CESER
ALSACE
CHAMPAGNE-ARDENNE
LORRAINE
Grand Est

LES AVIS ET RAPPORTS DU CESER

Le vieillissement de la population dans le Grand Est

Répondre à la pluralité des parcours de vie

Adopté en séance plénière du 8 octobre 2020

Avis du Conseil économique, social et environnemental régional Grand Est

Présenté par :

Valérie VIANA, Présidente,

Éric BALAUD, Vice-président,

Michèle TREMOLIERES, Rapporteure,

au titre de la commission Aménagement des territoires élargie.

Le Conseil économique, social et environnemental régional Grand Est
a voté le présent avis à l'unanimité.

SOMMAIRE

INTRODUCTION **1**

RAPPORT **3**

I. CONTEXTE **4**

1. Géographie et démographie du Grand Est 4
   a. Une région frontalière composée de territoires diversifiés 4
   b. Une région vieillissante 4
2. Contexte réglementaire 5
   a. La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement de 2016 5
   b. La loi Grand âge et autonomie prévue pour septembre 2020 6
   c. Les compétences des collectivités 7

II. LA PRÉVENTION DE LA PERTE D'AUTONOMIE **9**

1. Le « repérage » des situations de fragilité 9
2. La lutte contre l'isolement 10
3. L'innovation au service de l'autonomie 11

III. LES SOLUTIONS D'HÉBERGEMENT **12**

1. Le maintien à domicile 12
2. Les EHPAD 13
3. Les autres solutions d'hébergement 14

IV. OFFRES DE SOINS ET PERSONNELS MÉDICAUX ET NON-MÉDICAUX **15**

1. Les besoins et la répartition de l'offre 15
   a. Le vieillissement du personnel médical et non médical 15
   b. La répartition territoriale de l'offre de soins 16
   c. La coopération sanitaire transfrontalière 17
2. Les formations 19
   a. Les formations en médecine 19
   b. Les formations sanitaires et sociales 19

AVIS 21

I. PRÉVENTION 22

II. HÉBERGEMENT 23

III. PERSONNELS MÉDICAUX ET NON MÉDICAUX 24

IV. ACCÈS AUX SOINS 25

V. FINANCEMENT ET ORGANISATION 26

RAPPEL DES PRÉCONISATIONS 28

EXPLICATION DE VOTE 29

Explication de vote des membres du CESER représentant la Confédération française démocratique du travail (CFDT) 30

ANNEXES 32

MEMBRES DE LA COMMISSION AMÉNAGEMENT DES TERRITOIRES ÉLARGIE 33

REMERCIEMENTS AUX PERSONNES AUDITIONNÉES 34

INTRODUCTION

La population du Grand Est vieillit.

« Il n'est rien de moins ignoré, rien où l'on soit moins préparé » comme l'écrivait La Fontaine.

Qu'elles vivent à domicile, où elles sont privées des visites de leurs proches voire des aides quotidiennes, du fait du confinement. Qu'elles vivent dans un EHPAD, bouclé voire contaminé. Qu'elles soient hospitalisées, « triées » en fonction de leur âge parce que notre système de santé ne parvient pas à prendre en charge l'ensemble des patients… Les personnes âgées sont les premières victimes du COVID-19 (crise sanitaire apparue en janvier 2020).

Avant cela, elles avaient aussi été les premières victimes des canicules qui seront amenées à se multiplier. Ces crises doivent nous interroger sur la manière dont notre société considère les personnes en perte d'autonomie.

Depuis des années, les enjeux cruciaux du vieillissement et de la dépendance sont négligés, malgré les multiples rapports (le rapport Libault[1] étant le dernier en date) et les alertes du personnel soignant.

En 2015, la Région comptait 1 379 069 personnes de 60 ans et plus (soit 24,8% de la population), dont 317 322 de plus de 85 ans (soit 5,7% de la population). L'évolution de l'espérance de vie devrait faire augmenter le nombre de plus de 60 ans d'un tiers d'ici 2030. Le nombre de personnes dépendantes (135 000 en 2015) devrait évoluer tout aussi rapidement (+35% d'ici 2030) ainsi que les facteurs de risque liés au grand âge (maladies dégénératives, maladies métaboliques…). Quelle sera leur place dans la société du futur ? Comment allons-nous prendre en compte les crises sanitaires et leurs conséquences ?

Un nouveau regard est nécessaire sur nos ainés et de nouvelles politiques publiques d'inclusion, de prévention de la perte d'autonomie, d'aide au bien vieillir devront être mises en place tant sur : l'offre de soins de proximité, que sur l'accessibilité, l'adaptation de l'hébergement, la transformation du système d'aide à la perte d'autonomie, ou encore le soutien aux aidants, l'accroissement de la prévention… Ces politiques publiques et de nouvelles solidarités seront indispensables dans les années à venir pour mieux intégrer les personnes vieillissantes dans notre société, et leur permettre de vieillir dans la dignité.

Il convient aussi de considérer ces politiques comme créatrices d'activités économiques sur nos territoires dans la durée, en favorisant l'emploi notamment dans les secteurs du médical, du sanitaire et du social mais aussi de l'innovation dans ces secteurs. L'ensemble de ces professions jouent un rôle crucial pour la santé et la vie de tous, encore plus en période de pandémie. Comment leur permettre de vivre dignement d'une profession souvent difficile à exercer et trop peu rémunérée ?

La France dépense plus que les pays du Nord de l'Europe en matière de retraite, ce qui n'est pas le cas pour la perte d'autonomie. Les dépenses de protection sociale (privées et publiques) représentent 34,3% du PIB en France. En revanche, les dépenses publiques de soins de longue

[1] https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_grand_age_autonomie.pdf

durée ne sont que de 1,7% du PIB en 2016, en deçà de la moyenne de l'Union Européenne, un niveau significativement plus faible qu'aux Pays-Bas (3,7%), en Suède (3,2%) ou au Danemark (2,5%). Trouver les sources de financement et une nouvelle clé de répartition entre la protection sociale et les soins de longue durée pour la prise en charge du vieillissement de la population et de toutes ses conséquences sera nécessaire et indispensable dans les années à venir.

RAPPORT

I. CONTEXTE

1. Géographie et démographie du Grand Est

a. Une région frontalière composée de territoires diversifiés

S'étendant des plaines agricoles très peu peuplées du bassin parisien au sillon rhénan très dense, la région Grand Est est particulièrement ouverte aux échanges et aux marchés européens et internationaux. Avec 760 km de frontières partagée avec quatre pays d'Europe (Belgique, Luxembourg, Allemagne, Suisse), la région est marquée par des politiques transfrontalières nombreuses notamment en matière de santé sur neuf espaces de coopération (Grande Région, Rhin supérieur…). Plus de 190 000 travailleurs frontaliers traversent les frontières chaque jour.

La progression de la démographie reste néanmoins faible au regard des moyennes nationales. Ainsi sur la période 2006-2013, la région a vu sa population croître de 1,1% contre 3,7% au niveau national. Cela correspond à une croissance annuelle de 0,16% (pour 0,53% au niveau national). A titre de comparaison, les régions limitrophes, Ile-de-France et Bourgogne Franche-Comté, connaissent des taux d'évolution annuelle nettement supérieurs, respectivement 0,52% et 0,76%.

La fragilité démographique de la région se traduit de manière contrastée à l'échelle locale. Plusieurs espaces se distinguent ainsi par une croissance plus marquée, en particulier le sillon lorrain, l'axe rhénan et dans une moindre mesure les bassins de Reims et Troyes. Ces territoires, qui concentrent les plus fortes densités de population, les bassins d'emplois et les externalités positives des interfaces frontalières, participent à l'essentiel de la croissance régionale. En revanche, d'autres territoires apparaissent en décroissance structurelle. Ainsi, les départements de la Meuse, de la Haute-Marne et dans une moindre mesure des Ardennes sont notamment marqués par une forte déprise démographique depuis une trentaine d'années. Associé à un ralentissement économique, le déclin démographique contribue à singulariser ces territoires au sein de l'espace régional, formant une « écharpe de fragilité » le long de l'axe Charleville-Bar-le-Duc-Langres et dépassant les limites du Grand Est pour former un ensemble plus vaste avec des territoires wallons au nord et franc-comtois au sud.

b. Une région vieillissante

En 2013, la structure démographique régionale s'inscrit dans les moyennes nationales notamment au regard de la pyramide des âges, très similaire, et de l'indice de jeunesse équivalent (1 pour la région, 1,02 au niveau national). A l'échelle infrarégionale, les territoires les plus jeunes correspondent aux espaces dynamiques de la frange ouest, du Sillon lorrain, de l'Axe rhénan alsacien. A l'inverse, les départements à forte dominante rurale concentrent une part plus importante de personnes âgées. Ainsi, la Haute-Marne et les Vosges, avec un taux respectivement de 12,8% et 11,7% d'habitants de plus de 80 ans, enregistrent une proportion de personnes âgées nettement supérieure à la moyenne régionale.

