Sujet élaboré par une cellule pédagogique nationale

CONCOURS INTERNE ET 3ÈME CONCOURS DE RÉDACTEUR TERRITORIAL

SESSION 2019

ÉPREUVE DE NOTE

ÉPREUVE D'ADMISSIBILITÉ :

Rédaction d'une note à partir des éléments d'un dossier portant sur l'un des domaines suivants, au choix du candidat lors de son inscription :

a) **Les finances, les budgets et l'intervention économique des collectivités territoriales ;**
b) **Le droit public en relation avec les missions des collectivités territoriales ;**
c) **L'action sanitaire et sociale des collectivités territoriales ;**
d) **Le droit civil en relation avec les missions des collectivités territoriales.**

Durée : 3 heures
Coefficient : 1

DOMAINE : ACTION SANITAIRE ET SOCIALE DES COLLECTIVITÉS TERRITORIALES

À LIRE ATTENTIVEMENT AVANT DE TRAITER LE SUJET :

- Vous ne devez faire apparaître aucun signe distinctif dans votre copie, ni votre nom ou un nom fictif, ni initiales, ni votre numéro de convocation, ni le nom de votre collectivité employeur, de la commune où vous résidez ou du lieu de la salle d'examen où vous composez, ni nom de collectivité fictif non indiqué dans le sujet, ni signature ou paraphe.
- Sauf consignes particulières figurant dans le sujet, vous devez impérativement utiliser une seule et même couleur non effaçable pour écrire et/ou souligner. Seule l'encre noire ou l'encre bleue est autorisée. L'utilisation de plus d'une couleur, d'une couleur non autorisée, d'un surligneur pourra être considérée comme un signe distinctif.
- Le non-respect des règles ci-dessus peut entraîner l'annulation de la copie par le jury.
- Les feuilles de brouillon ne seront en aucun cas prises en compte.

Ce sujet comprend 26 pages.

Il appartient au candidat de vérifier que le document comprend le nombre de pages indiqué.
S'il est incomplet, en avertir le surveillant.

Vous êtes rédacteur territorial au centre intercommunal d'action sociale de la communauté de communes d'Admicom.

Votre directrice générale des services vous demande de rédiger à son attention, exclusivement à l'aide des documents joints, une note sur la préservation de l'autonomie des personnes âgées à travers la question du logement.

Liste des documents :

Document 1 : « A Québriac, des logements sociaux accueillent les aînés au cœur du bourg (35) » - *caissedesdepotsdesterritoires.fr* - 29 mars 2016 - 2 pages

Document 2 : « Vieillir à sa manière : l'habitat des seniors innove » (extraits) - L. Mettetal et O. Mandon - Note rapide de l'Institut d'aménagement et d'urbanisme Île de France n° 730 - *iau-idf.fr* - Novembre 2016 - 2 pages

Document 3 : « Société de la longévité : déni du vieillir ou désir du bien vieillir ? » - S. Guerin - *telos-eu.com* - 16 février 2018 - 2 pages

Document 4 : « Plus âgée et plus nombreuse : Voilà à quoi ressemblera la population française en 2050 » - *leparisien.fr* - 22 juin 2017 - 1 page

Document 5 : « Mieux comprendre les enjeux de vieillissement, dépendance et perte d'autonomie » - *facilien.fr* - Consulté en mars 2019 - 2 pages

Document 6 : « La colocation, une solution qui permet aux aînés de vieillir comme à la maison » - M. Clemens - *lagazettedescommunes.com* - 6 juin 2018 - 2 pages

Document 7 : « Les cinq chiffres indispensables que vous devez connaître sur la dépendance » - G. Guichard - *lefigaro.fr* - 14 mai 2016 - 1 page

Document 8 : « Décret relatif aux résidences autonomie » (extraits) - Fiche synthétique : j'explique les mesures de la loi - *solidarites-sante.gouv.fr* - 27 mai 2016 - 4 pages

Document 9 : « Habitat et vieillissement : les formules de logements intermédiaires pour personnes âgées, entre le domicile personnel et l'hébergement institutionnel » (extraits) - *audiarg.org* - Octobre 2015 - 4 pages

Document 10 : « Synthèse autonomie des personnes âgées » (extraits) - Observatoire régional de la santé Poitou-Charentes - *ars-poitou-charentes.org* - 2014 - 2 pages

Document 11 : « Guide de l'habitat inclusif pour les personnes handicapées et les personnes âgées » (extraits) - *cnsa.fr* - Novembre 2017 - 2 pages

Documents reproduits avec l'autorisation du C.F.C.

Certains documents peuvent comporter des renvois à des notes ou à des documents non fournis car non indispensables à la compréhension du sujet.

DOCUMENT 1

caissedesdepotsdesterritoires.fr
29 mars 2016

A Québriac, des logements sociaux accueillent les aînés au cœur du bourg (35)

Depuis mai 2015, la commune de Québriac propose douze logements sociaux pour des personnes âgées ou en situation de handicap qui y vivent en toute indépendance, tout en maintenant un lien social au cœur du bourg. Notamment grâce à un espace commun, qui sert également de salle pour des activités municipales ou associatives.

Lorsqu'en 2008, le conseil municipal de Québriac (Ille-et-Vilaine, 1 525 habitants) décide d'engager une opération de logements adaptés aux personnes âgées, les élus souhaitent prendre l'avis des parties prenantes. "Nous avons mis en place une commission composée d'élus, de partenaires œuvrant pour les personnes âgées et d'habitants intéressés par le sujet", indique l'adjointe aux affaires sociales, qui pilote ce dossier, Marie-Madeleine Gamblin. Une enquête de terrain menée auprès des seniors révèle **deux souhaits prioritaires** : disposer de petites maisons indépendantes et maintenir des liens de voisinage.

Un bailleur social partenaire du projet

La commune retient le principe de **logements indépendants** et opte pour douze maisons individuelles de plain-pied, accessibles en fauteuil roulant et disposant d'un espace extérieur privé sur terrasse. Ces logements sont organisés **autour d'une salle commune** avec cuisine aménagée.

Ce cahier des charges en main, elle décide de mettre en concurrence les bailleurs sociaux et retient le bailleur départemental Neotoa, qui créait au même moment un pôle habitat adapté. A l'issue d'un appel d'offres, le **CCAS de Québriac et le bailleur social** ont choisi conjointement un architecte chargé de réaliser cet ensemble de logements, composé de huit T2 et 4 T3, autour d'une salle commune de 40 m^2 et du bureau de la coordinatrice. L'ensemble du programme est livré en mai 2015.

La commune recrute une coordinatrice de vie sociale

"La commune souhaitait mettre l'accent sur le **lien et l'accompagnement social** : elle a recruté à cet effet une **coordinatrice de vie sociale** à mi-temps qui anime l'espace collectif", indique l'élue. La coordinatrice propose des activités et des rencontres deux à trois fois par semaine et apporte également un soutien plus personnalisé à la demande. Le bilan est positif. La coordinatrice de vie sociale se félicite de constater que, globalement, les personnes âgées participent volontiers aux animations. Rien ne les y oblige, mais chaque locataire en entrant au Courtil Noé a connaissance du projet social et de ce principe d'animation. Cet accord du locataire est concrétisé par une **participation au financement**

de cette animation sur la base d'un forfait : 30 € par mois pour une personne seule, 50 € pour un couple.

Convergence d'animations et d'activités

La coordinatrice travaille avec des **associations locales** qui proposent des animations dans la salle commune : prêt de jeux avec la ludothèque, sélection de livres avec la bibliothèque, activités intergénérationnelles avec les enfants de la halte-garderie, spectacles avec le réseau des assistantes maternelles, bricolage avec les enfants dans le cadre des temps d'activité périscolaires... "Les acteurs impliqués dans la vie sociale et culturelle se sont mobilisés très rapidement, se félicite l'élue. Nous souhaitons à terme développer des animations en nous appuyant sur les compétences des bénévoles de la commune". En outre, la commune a racheté au bailleur Néotoa la salle, ce qui lui permet de la mettre à disposition certains soirs pour des activités municipales ou associatives.

Projet intégré dans le réseau gérontologique local

Même si l'accompagnement médical, sanitaire et le suivi social sont pris en charge par les professionnels libéraux et associatifs, la **coordinatrice joue un rôle primordial** auprès du locataire et de sa famille. Lorsque l'autonomie d'un locataire commence à diminuer par exemple, elle est un **maillon essentiel** pour préciser les besoins avec les services d'aide à domicile.

Partenaire du réseau gérontologique de secteur qui regroupe le Clic, les Ehpad, le SSIAD... le village du Courtil Noé prévoit également d'accompagner le parcours résidentiel de ses locataires perdant leur autonomie, vers des établissements plus adaptés.

Eléments financiers

Construit par le bailleur Neotoa sur un terrain lui appartenant, le village du Courtil Noé a bénéficié d'une subvention d'équilibre apportée par la commune de Québriac à hauteur de 25 000 €. Par ailleurs, la commune a racheté au bailleur la salle commune pour un montant de 158 000 €, aidée par un fonds de concours de la communauté de communes Bretagne Romantique et une subvention de la fondation Abbé-Pierre (25 000 € de chacun). La fondation de France (7 000 €) et une fondation privée (5 000 €) ont aidé au financement de l'équipement de la salle commune.
Le coût de fonctionnement annuel du village est de 35 000 € : 15 000 € sont financés par le département, 4 500 € sont payés par les locataires du village. La fondation de France apporte une aide au démarrage de 7 000 € par an pendant 2 ans.

iau-idf.fr
Note rapide n° 730
L. Mettetal et O. Mandon
Novembre 2016
Extraits

DOCUMENT 2

VIEILLIR À SA MANIÈRE : L'HABITAT DES SENIORS INNOVE

EN RÉPONSE AUX ENJEUX DU VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION, DE NOUVELLES FORMES D'HABITAT TÉMOIGNENT D'UNE VOLONTÉ D'ENRICHIR UNE OFFRE JUSQUE-LÀ BINAIRE, ENTRE DOMICILE ET HÉBERGEMENT INSTITUTIONNEL. CES ALTERNATIVES ILLUSTRENT UNE MEILLEURE PRISE EN COMPTE DU LIBRE CHOIX DES SENIORS ET PROPOSENT DIFFÉRENTS MODES D'ACCOMPAGNEMENT DE LA VIEILLESSE. [...]

