



Agir pour la qualité de vie des personnes âgées en perte *et* reconfiguration d'autonomie en Bretagne

Contribution du CESER de Bretagne au « débat national sur la dépendance »

Rapporteurs : Mme Christine Divay et M. Daniel Hardy

En réponse aux sollicitations, en particulier celle du Conseil économique, social et environnemental national (CESE), le Conseil économique, social et environnemental de Bretagne se propose d'apporter sa contribution au « débat national sur la dépendance ». Compte tenu de ses compétences, le CESER a choisi de ne pas aborder directement la question nationale du financement de la protection sociale des personnes âgées en « perte d'autonomie », mais de privilégier une approche sociétale et territoriale du sujet

Le débat national a été lancé sur le thème des personnes âgées « dépendantes » ou « en perte d'autonomie ». Le CESER de Bretagne propose de parler de *personnes en perte et reconfiguration d'autonomie*. En effet, ne regarder que la situation de « dépendance » ou de « perte » d'une personne renvoie à des incapacités et des déficits. Ceci peut contribuer à développer une image négative, stigmatisante et « enfermante » des aînés. En vieillissant, la personne garde des ressources propres et des capacités d'autonomie qui peuvent s'exprimer en fonction de son environnement immédiat. Un accompagnement bienveillant, stimulant, centré sur la préservation et la dynamisation des acquis permet une réorganisation des formes d'autonomie de la personne : physique, psychique, sociale, environnementale, économique, culturelle, etc. En recombinaison le maintien de ses capacités propres avec des compensations externes, justifiant le besoin de mobilisation et d'aide, son autonomie globale ne se « perd » pas irrémédiablement, elle se transforme plutôt. A travers pertes et maintien des acquis, l'autonomie se « reconfigure » dans une dynamique d'optimisation des capacités.

Il faut toutefois nuancer cette approche psycho-sociale des capacités de la personne car, dans le cas de la très grande dépendance (ex : maladie d'Alzheimer avancée), cette reconfiguration d'autonomie devient plus problématique, les pertes étant beaucoup plus lourdes, rapides et irréversibles que les gains potentiels. C'est pourquoi un regard plus positif porté par l'entourage familial et professionnel sur la personne malade ou en perte d'autonomie devient déterminant pour permettre la mobilisation et l'épanouissement de ses ressources propres. La préservation des acquis autant que la dépendance sont en partie induites par le regard des proches, des professionnels et de la société.

Non seulement les personnes, jusqu'à un âge très avancé, reconfigurent leur capacité d'autonomie, mais elles continuent à être une ressource vitale pour les autres générations. Une meilleure reconnaissance des services d'utilité sociale rendus par les personnes âgées contribuerait d'ailleurs à un changement de regard sur la vieillesse. Celles-ci, à travers la notion de « dépendance », sont en effet trop fréquemment considérées seulement comme une « charge » ou un « risque » pour la société alors que, par leur présence, leur expérience, leurs services et activités, elles contribuent autant à la cohésion sociale et à la qualité de la vie collective qu'à la création de richesses économiques, y compris en termes d'emploi.

La première partie de la contribution du CESER présente un état des lieux sur le vieillissement en Bretagne et, en particulier, sur les personnes âgées en perte et reconfiguration d'autonomie. Dans une seconde partie, sont abordés les enjeux sociétaux et territoriaux ainsi que les préconisations du CESER pour favoriser la qualité de la vie des personnes vieillissantes, sachant que la problématique rejoint celle, plus générale, des personnes dites « en perte d'autonomie » ou « en situation de handicap », *sans discrimination d'âge*.

Première partie : Eléments d'état des lieux sur le vieillissement en Bretagne et, en particulier, sur les personnes âgées en perte et reconfiguration d'autonomie

Le premier point de cet état des lieux sommaire présente le contexte démographique du vieillissement en Bretagne. Dans un second point sont abordés la situation résidentielle et le niveau de vie des personnes âgées. Puis, en troisième lieu, une focale est effectuée sur les personnes âgées en perte et reconfiguration d'autonomie en Bretagne.

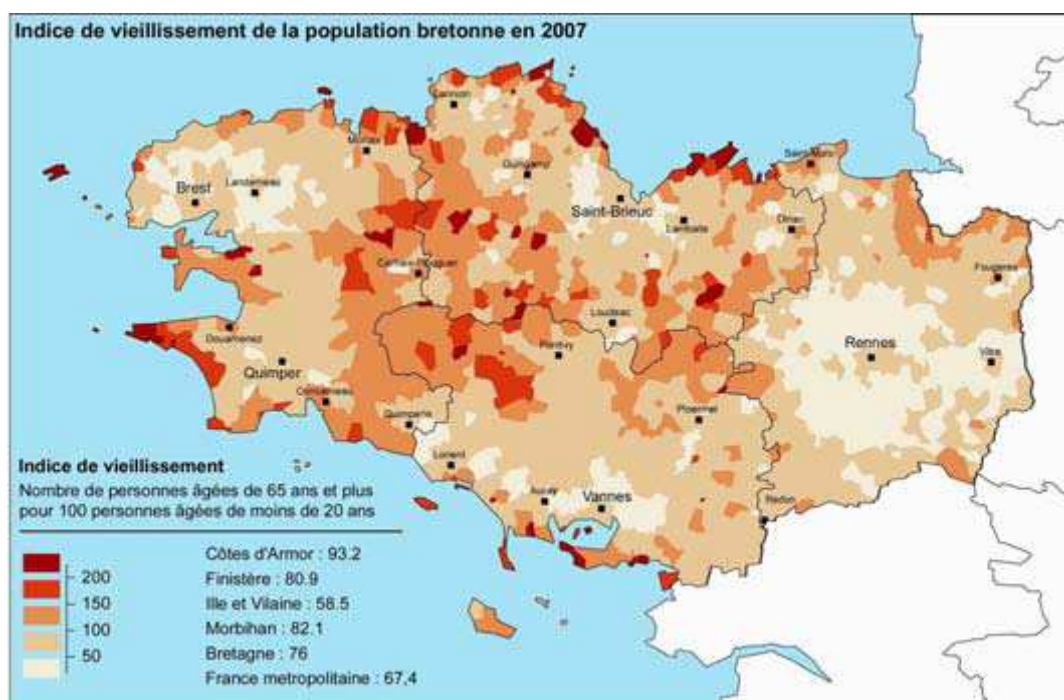
I- Contexte démographique du vieillissement en Bretagne

Quel est le contexte général du vieillissement en Bretagne ? Quelles sont les projections démographiques aux horizons 2030 et 2040 ?

A) Contexte général

Au 1^{er} janvier 2008, selon les estimations de l'INSEE, la Bretagne comptait 3 141 000 habitants. A cette date, les habitants de 75 ans et plus étaient environ 300 000, dont 173 000 avaient 80 ans et plus et 75 000, 85 ans et plus. Entre 1990 et 2008, la population des personnes de 75 ans et plus a été multipliée par 1.5 tandis que le nombre des 85 ans et plus a doublé.

Le vieillissement de la population bretonne est un peu plus accentué que celui de l'ensemble de la France métropolitaine¹. Par ailleurs, la Bretagne connaît un vieillissement différencié selon ses territoires, comme l'illustre la carte ci-après.



Source : INSEE, recensement de la population 2007 - Réalisation : ARS Bretagne, 2010 - Source cartographique : Arctique

Source : carte ORSB, ARS Bretagne, extraite de « L'état de santé de la population en Bretagne », septembre 2010

¹ Au 1er janvier 2008, pour 100 jeunes de moins de 20 ans en Bretagne, on dénombrait 75 personnes âgées de plus de 65 ans (indice de vieillissement), contre 67 pour l'ensemble de la France métropolitaine. Ainsi, cet indice comporte des écarts très significatifs entre les départements : 93,2% dans les Côtes d'Armor, 82,1% dans le Morbihan, 80,9% dans le Finistère et 58,5% en Ille-et-Vilaine (sources : INSEE, ARS, STATISS 2010 ; ORSB, ARS, « Etat de santé de la population en Bretagne », septembre 2010)

En termes relatifs, la plupart des cantons vieillissants de l'ouest, du centre et du littoral bretons contrastent avec ceux de l'est et des zones urbaines et périurbaines plus jeunes. En termes absolus (en volume), c'est dans et autour des villes que résident et résideront le plus grand nombre de personnes en perte et reconfiguration d'autonomie du fait de leur vieillesse. Si, à l'avenir, le mouvement de rapprochement de domicile des ascendants vers leurs descendants se développait, ce phénomène pourrait s'accroître.