Structure par âge, indices de vieillissement et grand vieillissement en 2013

	STRUCTURE PAR ÂGE					Indice de vieillissement	Indice de grand vieillissement
	0-24 ans	25-64 ans	65-74 ans	75-84 ans	85 ans ou plus		
Ardennes	29,7%	52,2%	8,7%	6,7%	2,7%	73,5	45,7
Aube	30,0%	50,8%	9,2%	6,9%	3,2%	79,0	49,0
Marne	31,6%	51,7%	8,2%	5,9%	2,7%	68,2	46,3
Haute-Marne	27,0%	51,5%	10,1%	7,8%	3,5%	97,4	49,7
Meurthe-et-Moselle	31,4%	51,3%	8,3%	6,4%	2,6%	72,3	47,1
Meuse	28,7%	52,0%	8,9%	7,2%	3,1%	81,6	50,5
Moselle	28,8%	54,0%	8,4%	6,4%	2,3%	74,4	42,2
Bas-Rhin	30,7%	53,3%	7,9%	5,8%	2,3%	67,4	43,3
Haut-Rhin	29,4%	53,5%	8,4%	6,2%	2,4%	70,9	44,1
Vosges	28,0%	51,6%	9,6%	7,5%	3,2%	88,0	48,5
Grand Est	***29,9%***	***52,6%***	***8,5%***	***6,4%***	***2,6%***	***73,6***	***45,4***
France métr.	***30,3%***	***51,8%***	***8,7%***	***6,4%***	***2,9%***	***73,6***	***47,6***

Avec un indice de vieillissement semblable à l'indice national, la région Grand Est connait néanmoins un indice de grand vieillissement inférieur au niveau national (dû au fort taux de décès prématurés). On remarque également de grandes disparités entre les départements : si les Vosges et le Haute Marne ont un taux des plus de 65 ans supérieur à 20%, le Bas Rhin et le Haut Rhin connaissent des taux plus faibles, proches de 16%.

Ainsi, la région Grand Est fait face à un important défi démographique. La prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie devient une problématique en pleine progression, sans oublier celle des personnes en situation de handicap et/ou qui vieillissent prématurément.

2. Contexte réglementaire

Depuis le début des années 2000, plusieurs lois ont eu pour objectif d'anticiper les conséquences sociales et sociétales du vieillissement. On reprendra les deux dernières que sont :

- La Loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement en 2016
- La Loi relative au Grand âge et à l'autonomie en 2020 en cours d'élaboration

Ces lois récentes présentent des avancées dans le domaine de la prise en compte de la dignité et de la réaffirmation des droits des personnes âgées et des proches aidants.

a. La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement de 2016

La loi relative à l'Adaptation de la Société au Vieillissement (ASV), entrée en vigueur au 1er janvier 2016, prévoit plusieurs dispositions pour financer et prendre en compte le vieillissement de la population :

- L'évolution de l'allocation personnalisée à l'autonomie

L'Allocation Personnalisée à l'Autonomie (APA, mise en place en 2002), destinée aux plus de 60 ans en perte d'autonomie est versée par les Conseils départementaux. Elle vise particulièrement les personnes ayant besoin d'aide pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne (se lever, se laver, s'habiller, se nourrir…) ou qui ont besoin d'une surveillance régulière.

L'APA peut être versée aux personnes vivant chez elles (APA à domicile) ou en établissement (APA en établissement). Les sommes versées sont différentes selon les départements et les situations individuelles. Dans le Grand Est, en 2016, 57 272 personnes étaient bénéficiaires de l'APA à domicile et 45 089 de l'APA en établissement.

Le niveau d'allocation est calculé selon le GIR (Groupes Iso Ressources) correspondant au degré de perte d'autonomie d'une personne âgée. Le GIR 1 est le niveau de perte d'autonomie le plus fort et le GIR 6 le plus faible. Seules les personnes évaluées en GIR 1 à 4 peuvent bénéficier de l'APA.

- Création du droit de répit pour les aidants familiaux

Le droit de répit a pour objectif de soulager les millions de personnes (près de 8 millions en France) qui aident régulièrement un aîné ou une personne en situation de handicap, ce qui n'est pas sans conséquence sur leur vie personnelle, professionnelle et sociale et leur état de santé. La loi ASV prévoit précisément la reconnaissance de leurs actions et une aide annuelle pour financer, par exemple, une période d'hébergement temporaire ou de l'aide à domicile.

- Amélioration des conditions de travail dans les services d'aide et de soins à domicile

Les services d'aide et de soins à domicile interviennent pour soigner les personnes âgées ou pour les aider à faire ce qu'elles ne sont plus en capacité de faire seules dans les actes de la vie quotidienne (s'habiller, faire les courses, préparer le repas…). L'APA peut financer en partie les aides à domicile. L'autorisation de fonctionnement d'un service d'aide à domicile est donnée par le Conseil départemental.

- Création de la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie

La conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie, créée dans chaque département, est l'un des dispositifs phare de la loi du 28 décembre 2015. Elle est une instance de concertation visant à développer une politique départementale partagée en matière de prévention. Ce dispositif permet à travers un programme coordonné de financer et d'optimiser le déploiement de multiples actions cohérentes et innovantes dans les territoires en faveur du maintien de l'autonomie et du bien-être. La Conférence est présidée par le Conseil départemental ; l'ARS en est vice-présidente ; les caisses de retraite, la caisse primaire d'assurance maladie, les CCAS en sont membres.

Cette loi prévoit également des améliorations des droits individuels des personnes en perte d'autonomie (obligation de consentement dans tout contrat, désignation d'une personne de confiance, obligation de respecter la liberté d'aller et venir…).

b. La loi Grand âge et autonomie prévue pour septembre 2020

Depuis la diffusion du « rapport Libault » en mars 2019, les reports successifs de la loi Grand âge et autonomie (prévue initialement pour 2019) inquiètent les acteurs du secteur.

Lors de la conférence de presse du 28 mars 2019, Dominique Libault précise : « Un nouveau regard sur le grand âge est indispensable : inclusion et autonomie doivent être les maîtres mots. Aider nos parents à vivre debout, avec les autres, dans la dignité, ne doit pas être une préoccupation marginale mais être au cœur de notre pacte social car elle engage, non seulement le bien-être des personnes qui nous sont chères, mais la vision que nous avons de

notre société, de l'égalité femme/homme, de notre vivre ensemble, de notre vie individuelle et collective ».

Une feuille de route a néanmoins été présentée en juin 2019.

Ce rapport, seul document sur lequel nous pouvons nous reposer actuellement, estime à 9,2 milliards d'euros les dépenses supplémentaires annuelles qu'il serait indispensable de financer à l'horizon 2030 pour faire face à l'augmentation du nombre de personnes âgées, avec notamment la perspective d'un doublement du nombre de personnes dépendantes d'ici à 2050. Cette évolution supposerait également la création de 80 000 postes dans les EHPAD, et un plan de rénovation de 3 milliards d'euros sur dix ans pour les EHPAD et les résidences autonomie ainsi qu'une nette amélioration de la prise en charge à domicile.

c. Les compétences des collectivités

➢ Le Conseil régional

Actuellement, les Régions n'ont que peu de compétences obligatoires en matière de santé. Elles gèrent néanmoins la formation professionnelle dans le paramédical, elles ont des représentants dans les Agences Régionales de Santé (ARS) et dans les structures hospitalières d'envergure régionale… De façon non obligatoire, elles peuvent décider de faire de l'information, de la prévention mais aussi de porter des actions notamment dans le domaine de l'organisation territoriale des offres de soins. Le rôle de la Région est donc essentiel pour une meilleure répartition des structures de base de proximité dans les zones sous médicalisées, (aussi bien urbaines que rurales), ainsi que dans l'innovation dans le domaine de la santé

Rappelons les initiatives que la Région Grand Est met en place :

- Soutien à la pratique des internes en milieu rural
- Soutien aux dynamiques territoriales de santé
- Soutien aux projets de télésanté/télémédecine
- Soutien aux maisons de santé pluri-professionnelles
- Soutien aux actions de promotion, prévention et d'éducation à la santé

L'organisation de la santé en région repose sur les ARS (Agences régionales de santé) créées par la loi HPST en 2010. Les ARS ont pour rôle de coordonner l'ensemble des politiques de santé sur le territoire régional et de mettre en place tous les 10 ans, avec l'ensemble des partenaires régionaux (notamment le Conseil régional), le Plan Régional de Santé (PRS) avec ses objectifs et actions.