LA PRISE EN COMPTE DU VIEILLISSEMENT PAR L'ACTION PUBLIQUE

En France, la réflexion publique s'illustre par les termes d'un **vieux débat,** néanmoins toujours d'actualité, qui **oppose vieillir à domicile et vieillir en institution**, chacune des « options » ayant leurs contraintes et leurs limites. D'un côté, les **risques liés à la solitude et la crainte de l'isolement social,** de l'autre, la **confiscation de son autonomie et des décisions de la vie quotidienne**.

Des politiques publiques focalisées sur la dépendance

Ce sont les risques inhérents à la dépendance et à la précarité qui ont longtemps guidé l'action publique, privilégiant la protection et la sécurité de la personne âgée, au détriment de sa dignité et de son identité [Feller, 1997].

En 1962, le rapport Laroque rompt avec la politique d'institutionnalisation des personnes âgées et définit ce que devrait être une politique publique qui permet aux personnes âgées de conserver leur place dans la société. Son objectif : éviter l'exclusion et l'institutionnalisation par le biais du soutien à domicile, dont la finalité éthique est le respect du libre choix et de l'autonomie.

Force est de constater que la réflexion politique s'est progressivement éloignée de l'approche « inclusive » de Pierre Laroque, et l'accroissement du nombre de personnes très âgées a amené les pouvoirs publics à **structurer le paysage médico-social de manière binaire**, en séparant le public accueilli en deux groupes distincts : les plus ou moins valides en établissements d'hébergement pour personnes âgées (Ehpa, non médicalisé), les plus ou moins dépendants en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad, médicalisé).

Le libre choix : vers une approche moins homogène et collective du vieillissement

En 2015, la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement **renoue avec l'objectif** assigné par Pierre Laroque, en appréhendant le phénomène du vieillissement dans sa globalité et dans sa diversité. Porteuse d'un changement de regard sur la vieillesse, elle marque la volonté de proposer des réponses adaptées à la variété des parcours de vie.

Le texte prévoit notamment l'adaptation de 80 000 logements, l'instauration d'un « droit au répit » pour les aidants, et la revalorisation de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). La loi envisage également la modernisation des logements-foyers, rebaptisés **résidences autonomie.** Une manière de reconnaître les atouts de ces structures économiquement abordables, à mi-chemin entre domicile et hébergement collectif.

Enfin, la loi met l'accent sur le **développement de l'offre d'habitat intermédiaire**, de petites unités de vie en habitat regroupé, partagé, protégé ou intergénérationnel, au sein desquelles les personnes âgées trouvent à la fois sécurité et convivialité.

L'HABITAT ALTERNATIF : ENTRE INNOVATIONS ET « REDIFFUSION »

Parmi ces formes d'habitat que l'on peut qualifier d'hybrides, certaines se sont déployées dès les années 1980 [...]. Aujourd'hui, des alternatives d'un genre nouveau voient le jour hors champ médico-social et sa réglementation, dans le droit commun du logement. Qu'il s'agisse d'initiatives portées par les habitants eux-mêmes, par le monde associatif, les bailleurs sociaux, ou des acteurs privés encouragés par le marché florissant de la « silver économie », elles ont en commun le **souhait de vouloir préserver l'autonomie et de favoriser une certaine sociabilité**.

L'intergénérationnel ou les solidarités du quotidien

Il s'agit de **favoriser les liens et les solidarités entre générations**, sous la forme de colocation privée, de mixité au sein d'un immeuble d'habitation, ou d'ingénierie sociale. [...]

La colocation intergénérationnelle, qui réunit sous un même toit un jeune et une personne âgée, répond à deux enjeux : **la solitude des seniors et la pénurie de logements pour les jeunes**. Plusieurs associations l'ont initiée. Ces dernières sont confrontées à une forte demande, souvent d'étudiants originaires de province qui peinent à trouver une offre suffisante du côté des personnes âgées, parfois réticentes à partager leur intimité. Les candidats sont très majoritairement des femmes de plus de 80 ans, souhaitant privilégier l'accueil d'une jeune fille. Différentes formules financières sont proposées, selon l'engagement de présence du jeune auprès de la personne âgée.

Depuis quelques années, les promoteurs immobiliers et les bailleurs sociaux proposent aux communes des projets d'habitat comprenant un « quota » de logements destinés aux personnes âgées. En Île-de-France, Marianne Développement à Menucourt (Oise), Icade à Cergy (Val-d'Oise), ou encore Habitat et Humanisme à Jouy-en-Josas (Yvelines), élaborent des programmes associant une architecture adaptée et des services à la carte (surveillance, aide aux petits travaux, activités de loisirs, mais aussi suivi personnalisé aux personnes en perte d'autonomie). [...]

L'habitat autogéré : quand les seniors prennent la main

L'habitat participatif ou autogéré résulte d'un **projet commun et d'une volonté de respecter le libre choix de la personne âgée**. Les seniors se constituent en collectif pour concevoir un habitat correspondant à un mode de vie et des valeurs partagés.

Il y a dix ans, le concept a été fortement médiatisé par les Babayagas à Montreuil. Un groupe de femmes souhaitaient vivre ensemble leur vieillesse, en toute autonomie et selon un principe d'entraide et d'autogestion. En 2016, l'association ToitMoiNous, à Villeneuve-d'Ascq (Nord), finalise son projet inter-générationnel. Initialement prévu pour des seniors, il a été ouvert à des familles séduites par l'idée du partage, et à des profils sociaux variés. Il sera complété par des espaces partagés : salle commune, chambre d'hôte, buanderie, jardin et atelier. Tous les membres ont participé à la conception architecturale du bâtiment, et l'ensemble du projet est porté par le bailleur social Notre Logis.

L'habitat groupé : vivre ensemble, chacun chez soi

Si l'habitat groupé ne date pas d'hier, il connaît aujourd'hui un regain d'intérêt. Les béguinages, la forme la plus célèbre, venant du Nord de la France, sont des **ensembles d'habitations individuelles reliées les unes aux autres par des coursives et occupées par des seniors éligibles au logement social**. Ces villages dans la ville proposent une architecture propice à un mode de vie convivial, voire communautaire, et sécurisé. Les bailleurs sociaux initient de nouveaux programmes en mettant l'accent sur une architecture adaptée et la mutualisation de services répondant aux besoins des seniors. Des programmes géographiquement proches de l'Île-de-France ont pu voir le jour, dans les communes d'Allonne, Ivry-le-Temple ou Noailles (Oise), par exemple.

En parallèle, les logements-foyers créés dans les années 1950-1960 et offrant un habitat adapté aux personnes âgées (valides ou en légère perte d'autonomie) sont amenés à être rénovés et renommés par la même occasion en « résidences autonomie ». Offrant peu de prestations aux locataires, le coût mensuel, variant de 500 à 900 euros, permet néanmoins la présence permanente d'un professionnel et, pour un tiers des résidences, un service de restauration. Les centres sociaux communaux prennent en charge les animations.

Conserver une logique « domicile » grâce à un foisonnement de services

Historiquement développés au sein du parc privé, à l'image des résidences haut de gamme à destination de seniors en quête d'un environnement sécurisé, l'offre de services adaptés au vieillissement est devenue une **préoccupation des bailleurs sociaux.**

Dans le parc privé, le secteur des résidences services est en pleine expansion. Il s'agit d'appartements individuels à destination des personnes âgées, plutôt aisées et plutôt autonomes, désirant conserver un mode de vie indépendant tout en bénéficiant de services et d'un accompagnement quotidiens. Plus ou moins calqués sur le modèle des *sun cities* américaines, les villages seniors, très présents dans le sud de la France, s'adressent à une population de jeunes retraités encore actifs aspirant à vivre au sein d'une copropriété conviviale.

DOCUMENT 3

telos-eu.com
S. Guérin
16 février 2018

Société de la longévité : déni du vieillir ou désir du bien vieillir ?

Les récents mouvements sociaux dans les maisons de retraite ont permis d'inscrire dans l'agenda politico-médiatique la question de la condition des aînés. Souvent à partir d'analyses misérabilistes et centrées sur la seule problématique des moyens. Or le sujet est bien plus large : il concerne d'abord notre capacité – ou plutôt notre incapacité – à ***penser la société de la longévité****. Face à la nouvelle donne démographique, il faudra bien choisir entre le déni du vieillir et le désir du bien vieillir. Le premier, idéologiquement dominant, repose sur* ***une culture d'injonctions hygiénistes, sur des représentations sociales très négatives*** *de l'avancée en âge, et sur la conviction partagée par les élites, les médias et une part importante du corps social qu'une société qui prend l'âge forme une malédiction économique, une défaite culturelle, un échec moral. Michel de Certeau, signalait que la technologie devait nous faire oublier la maladie, la faiblesse et la mort [1]. C'est-à-dire les trois adjectifs associés pour beaucoup au vieillissement…*

Pour une société accompagnante

Si pour beaucoup, un monde qui prend des rides ouvre à la guerre des générations, à l'inverse, il est possible de penser une **société de la longévité solidaire**. Elle engage à inventer un nouveau contrat social, oblige à penser les apports de la prévention et favorise l'innovation technologique et sociale en faveur du bien vieillir.