En 2007, l'espérance de vie à la naissance en Bretagne était de 83.8 ans pour les femmes et 76.3 ans pour les hommes, contre respectivement 84.3 ans et 77.4 ans en France métropolitaine². A 65 ans, dans notre région, une femme pouvait espérer vivre encore 22 ans, contre 17.6 ans pour un homme. A noter que l'espérance de vie *sans incapacité* tend à augmenter plus vite que l'espérance de vie elle-même : on peut donc espérer vivre plus longtemps en meilleure santé.

Malgré le dynamisme démographique de la région, le vieillissement de la population bretonne s'accroîtra dans les prochaines années. Ce vieillissement résulte essentiellement de trois séries de facteurs : une pyramide des âges dont le sommet se dilate (effet progressif du « Baby-boom » de l'après Seconde Guerre mondiale) ; l'augmentation régulière de l'espérance de vie (en 1957, elle était de 69 ans pour les femmes et 62 ans pour les hommes) ; une augmentation de population en grande partie due à un solde migratoire positif qui s'accroît au-delà de 55 ans et qui viendra probablement amplifier, dans une vingtaine d'années, le nombre de personnes susceptibles de perdre en autonomie.

B) Projections démographiques aux horizons 2030 et 2040

Selon un scénario de l'INSEE, d'ici à 2030, la population totale de la Bretagne pourrait passer de 3 141 000 personnes à près de 3 500 000 habitants. Le nombre de personnes de 80 ans et plus pourrait passer de 173 000 à 264 000 (+52 %)³.

A l'horizon 2040, selon le scénario d'une population bretonne atteignant environ 3 900 000 habitants, soit une augmentation de 24 % depuis 2007, le nombre de personnes âgées de 75 ans et plus quant à lui doublerait, passant de 293 000 en 2007 à 602 000 en 2040 (+ 105%).

Selon ce scénario, l'indice de vieillissement de la Bretagne (ici le *ratio* du nombre de 75 ans et plus⁴ sur le nombre de moins de 20 ans) passerait en moyenne de 0.38 en 2007 à 0.69 en 2040. Il serait le plus élevé dans les Côtes d'Armor (0.83) et dans le Morbihan (0.82), tandis que le Finistère (0.72) et surtout l'Ille-et-Vilaine (0.52) vieilliraient moins rapidement.

II- Eléments sur l'habitat et les ressources des plus de 60 ans en Bretagne

Quelle est la situation résidentielle des personnes âgées en Bretagne ? Quel est leur niveau de vie ?

A) Situation résidentielle

En Bretagne, parmi les personnes âgées de plus de 70 ans, près de 9 sur 10 vivent à domicile⁵. Jusqu'à l'âge de 80 ans, les ¾ des personnes âgées vivent en maison individuelle, les autres se répartissant principalement entre les appartements, les foyers-logements, les maisons de retraite ou d'autres formes de logements intermédiaires. A noter que plus de 8 ménages âgés sur 10 sont propriétaires de leur logement -ce qui est une caractéristique bretonne - et que près de la moitié y vit depuis plus de 30 ans. Les logements des plus de 75 ans sont en général anciens et de grande taille :

² INSEE, ARS, STATISS, 2010

³ ORSB, ARS, Etat de santé de la population en Bretagne, septembre 2010

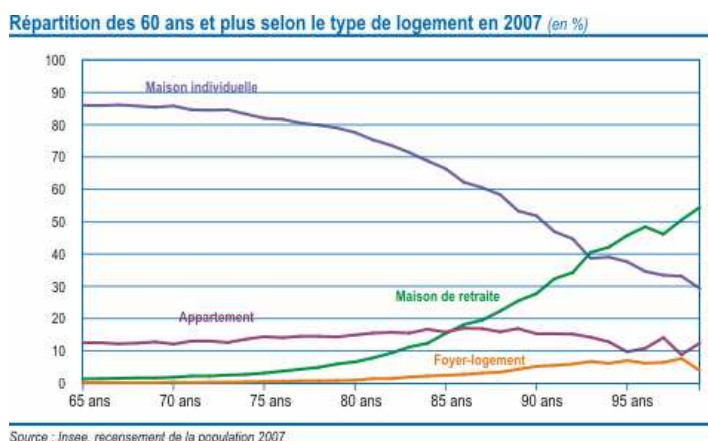
⁴ Dans les projections de l'INSEE, l'indice de vieillissement est présenté différemment que dans le STATISS 2010 : il concerne les 75 ans et plus, et non les 65 ans et plus.

⁵ CESER Bretagne, « Bien vieillir », octobre 2007, p 50 (source : CRAM Bretagne)

72 % datent d'avant 1975, 65 % disposent d'au moins 4 pièces et la moitié sont occupés par une personne seule. Plus d'un tiers des ménages âgés de 75 ans et plus vit en milieu rural et 38% ne disposent d'aucun moyen de locomotion⁶.

Compte tenu de l'évolution rapide des modes de vie, il est légitime de s'interroger sur la pérennité de ce modèle à l'horizon d'une génération : quelles seront, dans vingt ou trente ans, les pratiques sociales dominantes en termes d'habitat ?

Enfin, l'isolement, le veuvage et la perte d'autonomie favorisent les déménagements vers des logements plus petits (appartements) et l'hébergement spécifique, principalement en foyers-logements et maisons de retraite. C'est le plus souvent entre 75 ans et 80 ans que la rupture s'annonce.



Source : INSEE Bretagne, Octant analyse n°5, septembre 2010

B) Niveaux de vie et ressources

En 2007, en Bretagne, le niveau de vie⁷ de la moitié des personnes âgées de 60 à 74 ans n'excède pas 19 000 € par an, soit environ 1 600 € par mois. Il est supérieur à celui des actifs de moins de 50 ans dont la moyenne n'excède pas 17 000 € par an, soit 1 400 € par mois. Ceci dit, pour certains, le passage à la retraite s'accompagne souvent d'une baisse de niveau de vie. Ainsi, chez les personnes âgées de 75 ans et plus, celui-ci ne dépassait pas 15 700 € par an, soit environ 1300€ par mois. A noter que le niveau de vie des femmes âgées est en général plus faible que celui des hommes, notamment dans le cas des femmes seules n'ayant pour seules ressources que la pension de réversion de leur mari et/ ou le minimum vieillesse. Le montant mensuel moyen des pensions versées en 2010 par la Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail Bretagne (CARSAT) était de 655 € pour les hommes contre 510 € pour les femmes⁸. Il faut préciser qu'il s'agit ici du montant moyen versé au titre de la retraite du Régime général et que, souvent, les retraités étant polypensionnés, ils bénéficient de pensions versées par d'autres régimes venant compléter celui-ci ainsi que d'une retraite complémentaire. S'agissant du montant mensuel moyen de pension en droits directs versée par la Caisse du Régime Social des Indépendants (RSI) en Bretagne, étant précisé que la durée moyenne d'activité pour les artisans est de 18 années et de 14 années pour les commerçants⁹, il

⁶ Source : INSEE Bretagne, Octant analyse n°5, septembre 2010

⁷ Niveau de vie selon l'INSEE : revenu disponible du ménage divisé par le nombre d'unités de consommation. Le niveau de vie est donc le même pour tous les individus d'un même toit. Revenu disponible : revenus d'activité, du patrimoine, transferts provenant d'autres ménages, prestations sociales (y compris pensions de retraite et indemnités chômage), nets des impôts directs.

⁸ CARSAT Bretagne (ex-CRAM), Journée de l'Assurance retraite, 4 avril 2011, Dossier de presse, p 22.

Observations : ces montants diffèrent selon les caisses de retraite (Cf. RSI, MSA).

