



*Secrétariat général du CRIES
INSEE DR d'Ile-de-France
1, rue Stephenson
78180 Montigny-le-Bretonneux*

*CESER
33 Rue Barbet de Jouy
75 007 Paris
Mail: contact@cries-idf.fr
www.cries-idf.fr*

RENCONTRE DU 11 JUIN 2019

**LES PERSONNES AGEES
DEPENDANTES EN ÎLE-DE-FRANCE**

SOMMAIRE

Ouverture de la séance	4
<i>Jean-Marc Morandi, Président du CRIES d'Île-de-France, Président de l'Union régionale des sociétés coopératives (URSCOP) Île-de-France - Centre Val-de-Loire - DOM-TOM</i>	
Présentation de la rencontre.....	7
<i>Marie-Christine Parent, Vice-présidente du CRIES d'Île-de-France, Directrice de la direction régionale de l'Insee Île-de-France</i>	
Portrait des personnes âgées en Île-de-France.....	8
<i>Issam Khelladi, Insee Île-de-France, Chargé d'études</i>	
Viellissement de la population francilienne.....	11
<i>Caroline Laborde, ORS Île-de-France, Socio-démographe</i>	
Perte d'autonomie en Île-de-France.....	12
<i>Caroline Laborde, ORS Île-de-France, Socio-démographe</i>	
Projections de personnes âgées dépendantes (méthodologie et résultats).....	16
<i>Issam Khelladi, Insee Île-de-France, Chargé d'études</i>	
Échanges avec la salle.....	20
Autres attentes au-delà de l'offre médico-sociale : résultats de l'étude menée en Seine-Saint-Denis pour l'élaboration de son schéma d'autonomie et d'inclusion.....	26
<i>Benoît Oudin, Observatoire départemental du Conseil départemental de Seine-Saint-Denis, Chef de Service</i>	
Échanges avec la salle.....	32
Coût d'une place en Ehpad.....	38
<i>Céline Moreau, CNSA, Responsable du pôle allocation budgétaire</i>	
Maisons de retraite : retours d'expérience.....	44
<i>Alain Lecerf, Ceser, Administrateur de l'Uriopss Île-de-France</i> <i>Nicolas Guiollot, Ehpad Emilie de Rodat, Directeur</i>	
Échanges avec la salle.....	50
Impact du vieillissement	
Schéma régional des formations sanitaires et sociales.....	53
<i>Olivier Leray, Région Île-de-France, Chargé de mission</i>	
Etude « Vieillissement et silver économie »	56
<i>Guillaume Chuvin et Mathieu Le Floch, Défi Métiers, Chargés d'études</i>	

Besoins d'emplois à domicile à l'horizon 2040.....	63
<i>Véronique Lagandré, Observatoire des emplois de la famille-Fepem, Responsable des études</i>	
Échanges avec la salle	68
Clôture de la rencontre.....	74
<i>Jean-Marc Morandi, Président du CRIES d'Île-de-France, Président de l'Union régionale des sociétés coopératives (URSCOP) Île-de-France - Centre Val-de-Loire - DOM-TOM</i>	
<i>Marie-Christine Parent, Vice-présidente du CRIES d'Île-de-France, Directrice de la direction régionale de l'Insee Île-de-France</i>	
Sigles.....	75

Retrouvez l'ensemble des diaporamas présentés lors de cette journée sur le site
internet
www.cries-idf.fr

Ouverture de la séance

Jean-Marc MORANDI, Président du CRIES

Mesdames, Messieurs, chers amis, Montaigne a 47 ans quand il publie en 1580 la première édition de ses célèbres *Essais*. Il confie alors à ses lecteurs qu'il a atteint un âge auquel peu de ses contemporains arrivent. Il se considère comme un vieil homme. L'âge lui apportant le bénéfice de la sagesse et l'espoir peut être de mourir de vieillesse, ce qu'il décrit comme un fait extraordinaire. Il mourra finalement 12 ans plus tard, à 59 ans. Aujourd'hui, un Francilien sur cinq a plus de 60 ans. Que dirait l'écrivain et philosophe s'il lui était donné de revenir parmi nous, alors que les femmes ont gagné 38 ans d'espérance de vie en un peu plus d'un siècle, et les hommes 35 ans ? Cette évolution lui semblerait vertigineuse. Il découvrirait aussi que si l'allongement de la durée de la vie est une formidable conquête humaine, il nous renvoie à d'autres questions. Il touche d'une part, aux conditions dans lesquelles nous souhaitons vivre ces années en plus, et d'autre part, à la manière dont la société entend s'organiser pour relever le défi du grand âge. En effet, les sociétés occidentales ne sont pas avares en paradoxes. Ainsi, avec les avancées scientifiques, elles n'ont de cesse d'étendre la durée de la vie. Si elles communiquent toujours largement sur les doyens successifs de l'humanité, elles accordent en revanche un trait relatif à l'âge, préférant s'identifier à la jeunesse, comme si vieillir ne pouvait pas s'envisager autrement qu'en restant jeune longtemps. Voilà un beau sujet d'étude digne d'un *Essai* de Montaigne et qui, je l'espère, nous inspirera aujourd'hui.

Mesdames et Messieurs, j'ai le plaisir d'ouvrir notre colloque. Il sera consacré aux personnes âgées dépendantes en Île-de-France. C'est un sujet crucial auquel nous devons faire face, avec son lot de complexités. J'aimerais introduire nos travaux par un propos libre en soulevant trois interrogations qui trouveront leurs réponses au fur et à mesure des interventions.

Première question, qui est considéré comme une personne âgée ? Dans la vie réelle, l'expression « personne âgée » n'est plus d'actualité. On la trouve dans les politiques publiques ou dans les directives à caractère social, mais elle a été détrônée par un mot « senior » moins stigmatisant. Selon l'OMS, est donc considérée comme senior : toute personne ayant plus de 60 ans. Les seniors sont 2,5 millions en Île-de-France. Le problème de cette catégorisation est, qu'elle peut s'étaler sur plus de 40 ans pour les chanceux qui dépassent les 100 ans. Ainsi, elle recoupe des situations de vie très différentes et souvent peu comparables. Les sexagénaires par exemple apparaissent comme de plus en plus dynamiques, donc de moins en moins frappés par les problèmes de l'âge. Si la soixantaine annonce une prise de distance avec la vie active, elle ne signifie pas non plus l'arrêt des activités. Le cumul emploi-retraite ne cesse d'augmenter, par nécessité financière souvent, mais aussi par envie d'être utile. Depuis quelque temps, le mot « senior » inventé par le marketing est contesté par ceux qui l'ont justement essaimé, parce qu'il ne traduit pas la vitalité et le regain de liberté qu'apporte la soixantaine. Voilà qui en dit long sur le changement opéré dans notre société, comme si la nouvelle séquence de vie gagnée par la longévité entraînait de facto le rajeunissement des précédentes.

Alors, à partir de quand considère-t-on qu'on a pris de l'âge ? L'âge de 80 ans marquerait un tournant vers le grand âge, vers les situations invalidantes. Actuellement, les octogénaires augmentent significativement dans toutes les régions de France. Leur pourcentage est toutefois tempéré en Île-de-France en raison d'un double phénomène. D'un côté, nous avons une forte population de jeunes. De l'autre, nous avons un flux migratoire des plus âgés vers d'autres régions françaises, soit parce qu'ils retournent dans leur région d'origine, soit parce qu'ils rentrent dans un établissement spécialisé plus proche de leur famille. Les départements d'Île-de-France connaissent des disparités qui nous seront explicitées dans quelques instants.

Deuxième question, comment aborder la perte d'autonomie quand on sait qu'en 2030, le nombre de personnes âgées dépendantes augmentera d'un quart par rapport à aujourd'hui ? Les femmes sont plus frappées par la dépendance, peut-être en raison d'un rallongement supérieur de leur durée de vie. Les hommes qui parviennent au grand âge bénéficieraient de leur bonne santé et de leur bonne forme plus longtemps, ceci étant dit au conditionnel. Les difficultés surviennent au moment où se manifestent la maladie, les handicaps et l'impossibilité de demeurer chez soi. Au cours de ces dernières années, les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) ont plusieurs fois défrayé la chronique. Mouvements sociaux ou faits divers, à chaque fois, l'opinion a été alertée sur les conditions dans lesquelles vivent les pensionnaires dans certains de ces établissements et sur les conditions dans lesquelles les personnels exercent leurs métiers. Dans cette période de grève des urgentistes, tout le monde comprendra.

Il y a un an, le Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE) a d'ailleurs vivement dénoncé la ghettoïsation des personnes âgées dans ces équipements. Dans un avis, ses membres ont considéré que *« leur exclusion de fait de la société, ayant probablement trait à une dénégation collective de ce que peut être la vieillesse, la fin de la vie et de la mort, pose de véritables problèmes éthiques, notamment en termes de respect dû aux personnes »*. Mais ce qui fait aussi la vulnérabilité des personnes âgées, c'est leur isolement. Or, la solitude est plus forte en milieu urbain qu'en milieu rural, et donc plus conséquente en Île-de-France. C'est notamment le cas à Paris. L'affaiblissement de la solidarité familiale est un fait notable, lié à l'éclatement géographique des familles ainsi qu'à une baisse du nombre d'enfants par famille. La solidarité dans le couple est un élément important. Vieillir à deux crée du soutien mutuel, tant que l'un des deux reste solide. Quand la dépendance frappe les deux membres du couple cependant, les solutions, comme le placement dans des établissements différents, semblent aussi efficaces qu'inhumaines. Vieillir devient alors ce naufrage effrayant que nul ne souhaite pour ses parents et que nous redoutons tous pour nous-mêmes.

Les données qui nous seront communiquées dans quelques instants nous aideront à mieux comprendre ces situations, y compris les disparités qui peuvent exister entre les différents départements franciliens. Nous parlerons aussi du financement de la dépendance et des solutions de maintien à domicile, comme des initiatives créant du lien intergénérationnel et une société plus généreuse.

Troisième question, la longévité d'une population n'est-elle pas aussi à considérer comme un formidable levier économique ? C'est ce qu'on appelle la Silver Économie, en référence à la chevelure argentée de son public cible. En Île-de-France, le cluster Silver Valley lui est dédié et réuni en écosystème d'entreprises innovantes. Nous aborderons aussi l'engagement régional en faveur de ce cluster et de cette économie nouvelle. En effet, les seniors ont des besoins qui intéressent de nombreux secteurs de l'économie, liés tant à l'adaptation de l'habitat qu'à des espaces publics, ou encore aux télécommunications, aux loisirs et au bien-être. Il s'agit de savoir comment rester en forme le plus longtemps possible grâce à des programmes de plus en plus fréquents de sport en ville ou de sport santé qui génèrent des aménagements souvent simples des espaces publics. Il s'agit aussi de savoir comment pallier les troubles fonctionnels par les objets de la robotique, de la domotique ou tout simplement par des objets adaptés à tel ou tel déficit, comme des téléphones ou tablettes à larges touches, des sièges plus élevés, ou encore des stores qui montent ou descendent à la voix.

Les soins et services à la personne, qu'ils soient dispensés en établissement ou à domicile, constituent aussi un gisement d'emplois non négligeable. Ces emplois sont eux-mêmes des potentiels pour le développement de formations, en particulier pour les personnes peu qualifiées qui peuvent y trouver de nouveaux métiers. Quant au numérique, il pourrait engendrer de

multiples solutions pour accéder à un diagnostic médical ou pour garder un lien avec ses proches.

La Silver Economie et les gérontechnologies n'ont pourtant pas que des partisans. Quelques voix mettent en garde contre la marchandisation de la société et de la vieillesse. Ils pointent le risque d'une aggravation des inégalités en libéralisant trop les services. Un juste équilibre entre la prise en charge publique et le recours à des solutions privées doit être possible. Selon toute vraisemblance, des règles s'imposeront à l'avenir pour empêcher les dérives et garantir l'équité de tous.

Faire de la région francilienne un territoire accueillant aux plus anciens d'entre nous le plus longtemps possible est une ambition de l'exécutif régional, auquel nos travaux via le Ceser apporteront une contribution significative. Je vous souhaite une journée enrichissante et je cède avec grand plaisir la parole à Marie-Christine Parent, Vice-présidente du CRIES et Directrice régionale de l'Insee Île-de-France.

Présentation de la rencontre

Marie-Christine PARENT, Vice-présidente du CRIES, Directrice régionale de l'Insee Île-de-France

Bonjour à toutes et à tous. Il me revient de vous présenter le programme de ce séminaire un peu plus dans le détail. Pour résumer très brièvement, en réponse aux questions évoquées par Jean-Marc Morandi, nous consacrerons plutôt la matinée aux besoins et à la demande.

La première partie de la matinée sera consacrée à la caractérisation des personnes âgées et ce que l'on considère comme la dépendance. Nous parlerons ensuite des projections, combien y aura t-il de personnes âgées dépendantes à l'horizon 2030-2040. Selon les sources présentées, nous n'aurons pas tout à fait les mêmes nombres, mais le constat reste le même. Nous allons vers une forte progression des personnes âgées dépendantes dans les trente ans à venir, de par le vieillissement de la population francilienne. Ce groupe d'interventions sera présenté à deux voix. La première sera celle d'Issam Khelladi, Chargé d'études de l'Insee Île-de-France. La seconde sera celle de Caroline Laborde, sociodémographe à l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) d'Île-de-France. Une partie des projections démographiques réalisées par l'Insee Île-de-France pour l'horizon 2030 a été faite en partenariat avec l'Agence Régionale de Santé (ARS).

En fin de matinée enfin, nous entendrons une intervention de l'Observatoire Régional du Conseil départemental de Seine-Saint-Denis. Elle illustrera la construction d'un schéma d'autonomie et d'inclusion à l'horizon 2024 à partir d'une étude menée auprès des seniors de Seine-Saint-Denis, afin de connaître leurs attentes et besoins.

L'après-midi répondra plutôt à la troisième question de M. Morandi. Nous aborderons la partie offre, offre en établissement, offre de soins à domicile, y compris avec le volet de formation. Que ce soit en établissement ou à domicile, nous avons besoin de personnels formés pour accompagner les personnes âgées dépendantes. Je reviendrai un peu plus en détail sur l'ordre du jour de l'après-midi en début de séance d'après-midi, afin de ne pas prendre plus du temps de ce matin. Des temps d'échanges sont prévus après chaque intervention.

Je passe la parole à Issam Khelladi. Il va brosser dans un premier temps un rapide portrait des personnes âgées en Île-de-France à l'heure actuelle.

Portrait des personnes âgées en Île-de-France

Issam KHELLADI, Insee Île-de-France

Je vais donc vous dresser un rapide portrait de ce que sont les personnes âgées en Île-de-France. La présentation s'articulera en trois points. Nous parlerons tout d'abord des effectifs et de la part que représentent ces différents effectifs de seniors, par département et par région. Nous ferons ensuite un point sur leurs revenus, puisque ce sont bien ces revenus qui leur permettront ou non de pouvoir accéder à des places en institution. Nous terminerons enfin par comparer les statuts de propriétaire et de locataire, car c'est également en lien avec les revenus.

Il y a environ 2,3 millions de Franciliens de 60 ans ou plus en 2015, dont 266 000 de 85 ans ou plus. Je vous parle des 85 ans ou plus, car nous parlerons tout à l'heure de dépendance. Nous savons que cet âge marque un tournant dans l'entrée de ce que j'appellerai tout à l'heure la dépendance lourde ou sévère. Malgré ces chiffres qui peuvent paraître importants, notre région est finalement relativement jeune. Ainsi 19 % de la population nationale française habite en Île-de-France, mais seuls 15 % des seniors de 60 ans ou plus y résident, et 13 % des 85 ans ou plus.

19,3 % de la population francilienne est âgée de 60 ans ou plus. Selon les départements franciliens, cette part de seniors varie de 16,3 % en Seine-Saint-Denis à 21,6 % à Paris. Ces proportions sont inférieures à la moyenne de la France métropolitaine (25 %). D'ailleurs, la Seine-et-Marne, l'Essonne, les Hauts-de-Seine, la Seine-Saint Denis, le Val-de-Marne et le Val-d'Oise sont les 6 départements français où la part des seniors est la plus faible.

Les mêmes constats sont observés pour les 85 ans ou plus. Ainsi, la Seine-Saint-Denis en compte 1,6 % et Paris 2,6 % alors qu'ils représentent 3,1 % de la population de la France métropolitaine et 2,2 % de la population francilienne. Les quatre départements français où la part des 85 ans ou plus est la plus faible sont la Seine-et-Marne, l'Essonne, la Seine-Saint-Denis et le Val-d'Oise. Le département des Yvelines a des seniors plus jeunes que les Hauts-de-Seine (2,3 % de la population yvelinoise a 85 ans ou plus contre 2,6% des Hauts-séquanais, alors que ces taux sont respectivement de 21 % et 19% pour les 60 ans ou plus).

Attardons-nous sur les revenus. Je précise que je parlerai de revenus au sens du dispositif sur les revenus localisés sociaux et fiscaux (Filosofi). La population observée est celle des ménages fiscaux dont la personne de référence a au moins 60 ans. Il manquera certains seniors : ceux vivant en institution. Ou autre exemple : Si vous vivez avec l'un de vos deux parents âgés de 60 ans ou plus, mais que c'est vous qui êtes la personne de référence fiscale et que vous avez moins de 60 ans, votre parent de 60 ans ou plus sortira aussi du champ. Ce champ est donc assez particulier. Il couvre ainsi 1,5 million de ménages franciliens, qui représentent environ 2,8 millions de personnes. Ainsi, en Île-de-France, le niveau de vie¹ médian des seniors s'élève à 25 200 euros en 2015, soit + 3 700 euros de plus que le niveau de vie médian des seniors de France métropolitaine (voir tableau ci-dessous).

¹ Le revenu disponible par unité de consommation (UC), également appelé "niveau de vie", est le revenu disponible par "équivalent adulte". Il est calculé en rapportant le revenu disponible du ménage au nombre d'unités de consommation qui le composent. Toutes les personnes rattachées au même ménage fiscal ont le même revenu disponible par UC (ou niveau de vie).

Zone géographique	Niveau de vie des Seniors	Niveau de vie de l'ensemble des personnes	Différence
Paris	28 300	26 600	6,4%
Seine-et-Marne	24 000	22 700	5,9%
Yvelines	27 900	25 700	8,5%
Essonne	26 000	23 500	10,3%
Hauts-de-Seine	27 100	26 100	3,9%
Seine-Saint-Denis	20 200	18 400	9,7%
Val-de-Marne	24 200	22 500	7,3%
Val-d'Oise	23 800	22 100	8,0%
Île-de-France	25 200	23 500	7,3%
France métropolitaine	21 500	20 600	4,4%

Nous observons aussi que, quels que soient le département, la région ou le niveau métropolitain, les seniors ont un niveau de vie supérieur au niveau de vie de l'ensemble des personnes. En Île-de-France, la différence est même plus importante qu'au niveau métropolitain (+ 7,3 % contre 4,4%).

Les trois départements où les seniors vivent le mieux seraient Paris, les Yvelines et les Hauts-de-Seine. Ce constat est identique pour l'ensemble des personnes. A l'inverse, dans le département de Seine-Saint-Denis, les seniors ont un niveau de vie médian, non seulement en dessous du niveau médian régional, mais ils résident aussi dans le seul département francilien où le niveau de vie médian est inférieur à celui observé au niveau national.

Nous avons vu que le niveau de vie médian était supérieur en Île-de-France à celui observé en France métropolitaine. De plus, les seniors franciliens ont la chance d'être moins souvent pauvres qu'au niveau métropolitain. Ainsi, le taux de pauvreté des seniors en Île-de-France est inférieur à 9 %, alors qu'il les dépasse au niveau métropolitain. Par contre, la comparaison des taux de pauvreté d'un département francilien à un autre montre de très grandes disparités. Il ne s'élève qu'à 5,3 % dans les Yvelines. Ceux de Paris et de la Seine-Saint-Denis par contre, dépassent les 10 %, et il atteint 15,3 % en Seine-Saint-Denis. Notre région a comme particularité d'avoir des taux très différents d'un département à l'autre, avec un ordre de grandeur d'un à trois entre les Yvelines et la Seine-Saint-Denis. Notons également que le taux de pauvreté des seniors est partout inférieur au taux de pauvreté de la population totale. C'est vrai dans tous nos départements, mais également pour chaque département français.

Nous allons maintenant étudier les statuts de propriétaire et locataire, toujours à partir du dispositif Filosofi. Nous aurions pu le considérer avec le recensement de la population, mais nous avons choisi de rester cohérents avec les données sur les revenus.

La part des ménages seniors propriétaires en Île-de-France est inférieure à celle des ménages seniors de France métropolitaine (63 % versus 73 %). Nous retrouvons également cet écart de 10 points pour l'ensemble des ménages. Dans tous les départements, la part des ménages seniors propriétaires est supérieure à celle de la population totale des ménages. La logique est ici encore respectée. Plus une personne est âgée, plus elle a eu le temps d'acquérir un bien immobilier. Il est assez naturel de retrouver des seniors plus souvent propriétaires que la population générale.

Les trois départements où cette part est la plus faible sont Paris, les Hauts-de-Seine et la Seine-Saint-Denis. Cela se justifie évidemment par des raisons très différentes. Nous avons vu qu'à Paris et dans les Hauts-de-Seine, le niveau de vie médian était très élevé. Le problème est que l'immobilier y est aussi très cher et donc difficile d'accès. En Seine-Saint-Denis, le problème est

différent, c'est celui du niveau de vie médian très faible. Il est donc difficile pour les ménages d'accéder à la propriété dans ce département. Par contre, en grande couronne excepté dans le Val-d'Oise, nous avons des parts de ménages seniors propriétaires supérieures aux 73 % du niveau national. Là où l'immobilier est moins onéreux que ce que nous pouvons observer à Paris ou dans les Hauts-de-Seine.

Finalement, comment pouvons-nous résumer ce qu'est un senior francilien ? Premièrement, ils sont proportionnellement moins présents dans la population, quel que soit le département d'Île-de-France, par rapport au niveau national. Ensuite, leur niveau de vie est en général plus élevé qu'au niveau national, à l'exception de la Seine-Saint-Denis, et ils ont « la chance » d'être moins souvent pauvres, sauf en Seine-Saint-Denis et à Paris. Ils sont moins souvent propriétaires quand ils sont à Paris et en petite couronne qu'au niveau national, et ils le sont plus souvent quand ils vivent en grande couronne.

Viellissement de la population francilienne

Caroline LABORDE, socio-démographe, ORS Île-de-France

Je vous remercie de m'avoir conviée pour vous parler du vieillissement et de la perte d'autonomie. Ma présentation se fera en trois temps. Je vous présenterai d'abord des projections de population réalisées à l'ORS avec l'Institut d'Aménagement et d'Urbanisme (IAU). Ces projections sont au niveau régional et au niveau départemental. Nous discuterons ensuite du processus de perte d'autonomie et des différentes façons de la mesurer. Je vous présenterai des estimations réalisées lors d'un travail avec la Direction régionale de l'Insee Île-de-France, estimations de perte d'autonomie au niveau régional et au niveau départemental. Enfin, je vous présenterai des projections des populations bénéficiaires de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA), travail que nous avons également réalisé en collaboration avec l'IAU.

Pour commencer sur le vieillissement, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), il y a de plus en plus de pays confrontés au vieillissement et à ses enjeux, que ce soit d'un point de vue économique, de santé publique ou sociétal, comme en a parlé M. Morandi en introduction.

Pour ce qui nous concerne aujourd'hui, au niveau de l'Île-de-France, nous avons réalisé des projections par groupe d'âge : 65-74 ans, 75-84 ans et 85 ans ou plus, selon trois scénarios, le scénario central, le haut et le bas. Pour cela, nous avons appliqué la méthodologie de l'Insee au niveau national, régional, et départemental.

Les Franciliens de 65-74 ans augmentent surtout jusqu'à 2020. Ceux de 75-84 ans connaîtront une progression forte entre 2020 et 2030, et les 85 ans ou plus connaîtront une brusque accélération à partir de 2030. C'est l'avancée en âge des premières générations du *baby-boom*, générations nées en 1945. Il est intéressant de regarder ces statistiques après 2030 également, car c'est alors que le nombre de personnes âgées de 85 ans ou plus augmentera fortement et là où nous aurons des sujets de dépendance. Quant aux chiffres, nous sommes aujourd'hui en 2013 à 243 000 personnes âgées de 85 ans ou plus. Selon les scénarios, nous estimons en 2040 que nous compterons entre 500 000 et 600 000 Franciliens de 85 ans ou plus.

Dans les départements de grande couronne, selon le scénario central, le département de Seine-et-Marne triplera son nombre de personnes âgées de 85 ans ou plus entre 2013 et 2040. Celui de l'Essonne, le multipliera par 2,7, les Yvelines par 2,6 et le Val-d'Oise par 2,4. Le vieillissement sera donc accentué en grande couronne. Le département de Paris connaîtra un vieillissement un peu plus faible, avec une multiplication par 1,8. Paris restera néanmoins le département le plus âgé en 2040. Il y aura aussi un changement. Le département des Hauts-de-Seine constitue aujourd'hui le deuxième département le plus âgé. En 2040, les Yvelines et la Seine-et-Marne l'auront dépassé.

Vivre plus longtemps est une chance pour la personne concernée comme pour sa famille, la personne âgée étant une ressource familiale. C'est également une chance pour les économies dans lesquelles les personnes âgées vivent et pour la société dans son ensemble, à travers la création d'emplois, la cohésion sociale, le développement d'une nouvelle économie ainsi que d'innovations. La question est de savoir si les conséquences du vieillissement seront plutôt positives ou négatives pour la personne et pour la société et si ces années de vie supplémentaires seront des années en bonne santé ou non.

Perte d'autonomie en Île-de-France

Sauf accident grave, quelqu'un ne devient pas dépendant du jour au lendemain. L'OMS décrit depuis les années 2000 la perte d'autonomie comme un processus qui commence par les maladies. Ces maladies vont altérer les capacités fonctionnelles qui engendreront à leur tour des restrictions d'activités. Par exemple, souffrir d'arthrose limitera la capacité à marcher, ce qui engendrera des difficultés dans la capacité à faire des courses.

La bonne nouvelle est que ce processus n'est pas irréversible. La survenue et l'évolution des maladies peuvent être limitées par des consultations, des soins, des traitements et suivis adaptés. Les limitations fonctionnelles peuvent être compensées par des aides techniques ou un environnement adapté. Je pense notamment au logement. Cependant, les chances de pouvoir limiter la progression du processus de la perte d'autonomie ne sont pas égales selon les groupes de population. Nous savons que ces chances dépendent de la capacité à mobiliser des facteurs physiques, intellectuels, sociaux et comportementaux, mais aussi des facteurs environnementaux. Nous le verrons, des inégalités se grefferont tout au long du processus de perte d'autonomie.

Pour mesurer la perte d'autonomie, nous avons actuellement deux possibilités. La première possibilité se base sur les enquêtes en santé. Ce sont des données déclaratives. Elles sont donc subjectives, ce sont des gens qui donnent leur avis et nous n'allons pas vérifier la véracité des informations transmises. La dernière enquête en date était « l'enquête Vie Quotidienne et Santé » (VQS) menée en 2014 par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES). L'avantage de ces enquêtes est qu'elles permettent de repérer le nombre de personnes atteintes à chaque étape du processus de perte d'autonomie. Nous avons également des données de l'APA. Elles sont mises à jour régulièrement par les enquêtes annuelles de l'aide sociale de la Drees. Ce sont des données administratives qui font suite à une évaluation médico-sociale qui a catégorisé la personne âgée en Groupes Iso-Ressources (GIR). Une catégorisation de GIR1 à GIR4 signifie une grande dépendance. La personne concernée peut alors bénéficier de l'APA. Ainsi, les données de l'APA nous permettent de repérer la dépendance très sévère. Ces deux types de données ont chacune leurs limites et leurs inconvénients. Elles nous permettent tout de même d'approcher différemment la perte d'autonomie et la dépendance.

À la question « comment vieillit-on ? », la réponse est « cela dépend ». Selon une étude menée avec l'Insee Île-de-France², 37 % des Franciliens âgés de 85 ans ou plus ne déclarent aucune incapacité. Cela suppose qu'ils ont l'état fonctionnel d'un jeune. 34 % de Franciliens de 85 ans ou plus sont repérés comme dépendants par l'enquête VQS. Cela signifie qu'ils ont déclaré beaucoup de restrictions d'activités sévères. Parmi eux, moins de la moitié déclare toucher l'APA. Entre ces deux extrêmes, il y a un éventail de situations fonctionnelles. C'est d'ailleurs la particularité de la vieillesse que cette diversité d'états fonctionnels, ce pour quoi il est important de tenir compte de ce continuum et d'apporter une réponse globale de santé publique au vieillissement de la population.