Comment définir le bien vieillir ? S'agit-il de « vieillir longtemps » ou de « vieillir jeune » ? Est-ce d'abord être en forme, plaire, faire jeune ? A l'inverse, bien vieillir ce n'est pas battre des records sportifs, s'affronter avec des plus jeunes, récuser son âge, jongler entre déni et défi, courir après une jeunesse perdue... En tout cas cela ne résume pas pour l'immense majorité des personnes l'intérêt de bénéficier d'une vie plus longue. **L'enjeu n'est-il pas de vieillir dans la convivialité, de développer des liens sociaux, de participer à la vie commune, d'être un contemporain ?** Bien vieillir serait en premier lieu la capacité à avancer en âge en bonne forme et en acceptant, avec un minimum de recul, les années qui s'ajoutent. La problématique d'une avancée en âge sereine repose sur la capacité à maintenir et développer le plaisir et le sens de vivre, à entretenir un capital social, au sens de Robert Putnam, où il s'agit de la **capacité de l'individu à rester en lien avec les autres**, avec ses semblables [2]. Bref à se sentir bien dans sa peau, bien avec son âge, bien dans sa relation au monde. Un monde qui se compose de diverses générations. L'enjeu du bien vieillir n'est pas de répondre à une norme imposée par la société jeuniste où le « bon vieux » serait celui qui ne gêne personne, reste jeune, se met en retrait du jeu social. Et ne coûte rien à la société. L'enjeu n'est pas, non plus, de chercher à imposer une autre norme qui soit simplement l'opposé du jeunisme. **La démarche vise à répondre aux attentes et besoins évolutifs des personnes en évitant la stigmatisation et en accompagnant un parcours favorable à la poursuite de l'autonomie.**

Le bien vieillir doit s'inscrire dans une dynamique, une attitude, une manière de vivre dans l'histoire, tout en préservant, dans la mesure du possible, des capacités physiques et neurologiques favorisant l'autonomie. **Dans cette optique, l'habitat est un axe central – et même identitaire** – pour les personnes qui avancent en âge. Dans une perspective d'autonomie, le **triptyque logement-habitat-environnement** participe d'une approche globale. […]

Le triptyque logement-habitat-environnement, levier de la prévention

L'habitat participe directement, ici et maintenant, d'une dynamique de prévention et d'allongement de la vie à domicile. Une démarche qui s'appuie sur une **approche architecturale favorable à la santé et à la prévention** (cloisons modulables, domotique peu intrusive, escaliers pouvant être complétés d'assistance, douche à l'italienne installée...), des **services à la carte facilitant la qualité de vie** (sécurité, systèmes de confort, offre de téléassistance, moniteurs d'activités physique adaptés...), et des **innovations sociales, favorables au développement de liens sociaux, et technologiques**, autour en particulier de la domotique de protection et de suivi de santé et de la robotique de service. [...]

Sortir de l'opposition stérile domicile vs. maison de retraite

Plus largement, la **prévention par le mode de vie devrait être l'axe structurant de la société de la longévité**. Cela concerne en particulier la nutrition et l'activité physique : disposer à proximité, par exemple, d'une salle de sport et d'un accès à des vélos et à des vélos électriques, avec organisation d'un service de réparation intégré.

Dans cette approche, vivre à domicile plus longtemps pose la problématique du « chez soi ». Selon les résultats du Baromètre Fondation Korian pour le bien vieillir/ Ipsos [3], **le chez soi se définit d'abord** par la possibilité de vivre à son rythme (63 %), par la préservation de l'intimité (53 %), par la possibilité de communiquer avec d'autres en toute liberté (45 %). Vient ensuite le fait de pouvoir pratiquer divers activités (37 %) et de disposer d'un espace à soi (36 %).

Le « maintien à domicile » participe d'une approche normative portée par la contrainte. Une pensée plus fine est préférable : accompagner, dans un espace adapté et désirable, la personne en fonction de ses choix et de ses possibilités.

L'attente des personnes c'est de vivre là où elles se sentent le mieux, où elles sont bien accompagnées et en ayant un chez soi. **L'enjeu est donc d'accompagner la vie sociale des plus âgés tout en préservant leur autonomie et leur liberté.** C'est de proposer un environnement et un accompagnement adaptés, visant à soutenir et renforcer les potentialités de la personne âgée. Cela peut se dérouler au domicile habituel, dans un établissement collectif, médicalisé ou non. Rappelons aussi que pour certaines personnes en forte perte d'autonomie et isolées, la vie à domicile peut se révéler plus onéreuse que d'habiter dans un lieu collectif et être moins protectrice en termes d'intimité.

Ne parlons plus, donc, de maintien, mais de soutien. Une politique de l'âge est à repenser. Son principe devrait être de développer une approche, des pratiques et des attitudes en faveur de la préservation de l'autonomie des personnes, de leurs potentialités, de leur droit de prendre des risques et du plaisir à vivre.

[1] Michel de Certeau, L'Invention du quotidien, Gallimard, folio, 1990.
[2] Robert D. Putnam, "Bowling alone. America's Declining social Capital", Journal of Democraty, 1995.
[3] Baromètre Ipsos/Fondation Korian pour le Bien vieillir, février 2017.

DOCUMENT 4

leparisien.fr
22 juin 2017

Plus âgée et plus nombreuse : Voilà à quoi ressemblera la population française en 2050

D'ici trente ans, près de 16% de la population aura plus de 75 ans…

En 2050, la France aura quelques années de plus au compteur… et ses habitants aussi. L'Insee dévoile ce jeudi ses projections d'évolution démographique de notre pays dans les prochaines années. Si l'institut anticipe **74 millions d'habitants à l'horizon 2050** (+ 8,2 millions par rapport à 2013), une **grande partie sera âgée de plus de 65 ans**.

« Le vieillissement généralisé de la population reposerait principalement sur l'arrivée aux grands âges des enfants du baby-boom, nés entre 1945 et 1975 » explique l'Insee. Ainsi, la France devrait compter 20 millions de personnes de plus de 65 ans, dont 12 millions âgés de plus de 75 ans. Au final, les seniors représenteront **27 %** de la population (17,5 % aujourd'hui).

Des régions plus vieilles que d'autres

Si toute la métropole va prendre de l'âge, plusieurs régions compteront - en proportion – beaucoup plus de retraités. Dans le Grand Est, en Bourgogne Franche-Comté et en Normandie, la part des seniors va augmenter de 10 points. La Bretagne, le Pays de la Loire et la Corse devraient quant à elles voir leur population de seniors augmenter fortement. « Les décès deviendraient ainsi supérieurs aux naissances dans de nombreuses régions » note l'Insee.

Cette augmentation généralisée va aussi affecter le rapport entre générations. Ainsi, l'écart entre « jeunes » (moins de 20 ans) et « seniors » va se creuser largement. En 2013, l'Insee comptait 71 seniors pour 100 jeunes. En 2050, le rapport devrait s'inverser puisque l'étude annonce **122 seniors pour 100 jeunes**.

Un classement modifié

Ces changements démographiques vont aussi bouleverser le classement des régions en nombre d'habitants. Si l'Ile-de-France (13,2 millions d'habitants en 2050) et Auvergne-Rhône-Alpes (9,5 millions) garderont les premières places, « la Bretagne deviendrait plus peuplée que la Normandie, tandis que l'Occitanie et la Nouvelle-Aquitaine auraient plus d'habitants que les Hauts-de-France » affirme l'Insee. […]

DOCUMENT 5

facilien.fr
Consulté en mars 2019

Mieux comprendre les enjeux de vieillissement, dépendance et perte d'autonomie

« Vieillissement, dépendance, perte d'autonomie »... Voilà des mots que vous entendez sans doute régulièrement en écoutant la radio ou la télévision sans forcément savoir précisément ce qu'ils recouvrent.

