6	2,7
Régime agricole	0,5	0,4	2,1	1,3	0,2	0,6
Aide sociale	0,3	0,1	0,1	0,2	0,1	0,2

Les personnes âgées - Dispositifs - SCORE-Santé - 21/07/2017

55

	Calvados	Eure	Manche	Orne	Seine-Maritime	France hexagonale
Nombres de places d'accueil permanent pour personnes âgées - Unité : Nombre - Période : 2015						
EHPAD	7625	4814	5865	4648	10841	596462
USLD ⁵¹	310	186	215	140	668	31218
Maisons de retraite non EHPAD	76	0	122	14	91	8370
Logements foyers	1775	1748	1136	828	6013	110751
Ensemble des établissements d'hébergement permanent	9786	6748	7338	5630	17613	746801
Taux d'équipement en accueil permanent - Unité : Pour 1 000 - Période : 2015						
EHPAD	113,6	98,3	97,9	130,2	96,3	99,9
USLD	4,6	3,7	3,5	3,9	5,9	5,2
Maisons de retraite non EHPAD	1,1	0	2	0,3	0,8	1,4
Logements foyers	26,4	35,6	18,9	23,1	53,4	18,5
Ensemble des établissements d'hébergement permanent	145,8	137,8	122,5	157,7	156,5	125,1
Nombre de lits d'hébergement médicalisé après 2009 - Unité : Nombre - Période : 2014						
EHPAD	7188	4895	5725	4652	10804	589857

⁵⁰ Aide sociale départementale

⁵¹ USLD : unité de soins de longue durée

Unités de soins de longue durée	310	186	215	140	665	31227
Ensemble	7498	5081	5940	4792	11469	621084
Taux d'équipement en hébergement médicalisé à partir de 2009 - Unité : Pour 1 000 - Période : 2014						
EHPAD	108,6	101,7	96,6	131,2	96,7	100
Unités de soins de longue durée	4,6	3,8	3,6	3,9	5,9	5,2
Ensemble	113,3	105,6	100,2	135,2	102,7	105,3
Nombre de places en hébergement temporaire et de jour pour personnes âgées - Unité : Nombre - Période : 2012						
Hébergement temporaire	64	71	86	58	116	9399
Accueil de jour	81	163	94	85	242	11853
Taux d'équipement en places d'hébergement temporaire et de jour pour personnes âgées - Unité : Pour 1 000 - Période : 2012						
Hébergement temporaire	0,9	1,5	1,4	1,6	1	1,6
Accueil de jour	1,2	3,5	1,6	2,4	2,1	2
Nombre de places alternatives à l'accueil permanent pour personnes âgées - Unité : Nombre - Période : 2015						
Accueil temporaire	187	100	116	103	154	15817
Accueil de jour	168	181	106	69	301	21480
Accueil de nuit	0	0	12	2	0	103
Nombre de médecins libéraux - Unité : Nombre - Période : 2010						
Omnipraticiens ⁵²	653	429	422	227	1198	60974
Densité d'omnipraticiens libéraux pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus - Unité : Pour 1 000 - Période : 2010						
Ensemble	10,5	9,6	7,5	6,8	11,1	10,9
Nombre d'infirmiers selon le mode d'exercice - Unité : Nombre - Période : 2014						
Salariés exclusifs	6311	2269	4347	2506	10361	501921
Libéraux	889	511	815	344	1549	98249
Ensemble	7200	2780	5162	2850	11910	600170
Densité d'infirmiers libéraux pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus - Unité : Pour 1 000 - Période : 2014						
Ensemble	13,4	10,7	13,7	9,7	13,7	16,7
Nombre de chirurgiens-dentistes selon le mode d'exercice - Unité : Nombre - Période : 2014						
Libéraux	270	196	170	95	447	36228
Nombre de pharmaciens selon le mode d'exercice - Unité : Nombre - Période : 2012						
Titulaires d'officine	306	186	217	126	476	27779
Nombre de masseurs-kinésithérapeutes selon le mode d'exercice - Unité : Nombre - Période : 2014						
Libéraux	475	292	317	139	786	61618
Nombre de places en soins infirmiers à domicile - Unité : Nombre - Période : 2012						
Ensemble	1127	898	1258	710	2164	113493
Taux d'équipement en places de soins infirmiers à domicile - Unité : Pour 1 000 - Période : 2012						
Ensemble	8,9	9,3	11,7	11,1	10	10

⁵² Omnipraticiens : Les médecins omnipraticiens comprennent les médecins généralistes et ceux qui ont un mode d'exercice particulier (homéopathes, acupuncteurs...). Les densités sont calculées à partir des estimations de population fournies par l'Insee.

Nombre d'hospitalisations par âge - Unité : Nombre - Période : 2013						
65 à 74 ans	25870	22493	19798	11799	44847	2445742
75 à 84 ans	26665	20519	23614	14720	42928	2359653
85 ans et plus	15170	10376	12842	9013	22329	1257452
Taux d'hospitalisation par âge - Unité : Pour 1 000 - Période : 2013						
65 à 74 ans	427,9	462	405,7	409,9	429	446
75 à 84 ans	591,9	612,9	574,1	611,4	555,8	586,2
85 ans et plus	758	749,2	724,4	834,8	660,6	700,7

1.4 Quelques données thématiques

1.4.1 L'Enquête Vie Quotidienne et Santé 2014 ⁵³ (VQS)

Conçue par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), mise en oeuvre par l'INSEE et bénéficiant du soutien de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), elle constitue le premier volet d'un dispositif d'enquête nommé «Care» (Capacité, Aides et Ressources des seniors) qui comporte trois volets :

- L'enquête VQS, dont les premiers résultats sont présentés ci-dessous et qui a été réalisée par l'INSEE à la fin de l'année 2014 et au début de l'année 2015.
- Une enquête en face-à-face, dont la DREES était également maîtresse d'ouvrage et l'INSEE maîtresse d'oeuvre, en 2015 : «Care-Ménages», auprès de 10 000 personnes âgées vivant à domicile et ayant répondu à l'enquête VQS, ainsi que leurs aidants.
- L'enquête «Care-Institutions», menée par TNS-Sofres pour la DREES à l'automne 2016, interroge 3000 personnes vivant dans les établissements pour personnes âgées ainsi que leurs aidants, complétant ainsi le champ pour décrire l'ensemble de la population de 60 ans ou plus.

57

L'enquête VQS met en regard les données suivantes :

- l'état de santé perçu,
- la répartition de la population par groupe d'autonomie (dit ici «groupe VQS» 1),
- la part des personnes du département déclarant avoir un problème de santé chronique ou être limitées dans les activités de la vie quotidienne avec celles de l'espérance de vie et la répartition selon la catégorie socioprofessionnelle antérieure des retraités du département. Le soutien apporté aux personnes en perte d'autonomie est mesuré dans l'enquête par la fraction d'entre elles déclarant recevoir une aide de l'entourage, une aide professionnelle, disposer d'une aide technique à la mobilité ou d'un aménagement de son logement. Le taux d'équipement en établissements pour personnes âgées et en services infirmiers, le nombre de bénéficiaires de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) et leur répartition selon le lieu de vie viennent ensuite compléter ces données.

GROUPES D'AUTONOMIE VQS

Un score décrivant le degré de handicap a été construit à partir des réponses au questionnaire VQS : chaque réponse ajoute de 0 à 12 points au score selon que la modalité représente l'absence de limitation, une faible limitation, une limitation moyenne ou une forte limitation. Ce score ⁵³ est ensuite divisé par le score maximal possible pour chaque individu, et enfin normalisé : il est compris entre 0 et 100.

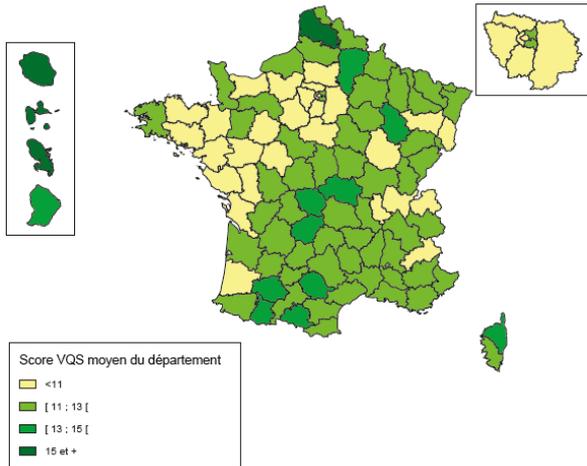
Les quatre groupes VQS sont ensuite construits à l'aide de ces scores et de l'âge. Le groupe I correspond aux personnes les plus autonomes et le groupe IV aux personnes les plus dépendantes. Les seuils ont été définis afin d'obtenir une distribution homogène dans chaque groupe.

	60 - 79 ans	80 ans ou plus	Groupe
Score VQS	[0 - 7]	[0 - 9]	I
	[8 - 23]	[10 - 34]	II
	[24 - 39]	[35 - 59]	III
	[40 - 100]	[60 - 100]	IV

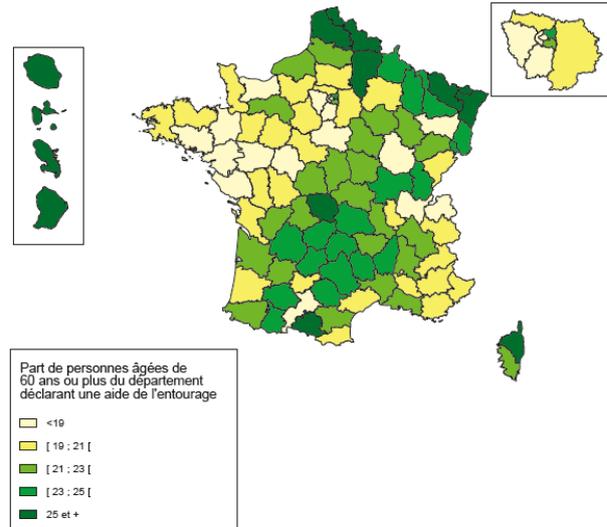
Groupe I. Personnes déclarant n'avoir aucune difficulté ;
Groupe II. Personnes déclarant avoir quelques difficultés ;
Groupe III. Personnes déclarant avoir plusieurs difficultés ;
Groupe IV. Personnes déclarant avoir de nombreuses difficultés.

Population de 60 ans et +

Score d'autonomie VQS moyen du département



Part de la population déclarant une aide de l'entourage (en %)



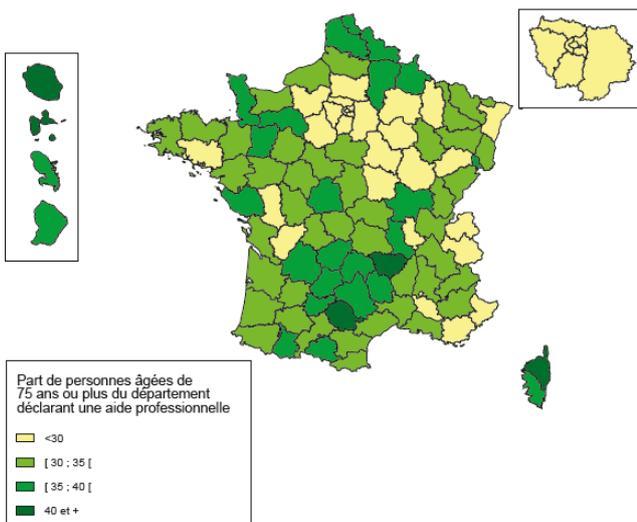
Champ : France entière hors Mayotte, personnes âgées de 60 ans ou plus.
Source : Enquête Vie Quotidienne et Santé 2014, DREES.

Champ : France entière hors Mayotte, personnes âgées de 60 ans ou plus.
Source : Enquête Vie Quotidienne et Santé 2014, DREES.

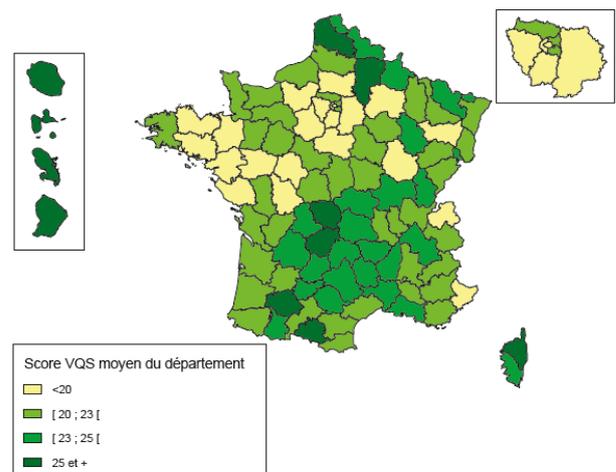
Enquête Vie Quotidienne et Santé 2014 : Résultats départementaux

Population de 75 ans et +

Part de la population déclarant une aide professionnelle (en %)

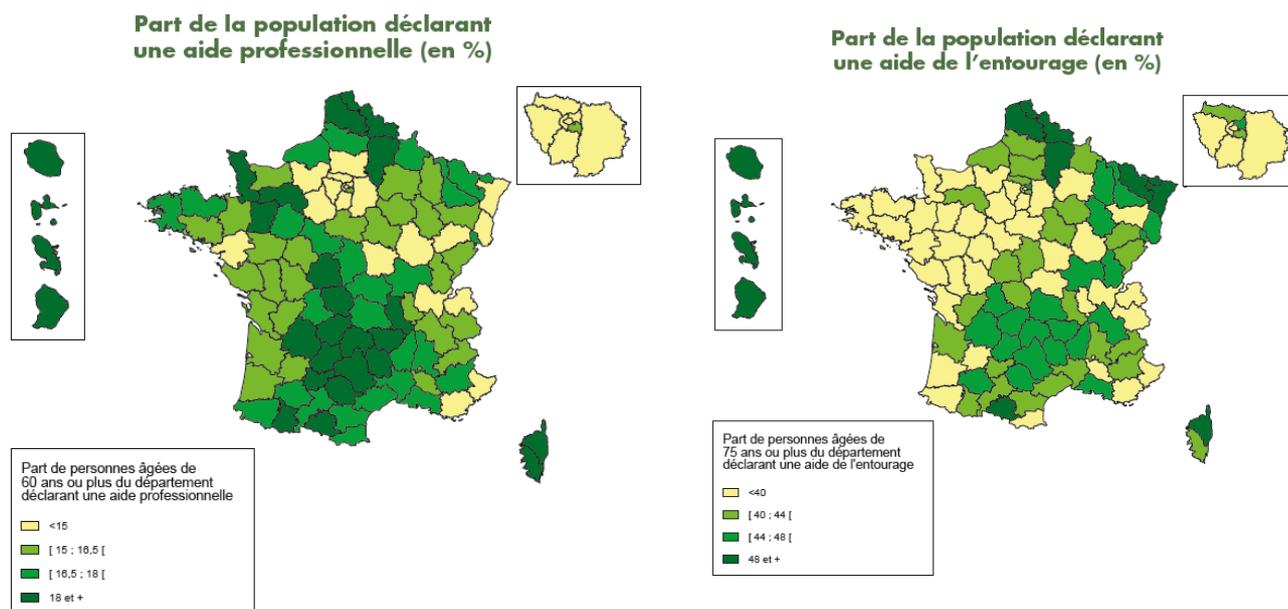


Score d'autonomie VQS moyen du département



Champ : France entière hors Mayotte, personnes âgées de 75 ans ou plus.
Source : Enquête Vie Quotidienne et Santé 2014, DREES.

Enquête Vie Quotidienne et Santé 2014 : Résultats départementaux



Champ : France entière hors Mayotte, personnes âgées de 75 ans ou plus.
Source : Enquête Vie Quotidienne et Santé 2014, DREES.

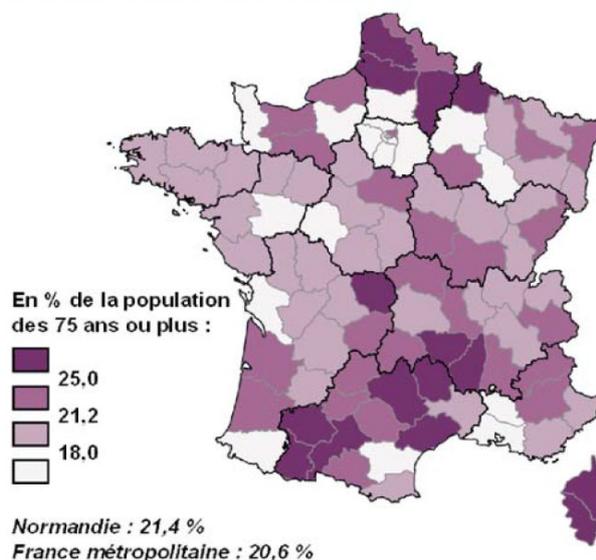
1.4.2 Les bénéficiaires de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie en Normandie⁵⁴

L'APA permet la prise en charge d'aides et de services diversifiés pour les personnes âgées de 60 ans et plus, résidant à domicile ou en établissement et confrontées à des situations de perte d'autonomie. Elle n'est pas soumise à condition de ressources mais son calcul tient compte des revenus des bénéficiaires.

Fin 2013, 68 800 Normands bénéficient de l'APA. Ce taux est légèrement supérieur à la moyenne française (21,4 % contre 20,6 %), ce qui positionne la Normandie au 5^{ème} rang des régions de métropole et cache des disparités infrarégionales. Ainsi, la Seine-Maritime, le Calvados et l'Orne figurent dans le premier tiers des départements métropolitains pour l'APA, alors que la Manche et l'Eure se placent dans les dix derniers.

En règle générale, le recours à l'APA est plus fort dans les départements métropolitains où le taux de pauvreté des 75 ans ou plus est le plus élevé. Or,

Taux de bénéficiaires de l'APA à domicile ou en établissement



Sources : DREES, Enquête bénéficiaires de l'aide sociale départementale au 31/12/2013 ; Insee, estimations provisoires de population au 01/01/2014

⁵⁴ « L'APA, un dispositif plus mobilisé en Seine-Maritime, dans le Calvados et dans l'Orne », INSEE Analyses, n°18, décembre 2016

ce constat ne s'observe pas pour les Départements normands, dans la mesure où la Seine-Maritime, le Calvados et l'Orne se caractérisent par un important recours à l'APA, alors que les taux de pauvreté des aînés sont moins élevés. Les disparités ont des origines diverses liées à des pratiques différentes et reflétant le volontarisme des Conseils départementaux en la matière.

Les bénéficiaires de l'APA à domicile sont majoritaires, en Normandie comme au niveau métropolitain (respectivement 61,3 % et 58,8 %). Ceux qui vivent en établissement sont proportionnellement plus nombreux dans la Manche et dans l'Orne. Les 85 ans ou plus représentent les deux tiers des bénéficiaires en établissement et la moitié à domicile. Les femmes, du fait de leur espérance de vie supérieure, représentent les trois quarts des allocataires, à domicile comme en établissement.

Les dépenses brutes d'APA des Conseils départementaux normands s'élèvent à 294 millions d'euros en 2013, soit 7,8 % de leurs dépenses. Cela représente 5,6 % du total métropolitain. La part des dépenses d'APA dans les dépenses brutes totales d'aide sociale des départements est de 16,4 % en Normandie en 2013, soit un point de plus qu'en moyenne métropolitaine. Cette proportion atteint 20 % dans la Manche et l'Orne, départements où le poids démographique des personnes âgées est plus marqué.

Part des personnes âgées dépendantes (GIR 1 et 2) parmi les bénéficiaires de l'APA à domicile

Départements	Nombres de bénéficiaires APA (domicile et établissement)	Nombres de bénéficiaires APA à domicile	Nombre de bénéficiaires APA à domicile en GIR 1 et 2	Part des GIR 1 et 2 parmi les bénéficiaires APA à domicile
Calvados	14900	9 466	2130	22,5%
Eure	7910	4567	1520	33,3%
Manche	9596	4717	1040	22%
Orne	7971	4046	610	15,1%
Seine-Maritime	28472	18863	3550	18,8%
Total	68849	41659	8850	21,2%

Source : chiffres DREES, 2015

1.4.3 Un taux de pauvreté des seniors plus élevé en zone rurale⁵⁵

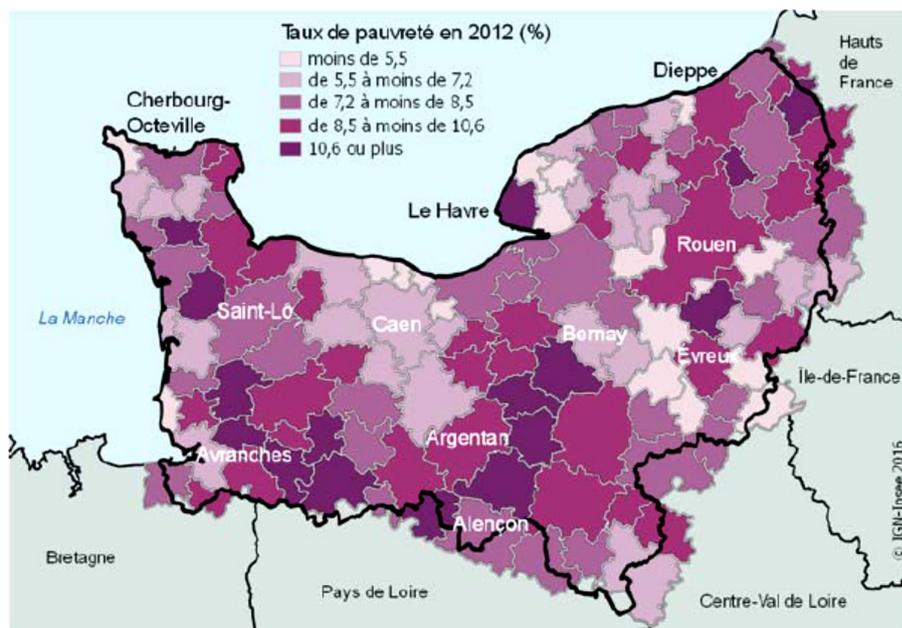
En Normandie, le taux de pauvreté (tous âges confondus) est de 13,4% contre 14,3% en France métropolitaine. L'Orne, le Havre et Dieppe présentent un taux significativement supérieur à la région (15,6%, 14% et 13,8%).

En 2012, près de 79 000 seniors sont pauvres, soit un taux de pauvreté des personnes âgées qui s'établit à 8,6 %. Il est parmi les plus faibles de France métropolitaine, mais cache des disparités territoriales. En effet, il est plus élevé dans les espaces ruraux hors d'influence des pôles urbains (9,8% dans l'Orne), notamment après 75 ans (13,5% contre 6,7%). De fait, l'Orne et la Manche, départements les plus ruraux de Normandie, avec respectivement 15 % et 20 % de la population habitant dans une commune isolée, sont les deux départements où la proportion de personnes âgées

⁵⁵ « En Normandie, des situations de pauvreté pour les personnes âgées relativement peu nombreuses mais concentrées dans les bassins de vie ruraux », Insee Analyses, n°29, Mars 2017

pauvres est la plus forte. Les seniors pauvres ont un niveau de vie médian (10 000 euros annuel) deux fois plus faible que celui de l'ensemble des personnes âgées. Ils vivent plus souvent seuls (36%), ce qui tend à montrer que le veuvage accroît le risque de paupérisation et sont en majorité des femmes (3 sur 4), celles-ci ne bénéficiant pas toujours d'une pension de retraite à taux plein en raison d'un parcours professionnel interrompu. Enfin, ils sont plus rarement propriétaires de leur logement.

Taux de pauvreté des personnes de 60 à 74 ans selon les bassins de vie en 2012



Source : Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-CCMSA, Fichier localisé social et fiscal (Filosofi) 2012.

2. Un imbroglio d'acteurs institutionnels intervenant dans le champ du vieillissement

Dans le cadre de cette étude, le CESER a auditionné un grand nombre d'acteurs incontournables oeuvrant dans le champ de l'accompagnement du vieillissement. Sans prétendre à l'exhaustivité, il s'attachera à présenter les missions de ces partenaires institutionnels afin d'appréhender les espaces de complémentarités possibles avec les compétences régionales au sein d'un paysage complexe et foisonnant. Les acteurs du monde sanitaire ainsi que les acteurs associatifs de la prévention n'ont cependant pu être rencontrés, faute de temps.

2.1 La loi ASV et la mise en place des conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie

La loi relative à l'Adaptation de la Société au Vieillissement (ASV) a définitivement été adoptée par le Parlement le 14 décembre 2015, pour une entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2016. L'objectif était de conforter les moyens alloués à l'accompagnement du vieillissement afin de permettre la revalorisation de l'APA à domicile, l'amélioration des conditions de travail des aides à domicile (375 millions d'euros), le droit au répit des aidants (78 millions d'euros), et de renforcer le volet prévention de la perte d'autonomie (185 millions d'euros).

Il s'agissait avant tout d'intégrer le vieillissement dans l'ensemble des politiques publiques et de replacer la personne âgée au cœur de son parcours, afin de lui permettre de mieux anticiper la perte d'autonomie et de lui assurer, ainsi qu'aux proches aidants, un accompagnement de qualité à domicile et en établissement. Pour cela, la loi prévoit un ensemble de mesures pour renforcer les droits des personnes âgées et améliorer leur quotidien.

Les grandes lignes de la Loi ASV (cf portail www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr)

- Une réforme de l'APA à domicile (augmentation des plafonds d'aide, accès renforcé, évaluation globale des besoins des personnes âgées et des aidants)

La loi prévoit une augmentation des plafonds nationaux des plans d'aide. Cette mesure doit permettre d'augmenter le nombre d'heures d'aide à domicile des personnes qui en ont le plus besoin, en particulier celles qui atteignent actuellement le plafond de leur plan d'aide⁵⁶ alors qu'elles auraient besoin d'un nombre d'heures d'intervention supérieur. En outre, elle vise à diminuer le reste à charge des bénéficiaires notamment pour ceux ayant les plans d'aide les plus importants et exonère les bénéficiaires de l'ASPA (Allocation Personnalisée de Solidarité aux Personnes Agées) de

⁵⁶ Une fois la demande d'APA réalisée, une équipe médico-sociale du Conseil départemental se rend au domicile de la personne âgée. Cette équipe va évaluer le niveau de perte d'autonomie. Elle va classer ainsi la personne âgée dans le groupe iso-ressources (GIR) qui correspond à sa perte d'autonomie et déterminer avec elle l'ensemble de ses besoins. Si le GIR est compris entre 1 et 4, la personne est éligible à l'APA et l'équipe va faire une proposition de plan d'aide adapté à la situation. Les montants des plans d'aide sont plafonnés en fonction du GIR. La proposition de plan d'aide indiquera : le classement GIR, les aides proposées (par exemple le nombre d'heures d'aide à domicile accordées, le nombre de repas portés à domicile...), le coût de ces aides, la participation financière laissée à la charge de la personne.

tout reste à charge. Enfin, lors de l'évaluation à domicile par l'équipe médicosociale de l'APA, l'ensemble des besoins de la personne et de ses proches aidants devront être pris en compte (adaptation du logement compris).

- La reconnaissance du rôle des aidants et l'instauration du droit au répit

La loi reconnaît l'action des proches aidants⁵⁷et instaure un droit au répit au sein de l'APA pour que ces derniers puissent prendre un temps de repos lorsqu'ils ne peuvent être remplacés. Une enveloppe de 500 euros par an pourra être consacrée au financement d'un accueil de jour ou d'un hébergement temporaire. En outre, en cas d'hospitalisation d'un proche aidant, une aide ponctuelle d'un montant de 992 euros maximum sera également accordée.

- Un soutien à la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées à travers une nouvelle organisation et des financements supplémentaires par départements

Dans chaque département, une conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie doit adopter un programme coordonné de financement des actions de prévention pour toutes les personnes âgées de 60 ans et plus. Elle a vocation à financer à la fois des actions collectives de prévention et de lutte contre l'isolement, mais aussi des aides individuelles pour faciliter l'accès aux aides techniques pour les personnes âgées à revenus modestes.