Comment expliquer cette diversité d'état de santé ? Celle-ci n'est pas due au hasard. Une partie peut s'expliquer par l'héritage génétique. Le reste s'explique par des facteurs, selon que l'on soit un homme ou une femme, selon les conditions de vie connues depuis notre enfance, voire in utero, selon les conditions de travail au long de la vie, selon le fait de faire ou non du sport, de consommer de l'alcool ou du tabac, et autres. Ces facteurs se combinent et se cumulent tout au long de la vie.

² Insee Analyses n°68 de Septembre 2017 : Incapacité et dépendance des personnes âgées ; près de 170 000 Franciliens en perte d'autonomie.

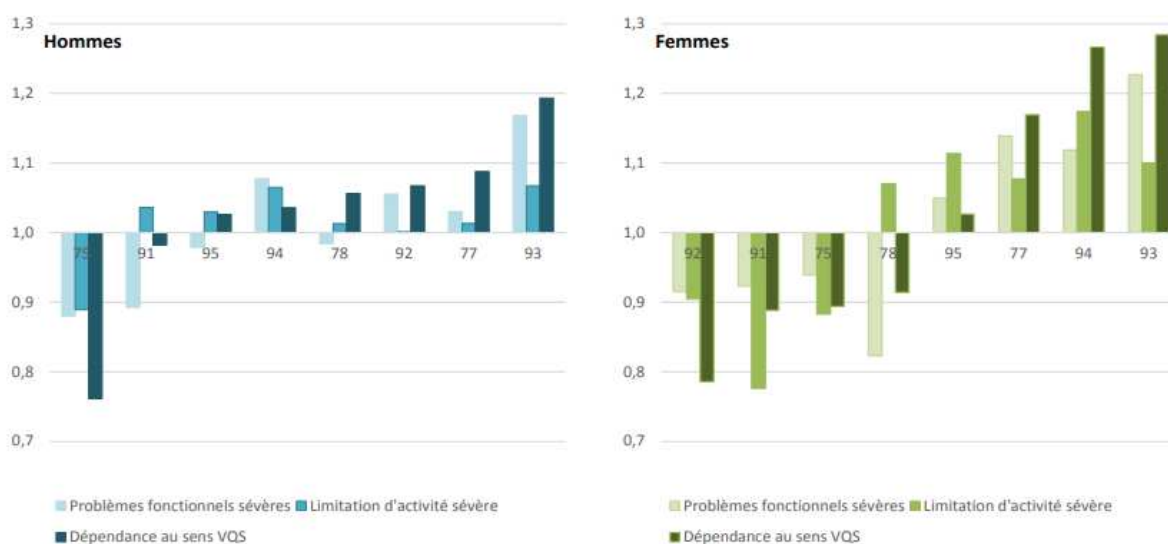
Vous constaterez qu'il existe des différences systématiques selon les groupes de population face à la perte d'autonomie. Premièrement, à 85 ans ou plus, même si nous avons un panel de situations fonctionnelles, il y a tout de même un lien très fort entre la perte d'autonomie et l'âge. Dans l'enquête VQS, nous voyons que plus on avance en âge, plus on déclare de problèmes fonctionnels sévères et plus on déclare être dépendant. C'est pourquoi toutes les données que je vous présenterai sont standardisées sur l'âge, de façon à pouvoir tenir compte des différences d'âge entre groupes de population.

L'étude des taux d'incapacité standardisés (problèmes fonctionnels sévères, limitation globale sévère d'activité, dépendance au sens de l'enquête VQS), chez les 60 ans ou plus vivant à domicile, montre que sur l'Île-de-France comme en France métropolitaine, les hommes ont tendance à déclarer moins d'incapacités que les femmes. Ce résultat est connu. Nous en connaissons quelques explications. Les femmes sont davantage en surpoids, elles pratiquent un peu moins d'activités physiques et, surtout, elles déclarent à âge équivalent davantage de problèmes ostéo-articulaires et de troubles mentaux pourvoyeurs de perte d'autonomie. L'Île-de-France paraît protégée par rapport à l'incapacité, en comparaison de la France métropolitaine. Ce résultat se retrouve également sur les autres indicateurs de santé. Une raison souvent évoquée est qu'il y a davantage de diplômés et de cadres en Île-de-France. La région est davantage favorisée socialement.

Nous trouvons de fortes inégalités sociales face à la perte d'autonomie. Nous n'avons pas encore l'information au niveau de l'Île-de-France par catégorie sociale. Cependant, l'étude au niveau national des différentes espérances de vie avec ou sans incapacité et selon que l'on soit cadre ou ouvrier, que j'avais réalisée il y a dix ans avec Emmanuelle Frovois et Jean-Marie Vauring, montre que sur différents indicateurs d'incapacité, un ouvrier vit davantage d'années avec incapacité qu'un cadre.

Une autre différence face à la perte d'autonomie se constate selon les départements (voir graphique ci-dessous).

Ratios des taux standardisés d'incapacité par rapport à la moyenne régionale pour les huit départements franciliens, par sexe



Nous retrouvons des résultats connus. Les territoires défavorisés socio-économiquement présentent des taux d'incapacité élevés, comme la Seine-Saint-Denis chez les hommes et les femmes. D'autres départements comme Paris paraissent protégés face à l'incapacité. Il en est de même pour les Hauts-de-Seine et l'Essonne. Nous sommes tentés de soulever l'hypothèse d'un contexte social plus ou moins avantageux. La position défavorisée de la Seine-et-Marne va également dans ce sens. La position du Val-de-Marne est particulière car elle présente des taux d'incapacité légèrement supérieurs à la moyenne régionale. Pourtant, chez les femmes, ce département présente des espérances de vie proches de l'Essonne et des Hauts-de-Seine. Nous avons cependant vu dans la précédente présentation que le niveau de revenu y est proche de la Seine-et-Marne. Nous ne savons pas encore bien expliquer ces disparités. Un travail est mené à l'Institut National d'Etudes Démographiques (INED) pour expliquer les différences départementales face à l'incapacité. Notons que les taux constatés chez les hommes des Hauts-de-Seine nous questionne également.

Les différences départementales se retrouvent également au niveau des bénéficiaires de l'APA à domicile. En Seine-Saint-Denis, le taux est plutôt élevé (Fin 2017, 203 bénéficiaires pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus). Les Yvelines et les Hauts-de-Seine sont les départements où le taux est le plus faible (respectivement 69 et 73). Nous avons essayé avec l'IAU de modéliser cette disparité départementale de taux de recours à l'APA à domicile. Nous avons fait deux modèles dont la différence tient seulement à l'introduction ou pas d'une variable rendant compte de l'état de dépendance de la population âgée par département. Cette disparité départementale est expliquée en partie par les disparités de déclarations de dépendance, mais pas uniquement. Le principal facteur explicatif résidait dans la densité d'infirmiers libéraux. Plus il y avait d'infirmiers libéraux sur un territoire, plus il y avait de bénéficiaires de l'APA. Nous ne savons pas dans quel sens cela joue. Plus il y a de personnes âgées vivant seules sur un territoire, plus il y a de bénéficiaires de l'APA. Plus le statut social est défavorisé, plus il y a de bénéficiaires de l'APA. Enfin, plus il y a de dépenses en aides sociales de la part d'un Conseil départemental, plus il y a de bénéficiaires de l'APA.

Pour finir, je veux vous présenter les projections de bénéficiaires de l'APA en 2040. Nous avons fait neuf scénarios. Nous ne savons pas vraiment comment évolueront l'espérance de vie et la dépendance dans les années futures. Nous avons donc repris les trois scénarios démographiques présentés précédemment et nous les avons croisés avec trois hypothèses de recours à l'APA, une optimiste, une pessimiste et une centrale. L'hypothèse optimiste est que tous les gains d'espérance de vie à partir de 65 ans se feraient sans dépendance. Cela suppose que l'espérance de vie sans incapacité augmenterait d'autant de mois ou d'années que l'espérance de vie augmentera. En France, nous nous situerions plutôt dans cette hypothèse, si ce n'est que les femmes déclarent de plus en plus d'incapacités sévères. Ajoutons que nous observons une augmentation des incapacités sévères entre 50 et 65 ans. Notre hypothèse pessimiste est que les gains en espérance de vie à partir de 65 se feront avec dépendance. Ainsi, l'espérance de vie avec dépendance augmenterait seule. D'ailleurs, la plupart des pays européens depuis dix ans se situe plutôt dans cette hypothèse. Ainsi, entre 2013 et 2040, dans les scénarios centraux tant démographiques que de recours à l'APA, la hausse du nombre de bénéficiaires de l'APA (domicile + établissement) se situerait à + 36 % à Paris, + 43 % dans les Hauts-de-Seine, un peu plus de moitié en Seine-Saint-Denis et dans le Val-de-Marne, de 80 % à 90 % dans les Yvelines, l'Essonne et le Val-d'Oise et à +123 % en Seine-et-Marne.

Nous avons également réalisé des projections du nombre de bénéficiaires de l'APA selon les neuf scénarios, par domicile et en établissement par département. En Seine-Saint-Denis, dans le scénario combinant scénario démographique haut et hypothèse pessimiste de recours à l'APA (stabilisation des taux par âge au niveau actuel), le nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile augmente de 12 700 personnes entre 2013 et 2040. Celui de bénéficiaires en établissement de 6 300. Vous retrouverez les résultats des autres départements franciliens, dans la publication « Impact du vieillissement sur le recours à l'APA en Île-de-France conjointe ORS- IAU de Juin 2017 » et avec l'hypothèse forte que le ratio domicile/établissement restera le même qu'aujourd'hui en 2040. Il s'agit d'une hypothèse forte, car nous savons qu'aujourd'hui, de plus en plus de personnes souhaitent vieillir à domicile, ce à quoi s'ajoutent les politiques volontaristes du maintien à domicile. Ainsi, il est très probable que nous ayons beaucoup plus de personnes âgées dépendantes à domicile en 2040 que notre estimation.

En conclusion, à partir de 2030, nous aurons une forte augmentation des « très âgés ». Nous avons une diversité des états de santé, nous n'avons pas que de la dépendance. Nous aurons un vieillissement très important en grande couronne, multipliant par deux ou par trois les 85 ans ou plus, et nous y aurons une augmentation très importante des personnes âgées dépendantes, une multiplication par deux notamment en Seine-et-Marne.

Projections de personnes âgées dépendantes (méthodologie et résultats)

Issam KHELLADI

Je vais vous présenter cette fois les résultats d'une étude menée entre autres en partenariat avec l'ARS. Cette présentation se fera à nouveau en trois points. J'essaierai tout d'abord de définir ce que nous appelons la dépendance, ce que nous avons considéré être de la dépendance dans le cadre de notre étude ainsi que la méthodologie que nous avons choisie. Nous regarderons ensuite les évolutions des effectifs départementaux de personnes âgées et dépendantes. Nous ferons ensuite un point sur la situation de chaque département.

Tout d'abord, qu'est-ce que la dépendance ? Nous considérons une personne dépendante à partir du moment où elle a besoin d'aide pour effectuer ce que nous appelons les gestes essentiels du quotidien. La dépendance se mesure à l'aide du GIR, un score entre 1 et 6. Plus le GIR est petit, plus la dépendance est sévère. Dans le cadre de notre étude, nous avons considéré comme dépendantes les personnes dont le GIR était inférieur à 4, soit de 1 à 4. Les GIR 5 et 6 représentent des cas très légers. Enfin, je parlerai souvent dans cette présentation de « dépendance sévère ». Ce seront les GIR 1 et 2.

Nous avons la chance d'être moins souvent dépendants en Île-de-France qu'au niveau national. Le taux de dépendance francilien est de 13,8 % contre 15,2 % au niveau national. Ce qui est vrai pour la dépendance l'est aussi pour la dépendance sévère. Nous sommes à moins de 4 % de taux de dépendance sévère contre 4,3 % au niveau national.

Nous nous apercevons de choses intéressantes en faisant des différences par âge et sexe. Cela ne choquera personne d'imaginer que la dépendance augmente avec l'âge. Ce taux de dépendance sera multiplié par 4,4 à partir de 75 ans et par 10 pour le taux de dépendance sévère. Quand nous considérons le sexe, nous ne voyons pas de différences notables avant 75 ans entre hommes et femmes. Ensuite, les femmes sont beaucoup plus dépendantes que les hommes. Nous savons que l'espérance de vie des hommes est plus faible. Il y a une « espèce d'effet de sélection ». Les hommes en moins bonne santé décéderont avant, et ils auront donc au total moins de chances de se retrouver en état de dépendance sévère. Les femmes vivront plus âgées, mais auront plus de risques d'être touchées par la dépendance, et a fortiori par la dépendance sévère.

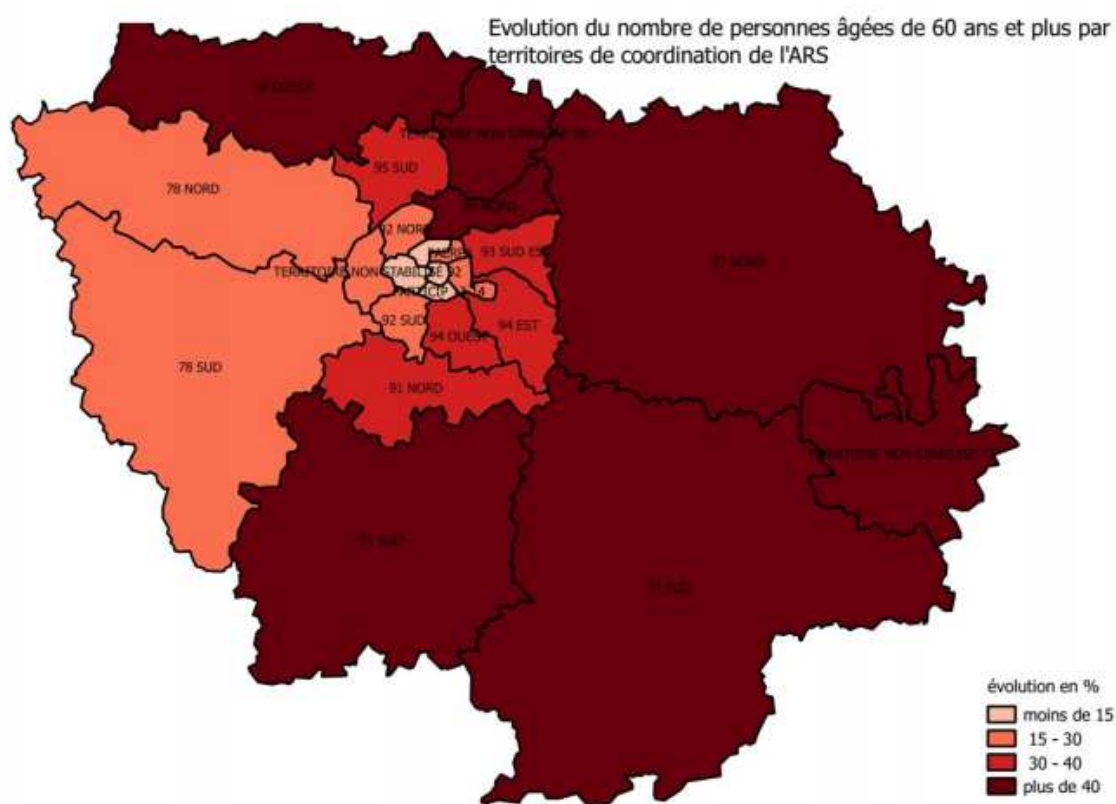
Dans le cadre de notre étude, nous nous sommes focalisés sur la période 2015 – 2030, car notre partenaire l'ARS avait besoin de résultats qui n'étaient pas trop lointains. Nous n'avons donc pas été jusqu'en 2050, comme nous l'avions fait pour d'autres projections. Sur cette période, le contexte régional est très défavorable. Premièrement, aucune ouverture de place en Ehpad n'est prévue. Pourtant, l'Île-de-France est déjà actuellement moins bien pourvue en nombre de places, avec 19,6 places pour 100 personnes âgées dépendantes, alors que le taux est de 24,3 en France métropolitaine. Nous avons actuellement déjà 81 % de nos seniors maintenus à domicile, taux qui n'est que de 78 % en France métropolitaine. Nous savons de plus que la population des 60 ans ou plus augmentera. Ainsi, alors qu'en 2013, environ un cinquième des Franciliens avait 60 ans ou plus, cette part atteindrait un quart d'ici 2030.

Comment fonctionnent les projections ? Nous sommes partis dans un premier temps des projections de population de tout âge et tout sexe, sans détailler la question de la dépendance ou non. Ces projections vont de 2013 à 2050, d'après le modèle Omphale. Nous avons recalé ces projections sur le recensement de la population 2015 (notre projection de personnes âgées dépendantes étant 2015–2030) puisqu'il y avait deux ans de décalage et nous voulions coller au

plus proche de la réalité. Une fois faite la projection de population entre 2015 et 2030, nous avons appliqué des taux de prévalence, c'est-à-dire des taux de dépendance, projetés par âge, sexe et degré de dépendance, dépendance et dépendance sévère. Nous obtenons alors des effectifs. Nous avons réparti ensuite ces effectifs entre domicile et institution. Durant toute la période de projection, nous avons maintenu constant le nombre de places disponibles en institution.

Deux problématiques nous sont directement apparues. Premièrement, il y aura une augmentation du nombre de dépendants à domicile. C'est la conséquence de la non ouverture de places en Ehpad et du nombre croissant de personnes âgées, et donc de personnes âgées dépendantes. Deuxièmement, il y a la question de l'augmentation de la part des personnes sévèrement dépendantes en institution. C'est quelque chose d'important pour les institutions. En effet, si les personnes vivant en institution sont nettement plus sévèrement dépendantes qu'auparavant, il faudra adapter le personnel disponible.

La carte ci-dessous représente l'évolution des personnes âgées de 60 ans ou plus, dépendantes ou non, par territoire de coordination de l'ARS.



Nous voyons une sorte de croissant de vieillissement qui part du nord, va à l'est et termine au sud, au niveau de la grande couronne. Plus nous nous rapprochons du centre de la région, moins le vieillissement est prononcé. Nous nous apercevons aussi d'un plus faible vieillissement sur l'ouest.

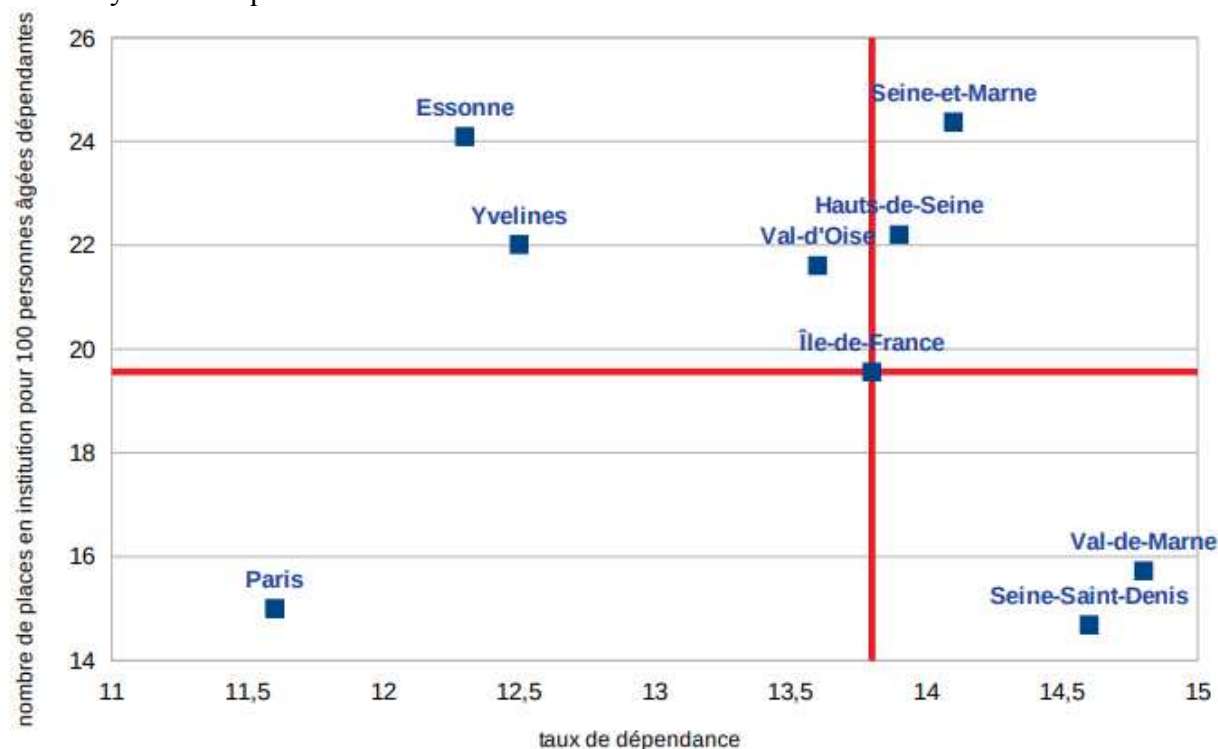
Mettons cette carte en rapport avec le tableau de l'évolution des effectifs de dépendants et sévèrement dépendants. Plus la population des 60 ans ou plus augmente, plus celle des dépendants augmente aussi. D'ici 2030 en Île-de-France, nous devrions avoir aux alentours de 23 % de personnes âgées dépendantes en plus. Les deux départements qui seraient les moins touchés par ce phénomène sont Paris (+ 9,3%) et les Hauts-de-Seine (+ 12,9%). Nous voyons même que c'est légèrement décroissant au niveau de la dépendance sévère (- 2 % dans chacun de

ces 2 départements). Cependant, ces 2 % en moins ne représentent que quelques centaines d'individus. Comme nous sommes sur des projections, il y a peu de chances que cela se réalise exactement ainsi.

Pourquoi avons-nous ces 2 % en moins ? Le nombre de personnes âgées de 85 ans ou plus à Paris devrait légèrement diminuer. Comme il s'agit de la population la plus touchée par la dépendance sévère, il est logique qu'il y ait moins de sévèrement dépendants.

En grande couronne, nous voyons les effectifs de dépendants majoritairement augmenter (environ + 30 % en moyenne pour la plupart des départements). Le département des Yvelines représente un cas un peu particulier. L'évolution des personnes dépendantes, y est légèrement plus faible qu'au niveau régional (+ 22,9 %). Par contre, l'évolution des personnes sévèrement dépendantes y est légèrement plus élevée (+ 10,6 % versus + 9,1 %). Ceci s'explique par le fait que ce sont les seniors de 85 ans ou plus qui augmenteront le plus dans ce département.

Sur le graphique ci-dessous, vous trouverez en abscisse le taux de dépendance et en ordonnée le nombre de places en institution pour 100 personnes dépendantes. Vous avez ce qu'on peut appeler le point moyen, la région. Le taux de dépendance y est de 13,8 % et le taux d'équipement de 19,6 places pour 100 personnes âgées dépendantes. En traçant les deux axes en rouge, nous voyons bien quatre situations différentes.



La première est celle de Paris. Paris est moins bien équipée, mais connaît un taux de dépendance plus faible que celui de la région. L'augmentation du nombre de seniors y serait 2,5 fois moins forte que dans le reste de l'Île-de-France. Ainsi, pour garder la même répartition entre institution et domicile, il n'y aurait pas nécessité d'y construire de nouvelles places si nous restions dans la répartition actuelle. Celle-ci est tout de même déjà moins « bonne » qu'au niveau national. Enfin, seulement six résidents sur dix en institution seraient sévèrement dépendants, ce qui serait le taux le plus faible de la région. La situation de Paris ne serait donc pas la plus compliquée.

La partie du graphique en haut à gauche concerne les départements aujourd'hui dans la meilleure situation. Ce sont ceux ayant les taux d'équipement les plus élevés et les taux de dépendance les plus faibles. Les Yvelines ont aujourd'hui 22 places pour 100 personnes âgées dépendantes mais le département verra sa situation se compliquer. Pour maintenir la répartition actuelle, il faudrait construire aux alentours de 1 600 places. Je rappelle qu'aucune construction n'est envisagée. En Essonne, nous avons 24 places pour 100 personnes âgées dépendantes. Ce département connaîtra la plus forte hausse de personnes âgées dépendantes, de l'ordre de 36 %, et surtout la plus forte hausse de personnes âgées vivant à domicile, environ 46 %. Il y aura donc pour ce département un vrai défi à relever. Il s'agira de trouver comment s'occuper de toutes ces personnes âgées maintenues à domicile. Enfin, nous avons le Val-d'Oise avec environ 22 places pour 100 personnes âgées dépendantes. Son cas est le même que l'Essonne, mais dans des proportions un peu moindres, avec 31 % d'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes et environ 40 % d'augmentation de personnes âgées vivant à domicile. Ce département connaîtra donc le même type de défi à relever que l'Essonne.

Un autre cas est celui de la Seine-et-Marne et des Hauts-de-Seine. Leurs taux d'équipements sont supérieurs à celui de la région, mais leurs taux de dépendance sont également plus élevés. Les Hauts-de-Seine connaissent sensiblement la situation parisienne, avec 22 places pour 100 personnes âgées dépendantes. Il faudrait construire environ 800 places pour maintenir la répartition actuelle. D'ici 2030, ce n'est pas infaisable puisque la part des personnes âgées sévèrement dépendantes vivant en institution doit diminuer. Nous avons vu tout à l'heure qu'il y aurait 2 % de sévèrement dépendants en moins.

La Seine-et-Marne a le taux d'équipement le plus élevé de la région avec plus de 24 places pour 100 personnes âgées dépendantes. C'est le département qui a le plus fort taux de personnes âgées sévèrement dépendantes en institution en 2015. De plus, leur nombre augmentera de 34 %. Pour la Seine-et-Marne, le vrai défi sera de trouver comment s'occuper de ces personnes âgées sévèrement dépendantes qui vivront en institution.

En bas à droite, nous avons enfin deux départements dans une situation déjà compliquée. Pour le Val-de-Marne, il faudrait construire 1 100 places supplémentaires pour maintenir la répartition domicile/institution. D'ici 2030, il y aurait 28,5 % en plus de personnes dépendantes à domicile. Surtout, les trois quarts des personnes âgées en institution seraient fortement dépendantes. En Seine-Saint-Denis enfin, le taux d'équipement est déjà le plus faible avec celui de Paris. Si aucune place n'était ouverte d'ici 2030, il n'y aurait que 11 places pour 100 personnes âgées dépendantes. Ce serait le taux le plus faible de la région. Il y aurait une augmentation de 35 % des personnes âgées maintenues à domicile, et nous atteindrions plus de 70 % de personnes âgées sévèrement dépendantes vivant à domicile. Le défi est donc double pour ce département, répondre à l'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes vivant à domicile et à l'augmentation de celles sévèrement dépendantes vivant en institution.

Répondons aux deux problématiques observées au début. L'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes à domicile représente environ 68 500 personnes en plus, dont 4 200 sévèrement dépendantes, qui nécessiteront des aménagements particuliers. L'augmentation des personnes sévèrement dépendantes en institution sera de 3 500 sans ouverture de place. Le taux de sévèrement dépendants en institution passerait alors de 58 % à 68 %.

Échanges avec la salle

Philippe RICARD, Direction régionale de Pôle Emploi Île-de-France.

Mon intervention ne sera pas exactement en lien avec l'institution que je représente. J'ai deux remarques à propos de ce que vous venez de présenter. Il me semble qu'un phénomène qui me semble assez prégnant en Île-de-France n'est pas pris en compte. Je pense à la part de la population des seniors d'origine immigrée. La population active était alimentée dans les années 1960, à la fin des trente glorieuses en particulier, par la venue dans certains départements d'une population immigrée. Elle se retrouve déjà dans la tranche des seniors, mais se retrouvera probablement pour partie dans les seniors dépendants. Ne serait-ce pas une explication notamment pour les Hauts-de-Seine dont vous avez évoqué le caractère étonnant ? Là-bas notamment, je penserais pertinent de s'interroger sur ces populations arrivées dans les années 1960 et qui deviendront dans les années 2025 à 2030 des personnes très âgées. Il y aurait peut-être à creuser de ce côté.

D'autre part, vous aviez évoqué l'APA. J'aimerais avoir votre avis sur un point. Il y aurait peut-être une explication qui tient à la ruralité de la population, et en particulier à la part des seniors qui sont d'anciens agriculteurs. Nous savons leurs retraites faibles. Nous savons que la ruralité dans certaines régions comme le Limousin a pour caractéristique d'être mal desservie. Je suppose qu'il y a une corrélation entre être bénéficiaire de l'APA et habiter dans ces régions.

Caroline LABORDE

Je vous rejoins, la population immigrée est effectivement une piste. S'il y a une question pour les Hauts-de-Seine, ce serait de se demander pourquoi chez les hommes, et pas chez les femmes ? Les femmes sont plutôt protégées dans les Hauts-de-Seine face à l'incapacité. Je ne sais pas, mais c'est effectivement une piste à explorer. Nous ne savons pas. Je disais qu'une chercheuse de l'Ined travaille en ce moment sur ce sujet. Je verrai si elle tient compte de la part de la population immigrée.