⁹ Dans le régime des indépendants, la pension est calculée sur les 25 meilleures années d'activité. Les pensions en droits directs versées par le RSI en Bretagne en 2010 ont concerné 114 407 personnes.

était en 2010 de 402 € pour un artisan homme et de 191 € pour les artisans femmes ; 364 € pour les commerçants hommes contre 229 € pour les femmes. Pour le régime de la MSA, ce montant moyen était, *pour une carrière complète* d'exploitant agricole au sein du même régime, de 757 €/mois, tous sexes confondus ; dans les mêmes conditions, il était de 989 €/mois pour les salariés agricoles¹⁰.

Ces constats sont très liés à des effets structurels de génération, qu'en sera-t-il alors dans vingt ans ? La majorité des femmes de 80 ans aura été active, mais cela sera-t-il suffisant, à l'âge de la retraite, pour réduire les écarts persistants de revenus avec les hommes ? Quels seront les effets différés des inégalités salariales actuelles entre les femmes et les hommes ? Quelles seront les conséquences, pour les femmes, de déroulements de carrière souvent plus discontinus et de conditions d'emploi en général moins favorables que celles des hommes (ex : précarité, temps partiel) ? Cette question se pose aussi pour les jeunes accédant tardivement à l'emploi et connaissant souvent des parcours marqués par la précarité. D'une manière générale, quelles seront les conséquences des conditions de travail et d'emploi sur les pertes d'autonomie et les niveaux de vie futurs des retraités ?

En 2007, en Bretagne, 63 000 personnes âgées de 65 ans et plus vivaient sous le seuil de pauvreté, représentant près d'1 personne sur 10 parmi les plus de 65 ans. A noter que le taux de pauvreté des personnes âgées de 65 ans et plus est supérieur en Bretagne à celui des 30-64 ans, ce qui n'est en général pas le cas dans les autres régions françaises¹¹. Compte tenu de l'évolution des revenus constatée en Bretagne ces dernières années, cette situation ne devrait toutefois pas durer.

S'agissant spécifiquement des revenus liés aux retraites et pensions¹², leur montant annuel *moyen* est beaucoup plus élevé sur le littoral qu'à l'intérieur des terres. Les disparités territoriales sont très importantes : ce montant atteignait son minimum à Le Leslay (10 318 €), commune rurale des Côtes d'Armor située à l'Ouest de Saint-Brieuc, et son maximum à Arradon dans le Golfe du Morbihan (26 547 €). Ces moyennes ne doivent toutefois pas masquer l'existence et la persistance de fortes inégalités de revenus et de conditions à l'intérieur même de chacun des territoires (ex : situations des jeunes, femmes ou personnes âgées à faibles ressources ...).

III- Les personnes âgées en perte et reconfiguration d'autonomie selon les critères de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA)

Qui sont les personnes âgées en perte et reconfiguration d'autonomie bénéficiaires de l'APA en Bretagne ? Comment sont organisés l'accompagnement et l'accueil médico-social de ces dernières, qu'elles vivent à domicile ou en établissement ? Quels sont les enjeux liés aux métiers et à la formation des professionnels intervenant auprès des personnes en perte et reconfiguration d'autonomie ?

A) Les bénéficiaires de l'APA au 30 septembre 2010 en Bretagne

Afin d'estimer le nombre de personnes âgées « dépendantes », l'Etat se réfère au nombre de bénéficiaires de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA). Cette aide, dont le financement repose sur la combinaison de financements issus des Départements et de la solidarité nationale (Caisse Nationale de Solidarité et d'Autonomie - CNSA) concerne à la fois les personnes âgées en perte et reconfiguration d'autonomie résidant à *domicile* et celles accueillies en *établissement*. Il faut souligner que la répartition de l'effort entre l'Etat (CNSA) et les Départements pour couvrir le coût de l'APA s'est fortement dégradée ces dernières années au détriment de ces derniers : elle est

¹⁰ Sur la base du nombre de trimestres validés au régime agricole (des retraites de base d'autres régimes peuvent compléter ces pensions), les montants mensuels moyens de pensions du régime de bases propres versés en Bretagne en 2010, étaient de 381,38€ pour les exploitants agricoles et de 199 € pour les salariés agricoles

¹¹ Seules Poitou-Charentes, Midi-Pyrénées, le Limousin et la Corse sont également dans ce cas. L'INSEE avance l'explication qu'il s'agit d'une caractéristique des régions à dominante agricole.

¹² Ouest-France, 30 juin 2010, p 6 – source citée : Administration fiscale (déclarations de revenus 2008)

aujourd'hui d'un tiers pour la CNSA et de deux tiers pour les Départements¹³. A noter que l'APA est attribuée sans condition de ressources même si son calcul tient compte des revenus du bénéficiaire. Sont éligibles à l'APA, les personnes âgées d'au moins 60 ans à partir de l'évaluation d'un certain degré de perte d'autonomie dit « GIR 4¹⁴ ». A ce niveau, la personne n'assume plus seule ses « transferts » mais, une fois levée, elle peut se déplacer à l'intérieur du logement. Elle doit être aidée pour la toilette et l'habillage. La plupart du temps, elle s'alimente seule. Elle peut aussi ne pas présenter de problèmes de locomotion mais avoir besoin d'une aide pour les activités corporelles et les repas¹⁵. Au 30 septembre 2010, pour ce qui concerne l'APA à domicile en Bretagne, près de 6 bénéficiaires sur 10 relevaient du GIR 4¹⁶, soit environ 18 000 personnes¹⁷.

Au 30 septembre 2010, la Bretagne comptait près de 64 000 personnes bénéficiaires de l'APA¹⁸, nombre que nous assimilerons donc, selon les critères retenus par l'Etat, à celui des personnes âgées dites « dépendantes ». A cette date, les bénéficiaires de l'APA représentaient 21,2 % de l'ensemble des personnes âgées de 75 ans et plus, situation proche du taux national. Si le Finistère présente un taux de bénéficiaires proche de la moyenne régionale (21,5 %), ce dernier est plus faible dans le Morbihan (20,3 %) et l'Ille-et-Vilaine (20,6 %) et plus fort dans les Côtes d'Armor (22,2 %).

Les bénéficiaires se répartissent en deux groupes d'effectifs quasi égaux : 31 000 touchent l'APA à domicile¹⁹ et 33 000, l'APA en établissement²⁰. On observe une spécificité régionale : la part des bénéficiaires de l'APA à domicile est nettement moins élevée en Bretagne (48%) qu'au niveau national (61%). Seul le Finistère enregistre un taux de bénéficiaires à domicile (54%) supérieur à celui de ceux vivant en établissement. Dans ce département, l'offre à domicile²¹ est plus développée (plus forte densité d'infirmiers notamment) et le taux d'équipement en établissements plus faible. La situation est inversée en Ille-et-Vilaine où le taux de bénéficiaires de l'APA à domicile parmi l'ensemble des bénéficiaires de l'APA est le plus faible (41,8%). A noter que, depuis 5 ans, dans le Finistère, le nombre de bénéficiaires de l'APA en établissement en dotation globale²² a connu un rapide « rattrapage », devenant proche aujourd'hui de l'effectif des bénéficiaires des autres départements bretons.

Il faut insister sur le fait que les personnes âgées peu dépendantes classées en GIR 5 et 6 ne sont pas éligibles à l'APA et ne sont donc pas comptabilisées ici. L'effet de seuil du GIR 4 est donc un enjeu fort pour les financeurs comme pour les bénéficiaires de l'APA. Or, en termes de prévention de la perte d'autonomie, l'action publique et sociale auprès de cette population est essentielle. Pourtant, le régime de ces aides sociales, bénéficiant essentiellement à l'aide au maintien à domicile, varie fortement selon les caisses de retraite (CARSAT, RSI, MSA). En effet, leur financement ne relève pas des solidarités nationale et départementale, contrairement à l'APA.

¹³ Sénat, Rapport d'Alain Vasselle, janvier 2011, p93

¹⁴ GIR : La grille AGGIR (Autonomie gérontologique groupe iso-ressources), classe les personnes âgées en 6 niveaux de perte d'autonomie à partir des activités et gestes de la vie quotidienne effectués ou non par la personne. Le GIR va de 1 à 6 : plus le GIR est élevé, plus la personne est autonome. Ainsi, le GIR 1 regroupe les personnes les plus dépendantes et le GIR 6, les personnes peu dépendantes.