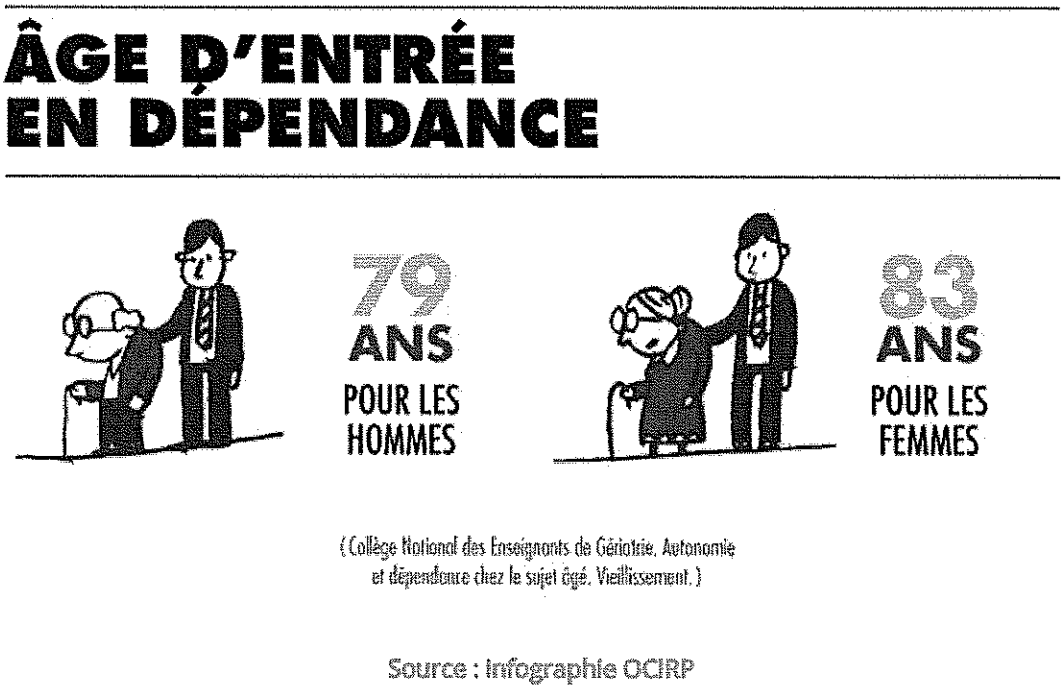
Source : Infographie OCIRP

Pour cette raison, nous souhaitons partager avec vous cette infographie réalisée par l'OCIRP (Organisme Commun des Institutions de Rente et de Prévoyance) et qui a le mérite de faire le point clairement sur la situation et l'évolution des problèmes de dépendance et de perte d'autonomie :

De quoi s'agit-il ? Quelles en sont les causes ? Prédictions d'évolutions ? Coût de la dépendance ? Qui sont les aidants... Tant de questions qui permettent d'y voir plus clair sur ces termes que l'on entend sans en connaître précisément l'ampleur ou les enjeux.

Informations à retenir de cette infographie :

- **Le nombre de personnes dépendantes va doubler en 50 ans :** de 1,2 million en 2010 à 2,3 millions en 2060
- **L'espérance de vie augmente :** En 30 ans, de 1990 à 2020 l'espérance de vie des hommes aura augmenté de 5 ans (passée de 72 à 77 ans) et de 6 ans pour les femmes (de 80 à 86 ans)
- 53 % des aidants sont des femmes et 47 % des aidants travaillent
- **La dépendance représente un coût non négligeable pour les familles :** 1 000 € en moyenne restent à charge des personnes dépendantes et de leurs familles chaque mois
- **La dépendance est un sujet qui inquiète :** 67 % des français sont préoccupés pour eux-mêmes et 78 % des français sont préoccupés pour leurs parents



Source : Infographie OCIRP

DOCUMENT 6

lagazettedescommunes.com
M. Clemens
6 juin 2018

La colocation, une solution qui permet aux aînés de vieillir comme à la maison

Le logement des personnes âgées dépendantes devient une problématique majeure. Le maintien à domicile est la piste préconisée par les acteurs du secteur. Les villes et les villages ruraux cherchent des solutions pour permettre à leurs aînés de rester sur leur lieu de vie, dans des habitations à taille humaine. La colocation de 7 personnes est l'équation trouvée par la société Ages et Vie pour répondre à une double exigence : petite structure et rentabilité économique. [...]

[Etalans, Doubs, 1 500 hab.] J.-M.Roussel a toujours été convaincu qu'en matière de grand âge, il manquait une **structure intermédiaire** entre la maison individuelle et l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), « avec ses interminables couloirs », dit-il. Alors, en 2008, sitôt élu maire du village d'Etalans, il a favorisé la concrétisation d'un projet de **maison intergénérationnelle** que la société Ages et Vie, qui venait d'en lancer le concept, se proposait de construire dans ce bourg-centre intermédiaire situé en zone rurale, sur le plateau jurassien. « Sans doute la taille idéale », juge-t-il aujourd'hui. Et c'est ainsi qu'a ouvert, en 2011, la première des deux maisons de la commune.

Créées à Besançon pour **permettre à des personnes en perte de dépendance de continuer à vivre dans leur cadre de vie**, ces maisons réunissent deux fois 7 colocataires âgés pour six emplois d'auxiliaires de vie, dont quatre vivent sur place, en famille, dans des appartements situés à l'étage. Les maisons ont été fondées par la société Ages et Vie, qui s'adressait au départ essentiellement aux grandes communes rurales. A l'origine, même, elle leur proposait un partenariat : « Nous leur demandions de nous donner le terrain et de s'engager sur une partie du risque », explique N. Perrette, l'un des trois cofondateurs de la société. En échange, les communes pouvaient proposer à leurs aînés un hébergement à taille humaine, dans leur village, à un tarif équivalent à celui d'un Ehpad. Une **initiative privée, certes, mais fléchée par la collectivité comme un service public**. C'est en effet une demande des communes que la maison soit perçue comme telle, même si elle n'est pas un service communal. Elle ne coûte rien à la collectivité tout en lui rapportant de la taxe foncière et de la taxe d'habitation.

Maison Âges et Vie

N. Perrette et S. Vouillot, autre cofondateur, ex-attachés parlementaires de P. Guinchard-Kunstler, secrétaire d'Etat chargée des Personnes âgées du gouvernement Jospin, ont constaté, au cours de leur mission, le **chaînon manquant de l'hébergement de personnes en perte d'autonomie**. L'idée de colocation est née de là, et réside dans une double exigence : de l'habitat à taille humaine, mais économiquement viable. Un lieu de vie où les personnes âgées peuvent résider jusqu'à la fin de leurs jours en suivant un rythme familial,

avec des auxiliaires de vie assurant toutes les tâches et avec lesquelles s'instaure une vraie relation.

Concrètement, le concept est celui d'un grand appartement ou d'une maison de 350 m² pour 7 personnes. Ces dernières disposent d'une chambre individuelle et d'un espace collectif, vaste pièce à vivre avec une cuisine ouverte où elles peuvent participer à la préparation des repas avec les **auxiliaires qui jouent un rôle de maîtresse de maison**. Aujourd'hui, pour faciliter le travail des auxiliaires de vie et la rotation du personnel d'astreinte la nuit, la société favorise le voisinage de deux maisons de 7 personnes.

À Etalans, au sein de la première maison Ages et Vie, 2/3 des 7 résidents sont originaires du village. « Le profil type, c'est un propriétaire de maison individuelle des années 70 qui a beaucoup de surface et de jardin à entretenir, et pour lequel ça devient difficile avec l'âge », décrit J.-M. Roussel. La réussite du projet dans ce bourg-centre tient à la **proximité immédiate d'un pôle médical** regroupant pharmacie, médecins, infirmières, kiné et ostéopathe. Le maire est d'avis que le concept pourrait être optimisé s'il fonctionnait avec le **commerce local**.

Optimiser deux habitations

Quoi qu'il en soit, son équipe municipale, **attachée au lien social**, a accepté de lancer une deuxième maison, inaugurée fin 2017. « Nous n'avions pas imaginé une deuxième maison, mais Ages et Vie y voyait la possibilité d'optimiser les deux habitations ; et nous celle de créer du service et des emplois. Cela ne s'est pas fait dans les mêmes conditions, car la société a une structure financière. Nous leur avons vendu le terrain sur les bases de l'estimation du service des domaines », confie l'édile.

« La force d'un village, c'est aussi le **vivre-ensemble**. Si nous en créons les conditions, nous obtiendrons une attractivité économique, estime-t-il. Ce maillage avec le privé me va mieux qu'un système qui ne tiendrait pas la route. »

FOCUS

« L'effet du petit groupe permet une intégration rapide » - N. Perrette, dirigeant et fondateur de la société Ages et Vie

« La moyenne d'âge de nos résidents est de 89 ans. Ce sont des personnes qui ne peuvent plus rester chez elles. Elles ne viennent donc pas par plaisir, mais arrivent dans un cadre apaisé, sécurisé et familial. L'effet du petit groupe permet une intégration rapide et évite les chocs psychologiques forts.
Nous avons trois intervenantes salariées qui assurent toutes les tâches pour 7 résidents. Elles peuvent approfondir la relation et détecter des problèmes de santé. Elles reçoivent toutes une formation préalable, puis continue, à travers laquelle nous recadrons ce que nous nommons l'âge-et-vitude, c'est-à-dire la capacité à être solidaire mais responsable. Nous y faisons systématiquement intervenir une formatrice psychologue pour les aider à fixer les limites professionnelles et le savoir-être. »

DOCUMENT 7

lefigaro.fr
G. Guichard
14 mai 2016

Les cinq chiffres indispensables que vous devez connaître sur la dépendance

Le vieillissement de la population va accroître les besoins en matière de dépendance. Un seul exemple : la population âgée de plus de 75 ans va augmenter de 72 % d'ici 2060.

La journée de solidarité, qui rapportera cette année 2,29 milliards d'€ pour financer la dépendance des personnes âgées et des handicapés, était initialement fixée au lundi de Pentecôte. [...] L'occasion de revenir sur un phénomène en pleine progression.

+72 %
La part de la population de plus de 75 ans augmentera de 72 % d'ici à 2060, d'après l'Insee. En cause, les générations du baby-boom qui alimenteront... le papy-boom. Le nombre de personnes de plus de 85 ans, elles, triplera. Par ailleurs, « dans cinquante ans, la France pourrait compter 200 000 centenaires, soit 13 fois plus qu'aujourd'hui, indique l'Insee. Si les conditions d'espérance de vie sont meilleures que prévu, ils pourraient être 380 000 en 2060, contre 120 000 dans le cas contraire ».