Pour ce qui est des modèles sur le taux de bénéficiaires APA, je suis allée vite sur ce point par manque de temps, mais nous avons intégré une variable dans le modèle : le ratio d'agriculteurs et d'ouvriers sur la population de cadres. Nous avons également intégré la densité de population, en ne retenant que la partie qui n'avait pas été expliquée par ce ratio. La densité de population ne joue pas, mais ce ratio-là joue. Plus un territoire comprend d'agriculteurs et d'ouvriers en comparaison de sa proportion de cadres, plus il y a de bénéficiaires APA.

Hakim NAILI, Ceser

Je voudrais soulever deux points concernant le déficit des places dans les Ehpad pour les années à venir et le fait que nous n'aurions rien prévu pour réduire ce déficit de places pour les personnes dépendantes. Nous ne parlons que des personnes âgées, mais nous avons des dépendances liées à des accidents de travail ou des accidents routiers. Il y a également des Accidents Vasculaires Cérébraux (AVC). Il n'y a pas d'âge concernant cette catégorie de Franciliens et de Français. Malgré la période malheureuse de la canicule de 2003 où nous avons perdu 17 000 personnes âgées et dépendantes, les politiques de gauche comme de droite en Île-de-France n'ont pas pensé à construire des Ehpad afin de répondre à cette attente. Nous voyons la majorité des Franciliens et des Français aller chez les voisins belges pour trouver des places dans les Ehpad. Quand bien même on trouve une place en région parisienne, elles sont très chères. Eu égard aux moyens des retraités, ils ne peuvent pas se permettre d'avoir une place dans

le XV^e arrondissement ou dans les Hauts-de-Seine. Vous nous dites qu'à partir de 2030, nous aurons 22 ou 24 places en moyenne pour 100 personnes âgées dépendantes. Vous imaginez le déficit que nous avons ? Et je ne parle pas encore de la dépendance à domicile. Que mettrons-nous en place pour les années à venir ? Allons-nous mettre des projets similaires à ceux que nous faisons au niveau des maternelles et au niveau ambulatoire dans les hôpitaux, des unités mobiles pour rendre visite à ces personnes dépendantes, ville par ville et région par région ? Il nous faut des moyens humains, ne serait-ce qu'en infirmières et médecins qui se rendront auprès des personnes âgées à domicile. Quels moyens mettrons-nous ? Nos voisins allemands ont une population très âgée depuis trois ans. Ils font maintenant appel à l'immigration pour combler le déficit au niveau des emplois, et pour avoir des personnels pour les Ehpad et l'accompagnement à domicile. Nous tirons des conclusions sur des chiffres réels, et aucune décision n'est prise au niveau politique pour construire des Ehpad ou mettre des moyens humains pour les dépendants à domicile. Voilà mon inquiétude sur ce point.

Marie-Christine PARENT

Nous reviendrons sur votre intervention en début d'après-midi lorsque nous parlerons de l'offre et des formations. Cette présentation est essentiellement un cadrage des besoins et des attentes. Nous attendons l'intervention de la Région sur ce sujet.

Je souhaitais également rebondir sur vos propos. Nous avons effectivement moins de personnes âgées en Île-de-France, y compris dépendantes, mais il peut y avoir trois facteurs de dynamisme naturel. Nous avons un taux de fécondité plus important, et donc plus d'enfants qui naissent et de jeunes que dans d'autres régions. Nous pouvons aussi avoir une espérance de vie plus élevée puisque nous avons davantage de cadres. Enfin, notre solde migratoire est négatif. Nous avons des entrées de populations jeunes, mais assez rapidement, nous avons des familles ou des personnes âgées qui quittent la région. Vous l'avez dit, certains partent pour aller en établissement. Les projections sont toutes choses égales par ailleurs, mais nous pourrions imaginer que s'il n'y a pas assez de places pour les personnes âgées dépendantes en Île-de-France en 2030, nous aurions un phénomène de départ vers d'autres régions. Nous pourrions avoir un effet d'éviction entre l'Île-de-France et les régions métropolitaines alentour pour les places en Ehpad. C'est d'autant plus crédible que nos personnes âgées sont financièrement plus à l'aise que celles du reste des régions métropolitaines.

Anne FOUSSAT, Observatoire départemental, Conseil départemental de Seine-Saint-Denis

Je suppose que vous avez fait l'étude sur l'APA par rapport aux domiciles de secours, et non par rapport aux lieux où habitent les personnes. Combien y a-t-il actuellement de gens domiciliés dans les départements dont ils dépendent en tant que domicile de secours ? En effet, on peut aussi bien avoir des échanges entre Paris et la Seine-Saint-Denis ou les autres départements d'Île-de-France, mais aussi avec la région et d'autres pays d'Europe. Il pourrait être intéressant de voir les répercussions. Par rapport à l'intervention de Pôle Emploi, nous pourrions voir que dans des départements comme la Seine-Saint-Denis où nous avons beaucoup de populations immigrées, le fait que les personnes vieillissantes partent en établissement peut être quelque chose de culturellement inacceptable. Il est possible que les gens y aient tendance pour des considérations économiques, mais aussi culturelles à garder les personnes vieillissantes chez eux.

Caroline LABORDE

Concernant l'APA en établissement notamment, nous voyons des taux de recours APA en établissement très forts à Paris. En fait, ils sont au même niveau à Paris et en Seine-et-Marne. Nous nous doutons qu'il y a des flux entre Paris et les autres départements franciliens. Nous les

observons, mais je ne peux pas estimer leur ordre de grandeur.

Alain LECERF, Ceser, Administrateur de l'URIOPSS Île-de-France

J'ai deux ou trois remarques. Je partage l'avis de mon collègue du Ceser intervenu précédemment, mais je pense que nous viendrons tout à l'heure effectivement sur les aspects plus politiques, et plus orientés vers la prévention et l'anticipation. Tout ce qui a été dit en ce qui concerne les chiffres, montre bien que nos politiques, quels qu'elles soient et depuis cinquante ou soixante ans, ont toujours eu quelques trains de retard en matière de prévention et d'anticipation sur ce qui risque de se passer. Il est tout de même invraisemblable de constater cela. Nous parlons de manque de places, de difficultés au maintien à domicile, enfin, cela concerne tous les domaines et cela rejoint bien la problématique soulevée par M. Morandi sur les urgences. J'écoutais France Inter en venant. Un invité urgentiste décrivait des situations dramatiques. Que faisons-nous pour tout cela ? J'y reviendrai lors de mon intervention.

J'ajoute une autre remarque. Je suis toujours un peu ennuyé lorsque nous utilisons un vocabulaire où on ne parle que de dépendance. Cela me gêne fortement. Depuis 2012, le Gouvernement de l'époque a changé la terminologie de son ministère ou de son secrétariat d'État. Plutôt que de parler de « dépendance », il a été appelé « de la perte d'autonomie ». Il s'agissait de Michèle Delaunay, souvenez-vous. Hélas, le nouveau Gouvernement a même oublié d'en créer un. Je préférerais que nous parlions d'abord de perte d'autonomie plutôt que de dépendance. Moi, si j'enlève mes lunettes, je ne peux plus lire. Je suis donc dépendant.

Richard MESSINA, Ceser

Il serait vraiment bon que nous ayons une idée de la mobilité résidentielle interne à l'Île-de-France. Les choses sont peut-être un peu différentes si on quitte Paris pour aller en petite couronne, voire en grande couronne dans un Ehpad, ou si on quitte l'Île-de-France pour aller ailleurs. Nous pouvons imaginer que sur tout le territoire de l'Île-de-France, il y a une cohérence politique plus pertinente que celles consistant à additionner les politiques départementales. Sans parler d'un territoire unique, l'Île-de-France est un territoire qui gagne à se vivre dans la globalité et pour lequel nous pouvons avoir le regard d'une politique pour répondre aux défis qui sont devant nous sur cette dépendance. Cela me paraît un élément important à prendre en compte. Lorsqu'ils sont en situation de dépendance, comment les Franciliens se déplacent-ils à l'intérieur de l'Île-de-France ? Il est certes intéressant d'avoir les chiffres par département, mais il serait bon aussi d'avoir les tendances sur des territoires qui seraient peut-être plus cohérents, des zones denses ou d'autres moins denses, comme la Métropole du Grand Paris par exemple. Il y a peut-être des territoires plus pertinents pour permettre de comprendre les enjeux de la dépendance.

Mon deuxième point sera plus précis. Avez-vous une idée de l'évolution du mode d'accueil en établissement ou à domicile ? Nous pouvons peut-être penser que l'accueil à domicile est quelque chose qui se développera beaucoup plus vite et peut-être, je m'avance, de façon plus pertinente qu'en Ehpad ou en établissement. Dans ces endroits, les choses sont plus difficiles à gérer et la dimension humaine est peut-être un peu moins importante à prendre en compte. Avez-vous une idée de cette évolution en France et en Île-de-France ? Cela pourrait être un point d'appui aux politiques qui pourraient s'organiser dans le futur.

Issam KHELLADI

Une partie de votre intervention concernait la possibilité d'obtenir des données sur des territoires d'intérêt, ou du moins de compléter celles existantes. Il y a simplement une problématique

technique. Les projections que nous réalisons au niveau des personnes âgées dépendantes ou en perte d'autonomie ne peuvent se faire qu'au niveau départemental. Le modèle de projections n'a pas été conçu pour des projections infra-départementales.

Richard MESSINA

C'est plus compliqué, mais vous pourriez.

Issam KHELLADI

Pour avoir fait partie du groupe de travail, nous sommes au-delà d'une simple complexité supplémentaire. Par exemple, nous n'avons pu parler que de tranches d'âge : 60-75 ans et 75 ans ou plus, simplement parce qu'il faut que le modèle soit opérationnel pour l'Île-de-France mais aussi, par exemple, pour la Creuse. Or, dans la Creuse, si vous considérez les hommes de plus de 85 ans, l'âge charnière qui nous intéresse, il n'y en a pas assez, et donc le modèle ne fonctionne pas. Nous aimerions aussi avoir d'autres territoires. Il est effectivement vrai que la Métropole du Grand Paris serait plus intéressante. Faire des partitions de la Seine-et-Marne qui est davantage rurale, aurait peut-être plus de sens. Ce n'était cependant pas faisable actuellement d'un point de vue technique. C'est faisable au niveau des projections de population, mais pas au niveau des projections de personnes âgées dépendantes.

Caroline LABORDE

Je rebondis sur les propos de M. Khelladi. A partir des données de l'APA, nous avons des informations sur les personnes âgées dépendantes, mais nous ne savons pas où elles vont. Si elles sont en établissement, nous savons quel département paye l'APA. Nous savons donc où était leur dernier domicile, 6 mois auparavant. Mais si la personne âgée est restée six mois chez son enfant, je ne sais pas où elle a vécu avant. Je ne peux pas retracer sa mobilité, même si c'est très intéressant. Ce n'est pas que nous ne le voulons pas ou que ce ne serait pas intéressant, c'est qu'il nous manque l'information à partir de l'APA. Sur les enquêtes de santé, ce n'est pas le cas non plus. Nous pourrions poser des questions pour retracer la mobilité, mais cela ne se fait pas pour le moment.

Quant à l'évolution du mode d'accueil domicile/établissement, nous y avons réfléchi et nous ne nous sommes pas hasardés à formuler d'hypothèses. C'est pourquoi nous avons repris exactement le même ratio, tout en sachant que nous savions bien qu'il s'agissait d'une hypothèse forte. Nous sommes certains que le nombre de personnes âgées dépendantes à domicile augmentera fortement. Nous ne pouvons pas nous baser sur l'évolution des années antérieures pour procéder par itération. Nous nous lancerions dans des hypothèses très hasardeuses. Si vous avez des idées cependant, je suis preneuse.

Olivier LEON, Insee Île-de-France

Sur la répartition domicile/institution, il est effectivement toujours compliqué de faire des hypothèses. Cela dépendra beaucoup des politiques publiques mises en place. Nous constatons sur les dernières années que la proportion de personnes à domicile augmente, mais cela résulte aussi du choix qui a été fait de privilégier le maintien à domicile. Jusqu'à quand ce choix sera-t-il soutenable ? Ce n'est pas simple à mettre en œuvre.

Je voulais également revenir sur les différentes sources permettant d'observer la dépendance, que ce soit au travers des enquêtes en population générale ou à travers les bénéficiaires de l'APA. Le fait d'avoir une vision d'ensemble sur ces différentes modalités me semble assez bien se

compléter. Mon propos renverra à la question que vous posiez sur la prise en compte du caractère rural ou non, des disparités départementales. L'APA est une mesure de bénéficiaires d'un dispositif. Pour en être bénéficiaire, il faut en avoir fait la demande. Il faut donc déjà connaître le dispositif. Il faut trouver un intérêt à faire la demande. Au-delà d'un certain plafond de ressources en effet, les dépenses prises en charge sont réduites. Ensuite, il faut être reconnu administrativement comme étant bénéficiaire de l'APA.

L'étude des disparités départementales des bénéficiaires de l'APA, montre que les disparités n'obéissent pas forcément à une segmentation rural/urbain. Nous trouverons des départements à fort taux de bénéficiaires, c'est-à-dire le quart sud-est, mais qui englobera la Gironde et la Haute-Garonne. Le Pas-de-Calais est aussi un département dense et ayant un fort taux de bénéficiaires. Dans un certain nombre de départements ruraux de l'ouest de la France par contre, le taux de bénéficiaires est assez faible. Il n'y a donc pas que de la ruralité. Il y a aussi du lien social et des comportements, c'est-à-dire une certaine propension à demander de l'aide administrative au-delà de son propre réseau social, voisinage ou famille par exemple. Ces disparités départementales sont donc un peu plus complexes que la seule segmentation rural/urbain.

Alain LECERF

Sur la problématique des perspectives, je veux faire un simple rappel. Il y a eu, en 2015, une loi sur l'adaptation de la société au vieillissement. Elle était assez limitée, mais évoquait la problématique du domicile. Qu'en est-il ensuite ? Nous en parlerons peut-être tout à l'heure. Aujourd'hui, une consultation en novembre et décembre a été lancée par le ministère. Nous pouvons tous y répondre. La perspective serait en principe, pour la fin de cette année 2019, une loi sur le grand âge. Elle fait suite également à un rapport présenté il y a quatre à six semaines, le rapport Libault, qui comporte aussi un certain nombre de propositions. Elles ne sont pas totalement nouvelles. Je vous renverrai au précédent rapport, le rapport Laroque de 1962, ou encore le rapport Geins France de 2001. Nous en sommes toujours à cela. Les choses ne changent pas beaucoup.

Hakim NAILI

Je rebondis sur la dépendance à domicile. Est-ce un choix ? Pour moi, il ne s'agit pas d'un choix, mais d'un manque de places. Quand on regarde les coûts en Ehpad à Paris ou en région parisienne entre 2 800 et 3 500 euros mensuels, j'aimerais bien savoir quel retraité touche une retraite de 2 500 ou 3 000 euros en région parisienne. Il en va de même pour bénéficier d'unités mobiles. Pour une personne âgée ayant une maladie grave, il vaut mieux être dans un établissement médicalisé avec une équipe médicale pluridisciplinaire sur place et tous les moyens médicaux pour répondre vraiment à ses besoins et sa maladie, que d'être enfermée dans un appartement avec une infirmière qui passe une fois le matin pour lui donner un traitement et qui ne revient que l'après-midi. C'est le fait surtout pour moi plus d'un manque de place et du coût desdites places en Ehpad que d'un réel choix de la part des personnes âgées dépendantes de rester enfermées seules dans un appartement, 24 heures sur 24, sans la présence de la famille, des proches ou des voisins.

Murielle VANDECAPPELLE-SICLIS, Ceser

La problématique des personnes vieillissantes est en fait exactement la même que celle des personnes handicapées. Celles-ci sont aussi souvent obligées d'aller à l'étranger pour trouver des soins correspondant à leur pathologie. Si nous commençons à résoudre le problème des personnes en situation de handicap, je pense que nous résoudrions en partie le problème des personnes vieillissantes également. En effet, que faire des personnes handicapées vieillissantes ?

Cette problématique est énorme. Quand on n'est pas senior, il est possible de bénéficier de certaines aides qui n'ont plus cours lorsqu'on l'est. On est déjà stigmatisé par un taux de handicap qui peut même être un « handicap profond », où l'on n'a pas droit aux allocations parce qu'on travaille. Il y a tout de même un niveau de revenu. À partir du moment où une personne travaille et est en plus en couple, auquel cas c'est le niveau de vie du couple qui est pris en compte, il y a peu de chance de toucher quoi que ce soit. Alors, certaines personnes finissent par ne rien demander du tout. J'ai découvert il y a peu que j'avais le droit à une aide pour un achat de fauteuil. Je ne le savais pas parce que je n'ai droit à rien, du fait que je travaille et que je suis en couple. Je pense que certaines personnes vieillissantes ne savent pas non plus qu'elles ont droit à l'APA ou à une autre aide, Aide Personnalisée au Logement (APL) ou autre.

Je rebondis également sur les propos du précédent intervenant. Je dirais que beaucoup de personnes âgées, ou handicapées tout du moins, veulent rester chez elles et n'ont pas du tout envie d'aller dans un Ehpad ou dans un centre de rééducation. Elles veulent vraiment rester chez elles. Ce n'est peut-être pas complètement un choix, mais ça en est un en grande partie que de rester chez soi.

Lucie LAIME, ARS Île-de-France

Concernant les différentes interventions et interrogations sur la répartition entre l'offre en institution et à domicile, il faut aussi savoir que certains dispositifs essayent de concilier ces deux modes d'accueil. C'est notamment le cas des projets qui se développent et s'appellent aujourd'hui « Ehpad hors les murs ». L'expression n'est peut-être pas la meilleure, mais cela permet d'amener au domicile l'équipe soignante. Monsieur Naili parlait d'équipe médicale en Ehpad, je parlerai plutôt d'équipe soignante, le médecin en Ehpad étant rarement habilité à prescrire. En tout cas, ces projets permettent de proposer aux personnes à domicile la même palette d'offres et de prises en charge que si elles étaient en établissement. Tout ceci permet d'appuyer le choix de rester à domicile.

Autres attentes au-delà de l'offre médico-sociale : résultats de l'étude menée en Seine-Saint-Denis pour l'élaboration de son schéma d'autonomie et d'inclusion 2019-2024

Benoît OUDIN, Observatoire départemental, Conseil départemental de Seine-Saint-Denis

Je vais vous présenter le déroulement et les grands renseignements d'une enquête que le Département a menée très récemment dans le cadre de l'élaboration de son schéma dédié à l'autonomie. Il s'agissait notamment de recueillir les attentes et besoins des personnes âgées et des personnes en situation de handicap. En effet, le Département a souhaité que ces deux problématiques soient réunies au sein d'un même document et d'une même stratégie, car beaucoup de choses étaient concomitantes.

Pourquoi « l'autonomie » ?

Cela permettait d'aller au-delà de l'offre médico-sociale classiquement apportée par les départements, qui sont compétents en la matière. Cela permettait de développer des réponses complémentaires aux problématiques communes rencontrées par les personnes âgées et celles en situation de handicap à travers la mobilité, l'habitat inclusif et l'accès aux droits et aux prestations. Il a été souvent question jusqu'à présent des problématiques d'accès aux droits. Nous voyons qu'il y a un effet territorial et un effet lié au niveau de vie, mais il s'agit aussi de l'accès. Il s'agit de savoir quelle accessibilité et quelles connaissances transmettre pour savoir comment accéder à ces prestations. C'était aussi l'occasion de voir de façon commune les soutiens aux aidants, la question de la bienveillance, l'isolement, l'accueil familial, et l'accès aux loisirs et aux vacances.

Inscrire l'autonomie dans un schéma est aussi une matière de déplacer les cloisonnements. Les institutions répondent classiquement en silo. Il y a une catégorie de public et une réponse à des prestations liées à celui-ci. C'était ici l'occasion de nous centrer sur la notion de parcours. Les gens évoluent dans la vie. La dépendance et la situation de handicap évoluent également. C'était aussi l'occasion pour les pouvoirs publics de prendre en compte ce caractère évolutif tout au long de la vie et de tenter de garantir la fluidité de ces parcours en lien avec l'ensemble des partenaires qui agissent pour l'accompagnement. Enfin, c'était l'occasion de tester des expérimentations et, si elles s'avéraient concluantes et donnaient satisfaction à l'utilisateur, de les essayer.

Je finis cette introduction en appuyant le fait que la volonté du Département de la Seine-Saint-Denis était de conjuguer l'élaboration de ce schéma avec celle d'un appel à manifestation d'intérêt pour un territoire 100 % inclusif. L'idée était clairement d'avoir une conception globale des problématiques. Le souci réel du Département est d'avoir une vision très globale de l'ensemble des problématiques que peuvent rencontrer les personnes en situation de handicap et les personnes âgées. Cela suppose une analyse systémique de toutes ces problématiques, qu'elles soient liées à des situations sanitaires, sociales, mais aussi d'aménagement du territoire, de déplacement ou de lien social.

Voilà pour le décor. Pour entamer cette démarche liée au schéma, nous avons bien sûr fait un diagnostic classique en utilisant les données quantitatives disponibles notamment auprès de l'Insee, mais aussi des bases de données. En effet, le Département peut suivre les prestations à travers ses publics et donc avoir des chiffres. C'était également l'occasion de consulter la population et de leur demander leur avis, notamment celui de la population la plus ciblée par cette stratégie.

De quelle manière nous avons voulu interroger la population ?

Nous voulions d'abord nous focaliser sur les difficultés qu'elle rencontrait au quotidien. C'était la première porte d'entrée. Quelles sont vos difficultés aujourd'hui, au quotidien, en matière de services, de logement, d'accessibilité, de transports, de loisirs, de vie sociale et autre ?

Nous avons également une entrée par les aides et soutiens sur lesquels cette population peut s'appuyer.

Il y avait ensuite une entrée sur les activités actuelles et souhaitées. Il ne s'agissait pas que de celles pratiquées, mais aussi de celles qu'elle désirerait faire sans pouvoir les faire pour telle ou telle raison.

Enfin, nous l'avons interrogée sur ses attentes, des attentes ne correspondant pas forcément à des besoins, des attentes pour une émancipation tout au long de la vie comme tout un chacun.

L'analyse de ces perceptions a servi à compléter le diagnostic quantitatif. Cela a permis ensuite de travailler des orientations, des objectifs et des priorités sur le schéma, notamment dans les phases de concertation avec les élus, les publics, les associations et tous les partenaires en charge de l'accompagnement des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.

La méthodologie de l'enquête

Cette enquête a été entièrement internalisée. Le Département dispose d'une direction qui travaille ces questions d'analyse territoriale, mais aussi d'analyse de politiques publiques. C'est la direction dans laquelle je suis. Elle a élaboré ce questionnaire en lien avec la direction en charge de la politique en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées. Ce questionnaire a été organisé avec des questions fermées, mais aussi avec beaucoup de questions ouvertes. C'était l'occasion de donner la parole aux concernés et qu'ils puissent vraiment exprimer tout ce qu'ils souhaitaient, au-delà même des questions du questionnaire, pour recueillir des témoignages.

La diffusion du questionnaire s'est faite en ligne auprès des structures locales et partenaires, des établissements locaux, des résidences, des services à domicile. Tous les partenaires ont joué le jeu. Lorsqu'ils avaient un site, ils ont mis le questionnaire en ligne et en ont fait la promotion. Le questionnaire était bien sûr sur le site internet du Département.

Cela s'est également fait en administration en face à face, dans les lieux d'accueil ou dans les salles d'attente. Nous allions directement rencontrer les concernés pour savoir ce qu'ils avaient à dire. Pour ce qui est de l'analyse et de la rédaction du rapport, nous avons abouti à un rapport assez conséquent. Vous n'en aurez ici qu'une petite partie, mais ce rapport est public. Si certains souhaitent l'acquérir, je pourrai vous l'envoyer.

Nous sommes bien d'accord sur la limite de ces questionnaires. Ne répondent que ceux qui ont envie de répondre. Il faut l'avoir en tête. Il n'y avait aucune obligation à répondre à ce questionnaire. Néanmoins, l'échantillon que nous avons réussi à obtenir a été de 832 questionnaires exploitables pour l'analyse. Sur les 1 060 réponses, certains questionnaires n'étaient pas exploitables, parce que cela ne correspondait pas au public cible ou pour d'autres raisons. Le nombre de 832 questionnaires exploitables reste tout de même significatif pour pouvoir aborder cette enquête.

Nous avons mélangé les deux publics. Les questionnaires sont le fruit des réponses de 385 personnes âgées et 447 personnes en situation de handicap. La répartition hommes-femmes est assez équilibrée, avec 55 % de répondantes. Pour la partie personnes handicapées, nous avons

une grande diversité de handicaps. Cela a permis une vision très large de toutes les situations rencontrées et du ressenti des concernés. Enfin, la Seine-Saint-Denis maillant largement son territoire d'équipements territorialisés en lien avec ses partenaires, nous avons pu avoir un panel de personnes habitant un peu partout sur le territoire.

Quels sont les grands résultats à retenir de cette enquête ?

Nous avons d'abord tout un ensemble concernant la vie familiale et sociale.

28 % des personnes âgées interrogées se sentent concernées par le sentiment de solitude. Quand les personnes âgées expliquent les freins à leur vie sociale, en quoi celle-ci est impactée, c'est surtout lié à leur état de santé, à l'incapacité à se déplacer ainsi qu'à un niveau de ressources. Nous avons vu que ce dernier était moindre qu'ailleurs en Seine-Saint-Denis. C'est une particularité du département, mais je crois que nous pourrions sensiblement retrouver ce même triptyque si nous faisons le même questionnaire sur d'autres départements franciliens.

Nous avons également remarqué le rôle essentiel de la famille et le rôle d'appoint des réseaux de proximité. En effet, 66 % des répondants déclarent voir souvent ou régulièrement leur famille. Nous sommes à 45 % du côté des amis. Il y a donc un rôle essentiel de ces deux sphères.

Sur la partie maltraitance, à peine 5 % des personnes âgées aujourd'hui se sont déclarées victimes de maltraitance.

Près de 50 % des personnes âgées pratiquent des activités de loisirs, mais 38 % souhaiteraient pratiquer des activités qu'elles ne font pas à l'heure actuelle. C'est un pourcentage important. Nous avons essayé d'en analyser les raisons. Nous retrouvons un triptyque coût, offre et accessibilité. Ces facteurs se cumulent souvent. C'est assez systémique. Quand nous prenons une approche réellement systémique des difficultés rencontrées, nous rencontrons ces trois éléments. Cela met directement en avant l'enjeu de l'accessibilité des services, la connaissance, la mobilité ainsi bien sûr que le coût. Ce dernier reste encore une fois un enjeu assez important en Seine-Saint-Denis.

J'en viens aux résultats concernant la vie quotidienne et l'accès aux services. 76 % des répondants se disent se sentir très bien ou plutôt bien dans leur logement. C'est surtout le cas chez les propriétaires. Par contre, les facteurs impactant négativement le bien-être dans le logement sont les marches des étages. C'est énormément revenu dans les commentaires produits. Nous avons l'inadaptation du logement pour 26 % et son exigüité pour 15 %.

Un autre élément qui pèse beaucoup sur la vie quotidienne des personnes âgées est l'espace public. Il est aujourd'hui insuffisamment accueillant ou adapté à ces personnes. C'est la troisième thématique la plus récurrente dans les commentaires, à chaque fois qu'a été posée la question de ce qui les gênait le plus au quotidien. Ils ne se sentent pas forcément en sécurité ni accueillis.

Viennent ensuite la mobilité et le maintien dans la vie sociale. Entre la vie sociale et les actes de la vie quotidienne, la diversité des besoins de déplacement s'oriente vraiment autour de ces deux sphères. Pour le quotidien en effet, les déplacements se constituent de 80 % de visites médicales et 76 % de courses. Pour la vie sociale, c'est 67 % pour les sorties et près de 49 % pour les loisirs. Pour des pans quotidiens nécessaires pour une vie dans de bonnes conditions, on note donc que le déplacement est central dans les réponses données. Dans les questions fermées, mais surtout dans toutes les questions ouvertes, le déplacement apparaît comme l'une des problématiques au cœur de la vie des personnes en perte d'autonomie. Quand nous leur demandons les modes de déplacement utilisés, 65 % répondent au moins trois modes de transport. La multimodalité se révèle donc une réalité pour les personnes âgées. Il est donc

possible d'agir sur ce levier. Dans les freins au déplacement, nous retrouvons l'accessibilité, le coût, le recours aux aidants ainsi qu'un déficit d'offre. Je pense qu'il faut avoir une vision large du critère d'accessibilité. Il ne s'agit pas uniquement que d'un accès physique à un lieu. Il s'agit aussi de la connaissance et de la compréhension des transports. Il y a une conception très cognitive de l'accessibilité, qui n'est pas uniquement physique. Il faut visionner ce critère de façon très large.