Cette conférence des financeurs, présidée par le Président du Conseil départemental et Vice-Présidée par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé (ARS), réunit toutes les institutions impliquées dans la prévention : Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au travail (CARSAT), Mutualité Sociale Agricole (MSA), Régime Social des Indépendants (RSI), organismes de retraite complémentaire, organismes régis par le code de la mutualité, Agence Nationale de l'Habitat (ANAH) collectivités territoriales et EPCI souhaitant être parties prenantes.

63

La loi donne également un nouveau souffle aux logements foyers renommés « résidences autonomie » en renforçant leur rôle dans l'offre d'habitat intermédiaire entre le domicile et l'institution pour personnes âgées autonomes et semi-autonomes. Elles peuvent désormais bénéficier d'un financement spécifique pour les actions individuelles ou collectives de prévention à destination de leurs résidents et de personnes extérieures (forfait autonomie).

- Un renforcement de la transparence et de l'information sur les prix pratiqués en EHPAD

L'annuaire du portail www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr indique désormais les prix de l'hébergement pratiqués par les EHPAD (prestations liées à l'hébergement et tarifs dépendance). Le calcul du reste-à-charge en EHPAD, au moyen du simulateur proposé sur le portail, doit également être simplifié afin que chacun dispose d'une information claire sur les tarifs appliqués et les aides financières possibles.

- Une réaffirmation des droits et libertés des personnes âgées

⁵⁷La loi donne une définition du proche aidant : 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. 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, un parent, un allié ou une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stables.

Les personnes âgées résidant dans des établissements médico-sociaux ou faisant appel à un service médico-social auront désormais la possibilité de désigner une personne de confiance dans le cas où elles rencontreraient des difficultés dans la compréhension de leurs droits. La désignation de la personne de confiance était jusqu'alors uniquement réservée aux personnes hospitalisées. La loi renforce également la procédure d'acceptation du contrat de séjour au moment de sa signature à l'entrée en maison de retraite, permettant de mieux s'assurer du consentement de la personne accueillie, de la connaissance et de la compréhension de ses droits. Enfin, des actions de communication pour faire connaître le mandat de protection future qui permet d'anticiper sa perte d'autonomie et organiser à l'avance sa propre protection, seront mises en place.

- L'amélioration de la gouvernance des politiques de l'âge :

Cela passe, au niveau national, par la création d'un Haut Conseil de la Famille, de l'Enfance et de l'Âge et au niveau local par la mise en place des conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées.

La loi reconnaît également la participation des personnes âgées à la définition des politiques locales d'autonomie, grâce notamment à la création du Conseil Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie (CDCA), dédié à l'expression des représentants des personnes âgées et des personnes en situation de handicap sur ces sujets.

- Des logements adaptés à l'autonomie de chacun

La loi prévoit la finalisation du Plan National d'Adaptation des Logements à la Perte d'Autonomie avec la Caisse Nationale Assurance Vieillesse (CNAV) et l'ANAH ainsi que la mise en place d'un microcrédit pour les personnes âgées à faibles revenus et une amélioration du crédit d'impôt pour l'adaptation du logement (ouverture aux technologies nouvelles de soutien à l'autonomie à domicile).

2.2 L'Agence Régionale de Santé de Normandie

L'ARS décline la politique du Gouvernement en région autour de deux missions majeures : améliorer le parcours de santé et de soins des habitants des cinq départements Normands et réduire les inégalités sociales et territoriales de santé. En ce qui concerne l'accompagnement du vieillissement et la prévention de la perte d'autonomie, la priorité affichée vise, d'une part, à répondre au mieux à l'aspiration des personnes âgées à continuer à vivre à leur domicile le plus longtemps possible dans les meilleures conditions, et, d'autre part, à développer la qualité de la prise en charge en établissement.

2.2.1 Une nouvelle approche consacrée par la Loi ASV : améliorer le parcours de vie et de santé des personnes âgées

Il s'agit, par cette approche, de positionner la personne âgée au cœur du système de santé afin d'éviter les ruptures de prise en charge par une meilleure coordination des acteurs intervenants à domicile, en établissement, dans le secteur social, sanitaire et médico-social. Ce déploiement s'effectue grâce aux Méthodes d'Action pour l'Intégration des services d'aides et de soins dans le

champ de l'Autonomie (MAIA) qui maillent le territoire et dont l'objectif est de fluidifier les parcours par la mobilisation de l'ensemble des acteurs de la gérontologie, l'évolution des pratiques professionnelles et l'adaptation de l'offre de services aux besoins des personnes âgées.

Initialement prévues dans le cadre du Plan Alzheimer et élargies à l'ensemble des personnes âgées dont la situation est jugée complexe, les MAIA constituent avant tout une nouvelle méthodologie de travail consistant à simplifier le parcours des personnes par une meilleure coordination des acteurs. Au nombre de 18, elles couvrent désormais la totalité du territoire. (cf carte en annexe 3)

> Méthode MAIA : un modèle organisationnel national adapté aux diversités locales



3 mécanismes interdépendants composent la méthode « MAIA » :

- **La concertation**, qui permet de décloisonner les différents secteurs et de construire un projet commun entre tous les acteurs, décideurs, financeurs et responsables des services d'aide et de soins.

- **Le guichet intégré** : il s'agit de fournir, à tout endroit du territoire, une réponse harmonisée et adaptée aux besoins des usagers, en les orientant vers les ressources adéquates par l'intégration de l'ensemble des guichets d'accueil et d'orientation du territoire. Cette organisation est notamment permise par la démarche de concertation.

- **La gestion de cas** : pour les personnes âgées en situation complexe, un suivi intensif au long cours (y compris pendant les périodes d'hospitalisation) est mis en œuvre par un gestionnaire de cas. Il est l'interlocuteur direct de la personne, du médecin traitant, des professionnels

intervenant à domicile et devient le référent des situations complexes. Ce faisant, il contribue à améliorer l'organisation du système de prise en charge en identifiant les éventuels dysfonctionnements observés sur le territoire. Pour chaque dispositif MAIA, 2 à 3 gestionnaires de cas sont recrutés.

Ce mode opératoire garantit la concertation décisionnelle des acteurs sur le plan stratégique puisqu'il s'agit d'un espace collaboratif et décisionnel entre décideurs et financeurs des politiques gérontologiques (ARS, Conseils départementaux, CARSAT, RSI, MSA, Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) et autres) et sur le plan tactique dans la mesure où il constitue également un espace collaboratif entre opérateurs responsables des services d'aide et de soins qui concourent au soutien à domicile des personnes âgées. Le pilote MAIA est chargé de veiller à la mise en cohérence des interventions par l'engagement de chacun des acteurs dans ce projet de territoire.

2.2.2 L'expérimentation des PAERPA en Normandie

Le Paerpa, **Parcours des Personnes Âgées en Risque de Perte d'Autonomie**, a été déployé depuis 2014 sur 9 territoires pilotes puis élargi, en 2016 à 7 autres territoires, dont le Bessin Pré-Bocage en Normandie.

L'objectif : préserver l'autonomie des personnes âgées

La démarche Paerpa a pour objectif de maintenir la plus grande autonomie le plus longtemps possible dans le cadre de vie habituel de la personne. En partant des besoins de la personne et de ses aidants, cette action est rendue possible en agissant en amont de la perte d'autonomie par un repérage des quatre principaux facteurs d'hospitalisation évitables (dépression, chute, problèmes liés aux médicaments) et en optimisant la coordination des professionnels (sanitaires, sociaux et médico-sociaux) autour de la personne âgée.

Renforcer le maintien à domicile : La démarche Paerpa porte une coordination renforcée des professionnels de santé de 1er recours, en lien avec les professionnels sociaux si besoin, au plus près de la personne âgée dès lors que sa situation médico-sociale le nécessite.

Améliorer la coordination des intervenants et des interventions : Un numéro unique accessible aux personnes âgées et à leurs aidants ainsi qu'aux professionnels et plus particulièrement aux professionnels de santé libéraux est mis en place. Cette plateforme d'information et d'orientation appuie notamment les professionnels pour organiser au mieux les offres de services proposées par les différents dispositifs/structures existants des territoires à destination des personnes âgées (information sur les places en EHPAD, sur les aides sociales, orientation vers une expertise gériatrique, ...) et facilite l'accès aux droits et aux aides pour ces dernières.

Sécuriser la sortie d'hôpital : Pour les personnes âgées qui ont été hospitalisées, la sortie de l'hôpital fait l'objet de dispositifs spécifiques : anticipation et préparation de la sortie, repérage de la perte d'autonomie, transition via un hébergement temporaire, mobilisation d'un Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD) ou d'un Service Polyvalent d'Aide et de Soins à Domicile (SPASAD), transmission des informations au médecin traitant, appui de la CTA si besoin.

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

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

Une initiative étendue à l'ensemble des régions françaises en 2016 : Initialement, neuf territoires pilotes avaient été retenus dans le cadre du dispositif Paerpa. En 2016, afin de porter la logique de parcours de santé à l'ensemble du territoire français, une extension a minima à un territoire Paerpa par région est programmée. Cette extension s'inscrit dans le cadre du Pacte Territoire Santé 2.

Source : Ministère des Solidarités et de la Santé

2.2.3 La prévention de la perte d'autonomie déclinée dans trois documents de référence

De manière schématique, le rôle de l'ARS consiste en l'attribution des financements de la part « soins » des maisons de retraite et des services d'aide à domicile comportant un volet médical. Lorsqu'une structure fournit à la fois des services médicalisés et non médicalisés, l'ARS exerce conjointement avec le département les responsabilités d'autorisation, de tarification et de contrôle.

En matière de prévention de la perte d'autonomie, trois documents principaux structurent l'intervention de l'ARS, en collaboration étroite avec les partenaires institutionnels, en particuliers les Départements : le Projet Régional de Santé (PRS), le Programme Interdépartemental d'Accompagnement de la Perte d'Autonomie (PRIAC), le Plan Maladies Neurodégénératives (PMND).

- Le PRS

Le nouveau PRS (2018-2022) est en cours d'élaboration et devra faire l'objet d'une validation au 1^{er} janvier 2018. Il définit la stratégie régionale de santé pour les 5 ans à venir dans l'ensemble des champs de compétences de l'ARS (prévention, soins hospitaliers et ambulatoires, secteur médico-social). Il s'inscrit dans les orientations de la politique nationale de santé et se conforme aux dispositions financières prévues par les lois de finances et les lois de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS). Le futur PRS sera fondé sur une approche « parcours » et définira les publics jugés prioritaires dont les personnes âgées feront partie.

Les PRS actuels (Haut et Bas Normands), qui s'achèvent en 2017, comprennent un ensemble de documents stratégiques : un Schéma Régional de Prévention (PRS), un Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS), un Schéma Régional de l'Organisation Médico-sociale (SROMS), un SROS imagerie ainsi que des programmes d'actions thématiques dont le Programme Régional de Développement de la Télémédecine (PRDT), le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) et le PRIAC.

- Le PRIAC (2016-2020)

L'organisation des parcours des personnes âgées et des personnes en situation de handicap fait l'objet d'une co-construction avec les Départements qui se matérialise par la définition d'une stratégie régionale garantissant la complémentarité des interventions en matière de prévention, de politiques sanitaire et médico-sociale. Les grandes priorités du PRIAC (2016-2020), en matière de préservation de l'autonomie des personnes âgées, concernent essentiellement le maintien à domicile, à travers le développement d'offres de services innovantes et adaptées aux besoins dans les territoires et de politiques de répit (via des appels à projets dans le cadre de la conférence des financeurs), la coordination des acteurs et l'évolution des pratiques professionnelles (sanitaires, médicosociaux, sociaux...), l'accompagnement du vieillissement des personnes en situation de handicap.

- Le PMND

L'ARS est chargée d'élaborer avec les Départements, un plan d'actions afin de décliner le PNMD (2014-2019) sur la base d'un état des lieux et du bilan des plans alzheimer. Tout comme le PRIAC, les grands axes prioritaires concernent essentiellement le maintien à domicile, l'amélioration du repérage des fragilités, le développement des évaluations à domicile et en EHPAD avec les filières de

soins gériatriques, l'amélioration de la qualité de la prise en charge, la formation des professionnels, l'accompagnement des aidants et la structuration de l'offre de répit.

2.2.4 Les Contrats Locaux de Santé

Issu de la Loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HPST), le Contrat Local de Santé (CLS) est un outil conçu pour répondre aux enjeux de santé globaux sur un territoire donné. Établi de façon participative entre l'ARS et une collectivité (souvent une commune, une communauté de communes ou un pays), et s'appuyant sur un large partenariat, il garantit la cohérence des actions à une échelle locale.

Les collectivités locales sont en effet responsables de politiques publiques ayant un fort impact sur les déterminants de santé : logement, transports, activité physique, restauration collective en particulier en milieu scolaire... À travers le CLS, les différents acteurs s'accordent sur les actions prioritaires à mettre en œuvre et les moyens à allouer. Les CLS viennent décliner les priorités du PRS dans des territoires identifiés comme prioritaires au regard de leurs indicateurs et répondent aux principales priorités de santé publique de la région :

- santé et environnement,
- promotion de la santé et prévention,
- accès aux soins
- actions dans le domaine de la périnatalité et de la petite enfance
- actions en faveur des personnes âgées
- santé mentale
- addictions

68

Il existe 11 CLS en Normandie (CASE, CODAH, Dieppe, Evreux, Pont Audemer, Rouen, Caen, Cherbourg, Pays du Perche Ornaïs, Pays de l'Aigle et de la Manche, Pays d'Argentan, d'Auge et d'Ouche). Certains comprennent un axe spécifique en direction des personnes âgées :

- la CODAH : « améliorer l'accès aux soins pour les personnes âgées dépendantes et les personnes handicapées » : Mobi'fil- transport à la demande pour personne à mobilité réduite ou souffrant d'un handicap, cartographie des cabinets médicaux et paramédicaux accessibles, label bien vieillir, vivre ensemble- équipe mobile d'évaluation gériatrique portée par le Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC) et le Groupe Hospitalier du Havre (GHH), temps d'information aux aidants sur l'accès aux soins des personnes âgées, étude de faisabilité pour un programme bien vieillir...
- Dieppe : « accompagner le vieillissement » : mobilité, sport, portage de livres et de repas, animations en résidence...
- Evreux : « améliorer le parcours de vie et de santé des personnes âgées fragiles » : lutte contre l'isolement, coordination des interventions avec l'élaboration d'un carnet de vie, café des aidants, accueil des personnes âgées en grande précarité en EHPAD...
- Pays d'Argentan, d'Auge et d'Ouche : « lutter contre l'isolement, renforcer l'accès aux soins ».

D'autres comprennent des actions en direction des personnes âgées au sein d'axes non spécifiques tels que la CASE (mise en œuvre d'un partenariat ville/hôpital et secteur social pour une évaluation gériatrique à domicile...), Rouen, Caen et le Pays du Perche Ornaïs.

2.3 Les Départements

Le rôle des Départements en matière de dépendance s'organise autour de trois missions principales :

- la solvabilisation des personnes âgées à travers l'attribution de prestations aux personnes âgées en situation de perte d'autonomie (GIR 1 à 4) dont les principales sont l'aide ménagère, l'aide sociale à l'hébergement et l'APA à domicile ou en établissement ;
- l'organisation de l'offre de services à domicile et d'hébergement ;
- la coordination de l'action gériatrique.

Le département joue un rôle de planification de l'offre de services à domicile et en établissement. Depuis la loi relative aux Libertés et Responsabilités Locales du 13 août 2004, il adopte seul, et non plus conjointement avec le préfet, le Schéma Départemental d'Organisation Sociale et Médico-sociale, qui définit sur cinq ans les objectifs quantitatifs et qualitatifs de développement de l'offre de services. Tout projet de création, de transformation ou d'extension d'une maison de retraite ou d'un service d'aide à domicile aux personnes âgées doit ainsi être autorisé par le Président du Conseil départemental qui détermine également le « tarif », c'est-à-dire le prix de ces services.

2.3.1 Les schémas départementaux de l'autonomie

L'intervention des Départements en matière de préservation de l'autonomie s'inscrit dans le cadre des schémas départementaux relatif aux personnes en perte d'autonomie mentionné à l'article L. 312-5 du Code de l'Action Sociale et des Familles. Les Départements normands ont opté soit pour une convergence des politiques en direction des personnes âgées et des personnes en situation de handicap au sein d'un seul schéma de l'autonomie (Seine-Maritime- 2013/2017, Orne et Calvados – 2017/2021,) soit pour un schéma unique regroupant l'ensemble des politiques de solidarités (Eure, Manche 2017/2021).

De manière générale, les dernières générations de schémas concernant la préservation de l'autonomie, visent essentiellement à favoriser et accompagner le maintien à domicile, le taux d'équipement en établissements étant jugé désormais suffisant. Ils privilégient l'ouverture de ces derniers vers l'extérieur, la coordination des acteurs et l'évolution des pratiques professionnelles, la continuité des parcours de vie et de santé, l'accompagnement des aidants et les actions de prévention.

Le Département de la Manche et ses particularités

- Une maison de l'autonomie

Issue de la volonté de rapprocher les champs de la gérontologie et du handicap, tout en offrant un accueil de proximité aux usagers dans les territoires, la Maison départementale de l'autonomie (MDA) regroupe la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) et la direction de l'autonomie du Conseil départemental.

- Des Projets Locaux Autonomie (PLA)

Le département de la Manche souhaite mettre en place des politiques locales de l'autonomie en développant les PLA. Le premier a été lancé sur les territoires des communautés de communes de Sèves-Taute, la Haye-du-Puit et du canton de Lessay à partir d'un diagnostic local et d'une démarche de concertation avec les élus, les acteurs concernés et les habitants.

2.3.2 Des Départements pilotes des conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie⁵⁸

La Loi ASV a réaffirmé le rôle des Départements comme chefs de file en matière de préservation de l'autonomie. Ces derniers pilotent ainsi, avec l'ARS, les conférences des financeurs lesquelles sont chargées d'établir « *un diagnostic des besoins des personnes âgées de 60 ans et plus, de recenser les initiatives locales et de définir un programme coordonné de financement des actions individuelles et collectives de prévention.* »⁵⁹Ce dernier définit les objectifs à atteindre sur le territoire départemental ainsi que les mesures et les actions à mettre en oeuvre au regard des six points prévus par la loi :

- amélioration de l'accès aux équipements et aux aides techniques individuelles favorisant le soutien à domicile, notamment par la promotion de modes innovants d'achat et de mise à disposition ;
- attribution du forfait autonomie ;
- coordination et appui des actions de prévention mises en oeuvre par les SAAD intervenant auprès des personnes âgées ;
- coordination et appui des actions de prévention mises en oeuvre par les SPASAD ;
- soutien aux actions d'accompagnement des proches aidants des personnes âgées en perte d'autonomie ;
- développement d'autres actions collectives de prévention.

70

2.3.3 Les Centres Locaux d'Information et de Coordination

Les Départements assurent la gestion des CLIC. Ces structures de proximité exercent différentes fonctions : elles informent les usagers sur leurs droits et les démarches à effectuer (mission assurée par tous les CLIC), évaluent leurs besoins (mission assurée par les CLIC de niveau 2 et 3) et coordonnent les interventions des professionnels (mission assurée uniquement par les CLIC de niveau 3) dans le cadre des plans d'aide. L'attribution de l'APA, sous la responsabilité du Conseil départemental, donne lieu à une évaluation des besoins de la personne, qui sert de base à la coordination des interventions des différents professionnels (infirmière, aide-ménagère, intervenants autour des travaux sur le logement, etc.).

Ils sont au nombre de 17 en Seine-Maritime, 8 dans la Manche, 4 dans l'Orne, 6 dans le Calvados et 4 dans l'Eure.

Les CLIC étant portés par divers acteurs (associatifs, EPCI, Centre Communaux d'Action Sociale (CCAS)), les différences de statut expliquent en partie les disparités des interventions des CLIC sur les territoires et des dynamiques locales variables. En outre, l'accompagnement individuel des personnes âgées, qui constitue l'activité principale des CLIC pour les situations plus complexes, n'intervient pas systématiquement en complémentarité de l'activité des autres acteurs impliqués (travailleurs sociaux de l'APA, CCAS...), ce qui nécessite une homogénéisation des pratiques et une

⁵⁸ Cf annexe n°4 : exemple de la structuration adoptée en Seine-Maritime lors de la mise en place de la conférence des financeurs (Département préfigureur).

⁵⁹ Article L. 233-1 du Code de l'Action Sociale.

meilleure articulation avec les diverses structures (CCAS, Centres médico-sociaux, Unités Territoriales d'Action Sociale (UTAS) ...)

2.4 Les communes et intercommunalités

Acteurs incontournables de proximité, elles sont en première ligne notamment lorsqu'elles sont prestataires de services d'aide à domicile (SAAD, SSIAD, SPASAD) et gestionnaires d'établissements (EHPAD, résidences autonomie). L'Union Nationale des CCAS (UNCCAS), aux côtés de quelques grands réseaux nationaux (Union Nationale de l'Aide, des soins et des services aux domiciles [Una], Aide à Domicile en Milieu Rural [ADMR], Adessa Domicile...), constitue l'un des principaux prestataires de services d'aide à domicile. Les CCAS sont également des partenaires directs et quotidiens des CLIC et des MAIA et sont parfois signataires d'un CLS.

Exemple du CCAS d'Yvetot

Au sein d'une commune de 12000 habitants, le CCAS comprend 400 agents et dispose d'un budget de 22 millions d'euros. Il se compose de 4 pôles : Handicap, Petite enfance, Politique sociale, Gérontologie. Ce dernier comprend un service d'aide à domicile (SAAD), un service de soins à domicile (SSIAD), 3 résidences autonomie, un service de portage de repas à domicile et un SPASAD en cours d'expérimentation (Service Polyvalent d'Aide et de Soins à Domicile).

Le CCAS est porteur du dispositif MAIA depuis 2012 et héberge le CLIC, ce qui facilite la coordination entre les services.

Le Service d'accompagnement à domicile

Le SAAD se compose de 100 auxiliaires de vie sociale permanentes et d'un pool de remplaçantes. L'ensemble des intervenantes sont en CDI ou titulaires et bénéficie d'une modulation du temps de travail. La commune a également décidé de basculer intégralement en service prestataire et de le développer, sur demande de la DIRECCTE, 7 jours sur 7. Cela a supposé la création de binômes.

Le SSIAD possède 40 places et fonctionne avec 9 professionnelles et une infirmière coordinatrice.

Les résidences autonomie

Elles comprennent 127 logements, chacune bénéficiant d'une hôtesse sur place, d'un système d'astreinte, d'un service d'aide à la personne âgée (SAPA), de la présence d'aides-soignant-e-s pour accompagner les personnes âgées en termes de prévention (suivi médical, prises de rdv, prise de traitements...). Un restaurant est ouvert dans l'une des résidences pour l'ensemble des seniors des 3 résidences et de la ville, le midi. Un portage de repas est également prévu (sur la ville et l'intercommunalité), ainsi qu'un service de nettoyage du linge (l'Établissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT) du CCAS est doté d'une lingerie).

Le CCAS travaille avec un bailleur social (LOGEAL), propriétaire de deux des résidences autonomie, pour développer le label Senior Services et permettre ainsi l'adaptation du domicile à la perte d'autonomie.

Par ailleurs, quelques communes normandes ont mis en place des politiques d'accompagnement du vieillissement particulièrement volontaristes en choisissant d'intégrer le réseau des « Villes Amies

des Aînés ». C'est le cas des villes de Dieppe, de Granville, du Havre, de Saint Pierre de Varengeville, de Trouville sur Mer et de Port Jérôme sur Seine.

La volonté des acteurs impliqués dans ce réseau est d'adapter les villes et EPCI à une population vieillissante, prévoir des services et structures accessibles à tous, optimiser l'accès aux soins de santé, sécuriser l'espace public, tenir compte des différences et des besoins de chacun. En adhérant à la démarche « Villes Amies des Aînés », les villes doivent continuellement s'engager à améliorer et adapter l'environnement urbain pour les aînés ainsi que pour l'ensemble des habitants. De la candidature jusqu'à la fin du premier cycle, le processus dure environ cinq ans à travers quatre grandes phases :

- La première phase réunit les étapes qui sont essentielles à la candidature ainsi qu'à la préparation de l'entrée dans la démarche.
- La phase 2 correspond à celle du diagnostic et va permettre d'identifier les points faibles et les points forts de la ville.
- La phase 3 consiste à rédiger un plan d'actions comprenant les objectifs et les actions à privilégier afin d'obtenir une politique efficace auprès des aînés de la ville.
- A partir du bilan de ce premier cycle, la phase 4 consiste à réitérer les différentes phases pour s'adapter aux évolutions et besoins des aînés. En ce sens, la démarche Villes Amies des Aînés n'est pas un processus de labellisation, mais bien un accompagnement permanent des politiques locales.

Exemple de la Ville de Granville

Parmi ses 14 500 habitants, 45% de la population a plus de 60 ans. Devant ce constat, la commune a créé un service d'accueil et d'informations dédié aux seniors au sein de la mairie (voué à s'ouvrir à la communauté de communes). Elle a également intégré la démarche Ville amie des aînés, ce qui l'a amenée à travailler la question du vieillissement de manière transversale autour de 8 thématiques : le sport, la culture, l'emploi, les transports, l'habitat, l'autonomie... Dans ce cadre elle a réalisé un diagnostic (qui sont les seniors, ce qu'ils souhaitent, les équipements à mettre en place, les perspectives) et un plan d'actions. Elle soutient également une équipe de bénévoles active dans la lutte contre l'isolement des personnes âgées.

Exemple de la Ville de Dieppe

Dieppe compte 35 000 habitants hors agglomération et une part importante, en évolution constante, de personnes âgées de 60 ans et + (10%). Le CCAS gère un SSIAD comprenant 140 intervenantes à domicile auprès de 650 bénéficiaires. Elle comprend :

- 4 résidences autonomie gérées par le CCAS mais dont la propriété revient à Habitat 76.
- 3 EHPAD
- un CLIC géré par une association.
- Une Résidence Logis Senior en fin de construction (logements sans services, adaptés aux personnes âgées et mis à disposition par un bailleur social)

- Un projet de résidence avec services, restauration et animations (Résidence Victor Hugo), géré par un bailleur privé

Le Département de Seine-maritime a lancé un appel à projets pour créer 28 places supplémentaires en établissement sur le territoire de Dieppe. La Ville constate néanmoins une fluidité des parcours au niveau des EHPAD et des résidences autonomie. La demande semble satisfaite, malgré des travaux de rénovation importants à réaliser en matière de sécurisation et d'adaptation des logements. En effet, les résidences ne correspondent plus aux attentes (chambres séparées, peu de T2, nombreux studios).

2.5 Les organismes de protection sociale

2.5.1 La branche vieillesse – l'interrégime

La branche Vieillesse de la Sécurité sociale conserve un rôle dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes, mais celui-ci a été fortement réduit par la montée en puissance des départements. Elle intervient essentiellement en faveur des personnes les plus faiblement dépendantes, en complémentarité des Départements, lorsque le degré de perte d'autonomie n'ouvre pas le droit à l'APA (GIR 5 et 6). Les organismes de l'interrégime sont membres de droit de la conférence des financeurs.

- **La CARSAT (Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail)**

Ses missions ont été recentrées autour de 3 métiers : l'attribution des droits à la retraite aux salariés (qui représente 5,7Mds €/an de paiements pour environ 700 000 retraités du régime général en Normandie), la prévention des risques professionnels à travers la tarification du risque dans les entreprises et l'action sociale. Celle-ci comporte deux volets : un volet maladie (accès aux soins et aux droits des assurés sociaux) et un volet retraite (prévention de la perte d'autonomie auprès des retraités).

La politique de prévention de la perte d'autonomie est axée sur trois niveaux d'intervention :

- Un premier niveau d'informations et de conseils à destination des retraités sur la thématique du «Bien vieillir». Une brochure est délivrée aux 40 000 nouveaux retraités salariés par an en Normandie⁶⁰ sur les comportements protecteurs pour bien vieillir à terme (prévention par rapport aux facteurs de risques affectant les personnes âgées : alimentation, sommeil, activité physique adaptée..., orientation dans le système de soins, information sur le logement et ses adaptations possibles au vieillissement).