1,3 million
C'est le nombre de personnes âgées dépendantes, aujourd'hui. Grâce aux progrès de la médecine et à l'amélioration des conditions de vie, il n'est pas certain qu'il augmente aussi rapidement que le vieillissement de la population. « L'âge moyen de la dépendance, aujourd'hui autour de 83 ans, recule régulièrement, temporise S. Boissard, directrice du groupe de maisons de retraite Korian. Autrement dit, à l'échelle d'une vie, le risque de dépendance surviendra plus tard, et pas forcément pour une durée plus longue. »

24 milliards d'€
La France alloue aujourd'hui 24 milliards d'€ au financement public de la dépendance, soit environ 1 % de la richesse nationale. Cette somme recouvre les dépenses de santé, d'hébergement, de prise en charge médico-sociale. Il faut y ajouter les dépenses à la charge des ménages, estimées à environ 7,2 milliards d'€. « À l'horizon 2060, la dépense publique consacrée à la perte d'autonomie devrait passer, en l'absence de réforme, à 35 milliards d'€, soit 1,77 point de PIB », estimait un rapport officiel publié en 2014. La somme à la charge des ménages augmentera elle aussi pour atteindre 16 milliards.

7,2 milliards d'€
C'est la somme consacrée par les ménages aux dépenses de dépendance, en plus des aides publiques. Ce chiffre devrait plus que doubler d'ici 2060 pour atteindre 16,6 milliards d'€, d'après le rapport du ministère de la Santé et des affaires sociales de 2014.

600 000
C'est le nombre de places disponibles en maison de retraite en France. 488 600 personnes vivaient dans ces structures en 2009, d'après une étude de l'Insee de 2013. L'âge moyen des résidents y est de 84 ans, contre 80 ans en 1990.

solidarites-sante.gouv.fr
27 mai 2016
Extraits

DOCUMENT 8

Loi « Adaptation de la société au vieillissement » (ASV)

—

Fiche synthétique : J'explique les mesures de la loi

Décret relatif aux résidences autonomie

Décret n° 2016-696 du 27 mai 2016 relatif aux résidences autonomie et portant diverses dispositions relatives aux établissements sociaux et médico-sociaux pour personnes âgées.

Le décret n° 2016-696 du 27 mai 2016 pris en application de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement concernant les « résidences autonomie » a été publié au journal officiel, le 29 mai 2016. Les premières mesures de ce texte entreront en vigueur, le 1er juillet 2016.

La loi prévoit d'une part de renommer les logements foyers, « résidences autonomie », et leur confère une mission de prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées.

Le contenu du décret se décline en 5 points :

- 1. Prestations minimales délivrées par les résidences autonomie.
- 2. Forfait autonomie.
- 3. Règles relatives aux publics accueillis en résidences autonomie.
- 4. Délaisde préavis pour la résiliation des contrats de séjour.
- 5. Modalitésd'entrée en vigueur.

Notice : Afin de promouvoir les résidences autonomie dans le panel des différentes formes d'habitat avec services et de renforcer leur rôle en matière de prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées, le décret modifie la partie réglementaire du code de l'action sociale et des familles (CASF) pour définir la liste des prestations minimales, individuelles ou collectives, délivrées par ces établissements. Il définit également les dépenses prises en charge par le forfait autonomie, ainsi que les conditions de son attribution aux résidences autonomie, par les départements, ou le cas échéant par les métropoles, dans le cadre de la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées. Il prévoit le contenu et les modalités de transmission aux ARS des autorisations délivrées par les conseils départementaux aux résidences autonomie. Ce décret précise en outre les règles relatives aux publics accueillis dans les résidences autonomie ainsi que dans les EHPAD, notamment au regard de leur degré d'autonomie ainsi que les délais de préavis qui s'imposent à la personne accueillie ou au gestionnaire pour toute résiliation du contrat de séjour dans un établissement social et médico-social pour personnes âgées.

Les résidences autonomie : Acteurs essentiels de la prévention de la perte d'autonomie

Une des ambitions de la loi d'adaptation de la société au vieillissement (ASV) est de permettre aux personnes âgées de préserver au mieux leur autonomie, en leur apportant un soutien en fonction de leurs besoins. Les habitats avec services participent à cette démarche. La loi renforce le rôle et la place des résidences autonomie dans le panel des « habitats intermédiaires », notamment avec la modernisation de cette offre et la valorisation de sa mission de prévention (ouverture sur la cité, en associant des personnes âgées extérieures et financement des actions de prévention de la perte d'autonomie, avec le forfait autonomie).

Les objectifs de la loi ASV concernant les résidences autonomie sont :

- un meilleur accompagnement de la personne âgée dans son parcours de vie, en déployant une stratégie de prévention de la perte d'autonomie ;
- une simplification de la réglementation pour les gestionnaires.

Les enjeux sont de :

- développer et améliorer l'offre de logements intermédiaires pour apporter une réponse adaptée au besoin d'habitat et de services aux personnes âgées et rompre l'isolement ;
- développer une culture de prévention et d'autonomie.

En bref : Quelques précisions sur les 5 points abordés dans ce décret :

- 1. Prestations minimales délivrées par les résidences autonomie
- Garantir la qualité d'accueil des résidents et une souplesse de mise en œuvre des prestations pour les gestionnaires
  - Liste des prestations minimales :
  - Prestations d'administration générale (dont état des lieux d'entrée et de sortie) ;
  - Mise à disposition d'un logement et de locaux collectifs (+ entretien pour les locaux collectifs) ;
  - Offre d'actions collectives et individuelles de prévention de la perte d'autonomie ;
  - Accès à un service de restauration par tous moyens ;
  - Accès à un service de blanchisserie par tous moyens ;
  - Accès aux moyens de communication, y compris internet, dans tout ou partie de l'établissement ;
  - Accès à un dispositif de sécurité 24h/24h apportant aux résidents une assistance par tous moyens permettant de se signaler ;
  - Prestations d'animation de la vie sociale (internes et externes).

[1] CASF : Code de l'action sociale et des familles.
[2] CCH : Code de la construction et de l'habitation.

[...]

Une résidence autonomie et une résidence services ?

Une résidence services est un ensemble d'habitations constitué de logements autonomes permettant aux occupants de bénéficier de services spécifiques non individualisables (au sens de l'article L. 631-13 du code de la construction et de l'habitation). Elle ne relève pas du CASF.

C'est une offre commerciale, correspondant cependant quelquefois à une offre de logement social, relevant de l'initiative privée et individuelle dont les prestations sont avant tout orientées vers la réponse à une demande de services formulée par des consommateurs âgés ou des personnes handicapées, pour leur confort, leur bien être et leurs loisirs, qui peuvent parfois rejoindre les objectifs de prévention de la perte d'autonomie sans que cela constitue pour autant l'objectif principal de ces structures.

La résidence services constitue la résidence principale de ses occupants, qu'ils soient propriétaires ou locataires. Les résidents peuvent faire appel aux divers dispositifs de droit commun conçus pour prévenir la perte d'autonomie et faciliter le maintien à domicile, dans les mêmes conditions que pour toute autre personne vivant à domicile : aides à la personne, SSIAD, etc. [...]

Une résidence autonomie, quant à elle, est un établissement relevant respectivement du 6° du I de l'article L. 312-1 du CASF et du L. 633-1 du code de la construction et de l'habitation (CCH) qui apporte une réponse sociale, et parfois médico-sociale, à un besoin d'accompagnement exprimé par le résident. Cette réponse se manifeste à travers sa mission de prévention de la perte d'autonomie et les différents outils de la loi 2002-2 qu'elle met en œuvre (notamment le projet personnalisé).

La différence entre ces deux structures ne repose donc pas essentiellement sur le contenu de l'offre, assez similaire (logement privé autonome, espaces collectifs, services) mais sur sa finalité et sa nature (l'une répond à un besoin d'accompagnement social, l'autre à une demande de prestation de services). Pour ces raisons, des règles différentes leurs sont appliquées. [...]

☒ Une résidence services et un habitat regroupé/ domicile collectif ?

Il s'agit de petits ensembles de logements indépendants destinés aux personnes âgées et aux personnes handicapées proposés par certaines villes à leurs habitants se situant hors de la législation relative aux établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Ils sont en général conçus par les collectivités locales. Ils viennent en complément de solutions plus classiques comme les EHPAD, pour répondre aux besoins du vieillissement : situation en centre-ville, logements conçus pour des personnes avec des difficultés de mobilité, services complémentaires facilités (livraison de repas...).

Des espaces communs utilisables par tous (salle commune que l'on peut réserver pour des fêtes familiales...) permettent aux habitants de l'immeuble de se rencontrer. Les habitants âgés y trouvent un environnement plus sécurisant et vivant.

Les personnes qui vivent dans un habitat regroupé peuvent bénéficier des aides au logement, de l'APA à domicile ou de la PCH. Ces allocations peuvent d'ailleurs être pour partie mises en commun afin de faciliter le recours à une aide humaine spécifiquement dédiée aux personnes résidant dans ces structures.

Certains de ces habitats regroupés sont qualifiés d'alternatifs, car il s'agit d'habitats à dimension collective, plus ou moins auto organisés, le plus souvent construits dans le cadre de partenariats impliquant des bailleurs sociaux, des collectivités, des associations et des représentants de la société civile.

Ils relèvent du droit commun du logement ou du droit du logement social ou de celui des résidences services constituées en copropriété, en fonction des caractéristiques du projet. Ils se distinguent des résidences autonomie en raison du fait qu'ils n'apportent pas une réponse sociale et médico sociale du conseil départemental aux personnes qui y résident. Ce sont des structures qui portent en elles un projet de vie sociale spécifique fondé sur des choix de vie particuliers, la défense de certaines valeurs, la promotion de la citoyenneté et de l'autogestion dans certains cas...