Concernant l'aide, 21 % des personnes âgées ont exprimé un besoin d'aide au quotidien, pour se maintenir dans le logement ainsi que dans la vie sociale. Nous avons vu précédemment que cela fonctionnait ensemble. Ces deux choses doivent être traitées à parts égales. Nous parlions de l'insuffisance d'aide. 43 % des personnes âgées qui vivent en Seine-Saint-Denis jugent leurs aides pour se maintenir dans leur logement ou pour la vie sociale insuffisantes. Nous avons également noté dans les commentaires une relation paradoxale avec les aidants proches. Ceux-ci occupent un rôle primordial, mais il existe un sentiment de culpabilité de la part des aidés, la crainte d'être un poids. Il y a donc sur ce point possibilité pour les pouvoirs publics de renforcer les dispositifs ou aides afin qu'ils soient moins perçus comme quelque chose de l'ordre du service vis-à-vis de la famille et des aidants, et plus de l'ordre de l'action publique générale et universelle.

Passons enfin aux résultats en matière d'activités et de ressources, c'est-à-dire de ressources financières ici. 52 % des personnes âgées estiment leurs ressources insuffisantes pour vivre. C'est le cas pour 63 % des personnes retraitées handicapées, cumulant les deux. Nous retrouvons dans les commentaires un sentiment fort de baisse de pouvoir d'achat et un sentiment d'être laissé pour compte. Nous sommes ici vraiment dans le ressenti. Il n'y a pas que cela, mais il reste important de prendre en compte ces éléments. Nous notons aussi une absence presque totale de budget lié aux loisirs ou aux congés. Tout passe dans le quotidien. Une fois le quotidien consommé, le reste à vivre est presque inexistant, ou réduit à la portion congrue. Cela pose un problème de développement humain, d'où encore une fois le recours à la solidarité familiale. Celle-ci est nécessaire dans la situation actuelle.

Il y a également un sentiment d'injustice vis-à-vis des plafonds de ressources. Il suffit que quelqu'un soit juste au-dessus du plafond pour n'avoir plus d'aides, alors que ceux qui sont juste en dessous en bénéficient. Cela crée un sentiment d'injustice très fort. Cela rejoint les propos de Madame Vandecappelle-Siclis tout à l'heure. La manière dont les aides fonctionnent avec des plafonds pose aujourd'hui de plus en plus de problèmes vis-à-vis de ces personnes. 32 % des personnes âgées reçoivent au moins une aide. 26 % ont rencontré des difficultés pour en obtenir une, que ce soit les délais d'instructions, les refus de demandes, les suspensions de droit ainsi que le recours aux droits. Il ne faut pas non plus sous-estimer la dématérialisation. Sans avoir su réellement le quantifier, nous avons bien noté une maîtrise inégale des outils en ligne. Ce sont des choses que nous savons déjà, mais savoir cela ne fait pas tout. Il en est de même pour les projections de population. Nous savons la situation depuis des dizaines d'années, mais l'action est difficile à mettre en place.

La suite de mes propos concerne la situation des personnes âgées et des personnes en situation de handicap. Les conditions d'un exercice optimal des droits ne sont en définitive pas réunies pour 47 % des répondants. C'est vraiment très important. Nous revenons ici encore une fois sur la notion de droit, d'égalité, d'accès, au-delà de la qualité du soin ou du service prodigué. Cela peut aussi donner des éléments pour pouvoir agir. C'est le cas pour nous en tout cas, et cela a permis d'enrichir nos concertations.

En matière de leviers d'action, parlons de ce que le Département a retenu et ce sur quoi il agira pour son futur schéma qui devrait être voté à la fin du mois de juin. Concernant l'autonomie et le

maintien à domicile, il y a un enjeu quotidien clair concernant les déplacements pour accéder aux espaces et transports publics. Il y a aussi une question de coût. Le déplacement est une totalité dont les transports constituent un outil. La question est réellement celle de la mobilité, de la rendre la plus fluide et adaptée possible aux multiples problématiques rencontrées par ces personnes en perte d'autonomie. Il a également été noté à plusieurs reprises des problèmes sur le nombre et le respect des places de stationnement réservées aux personnes en situation de handicap. Il y aura aussi des efforts à faire là-dessus.

Le deuxième levier est l'adaptation des logements. Nous le savions, mais il a été bon de se le redire et de l'inscrire avec les partenaires. Cela peut être dans le cadre de la réalisation des travaux, mais il s'agit aussi d'impliquer les bailleurs sociaux. Un fort taux de personnes habite des logements sociaux en Seine-Saint-Denis. Il faudrait travailler avec les bailleurs pour une meilleure adaptation des logements. Il s'agirait aussi de trouver les moyens de muter les personnes d'un logement à un autre. Plutôt que d'attendre une adaptation, il peut être intéressant d'accéder à des logements, en rez-de-chaussée ou autre, qui sont plus adaptés, et de voir comment des échanges ou transferts de logement pourraient se faire.

Murielle VANDECAPPELLE-SICLIS

Les appartements au rez-de-chaussée ne sont pas spécialement adaptés. Ce n'est pas du tout la solution pour les personnes à mobilité réduite. La question est que les appartements doivent être adaptables. Pourquoi mettre les gens en fauteuil roulant au rez-de-chaussée ? Non. Il faut que les appartements soient adaptables. Le Gouvernement a reculé sur ce point. Jusqu'alors, tous les appartements devaient être adaptables. Sophie Cluzel a réduit cela à 20 % ou 30 %, je ne sais plus. Tous les appartements devraient l'être. Cela permet à la personne vieillissante de rester dans son appartement.

Benoît OUDIN

Oui, nous avons également indiqué que les bâtiments devaient être adaptés. Il est sûr que nous ne pouvons rattraper tout le retard pris, malheureusement, mais il s'agit déjà de nous mettre d'accord et d'agir, notamment par le biais de petites expérimentations. Le parti-pris est d'expérimenter des choses. Il y a aussi la sécurisation des bâtiments et des logements.

Le troisième levier pour l'autonomie et le maintien à domicile est d'accompagner l'aide à domicile. Cela passe bien sûr par un accès accru aux aides à domicile, notamment ménagères. Cela passe aussi par un recours « facilité aux aidants non familiaux à domicile ». Il faut aussi mieux soutenir les aidants familiaux. Il y a eu beaucoup d'échanges à ce propos et cela a été rappelé. Il faut aussi simplifier les démarches administratives. L'administration a encore besoin de faire énormément d'efforts sur ce point, même si « bien lire, bien comprendre » commence à s'étendre de plus en plus. Il y a tout de même encore beaucoup de choses à faire. Il faut également consolider les réseaux d'offres de soins à proximité.

Parlons des deux derniers leviers enfin, concernant surtout le maintien à la vie sociale. Il y a d'abord l'accès aux activités. Les précédents schémas réalisés spécifiquement dans le département de la Seine-Saint-Denis avaient un peu sous-estimé ce levier. Il y a aujourd'hui une réelle volonté d'aller vers le soutien à la pratique d'activités de loisirs, en diversifiant l'offre à des prix accessibles, en diffusant mieux l'information à travers des supports ou des personnes relais au niveau local. Nous comptons beaucoup sur le maillage local pour diffuser ces informations. Il faut décloisonner l'offre d'activités, afin de favoriser des mixités ou des rencontres. Nous pensons également aux projets de vacances. Il est nécessaire pour tous de sortir du quartier de temps en temps. Cela vaut la peine d'agir là-dessus.

J'ajoute un point qui concernera peut-être plus les personnes handicapées, mais qui peut rencontrer une volonté aussi des personnes âgées. Il s'agit de l'accompagnement vers l'emploi et les formations de sensibilisation avec des employeurs. Enfin, il faut encourager les solidarités de proximité à travers la lutte contre l'isolement quotidien, le rapprochement et la création de liens entre les personnes, le soutien aux développements de solidarités de proximité au niveau des quartiers, et enfin, le développement de réseaux d'accompagnement non professionnels pour une meilleure appropriation de l'espace public par les personnes les plus touchées. C'est en tout cas ce qui a été mis en débat avec l'ensemble des partenaires. Beaucoup de choses seront formalisées en ce sens, mais nous voyons bien être au-delà de l'offre « classique », purement sanitaire ou purement médico-sociale.

Si vous le souhaitez, un rapport très complet de 76 pages existe. Vous pouvez me contacter par courriel, je vous le transmettrai. Je tiens à signaler ne pas être l'auteur de ce rapport. Ce sont des collègues de ma direction qui l'ont élaboré. Je n'en suis que le porte-parole. Je peux répondre à vos questions, mais en cas de questions plus précises ou techniques, je vous indiquerai des personnes à la manœuvre.

Échanges avec la salle

Jean-Marc MORANDI

Je laisse la parole à ceux qui veulent intervenir.

Murielle VANDECAPPELLE-SICLIS

Je voudrais déjà vous remercier pour cet excellent rapport que je trouve très intéressant. Il serait bon que chaque département fasse de même. Pour rebondir sur l'accès des logements, ne mettez pas tous les handicapés au rez-de-chaussée s'ils ne veulent pas y être. Tous les appartements peuvent être accessibles. La loi prévoit que tous les immeubles doivent être accessibles, donc leurs ascenseurs. Ainsi, il n'y a pas de souci à ce que les personnes en perte d'autonomie habitent les étages.

En matière de loisirs, étant Présidente de la ligue Handisport Île-de-France, nous y faisons aussi du sport santé. En ce qui concerne les personnes en situation de handicap et celles vieillissantes aussi, n'oublions pas que la pratique d'une activité physique quotidienne est très importante, justement pour ne pas perdre d'autonomie. Vous verrez que les personnes qui font de l'activité physique, du yoga, de la gym ou autre ont une perte d'autonomie bien plus faible.

Benoît OUDIN

Il faut entendre par « loisirs » que nous intégrons la pratique sportive. Beaucoup de choses sont faites par le sport, il y a beaucoup d'implication à ce niveau notamment en Seine-Saint-Denis. Les partenaires du sport se révèlent bien présents.

Richard MESSINA

Je veux moi aussi souligner l'excellente méthodologie adoptée par Benoit Oudin. Elle l'avait été aussi dans l'Essonne, vous avez donc été à bonne école. Je plaisante, bien sûr, quoique l'Essonne a aussi été très préoccupé par ces questions. Ma question porte sur le champ de compétences du Département qui est du ressort de l'accompagnement social. J'imagine qu'adossé à cette enquête et cette délibération a été mis en place un comité, un réseau de suivi. Si ce n'est pas le cas, je ne saurais trop vous le conseiller. Ce réseau doit impliquer les personnes considérées. Nous ne sommes pas uniquement dans l'offre et dans la demande, mais aussi dans l'humain, selon moi. Dans toute politique territorialisée, et c'est ce que nous avons fait en Essonne lors de la mise en place du Revenu de Solidarité Active (RSA), il s'agit de mettre les gens autour d'une table. L'objectif n'est pas seulement de leur demander ce dont ils ont besoin, mais aussi de les mettre en situation d'évaluation et d'évolution des politiques mises en place en fonction de leurs attentes, elles-mêmes évolutives au cours du temps.

Benoît OUDIN

Oui, la notion de suivi est d'ores et déjà inscrite. Elle l'est déjà pour une question de pratique. Nous avons beaucoup travaillé les éléments de diagnostic. Nous nous sommes aperçus que la mobilisation de l'information statistique était notamment problématique concernant les personnes en situation de handicap. Elle est moins problématique concernant les personnes âgées. Nous nous sommes rendu compte que nous refaisons l'histoire tous les quatre ans avec l'ARS, car nous refaisons un diagnostic de territoire tous les quatre ans. C'était très épuisant et les données ne sont pas forcément fiables. D'un institut à un autre, les données sont aussi un peu discordantes. Nous avons donc d'ores et déjà acté que le suivi de ce schéma d'autonomie serait

presque quotidien, au fur et à mesure, avec les acteurs, en matière de partage d'informations, de la connaissance et des dispositifs. Ce suivi passera aussi par le partage d'outils communs d'interopérabilité et de systèmes d'information. Aujourd'hui en effet, les enjeux et la complexité sont tels qu'il y a nécessité de mobiliser cette information. Nous nous entendons bien avec les grands acteurs. Je pense notamment à l'ARS, aujourd'hui très bien dotée en matière d'information. Lorsqu'il s'agit de croiser les informations et de les traiter néanmoins, nous avons d'importants problèmes. Pour des raisons d'abord pratiques, il a donc été acté que ce suivi devait se faire. Ce suivi se fera aussi avec les autres partenaires. Il n'y aura pas que des statisticiens, et heureusement d'ailleurs, car il faut aussi interpréter les données et les évaluer. Il s'agit aussi d'amener des perspectives en matière de politiques publiques et des améliorations. Notre volonté d'approche systémique suppose d'accepter que ce soit mouvant, que ce soit évolutif dans le temps et non pas figé. Il n'y aura donc pas une liste de fiches actions. Il s'agira surtout de grands principes, d'expérimentations avec les partenaires avec lesquels nous acterons des choses pour se lancer rapidement. Nous évaluerons ensuite tout de suite, pour corriger et développer. Nous mobiliserons l'approche de la connaissance et l'approche par l'évolution des dispositifs, à quoi s'ajoute l'innovation, y compris avec des partenaires privés. Ceux-ci ont une capacité de fédérer des personnes en situation de handicap ou des personnes âgées vis-à-vis des besoins, car ils sont finalement plus visibles que les services publics. Nous essayons de les entraîner pour construire une dynamique. Le suivi est pleinement inscrit dans les gènes de ce schéma autonomie.

Hakim NAILI

Je reviens sur la problématique de l'accessibilité concernant les logements, afin qu'il n'y ait pas de discriminations envers les personnes dépendantes ou à mobilité réduite. Il faut voir avec les bailleurs sociaux qui ont pris du retard, sur l'ancien ou le neuf. Même sur l'habitat neuf, ils ne respectent pas le quota des personnes à mobilité réduite dans les bâtiments ou les parcs immobiliers. Il en va de même pour l'accessibilité dans son ensemble. Sur les bâtiments publics, nous voyons des régions, départements ou municipalités encore traîner des pieds parce que mettre en place une rampe d'accessibilité ou un ascenseur représente un coût. Nous avons du retard à ce niveau. Nous l'avons vu aussi avec la RATP concernant les métros ou les bus. 1 bus sur 3 a la rampe qui arrive au niveau du trottoir afin que les personnes à mobilité réduite puissent rentrer tranquillement dans les bus.

Il y a une question de volonté politique derrière tout cela. C'est un choix que de faire un investissement massif sur ce point pour répondre à toutes ces attentes. Nous sommes en 2019. La loi sur la mobilité réduite est passée en 2009 et a été revotée en 2012. Il faut à un moment donné que nous avancions sur ce point.

Concernant l'accessibilité toujours, pour accompagner les personnes à mobilité réduite dans les parcs publics ou ailleurs, nous avons également des efforts à faire. Concernant les activités sportives et les courts séjours, des municipalités travaillent avec des associations pour organiser une journée à la mer, dans le Pas-de-Calais ou encore parfois en région parisienne. Il y a par exemple des plages artificielles en Seine-et-Marne. En été, ils organisent des départs le matin et reviennent le soir, avec un pique-nique, afin de faire sortir cette population qui n'a pas les moyens de partir en vacances. Des associations y travaillent et cela fonctionne très bien. Il s'agit ensuite de généraliser le dispositif afin de répondre aux besoins de la majorité des personnes qui ne peuvent pas se permettre de partir une semaine ou deux en vacances.

Benoît OUDIN

C'est tout à fait cela. Il faut généraliser au maximum les bonnes pratiques qui ont déjà cours

aujourd'hui. Il s'agissait vraiment d'essayer de les identifier et de les relier aux souhaits exprimés. L'enquête a révélé l'utilité d'agir aussi en ce sens, et pas uniquement par le prisme de la vision médicosociale. Ceci étant dit, comme vous l'exprimez, cela prend du temps.

La loi a été votée il y a maintenant une dizaine d'années. Les choses ne sont pas encore forcément aux normes aujourd'hui. Nous voyons que cela prend du temps. Il faut essayer de convaincre. Il faut que chaque acteur puisse s'y retrouver. Il faut surtout avoir une vision de long terme. Les projections de population estiment un développement du problème pour 2030 ou 2035. C'est là, c'est tout de suite. Le retard est donc déjà pris, mais cette vision à long terme est difficilement partageable avec l'ensemble des acteurs. Il faut aussi du court terme. Il y a déjà une impatience énorme exprimée par les usagers. Nous sommes conscients d'une perte des usagers, qui se sont reportés vers la famille parce que l'administration était trop lente, insuffisamment réactive ou pas assez visible. Ce rattrapage doit être fait, et c'est le pari qui est pris.

Murielle VANDECAPPELLE-SICLIS

J'ajoute que l'accès au numérique représente également un réel problème pour les personnes de plus de 80 ans qui doivent maintenant même faire leurs impôts sur internet. Les gens paniquent. On rentre dans leur intimité. J'ai pu être concernée pour avoir fait les déclarations d'impôts de certaines personnes. Je rentre dans leur vie intime, leurs moyens et revenus, et elles n'ont pas spécialement envie de partager cela. C'est quelque chose à retenir. Nous n'allons pas les former à 90 ans, mais il s'agirait à l'avenir de former les personnes avant afin qu'elles puissent accéder à ces outils. Pour les autres, il s'agirait peut-être d'avoir la possibilité de faire leurs déclarations d'impôts, ou encore leurs démarches dans les Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH) ou GIR, autrement que par le numérique.

Benoît OUDIN

Oui, bien sûr. Nous en sommes bien conscients. Nous n'allons pas aller contre l'évolution numérique, mais il s'agit surtout aujourd'hui de l'accompagner. Nous voyons bien les difficultés s'ajouter au fur et à mesure. Ce que vous dites est parfaitement juste. Il n'est pas évident de confier son numéro de sécurité sociale dans un espace de médiation numérique à un animateur, ou à des voisins qui peuvent voir ces choses. Cela suppose un accompagnement très personnalisé dans des lieux confinés ou à la maison. Cela révèle des problématiques que nous n'avions pas forcément anticipées au moment où nous nous sommes lancés dans cette étude.

Jean-Marc MORANDI

Dans le prolongement de ces échanges, la représentante du Département de l'Essonne peut-elle nous dire en deux mots les choses qui y sont éventuellement faites ? Nous avons eu l'exemple de la Seine-Saint-Denis, mais je ne suis pas sûr qu'il se fasse la même chose dans tous les départements.

Maryse MARIGOT, Direction de l'autonomie du Département de l'Essonne

Notre schéma a été adopté en mars de l'année dernière. Nous avons effectivement été beaucoup moins loin que la Seine-Saint-Denis dans l'analyse des besoins des personnes âgées, mais nous avons fait le même choix de déployer un schéma d'autonomie. Il s'agissait de pouvoir prendre en compte la problématique de la perte d'autonomie. Comme il a été dit tout à l'heure, il est effectivement plus souhaitable de parler de perte d'autonomie, car nous perdons tous en autonomie à un moment ou à un autre, plutôt que de dépendance. Nous avons également adjoint la politique en faveur des personnes en situation de handicap. Je ne parle pas des enfants,

puisque ce n'est pas une compétence départementale, et cela relève plutôt de la compétence de l'ARS et de l'Éducation nationale, mais des personnes adultes à partir de vingt ans. L'idée était de les adjoindre à la problématique de la perte d'autonomie.

Il s'agissait aussi de prendre en compte deux situations qui sont des axes forts du schéma. Il y en a beaucoup d'autres, mais nous travaillons particulièrement sur deux d'entre elles en ce moment.

Il y a la question de l'aide aux aidants. Comme cela a pu être remarqué dans un débat qui s'est tenu à la Mutualité la semaine dernière, on parle plutôt des aidantes familiales que des aidants familiaux, la part des femmes étant plus importante que celle des hommes. C'est un simple constat. Nous nous penchons donc sur la prise en compte des aidantes et aidants familiaux, et donc des aidants bénévoles. Sur ce point, nous voyons bien que, à travers quelques réflexions d'évolutions législatives, la question de l'aide et du soutien des aidantes et aidants familiaux est une question importante et récurrente.

Nous travaillons également sur une deuxième thématique. Par rapport aux chiffres donnés précédemment, notons que nous n'avons pas forcément une conscience aussi accrue du fait que le département de l'Essonne connaîtrait une population vieillissante de plus en plus importante, ou du moins pas à hauteur des chiffres exposés tout à l'heure. Notre seconde thématique est la prise en charge des personnes handicapées vieillissantes. Il y a notamment un travail avec les Ehpad et les foyers de vie sur comment faire des passerelles, comment adapter les lieux plutôt que de déplacer les personnes. Il s'agirait peut-être aussi de permettre un accueil un peu différencié en Ehpad que l'accueil actuel d'une personne handicapée vieillissante de moins de 70 ans, celle-ci se retrouvant avec des personnes âgées de plus de 85, voire de 90 ans. C'est une problématique importante. Nous essayons de la prendre en compte avec toute la prudence possible et toute la difficulté que nous pouvons avoir. « *On ne change pas comme ça les rayures du zèbre* », comme on dit. Le cloisonnement, le clivage est encore très prégnant dans les esprits. Il faut prendre chacun en compte dans sa différence et sa diversité. Pour avoir travaillé sur les rapports Libault et Bonne-Meunier, sur le financement de la dépendance, nous voyons bien que nous avons un travail important à faire sur la question du reste à charge. Cela a été évoqué au début de cette rencontre, afin de ne pas faire reposer sur les familles uniquement la question de l'aidant, celle du reste à charge et la question de l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes.

Marie-Christine PARENT

Du point de vue de l'habitat, l'Essonne est un peu plus hétérogène que la Seine-Saint-Denis. Je me demandais si entre la partie urbaine et celle plutôt rurale, vous aviez identifié des besoins différents. Je pense notamment à des besoins différents en matière de déplacements ou en matière de recours au numérique.

Maryse MARIGOT

Oui et non. Oui, les besoins sont un peu différents, car la typologie de population n'est pas du tout la même. Pour ceux qui ne connaîtraient pas bien l'Essonne, elle peut se diviser en trois. Tout le nord-est est une partie avec une population urbaine, mais avec des revenus plus modestes. Toute la partie nord-ouest a une population urbaine aux revenus un peu plus importants. Enfin, la partie centre et sud est beaucoup plus rurale. Les besoins ne sont donc pas tout à fait les mêmes. Notamment à travers la conférence des financeurs et les financements d'associations et de services, parmi lesquels les Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS), qui accompagnent les personnes âgées, les demandes ne sont pas les mêmes sur la question de l'apprentissage, ou au moins de celle de l'accès aux droits face au numérique. Ce ne sont en fait pas réellement les besoins qui ne sont pas les mêmes, mais les demandes.

Bien que la transmission de l'accès aux droits soit identique, du moins par nos équipes médico-sociales qui accompagneront les personnes et celles des territoires qui transmettent l'information, pour autant, l'acceptation de la perte d'autonomie et des aides qui y sont adossées n'est pas identique sur les différentes parties du territoire. Sur le territoire urbain à l'ouest, lorsque les évaluations sont faites, nous constatons que les personnes acceptent très aisément notamment pour l'aide à domicile, tout un panel de services qui peuvent les accompagner. Sur la partie nord-est, bien que le besoin ait été repéré, l'acceptation de celui-ci se fait souvent en deux temps. Nous sommes obligés de revenir au domicile pour permettre aux personnes de bénéficier de ce qui avait été identifié dès le départ. Le fait d'avoir quelqu'un pour aider aux actes quotidiens, parmi lesquels la toilette, représente une perte d'intimité parfois difficile à accepter.

Nous constatons que le taux de demandes de réévaluation du plan d'aide est plus important dans cette partie. Sur la partie sud enfin, nous sommes sur un territoire rural où une grande partie des familles est présente de façon plus élargie. La prise en charge par les aidantes et aidants familiaux s'y révèle plus importante que sur la partie nord. C'est très lié à la topographie du département ainsi qu'aux formes de vie, plus urbaines ou plus rurales.

Ainsi, on ne peut pas dire que la prise des besoins soit différente. Par contre, la prise en compte des demandes et des besoins doit être faite de façon différente.

Marie-Christine PARENT

Nous avons beaucoup parlé des problèmes d'adaptation à la perte d'autonomie physique, mais assez peu de la perte d'autonomie cognitive. Je comprends bien que le mode de l'enquête choisi amène naturellement ces personnes à être sous-répondantes. Ceci étant dit, dans le handicap comme pour les personnes âgées, les problématiques cognitives seront de plus en plus importantes, notamment Alzheimer ou des choses de ce genre. Je ne sais pas si vous avez inclus cet élément dans vos réflexions, et si la seule réponse en est l'institution.

Benoît OUDIN

Nous rentrons dans une question plus spécifique. En effet, le questionnaire ne révèle pas trop cette problématique, car nous avons besoin que le répondant soit en possession de tous ses moyens intellectuels. Quand nous parlons de perte d'autonomie, la partie cognitive est pourtant essentielle. Comment perdre des capacités intellectuelles tout en restant agréablement dans son logement et en étant accompagné ? En effet, la réponse n'est pas tout à fait la même et les soins sont différents que dans le cadre de problématiques physiques. Cela rajoute quelque chose. Quand physique et mental se conjuguent, la situation devient bien plus complexe.

Il y a la solution de l'hébergement. Comme nous avons pu le voir cependant, il y a une problématique de lieux d'accueil médicalisés en Seine-Saint-Denis. Il y a des effets d'éviction un peu partout, jusqu'à l'étranger. Nous le savons. C'est aussi pourquoi ce schéma a essayé d'agir sur les parcours et des allers-retours entre un logement, une institution, un accueil de jour, ou encore un accompagnement médicalisé à domicile. Nous n'avons pas d'autre choix qu'aller dans cette direction, même si cela bousculera une manière de travailler qui n'était alors pas forcément celle-là. Nous sommes forcés d'aller là-dessus pour être aussi réactifs que possible et pour faire face à des situations évolutives. Ce problème a bien sûr été aussi pris en compte, non par l'enquête mais par des partenaires spécialisés.

Alain LECERF

Sur ce sujet, la question serait de savoir quels projets nous mettons en place en institution sur

l'accueil des personnes en perte d'autonomie psychique ou cognitive. Restons-nous ou allons-nous vers un accueil que l'on qualifierait du « chez-soi », du domicile, en institution ? C'est possible dans le cadre de petites unités de vie. Nous en parlerons cet après-midi avec un intervenant. Y compris en Ehpad, concernant les personnes âgées en perte d'autonomie ou dépendantes, il existe des projets particuliers. Il y a des différences dans les propositions des gestionnaires. Elles peuvent parfois être très fortes. Il y a le regroupement en Ehpad où la personnalisation et, la notion de domicile n'existent pratiquement pas. Nous sommes presque sur une forme hospitalière ou d'hôtellerie. Il y a aussi l'autre projet qui vise à permettre à chacun de poursuivre son chez-soi, de conserver sa liberté individuelle avec des extensions de domicile. Il est vrai que cela coûte plus cher et que cela nécessite plus de personnel, mais que veut-on ? Que voulons-nous pour nous-mêmes et que ne souhaiterions-nous pas, que nous ne voudrions pas imposer à d'autres ? Ce sont de vraies questions fondamentales à se poser.

Marie-Christine PARENT

Pour démarrer l'après-midi, nous poursuivrons les échanges de ce matin sur l'approche en établissement ou hors établissement. Il y aura deux interventions pour trois voix. Mme Moreau nous parlera du coût d'une place en Ehpad. Ensuite, MM. Lecerf et Guiollot livreront un retour d'expérience sur les contraintes des maisons de retraite. Nous échangerons avec vous à la suite de ces deux interventions.

En deuxième partie d'après-midi, nous nous intéresserons à l'impact du vieillissement sur les filières de formation. Que l'on soit à domicile ou en établissement, il y a des enjeux importants en matière de personnels soignants et personnels d'accompagnement.

Coût d'une place en Ehpad

Céline MOREAU, CNSA

A la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), il y a deux directions métiers. La Direction de la compensation s'occupe plutôt de l'aide aux personnes en tant que telle. Il y a également la Direction des établissements et services médicosociaux, dans laquelle je travaille. Nous y exploitons plutôt les données des établissements. C'est pourquoi la présentation que je vous présente aujourd'hui sera centrée sur le coût d'une place en Ehpad.

Je ne sais pas si vous avez déjà eu l'occasion d'aller sur le site de la CNSA. Nous y avons plusieurs publications. Cette présentation sera un florilège de deux d'entre elles, celle sur la situation des Ehpad en 2017 et celle des prix des Ehpad en 2017. Par « prix », comprenez essentiellement les prix pour les résidents. Nous avons donc eu à la fois, l'approche du coût pour le financeur, et du coût pour le résident. Nous n'avons pas eu le temps de faire un focus sur le coût en Île-de-France sur chacune des thématiques, mais nous aurons néanmoins quelques données chiffrées sur les spécificités des Ehpad dans la région.