Elles ont pour missions officielles de moderniser et de rationaliser l'offre de soins en veillant à la bonne gestion des dépenses hospitalières et médicales. Leur champ d'action couvre non seulement le secteur public mais également toute l'activité médicale ou paramédicale libérale, toute ouverture ou fermeture de lits ou de structures de soins étant soumise à son aval, et s'étend aussi au médico-social, notamment aux EHPAD gérés conjointement avec les conseils départementaux. En théorie, ces agences doivent aussi s'investir dans l'épidémiologie et la prévention, domaines où la France a un gros retard.

Le PRS 2018-2028 de la région Grand Est définit 7 objectifs pour améliorer l'accompagnement des personnes âgées :

- Développer la prévention de la perte d'autonomie
- Diminuer le recours inadapté aux urgences des personnes âgées de plus de 75 ans

- Diminuer le nombre de re-hospitalisations non programmées
- Assurer une coordination territoriale efficiente des acteurs
- Mettre en œuvre des plans d'accompagnement pour les personnes âgées à domicile
- Renforcer le soutien aux aidants
- Structurer l'offre pour répondre aux enjeux du parcours de santé de la personne âgée

➢ Le Conseil départemental

Chef de file des politiques sociales de proximité, le Département a les compétences pour la prise en charge de la perte d'autonomie des seniors et celle des personnes en situation de handicap :

- **La mise en œuvre du Schéma de l'Autonomie** qui promeut des actions de prévention de la perte d'autonomie, facilite le maintien à domicile et développe les solutions d'hébergement. Les schémas de l'autonomie et les politiques qui en découlent peuvent différés selon les départements.
- **Les aides financières aux personnes âgées** : l'APA, destinée aux plus de 60 ans dans l'incapacité d'assumer les conséquences de la perte d'autonomie liée à leur état physique ou mental, qu'ils vivent à domicile ou en établissement.
- **Les aides financières destinées au maintien à domicile** : Le Département, via la Conférence des Financeurs, promeut également la prévention de la perte d'autonomie, les solutions alternatives, telles que les résidences autonomie ou l'accueil familial, et soutient les actions et lieux dédiés aux aidants. Certains Départements s'impliquent également dans le soutien de l'adaptation des logements.
- **L'animation des CLIC (Centres Locaux d'Information et de Coordination) ou « pôle autonomie » :** ce sont les lieux d'information, d'orientation et d'aide pour les démarches à réaliser en cas de perte d'autonomie.
- Le président du Conseil départemental préside **le Conseil Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie (CDCA)** qui réunit des représentants d'usagers, des institutions, des professionnels, pour émettre des avis et des recommandations sur les sujets relatifs aux politiques de l'autonomie.

➢ Les établissements publics de coopération Intercommunale (EPCI)

Les EPCI ont la possibilité, avec l'Agence Régionale de Santé, de mettre en place des contrats locaux de santé (CLS) afin de réduire les inégalités territoriales et sociales. Ils ont pour objectif de mettre en œuvre les actions, au plus près des populations et de lancer des dynamiques de coopération inscrites dans la durée entre les différents acteurs de la santé sur le territoire intercommunal.

➢ Les communes

En matière de santé, la commune n'exerce pas de compétence obligatoire, en dehors des mesures spécifiques que peuvent être amenés à prendre les maires dans le cadre de leur pouvoir de police (salubrité publique des logements, devoir d'alerte sanitaire).

En matière d'aide sociale, la commune exerce ses compétences quoique facultatives grâce au Centre Communal d'Action Sociale (CCAS). Le CCAS intervient pour les secours d'urgence, les prêts sans intérêt, les colis alimentaires... Il participe à l'instruction des demandes d'aide sociale

(aide médicale, RSA, aide aux personnes âgées, ...) et les transmet aux autorités décisionnelles compétentes. Il peut créer et gérer certains établissements et services sociaux et médico-sociaux (établissements prenant en charge des mineurs et des majeurs de moins de vingt et un ans, centres d'action médico-sociale précoce, services d'aide par le travail, établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, ...).

Le cas échéant, il peut exercer des actions que le Département lui a confiées dans le cadre d'une convention de délégation.

En matière d'accessibilité, la commission compétente, présidée par le Maire, dresse le constat de l'ensemble de l'état d'accessibilité (loi Ad'AP de 2015 : cadre bâti, voirie, espaces publics, transports…), établit un rapport annuel présenté au Conseil municipal et fait toutes propositions d'amélioration. En outre, elle doit organiser un système de recensement de l'offre des logements accessibles aux personnes handicapées.

II. LA PRÉVENTION DE LA PERTE D'AUTONOMIE

Avec l'augmentation de l'espérance de vie est apparu le risque de la dépendance, l'espérance de vie sans incapacité n'évoluant pas aussi rapidement que l'espérance de vie globale. **On vit, en moyenne, plus vieux mais avec une période de vie en état de dépendance plus longue.**

La prévention de la perte d'autonomie et la promotion du bien vieillir ont pour ambition d'améliorer l'espérance de vie en bonne santé[2]. La France est en retard dans ce domaine malgré une espérance de vie dans la moyenne des pays de l'OCDE.

La prévention représente un ensemble d'actions visant à anticiper et à accompagner les effets du vieillissement pour toutes les populations, dans tous les territoires. L'activité physique, le suivi médical ainsi que le maintien d'une activité intellectuelle à tout âge préservent de la perte d'autonomie.

1. Le « repérage » des situations de fragilité

La population des personnes âgées est une population très hétérogène avec des profils fonctionnels très différents pour une même classe d'âge : certaines vivent avec une excellente qualité de vie alors que d'autres entrent plus ou moins rapidement dans le processus de dépendance.

Au-delà du suivi médical et d'une attention particulière portée par les proches à la perte d'autonomie, les personnes âgées et leurs proches aidants confrontés à cette problématique connaissent mal, voire pas du tout, leurs possibilités et leurs droits d'accès aux soins et aux aides personnalisées.

Pourtant, **il existe un guichet unique, les Centres Locaux d'Information et de Coordination gérontologique (CLIC), pour coordonner l'ensemble des actions, pour faciliter le quotidien des ainés.** Il fournit aussi bien des renseignements sur les modalités de demande de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) que sur les différentes formes de protection juridique (tutelle, curatelle, habilitation familiale...). Le CLIC permet également la mise en contact avec

[2] Au 31 décembre 2017, l'espérance de vie en bonne santé est, selon une étude de la DREES, de 64,9 ans pour les femmes (en hausse) contre 62,9 ans pour les hommes (en légère baisse ces dernières années)

des acteurs locaux proposant différents services d'aide à domicile, de transport, de portage de repas...

Selon les départements, le CLIC s'appelle « pôle gérontologie », « pôle autonomie », « Instance locale de coordination » … ; leur existence et leur rôle, pourtant cruciaux, semblent encore mal connus.

Les caisses de retraite élaborent également un observatoire des fragilités très précis qui recense l'ensemble des personnes en situation de fragilité. Il est à disposition de tous et en particulier de l'ARS, des Départements et des Communes.