¹⁵ Il faut souligner l'existence de nombreux référentiels d'évaluation du manque d'autonomie dont les outils et les langages diffèrent (ex : organismes d'assurance). Ex : grille Pathos.

¹⁶ Pour des données plus détaillées, voir <http://www.sante.gouv.fr/l-allocation-personnalisee-d-autonomie-apa.html>

¹⁷ Pour l'APA en établissement, les bénéficiaires du GIR 4 représentaient 1 personne sur 4, du fait d'un état de dépendance généralement plus élevée que les personnes pouvant encore demeurer à domicile

¹⁸ Nombres arrondis (données exactes sur www.platoss-bretagne.fr, et sur <http://www.creai-bretagne.org/>)

¹⁹ Pour l'APA à domicile, un « Plan d'aide » globale est établi par une équipe médico-sociale.

²⁰ 31 000 en « dotation globale » versée directement à l'établissement à partir d'une convention tripartite Conseil général, Etat, établissement et 2000 « hors dotation globale ».

²¹ L'offre à domicile ne se limite pas aux infirmiers (ex : aides à domicile), mais ceux-ci sont le plus souvent déterminants pour l'enjeu du maintien au domicile.

²² Les établissements perçoivent l'APA pour les résidents.

La création récente des Agences Régionales de Santé (ARS) réorganise et parfois remet en cause certaines coopérations préexistantes entre les acteurs territoriaux de la protection sociale. Ainsi, la pérennité de plusieurs actions locales de prévention en santé publique semble aujourd'hui menacée du fait d'une réduction rapide, et parfois brutale, de moyens financiers nationaux : dépistage de certaines maladies, programme « bien vieillir » (ex : nutrition-santé, prévention des chutes)...

A noter que le secteur des services d'aide à domicile est actuellement confronté aux conséquences de la crise économique et aux difficultés des financements publics. Plusieurs difficultés se conjuguent, mettant en danger sa mission d'utilité sociale (transfert vers les Départements des charges liées aux politiques sociales ; remise en cause d'exonérations « services à la personne » dans la loi de finances 2011...), alors qu'il a réalisé un important effort de professionnalisation et d'encadrement, encouragé d'ailleurs par la Région Bretagne.

B) L'accueil et l'accompagnement médico-sociaux des personnes âgées en perte et reconfiguration d'autonomie en Bretagne

S'agissant de l'offre d'hébergement permanent, au 1er janvier 2010²³, la Bretagne comptait 576 établissements, se répartissant en 316 « maisons de retraite » et 260 « logements-foyers », dont 430 avaient le statut d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). L'ensemble de l'hébergement permanent rassemblait 41 552 lits, dont 28 822 en maisons de retraite et 12 730 en logements-foyers. Dans cet ensemble, 35 224 lits étaient en EHPAD. A côté de cette offre, on dénombrait 2 885 lits en « Unités de Soins de longue durée » (USLD) principalement situées en établissements hospitaliers, ces dernières étant de plus en plus requalifiées en EHPAD. L'offre d'hébergement temporaire était de 857 lits et l'accueil de jour, de 523 places. A cette date, pour la prise en charge médico-sociale des personnes âgées en perte et reconfiguration d'autonomie, on dénombrait aussi en Bretagne 130 Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), correspondant à 6 146 places.

A noter que dans le contexte actuel de contraintes financières, les établissements (EHPAD) se voient appliquer en 2011 des baisses de leurs crédits de médicalisation, ainsi qu'un mode de tarification pouvant les contraindre à des réductions de leur personnel soignant.

1) À l'échelle régionale, certaines spécificités sont à souligner :

- un nombre important d'établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) et de services mais aussi de leurs gestionnaires : l'offre est donc assez diffuse et inscrite dans les territoires et à proximité des besoins ;
- un taux d'équipement en structures d'hébergement complet pour personnes âgées²⁴ de 75 ans et plus en Bretagne (141 ‰) supérieur au taux national (121 ‰) ;
- idem pour le taux d'équipement en « lits médicalisés²⁵ » : 126.7 ‰ en Bretagne contre 101.3 ‰ en France métropolitaine, du fait notamment d'une politique volontariste des Conseils généraux en ce domaine (création d'EHPAD) ;
- un taux d'équipement en places de SSIAD proche du taux national : 20.4 ‰ en Bretagne contre 19.1 ‰ en France métropolitaine ; à noter que la Bretagne dispose d'une offre en infirmiers libéraux²⁶ plus dense qu'au plan national (127.2 ‰ contre 93.7 ‰), en particulier dans le Finistère.
- un nombre de places en « accueil de jour » rapporté à celui en hébergement permanent en EHPAD, nettement plus faible qu'au niveau national : 1.6 % en Bretagne contre 5 % en France métropolitaine. La même situation est observée s'agissant de la part des places en « hébergement temporaire » : elles représentent en Bretagne 2.9 % des places en hébergement permanent en EHPAD, contre 3.95 % en

²³ Données, ARS, STATISS 2010 – Lits ou places installés au 1/01/2010 dans les secteurs publics et privés.

²⁴ Lits en maison de retraite, logements de logements-foyers et lits d'hébergement temporaire

²⁵ Lits d'EHPAD, lits de soins de longue durée (USLD)

²⁶ Les SSIAD proposent davantage de soins dits de « nursing » réalisés par des aides-soignants, alors que les infirmiers libéraux réalisent plus d'actes techniques infirmiers.

France métropolitaine. Ces deux formes d'accueil, que l'on trouve dans les 21 Pays de la Bretagne, constituent pourtant l'un des moyens de répondre au « besoin de répit » des aidants familiaux.

2) Au niveau infrarégional, on observe aussi des disparités territoriales²⁷ :

- le taux d'équipement en structures d'hébergement complet pour les personnes âgées de 75 ans et plus est plus élevé dans les Côtes d'Armor et en Ille-et-Vilaine (149 ‰) que dans le Morbihan (136 ‰) et dans le Finistère (132 ‰) ;
- Le taux d'équipement en lits médicalisés est supérieur au taux moyen régional en Ille-et-Vilaine (136 ‰) et dans les Côtes d'Armor (134 ‰) ; il est en revanche inférieur dans le Finistère (125‰) et le Morbihan (101 ‰) ;
- le taux d'équipement en places de SSIAD est supérieur au taux moyen régional dans les Côtes d'Armor (26 ‰), proche en Ille-et-Vilaine (21 ‰) et inférieur dans le Finistère (19 ‰) et le Morbihan (17 ‰).

Même si la construction de filières de soins et le développement de réseaux gériatriques progressent afin de mieux organiser les parcours de soins des personnes âgées en perte et reconfiguration d'autonomie dans les territoires, cette coordination reste à améliorer, en particulier entre le secteur médico-social et le secteur sanitaire. C'est d'ailleurs l'un des rôles majeurs de l'Agence régionale de santé (ARS), véritable maître d'ouvrage de la réorganisation intersectorielle et territoriale en cours. Sa responsabilité est importante afin de mieux organiser le travail collaboratif entre tous les acteurs et toutes les disciplines impliqués, y compris en lien avec les animateurs territoriaux de santé.

Enfin, il convient d'insister sur le fait que le maintien à domicile des personnes âgées en reconfiguration d'autonomie ne dépend pas que de services *sanitaires*. Le rôle des aides à domicile est par exemple primordial. Il doit d'autant mieux être reconnu qu'il est un enjeu fort tant pour la qualité de la vie des personnes que pour l'emploi en Bretagne. La Région Bretagne est d'ailleurs fortement impliquée dans la qualification et la professionnalisation du secteur, à travers notamment la « Charte régionale pour la qualification des aides à domicile ». Il serait d'ailleurs utile que les données sanitaires disponibles (ex : ARS, ORSB) soient systématiquement complétées par des données sociales et médico-sociales, ce afin de mieux connaître et articuler les interventions des professionnels dans les territoires, dans l'intérêt des personnes aidées.