Je rappelle rapidement le contexte. La tarification des Ehpad se fait de trois façons. Il existe trois types de financement pour le fonctionnement d'un Ehpad. Il y a le forfait soin, dont toutes les charges sont couvertes directement par l'Assurance Maladie ainsi que par ce que l'on appelle l'Objectif Global des Dépenses (OGD), dont une part des ressources provient de la CNSA. Il y a le tarif dépendance, fixé par le Conseil départemental. Il permet d'accompagner le résident pour accomplir les actes essentiels de la vie. Il y a enfin le tarif hébergement, davantage payé par le résident. Nous avons donc bien trois types de ressources pour permettre à l'Ehpad de fonctionner.

Le cadre était un peu particulier en 2017. Il s'agissait de la mise en œuvre de la réforme tarifaire des Ehpad. Elle a connu une suite un peu moins heureuse, mais il s'agissait à un moment du premier pas de convergence vers une dotation cible que chacun devait avoir de façon un peu plus cadrée, que ce soit sur le volet soin ou le volet dépendance. Nous avons également mis en place l'État Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD). Il s'agissait d'une autre approche financière pour les directeurs des Ehpad. Pour la CNSA, il s'agissait aussi de la seconde année pour analyser les prix des Ehpad, c'est-à-dire les prix pour les résidents des Ehpad.

Commençons par un cadrage avec le statut et les capacités d'accueil des Ehpad sur l'ensemble du territoire. Nous disposons d'un applicatif appelé HAPI (Harmonisation et Partage de l'Information) pour recenser la tarification de l'ensemble des établissements faite par les ARS, donc sur le volet Assurance Maladie. Nous appréhendons le côté Conseil départemental de cette tarification, par d'autres biais. Nous remarquons que 42 % des établissements accueillant les personnes âgées et dépendantes sont de statut public sur l'ensemble du territoire. Un tiers des établissements est privé et non lucratif, et un quart sont des structures commerciales. Si nous regardons la répartition par capacité d'accueil uniquement sur l'hébergement permanent, environ la moitié des places est regroupée dans des établissements publics, 30 % environ dans des structures non lucratives et 22 % dans des Ehpad commerciaux. Nous nous rendons donc compte que les Ehpad publics regroupent davantage de places que les autres structures.

Intéressons-nous plus particulièrement à l'Île-de-France. La répartition des places y est différente. Près de la moitié des structures y est privée et commerciale, un tiers est privé et non lucratif et moins de 20 % sont des structures publiques. Nous verrons plus tard que cela aura une influence assez marquée sur les prix constatés en Île-de-France en comparaison des autres régions. En ce qui concerne les places, 24 % des places d'hébergement permanent sont regroupées dans des Ehpad publics, un tiers dans des structures non lucratives et environ 44 % dans les Ehpad commerciaux. Nous remarquons qu'un peu plus de 10 % de toutes les places d'hébergement permanent de France est situé en Île-de-France.

L'option tarifaire nous semble une approche assez intéressante. C'est le mode de tarification auquel l'Ehpad est assujéti. Cela peut être en tarif partiel ou en tarif global. L'un ou l'autre des tarifs déterminera les métiers pris en charge directement par la structure en tant que salariés, ainsi que le fait d'avoir une pharmacie à usage interne. En l'absence de ladite pharmacie, il y aura bien sûr des relations avec la ville pour le paiement des médicaments.

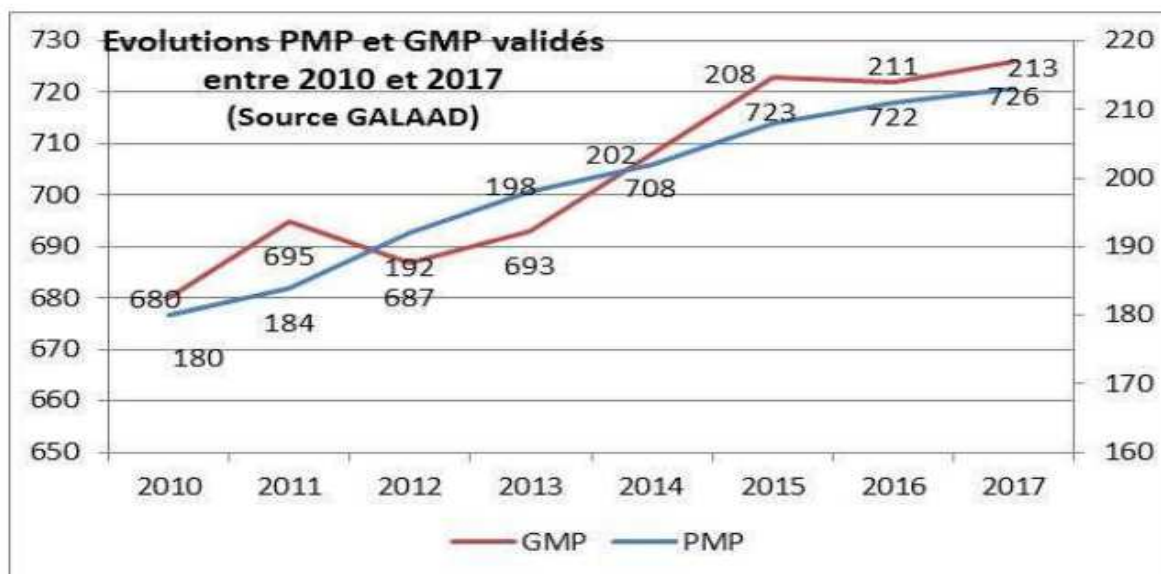
Les Ehpad commerciaux sont davantage situés en banlieue et en centre-ville. Les Ehpad privés non lucratifs sont présents dans l'ensemble des zones géographiques et un peu plus en centre-ville. C'est aussi le cas des Ehpad publics, qui sont répartis sur l'ensemble des zones géographiques. Nous avons en Île-de-France plus de centres-villes et de proches banlieues, ce en quoi nous retrouvons la spécificité de la région.

Le profil des résidents

Nous avons deux approches, le Pathos Moyen Pondéré (PMP) et le GIR Moyen Pondéré (GMP). Le PMP est un outil permettant d'estimer le besoin en soins des résidents dans les Ehpad. Le GMP est un autre outil. Il permettra d'estimer le niveau de dépendance des résidents en Ehpad. Ces deux paramètres interviennent dans le mode de tarification des Ehpad. C'est assez structurant aujourd'hui pour les établissements.

En regardant les données de la France entière, nous avons en 2017 des valeurs de PMP et GMP supérieures dans les Ehpad privés commerciaux par rapport aux Ehpad publics et ceux privés non lucratifs. Ce n'est pas le cas en Île-de-France. Ce seraient les Ehpad publics qui accueilleraient les personnes les plus dépendantes et qui ont un besoin en soins le plus important. En 2017, les données n'étaient pas aussi importantes qu'aujourd'hui en matière de tarification. Nous voyons sur 2018 et les prévisions 2019 un rééquilibrage, une sorte d'amélioration du codage de ces informations, notamment pour les structures publiques et celles non lucratives. Nous devrions donc voir évoluer cette situation pour les prochaines années.

Le graphique ci-dessous présente l'étude des données GALAAD.



Cet outil permet d'apprécier le niveau de dépendance et les besoins en soins des résidents des Ehpad. Chaque point correspond à la valeur des coupes de PMP et GMP réalisées chaque année. Cela ne représente donc pas les valeurs de l'ensemble de la France, mais bien l'évolution d'une année sur l'autre au fur et à mesure que les coupes sont faites. Nous remarquons une tendance à la hausse de l'estimation du besoin en soins des résidents des Ehpad comme de leur niveau de dépendance.

Les coûts

Pour estimer le coût d'une place en Ehpad, la CNSA a exploité les États Réalisés des Recettes et des Dépenses (ERRD), qui remplacent les Comptes Administratifs (CA) depuis 2017. Nous avons encore des difficultés à exploiter les données des structures privées commerciales, l'ensemble des informations n'étant pas renseigné, notamment pour ce qui relève de la section hébergement.

Si nous écartons les structures privées commerciales, nous observons toutes sections confondues, pour le privé non lucratif et le public, un prix médian d'environ 41 000 euros (voir tableau ci-dessous). Il s'agit d'un coût brut global annuel par place en hébergement permanent et en hébergement temporaire, considérant que nous ne pouvons pas distinguer avec les ERRD si un résident est présent de façon temporaire ou permanente.

En Île-de-France, ce coût médian est nettement supérieur et s'élève à 46 330 euros. Le tableau ci-dessous montre la répartition par département francilien. A noter le coût bien sûr très important à Paris. Sur le site de la CNSA, ces informations par statut de la structure sont aussi disponibles.

Département d'Île-de-France	Nombre de structures	Premier décile (D1)	Médiane	Neuvième décile (D9)	Moyenne pondérée corrigée des valeurs extrêmes
75-PARIS	27	17 530,41 €	51 125,12 €	59 664,07 €	47 783,52 €
77-SEINE-ET-MARNE	60	18 691,54 €	45 012,89 €	51 595,08 €	42 812,16 €
78-YVELINES	27	18 056,32 €	42 840,88 €	57 282,19 €	43 425,79 €
91-ESSONNE	39	42 272,15 €	46 769,56 €	56 470,47 €	47 725,34 €
92-HAUTS-DE-SEINE	39	18 459,33 €	43 940,70 €	53 398,87 €	39 867,02 €
93-SEINE-SAINT-DENIS	39	34 380,99 €	46 929,14 €	53 524,53 €	46 444,86 €
94-VAL-DE-MARNE	24	43 353,37 €	48 043,23 €	54 127,64 €	49 413,52 €
95-VAL-D'OISE	25	18 300,32 €	43 785,40 €	53 714,53 €	43 130,34 €
Île-de-France	280	20 239,75 €	46 330,61 €	54 888,05 €	44 645,93 €
Total France - 2017	4 379	30 982,95 €	41 452,53 €	49 435,01 €	41 014,30 €

Crédits alloués

Passons aux crédits alloués en 2017 au titre de la réforme tarifaire sur le volet soins, donc par l'Assurance Maladie. L'idée de cette convergence tarifaire menée à partir de 2017 était d'appliquer la même équation tarifaire à l'ensemble des Ehpad, en tenant compte du besoin en soins des résidents accueillis et de leur niveau de dépendance.

Cette équation est la suivante : $(GMP + PMP \times 2,59) \times \text{capacité HP} \times \text{Valeur de point option tarifaire}$

Nous reprenons les deux variables PMP et GMP en essayant de les pondérer avec un coefficient déjà élaboré il y a très longtemps, afin d'obtenir une sorte d'homogénéité entre la prise en compte du besoin en soins et du niveau de dépendance des résidents. Nous appliquons cette équation à l'ensemble des capacités d'accueil. Il y a aussi plusieurs valeurs de points pour valoriser cette équation. Ces valeurs sont fixées chaque année au niveau national.

Entre les dotations que nous observions fin 2016 et le résultat de cette équation tarifaire, l'idée de la réforme était d'avoir un pas de convergence d'un septième chaque année, donc d'avoir une réforme en sept étapes. Chacun pour rapprocher le niveau de financement de chaque Ehpad à ce niveau de ressource. En 2017 ont été alloués 52 millions d'euros aux ARS, dont 4,1 millions d'euros à l'ARS Île-de-France, soit environ 8 % de l'ensemble des ressources. Nous avons également ajouté une enveloppe « financements complémentaires ». Elle représentait 49 millions d'euros, dont un peu plus de 10 % a été alloué à l'ARS Île-de-France. Il s'agissait ici de permettre aux ARS d'accompagner les établissements pour prendre en charge des activités spécifiques ne rentrant pas dans le périmètre de l'équation tarifaire.

Au total, ce sont donc 100 millions d'euros qui ont été alloués en 2017 pour mettre en œuvre cette réforme. 100 millions d'euros, c'était déjà le montant alloué depuis plusieurs années pour assurer la médicalisation des Ehpad sur l'ensemble du territoire.

Nous avons aussi pu rapprocher les données de résid-Ehpad de la CNSA à celles de l'Assurance Maladie. Cela a permis une estimation du coût global d'une place pour l'Assurance Maladie, quel que soit le mode de tarification de l'Ehpad, c'est-à-dire que le médecin soit salarié ou non de l'Ehpad et que les médicaments soient délivrés par une pharmacie à usage interne ou par la ville. En moyenne le coût complet des soins, représente pour l'Assurance Maladie 14 660 euros en moyenne sur l'ensemble du territoire, dont 12 755 euros au titre de la dotation soins, donc à peu près 85 %.

Les prix pour les résidents

Le tarif hébergement permanent d'une chambre en 2017 peut se définir de plusieurs façons. En tout cas, le prix de la chambre majoritairement proposé par les Ehpad en 2017 représente un coût journalier estimé à 59,44 euros sur l'échantillon très significatif des Ehpad nous ayant transmis leurs prix en 2017. Cela représente une augmentation assez faible de 0,3 % par rapport au prix constaté sur le même échantillon en 2016.

Plus le niveau de dépendance est élevé, plus le tarif l'est aussi. Ce qui est généralement payé par le résident est plutôt le tarif médian GIR 5-6, qui s'élève à 5,47 euros en 2017. Pour le GIR 1-2, il est de 20,35 €.

Le prix mensuel d'une chambre en hébergement permanent pour le résident, c'est-à-dire ce qu'il paye chaque mois, représente la somme entre le tarif hébergement et le tarif dépendance GIR 5-6. Cela représente un prix médian mensuel de 1 953 euros sur l'ensemble des Ehpad que nous avons pu analyser. C'est une évolution de 0,2 % par rapport aux prix constatés en 2016. À titre de comparaison, le coût de l'inflation estimé par l'Insee sur la même période s'élevait à 1,2 %.

Le tableau ci-dessous des prix en Île-de-France, montre que les valeurs sont bien sûr nettement plus élevées. En effet, elles sont toutes supérieures à 2 000 euros par mois. Néanmoins, le prix médian est toujours inférieur dans les structures publiques, sauf en Seine-Saint-Denis où les prix du secteur privé non lucratif sont les plus faibles.

Département	Nombre d'EHPAD	Premier décile (D1)	Premier quartile (Q1)	Médiane	Troisième quartile (Q3)	Neuvième décile (D9)
ESSONNE	83	2 106 €	2 348 €	2 649 €	3 027 €	3 230 €
HAUTS-DE-SEINE	93	2 378 €	2 557 €	3 176 €	3 661 €	4 041 €
PARIS	55	2 539 €	2 732 €	3 188 €	4 413 €	4 952 €
SEINE-ET-MARNE	87	1 862 €	2 234 €	2 509 €	2 808 €	3 073 €
SEINE-SAINT-DENIS	55	2 290 €	2 394 €	2 550 €	3 114 €	3 266 €
VAL D'OISE	66	2 116 €	2 289 €	2 718 €	3 030 €	3 334 €
VAL DE MARNE	52	2 229 €	2 282 €	2 405 €	3 323 €	3 495 €
YVELINES	78	2 072 €	2 366 €	3 045 €	3 419 €	3 715 €
Total France Métropole	6 140	1 674 €	1 787 €	1 953 €	2 320 €	2 819 €

Nous avons également essayé de voir l'année dernière si le fait que l'Ehpad appartienne à un groupe, donc à un organisme gestionnaire plus important, a une influence sur le prix. Nous aurions pu nous attendre à des économies d'échelles permettant à ce type de groupes de proposer des tarifs inférieurs à ceux que nous pouvons constater sur des Ehpad d'un même statut, mais n'appartenant pas à un groupe. Or, ce n'est pas ce que nous observons. Nous avons regardé les organismes gestionnaires regroupant au moins dix Ehpad. Nous les avons comparés aux prix médians des structures du même statut, ici les structures privées commerciales. Nous nous rendons compte que la médiane des prix pratiqués par des groupes est toujours supérieure, sauf pour un ou deux, à la moyenne observable au niveau national au sein d'un même statut. C'est aussi valable pour le privé non lucratif.

Nous avons essayé de voir si quelques facteurs pouvaient expliquer la variabilité des prix entre les Ehpad. Nous remarquons une corrélation assez forte entre la date d'ouverture d'une structure et son statut, notamment pour les structures privées commerciales plus récentes que les autres établissements. Nous observons que le prix médian est plus élevé pour un Ehpad rénové récemment, plus dans un centre-ville ou dans une banlieue, et qui n'est pas habilité à l'aide sociale. Nous reconnaissons sensiblement ici les caractéristiques du secteur commercial.

Par ailleurs, lorsque le nombre de places dans un Ehpad augmente, le prix augmente également, sauf pour le secteur public.

Lorsque le nombre de places en hébergement permanent est compris entre 60 et 99 places, le prix semble plus stable. Il semble y avoir une sorte de taille optimale, surtout pour le secteur public.

Le taux d'encadrement total contribue aussi à expliquer les écarts de coût. Dans les Ehpad publics et privés associatifs, les prix sont fortement corrélés au taux d'encadrement total observé.

L'analyse par département du tarif médian d'une place en Ehpad (1 953 €) et du niveau de vie des personnes de 75 ans et plus (1 740 €) montre qu'il est souvent supérieur. Le prix médian d'une chambre seule représente ainsi 112 % des revenus médians d'un foyer de retraités.

Sur le site <https://www.cnsa.fr/> de la CNSA, vous pouvez retrouver toutes les informations. Tout y est public. Les tableaux sont également disponibles au format Excel.

Maisons de retraite : retours d'expérience

Alain LECERF

Commençons par une rapide présentation, puisqu'il s'agit d'aborder un retour d'expérience. Je suis très heureux d'être ici, dans cette salle que je retrouve mensuellement dans le cadre du Ceser. Je représente l'Union Régionale Interfédérale des Œuvres et Organismes Privés non lucratif Sanitaires et Sociaux (URIOPSS). J'insiste bien sur cet aspect non lucratif. J'y reviendrai. Je suis donc un senior retraité actif *baby-boomer*, et j'ajouterai même avec un sourire soixante-huitard.

J'ai œuvré dans cette activité jusqu'à fin 2014, mi-2015, dans le secteur associatif. En effet, j'étais Directeur général d'un organisme qui gérait à la fois des résidences d'autonomie, anciennement des logements foyers, et des Ehpad, ex-Mapad (Maisons d'Accueil de Personnes Agées Dépendantes) devenues Ehpad à partir de 1997. Nous gérons à l'époque une soixantaine d'établissements dans le cadre de ce qu'on peut appeler le parcours résidentiel, le parcours vie, le tout s'inscrivant dans le logement social. En effet, ce groupe associatif était né d'un organisme collecteur du 1 % logement, Ocid à l'époque, ensuite devenue Astria et aujourd'hui Action Logement. Tout ceci s'inscrivait dans la période de la naissance des logements foyers dans les années 60. Je rappelle que les premiers logements foyers sont nés après l'appel de l'Abbé Pierre en 1954.

Dans la région lyonnaise sont apparues des structures de logement permettant d'accueillir des populations à ressources à l'époque très modestes, mais qui étaient dans des situations de vie compliquées. Nous atteindrons très vite le rapport Laroque en 1962. Celui-ci positionnera une sorte de politique en direction des personnes retraitées. Tout ceci s'accompagnera de l'évolution relativement rapide, avec le temps disons, des conditions de vie. Les retraites seront un peu améliorées, ainsi que le reste des conditions de vie. L'espérance de vie ne cessera de croître. Sur un peu plus d'un quart de siècle de responsabilités, j'ai connu 6 années de gain d'espérance de vie. Entre les années 1950 et 2019, nous sommes à 14 ou 15 années d'espérance de vie en plus. Dans les années 50, quelqu'un qui prenait sa retraite à 65 ans avait une espérance de vie de 3 à 5 ans. Nous ne sommes plus aujourd'hui dans cette configuration. Dans les établissements, nous rencontrons beaucoup de personnes ayant presque plus d'années de retraite que d'activité. Cela peut évidemment coûter cher à la collectivité.

Il y a donc eu l'accueil de cette population dite « autonome » dans le cadre de ces logements foyers. Ensuite, au cours des années 1980, la France se réveille un jour en réalisant que toutes les personnes âgées vont devenir dépendantes. Je me souviens bien, c'était en 1985. Alors, que faire ? Pouvoirs publics, institutions, maisons de retraite et autres, tout le monde s'est focalisé sur cette notion de dépendance. Presque tous les financements se sont axés sur ces sujets et sur des projets, pour les Mapad qui deviendront Ehpad plus tard par exemple, et on a laissé tomber la partie logements foyers, personnes autonomes. Les collectivités locales qui sont toujours les gestionnaires de ces établissements au travers des CCAS ont laissé dans un état pitoyable la plupart des établissements. Au moment de la réflexion sur la future loi d'Adaptation de la Société au Vieillessement (ASV) en 2015, cela a conduit beaucoup de gens à se demander ce qu'étaient ces structures. Ils les voyaient obsolètes et jugeaient devoir les supprimer. Nous avons été un certain nombre à nous être battus pour faire en sorte que ces établissements soient reconnus pour leur utilité sociale et leur positionnement dans le parcours résidentiel. Ainsi, le choix a été fait de les appeler « résidences autonomes » plutôt que logements foyers. Cela avait une connotation assez négative.

Dans le même temps que la création des Mapad et des Ehpad, les pouvoirs publics ont été confrontés à des problématiques financières. C'était difficile, notamment pour la création des établissements. Nous avons alors ouvert grand la porte au secteur commercial en 1985. Cela a commencé par les résidentes dites « avec services ». Je rappelle à vos souvenirs COGEDIM avec les Hespérides. Très rapidement, les groupes financiers se sont intéressés à l'accueil des personnes âgées dites dépendantes. Je vous en fais une liste rapide, ORPEA, KORIAN, ou encore DomusVi pour les services à domiciles. Ce sont aujourd'hui des structures commerciales dont le volume d'affaires augmente de 10 % à 15 % par an et qui sont cotées en bourse. Leur objectif est bien évidemment de servir des actionnaires. Dans le secteur associatif, nous avons à servir des résidents.

Il me paraît important de rappeler tout cela dans un contexte très particulier, puisque tout à l'heure les capacités et coûts étaient évoqués. Nous pourrions aller plus loin dans le détail de ce qu'est un coût dans un Ehpad public par rapport à un Ehpad commercial. Nous pourrions parler de la mise à disposition de m². Qu'est-il proposé aux résidents ? Chez nous, le minima était de 24m² pour un résident, plus les extensions de domicile, avec une approche du chez-soi, du domicile, de petites unités de vie. Nous en reparlerons. En particulier Nicolas Guiollot, Directeur d'un Ehpad à Rueil-Malmaison va aborder ces sujets.

Ce que je soulignais me paraît important en matière de comparaison. Il y a également les ratios de personnels. J'étais à 0,65. Le lucratif est plus près de 0,36 à 0,40. Dans le même temps, souvenez-vous que dans les années précédant 2012, un certain M. de Villepin alors Premier ministre avait annoncé que le ratio serait de 1 pour 1 en 2012. Vous vous souvenez de ces promesses ? Je pense de même des promesses faites en 2013. Je me rappelle que j'étais au congrès de l'Uriopss à Lille en janvier 2013. Nous avons eu la chance d'avoir la présence de François Hollande. Il avait annoncé une loi de programmation pour la fin de l'année 2013. Il aura finalement fallu attendre fin 2015 pour ce qui ne fût pas une loi de programmation, mais la fameuse loi ASV, qui ne s'intéressera qu'aux personnes autonomes et au domicile, ne regardant pas du tout la problématique des Ehpad, avec les difficultés que nous évoquions du reste à charge. Il reste un problème crucial pour les concernés. Je crois que le niveau de retraite moyen en France est de 1 100 euros par mois. Ce chiffre est un peu plus élevé en Île-de-France. Lorsqu'il faut payer un hébergement et une partie dépendance en plus qui peut atteindre de 2 000 à 2 500 euros, voire plus, je ne sais pas comment font ces gens. Ils ont parfois recours à l'aide sociale départementale, mais ils ne sont que 18 %, car d'autres difficultés existent derrière, l'obligation alimentaire, le retour sur succession et autre. C'est compliqué pour les enfants et les familles.

Le reste à charge reste donc un vrai sujet. Il est parfois évoqué, de façon assez récurrente dans les rapports. On fait des rapports en permanence. Encore récemment, il y a eu une consultation nationale et un rapport Libault évoquant ces sujets. On prévoit une loi dite « grand âge » pour la fin de l'année, mais je ne sais pas comment est abordé le sujet du financement. Ce sujet deviendra de plus en plus important. Je ne reviendrai pas sur tous les chiffres énoncés ce matin concernant l'augmentation des personnes en perte d'autonomie, la nécessité d'accueil, la qualité de vie et le type d'accompagnement mis en œuvre dans les établissements. Nous savions tout cela depuis des années. Nous avons souhaité vieillir davantage. Nous avons atteint des gains considérables en matière d'espérance de vie. Si ce n'est pas pour arriver à une qualité meilleure d'accueil dans des établissements comme les Ehpad, je crois que ce n'est pas la peine. Autant « sortir les seringues », comme je le dis souvent.

Ce sujet me tient très à cœur. Il m'a accompagné durant toute mon activité professionnelle. J'étais auparavant dans le secteur du développement social des quartiers. J'avais à l'époque

rencontré cette problématique des personnes. Au moment du décret Franceschi de 1982 sur la nécessité de créer des coordinations sur les communes, j'avais mis en place un comité local de coordination dans le sud du département des Hauts-de-Seine. J'ai ainsi découvert progressivement ce sujet, au fil des années.

Je veux rapidement évoquer des points qui me semblent très forts et sont attachés à mes convictions. La vieillesse n'est pour moi pas une maladie. C'est important de se le dire. Le regard que portent sur la vieillesse beaucoup de concitoyens est que la personne qui vieillit est malade et qu'il faut la considérer comme telle. Pour moi, la vieillesse n'étant pas une maladie, elle doit se concevoir autrement. Elle ne doit pas être prise en charge. On prend en charge un sac de pommes de terre, et non pas une personne vieillissante. On accompagne celle-ci, comme un compagnon présent au quotidien.

Nous avons vécu des choses difficiles entre les générations, et cela continue. On a opposé les générations, jeunes et vieux. On a souvent accusé les vieux d'être trop riches. Je rappelle que les résidences avec services ont été créées parce que des gens se sont dit que les vieux étant riches, il y a de l'argent à prendre, du business à faire. C'est une opposition qui a existé. Elle existe encore un peu aujourd'hui. Preuve en est qu'il y a un an et demi a été créé les 1,7 % de Contribution Sociale Généralisée (CSG) pour faire payer les retraités, soi-disant pour permettre l'augmentation des salaires des salariés. Il y a donc une opposition entre les générations, les vieux étant supposés plus riches que les jeunes.

Il y a aussi le problème du regard sur l'autre. Il me paraît important, quel que soit l'autre, d'ailleurs. Il est important d'avoir un regard ouvert et bienveillant sur les autres. Il y a l'adhésion à un projet. J'ai beaucoup travaillé avec les directeurs d'établissement sur un projet d'accompagnement, un projet associatif pour qu'il soit fort au quotidien. Je parlais tout à l'heure du chez-soi, du domicile. Le soin me semble devoir être au service de la vie, et non l'inverse. Depuis un certain nombre d'années, nous connaissons une forme de sanitarisation des établissements, avec une prise en main plus importante de l'ARS par rapport au Département qui a cette compétence sociale. Cela pose problème. C'est en lien avec le fait que je ne considère pas la vieillesse comme une maladie.

Je rappelle rapidement que nous sommes tous des vieux en puissance. Tout ceci nous concerne donc. Comme je ne souhaite pas qu'on me fasse telle ou telle chose, il n'y a aucune raison que j'accepte qu'on les fasse à d'autres. Cela me paraît important à rappeler. Une autre notion forte un peu dévoyée est celle de la solidarité. Nous avons beaucoup parlé de financements tout à l'heure. Je fais partie de ceux qui se sont battus pour la revendication de l'existence d'un cinquième risque de Sécurité sociale, cinquième risque dépendance. Ce combat n'a pour l'instant pas mené à grand-chose. La perte d'autonomie, la dépendance, cela arrive sans qu'on le veuille et cela concerne tout le monde. La solidarité nationale doit donc être prise en compte. Il faut donc créer un cinquième risque, et sortir du fait de créer un jour de Pentecôte travaillé, ou un deuxième, ou un troisième.

La solidarité nationale doit s'appliquer et nous devrions créer ce cinquième risque. Le problème est que nos chers politiques, quels qu'ils soient, ont systématiquement refusé. Ou alors ont-ils reporté le problème, au prétexte qu'ils n'avaient pas de capacités financières pour le mettre en place ? C'est aujourd'hui ce qu'on continue de nous dire. Les finances publiques sont dans un tel état qu'il ne faudrait pas rajouter des taxes. Or, il s'agit d'un problème fondamental. Il faut le prendre en compte. Il fallait le prendre en compte.

Je connais bien aussi l'aspect important que constituent les inégalités territoriales au regard de l'Île-de-France. Elle est une des régions les plus inégales. Nous en parlions tout à l'heure, entre Paris, la proche couronne, le fin fond de la Seine-et-Marne ou la Seine-Saint-Denis, les inégalités sont flagrantes.