2. La lutte contre l'isolement

Sur les 10% de la population française qui vivent dans une situation d'isolement social, 1,2 million sont des personnes âgées de plus de 75 ans[3]. Cet isolement social accélère la perte d'autonomie car il est souvent à l'origine d'une sédentarisation accrue et d'un manque d'activités. Ainsi l'isolement peut conduire à l'aggravation de certaines pathologies.

Un plan de Mobilisation Nationale contre l'Isolement des personnes âgées (MONALISA) a été lancé en 2014. Son but est d'abord de recréer des liens en activant le tissu social proche de la personne âgée. Pour cela, des citoyens volontaires, des voisins, des associations, des collectivités, des caisses de retraite et la personne âgée elle-même s'engagent à œuvrer chacun à leur manière pour renforcer ces liens sociaux.

Concrètement, MONALISA propose, à l'échelle départementale, de mutualiser les ressources existantes, d'élaborer des diagnostics communs et de développer les équipes citoyennes pour créer une synergie entre les parties prenantes d'un territoire autour de la lutte contre l'isolement social.

Si le projet est soutenu sur l'ensemble du Grand Est, il semblerait que sa mise en œuvre soit loin d'être dans le même état d'avancement dans l'ensemble des départements. Ainsi le Département de l'Aube est particulièrement avancé dans la mise en œuvre concrète du projet MONALISA, ce qui n'est pas le cas des autres départements qui semblent déployer le projet plus lentement.

Signalons que de nombreuses actions ont été mises en place par des collectivités, des associations et des citoyens lors du confinement et de la crise sanitaire de début 2020 : appel à la solidarité et à l'entraide.

Des solutions existent pour lutter contre l'isolement :

- <u>Un logement adapté</u>

Le choix du logement est un critère important contre l'isolement puisqu'il contribue au maintien du lien social. Le lieu d'habitation proche de la famille et des amis est essentiel mais les professionnels de santé, les commerces, des transports doivent aussi se situer à proximité.

[3] Ce qui représente plus de 18% des personnes en situation d'isolement

- Des liens sociaux renforcés

Il s'agit, par de petits gestes, d'éviter l'isolement ou tout sentiment de solitude de la personne âgée. Une attention particulière de la famille et des amis est souhaitable (appels et visites réguliers, partage d'activités…).

Une aide à domicile, ou d'autres services (notamment via LaPoste), peut également être sollicitée afin d'accompagner et soulager la personne âgée dans son quotidien tout en lui offrant une présence.

- Des activités dédiées

Il existe de nombreuses associations sur le territoire régional qui proposent des activités manuelles, culturelles ou sportives (danse, bricolage, bridge, expositions…). Ainsi deux associations Label Vie (Champagne-Ardenne-Lorraine) et Atout âge (Alsace) ont été créées pour développer une politique de prévention, facilitant l'accès des retraités à des actions collectives multithématiques permettant de prévenir la perte d'autonomie et de maintenir le lien social.

- La téléassistance

La téléassistance permet aussi de rompre l'isolement. Ce service n'est pas à négliger notamment si la personne âgée vit seule ; il lui permet d'alerter les urgences en cas d'incident ou de malaise. Les professionnels sont disponibles 24h/24, 7j/7. Ce service n'est cependant pas gratuit et dépend d'opérateurs privés.

3. L'innovation au service de l'autonomie

La préservation de l'autonomie des personnes âgées est devenue un marché. Ainsi de nombreuses entreprises se sont lancées dans le développement de solutions technologiques innovantes, pour l'amélioration du cadre de vie et le maintien à domicile des personnes âgées. La robotique et le numérique sont deux domaines d'innovation majeure. Ainsi Le Living Lab[4]ActivAgeing créé en 2013 à l'UTT (Université Technologique de Troyes) travaille sur la conception et la mise en œuvre de solutions robotiques pour l'autonomie des personnes âgées . A titre d'exemple le projet expérimental Next-RAP a permis de définir les contours de la résidence connectée de demain dans un cadre d'immersion. Ils ont ainsi créé un appartement avec des objets connectés.

L'innovation dans le secteur de la Silver économy en pleine expansion peut être une source d'emplois durables pour le territoire du Grand Est.

Au-delà des solutions de télésanté et de télémédecine en cours de développement et soutenues par le Conseil régional, de nombreuses start-up proposent des solutions concrètes aux problèmes liés au vieillissement (identification par QRcode, Pilulier électronique…).

[4] « Un Living Lab regroupe des acteurs publics, privés, des entreprises, des associations, des acteurs individuels, dans l'objectif de tester « grandeur nature » des services, des outils ou des usages nouveaux. Il s'agit de sortir la recherche des laboratoires pour la faire descendre dans la vie de tous les jours, en ayant souvent une vue stratégique sur les usages potentiels de ces technologies. »

L'innovation technique et numérique n'est pas la solution à tous les problèmes. Encore faut-il aussi que la personne âgée puisse s'approprier ces outils qui pourraient avoir un impact positif sur sa mobilité et sa santé, et puisse les utiliser au mieux pour bien vieillir.

III. LES SOLUTIONS D'HÉBERGEMENT

1. Le maintien à domicile

Vivre chez soi le plus longtemps possible est le souhait de la plupart des personnes âgées. Néanmoins, avec la perte d'autonomie, le maintien à domicile nécessite une bonne organisation. Pour pouvoir rester chez soi dans de bonnes conditions, plusieurs critères doivent être réunis. Ils concernent la santé, l'environnement familial et professionnel, l'adaptation de l'habitat et le niveau de ressources.

- <u>État de santé</u>

La dégradation de l'état de santé peut entrainer une incapacité totale ou partielle. Elle peut rendre le maintien à domicile dangereux, en l'absence de prise en charge adaptée. Il est donc important de s'assurer que les soins et services médicaux peuvent être assurés au domicile. De plus, si les troubles physiques ne sont pas toujours un obstacle au maintien à domicile, en revanche, l'altération des facultés mentales peut l'être plus surement.

- <u>Disponibilité de la famille</u>

La famille constitue une des clés du maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie quand elle le peut. Être en mesure d'aider un parent dépendant et venir lui rendre des visites régulières sont les meilleures façons pour les proches de prévenir la solitude. Il faut parfois également trouver d'autres solutions pour rassurer l'aîné en situation de dépendance, par exemple s'abonner à un service de téléassistance, permettant une intervention rapide en cas d'urgence. Pour favoriser le maintien à domicile, des professionnels de l'aide à la personne peuvent assister les aidants familiaux, sans pour autant s'y substituer.

- <u>Adaptation du logement</u>

L'aménagement du logement, via des dispositifs multiples, est l'une des conditions *sine qua non* du maintien à domicile des personnes âgées dépendantes. Il doit permettre d'assurer sa sécurité et son bien-être dans son environnement immédiat.

- <u>Soutien lors de démarche de la vie courante</u>

Certaines démarches administratives peuvent être complexes pour les personnes en perte d'autonomie. Un soutien peut être nécessaire pour les démarches administratives (notamment à l'heure de la numérisation), pour les prises de rendez-vous médical ou pour protéger les personnes d'actes de malveillance (technique commerciale agressive…)

Une nouvelle solution, l'« EHPAD à domicile », est à l'essai depuis 2018 dans plusieurs départements (Yvelines…) et régions (Ile de France , Bretagne ..). Il s'agit de proposer aux bénéficiaires le même suivi médical, la même sécurité et le même accompagnement que dans un EHPAD mais à domicile. Une partie du suivi est assurée par des capteurs et des objets connectés ; les professionnels de santé ainsi que du personnel qui propose des animations se

déplacent également au domicile des personnes âgées. Son coût devrait être élevé, même s'il n'y a ni frais d'hébergement ni frais de dépenses liées aux charges de fonctionnement d'une structure.

L'EHPAD à domicile, pourrait trouver sa place dans la diversité de l'offre avec des avantages indéniables : un habitat adapté et équipé, un accompagnement par une équipe pluridisciplinaire 24h/24h et une palette de services médico-sociaux accessibles sur place.

Lorsque leur état de santé se dégrade, la prise en charge des personnes âgées peut devenir un véritable problème pour leur entourage. Le choix est alors difficile pour la personne et/ou les proches confrontés à la dépendance d'un parent âgé : il faut aujourd'hui choisir entre le maintien à domicile ou l'entrée en maison de retraite.

En outre, le maintien à domicile ne résout pas le problème de la solitude qui reste l'écueil numéro un de cette option.