- Niveau 2 : un programme d'actions collectives de prévention à destination des personnes âgées de 70-75 ans sous forme d'ateliers organisés en interrégime par l'Association d'Education et de Prévention sur les Territoires (ASEPT). Ils ont pour objectifs de prévenir la perte d'autonomie et de permettre aux retraités d'acquérir les bons réflexes en termes de nutrition, de stimulation cognitive,

⁶⁰ Parmi les 40 000 retraités annuels, il y a beaucoup de poly pensionnaires. On compte environ 50 000 nouveaux retraités par an tous régimes confondus.

d'équilibre, d'activité physique adaptée, d'adaptation de l'habitat... En 2016, 456 cycles d'ateliers de 8 à 12 séances chacun ont été mis en place, pour une quinzaine de retraités par ateliers.

- Niveau 3 : L'accompagnement des retraités les plus fragiles dans leur maintien à domicile (GIR 5 et 6) à travers :

- la mise en place de plans d'aide définis à l'issue d'une évaluation des besoins réalisée à domicile par un travailleur social. Il peut s'agir d'un Plan d'aide personnalisé (PAP) visant à prévenir la perte d'autonomie, ou d'un plan d'aide temporaire lorsqu'il s'agit de répondre à des situations d'urgence (sortie d'hospitalisation, perte d'un proche...).
- L'aménagement du domicile (HCV- Habitat et Cadre de Vie) afin de prévenir la perte d'autonomie et de lutter contre la précarité énergétique, en coordination avec l'ANAH : conseils et sensibilisation sur la prévention des chutes et des accidents domestiques, kit prévention destiné à financer l'achat et l'installation d'aides techniques, aide habitat destinée à financer des travaux dans le logement.
- Le développement des innovations visant à accompagner les retraités dans leur avancée en âge et à faire reculer la perte d'autonomie : domotique, utilisation des nouvelles technologies de l'information et de la communication, développement des innovations au service du domicile (stimulation cognitive à distance, nouvelles solutions au service de la prévention, aides techniques autour de l'habitat...).

- **La MSA (Mutualité Sociale Agricole)**

La MSA gère l'ensemble des branches de la protection sociale de la population agricole soit 382 941 assurés en Normandie (dont 238 462 retraités sur les 5 départements). Elle leur verse toutes les prestations auxquelles ils ont droit : prestations familiales, de santé, retraite et assure le recouvrement des cotisations.

La MSA est fortement impliquée dans la prévention, la préservation de l'autonomie et l'accompagnement de la dépendance à travers un plan d'action sanitaire et sociale adopté pour 4 ans (2016-2020) comprenant 3 objectifs:

- Le renforcement des actions collectives de prévention de la perte d'autonomie, en fonction des besoins identifiés sur les territoires

Dans ce domaine, les caisses MSA proposent des ateliers thématiques en partenariat avec la CARSAT et le RSI : comment bien vivre sa retraite, stimulation cognitive, nutrition, équilibre Ces actions ont non seulement pour objectif de favoriser l'appropriation de bons comportements en santé, mais également de renforcer le lien social des personnes âgées au sein du groupe.

- Le maintien de la personne âgée dans son cadre de vie

Pour contribuer au maintien à domicile de leurs ressortissants âgés, les caisses de MSA, au même titre que les autres régimes d'assurance vieillesse de base, développent des prestations financières individuelles, répondants aux besoins exprimés par les bénéficiaires lors d'une évaluation à domicile. L'offre MSA se concrétise par la mise en place d'un panier de services qui comporte actuellement quatre éléments : heures d'aide à domicile, téléassistance, adaptation de l'habitat à la perte d'autonomie et portage de repas. En complément, la MSA a développé 9 Maisons d'Accueil et de Résidence pour l'Autonomie (MARPA) reconnues résidence autonomie sur le territoire normand afin

de permettre aux personnes âgées vivant en milieu rural mais ne pouvant demeurer dans leur logement, de conserver leur cadre de vie.

- La lutte contre l'isolement et le maintien du lien social

En s'attachant à soutenir les solidarités de proximité, la MSA fait également une place importante aux questions relatives au lien social, à la place des retraités dans la vie des territoires et aux solidarités intergénérationnelles à travers notamment les chartes de solidarités avec les aînés. Dans ce cadre elle mène des actions pour accompagner le couple aidant/aidé (information/formation, soutien psychologique via notamment des groupes de pairs, solutions de répit), et lutter contre l'isolement (repas partagés, réseaux de voisins, solidarité transport...).

- **Le RSI (Régime social des indépendants)**

Le RSI est un organisme de sécurité sociale qui a pour mission d'assurer la protection sociale obligatoire des chefs d'entreprise indépendants – actifs et retraités – artisans, commerçants, industriels et professionnels libéraux et de leurs ayants droit. Il effectue l'affiliation, le recouvrement des cotisations et contributions sociales personnelles, le versement des prestations (maladie-maternité, indemnités journalières, retraite de base, retraite complémentaire, invalidité-décès), l'action sanitaire et sociale en faveur des actifs et des retraités, le contrôle médical et la médecine préventive.

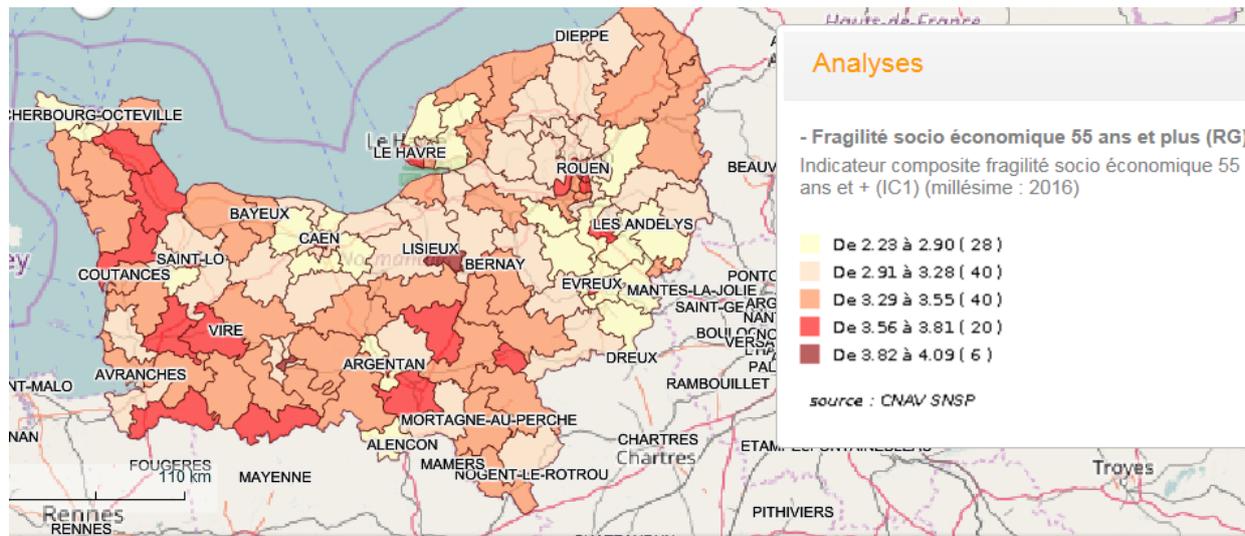
Le RSI propose à ses assurés des actions de prévention santé tout au long de la vie en tenant compte des spécificités des indépendants, parmi lesquelles un programme de vieillissement réussi et de préservation de l'autonomie des seniors. Dans le cadre de l'Action Sanitaire et Sociale (ASS), le RSI propose des actions visant à : soulager le travailleur indépendant, proche aidant d'une personne en perte d'autonomie, handicapée ou malade; aider à la préservation du lien social et du maintien à domicile pour les retraités; développer des partenariats et mener des expérimentations dédiées à l'accueil des personnes âgées et à la prise en charge du handicap. Depuis 2011, l'action sanitaire et sociale du RSI coordonne son action sur la prévention de la perte d'autonomie avec la CNAV et la MSA pour améliorer la visibilité de leur offre pour bien vieillir. C'est dans cet esprit que les trois caisses nationales ont élaboré une convention « La retraite pour bien vieillir » précisant leur offre commune pour la prévention et la préservation de l'autonomie.

La disparition du RSI en tant que tel est prévue dans les prochains mois et soulève un ensemble d'interrogations quant à la reprise de ses missions par le Régime Général.

- **L'Observatoire des situations de fragilité sociale**

La CARSAT porte l'Observatoire des fragilités qui croisent les données de l'assurance maladie, l'assurance retraite et prochainement la branche famille dans le but de repérer les territoires fragiles en matière de vieillissement. Ce travail permet de cibler les cantons où se cumulent les facteurs de risques (fragilité socioéconomique et fragilité comportementale) afin de cibler les actions de prévention en proposant, par exemple, davantage d'ateliers de prévention. Quatre facteurs de risque de fragilité ont été retenus pour mesurer les scores de fragilité socio-économique des territoires : l'âge des retraités et des assurés, le bénéfice ou non d'une pension de réversion, l'exonération ou non de la CSG, le non-recours aux soins dans les 12 mois.

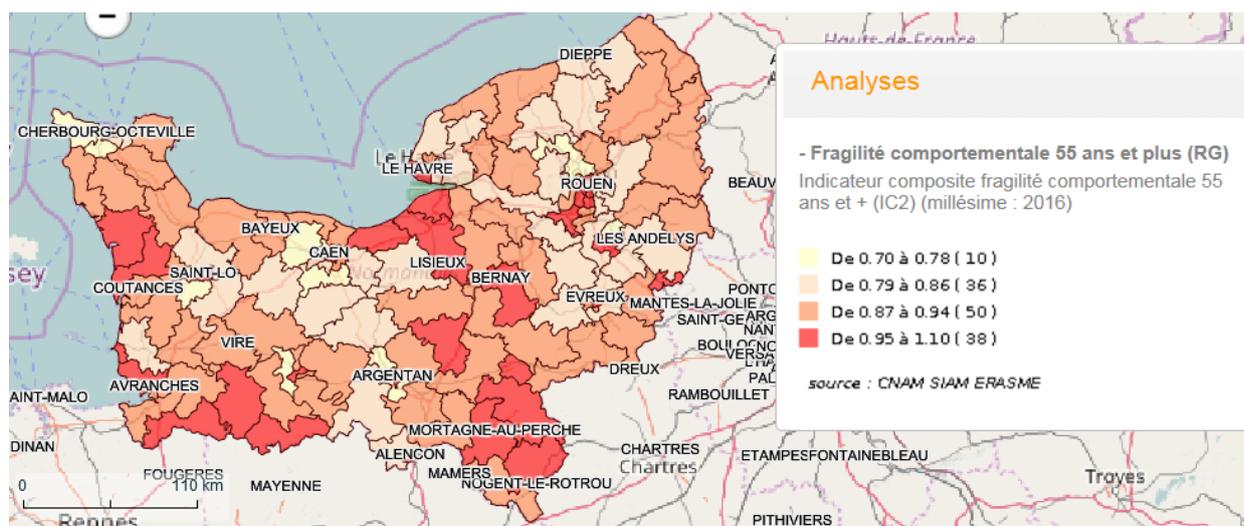
Fragilité économique des 55 ans et plus par canton



La carte montre :

- une forte concentration de ménages fragilisés à Caen intra muros et couronne proche ainsi qu'au sud de Rouen
- une forte disparité sur la côte fleurie où les ménages aisés et les difficultés de revenus se côtoient,
- une périurbanisation des ménages aisés autour de Caen, Rouen et Bayeux,
- des zones rurales les plus éloignées qui connaissent des fragilités importantes (sud ouest Calvados, Manche, Orne...)

Fragilité comportementale des 55 ans et plus par canton :



- **Le guide collectif “Bien vieillir”**

L'ouvrage, réalisé conjointement par l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES) et les caisses de retraite, aborde l'élaboration, la conduite et l'évaluation des actions collectives. L'objectif de cet outil est d'apporter un socle commun de connaissances à tous les professionnels des caisses de retraite sur le bien vieillir, fournir des ressources méthodologiques et pratiques pour mettre en oeuvre et évaluer les actions collectives « Bien vieillir » (essentiellement centrées sur des forums, des conférences et des ateliers), apporter un support pour harmoniser les pratiques des différentes caisses de retraite et des associations dans le champ des actions collectives de prévention aux différents niveaux géographiques.

2.5.2 Les caisses complémentaires de retraites AGIRC-ARRCO

L'AGIRC et l'ARRCO sont les régimes de retraite complémentaire des salariés et retraités du secteur privé. Ils sont gérés exclusivement par les partenaires sociaux, représentant à parité les entreprises et les salariés. L'action sociale AGIRC et ARRCO s'inscrit dans ce principe fondamental de solidarité et détermine périodiquement des orientations prioritaires mises en oeuvre par les institutions de retraite complémentaire.

Pour la période 2014-2018, quatre orientations prioritaires ont été fixées. Elles couvrent différents temps de vie : soutenir le retour à l'emploi des actifs les plus fragiles, donner les clés du bien vieillir, aider les aidants familiaux et accompagner le grand âge en perte d'autonomie.

Dans le domaine de l'action sociale, l'organisation des régimes s'appuie notamment sur des actions communes à l'ensemble des institutions de retraite complémentaire et parmi elles :

- des services déployés sur tout le territoire selon des conditions spécifiques : « Sortir plus », aide à domicile momentanée et diagnostic d'ergothérapie « Bien chez moi » ;
- des centres de prévention bien vieillir AGIRC-ARRCO qui couvrent soixante-dix départements ;
- des comités régionaux qui organisent sur tout le territoire des actions de prévention collectives différenciées en fonction des besoins et des acteurs locaux.

- **L'AG2R La Mondiale**

AG2R la Mondiale est le 1er groupe de protection sociale au service des salariés et des retraités à travers ses activités de retraite complémentaire (Agirc et Arrco), de prévoyance et de mutuelles. En Normandie, celles-ci concernent 210 626 allocataires. Elle constitue le partenaire privilégié de la Mutuelle du Bien Vieillir, qui gère 3 EHPAD sur le territoire Normand, dans lesquels AG2R La Mondiale bénéficie de places réservataires pour ses allocataires.

Dans le cadre de sa politique d'action sociale, deux axes fondamentaux ont été retenus, réduire les vulnérabilités et préserver la solidarité entre les générations, principalement à travers deux formes d'accompagnement :

- des aides individuelles (80% sont versées aux retraités) : santé, autonomie à domicile, dépendance hébergement des seniors, logement, santé, veuvage...Elles représentent 50% des budgets consacrés à l'action sociale régionale en Normandie.

- un partenariat avec les acteurs de l'économie sociale et solidaire, à travers un plan d'action défini pour 4 ans (2014-2018) : accompagner les seniors et personnes en situation de handicap vers l'emploi, donner les clefs du bien vieillir, aider les aidants familiaux, accompagner le grand âge vers l'autonomie.

La dotation sociale annuelle d'AG2R en Normandie s'élève à 500 000 euros en moyenne, dont 80% revient aux retraités. Outre les aides individuelles, une quarantaine de projets fait l'objet d'un accompagnement sur le territoire normand, avec de multiples partenaires (CARSAT, France Alzheimer, Avise, Ologi, Siel Bleu, l'association Outils en main...): des bilans de prévention (« parcours santé »), des ateliers de prévention, de réunions d'information en direction des aidants...

Enfin, l'AG2R propose trois prestations modélisées aux allocataires Agirc et Arrco : le dispositif « Sortir plus⁶¹ », une aide à domicile momentanée, le dispositif « Bien chez moi »⁶²

2.5.3 Les mutuelles et la prévoyance

- **La Mutualité Française**

La Mutualité Française fédère la quasi-totalité des mutuelles de santé en France, soit 426 mutuelles. Six Français sur dix sont protégés par une mutuelle de la Mutualité Française, soit près de 38 millions de personnes et quelques 18 millions d'adhérents.

La prévention et la promotion de la santé constitue l'un des axes majeurs de l'action de la Mutualité Française. Sur 410 actions de prévention, 140 concernent les seniors. Dans ce cadre, elle participe en partenariat avec l'ASEPT et l'interrégime à la mise en place d'ateliers de prévention divers, elle organise des journées de réparation et de dépistage, mène des actions spécifiques en direction des aidants familiaux et des actions de prévention au sein des établissements gérés par la Mutualité (prévention bucco dentaire...)

78

2.6 La Silver Normandie

En avril 2013, Arnaud Montebourg, Ministre du redressement productif, et Michèle Delaunay, Ministre déléguée chargée des personnes âgées et de l'autonomie, lancent officiellement la filière Silver économie, filière économique dédiée au vieillissement et au Bien vieillir au sens large. Loin de se limiter aux seuls marchés des technologies ou de la santé, la Silver économie touche l'ensemble des secteurs d'activité. Aussi, les produits et les services qui en découlent visent l'amélioration de la qualité de vie des seniors en premier lieu mais également de l'ensemble de la population.

Le contrat de filière national comporte six axes principaux :

- **Créer les conditions d'émergence d'un grand marché de la Silver Economie** : faciliter la rencontre de l'offre et de la demande au niveau régional, mettre en place des normes et labels afin de

⁶¹ Chèques transports pour faciliter les déplacements, chaque chéquier d'une valeur de 150 euros permet de régler des prestations d'accompagnement réalisées par des professionnels de l'aide à domicile.

⁶² Diagnostic des risques à domicile réalisé par un ergothérapeute.

renforcer la confiance, renforcer la visibilité des produits et services et des modalités de financement, mettre en avant les offres touristiques adaptées,

- **Favoriser le développement d'une offre compétitive** : renforcer l'accompagnement des entreprises, favoriser les échanges entre donneurs d'ordre et industriels, rapprocher les acteurs du bâtiment, de l'électricité et de la domotique, créer des offres intégrées pour les réponses aux appels d'offres, regrouper les clusters et créer une Silver Vallée franco-allemande,

- **Exporter les produits et les technologies de la Silver Economie** : organiser un salon professionnel dédié au secteur, créer une offre adaptée, renforcer l'accompagnement à l'export, amplifier les investissements étrangers pour cette filière,

- **Professionaliser les acteurs de la Silver Economie** : identifier les futurs métiers et les besoins de formation liés au vieillissement de la population, former les futurs cadres techniques et commerciaux, les forces de ventes et les acheteurs, créer des MOOC (cours en ligne) pour la Silver Economie, renforcer l'intégration du numérique dans la relation entre intervenants à domicile, former ces derniers au numérique et aux technologies pour l'autonomie, créer un club des Conseils généraux,

- **Communiquer positivement sur les âgés et le "bien vieillir"** auprès du grand public et des distributeurs : renforcer la communication vers les distributeurs, s'appuyer sur des forces de vente formées à la Silver Economie, renforcer la visibilité des enjeux et des offres, à travers des salons et l'organisation de show-rooms, lancer des concours d'applications ou de design,

- **Créer des innovations dans le champ de la Silver Economie** : organiser un concours mondial d'innovation, s'appuyer sur les fonds régionaux et européens, soutenir les projets d'innovations technologiques et non technologiques, créer des GERONTOPOLES et mettre en réseau les "LIVING LABS".

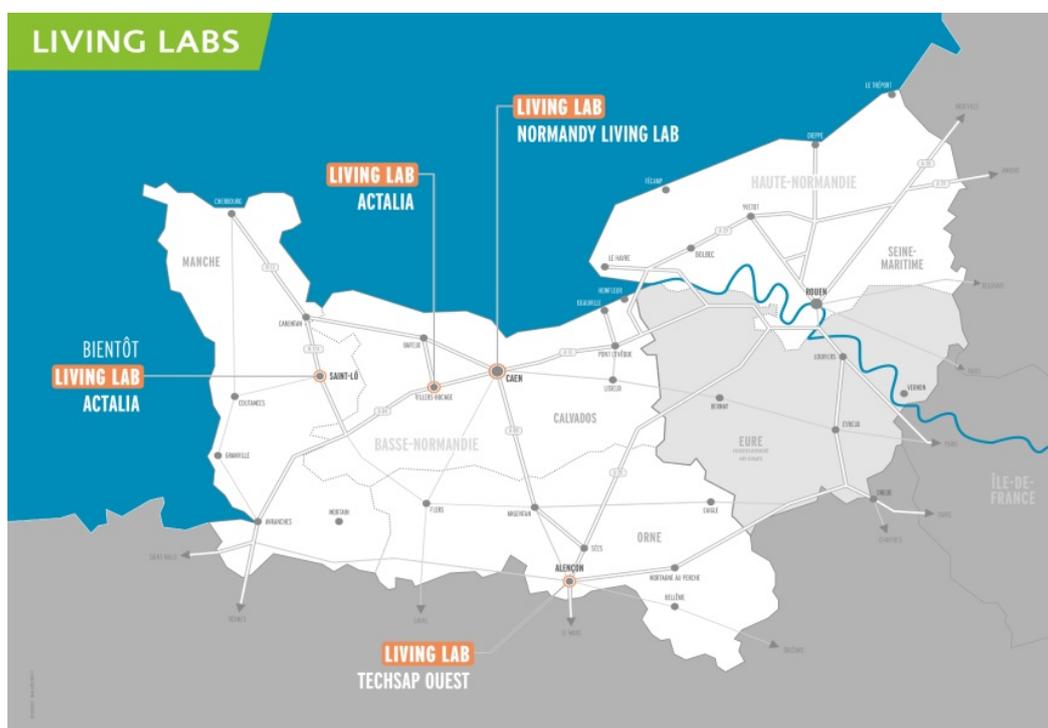
L'ex Région Basse-Normandie se mobilise alors pour coordonner une filière régionale animé par un comité de filière et obtient, en janvier 2014, le premier label « Silver Région » de France. En juin 2017, un contrat régional de filière, Silver Normandie, a été signé.

L'Agence de Développement de Normandie est chargée d'animer la filière Silver Normandie autour de six grands axes de développement (la e-santé, les services à la personne, l'habitat, l'agroalimentaire, le tourisme, la mobilité) avec pour objectif de fédérer les acteurs et faciliter la mise sur le marché des produits et services innovants dans le domaine du vieillissement.



Afin de ne pas créer d'organe juridique supplémentaire, le choix s'est porté sur une structuration souple basée sur les pôles et associations de filières existants permettant de fédérer les acteurs au sein d'un Méta-cluster. La démarche de Silver Normandie se construit donc autour de 3 axes principaux :

- Le comité régional de filière Silver Normandie qui élabore et pilote un plan d'actions, favorise l'émergence d'un écosystème réunissant et orchestrant les différents acteurs du réseau.
- Silver Normandie Entreprises⁶³ : des entreprises locales innovantes, mobilisées et compétitives, dont les savoir-faire représentent un réel atout tant pour l'économie locale que pour l'export à l'international.
- Silver Normandie HUB : des marchés pilotes grâce à un living lab en réseau⁶⁴, les entreprises peuvent tester leurs produits et services, promouvoir leur offre, atteindre les utilisateurs locaux et se voir proposer un accompagnement marketing personnalisé.



Source : Présentation ADN – novembre 2016

Parmi les structures composant le Silver Normandie HUB figurent TECHSAP'OUEST, le Pôle TES et la Maison de la Domotique d'Application Pédagogique (MDAP) d'Alençon.

⁶³Cf carte en annexe 1

⁶⁴Un living Lab est un outil d'expérimentation qui a pour objectif de tester « grandeur nature » des services, des outils ou des usages afin de faciliter la mise sur le marché de nouveaux produits et services.

TECHSAP'Ouest et la MDAP

Cluster d'entreprises, basé à Alençon, Techsap'Ouest regroupe une soixantaine d'adhérents, principalement des industriels, pour développer des produits en direction des personnes âgées, en utilisant des ressources dédiées Living Lab, maison domotique, centre de formation, pépinière...) et en impulsant des projets collaboratifs.

La Maison de la Domotique d'Application Pédagogique (MDAP) est une vitrine pour des produits de la Silver économie mis à disposition par des industriels. Elle constitue également une ressource pédagogique pour des organismes de formation des secteurs de l'intervention à domicile.

Le Living Lab permet d'intégrer les seniors aux processus d'innovation afin de développer l'acceptabilité des solutions. Il organise la collaboration entre le porteur de projets et les personnes âgées qui l'utiliseront, leur entourage familial, les intervenants et l'installateur du produit au domicile. Techsap'ouest propose une méthodologie, plus que des produits (intégration des usagers dès la conception).

Pôle TES (Transactions Electroniques Sécurisées)

Le Pôle de compétitivité TES œuvre pour renforcer l'attractivité de la Normandie et la positionner comme un territoire référence de l'expérimentation des services et des usages dans le numérique (e-santé, e-tourisme, Collectivité connectée, agriculture connectée). La vocation du Pôle est de soutenir l'innovation et de favoriser le développement des projets collaboratifs innovants. Il accompagne des projets de recherche fondamentale et appliquée et des porteurs de projets de l'idée au marché avec, pour objectif, de faire oublier la technologie au profit de l'usage. Au sein du Département e-santé, le Pôle Tes soutient et accompagne des projets dans le domaine du maintien à domicile, de l'innovation en télémédecine, de l'activité physique et de l'Hôpital-EHPAD de demain.

2.7 Le Gérontopôle

Le 22 septembre 2016, l'Association pour la Création d'un Pôle Métropolitain de l'Estuaire de la Seine, la Carsat de Normandie, la Mutualité Française Normandie, le Groupe Hospitalier du Havre, l'Université du Havre et le Pôle TES ont signé une charte de collaboration prévoyant la création d'un gérontopôle. Ce dernier, initialement ancré sur le territoire du Pôle métropolitain de l'estuaire de la Seine, a vocation à devenir régional et à fédérer les acteurs et les initiatives en matière d'accompagnement du vieillissement. Porté par une structure associative, il se compose de six collèges (membres fondateurs, représentants des usagers et des aidants, acteurs économiques, acteurs institutionnels, collectivités et regroupements, membres de droit, soit l'ARS et les Conseils départementaux), d'un copil regroupant les signataires de la charte, d'un conseil scientifique pluridisciplinaire et d'un comité éthique.

Les contenus de la charte

Cette charte a pour objet de définir le rôle de chacun des acteurs, personnes physiques et personnes morales, leurs objectifs communs ainsi que les modalités organisationnelles en vue de la création du gérontopôle de l'Estuaire de la Seine.

La vocation du gérontopôle	5 champs d'intervention en interaction permanente	L'organisation
<p>Le gérontopôle de l'Estuaire de la Seine a pour vocation de développer l'accompagnement du changement de société vers un âge avancé, actif et autonome. Il vise la promotion d'un « bien vieillir » sur ce territoire et s'inscrit dans la perspective de croissance de la Région Normandie. Il a pour double finalité d'améliorer la qualité de vie des personnes qui avancent en âge et d'être un relai de recherche et de connaissance pour tous les acteurs régionaux impliqués dans cette question. En cela son action future s'inscrit dans les orientations de la « loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement », du 28 décembre 2015.</p>	<ul style="list-style-type: none">◆ L'accompagnement Mobiliser, fédérer, encourager et coordonner les multiples initiatives dans une optique de prévention active.◆ La recherche Favoriser les synergies entre chercheurs, universitaires, acteurs de la santé, de la formation et de l'économique.◆ L'économie Promouvoir de nouvelles activités et la diffusion de nouvelles technologies.◆ La formation Impulser et développer les filières de formation◆ Le conseil Accompagner les acteurs publics et privés dans leurs projets.	<p>Un Comité de pilotage s'est constitué avec les représentants des membres fondateurs. Il s'appuiera sur plusieurs instances :</p> <ul style="list-style-type: none">◆ Un conseil scientifique, composé de chercheurs pluridisciplinaires, d'universitaires hospitaliers, d'entreprises.◆ Des groupes de travail thématiques, organisés selon les axes de travail, et composés des nombreux partenaires mobilisés sur le projet dans le cadre de la mission de préfiguration.◆ Un comité d'éthique, garant de la philosophie du projet.