Il faut faire en sorte que nos établissements soient des lieux de vie. Ils ne doivent pas être des mouvoirs, pour éviter de renvoyer les images qui sont systématiquement renvoyées par les médias dès qu'il y a un problème, en matière de maltraitance ou autre. Mais pourquoi ? Posons-nous la question. Vivre chez soi, dans son domicile et éviter toute condamnation. Le vieillissement n'est pas une condamnation. Y compris pour les personnes en perte d'autonomie cognitive, rien n'est jamais terminé. J'ai vu des personnes vieillissantes et atteintes de la maladie d'Alzheimer avec des moments de lucidité extraordinaires. Il faut savoir les capter et leur permettre d'exister.

Je finis par deux éléments que je rappelais souvent à mes collaborateurs. Je leur disais qu'il fallait avoir envie de donner envie. C'est Johnny Hallyday qui disait cela. Je pense que c'est aussi vrai pour notre secteur d'activité. Avoir envie de donner envie, cela renvoie à des comportements individuels de respect, d'accompagnement et autre. J'avais également quatre éléments forts que j'appelais les « quatre C ». J'attendais de mes collaborateurs de la compétence, de la confiance, de la conviction et du courage. Tout ceci me paraît indispensable à l'accompagnement d'une personne vieillissante.

Voilà mon retour d'expérience. Ces expériences me permettent de continuer dans le cadre de ma retraite à être très actif dans certaines institutions ou certains organismes. Je passe la parole à Nicolas Guiollot, Directeur de l'Ehpad « Émilie de Rodat à Rueil-Malmaison », un établissement qui existe depuis une soixantaine d'années. Il porte un concept très particulier, mis en œuvre à une époque par un certain Georges Caussanel. Ce nom parle peut-être à certains d'entre vous. Si ce n'est pas le cas, allez voir dans les livres d'histoire.

Nicolas GUIOLLOT, Directeur de l'Ehpad Émilie de Rodat

Je dirige effectivement depuis cinq ans un établissement qui est le fruit de l'intuition d'un Aveyronnais, Georges Caussanel, dans les années 1970. Celui-ci ayant été propulsé Directeur d'une maison de retraite à Rueil-Malmaison s'est souvenu de son appartenance aveyronnaise et des traditions qui y vivent, en particulier la vie commune entre générations à travers le modèle des Cantous. « Cantou », cela signifie le coin du feu, l'âtre, en occitan. En sociologie rurale aveyronnaise, si vous allez dans les musées locaux, vous verrez le modèle social des Cantous dans les fermes de l'Aveyron. Il y a cette ritualisation d'une certaine transmission intergénérationnelle, où la personne âgée avait toute sa place, matérialisée dans cette pièce où elle pouvait transmettre aux plus jeunes générations son expérience de vie. Nous ne sommes pas loin ici des rituels africains avec la transmission orale qui peut s'y opérer. Il avait été très marqué par cette expérience de l'Aveyron.

C'est ainsi qu'il a apporté dans un lieu qui n'avait pas de lien immédiat avec l'Aveyron, Rueil-Malmaison, ce modèle, en promouvant une vie commune entre résidents, maîtresses de maison, car il détestait le terme « soignant », et familles. Il s'agissait d'une sorte de vie commune autour d'une grande pièce à vivre, regroupant à la fois la cuisine, la salle à manger et le salon. Disposées autour de cette salle commune, un certain nombre de chambres donnait presque toutes sur elle. Il avait donc les personnels qu'il appelait maîtresses de maison, de par le sexisme de l'époque. Cela s'entendait en tout cas d'une bonne oreille à l'époque, comme la volonté d'être une vraie maison où il fait bon vivre. Je ne pense pas que la formule vienne de lui.

Je reconnais dans ce modèle la formule « la vie anime la vie », sans trop d'artifices, comme cela se passe chez nous. Il n'y a pas besoin de faire monter un clown sur la table pour donner du relief à la vie. Il suffit de bien vivre au quotidien avec une soupe qui cuit, une petite chanson, des familles qui passent et des photos. Chez soi, il n'y a pas besoin de beaucoup plus pour donner du goût à la vie. Voilà, Georges Caussanel a promu ce modèle en institutionnalisant ces Centres d'Activités Naturelles Tirées d'Occupations Utiles (CANTOUS). Les Cantous de Rueil ont eu un certain succès. Ils ont été dans les années 2000 promus au niveau national comme les premiers espaces d'accueil pour les personnes ayant la maladie d'Alzheimer. Nous avons un Ehpad sur trois dans les années 2000/2010, qui était originaire de cette expérience.

Je découvre depuis cinq ans ce modèle. Je partage donc quelques convictions, en ayant bien conscience de la dimension régionale de votre institution et en ayant à l'esprit les prérogatives de l'institution du Conseil régional. Il me semble que certaines choses sont importantes à ne pas rater dans la politique publique pour le grand âge. Ce sont de grands plans où nous aimons quadriller les choses. Et il le faut, c'est être responsable que de pouvoir tout prévoir et tout calculer. C'est la fierté du jacobinisme français. Nous sommes tous d'accord, et cela marche globalement. Nous n'oublions personne. Dans cette belle machine, il convient tout de même de ne pas oublier la vertu de l'intuition. Il y a eu l'intuition de Georges Caussanel qui a apporté à Rueil-Malmaison un modèle aveyronnais qui a fonctionné et s'est développé. Je trouve ces histoires intéressantes. C'est un « il était une fois », et je raconte cette histoire aux résidents qui nous rejoignent pour rentrer dans cette histoire. Je ne voudrais pas que nos grands plans, aussi nécessaires et utiles qu'ils soient, oublient la vertu de ces initiatives. Il arrive qu'on se trompe, mais on peut aussi ouvrir des solutions à des questions nouvelles. Georges Caussanel avait donné un modèle à cette nouvelle question qu'est la maladie d'Alzheimer. Cette question a suivi ses évolutions, comme le Cantou en a connu. En tout cas, il faut se rappeler de la vertu de l'initiative et encourager ces initiatives. Cela peut être par exemple une région qui met un petit bout de son budget pour les encourager, comme la Croix-Rouge à Sartrouville qui développe l'Ehpad à domicile. Elle y met du budget. Je trouverais intéressant que le Conseil régional soutienne des initiatives qui sortent un peu de l'ordinaire.

J'en viens à ma deuxième conviction. Je sais que la formation fait partie des prérogatives du Conseil régional. Je veux témoigner de l'importance d'être bien formé, pour celui travaillant dans un Ehpad. C'est comme une révélation quand on va se former. Je pense aux formations d'assistants de soins en gérontologie qui sont proposées aux aides médico-psychologiques et aux aides-soignants. On fait ses 140 heures d'assistant de soins en gérontologie et on se dit « *ah oui, c'est ainsi ! C'est vrai, c'est tout cela qui se joue dans la relation avec le patient !* » Alors, le travail pour lequel on se lève le matin prend un tout autre relief, les gens y vont avec beaucoup plus de goût et d'intelligence, le travail est fait et dure dans le temps. Allez voir les Curriculum vitæ (CV) des personnes travaillant dans les Ehpad, ils sont souvent heurtés. Ces gens ont besoin de voir qu'on accorde du prix à ce qu'ils font et qu'on les soutient, parce que leur tâche n'est pas légère. Ce n'est pas un job, c'est un vrai métier. Je pense important de lutter à travers les Ehpad contre la taylorisation du travail, en divisant les tâches et en leur faisant perdre leur sens. C'est ainsi que font souvent les bons gestionnaires bien formés, qui veulent tout séparer. Dans notre établissement au contraire, nous avons choisi que les personnes soient totalement polyvalentes dans le service. Il n'y a pas de turnover. Cela donne finalement de l'intérêt à la fonction, plutôt que de faire douze ou treize toilettes avant de repartir chez soi. En général, on reste un an ou deux dans l'Ehpad et on va voir ailleurs.

Dans les choses à soutenir, je crois qu'il faut aussi être très vigilant aux questions du logement. L'histoire nous l'a montré, nous avons la chance d'avoir un établissement en plein centre de Rueil. Nous n'aurions évidemment pas l'argent pour acheter le terrain de notre institution. C'est la chance d'un legs au XIX^e siècle. Je crois vraiment au « *dis-moi où tu mets ton Ehpad, je te dirai comment tu situes les personnes âgées dans ta tête* ». Est-ce forcément dans les dernières zones du plan local d'urbanisme que nous situerons nos Ehpad ? Ou est-ce que, lors de grands plans de réaménagement d'habitats sociaux, en particulier dans le centre-ville, nous savons accorder de la place à ce monde du grand âge ? On pourrait se dire que leurs limites de déplacement rendent ce positionnement inutile, mais ce n'est pas si simple que cela. Mettre les personnes âgées en centre-ville peut aussi avoir de l'importance sur la manière dont nous les regardons et dont nous les rejoignons.

Voilà les plans qui me semblent importants. Dans mon établissement, la chose la plus importante me semble être que nous ayons pu motiver l'ensemble d'un groupe, le personnel. Dans notre bilan, dans notre actif immatériel, le plus important est vraiment notre personnel. C'est la prunelle de nos yeux et ce qui fait la fierté de notre établissement. C'est vraiment ce qui nous permet de regarder les familles droit dans les yeux en leur disant que leurs parents seront bien traités. En effet, nous sommes certains que notre personnel soit fier de travailler chez nous. C'est toute une histoire. Ce sont des sédiments longs, sur trente ou quarante ans, une manière de travailler qui nous fait nous situer d'une certaine façon face aux résidents.

ECHANGES AVEC LA SALLE

Pierre-Yves DELANNOY, Croix Rouge

Je dirige un établissement dans un secteur associatif, la Croix Rouge que vous avez citée tout à l'heure. Il s'agit d'un établissement pour personnes âgées dépendantes. Voilà dix ans que je fais ce métier. Je vous remercie pour ces deux témoignages, et notamment sur celui que nous venons d'avoir sur la résidence de Rueil.

J'ai eu la chance de diriger un établissement comme celui-ci, issu des années 1970, avec des Cantous et un vrai projet comme à la maison, avec des maîtresses de maison et tout le reste. Nous nous sommes finalement confrontés dans le projet associatif à une série d'injonctions et de normes de la part de l'inspection du travail et de la médecine de travail. Ils sont venus nous dire que le profil de maîtresse de maison n'était pas suffisamment périmétré et que c'était compliqué en matière de risques psychosociaux, que nous leur demandions de faire à la fois de l'animation, des soins et un peu d'hôtellerie, et qu'il fallait revoir tout le circuit. Les gestionnaires ensuite sont venus nous demander de ramener les plateaux de petit déjeuner dans les chambres plutôt que de le prendre dans une salle, parce que cela ira plus vite ou que ce sera plus chaud, des choses de ce genre. Nous nous sommes aperçus qu'il fallait énormément de courage et de conviction pour maintenir le cap d'un établissement dans lequel on rajoute de la vie aux années, et non l'inverse. Ainsi, bravo et merci pour l'activité que vous exercez avec bravoure, courage et compétence.

Alain LECERF

J'ajoute un commentaire. Il y a une chose que je n'ai pas évoquée par manque de temps, mais sur laquelle il serait également intéressant de revenir. Vous venez d'évoquer le problème, celui des couches administratives, de la politique comptable et financière qui s'est mise en place ces dix dernières années. Il n'y a finalement que cela qui compte, et on continue avec une usine à gaz qui s'appelle le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM). Où se trouvent les besoins et l'accompagnement de la personne ? C'est un vrai sujet.

Je dis aussi deux mots des changements en ce qui concerne les groupes et les marchés. Jusque dans les années 80, nous étions dans ce qu'on nommait le marché captif, qui se répartissait entre le secteur public et administratif. Nous sommes ensuite entrés de plain-pied à la fin des années 80 dans le marché concurrentiel dans lequel nous sommes aujourd'hui. Y compris pour les Ehpad, les personnes âgées, en perte d'autonomie ou dépendantes, font partie de ce marché concurrentiel. Alors, nous assistons à des fusions, à des regroupements, à des monstres aux nombreux établissements, où le seul objectif est la gestion. Je me frappe la poitrine tous les jours, car là où j'étais, j'avais initié la possibilité d'une recherche de partenariat ou de rapprochement avec un autre groupe. Cela s'est fait lorsque je suis parti, et c'est devenu un groupe associatif de 130 établissements qui a perdu son âme.

Richard MESSINA

Nous sommes dans une question qui ne touche pas uniquement le financement des personnes âgées, mais qui touche le fonctionnement du service public en général, je pense. Restons sur les personnes en situation de handicap, les personnes âgées en particulier. Notre mode de développement économique favorise la concentration des moyens pour agir et déplace la frontière entre l'espace privé et l'espace public. Il ne faut pas évincer cette question. Concernant le financement de la dépendance, l'enjeu ne peut se traiter d'un coup de manche en disant que

c'est la puissance publique qui trouvera les moyens de financer. Je pense qu'il faut aujourd'hui se demander comment nous finançons l'action publique. Celle-ci n'est pas simplement l'impôt. C'est finalement ce que vous venez de dire. Cela se retrouve dans plusieurs autres dimensions. C'est la famille, l'implication de la famille.

Par défaut, l'action publique a été mise en place pour pallier la déficience de l'individu ou de la famille. Aujourd'hui, cette place de la famille peut être revendiquée plus forte. Nous parlions tout à l'heure des aidantes et aidants. Voilà quelque chose d'important pour accompagner les personnes âgées. Lorsque nous regardons ce qu'il se passe en province, dans la Creuse par exemple, le modèle est très différent. Les personnes âgées restent presque jusqu'au bout de leur vie chez elles. Elles ont cet espace de vie qui est normal. Tout le monde, pas seulement la famille, mais aussi les voisins, participe à cet accompagnement. Ces formes sont en train d'évoluer. Elles trouvent des difficultés sans doute dans les zones urbaines. Quand on sait que les gens vont de plus en plus habiter dans ces zones urbaines, c'est cette pression à laquelle nous faisons attention.

Mais qui doit payer la fin de vie ? La société s'est mise d'accord sur le début de la vie. L'enfance, on ne paye pas, car l'enfant n'a rien. Il est démuné. Permettez-moi d'être un peu brutal, mais, quand quelqu'un est en fin de vie, nous n'avons pas la même situation financière. Les écarts de moyens dont nous disposons mériteraient d'être mis sur la table parce qu'ils sont très différents. Il ne me paraît pas injuste que les plus riches payent pour les pauvres. Je parle ici des retraités. Ce débat ne me paraît en tout cas pas injuste. Il ne me paraît pas injuste de dire que finalement, peu importe la façon dont quelqu'un a pu accumuler ses moyens, son capital, y compris parfois par le biais des générations passées, il se les garde parce que c'est la sphère privée qui est privilégiée, et la puissance publique doit mobiliser. D'abord, elle n'y arrivera pas. Comme vous l'avez dit, elle sera lâche. Le politique sera accusé. On le virera, au besoin. La démocratie fonctionnera et rien ne se passera. Je pense donc qu'il faut poser la question de la mutualisation des moyens. Il ne s'agit pas que des retraités. J'ai pris soin de parler des familles. Les retraités, la famille, comment l'espace public autour des retraités mutualise-t-il ses moyens pour faire avancer la cause publique ?

Je terminerai en donnant un tout petit exemple venu de l'Essonne, celui de la lutte contre les maladies rares. La puissance publique ne voulait pas mettre en œuvre la lutte contre les maladies rares, car cela coûtait trop cher pour peu de gens. Ce n'était pas rentable. En Essonne, un groupe de personnes a trouvé cela exaspérant et a fondé une association. Elle s'est appelée « l'Association française contre les myopathies (AFM) ». C'était un peu avant les années 2000. Elles se sont mobilisées en se disant, puisque la puissance publique ne mobilise pas d'argent, créons les conditions pour avoir des gens intéressés. Cela s'est appelé le Téléthon. À partir du Téléthon, 100 millions d'euros par an décidés par les personnes concernées, celles en situation de handicap ou qui ont un enfant dans ce cas, la France s'est mise en situation d'investir sur le séquençage de l'ADN. Ensuite, la puissance publique a tout de même eu un peu honte. Elle s'est dit qu'elle fera un centre de grand séquençage. Cette association s'est alors dit, puisque nous avons compris comment fonctionnait l'ADN, nous allons regarder le lien existant entre l'organisation atomique et la fonctionnalité, c'est-à-dire pourquoi telle personne a un nez ainsi fait et telle personne un autre, par exemple. Du génotypage a été fait. Au bout de cinq à sept ans, la puissance publique s'est lancée dans un centre à cet effet. Aujourd'hui, l'AFM ayant compris comment cela marche, comprenant les fonctionnalités et donc les dysfonctionnements, s'est réorientée vers l'objectif de guérir, par la thérapie génique, la thérapie cellulaire. Et on crée un centre de thérapie génique et cellulaire.

Je veux dire par cet exemple que l'espace public ne renvoie pas uniquement à la faute du

politique, ou à la faute mise sur des concepts vagues. C'est un ensemble de gens qui, dans une action publique donnée, est capable de se mobiliser. Pour le cas des personnes âgées, et il en va de même en englobant ceux en situation de handicap, je crois que c'est cette réflexion qui doit nous permettre non plus de nous plaindre et de porter la faute sur les autres, mais de nous retrousser les manches et de nous investir collectivement. L'exemple que j'ai donné me semble particulièrement significatif pour illustrer la capacité des individus à faire plus que l'action publique, les politiques, non pas parce que ceux-ci seraient des méchants ou du mauvais bord politique, mais parce que cela s'appelle tout simplement « la démocratie ». La démocratie, ce sont des gens qui mettent des bouts de papier dans une boîte pour dire ce que l'on fait. Ce n'est pas simplement bien ou mal. C'est une majorité de gens qui s'exprime. Il faut dépasser cet égoïsme collectif, pardonnez-moi cette expression, pour faire ressortir l'humanisme présent dans chaque individu.

Alain LECERF

Je partage cette remarque. L'État, c'est nous. Si dans quelques années, les 30 % de la population française qui aura plus de 60 ans se prennent en charge pour exiger des choses, je crois que les choses changeront. L'État, c'est nous. À nous d'initier des actions citoyennes.

Impact du vieillissement **(Schéma régional des formations sanitaires et sociales et** **étude « vieillissement et silver économie »)**

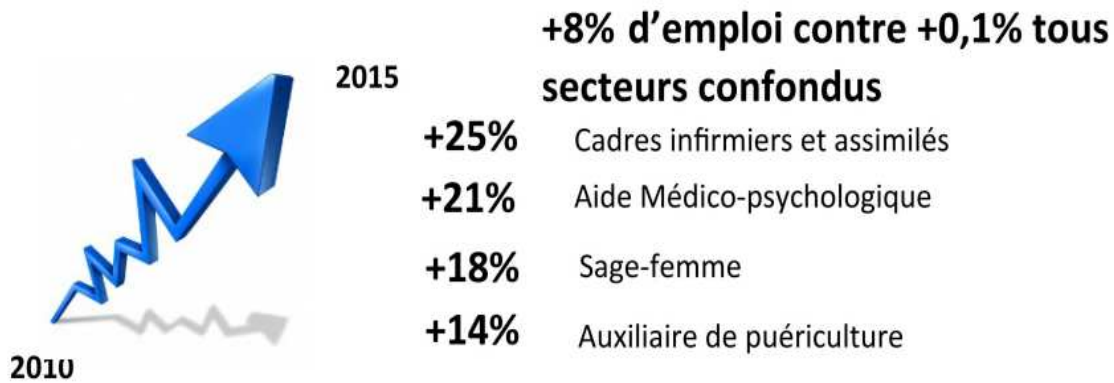
Olivier LERAY, Région Île-de-France

Je travaille à la Direction des formations sanitaires et sociales à la Région Île-de-France. Je vous présenterai le schéma régional et les compétences régionales. En effet, les régions ont des compétences sur ce secteur en matière de formation. Nous devons d'élaborer et piloter un schéma régional. Chacun a ses cibles. Pour nous, il s'agit du SRFSS pour Schéma Régional des Formations Sanitaires et Sociales. Nous avons une compétence sur le pilotage de l'offre de formation. Cela signifie que sur le périmètre de 29 diplômes d'État relevant des ministères des Affaires sociales et de la Santé, dans lesquels nous avons par exemple les infirmiers, les aides-soignants et de nombreux autres diplômes d'État, c'est nous qui autorisons les ouvertures de places, les lieux dans lesquels elles se déroulent et le volume pour lequel elles doivent se dérouler. Ceci est vrai partout en Île-de-France, que ce soit dans le sanitaire ou dans le social. Nous pilotons à ce titre la carte des formations, quels que soient ensuite les financements de ces formations. Nous finançons des centres de formation en formation initiale et pour des demandeurs d'emploi et nous gérons les aides aux étudiants, les bourses notamment. Voilà la compétence de toutes les régions.

Pour l'Île-de-France, le budget en fonctionnement est d'environ 200 millions d'euros par an. Il y a les diplômes d'État que j'évoquais. Cela représente en 2017 un effectif total, en formation, en stock, d'environ 43 000 personnes. Dans ces 43 000, nous avons des apprentis, des salariés en formation, des demandeurs d'emploi, des personnes en formation initiale, tous statuts confondus en formation. Parmi ces diplômes, les plus importants concernent la formation d'infirmiers. C'est la première formation paramédicale. Ils sont un peu plus de 16 500 étudiants. La deuxième formation est celle d'aide-soignant, avec presque 4 300 en 2017. Ces deux formations sont bien sûr très concernées par le vieillissement. C'est globalement le cadre où travailleront ces personnes, quand elles sont en formation. Nous avons ensuite d'autres diplômes que vous pouvez connaître, parmi lesquels celui d'éducateur personnalisé, l'accompagnement éducatif et social et d'autres. Tout ceci représente un flux sortant d'environ 19 000 par an. L'année 2018 a été un peu particulière. En effet, la formation Masseur-Kiné (MK) n'a pas donné lieu à des diplômés, car elle est passée de 3 à 4 ans avec la réforme de la réingénierie et de l'universalisation des formations. Il sera donc encore plus difficile de trouver des professionnels cette année en masseur-kiné, notamment en établissement, car il s'agit vraiment d'une forte pénurie. L'Île-de-France comporte 168 centres de formation sur près de 200 sites.

Ajoutons quelques données sur l'emploi et les évolutions récentes dans ce secteur, à partir des données du recensement traitées par les collègues de Défi-Métiers qui s'exprimeront tout à l'heure pour vous présenter l'étude vieillissement. L'emploi sur le secteur sanitaire et social représente environ 5,1 % de l'emploi total en Île-de-France, pour environ 278 000 personnes. Il y en avait 257 000 en 2010. L'emploi est donc vraiment en hausse. 26 % de ces personnes sont des infirmiers et 20 % des aides-soignants. Il y a eu une augmentation de 8 % de 2010 à 2015, ce qui est très important. Dans le même temps, l'emploi francilien n'a augmenté que de 0,1 %.

Le détail des différentes hausses, principalement sur les cadres infirmiers, les aides médico-psychologiques, les sages-femmes et les auxiliaires de puériculture est indiqué sur le schéma ci-dessous. Je ne sais pas s'il existe un autre secteur où l'emploi aurait autant augmenté sur cette période.



Notre secteur en formation est en très forte évolution sur différents aspects. Sur le travail social, je vous épargne le détail de la mécanique, mais le fait que nous décidions aujourd'hui où et quand s'ouvrent les formations était auparavant traité par la Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale (DRJSCS). Ces diplômes du social sur le niveau 3 sont réingéniérés et universitarisés. Comprenez par cela que leurs programmes sont revus et que les universités sont mises dans la boucle, ce qui n'est pas simple. Sur le sanitaire, l'universitarisation s'accroît également. Vous le savez si vous êtes parent, la mise en place de Parcoursup change totalement le mode de sélection et d'entrée dans ces formations. Il y a donc beaucoup plus de liens avec les universités et le ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche sur ces formations.

Enfin, nous avons aussi la question de la mise en œuvre des groupements hospitaliers de territoire. Par exemple, les centres de formation d'infirmiers sont presque tous rattachés à un hôpital. Ils l'ont été, car c'est là que se recrutaient ces professionnels, même si ce sera beaucoup moins le cas dans les années à venir.

Enfin, très récemment, nous en arrivons à des questions d'attractivité des formations plutôt que des métiers. Je vais développer ce « très récemment ». Sur les secteurs comme le vieillissement, mais aussi la psychiatrie, nous savions avoir des problèmes d'attractivité, mais sur des formations, c'est beaucoup plus récent. Depuis deux ou trois ans, des formations comme celle d'aide-soignant ne se remplissent plus, alors que nous avions énormément rempli les places auparavant. Celle d'infirmier remplit moins en première année. Cela devient tendanciel. Comme M. Lecerf en parlait ce matin, il y a une actualité hospitalière chargée en termes d'image. Je ne pense pas que cela améliore tout cela. Le contexte est donc complexe.

Nous avons fait adopter notre schéma en décembre 2016. Nous avons travaillé sur des données 2014 et 2015. Nous n'avons alors pas ces baisses d'effectifs dans ces formations. Elles sont vraiment très récentes.

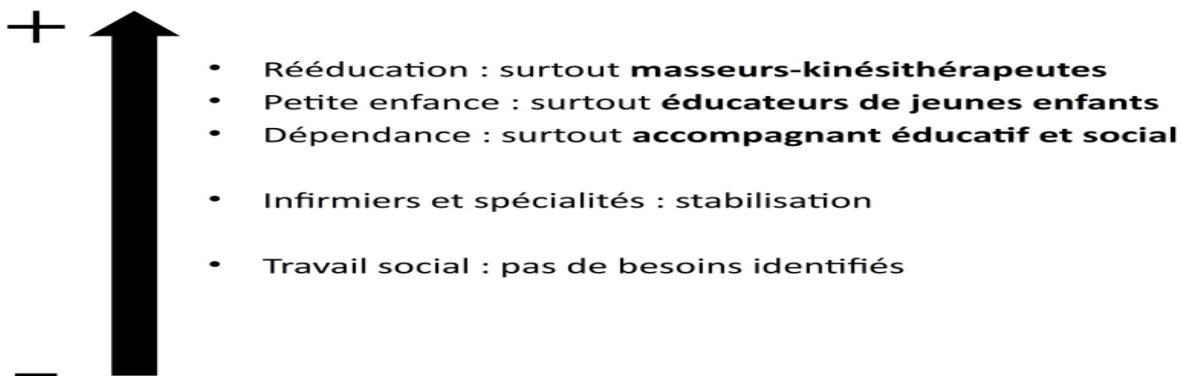
Les 4 axes, assez classiques, de notre schéma sont :

- connaître et faire connaître les métiers et formations ;
- ajuster l'offre des formations et des besoins d'emploi au territoire ;
- améliorer la gestion, développer la qualité de la recherche dans les centres de formation ;
- soutenir les publics en formation.

Nous les trouvons à peu près dans tous les schémas, mais ils sont très structurants pour nous.

Avec les connaissances d'il y a trois ans, nous avons aussi dans ce schéma des préconisations d'évolution de la carte des formations à partir des données existantes. Celles-ci sont pour la plupart, sinon pour toutes, issues d'études partagées que nous menons avec notre collaborateur prestataire. Il s'appelle Défi Métiers, il se présentera tout à l'heure à travers Guillaume Chuvin et Mathieu Le Floch, leurs représentants ici. Il y a des Centres d'Animation, de Recherche et d'Information sur la Formation (CARIF) - Observatoires Régionaux de l'Emploi et de la Formation (OREF) dans toutes les régions, financés par la Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi (DIRECCTE), d'un côté, et, de l'autre, préfecture et région, pour faire des études emplois formations sectorielles. Nous en faisons depuis sept ou huit ans sur notre secteur sanitaire et social. Nous en avons fait sur la petite enfance, ou encore sur la rééducation. Concernant le vieillissement, c'était intéressant. Nous avons régulièrement des données démographiques provenant des formations, et nous les avons relevées.

Les besoins sont déclinés sur le schéma ci-dessous.



Sur le travail social, ces préconisations sont faites à partir d'un état de places autorisées au moment où elles sont faites. L'indication « travail social : pas de besoins identifiés », signifie qu'il n'y a pas besoin de places supplémentaires. Cela ne signifie pas que toutes ces places soient remplies, c'est important de le relever. Il n'y avait donc pas de besoins identifiés, de même que pour les infirmiers où il est mentionné « stabilisation ». Pour la dépendance, nous savons qu'il y aurait de l'emploi puisque la population vieillit. C'était également le cas sur la petite enfance et la rééducation. C'est aujourd'hui toujours le cas. Sur le vieillissement toutefois, nous n'avons pas réussi à faire une étude complète. Nous avons les formations très précises, mais les gens formés dans ces formations peuvent aller travailler dans de nombreux secteurs. Il est difficile d'isoler le vieillissement. Pour la petite enfance a contrario, nous savons que les auxiliaires de puériculture travailleront très majoritairement dans les crèches.