De plus, malgré les aides, notamment l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA), il peut arriver que le maintien à domicile se révèle plus onéreux que la prise en charge globale de la personne par un établissement d'hébergement.

L'accueil familial peut alors être une solution d'hébergement pour les personnes âgées qui ne peuvent ou ne veulent plus vivre chez elles, momentanément ou définitivement. Il peut constituer une alternative à l'hébergement en établissement, mais à terme poser un problème de santé physique et/ou mentale pour le proche aidant.

2. Les EHPAD

Les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) sont des maisons de retraite médicalisées qui proposent un accueil en chambre. Les EHPAD s'adressent à des personnes âgées de plus de 60 ans qui ont besoin de plus ou moins d'aide et de soins au quotidien. L'âge moyen d'entrée se situe pourtant entre 80 et 85 ans (quelques plus jeunes mais souvent avec des démences précoces) ; les résidents restent 3 ans en moyenne. Pour les personnes âgées non dépendantes il est difficile psychologiquement de se retrouver avec des personnes dépendantes.

Selon le rapport sur la situation des EHPAD en 2017 de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), 42% des établissements français sont publics, près d'un tiers sont privés non lucratifs et un quart sont privés commerciaux.

Selon la CNSA, le reste à charge moyen (après déduction de l'APA et de l'Aide Sociale à l'Hébergement, ASH) d'un hébergement en établissement dans le Grand Est est assez similaire à la moyenne de la France (1950 euros). Cette somme varie fortement selon les départements : il est de 1616 euros par mois dans la Meuse et plus de 2000 euros par mois dans la Marne ou l'Aube.

Tarifs médians dans les différents départements de la région Grand Est

Département	Nombre d'EHPAD	Prix par mois de 30 jours en chambre seule (tarif hébergement permanent + tarif dépendance GIR 5-6) [1]
Ardennes (08)	32	1 925 €
Aube (10)	45	2 001 €
Marne (51)	48	2 049 €
Haute-Marne (52)	22	1 809 €
Meurthe-et-Moselle (54)	72	1 915 €
Meuse (55)	26	1 616 €
Moselle (57)	115	1 853 €
Bas-Rhin (67)	114	1 844 €
Haut-Rhin (68)	74	1 923 €
Vosges (88)	60	1 642 €

Les EHPAD accueillent des personnes âgées confrontées à des situations très différente : les pathologies et le degré de perte d'autonomie ne sont pas les mêmes, de ce fait l'encadrement nécessaire n'est pas non plus identique.

A l'heure de la rédaction de ce rapport, nous ne connaissons pas l'ampleur de la vague de décès dus au coronavirus (Covid-19) dans les EHPAD. Il semble néanmoins que les mesures sanitaires ont été appliquées mais qu'un manque de personnel soignant formé n'a pas permis de détecter assez tôt les symptômes chez les patients atteints.

3. Les autres solutions d'hébergement

D'autres solutions d'hébergement entre le maintien à domicile et les établissements d'hébergement classique (EHPAD) existent :

- Les résidences seniors

Dans un contexte où les EHPAD sont souvent perçus comme des « mouroirs », les résidences seniors ou « résidence autonomie » se multiplient. Une étude réalisée par l'IFOP révèle que 59% des 50 ans et plus se verraient bien choisir ce type de résidence car elles permettent de garder son indépendance et de garder son environnement géographique habituel tout en bénéficiant d'un espace sécurisé avec des personnes disponibles 24h/24 en cas de besoin. Ces résidences font l'objet de multiples investissements publics et privés ces dernières années. Mais, si le concept séduit, leur coût est souvent inabordable. La fourchette peut varier entre 500 et plus de 3000 euros mensuels selon la ville choisie, la taille de l'appartement retenu, le nombre de services demandés.

- Les logements collectifs

Les logements collectifs, comme les maisons d'accueil rurales peuvent s'apparenter à des résidences seniors sur bien des aspects. La grande différence est dans l'élaboration du projet.

L'émergence de projet d'habitats collectifs construits par une association ou un groupement de personnes âgées qui souhaitent « vieillir ensemble » se multiplient à l'image des « babayagas »[5].

Des associations locales comme l'association Agir Multigénérationnel A2MG en Alsace étudient et expérimentent des alternatives entre le tout domicile et l'accueil en EHPAD pour les personnes en situation de fragilité, notamment liées au grand âge. Elle a porté en 2018 un microprojet INTERREG pour le vivre et habiter ensemble à tout âge et dans les situations de fragilité, en reliant l'habitat, le cadre de vie, la solidarité de voisinage et l'animation intergénérationnelle.

- L'habitat intergénérationnel

Il peut désigner deux formes d'habitat. L'une, souvent proposée par des associations a pour objectif de faire habiter des étudiants dans les chambres souvent vides des personnes âgées afin que celles-ci aient de la compagnie et une aide en cas de besoin. L'autre désigne des projets collectifs, souvent portés par les bailleurs sociaux conçus pour accueillir différentes générations : étudiants, familles, personnes âgées. Les différentes générations ne partagent pas le même toit mais vivent dans un même ensemble résidentiel. Un immeuble intergénérationnel peut, par exemple, être composé d'un tiers d'appartements conçus pour des étudiants, un tiers pour des familles et un tiers pour des personnes âgées. Les surfaces des logements sont pensées en cohérence avec les besoins des différents types d'habitants.

Les valeurs de solidarité entre générations et entre voisins sont au cœur de ces projets.

Des associations, comme Ensemble2Générations, déployées dans le Grand Est, proposent de mettre en lien une personne âgée qui peut mettre à disposition une partie de son logement pour accueillir un jeune étudiant. Le jeune en contrepartie paie un loyer avantageux ou rend des services (courses, ménage, …).

IV. OFFRES DE SOINS ET PERSONNELS MÉDICAUX ET NON-MÉDICAUX

Les personnes âgées, du fait notamment des pathologies et polypathologies dont elles peuvent souffrir, ont un besoin accru d'une offre de soins de proximité.

1. Les besoins et la répartition de l'offre

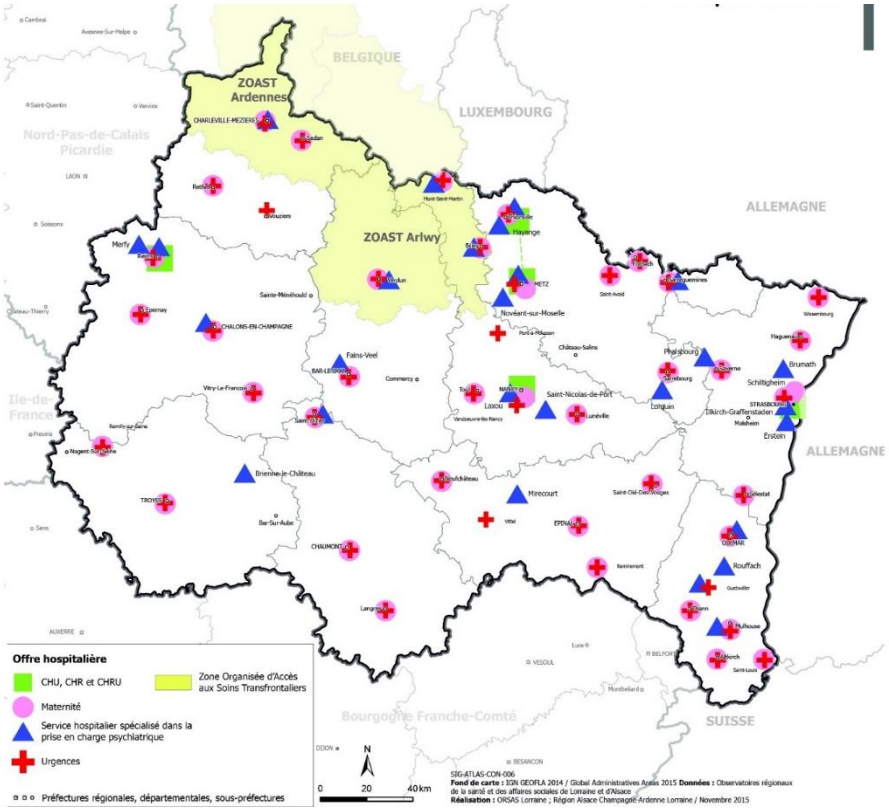
a. Le vieillissement du personnel médical et non médical

Le vieillissement de ces personnels induit des départs en retraite massifs, d'où la nécessité de renouvellement des effectifs. Ainsi le nombre de médecins généralistes libéraux a commencé à décroitre depuis 2010, cette diminution se poursuivant régulièrement jusqu'à ce jour. Plus de 30% des médecins vont partir à la retraite dans 5 ans. La DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) estime qu'en 2025, nous aurons 9% de médecins libéraux en France de moins qu'en 2009 alors même que la population aura augmenté. La fin du *numerus clausus* pourrait réduire en partie ce problème mais les médecins qui sont en première année de médecine en 2020 n'entreront sur le marché du travail qu'en 2028.