DOCUMENT 9

Habitat et vieillissement : les formules de logements intermédiaires pour personnes âgées, entre le domicile personnel et l'hébergement institutionnel

[...] En effet, les **élus locaux** sont de plus en plus sensibilisés à la problématique du vieillissement dans leurs communes car ils sont en première ligne pour observer les évolutions démographiques. Le besoin d'anticipation que cela induit est d'autant plus nécessaire que le temps de mise en œuvre des projets est relativement long. Permettre aux aînés de rester là où ils ont toujours vécu en mettant à leur disposition des logements adaptés tout en organisant la prise en charge de leur santé est un enjeu multiforme qui leur incombe en grande partie. En effet, ils sont des **acteurs de proximité**, en charge des services sociaux et impliqués dans l'aide à domicile, ils perçoivent avec acuité l'évolution des attentes des aînés et la nécessité d'imaginer des alternatives aux réponses "classiques", d'établissements gérontologiques implantés dans le chef-lieu de canton. Dès lors, ils sont à la recherche de nouvelles formes d'habitat et de lieux de vie collectifs pour les personnes âgées. Ils sont également **souvent initiateurs de projets** innovants pour répondre au vieillissement de leur population, contribuant ainsi à diversifier l'offre d'habitat proposée aux personnes âgées. [...]

Des enjeux à prendre en compte

Une logique binaire qui ne correspond plus à la réalité

La question du vieillissement se situe à la frontière entre plusieurs politiques, celle du médico-social et celle du logement avec des besoins de coordination qui se font sentir, notamment pour le maintien à domicile des personnes âgées puisque l'intervention sur le cadre bâti est insuffisante si elle n'est pas accompagnée de la fourniture de services. Quant à la survenue de la dépendance, elle impose une articulation entre l'habitat et les politiques sanitaires et sociales du vieillissement notamment pour fluidifier les parcours sans que cela n'occasionne de rupture. Or force est de constater **l'existence d'une dichotomie entre ces deux mondes dont la division des compétences va à l'encontre d'une approche transversale**. Cela tient essentiellement à l'organisation de l'action publique, marquée par la décentralisation mais de manières différentes :

- **Les intercommunalités sont les chefs de file des politiques locales de l'habitat,** notamment les communautés urbaines et les communautés d'agglomération pour qui cette compétence est obligatoire. Elles se sont affirmées comme des acteurs majeurs de la politique du logement. En revanche, l'action sociale est rarement exercée à l'échelle intercommunale même si cette mission pourrait se développer à l'avenir, avec la possibilité de constituer des Centres Intercommunaux d'Action Sociale (CIAS) par les EPCI [...].
- **Le Département a un rôle central sur le plan gérontologique.** Son intervention est **largement focalisée sur la dépendance** en tant que gestionnaire de l'APA (aide personnalisée à l'autonomie), devenue la prestation centrale en la matière *[cf. encadré 3].* [...]. C'est le Département qui définit, met en œuvre et coordonne les politiques d'action sociale, en référence au schéma gérontologique en lien avec un ensemble d'acteurs intervenant dans le secteur gérontologique[12]. Le Département est l'autorité qui délivre les autorisations ou les avis d'agrément qualité des services d'aide à la personne et participe à la définition de la programmation annuelle des établissements en concertation notamment avec l'Agence Régionale de Santé [cf. encadré 4]. A contrario, l'habitat demeure pour lui une compétence optionnelle, même si nombre de conseils départementaux ont renforcé leurs actions dans ce domaine mais ils n'exercent pas cette compétence sur le territoire des EPCI délégataire de l'aide à la pierre comme c'est le cas pour Rennes Métropole.

La « **dépendance** » **reste donc structurante des politiques publiques en direction de la vieillesse.** Cette notion conduit à classer les besoins des personnes âgées en deux grandes catégories, les EHPAD pour les personnes âgées dépendantes et le logement ordinaire pour les personnes autonomes. Ainsi, pour les seniors, **le choix se résume à une équation binaire** et quelque peu schématique où l'institution, d'un côté, serait assimilée à un mouroir face au domicile, de l'autre, considéré comme l'idéal. La "sur" visibilité de l'hébergement collectif a un effet certain sur la décision de rester chez soi "jusqu'au bout".

12- Le schéma gérontologique est un outil de planification au service de la politique en faveur des personnes âgées. Il apprécie la nature, le niveau et l'évolution des besoins sociaux et médico-sociaux, et en fonction de l'existant, il détermine les perspectives et les objectifs d'évolution de l'offre départementale.

Or, le maintien à domicile, s'il correspond à une aspiration légitime et largement partagée, ne s'avère pas toujours possible et pourrait ressembler à une injonction si cette solution était la seule alternative possible. Quant aux EHPAD, ils doivent faire partie du parcours résidentiel de la personne, si elle en a besoin, mais les différentes alternatives ne sont pas suffisamment perçues dans un continuum. Il existe donc un **manque dont les solutions "intermédiaires"** sont révélatrices.

La dépendance, une notion éminemment relative

La notion de dépendance, **au sens administratif et médical du terme**, repose en France essentiellement sur l'application d'une grille d'évaluation des personnes âgées, la grille AGGIR [cf. encadré 5]. Mais aborder la dépendance comme un état induit une rupture qui pourrait être amoindrie et même évitée dans de nombreux cas, si elle était envisagée comme un processus, avec des effets bénéfiques pour les personnes âgées et leur prise en charge.

La fragilité n'est pas la dépendance

Il n'est pas possible de fixer une frontière nette entre le public autonome et non autonome, il s'agit plutôt d'une évolution progressive de sorte que de nombreux auteurs suggèrent la notion de « vulnérabilité » ou parlent de personnes âgées « fragiles » mais sans perte d'autonomie.

De fait, la vieillesse ne peut se réduire à l'équation simpliste, et néanmoins relativement répandue, selon laquelle elle devrait être assimilée à la maladie, au handicap et à la dépendance. La période de retraite ouvre au contraire aujourd'hui à de nouveaux temps individuels, associatifs et familiaux et se déroule en différentes étapes, mais en situation d'autonomie. En revanche **la « fragilité » amène à introduire une plus grande transversalité de l'approche** qui ne doit pas se cantonner à des aspects médicaux. Il s'agit parfois d'aider les personnes âgées à rompre leur isolement pour qu'elles restent inscrites dans la dynamique de vie et continuent à se sentir utile. Ainsi, les **interactions sociales autour de la personne âgée jouent un rôle essentiel concernant la survenance ou non de la perte d'autonomie**. L'entourage familial et le maintien du lien social sont essentiels pour prévenir la dépendance ou même contribuer à améliorer l'état de santé d'une personne en perte d'autonomie. [...]

L'importance déterminante de l'environnement

Au-delà des chiffres sur le niveau de dépendance attendue, qu'il convient de prendre avec la plus grande prudence, les écarts d'augmentation dépendront en grande partie de la prévention des risques dont le rôle est prépondérant pour déplacer le curseur car la dépendance n'est pas un état absolu mais au contraire largement variable en fonction de l'environnement de la personne et de la situation particulière dans laquelle elle se trouve à un moment donné. Aussi, **repousser l'âge de la perte d'autonomie passe à l'évidence par une adaptation préventive du cadre de vie** de la personne âgée en considérant qu'un logement adapté et un environnement sécurisant lui permettront d'affronter avec plus de sécurité et de bien être l'avancée en âge. Ainsi, les offres expérimentales rassemblant ces éléments d'accompagnement peuvent constituer un choix pertinent de la part d'une personne âgée pour son dernier domicile.

En effet, nul besoin d'être en situation de perte d'autonomie ou même fragilisé en termes de santé pour accéder à un habitat intermédiaire, bien au contraire, l'anticipation de la diminution programmée de son autonomie permet souvent d'éviter la dépendance.

Une aspiration croissante des seniors à la libre maîtrise de leurs choix résidentiels

Les retraités d'aujourd'hui se situent davantage comme **acteurs décisionnaires** de leur parcours de vie avec la volonté croissante de prendre leur destin en mains, en particulier pour définir eux-mêmes les modes d'habiter qui leur conviennent. [...]

Par ailleurs, en matière de choix de vie, la dichotomie entre domicile et établissement est beaucoup trop réductrice et la perspective d'entrer en EHPAD est d'autant plus redoutée qu'elle est ressentie comme stigmatisante. En effet, les personnes âgées, même lorsqu'elles sont fragilisées par l'avancée en âge, **aspirent à ne pas être exclues de la société et à rester intégrées à la vie de leur commune**. Le fort intérêt suscité par les projets « banalisés » et bien intégrés dans le tissu urbain semble témoigner d'une réelle demande. Les promoteurs d'initiatives nouvelles entendent les critiques faites à l'offre institutionnelle et veulent apporter liberté, autonomie et valorisation individuelle dans leurs projets, en répondant aux exigences plus élevées en termes de possibilité de déplacement, d'accessibilité aux équipements publics et commerciaux ou maintenir des liens sociaux.

La plupart de ces projets innovants se différencient surtout de la « prise en charge » institutionnelle et **réinterrogent profondément la logique de fonctionnement des systèmes sanitaires et sociaux en proposant des modes d'habitat qui ne dépossèdent pas les résidents de leur pouvoir de décision**. En effet, les formules intermédiaires cherchent le plus souvent à donner aux personnes âgées la **possibilité de pouvoir exercer leur propres choix et de rester maître de leur lieu de vie**, y compris celui de prendre des risques. [...]