C) Quelques éléments sur les professionnels intervenants auprès des personnes âgées en perte et reconfiguration d'autonomie en Bretagne

Les métiers du sanitaire et du social représentent environ 135 000 emplois en Bretagne répartis entre le secteur public, le secteur privé *à but non lucratif* et le secteur privé *à but lucratif*²⁸. Parmi ceux-ci, de nombreux professionnels sont susceptibles d'intervenir, à un moment ou à un autre, auprès de personnes âgées en perte et reconfiguration d'autonomie : salariés du secteur public hospitalier, des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux privés à but non lucratif ou lucratif, des conseils généraux et autres collectivités territoriales ou de leurs établissements et services sociaux et médico-sociaux ; professionnels exerçant en libéral... S'agissant du secteur des services à la personne, il représentait environ 97 000 emplois en Bretagne en 2007 : 63 000 salariés de particuliers employeurs ; 14 600 salariés des entreprises ou associations prestataires ; 19 400 assistantes maternelles²⁹.

²⁷ Sources : STATISS 2010 et ORSB, ARS, Etat de santé de la population en Bretagne, septembre 2010

²⁸ Eléments tirés de l'étude réalisée par le Cabinet Amnyos pour le compte de la Région Bretagne : « Analyse des besoins en emplois et en qualifications dans les métiers du soin et de l'accompagnement social en Bretagne »- Documents préparatoires au CPRDF – Réunions départementales de préparation du Schéma des formations sanitaires et sociales - 2011 (données 2009)

²⁹ Etude action sur la construction d'une filière des services aux personnes - Région Bretagne ; décembre 2007

Les évolutions sociales et démographiques de la Bretagne devraient amplifier les besoins en personnels du soin et de l'accompagnement social dans les prochaines années, en particulier sur le littoral, dans les grandes aires urbaines (maintien à domicile et accueil en établissement) mais aussi dans d'autres territoires concernés. Dans un contexte de développement des maisons de santé pluridisciplinaires, l'enjeu de la continuité et de la permanence des soins dans les territoires est essentiel, en particulier du fait de l'évolution démographique, de la répartition géographique et du régime des gardes et astreintes des professionnels de santé (ex : pharmaciens, médecins, infirmiers...). Il revient à l'ARS d'intervenir en cas de carence du secteur privé (ex : insuffisance de médecins libéraux). Dès à présent, la forte mobilité des formés est révélatrice d'un marché du travail tendu, caractérisé par une insertion professionnelle rapide. A noter que la Bretagne, au regard de son poids démographique, semble présenter un certain sous-dimensionnement de son appareil de formation du secteur sanitaire sur les niveaux III (ex : infirmiers et kinésithérapeutes). L'offre de formation du secteur social, rapportée à la population, est quant à elle dans une situation plus favorable qu'au niveau national.

Dans l'ensemble, les formations sanitaires et sociales sont attractives (effectifs en progression) et les conditions d'insertion des diplômés favorables. Leur mobilité est forte, ce qui représente une contrainte pour les employeurs en termes de recrutement et de fidélisation. Les besoins en recrutement sont particulièrement élevés dans les professions suivantes : infirmiers, aides-soignants, métiers de la rééducation, cadres de santé... Enfin, l'effort de formation initiale constaté ne doit pas freiner le nécessaire développement de la formation continue diplômante et non diplômante des professionnels en place.

Même si on observe certaines améliorations dans la formation et la professionnalisation de nombreux intervenants auprès des personnes âgées en perte et reconfiguration d'autonomie, des efforts de structuration et d'amélioration de la qualité de l'emploi sont encore nécessaires tant pour les personnels des établissements que de ceux de l'aide à domicile : précarité de l'emploi et des financements, temps partiel, amplitude de journée élevée, faiblesse des rémunérations, ...). Dans l'esprit de la « Charte régionale de la qualification de l'aide à domicile », l'amélioration de l'attractivité des métiers de l'intervention auprès des personnes âgées en perte et reconfiguration d'autonomie est nécessaire et représente un enjeu majeur pour l'avenir. En effet, les conditions de travail des professionnels sont souvent difficiles, notamment en raison de la charge psychologique et de l'usure physique liées aux métiers. Or, de plus en plus de professionnels sont aujourd'hui bien formés à cette prise en charge psychosociale des personnes (ex : Aides médico-psychologiques)

Les pouvoirs locaux et régionaux ont, en ce domaine, des responsabilités particulières, en insistant sur la responsabilité de l'ARS pour la bonne organisation et l'articulation des secteurs sanitaires et médico-sociaux, ainsi que pour garantir la qualité, la continuité et la permanence des soins dans les territoires.

Deuxième partie - Personnes âgées en perte et reconfiguration d'autonomie : des enjeux et actions pour une meilleure qualité de vie dans les territoires

A partir du rapport du CESER « Bien vieillir en Bretagne » publié en octobre 2007³⁰, il est possible de dégager des enjeux et de préconiser des actions pour améliorer la qualité de vie des personnes âgées en perte et reconfiguration d'autonomie dans leurs territoires de vie, qu'elles vivent à domicile, en établissement ou en situation intermédiaire.

Le CESER de Bretagne attire l'attention sur 7 enjeux, étant précisé qu'ils sont *interdépendants* entre eux et doivent donc être considérés *simultanément* dans les politiques publiques territoriales:

I- Changer de regard sur les âges de la vie et le vieillissement

Définir « la vieillesse », la « dépendance » ou « l'autonomie », est un acte éminemment politique au sens où il a des conséquences importantes sur les représentations, l'organisation et le sens du vivre ensemble. Par ailleurs, on observe aujourd'hui un brouillage des âges de la vie³¹ qui est en même temps une reconfiguration de l'enfance, de la jeunesse, de l'âge adulte et de la vieillesse. En d'autres termes, les personnes âgées d'aujourd'hui ne sont ni celles d'hier ni celles de demain.

De même, il faut interroger la notion de « personnes âgées *dépendantes* ». Pourquoi la dépendance serait-elle un « privilège de l'âge » ? L'enfant, le jeune, l'adulte ne sont-ils pas aussi « dépendants » et même « interdépendants » à partir du moment où ils vivent en société et sont en relation avec un environnement ? Pourquoi assimiler âge, dépendance et perte d'autonomie ? Quelles différences fondamentales y a-t-il entre une personne en situation de handicap et une personne âgée en perte d'autonomie ?

La spécialisation du débat sur la dépendance à partir d'un critère d'âge est un positionnement discutable. Elle va d'ailleurs contre l'esprit, et même la lettre de *la Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées* qui prônait une approche plus universelle de la perte d'autonomie. La création de la Caisse nationale de solidarité et de l'autonomie (CNSA), tout comme la mise en place, dans diverses régions, des Programmes Interdépartementaux d'Accompagnement des Handicaps et de la Perte d'Autonomie (PRIAC), sont d'ailleurs une traduction de cette approche transversale de l'autonomie de la personne³². Cette « barrière d'âge » doit aussi être analysée en fonction des enjeux financiers résultant du cloisonnement, en France, des politiques en faveur des personnes en situation de handicap (Prestation de compensation du handicap- PCH) et de celles consacrées au « bien vieillir » (APA). L'enjeu principal n'est-il pas celui de l'égalité de traitement de toutes personnes en perte et reconfiguration d'autonomie quels que soient son âge, son projet de vie, sa domiciliation ? Cela implique également de prendre en compte l'allongement de la durée de vie des personnes en situation de handicap mental, psychique, sensoriel et physique.

La catégorie de « personnes âgées dépendantes » est en fin de compte stigmatisante et globalisante. Elle doit donc être relativisée. Il vaudrait mieux d'ailleurs parler *des* situations de dépendance ou, mieux, de pertes et reconfiguration d'autonomie des personnes. On peut en effet devenir dépendant physiquement pour les actes de la vie quotidienne tout en conservant son autonomie psychique et intellectuelle, et inversement. Par ailleurs, on peut devenir dépendant physiquement et socialement du fait d'un manque d'accessibilité de son environnement de vie (logement, ville...), mais il suffit parfois d'un léger aménagement pour retrouver entièrement son autonomie.