[5] http://www.lamaisondesbabayagas.fr/les-pilier-de-la-maison/

Dans le même temps, le manque d'attractivité de certains métiers (sociaux et paramédicaux notamment) sous-rémunérés et aux conditions de travail difficiles crée une fuite des personnes formées soit vers un autre secteur d'activités, soit vers un pays limitrophe qui propose de meilleures conditions salariales.

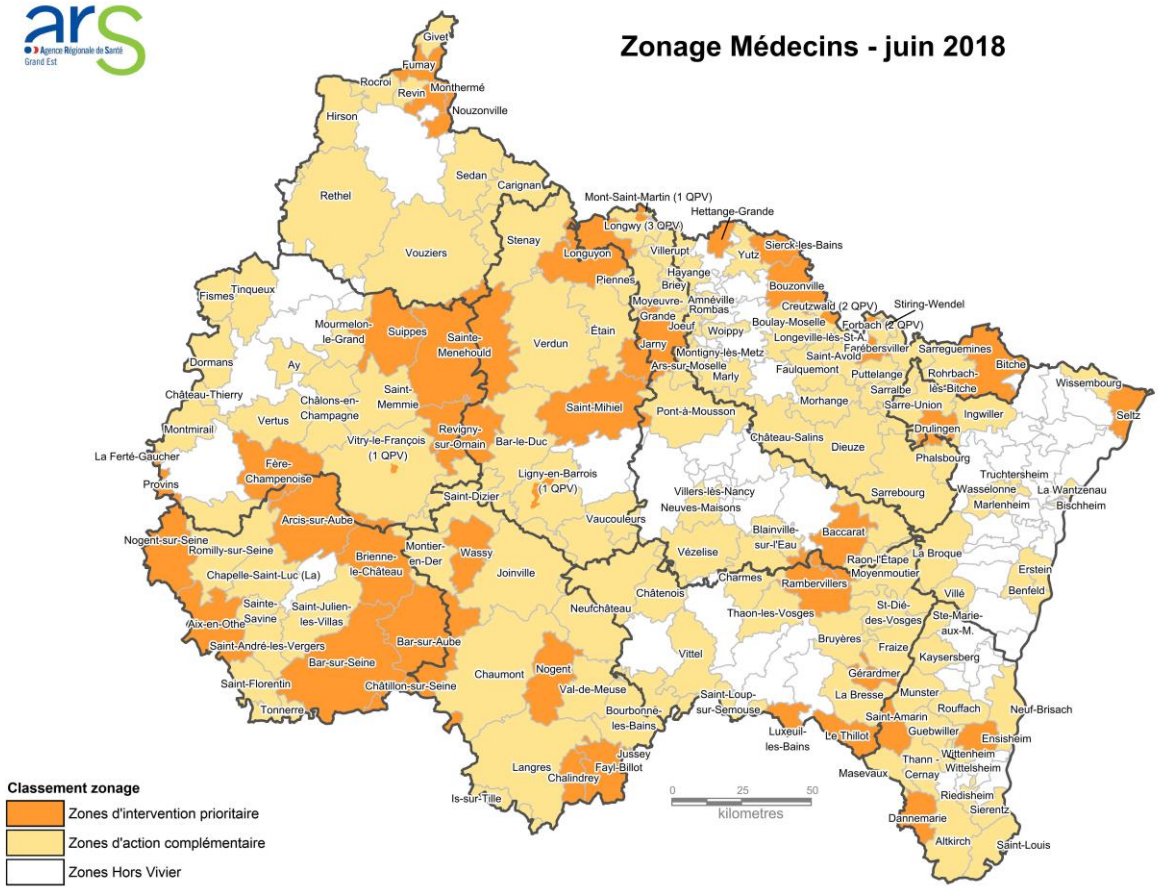
b. La répartition territoriale de l'offre de soins



La présence physique d'un ou plusieurs professionnels de santé sur l'ensemble du territoire est le préalable à tout suivi médical. La répartition des services d'urgence suit celle de la population dans le Grand Est. Un grand nombre d'entre eux est situé dans les grandes agglomérations (vois carte ci –dessus). L'évolution de la répartition, depuis 2000, fait craindre l'apparition de déserts médicaux dans le Grand Est. Les indicateurs de temps d'accès et d'accessibilité aux soins fournissent une information parlante.

L'ARS (Agence Régionale de Santé) a défini un zonage de la répartition des médecins dans le Grand Est mais sans prendre en compte les installations frontalières (voir carte-dessous) :

- Les **« zones d'intervention prioritaire »** qui représentent les territoires caractérisés par un faible niveau d'accessibilité aux soins (moins de 2,5 consultations par habitant et par an) ainsi que des territoires potentiellement fragiles (entre 2,5 et 4 consultations par habitant et par an). Elles représentent 8,7 % de la population régionale, soit 483 000 habitants.
- Les **« zones d'action complémentaire »**, moins impactées par le manque de médecins, mais qui nécessitent de mettre en œuvre des moyens pour éviter que la situation ne se détériore. Elles représentent 50,7 % de la population régionale, soit 2 810 000 habitants.
- Les **« zones hors vivier »** caractérisées par une offre de soins considérée comme satisfaisante (supérieure à 4 consultations par an et par habitant).



Note : au 15/06/2018, les régions Ile-de-France et Bourgogne-Franche-Comté ont arrêté leur zonage. Leur classement a été pris en compte dans cette carte.
En région Hauts-de-France, l'arrêté n'est pas paru à ce jour.

Sources : DGOS novembre 2017, ARS Grand Est février 2018
Exploitation ARS GE/DQPI/AES juin 2018

c. La coopération sanitaire transfrontalière

L'Union Européenne dans l'article 168 du traité de Lisbonne assure un niveau élevé de protection de la santé humaine et encourage la coopération entre les Etats membres visant à améliorer la complémentarité de leurs services de santé dans les régions frontalières. La santé reste néanmoins de la compétence de chaque Etat membre.
Le Grand Est, avec une frontière de 760 km avec 4 pays limitrophes et ses 190 000 travailleurs frontaliers concentre un grand nombre de problématiques frontalières dans le domaine de la santé. L'offre de soins dans les zones frontalières reste limitée, le Grand Est souffre d'une faible attractivité auprès des professionnels de santé. Les patients doivent souvent effectuer de longues distance-temps pour obtenir un accès aux soins adaptés à leurs problèmes de santé. La frontière reste un frein culturel et sociologique.

De nombreux travaux sont cependant en cours grâce entre autres au projet TRISAN, porté par l'Euro-Institut (localisé à Kehl) pour la coopération transfrontalière dans les domaines de la formation, l'accompagnement et le conseil de projets transfrontaliers : citons les travaux d'études sur les systèmes de santé et d'accès aux soins, sur la mobilité des patients et des professionnels de santé, les travaux de comparaison des législations en matière de prise en charge des personnes handicapées et des personnes âgées.

Des collaborations inter-hospitalières sont élaborées en vue d'améliorer l'accès aux soins de proximité dans les espaces frontaliers ruraux et urbains sur la base de la complémentarité de l'offre entre les structures hospitalières de soins implantées de part et d'autre de la frontière.

Sur la frontière franco-allemande, l'Euro district Pamina, qui associe le Palatinat du Sud, le Mittlerer Oberrhein et le nord de l'Alsace, travaille notamment sur l'accès aux soins et le remboursement des soins en transfrontalier en lien avec la commission européenne. Un protocole d'action a été mis en place et a permis d'identifier 12 obstacles pour le remboursement des soins entre les caisses française et allemande. Une partie d'entre eux devrait être réglée avec la mise en application du traité d'Aix la chapelle du 22 janvier 2019, qui prévoit la coopération transfrontalière notamment sur la santé, entre la France et l'Allemagne.