3. L'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE

L'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) est l'une des prestations majeures pour l'aide au maintien à domicile des personnes âgées en situation de perte d'autonomie. Cette aide dont le montant est fixé en fonction du degré de dépendance et des ressources est destinée à contribuer à la rémunération d'un ou plusieurs salariés, et plus largement à financer des dépenses liées à la dépendance : accueil de jour, accueil temporaire, adaptation du logement, installation d'équipements appropriés ou toute dépense liée à la perte d'autonomie. Il n'y a pas de condition de ressources, mais l'aide est variable en fonction des revenus avec application d'un ticket modérateur. Les aides APA sont plafonnées en fonction du niveau de dépendance. **Le montant de l'Apa** se calcule de la façon suivante : il est égal au tarif dépendance mensuel appliqué au GIR (groupe iso ressources) de la personne, moins la participation qui lui est demandée en fonction de ses revenus. À domicile, le montant maximum mensuel de l'APA est, depuis le 1er avril 2014, de :

- 1 312,67 € en cas de classement en Gir 1,
- 1 125,14 € en Gir 2,
- 843,86 € en Gir 3,
- 562,57 € en Gir 4.

Le montant minimum est de 28,83 €. En-deçà de ce montant, l'APA n'est pas versée.

4. POLITIQUES PUBLIQUES D'OUVERTURE D'EHPA ET TERRITOIRES

L'organisation territoriale des EHPA est, depuis la deuxième moitié du 20ème siècle fortement modelée par les pouvoirs publics. Les établissements, publics ou privés, sont autorisés par une autorité administrative. Dès la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, « la commission nationale ou les commissions régionales des institutions sociales et médico-sociales donnent un avis motivé sur l'opportunité de la création ou de l'extension des établissements, en fonction des besoins quantitatifs et qualitatifs, de la population, et compte tenu des équipements existants ou prévus ». Cette loi introduit ainsi **la notion d'autorisation préalable** à la création d'établissements et de services.

La loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale met l'accent sur **l'équité territoriale**. L'article 3 de cette loi insère l'article 116-2 du Code de l'action sociale et des familles : « l'action sociale et médico-sociale est conduite dans le respect de l'égale dignité de tous les êtres humains avec l'objectif de répondre de façon adaptée aux besoins de chacun d'entre eux et en leur garantissant un accès équitable sur l'ensemble du territoire ».

Par ailleurs, cette même loi 2002-2 renforce les critères de délivrance de l'autorisation. Jusqu'à la mise en place de la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST), tout projet d'ouverture d'un établissement était examiné par une commission (comité régional d'organisation sociale et médico-sociale – CROSMS). Depuis la mise en place de la loi HPST, les projets de création, transformation ou extension des établissements et services sociaux et médico-sociaux s'inscrivent en réponse à des **appels à projets** lancés, seuls ou conjointement, par les financeurs (préfets de région, directeurs généraux des agences régionales de santé, présidents de conseils généraux), sur la base de diagnostics et états de besoins réalisés au sein de chacun des territoires (*). Les **diagnostics de territoires** tiennent donc une place importante.

(*). Décret n° 2010-870 du 26 juillet 2010 relatif à la procédure d'appel à projet et d'autorisation mentionnée à l'article L 313-1-1 du Code de l'action sociale et des familles.

5. QU'EST-CE QUE LE GIR ?

La notion de dépendance au sens administratif et médical du terme repose en France essentiellement sur l'application d'une grille d'évaluation des personnes âgées, la grille AGGIR (Autonomie Gérontologie, Groupe Iso Ressource). Celle-ci classe les individus selon six niveaux de dépendance, physique et psychique, le niveau 1 correspondant au niveau de dépendance la plus forte. Cette grille a deux fonctions, l'évaluation du degré de dépendance ou d'autonomie des personnes âgées dans l'accomplissement des actes de la vie quotidienne et l'éligibilité à l'APA (allocation personnalisée d'autonomie), par la traduction, au moyen d'un algorithme, de certains items en un indicateur de groupe iso ressources (GIR). Seuls les quatre premiers GIR (de 1 à 4) de la grille nationale ouvrent droit à l'APA, que les bénéficiaires se trouvent à domicile ou en établissement, à condition qu'ils répondent aux critères d'âge et de résidence. Les personnes âgées classées en GIR 5 et 6 peuvent néanmoins prétendre au versement des prestations d'aide-ménagère servies par leur régime de retraite ou par l'aide sociale départementale.

Les six groupes iso ressources sont les suivants :

- **GIR 1** : Correspond au degré de dépendance le plus élevé, c'est-à-dire les personnes âgées ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale, qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.
- **GIR 2** : Sont classées dans ce groupe deux catégories de personnes âgées :
  - celles dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leurs capacités de se déplacer ;
  - celles qui sont confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions intellectuelles ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante.
- **GIR 3** : Ce groupe réunit les personnes âgées ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui ont besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'être aidées pour leur autonomie corporelle.
- **GIR 4** : Sont intégrées dans ce groupe les personnes âgées n'assumant pas seules leurs transferts mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur de leur logement. Elles doivent parfois être aidées pour la toilette et l'habillage. Ce groupe s'adresse également aux personnes âgées n'ayant pas de problèmes locomoteurs mais devant être aidées pour les activités corporelles et pour les repas.
- **GIR 5** : Ce groupe comporte des personnes âgées ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.
- **GIR 6** : Ce groupe réunit les personnes âgées n'ayant pas perdu leur autonomie pour les actes essentiels de la vie courante.

L'évaluation de la perte d'autonomie se fait sur la base de dix-sept variables :

- **Dix variables dites « discriminantes »** se rapportent à la perte d'autonomie physique et psychique et sont utilisées pour le calcul du GIR (groupe iso-ressources) : cohérence - orientation - toilette - habillage - alimentation
  - élimination - transferts (se lever, se coucher, s'asseoir)
  - déplacement à l'intérieur - déplacement à l'extérieur - communication à distance.
- **Sept variables dites « illustratives »**, concernant la perte d'autonomie domestique et sociale, n'entrent pas dans le calcul du GIR mais apportent des informations utiles à l'élaboration du plan d'aide : gestion personnelle de son budget et de ses biens - cuisine - ménage - transports -achats - suivi du traitement - activités de temps libre. Chaque variable possède trois modalités :
  - A : fait seul les actes quotidiens
  - B : fait partiellement
  - C : ne fait pas.

Textes de référence :

- *article 1er de la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 en vigueur le 1er janvier 2002,*
- *articles L 232-1 et suivants du code de l'action sociale et des familles*
- *décret n° 2001-1084 du 20 novembre 2001 (annexes 1 et 2,*
- *décret n° 2001-1085, décret n° 2001-1086, et n° 2001-1087 du 20 novembre 2001.*

DOCUMENT 10

Observatoire régional de la santé Poitou-Charentes
ars-poitou-charentes.org
2014
Extraits

[...]

Synthèse autonomie des personnes âgées

V. Enjeux de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées

Les projections démographiques pour les décennies à venir sont désormais bien connues. Les personnes âgées de 65 ans ou plus seront plus nombreuses et leur part dans la population va augmenter de manière significative en France et dans les autres pays d'Europe. Les causes sont essentiellement l'allongement tendanciel de la durée de la vie et l'effet générationnel des baby-boomers. Ce qui est un peu moins connu et qui préoccupe les décideurs tient à l'évolution de la santé de ces populations vieillissantes. Les travaux les plus récents semblent en effet indiquer en France une expansion des incapacités sévères chez les 50-64 ans. Ce résultat, corroboré par des études en Suède et aux États-Unis, marque une inflexion dans les taux de progression de l'espérance de vie en bonne santé : en moyenne, les plus jeunes des aînés ont une espérance de vie plus élevée, mais leur temps passé en incapacité augmente. **Le principal levier d'action envisagé pour infléchir les tendances évoquées ci-dessus consiste en grande partie à mettre en œuvre une politique de prévention efficace.** La stratégie consiste d'une part à définir et mettre en œuvre des interventions au profit de personnes à risque de "dépendance" susceptibles d'être généralisées, d'autre part à cibler ces populations vulnérables **suffisamment en amont du processus de perte d'autonomie** et, enfin, à évaluer ces interventions sur le plan de l'efficacité et de l'efficience.

V.1. Un enjeu de santé publique

La connaissance du processus de perte d'autonomie constitue un objectif fondamental. Une meilleure compréhension des mécanismes qui conduisent à l'incapacité sévère pourrait permettre d'une part de détecter plus tôt les personnes à risque de dépendance, dans le système de soins autant qu'en population générale, d'autre part, de prendre en compte de nouveaux facteurs de risque. Enfin cela permettra d'élargir l'action au-delà du système de santé en analysant le rôle des déterminants socio-économiques dans le processus de perte d'autonomie. Le récent développement des travaux sur la fragilité des personnes âgées présente à ce titre un potentiel de recherche important.

En effet, l'approche par la fragilité fournit une passerelle entre la santé publique et la science économique. Elle permet de construire une analogie entre le concept de réserve physiologique des personnes âgées et celui de « capital santé ». Dans le modèle de Grossman (1972), la santé d'un individu est pensée comme un actif qui se déprécie au fil du temps. Ce sont les **"investissements" que réalise l'individu** (réduction des comportements à risque, prévention, recours au système de soins, etc.) qui lui permettent de compenser le phénomène naturel de dépréciation et de se maintenir en bonne santé. **L'objectif est en effet d'augmenter l'espérance de vie sans incapacité qui constitue le véritable enjeu de santé publique.** Dans les années 80, elle progressait plus vite que l'espérance de vie globale mais depuis les années 2000 elle stagne autour de 61,5 ans pour les hommes comme pour les femmes, alors que l'espérance de vie globale continue de progresser . [...]