³⁰ Rapporteurs : Mme Nicole François et M. Bernard Pivette, octobre 2007- Consultable sur www.ceser-bretagne.fr

³¹ Éric Deschavane et Pierre-Henri Tavoillot, « Philosophie des âges de la vie », Paris, éditions Grasset, 2007

³² En Bretagne, un PRIAC a été élaboré pour la période 2009-2013

Dans un contexte sociétal dominé par la norme d'autonomie individuelle, focaliser un débat uniquement sur le *risque* « dépendance » des personnes âgées, n'est-ce pas passer à côté de l'essentiel : à savoir la coexistence, l'interdépendance et la solidarité des générations entre elles ? Ne faudrait-il pas prendre autant au sérieux le *risque d'indépendance* exacerbée, entendu au sens d'isolement, de repli et de dislocation des générations et des milieux sociaux ? L'indépendance et l'individualisme extrêmes ne peuvent-ils devenir, à terme, une charge aussi lourde à financer pour la collectivité que la « dépendance » ?

Parler de « personnes âgées dépendantes » ou d'un « risque dépendance », renvoie certes à des éléments objectifs liés aux conséquences sanitaires, médico-sociales ou financières de la perte d'autonomie corrélée au vieillissement. Toutefois, elle reflète aussi une certaine « dramatisation sociale du grand âge » : les anciens sont souvent le miroir de ce que l'on a peur de devenir et qui, parfois, nous semble insupportable. Notre regard sur la « dépendance » traduit aussi nos peurs personnelles et collectives de la déchéance, de la solitude et notre rapport à la mort. A l'extrême, qualifier une personne âgée de « dépendante », n'est-ce pas déjà la rendre dépendante de nos peurs ? N'est-ce pas lui enlever une part de ses capacités, de sa dignité et de son humanité ? La qualité de vie de la personne âgée est aussi dépendante de la qualité du regard porté sur elle en tant qu'Autre et que Semblable qui compte pour quelqu'un et qui vaut la peine de vivre.

L'enjeu ainsi mis en lumière est celui d'une approche *éthique* de la personne vieillissante, c'est-à-dire de sa reconnaissance en tant que *Personne*. Par *Personne*, il faut ici entendre un être unique porteur d'une dignité considérée comme une fin et dont "je" suis responsable, se définissant non seulement en soi mais aussi dans sa relation à autrui. Incarnée dans un corps et dans une société où elle doit pouvoir trouver sa place, capable d'initiatives et d'autonomie, la *Personne* a aussi une vie intérieure et spirituelle. Ce sont tous ces paramètres, tout autant que les ressources, le confort, l'hygiène, la santé qui contribuent à sa qualité de vie, au maintien ou à la reconfiguration de son autonomie.

Pour « bien vieillir » et bien vivre ensemble, il faut donc d'abord relever le défi individuel et collectif d'une *nouvelle éthique du regard sur le vieillissement* dans la dynamique des âges de la vie. Dans une région comme la Bretagne où le lien social est resté plutôt plus vivant qu'ailleurs, le maintien d'une qualité suffisante dans la relation intergénérationnelle est un enjeu majeur pour l'avenir.

☞ Le CESER de Bretagne préconise d'adopter une nouvelle *éthique du regard* sur les personnes vieillissantes en perte et reconfiguration d'autonomie, dans une interdépendance sociale et générationnelle qui continue, quel que soit l'âge ou la cotation de son Groupe Iso-Ressources (GIR)...

-A travers l'éducation et l'enseignement, y compris l'éducation populaire, développer une culture du lien social entre les générations contribuant à faire évoluer le regard porté sur les aînés.

-Etre attentif au genre femmes-hommes afin de mieux identifier les différences sexuées entre les personnes vieillissantes. En ce sens, systématiser la sexuation des statistiques (ex : données sur les bénéficiaires de l'APA³³, sur les aidantes et aidants familiaux...).

-Mieux reconnaître et valoriser les services d'utilité sociale rendus par les personnes âgées afin de favoriser un changement de regard

II- Adapter l'habitat pour qu'il soit plus inclusif, évolutif, sain et durable tout au long de la vie

La notion d'habitat, plus globale que celle de logement, favorise une approche transversale et systémique des lieux et conditions de vie des personnes âgées. En effet, si l'on s'intéresse à la qualité de la vie, le logement ne peut être considéré indépendamment de son environnement de proximité : accessibilité des lieux et des services de proximité à la population (ex : commerces du quotidien, services sociaux, médico-sociaux et de santé...), intégration urbaine, économique, sociale, culturelle... Elle favorise la prise en considération des "entre-deux résidentiels", la recherche d'un

³³ Sur le site du Ministère de la santé (DREES), les données trimestrielles sur l'APA ne sont pas sexuées.

"*continuum résidentiel*", d'une certaine "fluidité de l'habitat" de nature à sécuriser les trajectoires du vieillir.

A l'avenir, les technologies de l'autonomie, dont les « gérontechnologies³⁴ », pourraient aider à mieux prévenir ou pallier certaines pertes de capacités et donc favoriser le maintien au domicile. Cependant, malgré la sécurisation qu'elles permettent, elles pourraient, du fait du caractère invasif et intrusif de certaines d'entre elles (ex : télésurveillance), être rejetées par les personnes si elles fragilisent l'estime de soi ou sont perçues comme attentatoires à leur liberté individuelle, à l'intimité de leur vie privée, voire à leur dignité.

Enfin, d'une manière générale, il faut insister sur l'existence de fortes inégalités de ressources financières ou patrimoniales dans la population âgée pour faire face aux enjeux de l'adaptation de l'habitat, d'où la nécessité de développer les soutiens publics et sociaux en direction des populations aux ressources insuffisantes (ex : accessibilité, lutte contre la précarité énergétique...).

☞ Le CESER préconise d'améliorer la qualité de la vie des personnes âgées vivant à domicile ou en établissement, en anticipant et en favorisant la conception initiale et l'adaptation d'un habitat à la fois *inclusif, évolutif, sain et durables*. Favoriser la mixité générationnelle et sociale dans l'habitat et les espaces publics.

-Développer les modalités et structures d'accueil intermédiaires de petite taille à proximité des lieux de vie des personnes (ex : accueils de jour, familles d'accueil...)

-Solvabiliser les personnes aux ressources insuffisantes afin de leur permettre d'adapter leur logement aux normes d'accessibilité et aux besoins de leur habitat.

-Inclure toutes les parties prenantes concernées par l'enjeu de l'adaptation de l'habitat au vieillissement, en particulier les bailleurs sociaux, pour favoriser le consensus dans les solutions locales à mettre en œuvre.

-Favoriser l'accès aux commerces de proximité, y compris en développant une offre de transports adaptée dans les territoires.

III- Favoriser les mobilités réelles et virtuelles pour maintenir l'horizon des possibles

La mobilité des personnes vieillissantes doit faire l'objet d'une approche globale car elle est aussi bien l'effet que la cause de nombreuses autres fonctions de qualité de vie. Dans un environnement sociétal vouant un véritable culte à la vitesse et à la mobilité, les ralentissements liés au vieillissement paraissent de plus en plus difficiles à accepter et à vivre, tant sur le plan personnel que social. En effet, d'une part la diminution de mobilité induit presque systématiquement un risque d'isolement et de rupture sociale pour l'individu – particulièrement dans les territoires moins bien desservis- d'autre part, elle bride son autonomie, sa liberté d'aller et venir pourtant reconnue comme l'un des droits fondamentaux de l'être humain. Une mobilité réduite, y compris par un manque d'accès aux technologies et usages numériques, est une réorganisation du quotidien en même temps qu'une contraction du champ des possibles.

☞ Le CESER préconise de favoriser toutes les formes de mobilité – y compris virtuelles - des personnes vieillissantes vivant à domicile ou en établissement. Ceci est nécessaire, tant sur le plan du maintien des capacités personnelles que sur celui de l'adaptation et de l'accessibilité physique et financière des diverses offres de transport dans les territoires

-Prévenir la perte de mobilité en développant les actions multimodales, par exemple la prévention des réductions de capacités à la conduite automobile et à l'usage des transports en commun.