Source : *Gérontopôle, Info n°2, octobre 2016*

2.8 Les acteurs de l'aide et de l'accompagnement à domicile⁶⁵

2.8.1 Un paysage hétérogène

Les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) s'adressent, au sein du secteur de l'aide à domicile, à des populations dites vulnérables (personnes âgées, en situation de handicap, familles fragilisées) et ont pour objectif de favoriser le maintien à domicile de ces personnes en leur apportant une assistance pour les actions liées aux actes essentiels de la vie quotidienne et au maintien et développement des activités sociales en lien avec l'entourage. Ils se caractérisent par une diversité de statuts (publics lorsqu'ils sont gérés par des CCAS, associatifs⁶⁶, ou privés), et de modes d'intervention (prestataires, mandataires, de gré à gré⁶⁷).

⁶⁵Cf Mission relative à la tarification et aux perspectives d'évolution des services d'aide et d'accompagnement à domicile, George Labazée, Mars 2017

⁶⁶ UNA, ADESSA A DOMICILE, ADMR...

⁶⁷ Prestataire : la personne morale gestionnaire du SAAD est l'employeur de l'intervenant-e

Mandataire : le bénéficiaire est l'employeur de l'intervenant-e mais bénéficie d'un appui juridique et comptable de la personne morale gestionnaire

Gré à gré : le bénéficiaire est seul employeur du service sans intervention d'un tiers.

A cela s'ajoutait, avant la Loi ASV, un double régime : l'agrément et l'autorisation. L'agrément (régie par le code du travail) était délivré par la DIRECCTE pour 5 ans en fonction d'un cahier des charges, les services agréés fixant leurs tarifs librement et les usagers bénéficiant d'un crédit d'impôt. L'autorisation, régie par le Code de l'Action Sociale et des Familles, était accordée par le Département pour 15 ans à l'issue d'un appel d'offre et valait habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale. La tarification des services autorisés relevait alors du Département.

La Loi ASV a permis d'unifier les deux régimes, les SAAD étant désormais soumis au seul régime d'autorisation et donc aux mêmes obligations en termes de contrôle et de qualité de l'accompagnement. Néanmoins, seule l'habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale entraîne la tarification du SAAD par le Département (à travers la fixation d'un tarif horaire, ou le versement d'une dotation globale). Les autres SAAD, auxquels est reconnu le droit de prendre en charge des bénéficiaires de l'APA ou de la Prestation de Compensation du Handicap (PCH), conservent une relative liberté dans la fixation du prix de leurs prestations.⁶⁸ La Loi ASV prévoit également la possibilité pour les SAAD de conclure des contrats Pluriannuels d'Objectifs et de moyens (CPOM) pour 5 ans avec les Départements.

2.8.2 Des stratégies d'organisation de l'offre disparates selon les Départements

Dans son rapport sur la tarification et les perspectives d'évolution des SAAD, M. Labazée constate que les Départements, désormais chefs de file de l'organisation de l'offre dans le domaine de l'accompagnement à domicile, appliquent la réforme de manière disparate. Il rappelle que l'esprit de la Loi ASV était de consacrer les principes de liberté de choix du SAAD pour le bénéficiaire et de liberté du choix du mode de gestion pour le SAAD. Pourtant « *certaines départements, contraints par un contexte budgétaire très peu favorable, peuvent soit jouer sur le niveau du tarif horaire en diminuant la solvabilité des SAAD habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, soit jouer sur le tarif de référence de l'APA de façon à faire converger le prix des SAAD vers un montant unique. Dans les deux cas, ces pratiques, qui tendent à raréfier les SAAD habilités ou à orienter les services vers un mode de gestion mandataire, entravent la pluralité de l'offre. Elles se font par ailleurs au détriment des bénéficiaires les moins favorisés et les plus dépendants, qui se tournent majoritairement vers des SAAD habilités et gérés selon le mode prestataire.* »⁶⁹

Exemple de l'Union Nationale de l'Aide, des Soins et des Services au Domicile, Pays Alençon-Perche

Association à but non lucratif créée en 1970 et reconnue d'utilité publique en 1996, l'UNA regroupe 850 structures issues de l'économie sociale et solidaire ou de service publics : pour la plupart, des associations et des services publics territoriaux, mais également des organismes mutualistes et des fondations.

En Normandie, l'UNA emploie plus de 2500 salariés. Elle propose des services auprès des familles, des personnes âgées (80% des bénéficiaires), des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et des personnes en situation de handicap. Elle gère des accueils de jours et plateformes de répit, des SAAD et des SSIAD et intervient auprès de résidences autonomie (sécurité présenteielle, activités diverses, portage de repas, téléassistance). Dans le cadre de la conférence des financeurs, l'UNA Pays Alençon Perche a obtenu un soutien pour proposer des animations de prévention dans les résidences

⁶⁸ Cette notion de « tarif horaire » ne doit pas être confondue avec celle de « tarif de référence », laquelle s'applique à la valorisation des plans d'aide APA versés aux bénéficiaires.

⁶⁹ Mission relative à la tarification et aux perspectives d'évolution des services d'aide et d'accompagnement à domicile, George Labazée, Mars 2017

autonomie (actions qui permettent le ralentissement du processus de vieillissement et de donner un confort de vie dans la perte d'autonomie).

L'UNA Pays Alençon Perche porte plusieurs projets visant notamment à diversifier et spécialiser les métiers de l'intervention à domicile : développer des systèmes d'information et de retour d'information qui sécurisent les pratiques, former les intervenantes à domicile pour repérer les risques liés à l'environnement et éventuellement proposer des solutions et/ou passer le relais à un ergothérapeute quand cela est nécessaire, s'appuyer davantage, en matière de prévention, sur les capacités d'accompagnement des intervenantes à domicile...

Cette dernière porte également un projet de « Maison des aidants », sur le territoire de Flers, afin d'apporter un accompagnement spécifique de proximité à ces derniers (répit, groupes de parole...)

2.8.3 Les Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) et les Service Polyvalent d'Aide et de Soins A Domicile (SPASAD)

La Normandie est dotée de 6542 places de SSIAD et SPASAD et de 124 structures. Le taux d'équipement en places de SSIAD/1000 personnes âgées de 75 ans et + est de 20,4 pour mille, soit quasiment identique au niveau national.

Départements	Nombre de structures (SSIAD+SPASAD)	Nombre de places de SSIAD et SPASAD
Calvados	20	1177
Eure	17	994
Manche	33	1278
Orne	13	710
Seine-Maritime	41	2383
Total	124	6542

Source : STATISS 2016

	Calvados	Eure	Manche	Orne	Seine-Maritime	Normandie	France Métropolitaine
Nombre de places pour 1 000 habitants de 75 ans et plus							
En structures non EHPAD (places en maison de retraite, logements de logements-foyers, places USLD)	32,7	40,5	24,8	28,0	60,6	41,6	25,5
En EHPAD	115,3	100,7	98,6	132,4	96,9	105,5	101,4
Dans les services de soins à domicile pour (SSIAD + SPASAD)	17,8	20,8	21,5	20,2	21,3	20,4	20,7

Source : ARS, janvier 2017 (STATISS 2016)

Un SSIAD et un SAAD peuvent désormais constituer un SPASAD, permettant ainsi une prise en charge intégrée des bénéficiaires d'aide à domicile en décloisonnant l'offre d'aide et l'offre de soins. Les avantages attendus sont nombreux : mieux intégrer les prestations de soins et d'aide à domicile, limiter le nombre d'interlocuteurs pour la personne âgée, libérer les infirmiers des tâches

administratives, limiter l'isolement des prestataires des services d'aide à domicile qui seraient intégrés dans une même chaîne gérontologique, proposer des perspectives professionnelles aux salariés des SAAD, etc.

2.9 Générations Mouvement

Premier mouvement associatif de seniors reconnu d'utilité publique, Générations Mouvement (anciennement Aînés ruraux) compte 650 000 adhérents en France, 9000 associations et 85 Fédérations départementales et 18 unions régionales. En ce qui concerne la Normandie, l'union régionale représente 51 000 adhérents et 900 associations locales. Quatre axes (les 4 A) structurent l'intervention de Générations Mouvement auprès de ses adhérents :

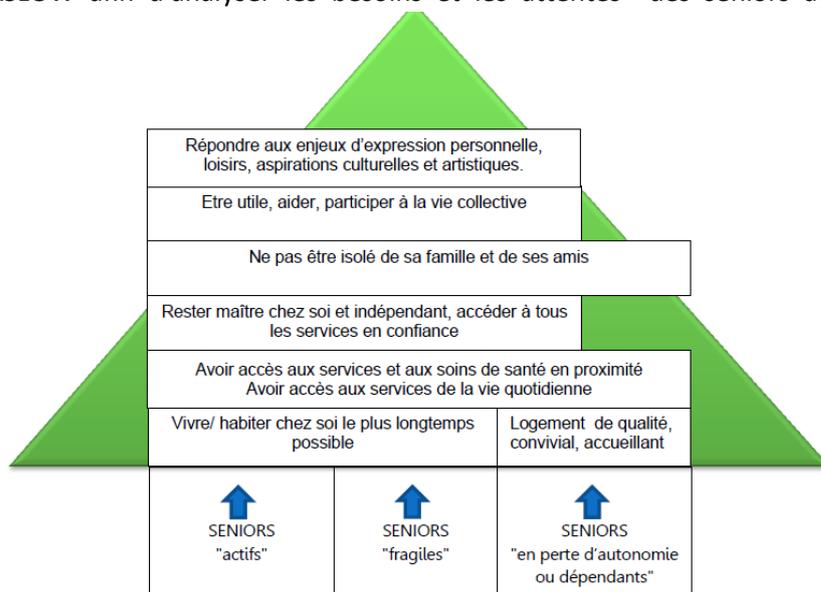
- L'aide au Bien Vieillir à travers la mise en place et l'animation d'ateliers de prévention en partenariat avec la MSA (prévention des chutes, sécurité...) de campagne de dépistage, et d'information autour de l'adaptation des logements...
- L'aide contre l'isolement à travers la mise en place de réseaux de solidarité, d'activités sportives, d'activités culturelles, d'organisation de séjours...
- L'aide aux enfants autour de la sensibilisation à lecture, de la transmission des savoirs (en partenariat avec l'association l'Outil en main), de la découverte du patrimoine.
- L'aide aux aidants à travers l'information et la mise en place du « baluchonage⁷⁰ » dans une trentaine de départements volontaires.

Par ailleurs, outre des avantages économiques et des offres de sorties et de voyages avantageuses, Génération Mouvements a mis en place un centre de formation (IFRA, Institut de Formation des Responsables Associatifs), à destination des adhérents consacré notamment à la sécurisation de la gestion administrative des associations et la médiation numérique afin de d'éviter la fracture numérique entre « jeunes » et seniors. Enfin, Générations Mouvement œuvre à travers de nombreux partenariats et au sein d'instances de concertation diverses (CDCA, conférences territoriales de santé...) pour réduire la fracture entre l'urbanité et la ruralité (lutte contre les déserts médicaux, mobilité des seniors en milieu rural, accès et usages du numérique...).

⁷⁰ Formule initiée au Québec, le baluchonage consiste à soulager la personne « aidant » en instaurant un relais à domicile afin de libérer cette dernière pour des activités ou quelques jours de vacances.

3. Les enjeux de l'accompagnement du vieillissement en Normandie pour une collectivité régionale

Dans son rapport sur la silver économie⁷¹, le CESER des Pays de la Loire a repris la pyramide de MASLOW afin d'analyser les besoins et les attentes des seniors actifs, fragiles et dépendants.



La Région Normandie, dans l'ensemble de ces domaines, en lien avec les partenaires institutionnels de l'accompagnement du vieillissement, a un rôle à jouer.

3.1 L'accompagnement à domicile

3.1.1 Le domicile, un enjeu central en matière de vieillissement

- La majorité des personnes âgées de 75 ans et plus vit à domicile⁷²

Avant 80 ans, la vie en maison de retraite est très rare : 97 % des septuagénaires résident en effet à domicile. Au-delà, la vie en institution commence à apparaître, mais elle est loin d'être la norme : neuf octogénaires sur dix habitent encore chez eux ou chez leurs enfants et c'est encore le cas de sept nonagénaires sur dix. À 100 ans ou plus, une personne sur deux vit à domicile tandis que l'autre moitié vit en institution. Une minorité de centenaires vit en couple (3 %), d'autres sont logés avec une autre personne (15 %), la plupart du temps un de leurs enfants, et 29 % habitent seuls.

Selon l'INSEE, en Normandie, **44,2% des personnes âgées de + de 75 ans vivent seules**, contre 42,7% en France métropolitaine.⁷³

⁷¹ La Silver Economy en Pays de la Loire, CESER Pays de la Loire, 2015

⁷² « 21 000 centenaires en 2016 en France, 270 000 en 2070 ? » Insee Première, n° 1620, novembre 2016

Indicateurs de qualité de vie significativement favorables ou défavorables à la Normandie, au regard des autres régions métropolitaines et des moyennes nationales

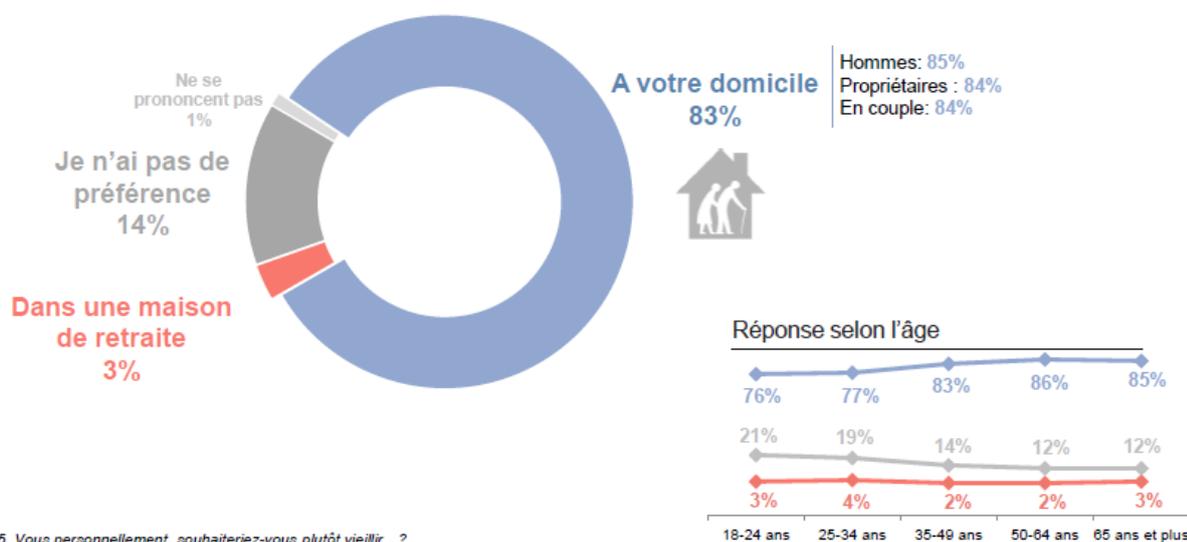
Indicateur	Normandie	Rang de la Normandie (1)	France de province	France métro.
Part des actifs occupés résidant à 30 mn ou moins de leur lieu de travail (en %)	81,6	4	79,1	73,8
Part de la population vivant dans un logement en situation de sur-occupation (en %)	5,1	9	6,1	9,0
Part des familles monoparentales (en %)	13,2	9	13,9	14,5
Part des 20 ans ou plus ayant au moins le baccalauréat (en %)	38,8	13	43,8	45,9
Part des 20-29 ans ayant au moins le baccalauréat (en %)	61,4	12	65,4	67,5
Part des personnes de 75 ans ou plus vivant seules (en %)	44,2	3	42,3	42,7
Indice comparatif de mortalité globale (base 100 France)	106,3	3	101,6	99,9
Part de la population vivant dans une commune avec au moins un établissement SEVESO seuil haut (en %)	14,1	4	12,3	10,8

Lecture : Une valeur dans une case verte correspond à un positionnement favorable à la qualité de vie, et inversement pour une case orange.

(1) : parmi les 13 régions métropolitaines.

Sources : Insee

- La majorité des français souhaitent vieillir à domicile, c'est ce que révèle l'enquête du CSA de 2016 ⁷⁴:

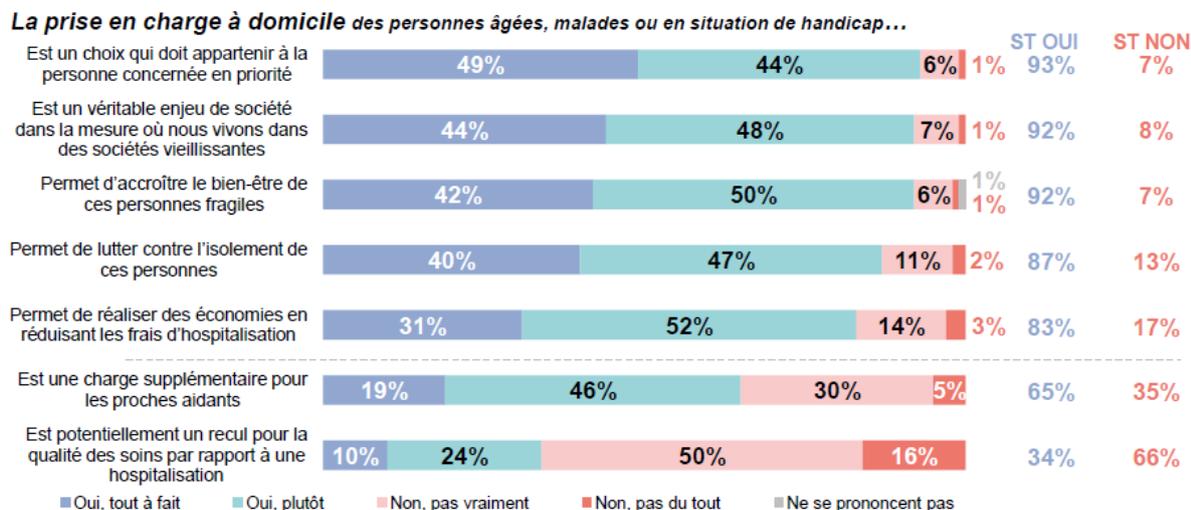


Q15. Vous personnellement, souhaiteriez-vous plutôt vieillir...?
Base totale (2001 individus)

⁷³ « Un regard sur la qualité de vie dans les territoires normands », INSEE Analyses n°34, juin 2017

⁷⁴ « Le domicile, un enjeu citoyen ? » Enquête CSA Research pour la FEPEM, juin 2016.

...RAISON POUR LAQUELLE LES FRANÇAIS SONT TRÈS FAVORABLES À LA PRISE EN CHARGE À DOMICILE



Q14. D'après vous, la prise en charge à domicile des personnes âgées, malades ou en situation de handicap... ?
Base totale (2001 individus)



15

Le domicile apparaît donc comme un enjeu majeur en termes de politique d'accompagnement du vieillissement, qu'il s'agisse de son adaptation à la perte d'autonomie ou de la professionnalisation du secteur de l'intervention sociale à domicile.

3.1.2 Le secteur de l'accompagnement à domicile en difficulté

D'après le diagnostic réalisé en 2016 préalable à l'élaboration du CPRDFOP⁷⁵, les aides à domiciles, ménagères, travailleuses familiales constituaient en 2012 la seconde profession en Normandie en termes d'actifs en emploi (2,4% des actifs, 31005 actifs en emploi), et les aides-soignants, la 4ème profession (soit 1,8% des actifs, 22 888 actifs en emploi). Les secteurs de l'hébergement médico-social et social et de l'action sociale sans hébergement ont vu leur nombre d'emplois salariés augmenter entre 2009 et 2015 de 5,6% (soit 3 362 emplois).

D'après les dernières projections de l'INSEE, le secteur de l'accompagnement à domicile devra faire face, dans les prochaines années, aux besoins croissants liés au phénomène de vieillissement de la population couplé à la problématique du maintien à domicile et du recul de l'âge d'entrée en établissement, ainsi qu'au renouvellement générationnel d'une partie de la profession suite aux départs en retraite à venir. Ainsi, au début de l'année 2017, l'ancienne secrétaire d'Etat chargée des Personnes âgées et de l'Autonomie évaluait en effet à 300 000 le nombre de nouveaux emplois à pourvoir d'ici à 2030, sans parler des centaines de milliers de départs en retraite à remplacer durant cette période. L'Observatoire national de l'économie sociale et solidaire estime quant à lui à 287 000 le nombre de départs en retraite de salariés de l'aide à domicile à l'horizon 2025, dont 41 000 dès 2017.

Aujourd'hui, les SAAD comptent plus de 500 000 salariés en France, dont 98% sont des femmes avec une moyenne d'âge de 45 ans. Près des deux tiers (62%) sont dépourvus de diplôme et 70% travaillent à temps partiel.

⁷⁵ Contrat de Plan Régional de Développement des Formations et de l'Orientation Professionnelles

Or les métiers de l'aide à domicile apparaissent peu attractifs au regard de la pénibilité des conditions d'emploi et de leur niveau de rémunération : aux salaires peu élevés s'ajoutent un faible niveau de qualification, des contrats précaires, des conditions de travail difficiles (déplacements nombreux, horaires atypiques, temps de travail incomplet et saccadé, fatigue physique...), et une absence de perspective d'évolution professionnelle. Les structures d'accompagnement à domicile connaissent en effet des difficultés de recrutement et sont souvent contraintes, notamment en période de tension estivale, de recruter des personnels peu, voire pas, qualifiés, sans vocation particulière pour l'aide à la personne. Tout cela engendre une problématique de turn-over important nuisible à la qualité de l'accompagnement et expose les intervenant-e-s à des risques professionnels et des phénomènes d'usure professionnelle précoce sur lesquels il apparaît urgent d'agir.

En outre, le secteur de l'accompagnement à domicile peine à trouver son modèle économique et subit de fortes pressions budgétaires. Le fractionnement des temps d'intervention, induit par le niveau contraint de tarification des prestations et la réduction des plans d'aide imposée par les Départements, engendre non seulement une perte de qualité du service mais également un sentiment de mal être pour les intervenant-e-s et les personnes âgées accompagnées.

Un rapport d'information de l'Assemblée Nationale sur le développement des services à la personne, présenté en décembre 2014⁷⁶, pointe le paradoxe existant entre une montée en puissance nécessaire de la qualification et une tarification contrainte : *« La tarification des services d'aide à domicile pratiquée par les Conseils généraux n'encourage pas la qualification des personnels : elle a conduit à une mise sous contrôle de la masse salariale et à la fixation informelle par les départements de quotas de personnels de catégorie C, qu'il est généralement préconisé de limiter à un tiers du personnel employé. Comme le note la Cour des Comptes, « à frais de structure inchangés, la tarification semble agir comme un bouclier face à la montée en qualification des personnels ». Il est souhaitable que la recherche d'un nouveau modèle tarifaire trouve une solution à cette situation paradoxale. »*

Une étude des coûts réalisée par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie⁷⁷, en 2014, a par ailleurs, permis de préciser les facteurs influant sur le coût des SAAD et de déterminer les composantes du coût horaire. Elle montre que 85% des coûts sont relatifs aux charges de personnel, 10% aux charges de structures et de gestion, 4% aux impôts et taxes. Elle relève également un certain nombre de facteurs explicatifs de la variation du coût entre les différents services : la convention collective ou le statut pour la fonction publique territoriale, la taille du service et le taux de présence à domicile, ainsi que d'autres facteurs impactants tels que le profil des bénéficiaires auprès desquels intervient le service, ou le caractère urbain ou rural du périmètre d'intervention.

Un fonds d'appui « aux bonnes pratiques et d'aide à la restructuration des services d'aide et d'accompagnement à domicile » financé par la CNSA a été mis en place fin 2016 par la Loi de Financement de la Sécurité Sociale 2017. Suite à l'appel à candidatures, trois départements Normands (l'Eure, la Manche et la Seine-Maritime) ont signé une convention avec la CNSA pour bénéficier des financements de ce fonds. Cette dernière détermine les grandes lignes de la contractualisation prévue par le Département avec les SAAD de son territoire ainsi que les différents volets du fonds d'appui sur lesquels il s'engage. Une partie de l'enveloppe de ce fonds est consacrée

⁷⁶ Rapport présenté par Martine PINVILLE et Bérengère POLETTI

⁷⁷ Etude des prestations d'aide et d'accompagnement à domicile et des facteurs explicatifs de leurs coûts, CNSA, DGCS, mai 2016

au versement d'aides directes à des SAAD intervenants dans les départements qui ne se sont pas portés candidats ou n'ont pas signé de convention, via une instruction menée par l'ARS.

La possibilité offerte aux Départements dans la Loi ASV de conclure des CPOM devrait en outre permettre « *de dégager la tarification des SAAD d'une logique strictement annuelle et prévisionnelle et de donner au département un pouvoir de définition des objectifs de gestion, contrepartie de la liberté budgétaire donnée aux SAAD par l'attribution d'un forfait global.* »⁷⁸ Or, force est de constater que les CPOM sont encore peu mobilisés par les Départements à ce jour.

3.1.3 L'épuisement des aidants familiaux (conjoints, familles, voisins)

Le CIAAF (Collectif Inter-Associatif d'Aide aux Aidants Familiaux) définit un aidant comme une « *personne qui vient en aide à titre non professionnel, pour partie ou totalement, à une personne dépendante de son entourage, pour les activités quotidiennes. Cette aide régulière peut être prodiguée de façon permanente ou non. Elle peut prendre plusieurs formes.* » On retiendra donc le caractère régulier et non professionnel de l'aide apportée par ces « aidants familiaux » qui bien souvent ne se définissent pas eux-mêmes comme tel, pris dans l'accompagnement quotidien de la personne en situation de perte d'autonomie.

La Loi ASV reconnaît le rôle central des aidants familiaux et la nécessité de leur apporter davantage de soutien, notamment en termes de répit, une plus grande reconnaissance en tant qu'acteurs de l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie ainsi qu'une attention accrue à leurs besoins et leurs fragilités.

Dans son enquête Handicap-santé auprès de 5000 aidants non professionnels, la DREES estime, en 2008, à 4,3 millions le nombre de personnes aidants régulièrement dans les tâches de la vie quotidienne une personne de 60 ans et plus vivant à domicile, présentant un problème de santé ou un handicap. De nombreuses enquêtes, en particulier le Baromètre des aidants 2015 (BVA – Fondation Novartis), montrent que la majorité sont des femmes (60%), que 55% sont âgés de 50 ans et plus, que 87 % s'occupent d'un membre de leur famille, et que 46% exercent une activité professionnelle.

90

L'impact du rôle d'aidant sur sa santé physique, psychique et financière

Source de stress et de contraintes de temps, l'accompagnement effectué par les aidants les amène à effectuer des choix qui se traduisent parfois par « *des renoncements et un réaménagement de leur vie : réduction du temps de sommeil, puis des activités « non prioritaires », loisirs, sorties, relations sociales et, à terme dernière étape dans le réaménagement de l'emploi du temps, tant le travail peut aussi constituer un rempart contre l'accaparement total de l'aidant, réduction fréquente du temps de travail. Ainsi, pour 24 % des aidants familiaux, cet investissement a déjà eu un impact sur le fait de pouvoir partir quelques jours et, pour 21 %, sur leurs sorties au cours de la journée. 11 % déclarent que cela a modifié leurs activités sportives et 9 % leurs activités associatives. 36 % d'aidants évoquent un impact négatif de leur rôle sur leur vie professionnelle. Dans ce contexte, une étude canadienne établit que chez 60 % des aidants, le répit consiste uniquement en des « moments volés.* »⁷⁹ Or, l'ensemble de ces facteurs de stress liés à la charge mentale et physique subie par les aidants, ont des conséquences importantes sur leur santé, sans omettre le phénomène de renoncement aux

⁷⁸ Mission relative à la tarification et aux perspectives d'évolution des services d'aide et d'accompagnement à domicile, George Labazée, Mars 2017

⁷⁹ Accompagner les proches aidants, ces acteurs invisibles, CNSA Rapport 2011

soins, de reports de ses derniers, d'épuisement et d'oubli de soi provoquant parfois la disparition l'aidant avant la personne aidée⁸⁰.