V.2. Un enjeu économique

L'enjeu consiste à **assurer la soutenabilité du système de protection sociale dans son ensemble, aussi bien dans la dimension vieillesse et autonomie que du côté de l'Assurance maladie.** [...]

L'attention se porte sur **l'amélioration du parcours de santé** (soins, médico-social et social) : " [...] une partie vraisemblablement importante de ce surcroît de dépense de soins pour les personnes « dépendantes » tient à ce que leur cheminement dans la succession de soins et des prises en charge s'éloignent de l'optimum, faute d'intervention au bon moment de la réponse la plus adaptée. " (Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie, 2011). Par ailleurs, la recherche de sources d'efficience dans une logique de prévention globale peut se faire en dehors du système de soins, par exemple dans la **meilleure articulation de l'ensemble des composantes du système de protection sociale** (vieillesse, maladie, travail, famille) et des politiques sociales.

Le vieillissement de la population peut également avoir un **effet de levier sur l'emploi,** notamment dans le secteur du service à la personne. Entre 2010 et 2020, plus de 350 000 emplois d'aides à domicile, aides-soignants et infirmières devront être pourvus, selon les prévisions présentées. [...] D'autre part, le vieillissement apparait être une **opportunité économique**, notamment dans les domaines des "gérontechnologies" (domotique, télé-assistance).

V.3. Un enjeu sociologique

Plusieurs aspects sont à considérer comme des enjeux sociologiques liés au vieillissement. D'une part le passage du statut d'actif à celui de retraité vient constituer un moment de rupture de la trajectoire de vie pouvant être source de fragilisation. D'autre part, la personne âgée devient un élément essentiel de la famille et des politiques familiales. Il y a lieu de considérer l'évolution des liens intergénérationnels ainsi que la place et le rôle de la génération pivot.

V.3.1. La retraite

Si la retraite constitue pour une majorité de personnes une période libérée des contraintes professionnelles et de certaines responsabilités familiales, le passage de la vie active à la sortie du monde du travail n'en demeure pas moins une transition importante : changement de statut, appauvrissement et perte de relations sociales liées au travail, changements financiers. La retraite coïncide souvent avec des changements familiaux : départ des enfants, expérience de la grand-parentalité, entrée dans le grand âge d'un parent.

La retraite est aussi une période à laquelle les possibilités de réaliser des projets toujours repoussés par manque de temps s'ouvrent, tout comme la possibilité de s'engager dans des activités nouvelles sur le plan associatif et social. Enfin la retraite est le temps du repos et l'arrêt des obligations professionnelles qui donne la possibilité d'organiser la journée à son rythme.

L'enjeu est de vivre pleinement sa retraite, de faire le deuil de son identité professionnelle pour s'inscrire dans une nouvelle dynamique identitaire.

V.3.2. La personne âgée, élément essentiel de la famille et des politiques familiales

Trop souvent, la famille et la politique familiale n'ont été entendues que comme le lien entre parents adultes et enfants. **Or les personnes âgées ont désormais une place essentielle à occuper dans la sphère familiale et donc dans les politiques de la famille.** Grâce à l'allongement de l'espérance de vie, quatre générations peuvent maintenant se côtoyer. Le **maintien ou le développement des liens intergénérationnels** constituent un enjeu sociologique de premier ordre. « L'épanouissement individuel et la cohésion sociale reposent sur la découverte de la valeur de chacun des âges de la vie et sur l'apprivoisement du vieillissement, individuel et collectif. Auprès des aînés, les générations plus jeunes peuvent trouver un soutien affectif, une référence au passé et à un vécu, un apprentissage fondé sur l'expérience et l'expertise. Auprès des générations plus jeunes, les aînés retrouvent un sentiment d'utilité, une valorisation personnelle .

cnsa.fr
Novembre 2017
Extraits

DOCUMENT 11

Guide de l'habitat inclusif pour les personnes handicapées et les personnes âgées

L'habitat inclusif : une offre en émergence

Un nombre croissant de personnes handicapées et de personnes âgées souhaite choisir son habitat et les personnes avec qui le partager. **Elles expriment une demande d'aide, d'accompagnement et de services associés au logement, dans un environnement adapté et sécurisé qui garantisse conjointement inclusion sociale et vie autonome tout en restant au domicile.**

Pour satisfaire cette demande croissante, une **diversité d'offres d'habitat inclusif** s'est développée en France dans le **cadre de partenariats** impliquant des bailleurs sociaux, des collectivités, des associations, des mutuelles, des fondations ou encore des gestionnaires d'établissements et de services sociaux et médico-sociaux. Ces formules d'habitat contribuent à élargir la palette des choix offerts aux personnes en perte d'autonomie liée à l'âge ou au handicap qui souhaitent vivre à domicile, dans la cité.

Les critères fondamentaux qui définissent cette offre

A distance de l'accueil en établissement spécialisé comme du logement en milieu ordinaire ou dans la famille, l'habitat inclusif est caractérisé par les trois critères fondamentaux qui suivent :

- **Il offre à la personne « un chez soi », un lieu de vie ordinaire et inscrit durablement dans la vie de la cité,** avec un accompagnement pour permettre cette inclusion sociale et une offre de services individualisés pour l'aide et la surveillance le cas échéant, en fonction des besoins ;

- **Il est fondé sur le libre choix et, par conséquent, s'inscrit en dehors de tout dispositif d'orientation sociale ou médico-sociale : le futur occupant,** qui est responsable de son mode de vie, du choix des services auxquels il fait appel et du financement des frais engagés, choisit l'habitat inclusif ;

- **Le fait de ne pas être éligible à la prestation de compensation du handicap (PCH) ou de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ne saurait constituer un critère d'exclusion** de l'habitat inclusif dès lors que le modèle économique permet le fonctionnement du projet.

L'habitat inclusif peut prendre des formes variées selon les besoins et souhaits exprimés par les occupants.

Selon les besoins exprimés par les occupants, les modèles d'habitat peuvent prendre la forme suivante :

- Des logements individuels constitués d'un espace commun : studio ou petits appartements de type T1, T2 ou autres, groupés dans un même lieu autour d'un espace de vie collectif ;

- Des logements individuels disséminés, constitués au minimum d'un espace commun : studios, pavillons auxquels s'ajoute en proximité un local collectif mis à la disposition des habitants ;

- Un espace de vie individuel privatif au sein de logements partagés (type colocation).

L'habitat inclusif doit être en nécessaire cohérence avec les politiques de l'habitat et de la santé au sens large à l'échelle territoriale.

Les modèles d'habitat inclusif prennent ancrage dans le cadre de la propriété ou de la location dans le parc privé ou dans celui du logement locatif social. Leur développement doit être en cohérence avec les besoins et les orientations politiques sur le territoire qui sont traduits dans les documents présentés ci-dessous.

Le programme local de l'habitat (PLH) : il constitue le document stratégique d'orientation, de programmation et de mise en œuvre des politiques locales de l'habitat à disposition des collectivités, sur les périmètres communautaires. Il tient compte :

- **du plan départemental d'actions pour le logement et l'hébergement des personnes défavorisées (PDALHPD)** : le développement de l'offre de logements destinés aux personnes défavorisées, l'attribution de ces logements, leurs modalités de gestion et d'accompagnement, s'inscrivent dans les missions des PDALHPD, ainsi que le prévoit la loi n° 90-449 du 31 mai 1990 modifiée relative à la mise en œuvre du droit au logement. Il est donc important de prendre l'attache des services déconcentrés de l'Etat (DDT, DDCS), le plus en amont possible.
- **et du plan départemental de l'habitat (PDH),** destiné à assurer la cohérence entre les politiques menées dans les territoires couverts par des programmes locaux de l'habitat (PLH) et celles menées dans le reste du département.

Par ailleurs, le schéma départemental de l'organisation sociale et médico-sociale (SDOSMS) et le schéma régional de santé (SRS) sont à prendre en compte. En effet, cette offre d'habitat implique souvent le recours à une offre sociale et médico-sociale, notamment pour le besoin de services sanitaires, sociaux et médico-sociaux favorisant le maintien à domicile.

Constituant une offre alternative au logement autonome ou à l'accueil en établissement, l'habitat inclusif n'est pas :

- **un logement individuel** (ou dans la famille) **en milieu ordinaire**, que l'occupant fasse appel à des services à la personne ou non ;
- **un établissement social ou médico-social, quelles qu'en soient les catégories et modalités** : foyer d'hébergement pour travailleurs handicapés , foyers de vie ou foyers occupationnels, foyers d'accueil médicalisé (FAM) , y compris les unités de ces établissements dites « hors les murs », maisons d'accueil spécialisées (MAS), y compris les unités de ces établissements dites « hors les murs », résidences autonomie, établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), y compris les unités de ces établissements dites « hors les murs ou à domicile», ni un dispositif d'accueil temporaire (de type appartement transitionnel ou accueil familial). **Même s'ils ne répondent pas à la définition d'habitat inclusif retenue dans le cadre de la démarche nationale en faveur de l'habitat inclusif adoptée par le CIH du 2 décembre 2016, et qui se traduit entre autres par le présent guide, ces établissements sociaux et médico-sociaux, de par leurs modes d'organisation ou leurs modalités d'accueil, ont pour missions de répondre à l'objectif général d'inclusion des personnes handicapées ou des personnes âgées, et peuvent correspondre aux besoins et aux attentes de certaines d'entre elles en matière d'inclusion sociale.**