La coopération franco-belge peut être prise comme modèle : un accord cadre franco-belge (le premier en Europe) a été signé le 1er juin 2005 dans un premier temps, créant ainsi une base juridique-délimitant les territoires concernés, définissant les autorités pour valider les conventions de coopération et fixant trois modes de régulation financière des flux de patients. Cet accord permet à l'ensemble de la population des zones frontalières (établie en ZOAST, Zone Organisée d'Accès aux Soins Transfrontaliers) de bénéficier d'un double accès aux soins. Ainsi, dans les ZOAST, (il en existe 7 sur la frontière franco-belge, voir carte ci-après), la prise en charge du patient, et son remboursement, sont les mêmes qu'il soit d'un côté ou de l'autre de la frontière. Sur cette même bande frontalière, une convention permet la prise en charge d'un patient en situation d'urgence par le SMUR (Service Mobile d'Urgence et de Réanimation) le plus proche d'un côté ou de l'autre de la frontière. C'est ainsi qu'environ 500 interventions frontalières sur les 620 kms de frontière sont enregistrées chaque année.

Dans le champ médico-social, un accord-cadre entre la France et la Wallonie a été signé en 2011 pour la prise en charge des personnes handicapées : 6 500 personnes françaises en situation de handicap séjournent actuellement dans des établissements de Wallonie du fait d'un coût moins élevé et de facilités administratives. Mais ces hébergements ne répondent plus aux normes françaises et ne permettent donc plus de percevoir l'allocation aux adultes handicapés.

La coopération sanitaire transfrontalière constitue sur les territoires concernés un des principaux leviers de facilitation de l'accès aux soins, de réponse aux difficultés liées à la démographie médicale et de création de synergies entre systèmes de santé, sans investissement supplémentaire. Elle est aussi un des principaux domaines de visibilité de l'impact positif de l'intégration européenne pour le citoyen mais son efficacité se heurte encore à des considérations nationales voire territoriales

Soulignons ici la coopération qui a été mise en place entre hôpitaux allemands et français lors de la crise sanitaire du Covid-19, et qui a ainsi permis de désengorger les services d'urgence des hôpitaux français.

2. Les formations

a. Les formations en médecine

La formation complète en médecine est proposée sur trois sites universitaires du Grand Est : Université de Lorraine, Université de Reims et Université de Strasbourg. Actuellement, la première année de médecine, (PACES, Première Année Commune aux Études de Santé) en est la première marche, mais aussi la première difficulté. Elle est sanctionnée par un concours où moins de 30 % des candidats sont reçus chaque année. En 2019, le *numerus clausus*, a été fixé à 767 places en médecine (308 places en Lorraine, 252 places à Strasbourg et 207 places à Reims). Ce chiffre est en augmentation de seulement 5 places à Strasbourg entre 2018 et 2019, en stagnation pour les deux autres universités alors qu'au niveau national une augmentation de plus de 13% des places a été décidé.

La fin du *numerus clausus* et de la PACES est prévue pour l'année universitaire 2020-2021. A la place du quota défini au niveau national, chaque faculté définira son nombre de places avec un seuil plancher en dessous duquel elles ne pourront pas descendre. L'absence de budget supplémentaire au sein des universités ne permettra pas une augmentation significative du nombre de places en faculté de médecine et donc la sélection devrait être maintenue.

De plus, la résorption du départ en retraite massif des médecins dans les années à venir ne pourra se faire que dans quelques années, puisque, l'obtention d'un diplôme de médecin prend au minimum 9 ans.

b. Les formations sanitaires et sociales

Pour rappel, les Conseil régionaux sont compétents pour définir et mettre en œuvre la politique de formation du secteur sanitaire et social ; ils ont ainsi la charge :

- De conduire une politique adaptée aux besoins des secteurs sanitaire, social et médico-social se traduisant notamment par l'élaboration du schéma des formations sanitaires et sociales ;
- D'agréer et de financer les établissements qui dispensent ces formations ;

- D'attribuer des bourses et aides aux élèves et étudiants inscrits dans ces établissements.

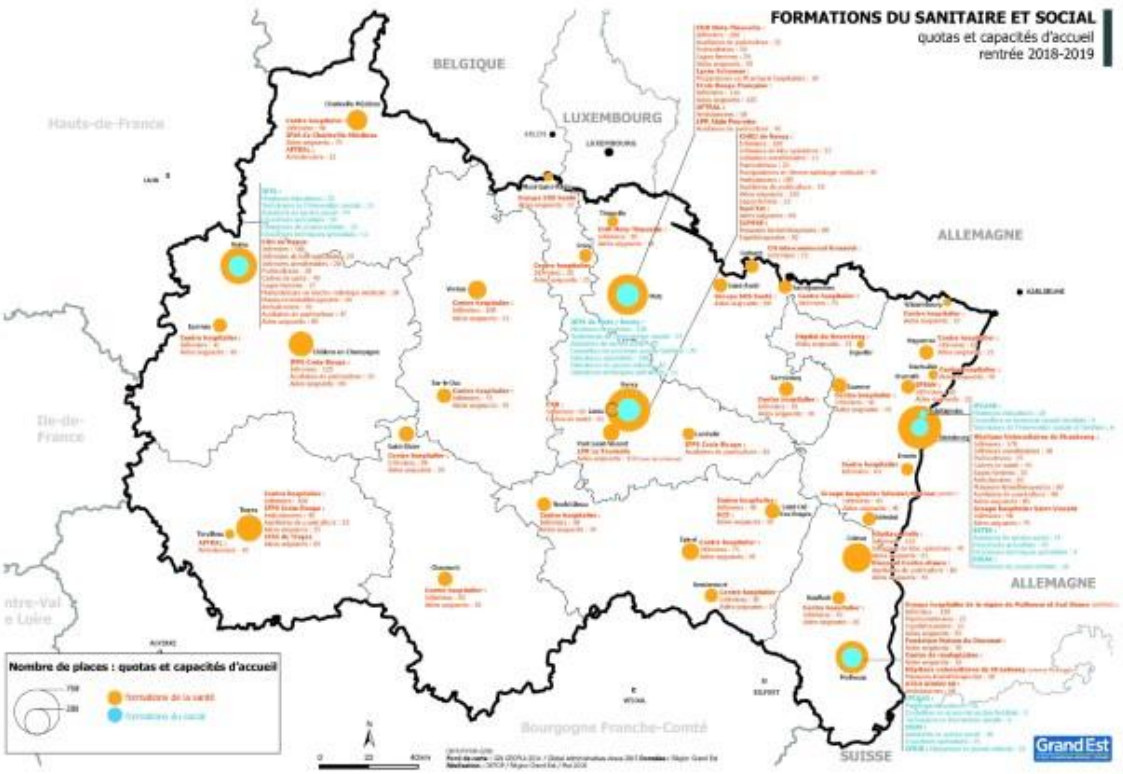
Les formations sanitaires concernent : Sage-femme, Infirmier de soins généraux, Infirmier de bloc opératoire, Infirmier anesthésiste, Puéricultrice, Cadre de santé, Masseur-kinésithérapeute, Ergothérapeute, Psychomotricien, Manipulateur-radio, Préparateur en pharmacie hospitalière, Aide-soignant, Auxiliaire de puériculture et Ambulancier...

Actuellement la Région agrée 122 instituts publics de formation (dont 33 Instituts de Formation en Soins Infirmiers et 39 Instituts de Formation d'Aides-Soignants) rattachés à 45 établissements hospitaliers. Les effectifs des instituts de formation paramédicale et de sage-femme agréés par la Région Grand Est représentent près de 16 000 personnes.

L'ensemble de ces établissements connait des difficultés croissantes de recrutement, sauf dans les IFSI (Instituts de Formation aux Soins Infirmiers) en 2019. Pour exemple, le nombre de candidats au concours d'entrée d'aide-soignant a baissé de 42% entre 2014 et 2019.