A cela s'ajoute l'impact financier, « en raison de la réduction fréquente de l'activité professionnelle de l'aidant lorsque l'intensité de l'aide est élevée, mais aussi du fait du reste à charge supporté par la famille lorsque le recours à une aide technique ou à une aide humaine professionnelle n'est pas totalement couvert par les prestations individuelles (à domicile comme en établissement).[...] Enfin, un retrait de l'aidant du marché du travail se double de conséquences sociales, entraînant un risque de désinsertion sociale. »⁸¹

Une reconnaissance par les pouvoirs publics et le développement des solutions de répit

La plupart des plans de santé publique et des schémas médico-sociaux (ARS, Conseils départementaux) comprennent désormais des axes concernant la politique de soutien aux aidants familiaux consacrée à la reconnaissance de leur rôle, à leur accès à l'information, à la formation (gestes techniques, relation aidant-aidé, formations liées aux spécificités de telle ou telle maladie...), au développement de solutions de répit...

Parmi ces dernières, la Normandie compte 803 places d'accueil de jour, 624 places d'hébergements temporaires et 8 plateformes de répit financées dans le cadre du plan Alzheimer. De nombreuses associations, notamment de malades neurodégénératifs, réalisent des actions d'information et de sensibilisation pour soutenir les aidants à travers des groupes de paroles (types café des aidants) ou des ateliers/formations.

Un projet de maison des aidants, porté par l'UNA- Bocage Ornaïs, est à l'étude sur le territoire de Flers afin de proposer une offre renforcée et diversifiée de prévention, d'accompagnement et de répit aux aidants : accompagnement individuel psychosocial, accueil de jour, café des aidants, ateliers de prévention, formations, Halte/Répit, Vacances/Répit, hébergement temporaire, formation au « Care Management »⁸².

Ce type de projet permettrait de soulever un grand nombre de freins identifiés actuellement dans le recours limité aux offres de répit : un manque de souplesse des horaires des structures de répit, une absence de solutions d'urgence, des relais restreints pour le répit nocturne... D'autres freins peuvent également être soulignés, liés en particulier à la difficulté pour les aidants de s'identifier comme tels et d'exprimer une demande (forme de déni, sentiment de culpabilité, méconnaissance des aides et dispositifs de soutien), d'où l'importance du rôle des associations de familles et des SAAD dans la détection des situations non exprimées et l'accompagnement du cheminement de l'aidant vers une demande. Il apparaît en outre nécessaire de considérer le couple aidant-aidé, ses besoins et leur évolution lors de l'évaluation des situations à domicile : accompagner la famille dans ses choix d'organisation et sur leur soutenabilité à long terme dans l'établissement des plans d'aide et de leur suivi.

⁸⁰ A titre d'exemple, la DREES révèle en effet dans son enquête citée précédemment que 48% des aidants seraient atteints eux-mêmes d'une maladie chronique.

⁸¹ Accompagner les proches aidants, ces acteurs invisibles, CNSA Rapport 2011

⁸² Le care management vise, le plus souvent au travers d'ateliers, à prévenir l'absentéisme et à identifier très tôt les situations difficiles. Il s'attache à organiser le travail du salarié-aidant, concilier ses vies privée et professionnelle, gérer sa relation au temps. Il interroge également, plus largement, l'entreprise dans sa position éthique et ses valeurs.

Enfin, la reconnaissance des contraintes subies par les aidants actifs et leurs impacts au sein de leur activité professionnelle au sein de la Loi ASV, appelle à la mise en place d'aménagements spécifiques au sein des entreprises et à une sensibilisation de ces dernières au « Care management ».

3.1.4 Adapter les logements pour préserver l'autonomie au domicile

Il n'existe pas, a priori, de recensement des logements adaptés en Normandie, notamment au sein du parc privé, ni des formes d'habitats innovants existant ou en projet sur le territoire régional. Il existe néanmoins de nombreux acteurs et dispositifs d'aide en faveur de l'adaptation des logements aux besoins des populations vieillissantes.

Qu'il s'agisse des bailleurs sociaux conscients du vieillissement de leurs locataires ou des élus locaux de leurs habitants, de nombreux acteurs tentent d'apporter des solutions pour permettre aux personnes âgées de continuer à vivre dans leur environnement familial.

Les bailleurs sociaux

La Normandie compte 290 000 logements conventionnés avec l'Etat. Parmi les titulaires des baux, 12% ont plus de 75 ans (17% en ex Basse Normandie) et 25% ont plus de 65 ans. Les bailleurs sociaux sont confrontés, d'une part, au vieillissement croissant de leurs locataires et, d'autre part, à celui du parc existant dont il est nécessaire de prévoir l'adaptation. Ils sont, en outre, de plus en plus sollicités par des élus locaux à la recherche de solutions innovantes d'habitats adaptés (papyloft, béguinages, programmes mixtes et intergénérationnels...) notamment en milieu rural. S'ajoute à cela la problématique de la solvabilité des locataires (47% des locataires du parc social de plus de 65 ans perçoivent moins de 930 euros/mois).

92

L'exemple de Logeal Immobilière : le Label Habitat Senior services (HSS)

LOGEAL Immobilière, fort d'un parc immobilier d'environ 11 000 logements, a près de 30 % de ses locataires âgés de plus de 60 ans. Soucieux de garantir un cadre de vie adapté aux personnes âgées à leur domicile, LOGEAL a engagé depuis plusieurs années en partenariat avec l'Association DELPHIS un programme de labellisation et d'adaptation des logements à la demande.

Le Label HSS cible prioritairement des seniors autonomes auxquels il propose :

- des adaptations techniques de leur logement, des parties communes de leur immeuble et de ses abords pour limiter notamment les risques de chutes et les rendre accessibles.
- des services adaptés fournis soit par le bailleur (par ex : détection et report des situations à risques, suivi personnalisé des interventions techniques,...), soit par des partenaires (par ex : information sur les soins à domicile, services sociaux, petit bricolage...).

En 2017: 39 bailleurs sociaux sont licenciés HSS - 9 sont labellisés et plus de 4 000 logements HSS sont en service. Un poste de Coordinateur Handicap et Vieillesse a été créé en 2006 et est spécialement dédié aux locataires seniors (+60 ans). L'ensemble des équipes est sensibilisé aux problématiques du vieillissement et des situations à risques.

Les municipalités et les EPCI

Nombreuses sont les municipalités et les intercommunalités à se préoccuper de la nécessité d'adapter l'offre de logements existantes aux besoins des habitants vieillissants et/ou à produire une offre répondant à leurs besoins, proche des services de proximité : Opérations programmées d'amélioration de l'Habitat, partenariats avec des bailleurs sociaux ou privés pour la réalisation d'hébergements pour personnes âgées ou mixtes, aide financière aux particuliers pour l'adaptation du logement...⁸³

L'exemple de la ville du Havre : le Dispositif Sherpa et la Maison DAHLIA

Le CCAS de la ville porte le CLIC, la MAIA et le dispositif Sherpa dont le but est d'accompagner les personnes âgées dans leur projet de maintien à domicile. Il permet notamment de prendre en compte la question du maintien à domicile dans sa globalité et de privilégier la complémentarité des interventions.

Le dispositif Sherpa

Issu d'une volonté politique forte, ce dispositif vise à lever les freins pouvant s'opposer à l'adaptation du logement (manque d'ergothérapeutes pour réaliser un diagnostic, recherche de solutions de financement complexe, difficulté du montage de dossier...).

Dans le cadre du dispositif Sherpa, un ergothérapeute (agent du CCAS) effectue une visite d'évaluation du logement et formule des préconisations liées aux besoins individuels de la personne âgée. Une coordinatrice sociale se charge de lever les freins administratifs et financiers en procédant à l'élaboration du plan de cofinancement en phase avec les ressources de la personne concernée (ANAH, CODAH, Département, Caisses de retraites, mutuelles, bailleurs ...) et en faisant l'interface avec les professionnels du bâtiment. Pour lever le frein du choix de l'entreprise, le CCAS a souhaité étoffer la liste des artisans locaux labellisés Handibât par la mise en place de formations au sein de la maison Dahlia.

La Maison Dahlia

Elle est née du constat d'un manque d'anticipation face aux délais importants de l'adaptation des logements. Le dispositif Sherpa arrive parfois trop tard face à des situations d'urgence (retour d'hospitalisation, chute...). Il s'agissait donc de permettre un cheminement des consciences et de dédramatiser l'aide technique et la transformation du logement en créant un lieu convivial et familial de démonstration et de convergence d'un ensemble d'acteurs. La maison Dahlia regroupe ainsi :

- une communauté de professionnels pluridisciplinaires : ergothérapeutes, professionnels du bâtiment, bailleurs, acteurs du maintien à domicile et de la formation dans le domaine du maintien à domicile.
- Une communauté de personnes âgées souhaitant participer à la mise en place d'un living lab (cf MDAP d'Alençon) afin de tester des outils dans leur usage quotidien (« label testé et approuvé par les seniors ») et des vêtements (cover dressing).

⁸³ Un panel d'exemple est cité dans l'étude « l'Habitat destiné aux seniors autonomes, synthèse documentaire », agence d'urbanisme de Rouen et des Boucles de Seine et Eure, décembre 2016

- des ateliers sur des thématiques de santé et sur l'aménagement du logement (alimentation, sommeil, 1ers secours, prévention de la mémoire...). La maison est un lieu d'animation qui permet d'aborder la question de l'adaptation du logement à travers d'autres thématiques afin de la banaliser.

Des aides diverses et des freins à leur mobilisation

L'adaptation des logements visant à prévenir la perte d'autonomie fait l'objet d'aides financières multiples en direction des propriétaires et des locataires du parc privé ou public et d'un accompagnement par des structures agréées (types SOLIHA, INHARI...) qui, fréquemment, disposent de permanences au sein des municipalités.

Ainsi, l'ANAH apporte une subvention allant de 30 à 50 % du montant des travaux (plafonné à 20 000€) aux propriétaires ou locataires du parc privé ne dépassant pas un certain plafond de ressources. Elle apporte également une subvention aux bailleurs souhaitant réaliser des travaux pour retarder la perte d'autonomie. Les collectivités territoriales accordent également des aides aux personnes âgées propriétaires ou locataires du parc privé, en règle générale les Départements dans le cadre de l'APA (exemple de l'aide Habitat Autonomie du Département de Seine-Maritime) et les Municipalités (exemple du dispositif Sherpa de la Ville du Havre). Les caisses de retraite (CARSAT, ARCCO, CNRACL, RSI, MSA...) et les mutuelles apportent également une aide financière ainsi qu'ERDF et la SNCF. Enfin, il existe un crédit d'impôt concernant les travaux d'adaptation des logements pour les dépenses d'équipements conçus pour les personnes en situation de handicap ou les personnes âgées.

Pourtant, il semble que les enveloppes consacrées à ces aides soient sous utilisées et qu'il existe un ensemble de freins à leur mobilisation : une méconnaissance de ces aides par les bénéficiaires potentiels, un délai jugé trop long entre la sollicitation de l'aide et la réalisation des travaux alors même que le besoin d'adaptation émerge souvent dans l'urgence, un reste à charge encore trop élevé, la nécessité d'un accompagnement des personnes âgées dans leur démarche et d'une plus grande anticipation des risques à domicile pouvant engendrer une perte d'autonomie...

94

Exemple de SOLIHA (Solidaires pour l'habitat), né de la fusion du Mouvement PACT et du Mouvement Habitat et Développement, premier réseau national d'amélioration de l'habitat.

En matière d'accompagnement des personnes âgées dans leur projet de maintien à domicile, Soliha propose trois types d'actions :

- les Ateliers Biens chez soi (en partenariat avec l'ASEPTt) : il s'agit de sensibiliser les seniors aux problématiques de l'aménagement du logement (bons gestes, accessoires innovants...)
- le Dispositif Eclat en partenariat avec la CNAV, la Fédération SOLIHA et Caen la Mer : Soliha réalise un diagnostic sur l'accompagnement du vieillissement en matière de logement sur un territoire donné avec l'objectif de constituer un guichet unique à terme (recensement des logements privés et sociaux adaptés) et d'accompagner la volonté politique locale par un plan d'actions (revitalisation du cœur de ville, information/communication, aides individuelles, adaptation du parc social et privé...).
- Accompagnement des collectivités (permanences habitat, assistance à maîtrise d'ouvrage pour la réalisation de projets d'adaptation du logement au vieillissement ...).

Dans ce cadre, Soliha assure un accompagnement technique et financier auprès des personnes âgées : analyse de la demande, visite à domicile d'un technicien pour évaluer les travaux, diagnostic administratif et financier, élaboration d'un plan de financement, évaluation du reste à charge...

A titre d'exemple, en 2016 : 900 demandes de subvention déposées, 1000 visites techniques réalisées, 17 millions € de travaux réalisés, 8 millions € d'aide mobilisés.

3.2 La mobilité des seniors⁸⁴

Il n'existe pas d'étude spécifique sur la mobilité des seniors en Normandie, mais des études nationales (Institut Français des Seniors, Laboratoire de la mobilité inclusive...). L'approche « mobilité » demeure, en outre, bien souvent centrée sur la seule accessibilité. Pourtant, adapter les transports et l'environnement urbain, en partant des besoins des personnes âgées, est de nature à apporter un bénéfice à la société tout entière.

3.2.1 L'ambivalence d'une reconnaissance des besoins spécifiques des seniors

La reconnaissance des besoins spécifiques des seniors est paradoxalement une offense qui leur est faite. Le dispositif spécifique mis en place pour les seniors les renvoie à leur âge, à la diminution du champ des possibles. Il les contraint à se reconnaître comme vieillissants et dès lors, à devoir accepter la perte prochaine et possible de leurs facultés, une moindre maîtrise de leur environnement vécue comme une perte de dignité. « *Vouloir autre chose, vivre autrement, avec les autres et au milieu d'eux, voilà le défi* ». ⁸⁵

95

3.2.2 La mobilité, un enjeu essentiel pour les seniors

C'est un facteur primordial de préservation de l'autonomie et du maintien du lien social. Le risque d'isolement augmente fortement après 75 ans avec une réduction du « cercle » de vie. L'étude « *La mobilité des seniors en France* » ⁸⁶ révèle que près d'un senior sur trois ne sort pas de chez lui tous les jours et que 44% des 75 ans et plus déclarent des gênes pour se déplacer. 25% des plus de 75 ans vivant hors périmètre des transports urbains n'effectuent aucun déplacement de toute la semaine. Plus de la moitié des piétons tués est constituée de seniors et la quasi-totalité des aidants (93%) doit assurer une aide à la mobilité.

Pour les plus de 65 ans aujourd'hui, mobilité rime avec automobile. « *La voiture est de plus en plus privilégiée par les seniors, ils n'ont pas l'habitude de la marche ou du vélo* », explique Florence Gilbert, Directrice Générale de Wimoov' et initiatrice avec Total du laboratoire de la mobilité inclusive. Pourtant, il arrive un âge où conduire devient difficile, voire impossible. Mais lorsque les personnes âgées laissent leur voiture pour passer au bus ou à la marche (les deux autres principaux moyens de transports des plus de 75 ans), ils se retrouvent en situation de vulnérabilité. L'environnement « quotidien » n'est pas adapté : absence de mobilier urbain qui permette de faire des pauses, complexité des voies de circulation, avec l'apparition des voies de bus et des pistes cyclables qui sont parfois sur les trottoirs....

⁸⁴Cf chiffres sur la mobilité des seniors (Chronos et Certu) en annexe n° 5

⁸⁵La mobilité face au vieillissement de la population, Veolia Transdev, mars 2010

⁸⁶ Etude du cabinet Auxilia pour le Laboratoire de la Mobilité Inclusive, 2014

Si les transports en commun sont un moyen plus économique et plus écologique pour se déplacer, ils ne sont pas toujours accessibles aux personnes âgées et demeurent parfois inégalement répartis dans les quartiers et sur les territoires. La loi Accessibilité du 11 février 2005 prévoyait de rendre accessible toute la chaîne du déplacement (aménagement de voiries, accès aux gares, transports en commun...), l'objectif étant de permettre aux personnes à mobilité réduite de pouvoir se déplacer de manière continue, sans rupture. Or, force est de constater que des efforts restent encore à réaliser.

Des initiatives existent pour faciliter l'usage des transports en commun par une offre souple, fiable et sécurisée de la part des opérateurs et autorités organisatrices de transports:

- Tarification : titres à 50%, gratuité pour les seniors...
- La SNCF propose deux services qui facilitent la mobilité des seniors : le service « Bagages en Point Relais », qui permet de déposer par avance ses bagages en Point Relais et de les récupérer dans un autre point relais une fois à destination ; le service « Domicile-Train » qui permet de bénéficier d'un accompagnement personnalisé du domicile jusqu'à bord du train.
- Les transports dédiés : transports adaptés et à la Demande mis en place par les Départements (mais aux bilans mitigés : services peu connus, au coût dissuasif pour la collectivité), par les communautés de communes (Le taxibus dans le Calvados, le taxicom dans la Manche mis en place par le Pôle de Proximité de la Côte des Isles...), par les communes (Mesnil bus...) ou Maneo proximité (« en voiture Simone)...

3.2.3 Des solutions pour favoriser la mobilité de seniors au sein de la silver économie

Un groupe de réflexion sur les transports à destination des seniors a été lancé en décembre 2013 par Michèle Delaunay, ancienne Ministre déléguée en charge des Personnes âgées et de l'Autonomie, et Frédéric Cuvillier, ancien Ministre délégué chargé des Transports, de la Mer et de la Pêche. Le Hub Silver Mobilité a pour objectif d'inciter le secteur industriel français à innover dans le champ de la mobilité des plus âgés.

Les acteurs des services à la personne se mobilisent également (ex senior Mobilité qui propose un service de voiture avec chauffeur dédié aux plus de 65 ans dans plusieurs grandes villes en France ou l'association « Les compagnons du voyage », qui a été mise en place par la RATP et la SNCF et qui existe depuis 1993)

L'association Wimoov a mis en place une réflexion autour de plateformes de mobilité pour favoriser la mobilité des seniors (cf plateforme d'Evreux)

AG2R LA MONDIALE propose, dans le cadre du dispositif AGIRC ARRCO « Sortir plus », un service d'accompagnement, à pied ou en voiture, des retraités de plus de 80 ans pour tous types de sorties (rendez-vous de médecin, coiffeur, courses, spectacles...).

...

Exemple de Wimoov et de la plateforme territoriale d'Evreux

Wimoov est une association nationale qui œuvre dans le champ de la mobilité et plus particulièrement dans le cadre de l'insertion professionnelle. Elle participe au laboratoire de la mobilité inclusive, lequel a été mis en place dans le but de soulever les freins à la mobilité des personnes vulnérables, notamment des seniors (cf étude menée en 2014 ⁸⁷). Diverses

⁸⁷ L'étude est téléchargeable sur le site du laboratoire de la mobilité inclusive : <http://www.mobiliteinclusive.com/etude-seniors/>

expérimentations de services en direction des seniors sont en cours au sein de Wimoov (Bordeaux, Ile De France)⁸⁸.

Lors de sa mise en place, la plateforme d'Evreux a souhaité se positionner sur la question de la mobilité des seniors, à partir de l'exemple de l'expérimentation menée à Bordeaux.

Divers partenaires institutionnels ont été sollicités et ont manifesté leur intérêt pour ce type de projet (Carsat, Conseil départemental...). Depuis janvier 2017, un diagnostic -action est en cours de réalisation qui consiste à interroger les publics cibles et recenser l'existant sur le territoire d'Evreux Porte de Normandie, en vue de proposer des actions collectives et individuelles aux personnes âgées en GIR 5 et 6.

A travers cette démarche, la plateforme territoriale souhaite fédérer et promouvoir les actions existantes (ex Taxicom dans la Manche) et soit en créer de nouvelles, soit dupliquer celles qui fonctionnent (essaimage) afin de mailler le territoire.

Des pistes sont déjà envisagées : 9 places ont été récupérées pour les personnes âgées et les aidants au sein de la plateforme wimoov, une réflexion est en cours sur la mise en relation des co-voitureurs, l'auto-partage, la mise à disposition de véhicules de services non utilisés dans certaines communes (wimoov propose de les assurer et d'en faire la promotion), et la diversification des cibles de certains services (ex transport scolaire)...

Favoriser la poursuite de la conduite

Le vieillissement de la population pose, entre autre, la question de l'adaptation des véhicules pour les seniors (sécuriser les véhicules, faciliter leur utilisation par les seniors). Les acteurs de la silver économie travaillent à des innovations qui permettent de favoriser la poursuite de la conduite automobile (radar de recul, aides technologiques, simulateurs de conduite, pilotages automatiques des voitures...). Les premiers véhicules totalement autonomes devraient être commercialisés aux alentours de 2020 selon le cabinet KPMG. A titre d'exemple, une navette autonome a été testée sur les quais dans la Métropole rouennaise.

3.3 La prise en compte du vieillissement dans l'aménagement du territoire⁸⁹

Dans son rapport sur l'équilibre des territoires, le CESER rappelle que « *la démographie de la Normandie met en lumière des disparités notables et, de la sorte, des dynamismes différenciés et des besoins spécifiques. La projection à moyen et à long termes des caractéristiques démographiques propres à chaque territoire ou ensemble territoriaux devra être opérée au sein du SRADDET car elle constitue un indicateur de base pour toute politique d'aménagement du territoire et pour ses déclinaisons opérationnelles.* »

Aussi, si le vieillissement de la population concerne l'ensemble de la Normandie, il se traduit différemment d'un territoire à un autre. Cela pose la question de l'égalité d'accès aux services de

⁸⁸Exemples d'actions mises en place suite à l'expérimentation sur Bordeaux : accompagnements individuels (physiques), formations à l'utilisation d'outils numériques pour connaître l'offre de transport, travail avec les autorités organisatrices de transports (formation des personnels), auto-partage avec des jeunes en recherche d'emploi...

⁸⁹ La question de l'équilibre des territoires a fait l'objet d'un rapport du CESER de Normandie, intitulé « Pour un aménagement plus équilibré et équitable en Normandie » et adopté en octobre 2017. Cette partie s'en inspire largement, ainsi que du travail en cours sur la « Normandie en 2040 » (fiche variable Territoires).

proximité et aux soins, de la préservation de l'équité entre les territoires et de l'équilibre de traitement entre les seniors. Une politique d'accompagnement du vieillissement n'est pas la même en ville, en milieu rural ou en milieu périurbain ce qui rend indispensable une observation des données liées au vieillissement à une échelle infra régionale pour une meilleure identification des disparités territoriales (fragilités des populations âgées, taux d'équipements, d'hébergement, projections démographiques...).

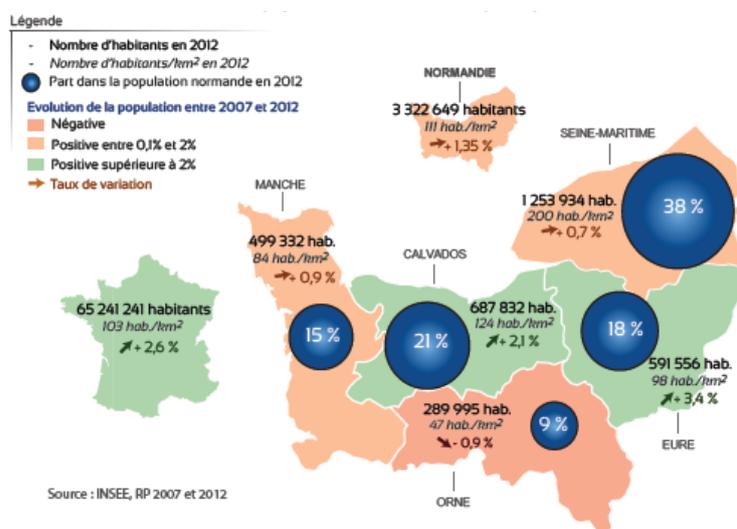
3.3.1 Quelques éléments concernant l'hétérogénéité des territoires normands

Extrait de la fiche variable Territoires – la Normandie en 2040 – CESER de Normandie

Globalement, la Normandie se compose d'infra-territoires qui présentent des caractéristiques différenciées au regard de leur population, de leurs activités, des échanges avec les autres espaces, de la densité et de la facilité d'accès aux différents services.

La densité moyenne régionale (111 hab/km²) est proche de la moyenne nationale (116 hab/km²). Mais on observe une distribution très inégale sur le territoire, entre anciennes régions tout d'abord, avec 1/3 des habitants sur l'ex-Basse-Normandie et 2/3 sur l'ex-Haute-Normandie, ainsi qu'entre départements :

Population et densité de population par département



Source : diagnostic CPRDFOP – CARIF OREF Normandie

Avec un zonage plus fin, on constate une concentration de population dans les communes périurbaines et rurales connectées aux grands pôles urbains, une densification aux abords des grands centres urbains, enfin des espaces isolés en dehors de leurs zones d'influences qui vieillissent et se désertifient.

D'après l'observatoire du Commissariat Général à l'Egalité des Territoires (CGET), le phénomène de vieillissement se présente bien de façon hétérogène selon les territoires. Il semble ainsi s'observer de façon plus marquée dans les bourgs qui connaissent une dévitalisation de leur centre. Dans son étude « l'action des bourgs face à l'enjeu du vieillissement de la population, » le CGET analyse un

vivier de 302 bourgs représentant 1,4 millions d'habitants et note que la part des plus de 65 ans atteint 22,1% de la population contre 17,7% en France et la part des 75 ans et plus 12,5% contre 9,1%. Or, en Normandie, l'indice de vieillissement montre de manière évidente des disparités entre les territoires, l'Orne étant particulièrement touché par rapport à l'Eure par exemple (cf tableau p 23).

L'analyse par l'INSEE de la qualité de vie dans les territoires normands⁹⁰, montre que si elle peut être considérée comme plutôt satisfaisante en ce qui concerne le logement, la limitation des durées de trajet domicile-travail ou l'accessibilité aux services, elle l'est cependant beaucoup moins pour d'autres indicateurs comme la santé et le risque d'isolement des personnes âgées.