³⁴ Voir Entretien avec Alain Franco et Vincent Rialle, « Perte d'autonomie et maintien à domicile », revue Esprit juillet 2010, pp85-92 ; Sophie Maréchal, « Des outils numériques pour bien vieillir », Gazette des Communes, 3 janvier 2011, pp30-32

IV- Structurer, former et rendre accessible l'offre de services de qualité de vie aux personnes dans les territoires et valoriser les services d'utilité sociale qu'elles rendent.

D'emblée, il faut souligner les fortes disparités socioéconomiques existantes dans l'accès aux services de qualité de vie contribuant au bien vieillir, en particulier celles liées à l'origine socioprofessionnelle des personnes vieillissantes en perte et reconfiguration d'autonomie. Dans une optique de qualité de vie, les services aux personnes font non seulement système entre eux mais aussi avec l'ensemble des services accessibles à la population dans les territoires.

Il existe une approche courante de ces services qui tend à privilégier le « faire » sur « l'être », en particulier lorsque les aidants professionnels, familiaux ou bénévoles ne disposent pas du temps, des moyens, de la formation ou de l'éthique nécessaires. Or, lorsque la situation de la personne âgée le permet, il apparaît au contraire préférable de quitter cette approche trop exclusivement *matérielle, technique et gestionnaire* des services. Par une sorte d'effet pervers, celle-ci peut, dans certains cas, renforcer son état de dépendance : dans la relation d'aide, le "*faire à la place de*", par une sorte d'« efficacité négative », peut en effet modifier les usages et bousculer la culture de vie quotidienne et les habitudes, renforçant ainsi le sentiment de ne plus être apte, voire de ne plus être.

Par ailleurs, comme déjà signalé en introduction, les services d'utilité sociale rendus par les aînés en reconfiguration d'autonomie sont aussi à considérer comme une ressource pour les autres générations et pas seulement comme une charge : la qualité de la vie, ce sont des services de proximité reçus et aussi des services *offerts ou partagés* sur un mode réciprocaire.

☞ Sortir d'une vision trop exclusivement catégorielle, spécialisée et stigmatisante des services aux personnes âgées, tout en veillant à ne pas « banaliser » les formations et métiers des intervenants gérontologiques.

-Mieux reconnaître le droit de la personne vieillissante à demeurer le principal auteur et acteur de sa vie et, pour ce faire, autant que possible, privilégier la mobilisation de ses capacités personnelles et la prise en considération de sa dignité, de sa parole, de ses désirs, de sa liberté de choix et de sa qualité de citoyen à part entière. Dans les services, faire primer l'« être » et le « faire avec » ; accorder autant d'importance à la qualité relationnelle qu'à la performance économique et opérationnelle (prévenir l'« efficacité négative »)

-Valoriser les services d'utilité sociale rendus par les personnes

-Encourager et valoriser l'initiative locale pour répondre aux besoins des personnes (ex : collectivités locales, associations...)

-Développer l'accessibilité économique et territoriale d'une offre de services de qualité, en intervenant plus spécialement auprès de celles qui sont socialement isolées, en situation de handicap, de maladie ou économiquement défavorisées.

-Poursuivre l'effort de valorisation des métiers des professionnels intervenant auprès des personnes âgées, à domicile ou en établissement et agir pour une meilleure attractivité de ces métiers

-Garantir de bonnes conditions de travail et les ratios d'emploi suffisants pour une meilleure qualité de l'emploi et des services relationnels de qualité.

-Développer la formation initiale et continue de l'ensemble des professionnels concernés, y compris de ceux intervenant sur l'habitat ; favoriser l'interdisciplinarité dans les formations et les passerelles entre les différents métiers afin de mieux coordonner les interventions ultérieures.

-Renforcer la coopération, la coordination, le travail en réseau de l'ensemble des acteurs susceptibles d'améliorer la qualité de la vie des personnes âgées (ex : CLIC). S'agissant de la continuité des soins, améliorer la liaison hôpital-domicile-famille en ne faisant pas l'économie budgétaire et humaine des temps de convalescence et de ressourcement des patients (rôle de l'ARS). Encourager la création de groupements d'employeurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux à l'échelle intercommunale ainsi que le développement de structures de proximité, à taille humaine.

-Améliorer l'accès à l'information des familles sur les aides et services existants dans les territoires ;

-Prévenir la maltraitance favorisée par l'épuisement des aidantes et aidants familiaux, bénévoles et professionnels. Pour les aidants familiaux, qui sont le plus souvent des aidantes, rendre effectif le

droit au repos et au répit, en développant notamment les accueils de jour et d'hébergements temporaires. Soutenir l'innovation sanitaire, sociale et médico-sociale en ce domaine.

-Prendre en compte les contraintes particulières d'éloignement géographique des services à domicile intervenant en milieu rural isolé et renforcer les soutiens publics afférents, y compris sur le plan des conditions de travail des professionnels concernés (ex : temps et coût du transport)

V- Renforcer la prévention et la promotion de la santé dans toutes ses dimensions

A moins de considérer que « la vie est une maladie mortelle », vieillir ne peut, en soi, être considéré comme un processus pathologique. L'enjeu en effet, lorsque l'on aborde la santé des personnes vieillissantes, n'est pas tant de se focaliser sur la seule notion réductrice et stigmatisante de « dépendance » que de parvenir à réinsérer la "sénescence " dans le cheminement des âges de la vie.

Si l'évolution des conditions et modes de vie, les progrès de l'hygiène et de la médecine ont certes permis d'*ajouter des années à la vie* humaine, qui plus est sans incapacité, l'enjeu aujourd'hui est d'imaginer, de manière complémentaire, comment *ajouter de la vie -et du vivre ensemble- aux années*, dans une optique de prévention des pertes d'autonomie et d'optimisation des capacités restantes.

Enfin, lors de l'avancée en âge des personnes, certains accidents de la vie tels que la maladie, les chutes, la perte du conjoint ou de proches, etc., peuvent induire, de manière souvent brutale, une rupture de leur équilibre individuel et social ainsi qu'une perte d'autonomie. Il semble dès lors fondamental de parvenir à une meilleure *anticipation* de ces périodes de rupture pour mieux organiser, collectivement, l'accompagnement des personnes ainsi vulnérabilisées par les événements de vie, pour les sortir de l'isolement et les aider à franchir le cap et à « reconfigurer » leur autonomie, avant que le mal-être et les problèmes de santé ne s'installent. C'est là tout l'enjeu d'*investir* individuellement et collectivement dans la *prévention* même dans un contexte budgétaire de plus en plus contraint.

☞ En prenant pour fondement l'approche globale de la santé prônée par l'Organisation Mondiale de la Santé, considérer que la qualité de la vie personnelle, sociale, culturelle et environnementale ainsi que la prévention sont des facteurs de bien-être et de santé durables aussi importants que le bon fonctionnement des organes pour prévenir la perte d'autonomie et optimiser les capacités des personnes.

-Développer les actions de prévention en consacrant des moyens financiers et humains à la hauteur des enjeux et objectifs pour ne pas en rester à l'affichage politique (ex : prévention des chutes, activités physiques adaptées³⁵...). Améliorer la prévention tout au long de la vie par l'éducation à la santé, l'hygiène de vie, les modes de vie, la nutrition-santé, l'activité physique régulière, le sport santé, la santé au travail...

-Améliorer la coordination territoriale des intervenants des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux publics et privés à but non lucratif et lucratif.

-Engager une réflexion prospective sur les liens entre les conditions de travail, la structure de l'emploi et la survenance de pertes d'autonomie chez les personnes vieillissantes, en impliquant toutes les parties prenantes concernées, en particulier les partenaires sociaux.