Nous nous disions qu'il y avait aussi quelque chose de nouveau dans ce secteur qui était en mesure d'impacter les métiers, les gérontechnologies. C'est pourquoi nous avons commandé cette étude à Défi Métiers. Elle a été élaborée avec tous les partenaires connus et importants pour nous dans ce type d'exercice, avec l'ARS, la DRJSCS, mais aussi GEROND'IF, le gérontopôle francilien hébergé à l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), les Organismes Paritaires Collecteurs agréés (OPCA) du secteur, et bien évidemment les conseils départementaux.

Nous essayons à chaque fois de réunir un maximum de partenaires concernés.

Les formations principales concernées dans cette étude sont :

aide soignant (1 an) : 3 605 places à l'entrée, effectif de 4 296

Infirmier (3 ans) : 5 947 places à l'entrée, effectif de 16 658,

Psychomotricien (3 ans) : 390 places à l'entrée, effectif de 1 291,

Ergothérapeute (3 ans) : 210 (+30 en 2018) places à l'entrée, effectif de 511,

cadre infirmier (1 an) : 475 places à l'entrée, effectif de 332.

Les données indiquées sont régionales. Cela ne signifie pas que sur les 3 605 places à l'entrée d'aides-soignants, les 4 296 personnes qui les occupent, la différence se justifiant par des parcours partiels, iront travailler dans le vieillissement. Cela donne tout de même des idées et des ordres de grandeur. Pour les infirmiers, nous sommes à près de 6 000 places. C'est sur trois ans. Nous nous y retrouvons à peu près. Quant aux classes suivantes, nous nous rendons compte que les effectifs sont bien moindres. Malgré tout, ces effectifs ont déjà énormément augmenté sur les dix années précédentes.

Voilà qui vous donne un peu le contexte des formations. Avant de passer la parole aux prochains intervenants, je vous donne les trois objectifs de cadrage commandés à Défi Métiers. Nous voulions voir si nos préconisations du schéma étaient toujours valables ou si nous pouvions mieux les quantifier. Nous avons toujours besoin de ce type d'études aussi pour nous en servir dans les informations, pour mieux orienter. Nous avons eu une compétence très récemment sur l'orientation, l'orientation qui est de toute façon un sujet central dans tout secteur de formation. C'est particulièrement le cas pour le nôtre. Les formations dont nous parlons, infirmier notamment, se font très majoritairement en formation initiale. Le secteur mélange tous les statuts de formation comme je l'ai dit, mais c'est un appareil de formation où ces diplômes d'État se font à minima en un an. Ce ne sont pas des formations courtes. Il s'agit de formations qui mènent à un emploi, et il faut une qualification minimale. Ce sont des formations diplômantes.

Le troisième objectif, spécifique à cette étude que nous n'avons jamais effectuée, était d'essayer d'estimer la transformation des métiers du fait de l'impact des nouvelles technologies. Je parle de celles que nous appelons gérontechnologies. Il s'agissait de savoir si nous devions équiper nos centres de formation. Est-ce que cela correspond à une demande, par exemple d'équipements ? Ces équipements peuvent être très chers. Il faut voir si cela a un intérêt immédiat pour nous.

Ceci étant dit, je passe la parole à Guillaume Chuvin et Mathieu Le Floch.

Guillaume CHUVIN, Défi Métiers

Nous allons donc vous présenter l'étude sur l'impact du vieillissement de la population et du développement de la Silver Économie sur les professionnels du sanitaire et du social en Île-de-France. Cette étude est longue et dense. Nous n'aurons pas le temps de dire tout ce que nous souhaiterions en dire. Par conséquent, n'hésitez pas à nous poser des questions complémentaires.

Nous commencerons par présenter le périmètre de l'étude et sa méthodologie. Nous parlerons ensuite du point spécifique souligné par Olivier Leray, l'introduction des gérontechnologies dans ce champ. Nous présenterons ensuite deux autres points importants de l'étude, les projections sur les besoins en emplois et en formations dans le secteur.

Sur son volet quantitatif, l'étude a une approche sectorielle. Sa délimitation s'est faite au regard du public bénéficiant des différents services. C'est pourquoi nous avons choisi de ne garder que des secteurs d'activité qui concernent uniquement les personnes âgées, comme les Ehpad ou les résidences autonomes, soit presque exclusivement les personnes âgées, comme l'aide à domicile ou les accueils de jour. Au sein de ces secteurs, nous avons retenu les métiers avec des professionnels diplômés d'État ou susceptibles de le devenir par la suite. D'autres secteurs d'activité et d'autres structures ont été interrogés de manière plus qualitative lors de nombreux entretiens réalisés auprès des partenaires cités précédemment, mais également lors d'une trentaine d'entretiens individuels auprès de professionnels et d'employeurs du secteur ainsi que d'organismes de formation. Par exemple, au sein du secteur hospitalier, les Unités de Soins Longue Durée (USLD) où les personnes âgées ne représentent qu'une partie des personnes prises en charge, n'ont pas été prises en compte quantitativement, mais leurs problématiques ont bien été intégrées dans le rapport d'une manière qualitative.

Les différents entretiens et la revue des littératures précédentes nous ont permis de mettre en lumière les différentes dynamiques qui ont traversé ce secteur, secteur avec de fortes problématiques et amené à connaître de fortes mutations. Il a fallu en faire un état des lieux, ainsi qu'une analyse des différentes dynamiques et des mutations que cela allait amener, afin de mesurer l'impact sur les métiers et de facto sur les formations. Certaines de ces dimensions auraient également pu être prises en compte d'un point de vue quantitatif. Je pense notamment aux dynamiques démographiques, aux dynamiques législatives et dans une moindre mesure aux dynamiques économiques. Nous vous présenterons par la suite ces projections.

Pour le moment, attardons-nous sur une dynamique particulière, l'émergence des gérontechnologies. Pour les étudier, il fallait commencer par en déterminer le périmètre. Nous sommes partis d'une définition de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) qui en parle comme d'outils technologiques qui peuvent jouer un rôle dans les soins, le soutien à l'économie ou le développement du lien social des personnes âgées à domicile ou en établissement. Pour les besoins de l'étude, nous avons décidé d'intégrer également les technologies à destination des professionnels qui peuvent faciliter la prise en charge des personnes âgées. Je pense par exemple aux exosquelettes, certes encore lointains, ou aux outils de coordination. Il existe également des outils innovants et facilitant le développement de la formation, comme les mannequins connectés ou les casques de réalité augmentée. Enfin, la phase qualitative nous a aussi permis de prendre en compte un autre genre d'outil. Ce sont les équipements plus techniques que technologiques, comme des lève-malades ou des rails de transfert. Nous ne les avons pas initialement intégrés dans notre champ, mais ils sont revenus de manière si récurrente dans nos entretiens que nous avons décidé de les intégrer afin de retranscrire la perception des acteurs du secteur de ce que sont les gérontechnologies, et surtout de ce qu'ils en attendent.

L'étude porte également sur d'autres outils qui n'ont pas comme unique destination la prise en charge des personnes âgées. Parmi ceux-ci, citons les logiciels de gestion de planning. Ces outils sont très utilisés et appréciés dans le secteur. Il faudra donc faire avec eux également. L'intégration des gérontechnologies dans le champ de l'étude est inégale, selon les gérontechnologies elles-mêmes, mais également selon le type de structure et d'activité.

En structure par exemple, et notamment en Ehpad, il y a une utilisation très fréquente des aides techniques et des supports numériques que représentent les tablettes. Elles peuvent être mobilisées pour des applications à visée sociale, comme Famileo, cognitive ou thérapeutique avec des logiciels comme Music Care pour la thérapie non médicamenteuse. Ces outils sont très appréciés pour des raisons de facilité d'utilisation d'une part, mais aussi de prix. A contrario,

tous les équipements relatifs à la robotique comme les petits robots sociaux pour l'éducation seront bien moins présents. Cela tient évidemment à des raisons de coûts, mais également à une question de valeur ajoutée jugée trop faible par rapport au coût. La domotique est également faiblement présente, pour des raisons de coûts, mais aussi d'éthique, notamment pour toutes les technologies que nous qualifierons de « technologies de surveillance ».

La problématique ne sera pas la même à domicile. Il y aura un équipement technologique plus faible, en raison de différents freins. Nous retrouverons celui du reste à charge, plus important dans la mesure où il ne sera pas mutualisé comme dans les structures. L'inadaptation des logements aux aides techniques ainsi qu'à la domotique est un autre frein majeur. Enfin, nous verrons ressurgir la question de l'éthique et de la vie privée, avec la question du consentement des personnes âgées. C'est pourtant à domicile que les professionnels auront peut-être le plus à intégrer les technologies dans leur travail. Nous pouvons principalement citer les technologies de coordination, avec des applications de gestion de planning par exemple ou l'utilisation d'un cahier de liaison dématérialisé. Celui-ci permettra à tous les professionnels d'être en contact et de mutualiser l'information pour tous, incluant la famille de la personne aidée. Ces professionnels devront également apprendre à se familiariser avec les différentes technologies qu'ils seront susceptibles de rencontrer chez les personnes âgées, et éventuellement utiliser dans une moindre mesure.

Les gérontechnologies provoquent assez peu de craintes quant au volume d'emploi, crainte qu'on peut retrouver dans beaucoup de secteurs lors de l'émergence de nouvelles technologies. Cela tient au caractère social, psychologique et humain des métiers concernés, où les technologies ne peuvent pas ou que très difficilement remplacer les humains. Les gérontechnologies sont davantage vues comme des supports à l'activité ou des facilitatrices, améliorant les conditions de travail. Dans la mesure où l'impact sur les métiers sera faible, les besoins en compétence des professionnels seront donc également limités pour la plupart. Il faudra, comme évoqué précédemment, un premier niveau de connaissance, de compétences numériques et technologiques, afin de pouvoir utiliser les différentes technologies relativement « basiques » auxquelles ces professionnels auront affaire. Cela passerait par une acculturation numérique, notamment pour certains professionnels sociologiquement plus éloignés du numérique. Cette question se pose aussi pour les personnes âgées qui peuvent être éloignées du numérique et auraient à utiliser de tels outils.

Les professionnels qui auront a contrario à intégrer les technologies dans leurs formations et leurs métiers sont ceux de la rééducation, que ce soit pour l'évaluation des besoins, pour l'adaptation du logement, pour la prescription d'aides techniques ou encore pour la rééducation en elle-même. D'après les organismes de formation rencontrés cependant, ces professionnels semblent avoir beaucoup d'appétence pour ces technologies. Cela pourra vraiment faciliter l'émergence d'activités avec des supports technologiques pour ces métiers.

La plupart des activités avec un niveau technologique plus complexe sera réalisée par d'autres types de professionnels que ceux du sanitaire et social. Ce seront soit des professionnels prestataires, soit des professionnels en interne, en back-office. Ces activités sont relatives à l'installation et à la maintenance de la domotique, et au conseil évidemment lié à cela, à la gestion des données, à la cybersécurité ou encore à la télésurveillance.

Le développement des gérontechnologies dans le secteur est donc réel, mais il est encore relativement faible et ce n'est pas la question au cœur des problématiques pour la plupart des acteurs du secteur. Ceux-ci estiment que le secteur connaît d'autres défis auxquels il faudra répondre au préalable.

Mathieu LE FLOCH, Défi Métiers

Dans le cadre de cette étude, nous avons réalisé des projections des besoins en emploi. Pour ce faire, nous sommes partis des effectifs en emplois dans le recensement de la population 2015, pour une partie des chiffres. Au sein d'un groupe de travail qui a réuni un certain nombre d'acteurs du secteur, d'institutionnels et de professionnels, nous avons réfléchi aux indicateurs les plus pertinents pour réaliser ces projections.

Plusieurs facteurs sont à prendre en compte pour réaliser les projections des besoins en emploi, comme vous l'indique le tableau ci-dessous :

Projections 2015-2030	Scenario bas	Scenario central	Scenario haut
Bénéficiaires de l'APA		+29%	
APA à domicile		+39%	
APA en établissement		+13%	
Ratio d'encadrement structure	+ 3 points (0,66)	+ 7 points (0,7)	+13 points (0,76)
Ratio d'encadrement domicile	- 2 points (0,22)	+ 2 points (0,26)	+ 4 points (0,28)
Médicalisation des effectifs en structure	+10% de la part des paramédicaux (AS, IDE, rééducateurs)	+15% de la part des paramédicaux	+ 25% de la part des paramédicaux
Médicalisation des effectifs à domicile	Stagnation de la répartition	+ 100% d'AS, + 50% d'IDE, + 33% de rééducateurs	+ 100% d'AS, + 50% d'IDE, + 33% de rééducateurs
Âge de départ à la retraite	63 ans		
Evolution des effectifs en emploi sur les métiers retenus	+ 28%	+ 41%	+ 56%

Premièrement, il y a l'évolution de la demande d'accompagnement. Nous sommes partis de l'hypothèse qu'elle se basait essentiellement sur l'évolution du nombre de personnes âgées dépendantes. Pour mesurer cette évolution, nous sommes partis du rapport que nous avions à disposition. Il s'agissait du rapport de l'IAU et de l'ORS sur l'évolution du nombre de bénéficiaires de l'APA, rapport dont il a été question ce matin. Dans cette évolution des bénéficiaires de l'APA, nous avons dû distinguer ceux à domicile de ceux en établissement. Les professions concernées par le domicile et l'établissement ne sont en effet pas les mêmes. Nous avons donc distingué les deux évolutions. Sur les différents rapports auxquels nous nous sommes référés, cette idée d'évolution est différente. C'était le cas selon que nous nous référions à des rapports de l'Insee ou à celui de l'IAU. Ce dernier partait sur l'hypothèse de départ que le rapport entre le domicile et l'établissement restait constant. L'Insee tablait sur une évolution beaucoup plus favorable au domicile.

Suite aux discussions en groupes de travail et aux différents entretiens avec des professionnels du secteur, nous avons donné une évolution plus favorable au domicile qu'à l'établissement. Cela aura également un impact sur l'évolution des emplois. Pour faire court, les emplois à domicile concernent plutôt les personnes de type aides à domicile, alors qu'en établissement, nous trouverons plus d'aides-soignants ou d'infirmiers.

Nous avons ensuite fait évoluer les taux d'encadrement. Nous en parlions précédemment, il s'agit du nombre de personnels travaillant auprès des personnes âgées. Nous avons pris le taux d'encadrement moyen de 0,63. C'est la moyenne nationale en Ehpad. Nous avons pris 0,24 pour

le domicile. Ces taux moyens peuvent se retrouver dans les études de la Drees ou de la CNSA. Nous avons opté pour différents scénarios. Nous avons un scénario bas, un moyen et un haut. Dans le scénario haut, compte tenu des différentes dynamiques observées, nous essayions d'atteindre non pas le taux d'encadrement mentionné dans le rapport Libault que nous avons trouvé un peu optimiste, mais celui que nous pouvons observer dans les Ehpad publics non hospitaliers, c'est-à-dire là où le taux est le plus haut. Il est d'environ 0,7, voire un peu plus.

Pour ce qui est de la composition des équipes, nous avons mis en avant un renforcement en infirmiers et aides-soignants, dans l'optique de répondre à l'augmentation du nombre de personnes âgées très dépendantes. Cette augmentation impacterait très fortement les Ehpad, mais aussi le domicile.

Nous avons également pris en compte les départs à la retraite. Pour estimer le départ à la retraite des personnels du social et du sanitaire actuellement en emploi, nous avons pris l'âge moyen constaté en 2017 de 63 ans, qui au demeurant peut être discuté.

Nous avons pris l'augmentation du nombre de bénéficiaires de l'APA qui est le scénario central du rapport de l'IAU, soit 29 % d'augmentation, en distinguant domicile et établissement et en intégrant dans le domicile tout ce qui est accueil de jour. Nous partons de l'hypothèse que son développement serait le même que celui du domicile, l'accueil de jour accueillant des gens qui restent à domicile. En établissement, malgré le fait qu'il n'y ait pour l'instant pas de projet immédiat de développement de places en Ehpad, l'augmentation du nombre de personnes âgées fait que jusqu'à 2030, des besoins se feront forcément sentir en la matière. Il y aura donc forcément un accroissement du nombre de places, et donc des besoins en emplois aussi.

Nous avons fait varier l'ensemble de ces critères sur nos scénarios. Cela a eu pour effet d'avoir des évolutions différentes selon le type de professionnel concerné. Comme vous le montre le tableau ci-dessous, si le nombre de bénéficiaires de l'APA augmentait de 29 % sur la période

		Effectifs 2015	Création nette de postes 2015- 2030	Départs à la retraite 2015- 2030	Poste à pourvoir 2015-2030
Aides à domicile	+43%	31 816	13 523	12 852	26 375
Aides-soignants	+57%	11 215	6 395	3 636	10 032
AMP	+22%	2 117	471	563	1 034
ASH	+14%	7 996	1 112	3 175	4 287
Cadres infirmiers	+30%	804	245	206	451
Infirmiers	+54%	3 505	1 876	1 188	3 064
Psychomotriciens / ergoth	+72%	567	408	82	490
Total		58 020	24 030	21 702	45 733

2015-2030, nous aurions une augmentation plus importante des besoins en aides à domicile, en aides-soignants, en aides médico-psychologiques, en cadres infirmiers, en infirmiers, en psychomotriciens et ergothérapeutes. Il y a non seulement le besoin qui accompagne l'augmentation des personnes âgées, mais aussi les départs à la retraite. Il y a également ce besoin exprimé d'avoir plus de personnels auprès des personnes âgées. Tout ceci pris en compte, nous avons une augmentation très importante sur la période 2015 – 2030 des besoins en emploi. Cela ne signifie pas que tous ces besoins seront comblés, qu'il n'y aura pas de manque, mais c'est ce que nous pouvons chiffrer selon nos scénarios et hypothèses.

L'autre demande était de voir par rapport à ces besoins en emploi les besoins en formation qui pourraient être mis en regard. Cet exercice est assez compliqué. Il manque en effet la donnée

importante qu'est l'orientation des élèves après obtention de leurs diplômes, c'est-à-dire une étude d'insertion de ces diplômés. Nous sommes partis des effectifs de diplômés en 2018 et nous nous sommes demandés comment chiffrer cette insertion dans le secteur.

Nous avons pris l'hypothèse que leur insertion devrait être proche du poids du secteur pour ses différents emplois. Disons par exemple que 8 % des infirmiers travaillent dans le secteur des personnes âgées. Nous avons alors pris que 8 % des diplômés se retrouveraient dans ce secteur chaque année. Cela permet d'avoir des éléments de réflexion, mais il faut garder en tête cette hypothèse pour pouvoir la discuter par la suite. Nous pourrions aussi imaginer que le secteur des personnes âgées, de par son dynamisme et du fait que d'autres secteurs seront moins attractifs, comme le secteur hospitalier qui embauche moins les jeunes diplômés, amènerait plus d'infirmiers à aller vers ce secteur. Cela permet d'avoir des chiffres en tête pour comparer les besoins en emploi avec le nombre de diplômés qui iraient dans ce secteur, permettre un élément de comparaison et réaliser ce différentiel entre les besoins en emploi et le nombre de diplômés produits chaque année, et d'analyser ce différentiel en gardant en tête les limites de l'exercice.

Voyons, dans le tableau ci-dessous, quelques résultats basés sur le scénario central. Prenons les aides à domicile. Le nombre de diplômés est de 667 en 2018. Le poids du secteur est de 53 %. Il devrait donc y avoir 353 diplômés qui iraient dans ce secteur. Or les besoins en emplois pour les aides à domicile seraient de 1 758 personnes par an sur quinze ans. La différence paraît ainsi énorme. Nous savons cependant que seul 30 % des aides à domicile sont diplômées du diplôme d'accompagnant éducatif et social (AES) spécialité « Accompagnement de la vie à domicile » ou d'auxiliaire de vie sociale (AVS). Cela nous ramène à un chiffre beaucoup plus bas de besoins en formation. D'autre part, le domicile est le débouché principal a priori de ces diplômés. Nous devrions donc être sur des besoins importants, mais moindres que ce qui pourrait sembler en lisant simplement les chiffres de manière brute.

De la même façon, pour les aides médico-psychologique (AMP), les infirmiers ou les psychomotriciens, le nombre de diplômés serait supérieur aux besoins.

Métiers (Nomenclature du recensement de l'Insee)	Diplômes en lien avec les métiers	Nombre de diplômés 2018	Poids du secteur/actifs	Répartition théorique des diplômés dans le secteur en 2018 suivant le poids du secteur	Scénario central	
					Besoin en emploi sur la période 2015-2030	Effectif à intégrer dans le secteur par an sur 15 ans
Aides à domicile	AVS (AES à domicile)	667	53%	353	26 375	1 758
AMP	AMP (AES en structure)	1 185	30%	355	1 034	69
AS	AS	3 549	20%	710	10 032	669
Cadre infirmier	Cadre de santé	432	8%	26	655	44
Infirmier	Infirmier	4 978	5%	249	3 064	204
Professionnel de la rééducation	Psychomotricien	432	3%	13	490	13
	Ergothérapeutes	157		5		20

Pour ce qui est des aides-soignants, nous sommes finalement proches des besoins en emplois par année.

Pour les AES à domicile, nous avons vu que ce serait insuffisant pour tous les scénarios, mais nous avons tout de même un questionnement. L'option à domicile est très peu choisie dans ce nouveau diplôme d'AES qui fusionne les diplômes d'AVS et d'AMP. Ce qui pose question sur son avenir. Cela pose aussi la question de la place des autres titres permettant de travailler à domicile, ainsi que des positions des employeurs concernant ces diplômes.

Pour ce qui est des AES en structure, donc des anciens AMP, nous voyons que les places sont suffisantes. Ce n'est pas un débouché très important pour les AMP. Nous savons cependant que, par ailleurs, avec l'augmentation du nombre de personnes handicapées vieillissantes, cette place devrait être importante dans les années à venir.

Pour ce qui est des aides-soignants, nous avons un « warning » important. Je vous disais tout à l'heure que nous avons pris en compte les départs à la retraite, mais que nous n'avons aucun élément pour prendre en compte le fort turnover existant chez les aides-soignants. Ce fort turnover pourrait nous faire fortement sous-estimer les besoins en emploi. Cela a été souligné par Olivier Leray, il y a aussi une baisse d'attractivité qui peut se ressentir en ce moment. Cela pourrait faire augmenter les tensions, si cette baisse d'attractivité de la formation se perpétuait.

Pour ce qui est des infirmiers, cela semble suffisant, car nous sommes sur de petits effectifs en emploi par rapport au nombre de formés.

À l'exception de quelques diplômes, qui représentent des volumes importants, le principal problème reste l'attractivité du secteur pour tous ces diplômés, du fait des conditions de travail ou encore des montants de rémunérations. Il s'agit de permettre au secteur d'attirer les nouvellement formés.

Les besoins d'emplois à domicile à l'horizon 2040

Véronique LAGANDRÉ, Observatoire des emplois de la famille

Je suis responsable des études à l'Observatoire des emplois de la famille qui dépend de la Fédération des Particuliers Employeurs (FEPPEM). Cette association représente les particuliers qui emploient à leur domicile un salarié. Elle contribue à structurer le secteur depuis longtemps. Nous avons fêté les 70 ans de la Fepem l'année dernière.

Je commencerai par vous présenter le champ d'études, puisqu'il est assez particulier. Il s'agit d'une partie de ce que nous avons pu voir aujourd'hui. Je vous présenterai ensuite les résultats de travaux que nous avons menés quant aux besoins en emploi à l'horizon 2040. Cela fera probablement écho aux interventions précédentes.

Pour être brève, l'Observatoire des emplois de la famille a dix ans d'existence. Il a été créé par la Fepem pour produire des études. Nous avons trois missions principales, réaliser des études et des recherches sur le secteur de l'emploi à domicile afin de comprendre les enjeux et d'anticiper les évolutions. Nous nous appuyons sur un comité scientifique auprès duquel nous soumettons les différents travaux. Il y siège des personnes de la Drees, de la Caisse Nationale des Allocations Familiales (CNAF), des sociologues et beaucoup de chercheurs. Nous avons également des conventions d'échange de données avec l'Agence Centrale des Organismes de Sécurité Sociale (ACOSS) notamment, afin de pouvoir accéder aux données administratives et réaliser nos différents travaux. Nous réalisons également une veille économique, juridique et fiscale, et nous évaluons l'impact des politiques publiques. J'en dirai un mot, mais notez déjà que celles-ci ont un impact très fort sur notre secteur des particuliers employeurs.

Le champ d'étude un peu spécifique se nomme le secteur des particuliers employeurs et de l'emploi à domicile. Cela recouvre deux branches professionnelles. Il y a d'abord les salariés des particuliers employeurs, qu'il s'agisse d'un particulier qui aura un salarié à domicile, pour des activités de confort comme le ménage ou le jardinage, ou pour des activités d'accompagnement de la dépendance pour les personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie liée à l'âge. Il y a également la branche professionnelle des assistants maternels des particuliers employeurs. Cette branche est un peu spécifique, le travail s'effectuant au sein du domicile de l'assistante maternelle.

Il y a également deux modalités d'emploi. Le particulier employeur peut soit employer un salarié en emploi direct, auquel cas c'est lui qui recrute et procède à toutes les déclarations, soit se faire accompagner par un organisme mandataire. Dans ce cas, c'est la structure mandataire qui fera les démarches administratives et de recrutement d'un salarié. Le troisième mode consistant à recourir à une société prestataire de service n'entre donc pas dans notre champ d'étude. Dans ce cas en effet, c'est la structure prestataire et non le particulier qui reste l'employeur des salariés.

Quelques chiffres au niveau européen, pour vous faire une idée de la taille du secteur. En 2017, il recouvre 7,5 millions d'emplois en équivalent plein temps (EPT), car nous savons que ce sont des emplois qui sont rarement en temps complet.

Au niveau européen, nous devons utiliser la nomenclature d'activité européenne. Nous avons donc deux nomenclatures qui ne recouvrent qu'à peu près notre secteur, la Nomenclature statistique des Activités économiques dans la Communauté Européenne (NACE) 88 et la NACE 97.

Dans les chiffres, c'est dans les pays où nous trouvons une population importante et une structuration importante du secteur que nous trouvons les poids les plus importants des emplois à domicile. Nous y trouvons notamment la France et l'Allemagne.

Au niveau national, nous avons 3,4 millions de particuliers employeurs en 2017 qui emploient 1,4 million de salariés. Cela illustre que nous avons plutôt affaire à des salariés à temps partiel. Nous sommes aussi sur du multi emploi. Un salarié a souvent plusieurs employeurs, que ce soient des particuliers ou des entreprises prestataires. Les salariés peuvent cumuler les deux. Cela représente 1,6 milliard d'heures rémunérées par an, générant une masse salariale de 8,7 milliards d'euros.

Evolution du secteur

Le secteur a connu une croissance assez importante au cours des années 1990 et 2000. Il a initialement été porté par l'instauration de la réduction d'impôt pour l'emploi à domicile en 1991. En 1993 ensuite, il y a eu la simplification des démarches administratives avec la mise en place du chèque emploi service. Nous voyons bien l'impact à la fois sur les particuliers employeurs et sur les salariés des particuliers employeurs. Ajoutons que sur ce secteur, il y avait beaucoup d'emplois non déclarés auparavant. Une partie importante de la hausse provient donc de la déclaration d'emplois non déclarés. Ainsi, les deux tiers de la croissance observée entre 1995 et 2005 s'expliquent par le volume des emplois qui étaient non déclarés auparavant.

Comme beaucoup d'autres, le secteur a été confronté à la fin des années 2000 à la crise économique qui a affecté le pouvoir d'achat des ménages. On accuse déjà un premier repli, à la fois au niveau des effectifs des particuliers employeurs et de leurs salariés. Ce repli s'est accentué au cours des années 2010, avec des dispositifs et des mesures socio-fiscales nettement moins favorables à l'emploi à domicile. Nous pouvons parler d'une atténuation récente de cette baisse, compte tenu aussi de nouvelles mesures socio-fiscales plus favorables. Il y en a notamment eu une en 2017 qui a permis de généraliser le crédit d'impôt pour l'emploi à domicile à tous les ménages, y compris les retraités et les personnes qui ne paient pas d'impôts. Cela a notamment été important pour les personnes en situation de perte d'autonomie que de pouvoir bénéficier de ce crédit d'impôt.

Qui sont les particuliers employeurs en Île-de-France ?

On divise habituellement la population des particuliers employeurs en deux. Nous avons d'un côté les particuliers employeurs qui emploient un salarié pour la garde d'enfants, que ce soit en employant un salarié à son propre domicile ou une assistante maternelle. Une deuxième population regroupe la grande majorité des particuliers employeurs, l'emploi à domicile hors garde d'enfants. Cette seconde population représente 72 % de l'ensemble des particuliers employeurs en Île-de-France. À l'intérieur de cette population de particuliers employeurs, 47 % ont 60 ans ou plus. Ils sont donc âgés, mais pas nécessairement en perte d'autonomie. 45 % dans ces 47 % ont 80 ans ou plus.