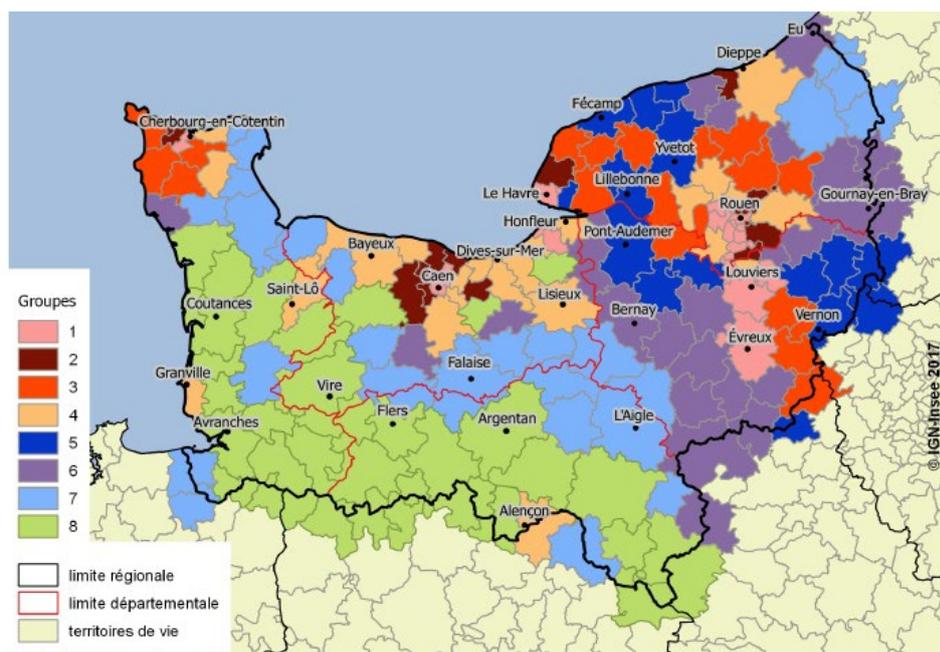
Extrait du rapport « Pour un aménagement plus équilibré et équitable en Normandie », CESER de Normandie

*« Traduite sous la forme cartographique, cette analyse éclaire la façon dont ces territoires se différencient ou se ressemblent et met en évidence leurs atouts et faiblesses en matière de qualité de vie. De la sorte apparaissent 8 groupes de territoires. Ainsi une diagonale partant de La Haye-du-Puits (50) à Bellême (61) rassemble un grand nombre de territoires de vie classés dans la rubrique « territoires ruraux plus éloignés mais aussi plus autonomes ». **Des confins occidentaux du Bocage (Aunay-sur-Odon -14-) à l'Aigle (61), l'est du Cotentin et le nord-est de la Seine-Maritime relèvent quant à eux de la catégorie « des territoires ruraux moins bien équipés et moins aisés ».** Des rives sud de l'estuaire de la Seine jusqu'au sud de l'Eure se dessine un corridor constitué « de territoires ruraux un peu moins bien équipés et plus dépendants des pôles urbains pour l'emploi », situation qui concerne également la zone de Gournay-en-Bray. Du littoral allant de Fécamp jusqu'à Brionne et à l'est de l'Eure (Gisors, Les Andelys, ...) voit-on apparaître la catégorie « des territoires centrés sur des villes moyennes ou petites présentant des difficultés sociales ». [...] Enfin, les zones les plus urbanisées présentent une certaine hétérogénéité catégorielle allant des zones très favorisées aux territoires en fragilité socio-économique. »*

99

- Groupe 1 : Des centres urbains bien équipés, avec des populations plus fragiles socioéconomiquement
- Groupe 2 : Des territoires très favorisés connexes aux centres urbains
- Groupe 3 : Des territoires périurbains plutôt favorisés
- Groupe 4 : Des territoires centrés sur des villes moyennes, avec des conditions de vie voisines de la moyenne régionale
- Groupe 5 : Des territoires centrés sur des villes moyennes ou petites, présentant des difficultés économiques et sociales
- Groupe 6 : Des territoires ruraux, un peu moins bien équipés et plus dépendants des pôles urbains pour l'emploi
- Groupe 7 : Des territoires ruraux, moins bien équipés, moins aisés
- Groupe 8 : Des territoires ruraux plus éloignés mais aussi plus autonomes

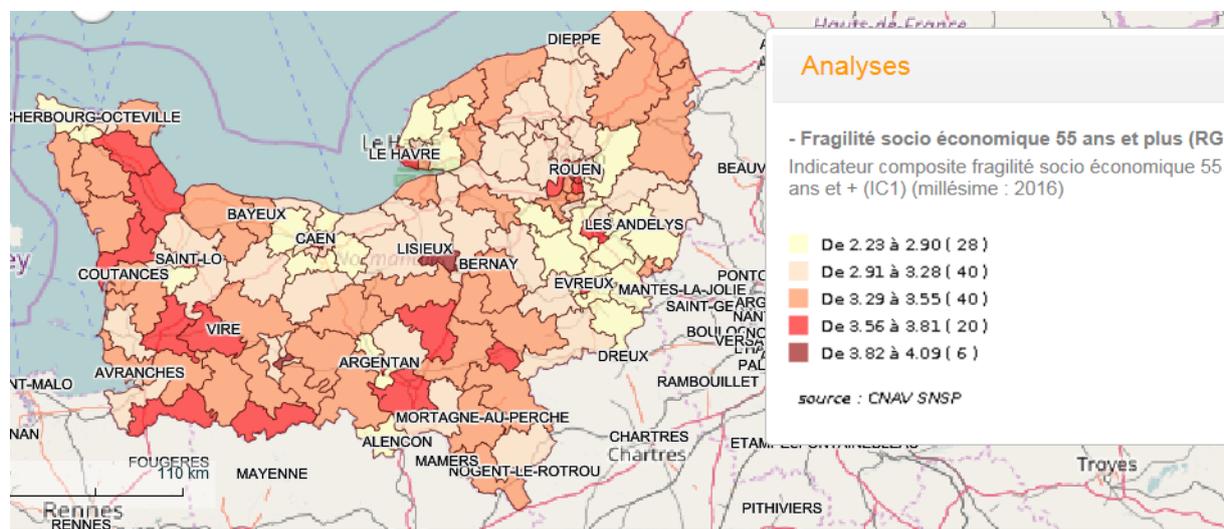
⁹⁰ La qualité de vie dans les territoires normands, INSEE Analyses n°34, juin 2017



Source : Insee

Mise en parallèle avec la carte des fragilités économiques des personnes âgées de 55 ans et plus de l’observatoire des fragilités de la CARSAT, il semble que les zones de grandes fragilités correspondent aux groupes les plus ruraux (6 à 8) ou aux centres urbains fragiles socio-économiquement (groupe 1) mentionnés dans l’étude de l’INSEE.

100



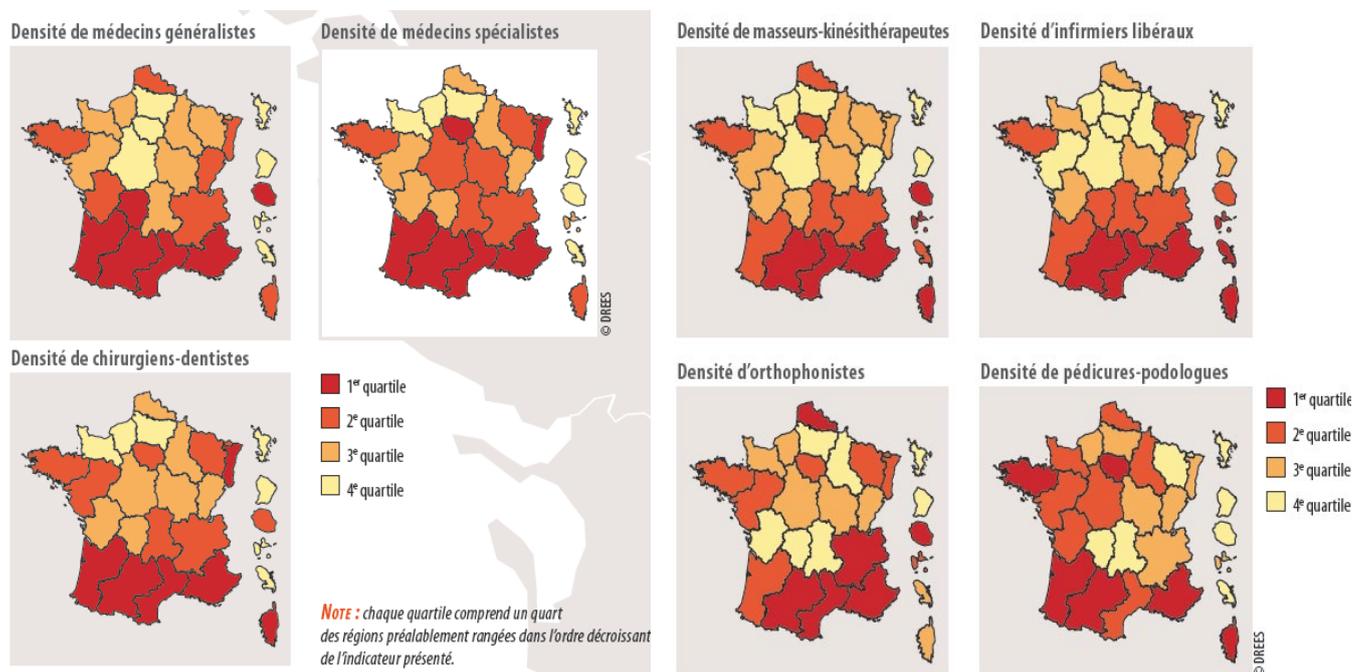
Le vieillissement apparaît donc particulièrement aigu dans les espaces de faible densité dont certains sont attractifs pour la population âgée, alors que d’autres voient vieillir leur population présente. Devant ces changements démographiques, les territoires sont diversement dotés en capacité d’accueil et de prise en charge du risque de dépendance, pour lequel les besoins iront croissants. La problématique du maintien à domicile se pose avec acuité dans les communes rurales, la garantie d’un logement adapté permettant aux territoires de garder leurs aînés et de lutter contre la désertification des centres bourgs. A cela s’ajoute la problématique de la désertification médicale et de la fracture numérique qui se creuse entre territoires urbains et territoires ruraux.

3.3.2 Zoom sur unedémographie médicale préoccupante

Densité pour 100 000 habitants des professionnels de santé libéraux et salariés

	Calvados	Eure	Manche	Orne	Seine-Maritime	Normandie	France Métropolitaine
Médecins généralistes	168	105	140	135	151	143	155
Médecins spécialistes	198	74	117	107	176	147	185
Ensemble des médecins	365	179	257	242	326	290	341
Chirurgiens dentistes	46	36	38	37	41	40	64
Sages-femmes	37	17	28	30	39	32	33
Infirmiers	1 107	512	1 099	1 081	1 010	960	1 005
Masseurs kinésithérapeutes	100	69	98	74	83	86	130
Orthophonistes	33	18	24	18	29	26	37
Orthoptistes	5	3	4	2	4	4	7
Pédicures-podologues	21	16	20	17	16	18	21

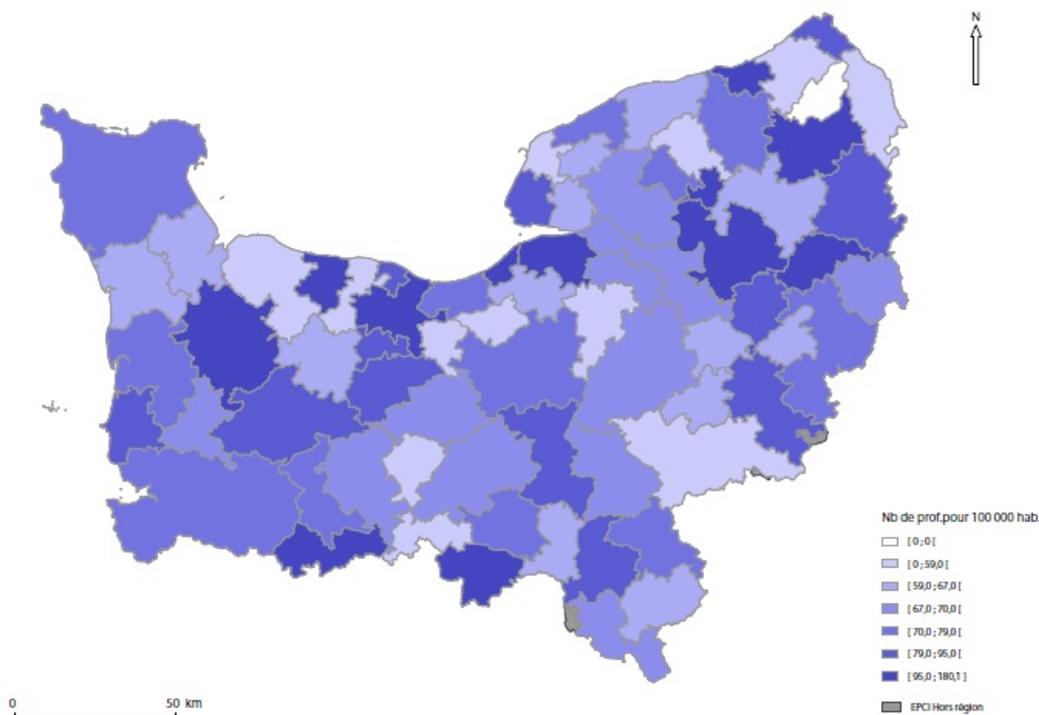
Source : présentation ARS mars 2017



source : Recueil d'indicateurs régionaux Offre de soins et état de santé, DREES, 2014

Concernant le nombre de médecins généralistes pour 10 000 habitants en 2014, le CESER note, dans la fiche variable « Territoires » du rapport en cours sur la « Normandie en 2040 », que « les zones rurales se caractérisent par la plus faible densité notamment autour des petites villes, alors qu'elles concentrent par ailleurs une majorité de la population vieillissante à faibles revenus, posant ainsi des enjeux en termes de maintien à domicile, mais aussi de distanciation sociale et d'isolement. »

Densité de médecins généralistes libéraux ou mixtes par EPCI au 1er janvier 2016



La carte réalisée avec Cartes & Données - © Artique

montre bien les disparités de situation, certains territoires étant très nettement en dessous de la moyenne française (84 médecins généralistes libéraux pour 100 000 habitants). Dans le nord-est de la région, on constate qu'un EPCI ne dispose pas de médecin généraliste.

102

Extrait du rapport « Pour un aménagement plus équilibré et équitable en Normandie, CESER de Normandie

« A l'exception de certains ensembles géographiques regroupant les villes bénéficiant de la présence d'un établissement hospitalier de grande taille (Centre Hospitalier Universitaire, Centre Hospitalier, cliniques privées importantes) et leurs périphéries plus ou moins immédiates, une grande partie du département de la Manche, de l'Orne, de l'Eure voire de la Seine-Maritime ne dispose que de densités insatisfaisantes de médecins libéraux qui dispensent une offre médicale de premier recours.

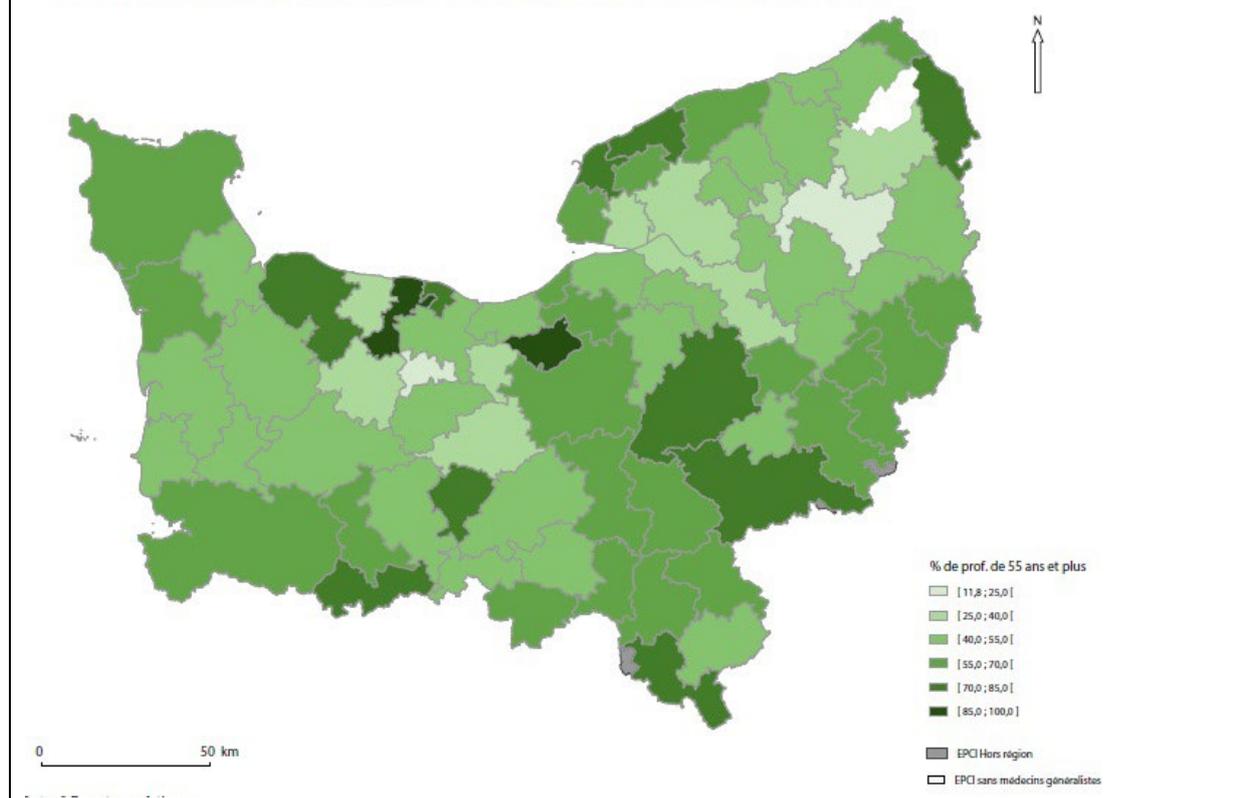
Il est également utile de préciser que l'offre en médecins spécialistes est de plus en plus concentrée dans les grandes agglomérations, la présence de ces derniers dans les villes moyennes devenant d'une façon générale de moins en moins satisfaisante.[...]

La carte relative à la part des médecins généralistes libéraux de plus de 55 ans (ci dessous) illustre plus encore le caractère crucial de la situation et surtout de l'avenir en matière de présence médicale du moins celle tributaire de la médecine libérale. Malgré les incitations (de l'Etat, de l'Assurance Maladie, de la Région, des Départements et des communes et de leurs groupements) et les dispositifs d'accueil mis en place (Pôles de Santé Libéraux Ambulatoires -PSLA-, maisons de santé, ...), la situation dans les années à venir risque de s'aggraver puisque le nombre de médecins formés et leur propension à s'installer dans les territoires en cause sont semble-t-il orientés à la baisse. La carte ici proposée réalisée par l'Observatoire Régional de la Santé montre que le pire est sans doute à venir.

⁹¹ Pour être plus précis, il s'agit des médecins généralistes libéraux et mixtes.

Le Cotentin, le Sud-Manche, une grande partie du territoire ornais, le centre et le sud du Pays d'Auge, le Pays de Caux, le sud du département de l'Eure jusqu'à Gournay en Bray en Seine-Maritime vont perdre dans les années un nombre sans doute conséquent de praticiens mettant ainsi en difficulté les populations concernées pour être soignées. Il convient d'ajouter que ces diminutions d'effectifs de médecins généralistes se répercuteront sur le maintien notamment d'un certain nombre d'officines pharmaceutiques et plus largement de spécialités paramédicales.

Part de médecins généralistes âgés de 55 ans et plus par EPCI au 1er janvier 2016



3.3.3 Une fracture numérique qui s'accroît entre les territoires et entre les générations

La question de la couverture numérique et mobile des territoires apparaît d'autant plus stratégique en matière d'accompagnement du vieillissement qu'elle détermine, notamment, les capacités de développement des territoires en matière de télémédecine, de santé, de formation, etc., et qu'elle constitue un vecteur de lutte contre l'isolement des personnes âgées et un outil d'information de ces dernières et de leurs proches.

Dans son rapport sur l'équilibre des territoires, le CESER montre que si l'éligibilité à internet est aujourd'hui quasi-généralisée, sa facilité et son efficacité d'usage laissent à désirer.

Extrait du rapport « Pour un aménagement plus équilibré et équitable en Normandie, CESER de Normandie »

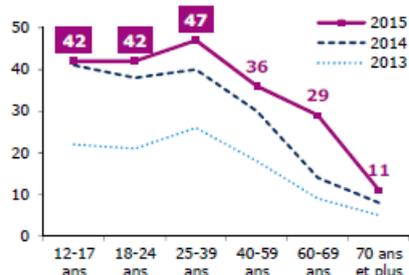
« Plus on s'achemine vers le THD (en particulier les débits supérieurs à 30 Mbps), plus les cartes montrent que seules les agglomérations disposent de ce type d'offre de débit et encore pas toutes pour ce qui concerne les débits supérieurs à 100 Mbps. Même pour le haut débit, la situation était en 2015 loin d'être satisfaisante laissant des pans entiers du territoire régional, le plus souvent les zones semi-rurales et rurales, en situation de couverture médiocre. » [...] « En Normandie, environ 15 % de la population n'avaient pas accès à fin 2016 au Haut Débit (de 3 à 30 Mbps) et seulement 39 % disposaient du Très Haut Débit. Ce niveau d'accès est inférieur à la moyenne nationale qui s'établissait, selon l'Autorité de Régulation des Communications Electroniques et des Postes (ARCEP), à 53,4 %. » **Le CESER en conclut que « la problématique essentielle reste cependant celle du milieu rural qui dépend des zones d'initiative publique. Or les horizons de complétude de la couverture numérique pour les territoires concernés sont pour le moins éloignés (2025 voire 2030) et vont déterminer, si aucune accélération significative dans le déploiement n'intervient, des perspectives de développement ou plutôt d'insuffisance développement tout à fait préoccupantes pour les zones en cause. »**

Au delà du développement des infrastructures, se pose la question des usages. Or, la fracture numérique entre les territoires s'accompagne d'un usage différencié entre les générations. En effet, les nouvelles technologies et l'usage d'internet sont désormais reconnus comme une variable structurante des modes de vie et du développement local. De l'information sur les aides existantes et les structures d'accompagnement à domicile les plus proches, au remplissage du dossier de demande d'APA, en passant par le lien familial avec les petits-enfants partis étudier ou travailler à des centaines de kilomètres, l'usage du numérique et de ses supports est devenu indispensable, non seulement pour les personnes âgées elles-mêmes mais également pour les proches et les professionnels qui les accompagnent.

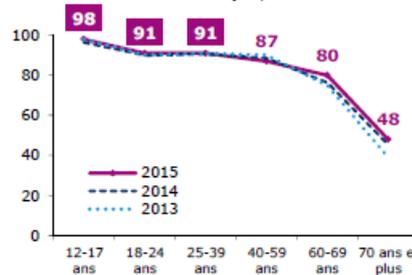
Les seniors et le numérique, quels usages ?⁹²

D'après le CREDOC, en considérant tous les terminaux permettant un accès à internet, 86% des 12 ans et plus sont équipés soit d'un micro-ordinateur à domicile, soit d'une tablette, soit d'un smartphone, 99% des moins de 40 ans en sont équipés, 78% des 40 ans et plus le sont également, et seulement 48% des 70 ans et plus sont équipés d'au moins l'un de ces terminaux. 14% n'ont accès à aucun des équipements.

Equipement en tablette tactile à domicile



Equipement en connexion internet à domicile

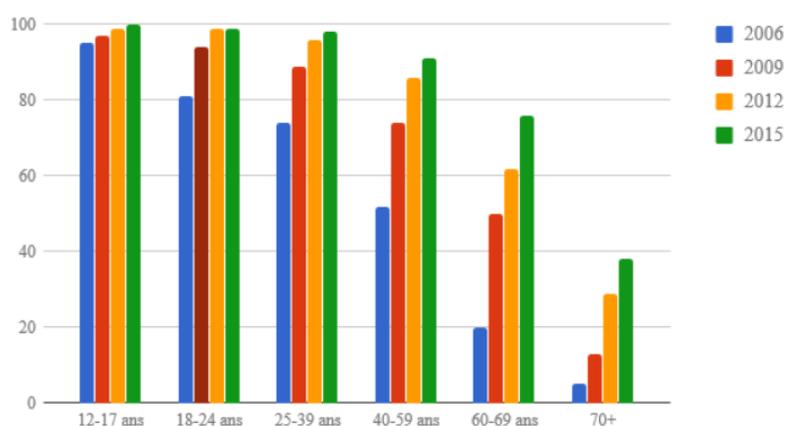


⁹² Baromètre du numérique, CREDOC, édition 2015

Les personnes qui n'ont pas de connexion internet à leur domicile sont plus souvent des femmes, plutôt âgées (44% ont 70 ans et plus). Il s'agit en majorité de personnes seules (59%), à faible niveau de diplôme ou sans diplôme (41% sont non diplômées). 53% sont retraitées, avec un faible niveau de revenus (32% appartiennent à la catégorie des personnes disposant de bas revenus et 31% à celles de la classe moyenne inférieure). Enfin 31% vivent dans une commune rurale (moins de 2 000 habitants).

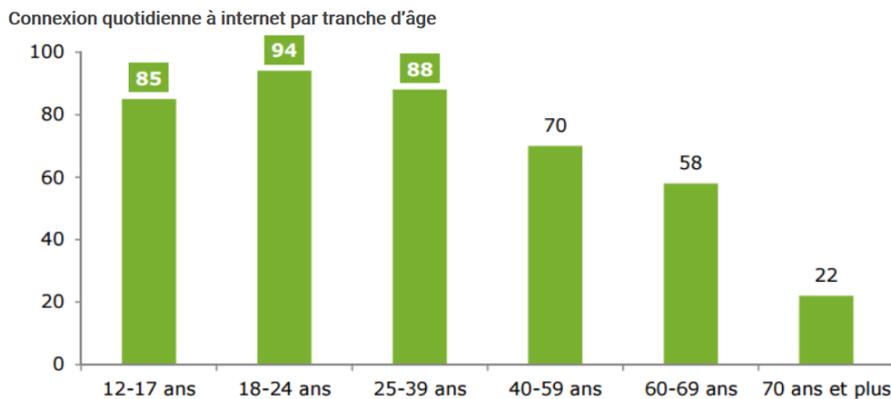
La proportion d'internautes en France est très liée à la connexion à internet à domicile. Plus une personne est jeune, plus elle a de chances d'être internaute : tous les 12-17 ans interrogés par le Crédoc utilisent internet. Les 60-69 ans sont 76% et les 70 + sont 38%. La part d'internautes par tranche d'âge ne cesse d'augmenter, et ce même chez les Français les plus âgés.

Proportion d'internautes par tranche d'âge entre 2006 et 2015 (%)



Source : tableau page 53 du Baromètre du Numérique (2015) – graphique interactif –

La fréquence de connexion est particulièrement liée à l'âge (ainsi qu'au diplôme et au niveau de vie) : la proportion d'internautes assidus est la plus importante pour les 18-24 ans (94% des individus de cette tranche d'âge se connectent tous les jours, contre 58% seulement des sexagénaires et 22% des plus âgés). Pour faire une déclaration d'impôt, payer les impôts ou encore faire les démarches auprès des Caisses d'Allocations Familiales, ce sont les 25-39 ans qui ont le plus recours à Internet (79%). Ils sont 64% chez les 40-59 ans, 48% chez les 60-69 ans et 18% chez les 70 ans et +. Ce sont également les 25-39 ans qui font le plus de recherches en ligne liées à la santé (60%). Les 70 ans + sont 19% et les 60-69 ans 41%.



Source : graphique page 56 du Baromètre du Numérique (2015)

Les non internautes représentent 16% de la population. Dans ce groupe très âgé où plus d'une personne sur deux a 70 ans ou plus (59% contre 15% dans l'ensemble de la population) et où deux personnes sur trois sont retraitées, les femmes (61%) et les ruraux (31% résident dans des communes rurales) sont surreprésentés. Les personnes au faible niveau de vie également : 61% des non internautes se classent dans la catégorie des individus dotés de bas revenus ou dans les classes moyennes inférieures (contre 45% de la population en moyenne).

Enfin, la Délégation aux Usages de l'Internet a publié un livre Blanc intitulé « Seniors et tablettes interactives » qui met en lumière quatre types de réticences des seniors par rapport aux technologies numériques. Premier obstacle pour près de 44%, la complexité des ordinateurs. Second frein, les seniors ne sont pas convaincus que les services de l'internet peuvent répondre à leurs besoins quotidiens (30%). Vient ensuite la question de sécurité des transactions et de la protection des données personnelles (14%), et enfin 12% des seniors sont arrêtés par le coût d'acquisition de ce type de technologie.

106

Au regard de ces chiffres, il apparaît que les seniors de 60/70 ans aient à peu près les mêmes habitudes que l'ensemble des internautes avec un usage quotidien d'internet en augmentation. Il est sans doute probable que cette tendance se renforcera avec l'avancée en âge des générations suivantes pour qui internet et les nouvelles technologies font partie du quotidien depuis toujours. Néanmoins, le risque d'un décrochage d'une part importante des seniors déjà fragilisés par l'isolement (social, géographique...) demeure préoccupant, de même que pour les 70 ans et plus fortement représentés au sein des « non internautes » (une personne sur deux), et particulièrement menacés par une double fracture numérique (territoriale et générationnelle).

A cela s'ajoute le rôle essentiel et irremplaçable de la relation humaine, pour la population en général, mais pour les personnes âgées en particulier, que ce soit dans l'accompagnement des usages, dans l'orientation vers l'information (souvent pléthorique) et l'exécution des démarches administratives (complexes et chronophages), dans le parcours de soins ...