VI- Cultiver l'art de vivre ensemble en luttant contre l'isolement social

La probabilité d'être isolé socialement augmente avec l'âge dans tous les territoires. Or, l'étude du CESER de 2007 montre qu'il est important, pour bien vieillir, de cultiver -individuellement et collectivement- le lien social, l'art et le plaisir de bien vivre ensemble à tous les âges de la vie. Les souffrances psychiques liées à la solitude, aux sentiments de relégation et d'inutilité sociale peuvent avoir des conséquences tragiques lorsqu'une société se résigne implicitement à l'abandon et au mal-

³⁵ Exemple : promotion de l'activité physique adaptée dans les maisons de retraite. Actions développées en Bretagne par le Dr Michel Trégaro, DRJSCS Bretagne

être de ses aînés en perte et reconfiguration d'autonomie, qu'ils vivent à leur domicile ou en établissement. Ainsi, cette souffrance psychique liée à la solitude, ajoutée aux pertes d'autonomie, peut conduire la personne âgée jusqu'à la dépression, voire dans certains cas extrêmes, accroître le risque suicidaire. Selon l'Observatoire Régional de Santé de Bretagne (ORSB) la fréquence des suicides augmente avec l'âge, quel que soit le sexe. A titre d'exemple, le taux de mortalité masculine par suicide est multiplié par 6 entre la tranche d'âge des 15-24 ans et celle des 85 ans et plus ».

A l'horizon de 20 à 30 ans, il faut aussi prendre en compte l'évolution des structures familiales et de la mobilité des personnes qui pourraient avoir pour conséquence d'accroître les risques d'isolement, sauf à voir les relations intergénérationnelles se reconstruire avec, par exemple, des rapprochements de résidences entre générations, des relations grands parents/petits enfants plus fortes...

☞ Lutter contre l'isolement social des personnes vieillissantes devrait, bien au-delà du seul principe de précaution sanitaire (ex : plan canicule), être affirmé comme la priorité des priorités de l'ensemble des politiques publiques menées en direction des personnes âgées.

-Valoriser et soutenir publiquement, dans une logique de prévention, toutes les initiatives de solidarité et d'inclusion sociale au plus près des personnes, à domicile comme en établissement, notamment lorsque surviennent des accidents de la vie (ex : maladie, veuvage...).

- En complémentarité avec les services des professionnels et sans se substituer à eux, soutenir le bénévolat d'accompagnement solidaire intergénérationnel proposé par les associations dans les territoires, notamment lorsque l'entourage familial est affaibli ou inexistant, en s'appuyant sur la dynamique associative et de voisinage ; Prendre aussi en compte les limites inhérentes au bénévolat auprès des personnes nécessitant une prise en charge professionnalisée.

-Faciliter l'accès aux outils et l'apprentissage des *usages* numériques contribuant à rompre l'isolement (ex : utilisation des réseaux sociaux numérique par Internet)

-Développer la mixité générationnelle dans l'habitat (ex : étudiants, jeunes ménages et personnes âgées dans le même immeuble).

VII- Maintenir et épanouir la vie culturelle personnelle et intergénérationnelle

Parce qu'une personne vieillissante n'est pas qu'une histoire *de* vie mais encore une histoire *en* vie, la vie culturelle, sous toutes ses formes, favorise le « bien vieillir » et l'inclusion citoyenne et sociale des personnes âgées : d'une part, chaque être humain est porteur d'un patrimoine culturel à transmettre, d'autre part, il s'inscrit aussi, à tout âge, dans une dynamique d'apprentissage et de création culturelle qui regarde vers l'avenir.

☞ Mieux reconnaître les désirs et capacités culturels des personnes. Pour celles qui souhaitent apprendre encore, s'ouvrir au monde, et se cultiver, améliorer l'accessibilité financière, motrice, sensorielle et technologique de l'offre culturelle dans toute sa diversité.

☞ Solliciter le patrimoine culturel immatériel des aînés (ex : Passeurs de mémoire en Finistère)

☞ Donner une plus grande visibilité médiatique aux personnes vieillissantes en perte et reconfiguration d'autonomie car leur présence traduit autant l'image que la société donne d'elle-même que celle qu'elle se donne à elle-même.

Annexe : quelques références pour aller plus loin...

- Etudes du CESER de Bretagne consultables sur www.ceser-bretagne.fr, notamment :
 - « La Bretagne et l'évolution des modes de vie » (Janvier 2004) ;
 - « Perspectives de l'emploi et du travail en Bretagne, pour une volonté anticipatrice » (juin 2005) ;
 - « L'économie sociale en Bretagne » (décembre 2006) ;
 - « Mobilité des populations et territoires de Bretagne à l'horizon 2030 – Réflexions prospectives » (septembre 2007) ;
 - « Bien vieillir en Bretagne – Changer de regard et agir pour mieux vivre ensemble le vieillissement à domicile » (octobre 2007) ;
 - « De l'élaboration de l'offre de formation continue à l'insertion professionnelle » (mars 2010).
 - « A vos marques, prêts, bougez ! En avant pour une région active et sportive » (mars 2010)
 - « Les univers sociaux et culturels des jeunes » (janvier 2011)
- CESER Auvergne : La dépendance de la personne âgée et sa prise en charge en France et en Auvergne, décembre 2010
- CESER Midi-Pyrénées : De la dépendance liée à l'âge, une question de société », décembre 2010
- Assemblée nationale, Rapport sur « la prise en charge des personnes âgées dépendantes », présentée par Valérie Rosso-Debord, juin 2010
- Sénat, Rapport sur la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque, par Alain Vasselle, janvier 2011
- Discours du Président de la République, Nicolas Sarkozy, au CESE le 8 février 2011 en ouverture du débat sur la dépendance
- Site ministériel du débat national sur la dépendance : <http://www.dependance.gouv.fr/>
- Ministère du Travail, de l'Emploi et de la santé, Statistiques de la DREES, <http://www.sante.gouv.fr/direction-de-la-recherche-des-etudes-de-l-evaluation-et-des-statistiques-drees.5876.html>
- ARS, « STATISS 2010 » <http://www.ars.sante.fr/Contexte-regional.79485.0.html>
- INSEE- Octant analyse N°5, septembre 2010, « La Bretagne au défi du vieillissement démographique » ; Octant analyse n°10, décembre 2010, « Projections démographiques à l'horizon 2040 en Bretagne. -DRASS Bretagne : « Etude sur la prise en charge des personnes âgées », septembre 2009
- ORSB, ARS, Région Bretagne « L'état de santé de la population en Bretagne », septembre 2010, www.ars.bretagne.sante.fr , www.orsb.asso.fr ; et « La santé dans les 21 Pays en Bretagne », juin 2010
- CREAI Bretagne, <http://www.creai-bretagne.org/>
- PLATOSS Bretagne : <http://www.platoss-bretagne.fr/>
- CARSAT Bretagne : Journée de l'Assurance retraite, 4 avril 2011, Dossier de presse
- Éric Deschavane et Pierre-Henri Tavoillot, « Philosophie des âges de la vie », Paris, éditions Grasset, 2007
- Revue Esprit, « La vie dans le grand âge », Juillet 2010
- Revue Sciences Humaines, « L'autonomie, nouvelle utopie ? », novembre 2010, pp 30-47
http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=2&ref_id=16714
- Revue Science Humaines, Dossier, « Le retour de la solidarité », février 2011, pp 32-51
- Etude IPSOS, 8/9 octobre 2010, « Les Français et les craintes liées au vieillissement »
- Manifeste GR 31, « Harmoniser et mieux financer les aides à l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap », 1^{er} février 2011
- Conseil général 22, « Côtes d'Armor Magazine », dossier « Accueil des personnes âgées dépendantes – De vrais lieux de vie », n° 95, février 2011
- Région Bretagne : réunion départementale de préparation du Schéma des formations sanitaires et sociales (CPRDF), 24 février 2011, Bruz (35) ; Etude réalisée par le Cabinet Amnyos : « Analyse des besoins en emplois et en qualifications dans les métiers du soin et de l'accompagnement social en Bretagne »-
- Région Bretagne, Etude-action sur la construction d'une filière des services aux personnes, décembre 2007
- Rencontre territoriale organisée à Vitré (35) le 14 février 2011, en ouverture du débat national sur la dépendance, en présence de Mme Roselyne Bachelot, Ministre des solidarités et de la cohésion sociale
- Colloque « Vieillir chez soi – L'habitat en question », organisé par Rennes Métropole, Rennes, les 7-8 avril 2011

Contact au CESER de Bretagne : Fabien Brissot, conseiller technique, 02.99.87.17.63, fabien.brissot@region-bretagne.fr