Le domicile est aussi le lieu de vie de la majorité des personnes âgées. Il est possible parfois d'oublier que le mode de vie le plus répandu reste le domicile, y compris pour les personnes les plus âgées. Elles sont 94 % des plus de 65 ans au niveau national, et à près de 90 % des Franciliens âgés de 80 ans ou plus. C'est également le souhait de la grande majorité des personnes interrogées. Nous avons fait une étude à la Fepem en 2016. 83 % des personnes interrogées souhaitaient vieillir à domicile. Nous sommes généralement de 80 % à 90 % de personnes souhaitant pouvoir vieillir à notre propre domicile.

Le recours à l'emploi à domicile

Le recours à l'emploi à domicile des ménages augmente avec l'âge. 21 % des ménages de 80 ans ou plus en Île-de-France ont recours à un emploi à domicile contre 11 % de ceux des 60 ans ou plus. 80 ans est aussi l'âge à partir duquel le taux de dépendance augmente rapidement. L'âge moyen des personnes dépendantes étant de 83 ans. Nous le remarquons aussi à travers les chiffres, même si, une fois encore, nous sommes sur l'ensemble de la population âgée et pas uniquement les personnes en perte d'autonomie. Notons que nous ne pouvons pas identifier dans les statistiques administratives s'il s'agit réellement d'un emploi à domicile pour des activités de confort, de ménage, ou pour l'accompagnement à la perte d'autonomie.

Sur la base du nombre d'heures déclarées pour les 80 ans ou plus, où nous sommes à 35 heures mensuelles, cela suppose tout de même environ 8 heures par semaine d'aide. Nous pouvons supposer qu'au sein de cette population, il y en a certains pour lesquels cette aide représente plus que des activités de confort. Il doit s'agir aussi d'aide pour se lever, pour le repas ou pour s'habiller. Pour ce qui concerne les 60 à 79 ans, nous sommes à 23 heures mensuelles déclarées en moyenne en Île-de-France.

Le recours à l'emploi à domicile varie aussi selon les départements de la région. Il est le plus fréquent dans les départements de Paris, des Hauts-de-Seine et des Yvelines, avec des taux de recours des ménages de 80 ans ou plus entre 24 % et 27 %. En Seine-Saint-Denis, dans le Val-d'Oise et le Val-de-Marne, à l'inverse, les taux de recours sont nettement moins fréquents, entre 11 % et 16 %. Les écarts s'expliquent par des niveaux de vie moyens des ménages très différents selon les départements. Il y a également une présence de l'aide de l'entourage plus ou moins forte selon le département. Le taux de recours à une aide de l'entourage est le plus faible dans les départements de Paris, des Hauts-de-Seine et des Yvelines.

Il y a récemment eu une étude de la Drees sur la perte d'autonomie des personnes âgées qui montrait cette différence entre départements. Ce recours à l'aide de l'entourage est beaucoup plus élevé en Seine-Saint-Denis et dans le Val-d'Oise. Ajoutons que l'état de santé et la prévalence des limitations fonctionnelles sont également des facteurs pouvant expliquer les différences de taux de recours entre les départements.

Le recours à l'emploi à domicile par les bénéficiaires de l'APA

En Île-de-France, ils sont à près de 16 000 particuliers employeurs bénéficiant de l'APA à domicile, à avoir recours à l'emploi à domicile, soit 21 % des bénéficiaires de l'APA de la région. Pour ces personnes, le nombre d'heures moyen déclaré est de 62 heures par mois. Nous sommes bien plus élevés que les 35 heures mensuelles des 80 ans ou plus citées précédemment. Le recours à l'emploi à domicile se fait aussi plus fréquemment pour les niveaux de dépendance les plus faibles, des GIR 4 ou des GIR 3. Il est moins fréquent pour les GIR 2 ou GIR 1, mais une petite minorité de personnes est tout de même accompagnée en GIR 1 à leur domicile.

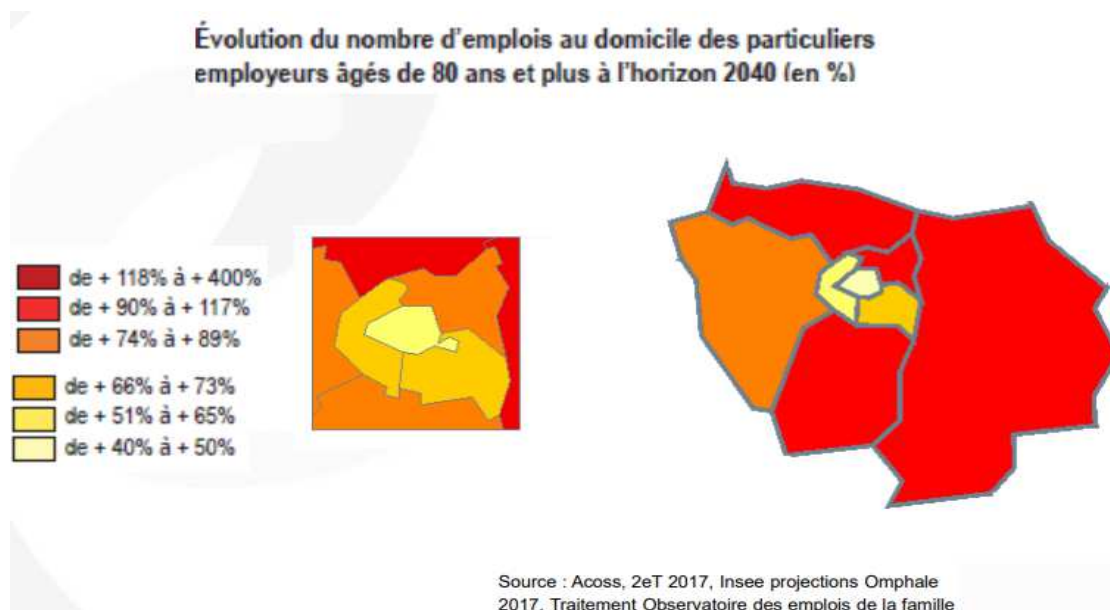
Les écarts entre départements sont toujours présents. En Seine-et-Marne et en Seine-Saint-Denis 8 % et 12 % des bénéficiaires de l'APA à domicile sont des particuliers employeurs bénéficiant de l'APA. A l'inverse, dans les Hauts-de-Seine, Paris et le Val-d'Oise, cette part s'élève aux alentours d'un quart. Le taux pour chacun des autres départements franciliens avoisine les 20 %.

Projections du nombre d'emplois nécessaires pour permettre l'accompagnement des personnes âgées à leur domicile

Nous avons suivi une méthodologie très simple. Nous sommes partis des projections des personnes âgées de 80 ans ou plus à l'horizon 2040 en nous basant sur le scénario central issu de l'outil Omphale 2017. Nous avons estimé un nombre de particuliers employeurs âgés de 80 ans ou plus à l'horizon 2040, en considérant un taux de recours à l'emploi à domicile constant par rapport à 2017, et avec un volume horaire moyen constant également. Cela nous a permis d'estimer un nombre d'heures rémunérées à l'horizon 2040 pour accompagner ces personnes âgées de 80 ans ou plus. Cela nous a aussi permis d'estimer un nombre d'ETP à l'horizon 2040.

Ainsi, sur les besoins de création d'emplois, en 2016, nous avons 76 300 particuliers employeurs âgés de 80 ans ou plus en Île-de-France. Cela représentait 18 100 emplois en ETP. En 2040, nous aurons 132 350 particuliers employeurs âgés de 80 ans ou plus, à taux de recours constant, ce qui représenterait 30 500 emplois en ETP. Il y a donc un besoin de nouveaux emplois d'aides à domicile d'environ 12 000 ETP sur la région, avec une poche située à l'ouest. Il s'agit des départements dans lesquels le taux de recours est le plus important. C'est ici que les besoins de volume d'emplois en ETP pour accompagner les personnes âgées à domicile seraient les plus élevés.

Néanmoins, quand nous regardons l'évolution en pourcentage de ces ETP (voir graphique ci-dessous), nous voyons que les départements de l'est de l'Île-de-France seront également concernés par une croissance des besoins d'ETP importante. Ce serait notamment le cas en Seine-et-Marne, avec 114 % de plus, dans le Val-d'Oise avec 100 % de plus, et nous aurons dans une moindre mesure l'Essonne et la Seine-Saint-Denis.



Nous identifions donc des besoins d'accompagnement importants pour les années à venir. Comme il l'a été dit précédemment, la question de l'attractivité face à ces besoins est donc une question très importante pour nous. Nous travaillons sur cette question, nous réfléchissons à quelles solutions pourraient être mises en place, quelles idées pourraient être impulsées. Nous cherchons comment favoriser les passerelles entre les différents métiers du domicile. Nous allons réaliser une étude sur les mobilités intra-sectorielles pour voir si, quand on a commencé une carrière en faisant de la garde d'enfant, on effectue à un moment une mobilité pour aller travailler auprès de personnes âgées. Nous nous interrogeons aussi sur des passerelles entre les métiers, comment décloisonner des métiers actuellement exclusivement exercés en Ehpad, et comment avoir davantage de passerelles entre le domicile et l'Ehpad pour favoriser l'attractivité du secteur et des parcours professionnels plus attractifs. Nous travaillerons sur ces thématiques.

Tout ce que je vous ai présenté est disponible sur le site de la Fepem, rubrique « observatoire ».

ECHANGES AVEC LA SALLE

Jean-Marc MORANDI

Quelqu'un veut-il prendre la parole sur ces sujets ?

Anne FOUSSAT

Mon propos sera aussi lié à ce qui a été dit ce matin. Vous parliez de l'importance des employeurs de 80 ans ou plus. Elle est assez impressionnante. Nous avons tout à l'heure parlé du tout numérique et de l'accompagnement de la population à la maîtrise du numérique et l'accès aux droits. Il me semble qu'un accompagnement pourrait être envisagé pour ces personnes en perte d'autonomie et qui deviennent employeurs.

Véronique LAGANDRÉ

Tout à fait. Nous avons identifié ce besoin pour tout ce qui est technologie ou accompagnement à un niveau plus général d'être particulier employeur. On ne devient pas particulier employeur du jour au lendemain. Il y a une formation, ou du moins un accompagnement important à faire. Des formations se mettent en place pour les particuliers employeurs. Elles sont proposées par IPERIA, l'Institut qui s'occupe de la formation professionnelle dans notre secteur. La difficulté importante est de réussir à toucher les particuliers employeurs. Comment leur indiquer que cette formation est disponible ? Voilà la principale difficulté.

Anne FOUSSAT

C'est la même chose pour les assistants maternels, par exemple. Je me posais une question pour les centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI) et des réseaux d'assistants maternels pour aider. Peut-être qu'au niveau des Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades Alzheimer (MAIA), du côté des personnes âgées ou des personnes handicapées, il pourrait y avoir des relais pour accompagner aussi bien les employeurs directs que la famille qui les aide à côté. En effet, il arrive un moment où ce n'est plus la personne concernée qui fait la démarche elle-même.

Une intervenante, Directe Île-de-France

J'aurais une remarque sur les formations qualifiantes pour les problèmes d'attractivité des métiers de type aide à domicile. Nous constatons depuis des années un problème d'attractivité de ces métiers. Or, que fait la puissance publique par rapport au problème d'augmentation du nombre des personnes âgées dépendantes ? D'autant plus qu'il y a en ce moment de nombreuses grèves et mobilisations sur les conditions de travail de ces personnes. Que fait la puissance publique pour remédier à ce problème d'attractivité des métiers d'aide à domicile ?

Olivier LERAY

C'est intéressant. Je ne sais pas si je représente davantage la puissance publique que vous, à la Direccte. Je ne dis pas cela pour polémiquer. C'est vraiment quelque chose qui nous concerne tous, et peut-être principalement la branche professionnelle s'il y en a une. Nous voyons que la situation est compliquée pour l'aide à domicile, mais elle l'est globalement pour le secteur. En ce qui me concerne, je travaille pour la Région. Nous avons une compétence nouvelle sur l'orientation, mais qu'est-ce que signifie avoir une compétence nouvelle sur l'orientation dans

toutes les régions ? Cela signifie que nous avons la compétence de créer des réseaux, mais tous les personnels restent dans les Centres d'Information et d'Orientation (CIO), ou à Pôle Emploi, ou dans les missions locales. Je parle des personnels qui font de l'accompagnement, de l'orientation ou de l'information. Ils sont multiples. Les personnels concernés pour valoriser et organiser leur métier sont dans les branches professionnelles. Nous sommes donc tous concernés.

Il y a tout de même des choses que nous faisons directement à la Direction des formations sanitaires et sociales. Si on nous dit et si nous constatons qu'il faut augmenter les places de formation, nous le faisons. Si ces places de formations ne se remplissent pas, nous n'augmentons plus les places. Nous avons une responsabilité d'optimisation des formations. Nous devons tous, ici, optimiser et rendre des comptes sur la gestion de nos fonds. Si nous ouvrons une classe de formation, il faut nous assurer qu'elle sera remplie à moyen terme, sur trois à cinq ans. Or, comme nous constatons que ces formations commencent à baisser, nous avons fermé. Pour ce qui est des aides-soignants, nous sommes totalement bloqués.

Avec l'ARS et la DRJSCS, nos deux principaux partenaires régionaux, nous ferons la semaine prochaine une réunion spécifique sur l'attractivité des formations. Il y a les OPérateurs de COmpétences (OPCO) qui sont évidemment concernés ainsi que les fédérations hospitalières, et puis il y a la réglementation nationale. Mathieu Le Floch et Guillaume Chuvin le disaient tout à l'heure, la question de l'attractivité dans le secteur est quelque chose qui se construit, qui est multi-factoriel. Cela dépend des transports et des logements. Les conditions de vie en Île-de-France sont très dures pour ces personnels. Savez-vous ce qu'est le salaire médian d'un aide-soignant ? Il ne s'élève qu'à 1 600 euros.

Une intervenante, Directe Île-de-France

Tout à fait, mais quid des aides à domicile ? Au niveau des leviers de rémunération, il y a tout de même un problème.

Olivier LERAY

Oui, mais la Région n'a aucun levier sur cela. Elle forme, dans ses marchés publics, en formation professionnelle. Nous continuons de le faire, mais ce n'est pas parce que nous commandons que nous les ferons venir dans ces formations. Le travail à faire est absolument collectif.

Une intervenante, Directe Île-de-France

Je suis également particulier employeur. Le problème est que de nombreuses personnes qui répondent à nos appels d'offres ne sont absolument pas formées. Ils n'ont aucune formation. Quand vous ne trouvez personne cependant, vous prenez ces gens. C'est tout juste s'ils maîtrisent le français, mais vous êtes obligés de prendre ces personnes.

Si nous obligeons les gens à être formés sans quoi il ne serait pas possible de trouver du travail, croyez-moi, cela changerait peut-être les choses. En l'état, nous sommes devant le fait accompli. Nous ne trouvons personne et en cas de besoin urgent, nous prenons la personne qui a la volonté de faire le travail. Cette personne ne maîtrise la plupart du temps pas le français. Elle n'a pas du tout appris les gestes pour retourner ou porter une personne en situation de handicap. Elle ne connaît presque rien d'autre que le ménage. Voilà, nous sommes devant le fait accompli. Nous nous retrouvons alors à faire de la maltraitance aux personnes en situation de handicap et aux personnes âgées, parce que ces gens n'ont pas les compétences pour s'en occuper.

Une intervenante, Chargée de formation

Il y a un besoin de formation ainsi qu'un problème d'attractivité. Beaucoup d'immigrés occupent ces postes. Je suis d'accord avec vous. Il y a donc des problèmes de communication, au niveau du langage et autre. Il semblerait que cela dure depuis des années et qu'il n'y ait aucune solution, ou que les solutions ne sont pas apportées par l'action publique en général.

Véronique LAGANDRÉ

J'entends ce que vous dites, Madame, concernant les salariés. Il faut tout de même savoir qu'il y a une augmentation très nette du nombre de salariés qui partent en formation. En 2017, il y avait 40 000 salariés du particulier employeur qui sont partis en formation pour se former. Il existe des formations. C'est aussi au particulier d'envoyer ces personnes en formation, ce qui n'est pas toujours facile. Comme tout salarié, ces salariés ont le droit de partir en formation continue. Il est tout à fait possible de le faire. J'entends tout à fait cependant votre description des situations d'urgence, lorsqu'il y a besoin de quelqu'un pour remplacer. Nous sommes alors souvent contraints d'accepter la personne qui se présente. En tout cas, beaucoup de formations existent tout de même.

Une intervenante, Chargée de formation

Des formations pour aider les personnes vieillissantes, les retourner et les porter ? Cela nécessite toute une formation.

Véronique LAGANDRÉ

Bien sûr, il existe des formations avec des certifications. Je pourrai vous donner les informations ensuite.

Eric TARROS, Conseil départemental de Seine et Marne

Je suis chargé de mission de la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie. Nous n'en avons pas parlé aujourd'hui, ce pour quoi je me permets de prendre deux minutes pour en parler.

Ce dispositif est issu de la loi ASV. Il reçoit des concours annuels de la CNSA. La conférence est présidée par le président du Conseil départemental et co-présidée par l'ARS, avec la présence de nombreux financeurs comme la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse (CNAV), la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM), des mutuelles et bien d'autres.

Nous parlions tout à l'heure des résidences autonomes. Il existe un concours annuel qui s'appelle le « Forfait autonomie ». Il est donné aux résidences autonomes pour permettre de moderniser leurs interventions, notamment en termes d'animation sociale, en les soutenant notamment dans les recrutements d'animateurs. C'est une première réponse à l'évolution de ces résidences autonomes par rapport aux ex-foyers logements. Il y a aussi un deuxième concours de la CNSA sur ce qu'on appelle des actions collectives de prévention. Pour faire le lien avec une intervention précédente, il y a une possibilité de pouvoir soutenir financièrement les gens sur l'acquisition des aides techniques individuelles. Vous parliez tout à l'heure de gérontechnologie.

Nous avons créé en Seine-et-Marne un écosystème départemental sur les aides techniques. Des ergothérapeutes interviennent en plus des évaluateurs classiques APA et des Centres Locaux

d'Information et de Coordination (CLIC). Ils font des évaluations au domicile des personnes. Ils les accompagnent ensuite dans l'achat des aides techniques et technologiques puis les forment à leur utilisation. Ils forment aussi leurs aidants. Nous travaillons aussi sur une vision d'économie circulaire et solidaire avec l'Ecoreso de Seine-et-Marne qui travaille aussi sur l'ensemble de la région Île-de-France. Cela pourvoit à la circulation des aides techniques, afin qu'elles ne restent pas au fond d'un garage ou d'un grenier une fois inutilisées, ou qu'elles ne partent pas, au mieux, à la déchetterie. Nous remettons tout cela en état et nous remettons les outils dans le circuit.

La conférence des financeurs a une autre vocation. Dans le cadre de la CNSA, il y a une autre section qui s'appelle la « section 4 ». Ce sont des concours mobilisés pour aider à la modernisation des services des aides à domicile. Des actions sont menées pour soutenir les professionnels, notamment dans le champ de la formation. Nous ferons par exemple pour l'année prochaine un appel à manifestation d'intérêt pour trouver des intervenants à même de former les professionnels sur l'utilisation des aides techniques. Cela concernera notamment les aides techniques de transfert ou du quotidien. Cela permettra de les faire monter en compétence et d'éviter aussi un peu le turnover et avoir une revalorisation professionnelle.

J'ajoute une dernière chose. Je ne suis pas la puissance publique, mais la conférence des financeurs sur la région Île-de-France représente tout de même entre 20 et 25 millions d'euros. Nous sommes sur des budgets conséquents. C'est aussi un beau dispositif, qui promeut la prévention de la perte d'autonomie sur le champ du maintien à domicile, avec une ouverture législative depuis l'année dernière grâce à la possibilité d'intervention en lien avec les ARS sur les Ehpad.

Violaine BONNEVILLE, Ceser

Je voulais poser une question au représentant de la Région. Je voulais savoir si la baisse d'attractivité pour les métiers d'infirmiers et d'aides-soignants était particulière à l'Île-de-France ou si cela se constatait un peu partout ailleurs ?

Il me semble que l'une de vos autres préoccupations était le suivi des personnes que vous aviez formées. Que deviennent-elles ensuite ? Nous sommes visiblement toujours en manque de personnel, et ce manque n'est pas remplacé. Avez-vous un outil du suivi ?

Olivier LERAY

Sur les aides-soignants, le constat est national et moins fort en Île-de-France. Nous connaissons une baisse terrible dans certaines autres régions. Je pense aux Pays-de-la-Loire, avec 30 % en moins. Le phénomène est vraiment national. Je ne sais pas pour ce qui est des infirmiers. Il s'agit d'une amorce en Île-de-France. Nous avons environ 6 000 places ouvertes à l'entrée et nous avons environ 150 étudiants en moins chaque année sur les trois dernières rentrées. Ce n'est pas grand-chose, mais cela commence à se cumuler. C'est une tendance.

Concernant votre deuxième point, il nous intéresserait énormément d'avoir une enquête de génération globale sur le parcours pour savoir ce que les formés deviennent, mais ce n'est absolument pas possible. Nous n'avons absolument pas cet outil. Nous n'avons même pas une enquête insertion à l'issue de la formation, car c'est compliqué à organiser. Toutefois, avec la dernière réforme de la formation professionnelle et l'entrée dans le secteur de la Caisse des Dépôts et Consignations (CDC), il y a la mise en place du logiciel AGORA. Il suivra le parcours de tous les demandeurs d'emploi en formation. Nous aurons un suivi là-dessus, mais le temps de la mise en place implique que ce ne sera pas pour tout de suite.

Je ne sais pas si Pôle Emploi veut intervenir sur ce sujet ? En tout cas, la question du parcours des personnes après formation, mais surtout dans l'emploi, est fondamentale.

Comme Mathieu Le Floch le disait tout à l'heure, lorsque nous faisons des hypothèses, nous supposons que tous iront jusqu'à l'âge de la retraite, mais il s'agit en fait d'un métier extrêmement pénible. Les gens le quittent, et nous n'avons aucun moyen de voir quand. Avec cette hypothèse déjà, nous arriverions à peine à remplir nos besoins si nos formations se remplissaient bien.

Philippe RICARD

Je dois vous dire ne pas avoir de réponse très précise. Je signale tout de même que nous faisons globalement des études d'insertion suite à la formation des demandeurs d'emploi. Nous croisons des données qui viennent de l'Acoss, des Déclarations Préalables à l'Embauche (DPAE) et autre pour essayer d'établir des taux de sortie à six mois, en distinguant les Contrats à Durée Indéterminée (CDI), les emplois dits « durables ». Au-delà de six mois, il n'y a à ma connaissance pas d'étude particulière pour ce périmètre précis.

Florence BONNAFOUX, Chambre régionale des comptes

J'ai une petite question de précision. Il me semblait avoir lu qu'avec l'inscription dans Parcoursup, beaucoup plus de jeunes sortant des études secondaires s'étaient inscrits notamment à la formation infirmier. Il semblerait qu'il n'y avait en tout cas pas de baisse des demandes d'inscription en première année de ces formations. Je n'arrive pas à faire le rapprochement avec vos propos.

Olivier LERAY

Mes données sont celles qui courraient jusqu'à la rentrée précédente, et ce n'était alors pas encore Parcoursup pour les infirmiers. Nous constatons après coup un nombre en diminution d'infirmiers en formation. Il est sûr que Parcoursup bouscule tout, mais il est encore très difficile de voir ce que sera le remplissage des formations. Nous pouvons certes être positivement surpris en voyant que par rapport à toutes les formations supérieures, celle d'infirmier a recueilli énormément de demandes d'inscription. Cependant, elle les a recueillies d'élèves ayant obtenu le baccalauréat quel qu'il soit, et surtout de baccalauréats professionnels pour lesquels la formation infirmier sera plus difficile. Nous constatons notamment cela pour le bac professionnel « accompagnement, soins et services à la personne ». La formation d'infirmier a été universalisée il y a une dizaine d'années. Il y a eu un passage académique qui a été difficile. Elle est vraiment plus difficile pour les bacs professionnels, et convient mieux aux bacheliers des séries ST2S et scientifique. D'ailleurs, les Instituts de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) sont très inquiets. Parcoursup représente pour eux un changement culturel très fort.

Alain LECERF

Il était déjà difficile de recruter des personnels soignants à une époque. Venir travailler dans une maison de retraite n'a jamais été « le top ». Ils préfèrent aller travailler à l'hôpital. Deuxièmement, chaque reportage à la télévision ou ailleurs où l'on parle de difficultés et de maltraitance renvoie à la difficulté du travail. Les gens n'ont pas envie d'aller y travailler. C'est une réalité. Les médias sont aussi porteurs de ce message et de cette image relativement négative.

J'en profite pour indiquer que nous avons rédigé au Ceser un rapport sur la Silver Économie. Vous pouvez le trouver sur notre site. Nous avons également réalisé un rapport sur les formations sanitaires et sociales. J'ajoute que via la Commission habitat, nous avons fait un rapport sur l'habitat du futur, notamment avec un habitat universel. Nous l'évoquions ce matin. Je vous invite à consulter ces trois rapports.

Clôture de la séance

Jean-Marc MORANDI

Merci de rappeler les travaux du Ceser qui sont, évidemment, ô combien importants. Je dis deux mots pour conclure. Je veux d'abord vraiment remercier tous les intervenants pour la qualité de leurs présentations, des informations fournies et tous les participants pour les différentes questions posées en séance et les échanges. Nous sommes face à un enjeu majeur pour notre société. Cela va bien au-delà des possibles travaux du CRIES, et nous sommes tous concernés par cette réflexion.

Marie-Christine PARENT

Notre prochaine rencontre aura lieu le 8 octobre au matin. Elle traitera d'un sujet complètement différent de celui d'aujourd'hui, qui était plus sur une orientation sociale. Nous parlerons essentiellement de territoires, de développement économique et d'interactions. Nous parlerons aussi du Grand Paris Express, et des quartiers de gare.

Jean-Marc MORANDI

Merci à toutes et à tous, nous clôturons cette journée et vous serez bienvenus à la prochaine.

SIGLES

ACOSS : Agence Centrale des Organismes de Sécurité Sociale

AES : Accompagnant Educatif et Social

AFM : Association française contre les myopathies

AMP : Aide médico-psychologique

AP-HP : Assistance Publique – Hôpitaux de Paris

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

APL : Aide Personnalisée au Logement

ASV : Adaptation de la Société au Vieillessement

AVC : Accidents Vasculaires Cérébraux

AVS : Auxiliaire de Vie Sociale

CA : Compte Administratif

CANTOUS : Centre d'Activités Naturelles Tirées d'Occupations Utiles

CARIF : Centre d'Animation, de Recherche et d'Information sur la Formation

CCAS : Centres Communaux d'Action Sociale

CCNE : Comité Consultatif National d'Éthique

CDC : Caisse des Dépôts et Consignations

CDI : Contrat à Durée Indéterminée

CESER : Conseil Economique Social Environnemental Régional

CIO : Centre d'Information et d'Orientation

CLIC : Centre Locaux d'Information et de Coordination

CNAF : Caisse Nationale des Allocations Familiales

CNAV : Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse

CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

CSG : Contribution Sociale Généralisée

CV : Curriculum vitæ

DIRECCTE : Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi

DPAE : Déclarations Préalables à l'Embauche

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

DRJSCS : Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

EPRD : État Prévisionnel des Recettes et des Dépenses

EPT : Equivalent Plein Temps

ERRD : Etat Réalisé des Recettes et Dépenses

FEPPEM : Fédération des Particuliers Employeurs

FILOSOFI : Dispositif sur les revenus localisés sociaux et fiscaux

GIR : Groupe Iso-Ressources

GMP : GIR Moyen Pondéré

HAPI : Harmonisation et Partage de l'Information

IAU : Institut d'Aménagement et d'Urbanisme. Depuis le 11 juin 2019, l'Institut Paris Région est la nouvelle appellation.

IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

INED : Institut National d'Etudes Démographiques

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

MAIA : Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades Alzheimer

MAPAD: Maison d'Accueil de Personnes Agées Dépendantes

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

NACE : Nomenclature statistique des Activités économiques dans la Communauté Européenne

OGD : Objectif Global des Dépenses

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OPCA : Organisme Paritaire Collecteur agréés

OPCO : OPérateur de COmpétences

OREF : Observatoire Régional de l'Emploi et de la Formation

ORS : Observatoire Régional de la Santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PMP : Pathos Moyen Pondéré

RATP : Régie Autonome des Transports Parisiens

RSA : Revenu de Solidarité Active

SRFSS : Schéma Régional des Formations Sanitaires et Sociales

URIOPSS : Union Régionale Interfédérale des Œuvres et Organismes Privés non lucratif Sanitaires et Sociaux

USLD : Unité de Soins Longue Durée

VQS : Vie Quotidienne et Santé