3.4 Une attention particulière à porter aux personnes vieillissantes en situation de handicap et aux personnes âgées en situation de grande précarité

Indépendamment des compétences de la Région, le CESER souhaite interpeller l'ARS et les Départements concernant les personnes en situation de handicap vieillissantes et les personnes en situation de grande précarité vieillissantes.

Avec l'augmentation de l'espérance de vie des personnes en situation de handicap, les structures spécialisées sociales et médico-sociales (foyers d'hébergement, foyers occupationnels, ESAT ...) voient la moyenne d'âge de leurs occupants s'accroître, ce qui pèse sur l'entrée en établissement de personnes plus jeunes et freine leurs parcours de vie. Ces derniers rencontrent une série de difficultés repérées notamment dans le rapport de M. Paul Blanc, en 2006, au Ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille⁹³ : problèmes d'adaptation du temps de travail dans les ESAT, problèmes de formation et de besoins en personnel qualifié pour les structures d'accueil, problématique de cohabitation intergénérationnelle dans les foyers occupationnels, du suivi psychologique et médical des personnes handicapées vieillissantes... Dans le cadre du prochain Programme Régional de Santé et à travers la généralisation des CPOM, cette problématique devra faire l'objet d'une attention particulière afin de repérer et généraliser les initiatives à l'œuvre sur le territoire.

Par ailleurs, de plus en plus de personnes vieillissantes, en situation d'exclusion et de grande précarité, ne trouvent pas de solutions de logement et d'hébergement leur apportant une réponse adaptée en raison des effets du vieillissement. Actuellement, les Centres d'Hébergements et de Réinsertion Sociale (CHRS) pallient à l'absence de prise en considération politique de ce problème, avec des conséquences en termes de prise de risque et d'organisation des équipes de professionnelles, lesquelles ne sont ni missionnées ni formées pour ce type de prise en charge. De plus, les personnes ayant vécu longtemps dans la rue connaissent un vieillissement prématuré (dès 47 ans) et cumulent souvent des pathologies diverses, voire des addictions⁹⁴. Le prochain PRAPS (Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins) en cours d'élaboration par l'ARS, devra nécessairement intégrer cette problématique et inciter au développement de solutions d'accueil qui soient adaptées à ce public : unités spécialisées au sein des EHPAD, services d'interface entre les dispositifs relevant de l'Accueil d'Hébergement et d'Insertion (AHI) et les structures de droit commun pour personnes âgées, pensions de famille avec présence médicale ou paramédicale... La prise en charge des personnes précaires suppose une plus grande coordination des acteurs de terrains et des acteurs institutionnels afin de permettre une meilleure intervention des dispositifs sanitaires et médico-sociaux au sein des structures de l'AHI et une réelle adaptation des modalités d'accueil des structures médicosociales à l'accompagnement des personnes précaires.

Enfin, le CESER souhaite alerter l'ARS et les Départements sur la nécessité de prévenir les situations de maltraitance des personnes âgées, non seulement en institution, mais également au sein de la

⁹³ « Une longévité accrue pour les personnes handicapées vieillissantes : un nouveau défi pour leur prise en charge », Paul Blanc, 11 juillet 2006

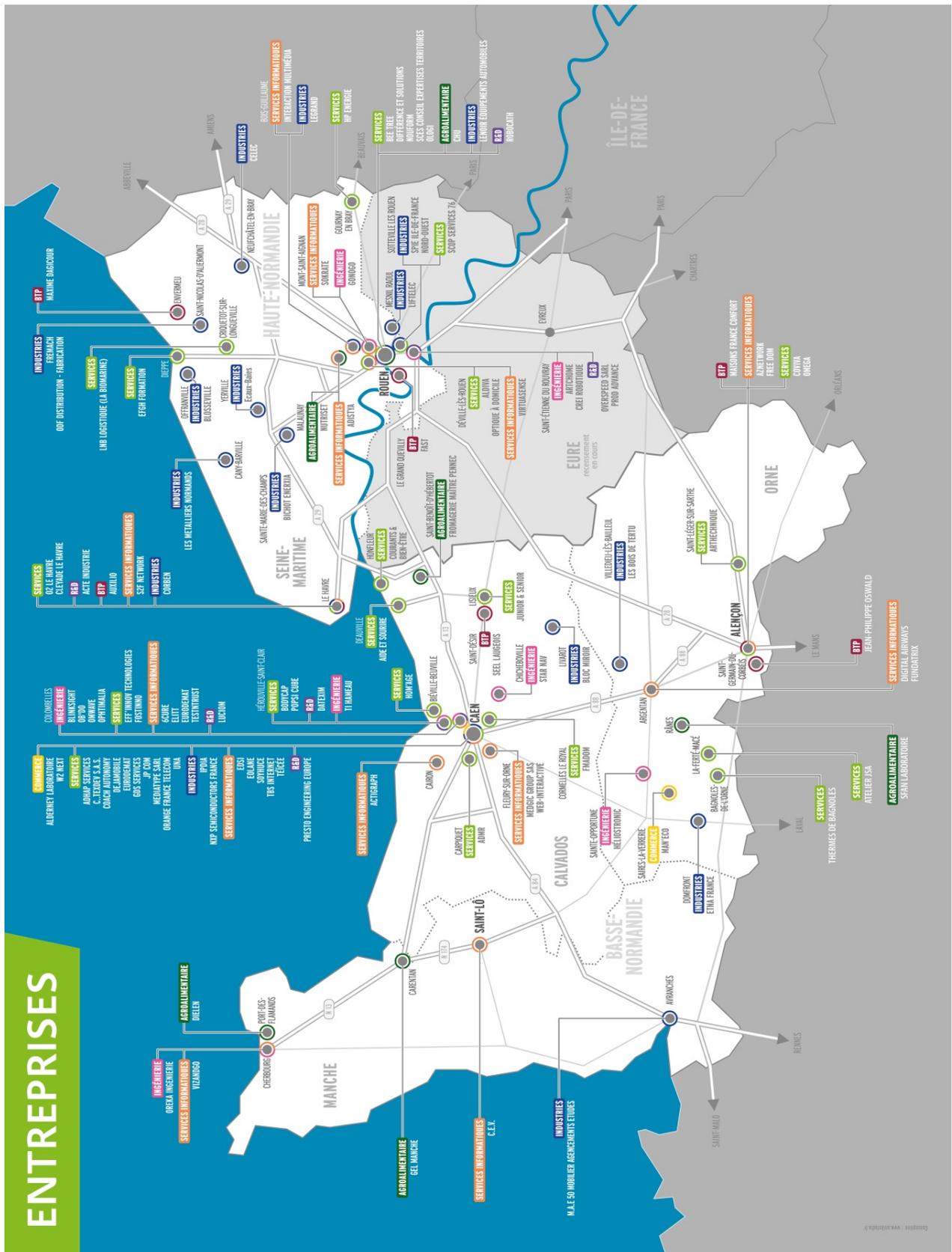
⁹⁴ L'étude « L'hébergement des sans domicile fixe », 2012, Insee Première n°1455, estime que 25% des SDF francophones de France métropolitaine ont 50 ans ou plus.

sphère privée⁹⁵. Cela passe, entre autres, par la sensibilisation des professionnels intervenant à domicile ou en institution, par l'amélioration de leurs conditions de travail, par l'accompagnement des aidants familiaux souvent au bord de l'épuisement et par la mobilisation de l'ensemble des acteurs contre l'isolement social des personnes âgées. Il importe de considérer la maltraitance des personnes âgées comme une problématique de santé publique et de la placer non seulement au cœur des réflexions menées par les pouvoirs publics sur les politiques d'accompagnement du vieillissement, mais également au cœur des réflexions menées par les professionnels de cet accompagnement (sociaux, médico-sociaux et sanitaires) dans le questionnement de leurs pratiques.

⁹⁵Cf enquête de l'association Alma 76 sur 103 cas de maltraitance : dans 46% des cas c'est le milieu familial qui est à l'origine des situations de maltraitance.

Annexes

Annexe n° 1 les entreprises de la Silver Normandie



Source : Présentation ADN- Silver Normandie- novembre 2016

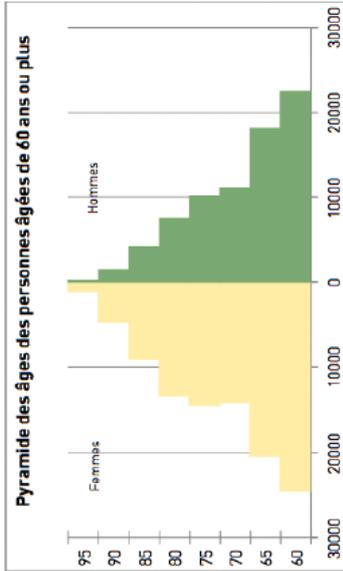
Annexe n° 2 : Résultats départementaux de l'enquête VQS de la DRESS

14 Calvados

Population de 60 ans ou plus par sexe et âge

	Calvados		Normandie	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
60 à 74 ans	58 630	51 365	280 513	249 142
75 ans ou plus	37 011	22 712	178 056	112 814
Ensemble	95 641	74 077	458 569	361 956

Sources : enquête Vie Quotidienne et Santé 2014, DREES et recensement de la population, INSEE



GROUPES D'AUTONOMIE VQS

Part de la population des 60 à 74 ans et des 75 ans ou plus par groupe VQS

	Calvados		Normandie		France		
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	
60 à 74 ans	%						
	Groupe I	75	83	79	77	75	79
	Groupe II	21	12	17	17	17	15
	Groupe III	2	3	2	3	4	4
75 ans ou plus	%						
	Groupe I	38	53	43	42	37	50
	Groupe II	32	29	31	32	32	29
	Groupe III	18	10	15	12	17	12
Ensemble	%						
	Groupe I	13	8	11	11	14	9
	Groupe II	61	74	66	65	61	70
	Groupe III	25	18	22	22	23	20
Ensemble	%						
	Groupe I	8	5	7	8	9	6
	Groupe II	6	4	5	6	7	5
	Groupe III	6	4	5	6	7	5

Lecture : 75 % des femmes de 60 à 74 ans sont dans le groupe I (personnes les moins dépendantes).

SANTÉ

Part de la population selon son état de santé déclaré

	Calvados		Normandie		France		
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	
60 à 74 ans	%						
	Bonne santé	63	63	63	62	60	61
	Assez bon	31	29	30	30	31	30
75 ans ou plus	%						
	Mauvaise santé	6	8	7	8	9	9
	Bonne santé	36	40	38	36	31	35
Ensemble	%						
	Bonne santé	52	56	54	54	49	53
	Assez bon	34	32	33	35	37	34
Ensemble	%						
	Mauvaise santé	14	12	13	12	14	13
	Mauvaise santé	14	12	13	13	14	13

Lecture : 63 % des femmes de 60 à 74 ans déclarent être en bonne santé.

Enquête Vie Quotidienne et Santé 2014 : Résultats départementaux

SANTÉ (suite)

Part de la population

	Calvados			Normandie			France		
	Femmes	Hommes	Ensemble	Femmes	Hommes	Ensemble	Femmes	Hommes	Ensemble
déclarant un problème de santé chronique	60 à 74 ans	42	46	44	44	45	44	49	46
	75 ans ou plus	65	64	64	60	63	61	64	62
Ensemble	51	52	51	50	52	51	51	54	52
se sentant limitée dans les activités quotidiennes	60 à 74 ans	25	21	23	26	26	26	26	26
	75 ans ou plus	57	48	54	55	50	53	49	53
Ensemble	37	30	34	38	33	36	37	33	35

Lecture : 42 % des femmes de 60 à 74 ans déclarent un problème de santé chronique.

AIDE

Part de la population déclarant une aide et/ou utilisant des aménagements dans la vie quotidienne

	Calvados			Normandie			France		
	Femmes	Hommes	Ensemble	Femmes	Hommes	Ensemble	Femmes	Hommes	Ensemble
Aide professionnelle	60 à 74 ans	10	5	7	8	8	8	7	8
	75 ans ou plus	38	21	32	39	24	34	38	23
Ensemble	21	10	16	20	12	17	20	12	16
Aide de l'entourage	60 à 74 ans	9	8	8	11	10	12	9	10
	75 ans ou plus	44	27	38	46	33	41	47	33
Ensemble	22	14	19	24	16	21	25	17	21
Aide technique	60 ans ou plus	17	10	14	17	11	14	16	13
	60 ans ou plus	12	5	9	12	7	10	12	8
Ensemble	12	5	9	12	7	10	12	8	10

Lecture : 10 % des femmes de 60 à 74 ans déclarent bénéficier d'aide professionnelle.

INDICATEURS DE CONTEXTE (Source : ISD)

Espérance de vie à 60 ans en 2014

	Femmes	Hommes
Calvados	27,6	22,6
France	27,7	23,1

Part des personnes de 75 ans ou plus selon le mode de cohabitation en 2012

	Ne vivant pas seules :			Vivant seules	Ensemble
	en couple, ou seules avec leur(s) enfant(s)	en institution	autres cas		
Calvados	47,1	9,6	3,9	39,4	100,0
France	47,0	9,6	4,9	38,5	100,0

Population retraitée selon la catégorie socioprofessionnelle en 2012

	Agriculteurs exploitants	Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	Cadres et professions intermédiaires	Employés et ouvriers	Ensemble des retraités
Calvados	7,4	8,9	25,5	58,1	100,0
France	6,2	8,4	27,2	58,2	100,0

	Calvados	France
Taux de bénéficiaires de l'APA à domicile ou en établissement pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus ¹⁾	22,4	20,7
Part des bénéficiaires de l'APA à domicile parmi l'ensemble des bénéficiaires de l'APA ¹⁾	62,4	59,2
Taux d'équipement en places d'hébergement pour 1000 personnes âgées de 75 ans ou plus ²⁾	138,4	121,7
Taux d'équipement en places de services de soins infirmiers à domicile pour 1000 personnes âgées de 75 ans ou plus ²⁾	16,8	19,5
Nombre d'infirmiers libéraux en activité pour 100 000 personnes ²⁾	137,2	166,8

¹⁾ En décembre 2014, France entière hors Mayotte.

²⁾ Au 01/01/2015.

Enquête Vie Quotidienne et Santé 2014 : Résultats départementaux

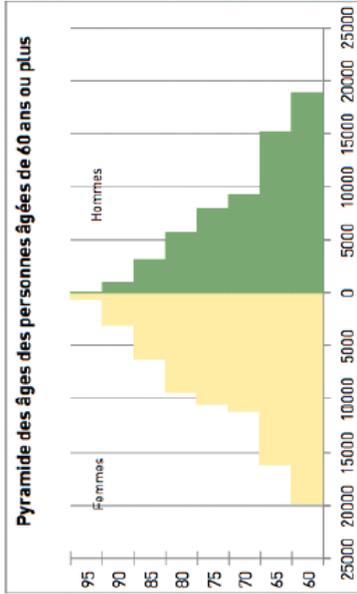
43

27 Eure

Population de 60 ans ou plus par sexe et âge

	Eure		Normandie	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
60 à 74 ans	46 753	43 225	280 513	249 142
75 ans ou plus	26 011	17 008	178 056	112 814
Ensemble	72 764	60 233	458 569	361 956

Sources : enquête Vie Quotidienne et Santé 2014, DREES et recensement de la population, INSEE



GROUPES D'AUTONOMIE VQS

Part de la population des 60 à 74 ans et des 75 ans ou plus par groupe VQS

	Eure		Normandie		France		
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	
60 à 74 ans	% Ensemble						77
	% Groupe I						75
	% Groupe II						17
	% Groupe III						3
75 ans ou plus	% Ensemble						42
	% Groupe I						37
	% Groupe II						29
	% Groupe III						15
Ensemble	% Ensemble						65
	% Groupe I						70
	% Groupe II						22
	% Groupe III						8
Ensemble	% Ensemble						6
	% Groupe I						7
	% Groupe II						4
	% Groupe III						6

lecture : 75 % des femmes de 60 à 74 ans sont dans le groupe I (personnes les moins dépendantes).

SANTÉ

Part de la population selon son état de santé déclaré

	Eure		Normandie		France		
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	
60 à 74 ans	% Bonne santé						61
	% Assez bon						30
	% Mauvaise santé						9
75 ans ou plus	% Bonne santé						33
	% Assez bon						46
	% Mauvaise santé						21
Ensemble	% Bonne santé						51
	% Assez bon						36
	% Mauvaise santé						13

lecture : 64 % des femmes de 60 à 74 ans déclarent être en bonne santé.

Enquête Vie Quotidienne et Santé 2014 : Résultats départementaux

70

SANTÉ (suite)

Part de la population

	Eure			Normandie			France		
	Femmes	Hommes	Ensemble	Femmes	Hommes	Ensemble	Femmes	Hommes	Ensemble
déclarant un problème de santé chronique	60 à 74 ans	43	48	45	44	45	44	49	46
	75 ans ou plus	60	55	58	60	63	61	64	62
	Ensemble	49	50	49	50	52	51	54	52
se sentant limitée dans les activités quotidiennes	60 à 74 ans	25	25	25	26	26	26	26	26
	75 ans ou plus	56	43	51	55	50	55	49	53
	Ensemble	36	30	33	38	33	36	37	35

Lecture : 43 % des femmes de 60 à 74 ans déclarent un problème de santé chronique.

AIDE

Part de la population déclarant une aide et/ou utilisant des aménagements dans la vie quotidienne

	Eure			Normandie			France		
	Femmes	Hommes	Ensemble	Femmes	Hommes	Ensemble	Femmes	Hommes	Ensemble
Aide professionnelle	60 à 74 ans	7	6	7	8	7	8	7	8
	75 ans ou plus	34	17	27	39	24	34	38	23
	Ensemble	16	9	13	20	12	17	20	16
Aide de l'entourage	60 à 74 ans	11	9	10	11	9	10	12	9
	75 ans ou plus	47	29	40	46	33	41	47	33
	Ensemble	24	15	20	24	16	21	25	17
Aide technique	60 ans ou plus	15	10	13	17	11	14	16	11
	60 ans ou plus	10	6	9	12	7	10	12	8
Aménagement du logement	60 ans ou plus	10	6	9	12	7	10	12	8
	60 ans ou plus	10	6	9	12	7	10	12	8

Lecture : 7 % des femmes de 60 à 74 ans déclarent bénéficier d'aide professionnelle.

INDICATEURS DE CONTEXTE (Source : ISD)

Espérance de vie à 60 ans en 2014

	Femmes	Hommes
Eure	26,6	21,9
France	27,7	23,1

Part des personnes de 75 ans ou plus selon le mode de cohabitation en 2012

	Ne vivant pas seules :			Ensemble
	en couple, ou seules avec leur(s) enfant(s)	en institution	autres cas	
Eure	47,7	9,7	4,1	38,6
France	47,0	9,6	4,9	38,5

Population retraitée selon la catégorie socioprofessionnelle en 2012

	Agriculteurs exploitants	Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	Cadres et professions intermédiaires	Employés et ouvriers	Ensemble des retraités
Eure	5,1	8,9	23,8	62,1	100,0
France	6,2	8,4	27,2	58,2	100,0

	Eure	France
Taux de bénéficiaires de l'APA à domicile ou en établissement pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus ¹	15,3	20,7
Part des bénéficiaires de l'APA à domicile parmi l'ensemble des bénéficiaires de l'APA ²	57,1	59,2
Taux d'équipement en places d'hébergement pour 1000 personnes âgées de 75 ans ou plus ²	137,2	121,7
Taux d'équipement en places de services de soins infirmiers à domicile pour 1000 personnes âgées de 75 ans ou plus ²	19,9	19,5
Nombre d'infirmiers libéraux en activité pour 100 000 personnes ²	91,4	166,8

⁽¹⁾ En décembre 2014, France entière hors Mayotte.
⁽²⁾ Au 01/01/2015.

Enquête Vie Quotidienne et Santé 2014 : Résultats départementaux

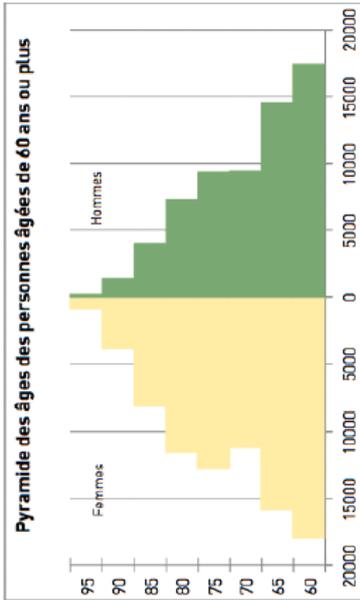
71

50 Manche

Population de 60 ans ou plus par sexe et âge

	Manche		Normandie	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
60 à 74 ans	45 787	41 755	280 513	249 142
75 ans ou plus	32 573	21 437	178 056	112 814
Ensemble	78 360	63 192	458 569	361 956

Sources : enquête Vie Quotidienne et Santé 2014, DREES et recensement de la population, INSEE



GROUPES D'AUTONOMIE VQS

Part de la population des 60 à 74 ans et des 75 ans ou plus par groupe VQS

	Manche		Normandie		France		
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	
60 à 74 ans	%						
	Groupe I	77	78	76	79	75	77
	Groupe II	15	16	18	16	17	15
	Groupe III	5	3	4	3	4	4
75 ans ou plus	%						
	Groupe I	37	51	38	49	37	50
	Groupe II	34	30	31	32	31	29
	Groupe III	18	12	15	12	17	12
Ensemble	%						
	Groupe I	60	69	61	70	61	70
	Groupe II	23	21	23	21	22	20
	Groupe III	10	6	9	6	9	6
Ensemble	%						
	Groupe I	7	4	7	4	7	5
	Groupe II	6	4	6	4	6	5
	Groupe III	6	4	6	4	6	5

lecture : 77 % des femmes de 60 à 74 ans sont dans le groupe I (personnes les moins dépendantes).

SANTÉ

Part de la population selon son état de santé déclaré

	Manche		Normandie		France		
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	
60 à 74 ans	%						
	Bonne santé	63	64	61	62	60	61
	Assez bon	30	28	31	30	31	30
75 ans ou plus	%						
	Mauvaise santé	7	9	8	8	9	9
	Bonne santé	30	38	33	36	31	35
Ensemble	%						
	Assez bon	46	45	44	45	47	44
	Mauvaise santé	24	16	21	19	22	20
Ensemble	%						
	Bonne santé	49	55	50	54	49	53
	Assez bon	37	34	36	35	37	34
Ensemble	%						
	Mauvaise santé	14	11	13	12	14	13

lecture : 63 % des femmes de 60 à 74 ans déclarent être en bonne santé.

116 Enquête Vie Quotidienne et Santé 2014 : Résultats départementaux

SANTÉ (suite)

Part de la population

	Manche		Normandie		France	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
60 à 74 ans	43	46	44	47	44	49
75 ans ou plus	63	61	60	63	61	64
Ensemble	51	51	50	52	51	54
60 à 74 ans	27	27	26	25	26	26
75 ans ou plus	56	49	53	50	55	49
Ensemble	39	34	37	33	37	33

Lecture : 43 % des femmes de 60 à 74 ans déclarent un problème de santé chronique.

AIDE

Part de la population déclarant une aide et/ou utilisant des aménagements dans la vie quotidienne

	Manche		Normandie		France	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
60 à 74 ans	8	6	7	7	8	7
75 ans ou plus	46	29	39	24	38	23
Ensemble	24	14	19	12	20	12
60 à 74 ans	9	8	9	9	10	9
75 ans ou plus	44	33	40	33	41	33
Ensemble	24	17	21	16	21	17
Aide technique	18	10	14	11	14	11
Aménagement du logement	14	8	11	7	12	8

Lecture : 8 % des femmes de 60 à 74 ans déclarent bénéficier d'aide professionnelle.

INDICATEURS DE CONTEXTE (Source : ISD)

Espérance de vie à 60 ans en 2014

	Femmes	Hommes
Manche	27,6	22,9
France	27,7	23,1

Part des personnes de 75 ans ou plus selon le mode de cohabitation en 2012

	Ne vivant pas seules :			Ensemble
	en couple, ou seules avec leur(s) enfant(s)	en institution	autres cas	
Manche	48,1	9,3	3,3	39,3
France	47,0	9,6	4,9	38,5

Population retraitée selon la catégorie socioprofessionnelle en 2012

	Agriculteurs exploitants	Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	Cadres et professions intermédiaires	Employés et ouvriers	Ensemble des retraités
Manche	17,8	9,3	20,1	52,9	100,0
France	6,2	8,4	27,2	58,2	100,0

	Manche	France
Taux de bénéficiaires de l'APA à domicile ou en établissement pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus ¹	16,6	20,7
Part des bénéficiaires de l'APA à domicile parmi l'ensemble des bénéficiaires de l'APA ¹	49,6	59,2
Taux d'équipement en places d'hébergement pour 1000 personnes âgées de 75 ans ou plus ²	117,8	121,7
Taux d'équipement en places de services de soins infirmiers à domicile pour 1000 personnes âgées de 75 ans ou plus ²	20,9	19,5
Nombre d'infirmiers libéraux en activité pour 100 000 personnes ²	174,4	166,8

⁽¹⁾ En décembre 2014, France entière hors Mayotte.

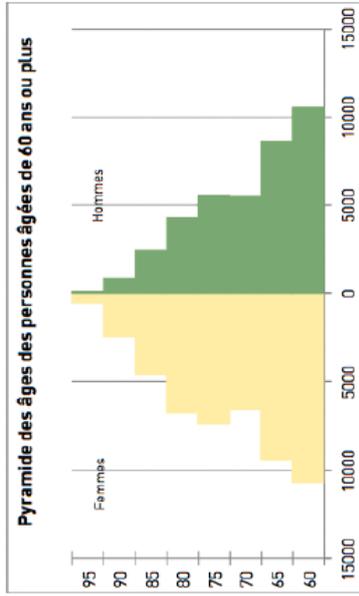
⁽²⁾ Au 01/01/2015.

61 Orne

Population de 60 ans ou plus par sexe et âge

	Orne		Normandie	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
60 à 74 ans	27 272	25 011	280 513	249 142
75 ans ou plus	18 601	12 887	178 056	112 814
Ensemble	45 873	37 898	458 569	361 956

Sources : enquête Vie Quotidienne et Santé 2014, DREES et recensement de la population, INSEE



GROUPES D'AUTONOMIE VQS

Part de la population des 60 à 74 ans et des 75 ans ou plus par groupe VQS

	Orne		Normandie		France	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
60 à 74 ans	% Ensemble		80	77	75	77
	Groupe I		79	76	79	75
	Groupe II		14	18	17	15
	Groupe III		2	3	4	4
75 ans ou plus	% Ensemble		38	42	37	42
	Groupe I		36	38	37	50
	Groupe II		35	31	32	29
	Groupe III		17	18	17	12
Ensemble	% Ensemble		64	65	61	70
	Groupe I		62	61	61	70
	Groupe II		23	21	22	20
	Groupe III		8	7	9	6
Ensemble	% Ensemble		6	6	7	5
	Groupe I		5	4	4	5
	Groupe II		20	21	23	20
	Groupe III		7	6	8	6

Lecture : 79 % des femmes de 60 à 74 ans sont dans le groupe I (personnes les moins dépendantes).

SANTÉ

Part de la population selon son état de santé déclaré

	Orne		Normandie		France	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
60 à 74 ans	% Bonne santé		61	61	60	61
	Assez bon		30	30	31	30
	Mauvaise santé		10	8	9	9
75 ans ou plus	% Bonne santé		38	33	36	35
	Assez bon		43	44	47	44
	Mauvaise santé		19	23	19	20
Ensemble	% Bonne santé		51	50	49	53
	Assez bon		35	35	37	34
	Mauvaise santé		14	13	14	13

Lecture : 61 % des femmes de 60 à 74 ans déclarent être en bonne santé.

SANTÉ (suite)

Part de la population

	Orne		Normandie		France	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
60 à 74 ans	45	49	44	47	44	49
75 ans ou plus	59	67	60	63	61	64
Ensemble	51	55	50	52	51	54
60 à 74 ans	29	26	28	25	26	26
75 ans ou plus	51	55	55	50	55	49
Ensemble	38	36	38	33	37	33

Lecture : 45 % des femmes de 60 à 74 ans déclarent un problème de santé chronique.

AIDE

Part de la population déclarant une aide et/ou utilisant des aménagements dans la vie quotidienne

	Orne		Normandie		France	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
60 à 74 ans	9	7	8	7	8	7
75 ans ou plus	41	34	39	24	38	23
Ensemble	22	16	19	12	17	12
60 à 74 ans	11	10	11	9	10	9
75 ans ou plus	47	37	43	33	46	33
Ensemble	26	19	23	16	21	17
60 ans ou plus	17	12	15	11	14	11
60 ans ou plus	13	7	11	7	10	8

Lecture : 9 % des femmes de 60 à 74 ans déclarent bénéficier d'aide professionnelle.

INDICATEURS DE CONTEXTE (Source : ISD)

Espérance de vie à 60 ans en 2014

	Femmes	Hommes
Orne	27,0	23,1
France	27,7	23,1

Part des personnes de 75 ans ou plus selon le mode de cohabitation en 2012

	Ne vivant pas seules :			Ensemble
	en couple, ou seules avec leur(s) enfant(s)	en institution	autres cas	
Orne	46,7	11,9	3,5	37,9
France	47,0	9,6	4,9	38,5
				100,0
				100,0

Population retraitée selon la catégorie socioprofessionnelle en 2012

	Agriculteurs exploitants	Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	Cadres et professions intermédiaires	Employés et ouvriers	Ensemble des retraités
Orne	14,4	9,1	18,2	58,2	100,0
France	6,2	8,4	27,2	58,2	100,0

	Orne	France
Taux de bénéficiaires de l'APA à domicile ou en établissement pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus ¹⁾	22,7	20,7
Part des bénéficiaires de l'APA à domicile parmi l'ensemble des bénéficiaires de l'APA ²⁾	51,7	59,2
Taux d'équipement en places d'hébergement pour 1000 personnes âgées de 75 ans ou plus ²⁾	157,9	121,7
Taux d'équipement en places de services de soins infirmiers à domicile pour 1000 personnes âgées de 75 ans ou plus ²⁾	20,1	19,5
Nombre d'infirmiers libéraux en activité pour 100 000 personnes ²⁾	124,9	166,8

¹⁾ En décembre 2014, France entière hors Mayotte.

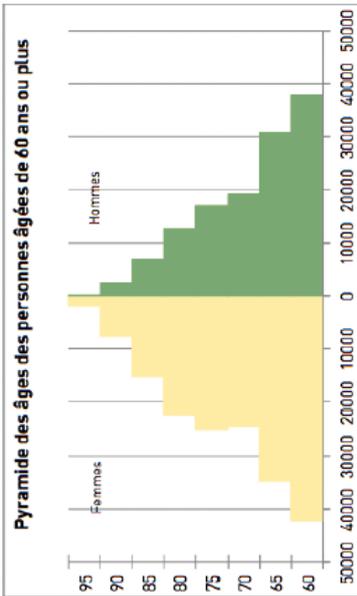
²⁾ Au 01/01/2015.

76 Seine-Maritime

Population de 60 ans ou plus par sexe et âge

	Seine-Maritime		Normandie	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
60 à 74 ans	102 071	87 786	280 513	249 142
75 ans ou plus	63 860	38 770	178 056	112 814
Ensemble	1 65 931	126 556	458 569	361 956

Sources : enquête Vie Quotidienne et Santé 2014, DREES et recensement de la population, INSEE



GROUPES D'AUTONOMIE VQS

Part de la population des 60 à 74 ans et des 75 ans ou plus par groupe VQS

	Seine-Maritime		Normandie		France	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
60 à 74 ans	%					
	74	76	75	77	75	77
	17	18	17	16	17	15
	6	3	4	3	4	4
75 ans ou plus	%					
	39	46	42	49	42	50
	28	34	30	31	32	29
	18	13	16	12	17	12
Ensemble	%					
	15	7	12	13	11	9
	61	67	64	70	65	70
	21	23	22	21	23	20
Ensemble	%					
	10	6	9	6	8	6
	8	4	6	7	7	5
	6	6	6	6	6	6

lecture : 74 % des femmes de 60 à 74 ans sont dans le groupe I (personnes les moins dépendantes).

SANTÉ

Part de la population selon son état de santé déclaré

	Seine-Maritime		Normandie		France	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
60 à 74 ans	%					
	58	59	58	61	60	61
	34	32	33	31	31	30
75 ans ou plus	%					
	8	9	8	8	9	9
	31	32	31	33	31	35
Ensemble	%					
	48	47	48	44	47	44
	21	21	21	23	21	20
Ensemble	%					
	47	51	49	50	49	53
	39	37	38	36	37	34
Ensemble	%					
	13	13	13	13	14	13
	6	6	6	6	6	6

lecture : 58 % des femmes de 60 à 74 ans déclarent être en bonne santé.

Enquête Vie Quotidienne et Santé 2014 : Résultats départementaux

SANTÉ (suite)

Part de la population

	Seine-Maritime			Normandie			France		
	Femmes	Hommes	Ensemble	Femmes	Hommes	Ensemble	Femmes	Hommes	Ensemble
déclarant un problème de santé chronique	45	48	46	44	47	45	44	49	46
	57	65	60	60	63	61	61	64	62
Ensemble	50	53	51	50	52	51	51	54	52
se sentant limitée dans les activités quotidiennes	27	27	27	26	25	26	26	26	26
	55	52	54	55	50	53	55	49	53
Ensemble	38	35	37	38	33	36	37	33	35

Lecture : 45 % des femmes de 60 à 74 ans déclarent un problème de santé chronique.

AIDE

Part de la population déclarant une aide et/ou utilisant des aménagements dans la vie quotidienne

	Seine-Maritime			Normandie			France		
	Femmes	Hommes	Ensemble	Femmes	Hommes	Ensemble	Femmes	Hommes	Ensemble
Aide professionnelle	8	8	8	8	7	8	8	7	8
	39	25	33	39	24	34	38	23	32
Ensemble	20	13	17	20	12	17	20	12	16
Aide de l'entourage	13	9	11	11	9	10	12	9	10
	46	36	42	46	33	41	47	33	41
Ensemble	26	17	22	24	16	21	25	17	21
Aide technique	17	12	14	17	11	14	16	11	13
	11	8	10	12	7	10	12	8	10
Ensemble	11	8	10	12	7	10	12	8	10

Lecture : 8 % des femmes de 60 à 74 ans déclarent bénéficier d'aide professionnelle.

INDICATEURS DE CONTEXTE (Source : ISD)

Espérance de vie à 60 ans en 2014

	Femmes	Hommes
Seine-Maritime	26,9	22,3
France	27,7	23,1

Part des personnes de 75 ans ou plus selon le mode de cohabitation en 2012

	Ne vivant pas seules :			Ensemble
	en couple, ou seules avec leur(s) enfant(s)	en institution	autres cas	
Seine-Maritime	45,6	9,2	3,0	100,0
France	47,0	9,6	4,9	100,0

Population retraitée selon la catégorie socioprofessionnelle en 2012

	Agriculteurs exploitants	Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	Cadres et professions intermédiaires	Employés et ouvriers	Ensemble des retraités
Seine-Maritime	4,5	7,5	22,9	65,2	100,0
France	6,2	8,4	27,2	58,2	100,0

	Seine-Maritime	France
Taux de bénéficiaires de l'APA à domicile ou en établissement pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus ¹	25,1	20,7
Part des bénéficiaires de l'APA à domicile parmi l'ensemble des bénéficiaires de l'APA ²	66,9	59,2
Taux d'équipement en places d'hébergement pour 1000 personnes âgées de 75 ans ou plus ²	152,9	121,7
Taux d'équipement en places de services de soins infirmiers à domicile pour 1000 personnes âgées de 75 ans ou plus ²	20,3	19,5
Nombre d'infirmiers libéraux en activité pour 100 000 personnes ²	129,9	166,8

⁽¹⁾ En décembre 2014, France entière hors Mayotte.

⁽²⁾ Au 01/01/2015.

Enquête Vie Quotidienne et Santé 2014 : Résultats départementaux

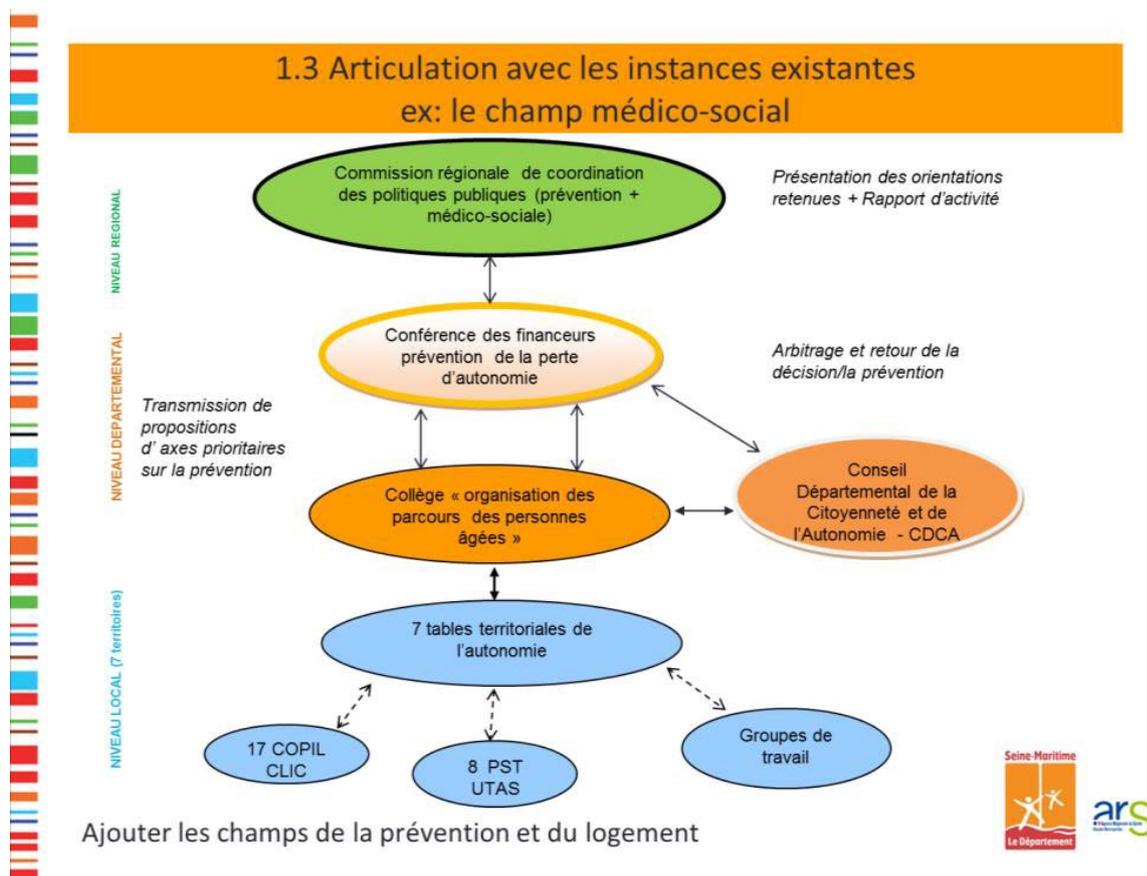
Annexe 3 : Carte des MAIA



Source : ARS – janvier 2017

Annexe 4 : Un exemple de structuration départementale- La Seine-Maritime

La Seine-Maritime a fait parti des départements préfigurateurs avant la généralisation des conférences de financeurs. Dans le cadre des réflexions menées sur l'articulation de la conférence avec d'autres instances existantes, le conseil départemental de Seine-Maritime et l'ARS de Haute-Normandie ont défini une articulation spécifique reprise dans le guide technique réalisé par la CNSA en 2016 sur la mise en place des conférences de financeurs :



- Niveau régional :

Au niveau régional, la Commission régionale de coordination des politiques publiques de Haute-Normandie a pour mission d'assurer notamment la complémentarité des actions publiques dans le domaine de la prévention. À ce titre, le programme coordonné de la conférence des financeurs lui est présenté et elle est saisie pour avis sur le rapport d'activité annuel.

- Niveau départemental:

Le niveau stratégique, d'adaptation de l'offre de soins et de services, de décision et de financement repose sur deux instances :

>>la conférence des financeurs avec sa mission de définition d'un programme coordonné de financement des actions individuelles et collectives de prévention : elle décide et finance les programmes d'actions et peut constituer des groupes projet ad hoc sur les principales thématiques s'ils n'existent pas déjà ;

>>le collège départemental des parcours des personnes âgées, copiloté par le CD 76 et l'ARS : il veille à la cohérence et à la complémentarité des actions menées dans le domaine de la prévention, de la prise en charge des soins et du parcours de vie de la personne âgée. Cette instance qui réunit les institutions et les têtes de réseaux de l'accompagnement social, médico-social et sanitaire fixe chaque année la feuille de route aux MAIA, CLIC, UTAS et réseaux de santé à l'échelle des huit territoires de parcours du Département de la Seine-Maritime. À ce titre, cette instance fait des propositions de priorités de prévention à la conférence des financeurs en lien avec les politiques publiques et leur adaptation et nourrit les travaux de la conférence. Elle facilite aussi la mise en oeuvre des actions opérationnelles en les inscrivant dans les feuilles de route des professionnels de la coordination (ex. : aidants, prévention collective, services polyvalents d'aide et de soins à domicile – SPASAD...).

Le CDCA donne un avis sur le programme coordonné de la conférence des financeurs et le rapport d'activité annuel, il peut également être force de proposition aussi auprès de la conférence.

- Niveau local :

C'est un niveau opérationnel d'observation et de mobilisation des acteurs institutionnels, associatifs, gestionnaires des établissements sociaux et médico-sociaux pour la mise en oeuvre des actions. S'y trouvent les huit instances territoriales de l'autonomie, dénommées tables territoriales de l'autonomie, qui favorisent la définition, la coordination et la mise en oeuvre des actions de prévention sur l'ensemble du territoire et qui s'appuient elles-mêmes sur des relais de proximité existants tels que des COPIL CLIC, instances EPCI ou créent si besoin des groupes techniques avec les acteurs locaux concernés.

Source : Guide technique sur la mise en place des conférences de financeurs – CNSA- 2016

Le schéma départemental de l'autonomie de seine-maritime touche à sa fin et sera renouvelé courant 2017.

Annexe n°5 : La mobilité des seniors en chiffres (Chronos et Certu)- Institut Français des seniors

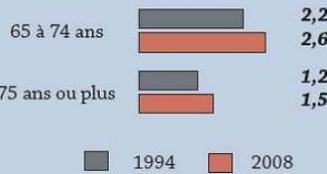
LA MOBILITÉ DES SENIORS EN CHIFFRES #1



La mobilité physique

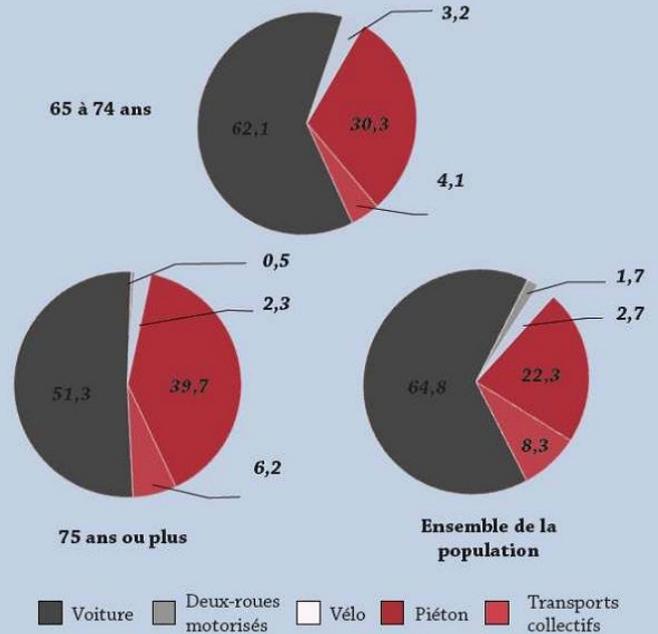
En France, les seniors se déplacent plus qu'il y a 10 ans.

Nombre de déplacements quotidiens des seniors en 1994 et en 2008¹



La part modale de la voiture se réduit significativement à partir de 75 ans au profit de la marche.

Répartition modale des déplacements des seniors (2008) en %



La durée moyenne de déplacement par jour se réduit à partir de 75 ans.³



* Seniors : Ce terme désigne ici les plus de 65 ans, généralement retraités. Certu, Les seniors, un enjeu pour les politiques de déplacement, 2012

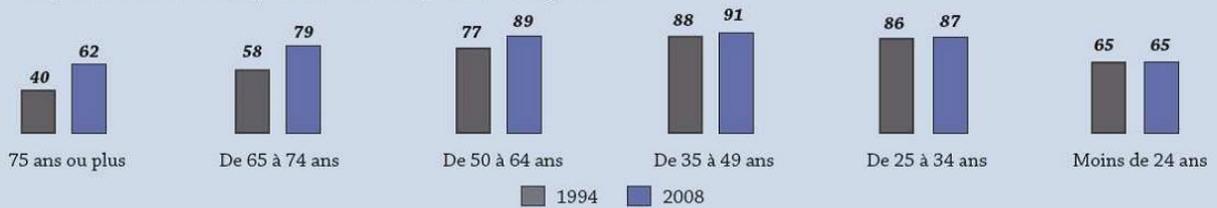
LA MOBILITÉ DES SENIORS EN CHIFFRES #2



Rapport à la voiture

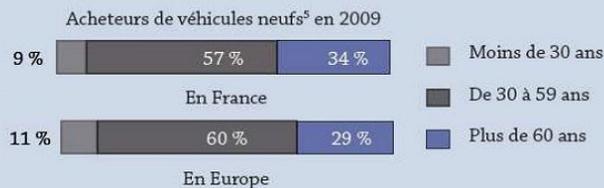
De plus en plus de seniors ont le permis de conduire.

Proportion des titulaires du permis de conduire⁴ par tranche d'âge en %



57 % des seniors conduisent encore, 24 % n'ont jamais conduit et 19 % ont arrêté de conduire.⁵
Les anciens conducteurs déclarent avoir arrêté à 52 % pour des raisons de santé et à 42 % par peur du danger.

Un tiers des acheteurs de véhicules neufs en France sont des seniors



Et ils explorent peu le marché de la voiture partagée.

Covoiturage



1 % des membres sur 3 millions ont plus de 65 ans.⁷
Le covoiturage est pratiqué par 23 % des Français.⁸

Location entre particuliers



2,8 % des 20 500 membres ont plus de 65 ans.⁹
Alors que les plus de 65 ans représentent 17,5 % de la population.¹⁰

LA MOBILITÉ DES SENIORS EN CHIFFRES #3



Transport collectifs et modes actifs

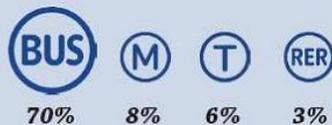


L'usage des transports collectifs ne chute pas à l'heure du passage à la retraite.

% des déplacements réalisés en transports collectifs¹¹



Ils déclarent que le bus est le transport en commun qu'ils utilisent le plus souvent en ville¹²



A partir de 65 ans, les seniors pratiquent régulièrement le vélo.

Taux d'utilisation du vélo personnel ou en location longue durée au cours des 12 derniers mois¹³

	65 ans et plus	Ensemble de la population
Quotidien (plusieurs fois par semaine)	35,5 %	22,3 %



Et ils marchent plus que l'ensemble de la population.

% des déplacements réalisés à pied¹⁴



LA MOBILITÉ DES SENIORS EN CHIFFRES #4



Accidentologie et accessibilité

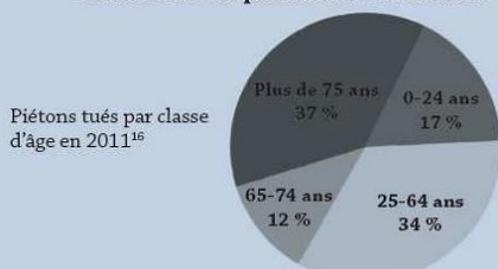
De bons conducteurs mais des piétons vulnérables

Les conducteurs seniors ne sont pas plus responsables des accidents dans lesquels ils sont impliqués que le reste de la population.

Responsabilité présumée des 65-74 ans dans les accidents corporels en 2011 en % du total des accidents pour chaque catégorie d'usagers¹⁵



Mais ce sont des piétons très vulnérables.



Une accessibilité fragile

45 % des plus de 70 ans déclarent être gênés ou limités physiquement dans leurs déplacements.¹⁷

45 % des plus de 70 ans ne prennent pas les transports en commun à cause du manque de réseau à proximité et 20 % à cause de problèmes de santé.¹⁸

14 % des 75-85 ans et 30 % des 85 ans et plus ne sortent pas de chez eux sur une semaine complète.¹⁹

Sources :

- 1- La revue du CGDD, La mobilité des Français, 2010, issu de l'ENTD de 2008.
- 2, 3- ENTD, mobilité locale de semaine, 2008.
- 4- ENTD conducteurs, 2008 - ETC, conducteurs, 1994.
- 5- Observatoire CETELEM, 2011.
- 6, 12, 18- SOFRES "Les plus de 70 ans s'expriment", 2011.
- 7- BlablaCar, 2012.
- 8- Baromètre Macif, 2011.
- 9- Buzzcar, 2012.
- 10- INSEE, Population par âge 2013.
- 11, 14- ENTD, mobilité locale de semaine, 2008.
- 13- Club des Villes et Territoires Cyclables et Coordination interministérielle pour le développement de l'usage du vélo, Enquête Les Français et le vélo, 2012.
- 15- ONISR Bilan 2011, données détaillées de l'accidentalité.
- 16- La revue du CGDD, la mobilité des français.
- 17, 19- CERTU, Les seniors : un enjeu pour les politiques de déplacement ; 2012

Liste des sigles

ADMR	.....	Aide à Domicile en Milieu Rural
AHI	.....	Accueil d'hébergement et d'Insertion
ANAH	.....	Agence Nationale de l'Habitat
APA	.....	Allocation Personnalisée Autonomie
ASEPT	.....	Association Santé, Education et Prévention sur les Territoires
ASV	.....	Adaptation de la Société au Vieillessement
CARSAT	.....	Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail
CASE	.....	Communauté d'Agglomération Seine-Eure
CCAS	.....	Centre Communal d'Action Social
CDC	.....	Caisse des Dépôts et Consignations
CGET	.....	Commissariat Général à l'Égalité des Territoires
CHRS	.....	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CLIC	.....	Centre Local d'Information et de Coordination
CLS	.....	Contrat Local Santé
CNAV	.....	Caisse Nationale Assurance Vieillesse
CNRACL	.....	Caisse Nationale de Retraite des Agents des Collectivités Locales
CNSA	.....	Caisse Nationale de Solidarité Autonomie
CODAH	.....	Communauté de l'Agglomération Havraise
CPAM	.....	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPOM	.....	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CPRDFOP	.....	Contrat de Plan Régional de Développement des Formations et de l'Orientation Professionnelles
CTA	.....	Coordination Territoriale d'Appui
DREES	.....	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques
EHPAD	.....	Etablissement d'Hébergement pour Personne Agée Dépendante
EPCI	.....	Etablissement Public de Coopération Intercommunale
ESAT	.....	Etablissement et Service d'Aide par le Travail
GHH	.....	Groupe Hospitalier du Havre
GIR	.....	Groupe Iso-Ressource
HPST	.....	Hôpital, Patients, Santé, Territoires
HSS	.....	Habitat Seniors Services
INSEE	.....	Institut National de la statistique et des Etudes Economiques
LFSS	.....	Loi de Financement de la Sécurité Sociale
MAIA	.....	Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie
MDA	.....	Maison Départementale de l'Autonomie
MDAP	.....	Maison de la Domotique d'Application Pédagogique
MDPH	.....	Maison Départementale des Personnes Handicapées
MSA	.....	Mutualité Sociale Agricole
PAERPA	.....	Parcours des Personnes Agées en Risque de Perte d'Autonomie
PCH	.....	Prestation de Compensation du Handicap
PMND	.....	Plan Maladies Neurodégénératives
PLA	.....	Plan Local Autonomie

PRAPS	.....	Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins
PRDT	.....	Programme Régional de Développement de la Télémédecine
PRIAC	.....	Programme Interdépartemental d'Accompagnement de la Perte d'Autonomie
PRS	.....	Projet Régional de Santé
RSI	.....	Régime Social des Indépendants
SAAD	.....	Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile
SSIAD	.....	Service de Soins Infirmiers à Domicile
SPASAD	.....	Service Polyvalent d'Aide et de Soins à Domicile
SROMS	.....	Schéma Régional de l'Organisation Médico-Sociale
SROS	.....	Schéma Régional d'Organisation des Soins
UNA	.....	Union Nationale de l'Aide des soins et des services au domicile
UTAS	.....	Unité Territoriale d'Action Sociale

Bibliographie

Les travaux du CESER de Normandie et autres CESER :

- CESER de Normandie, « Normandie 2040 », à paraître en décembre 2017
- CESER de Normandie, « Pour un aménagement plus équilibré et équitable en Normandie », octobre 2017
- CESER de Haute-Normandie, « Jeunesses : une ressource pour la Région », *Rapport et Avis*, mars 2015
- CESER Pays de la Loire, « La Silver Economie en Pays de la Loire », 2015

Texte législatifs et réglementaires :

- Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'Adaptation de la Société au vieillissement

Autres sources :

- Note d'analyse Avise, « L'ESS dans la Silver Economie », janvier 2015
- Mission interministérielle sur « L'adaptation de la société française au vieillissement de sa population », Luc BROUSSY, janvier 2013
- FNORS, « La France des régions 2016 – approche socio-sanitaire »
- INSEE Analyses n°33, « La population normande à l'horizon 2050, un vieillissement accéléré dans un contexte de croissance faible », juin 2017.
- DREES, Enquête Vie Quotidienne et santé, 2014
- INSEE Analyses n°18, « L'APA, un dispositif plus mobilisé en Seine-Maritime, dans le Calvados et dans l'Orne », décembre 2016
- Insee Analyses n°29, « En Normandie, des situations de pauvreté pour les personnes âgées relativement peu nombreuses mais concentrées dans les bassins de vie ruraux », Mars 2017
- Mission relative à la tarification et aux perspectives d'évolution des services d'aide et d'accompagnement à domicile, George Labazée, Mars 2017
- Insee Première n° 1620, « 21 000 centenaires en 2016 en France, 270 000 en 2070 ? », novembre 2016
- INSEE Analyses n°34 « Un regard sur la qualité de vie dans les territoires normands », juin 2017
- Enquête CSA Research pour la FEPEM « Le domicile, un enjeu citoyen ? », juin 2016.
- Rapport d'information de l'Assemblée Nationale sur le développement des services à la personne, Martine Pinville et Bérengère Poletti, décembre 2014
- CNSA, DGCS, « Etude des prestations d'aide et d'accompagnement à domicile et des facteurs explicatifs de leurs coûts », mai 2016
- CNSA, « Accompagner les proches aidants, ces acteurs invisibles », Rapport 2011
- Agence d'urbanisme de Rouen et des Boucles de Seine et Eure, « L'habitat destiné aux seniors autonomes, synthèse documentaire », décembre 2016
- Veolia Transdev, « La mobilité face au vieillissement de la population », mars 2010
- Laboratoire de la Mobilité Inclusive, « Etude sur la mobilité des seniors en France », novembre 2014
- CGET, « L'action des bourgs face à l'enjeu du vieillissement de la population », avril 2017
- INSEE Analyses n°34, « La qualité de vie dans les territoires normands », juin 2017
- CREDOC, Baromètre du numérique, édition 2015
- « Une longévité accrue pour les personnes handicapées vieillissantes : un nouveau défi pour leur prise en charge », Paul Blanc, 11 juillet 2006
- Insee Première n°1455 « L'hébergement des sans domicile fixe », 2012

- ETD, « Vieillissement, enjeux et opportunités de développement », novembre 2012
- CAS Note de Veille n°185, « Vivre ensemble plus longtemps : enjeux et opportunités pour l'action publique du vieillissement de la population française », juillet 2010