De plus, 25 % des infirmier(e)s dans le Grand Est abandonnent dans les 5 premières années de leur exercice. Le constat est le même pour les aides soignant(e)s. Une part drastique des employés du secteur ne se sent pas valorisée dans son métier. Les possibilités d'évolution, les formations professionnelles, les évolutions salariales et de véritables améliorations des conditions de travail sont une nécessité pour un secteur en crise de main d'œuvre.

De plus les zones frontalières sont soumises à une forte aspiration de la main d'œuvre et des compétences vers des pays où les métiers médicaux et paramédicaux sont souvent mieux rémunérés.



AVIS

« *Transformation des liens intergénérationnels, transformation de l'offre qui ne peut se réduire à l'isolement chez soi ou en établissement, transformation du système d'aides pour que l'allongement de la vie de ses proches ne se traduise pas en dilemme financier pour les ménages modestes, transformation de la prise en charge pour assurer des parcours de soins et de santé sans rupture, transformation de la politique de prévention qui doit commencer très tôt et se poursuivre le plus longtemps possible pour maintenir au mieux les fonctions de la personne.* »

Le CESER fait siennes ces préconisations du rapport de Dominique Libault. Les crises sanitaires vécues récemment (pandémies, canicules…) doivent nous interroger sur la manière dont notre société considère les personnes âgées en perte d'autonomie. Dans cet avis, Le CESER essayera de se concentrer sur les solutions nécessaires et applicables dans la région Grand Est.

Le contexte et les constats ci-dessus amènent le CESER à émettre les préconisations suivantes.

I. PRÉVENTION

Les solutions innovantes, robotiques et numériques, pourraient être mises au service du bien vieillir. Le Grand Est peut devenir un modèle grâce à un réseau d'acteurs déjà bien implantés dans ces secteurs (UTT de Troyes, Start-ups…). Le secteur de la Silver economy (économie des seniors) en pleine expansion est une source d'emplois durables pour le territoire du Grand Est. Cette filière semble néanmoins très peu structurée dans notre région et dépendre largement de la volonté locale. *Le CESER souhaite qu'une politique globale pour le développement d'une filière de la « Silver economy » soit mise en place afin de soutenir cet écosystème lié au vieillissement.*

Préconisation 1 : Mettre en place une politique globale pour l'innovation et le développement d'une filière « Silver economy » afin de soutenir un écosystème lié au vieillissement en pleine expansion dans le Grand Est.

Un guichet unique, les Centres Locaux d'Information et de Coordination gérontologique (CLIC, appelé pôle autonomie, ou pôle gérontologie selon les départements), assure la coordination de l'ensemble des actions permettant de faciliter le quotidien des ainés. Ceux-ci sont très peu connus de la population. *Le CESER souhaite que tous les Départements du Grand Est mettent en place une action de communication commune pour améliorer la connaissance des CLIC, en visant l'ensemble des salariés, lors de leur départ en retraite.*

Préconisation 2 : Mettre en place une action de communication interdépartementale commune pour améliorer la connaissance et la visibilité des centres d'informations que sont les CLIC.

Le maintien d'une activité physique et intellectuelle permet de ralentir la perte d'autonomie. Dans le cadre de la lutte contre l'isolement et dans l'objectif de renforcer le lien social intergénérationnel, *le CESER souhaite que le rôle des associations soit reconnu et valorisé. Il propose d'orienter les subventions associatives vers celles qui ont un volet « intergénérationnel » dans leurs actions et cela dans tous les secteurs (sportif, culturel, environnemental…).*

De nombreuses actions ont été mises en place, par des collectivités, des associations et des citoyens lors du confinement et de la crise sanitaire récente (janvier 2020) : appel à la solidarité et à l'entraide. Ces actions, amenées à disparaitre, pourraient être évaluées en vue d'une possible pérennisation.

II. HÉBERGEMENT

Pour favoriser le maintien d'échanges et d'activités, penser de manière intergénérationnelle l'ensemble des aménagements urbains peut être une solution. Un immeuble conçu pour accueillir des étudiants, des personnes âgées et des familles peut réinsérer du lien social au sein des logements collectifs notamment dans les centres-villes. *Le CESER souhaite que le Conseil régional soutienne le développement d'immeubles et de quartiers intergénérationnels et mixtes socialement pour lutter contre l'isolement des personnes âgées, notamment dans le cadre de la mise en place des Schémas de Cohérence Territoriaux.*

L'ensemble des Etablissements Publics de Coopération Intercommunale (EPCI) de 5 000 habitants et plus doit obligatoirement mettre en place une commission intercommunale pour l'accessibilité. Cette commission a pour mission notamment de dresser un constat de l'état d'accessibilité du cadre bâti existant, de la voirie, des espaces publics et des transports et d'établir un recensement de l'ensemble des logements accessibles aux personnes en situation de handicap. Force est de constater que ces missions ne sont pas accomplies dans la plupart des communautés de communes ; *le CESER propose de mettre en place un recensement à l'échelle départementale des logements accessibles, en privilégiant dans un premier temps les nouveaux aménagements.*

Préconisation 3 : Développer des immeubles et quartiers intergénérationnels et mixtes socialement pour lutter contre l'isolement

Dans les EHPAD, le personnel d'accompagnement des personnes âgées n'est pas assez nombreux mais ce problème relève d'une politique nationale. Néanmoins, afin de multiplier le nombre de places disponibles dans la région, *le CESER souhaite que les résidences seniors et les EHPAD privés à but non lucratif puissent être mieux soutenus par les collectivités. Une politique particulière devra être mise en place afin d'ouvrir des places pour les personnes en situation de handicap, qui vieillissement prématurément, et ne trouvent pas de place disponible notamment dans les EHPAD.*

Préconisation 4 : Soutenir le développement et l'amélioration de la prise en charge dans les résidences seniors et les EHPAD privés à but non lucratif.

Dans le cadre du maintien à domicile, *le CESER souhaite porter une attention particulière aux aidants familiaux. Ils sont plusieurs milliers dans le Grand Est à aider quotidiennement une personne en perte d'autonomie. Des structures d'accueil et de répit à leur destination pourraient être mises en place.*

III. PERSONNELS MÉDICAUX ET NON MÉDICAUX

Le rapport Libault, concluant la concertation nationale sur le grand âge et l'autonomie, a identifié, parmi les sujets à traiter de manière prioritaire, la question de l'attractivité des métiers de l'accompagnement des personnes âgées en assurant de meilleures conditions de travail, en facilitant l'accès aux formations initiales et professionnelles et en permettant des évolutions dans les métiers. La crise sanitaire du Covid-19 de début 2020, sur un modèle qui risque de se reproduire, a montré la nécessaire amélioration des conditions de travail du personnel soignant. De plus, la valorisation de ces métiers ne pourra être effective qu'avec une augmentation nécessaire des rémunérations des professionnels concernés.

Afin d'organiser la coordination, à l'échelon local, en matière de formation aux métiers médicaux, paramédicaux sanitaires et sociaux, et de pouvoir satisfaire aux besoins de recrutement du secteur, *le CESER souhaite que la Région coordonne avec l'ensemble des Départements la mise en place de conférences des métiers du Grand âge à l'échelle départementale en prenant en compte les spécificités transfrontalières de certains territoires.*

Préconisation 5 : Mettre en place, à l'échelle des départements, des conférences des métiers du Grand âge afin de coordonner les formations et les besoins en professionnels médicaux et non médicaux en tenant compte les spécificités transfrontalières de certains territoires.

Dans le cadre de la revalorisation des métiers*, le CESER souhaite que soit ouvert un droit à la formation et à l'évolution professionnelle pour l'ensemble des personnels et aidants familiaux qui assistent quotidiennement des personnes en perte d'autonomie.* Cela pourrait concerner, dans le cadre notamment de la Validation des Acquis de l'Expérience (VAE), les non-diplômés avec un droit d'accès à une formation en soins gérontologique, comme les aides-soignants expérimentés (passerelle vers les instituts de formations aux soins infirmiers) et les infirmiers (ouverture de place de formation d'infirmier de pratiques avancées). L'ensemble de ces formations peut permettre à tout personnel concerné de construire un projet professionnel personnalisé tout en évitant les glissements de tâches vers les personnes non formées.

Préconisation 6 : Ouvrir un droit à la formation pour les aidants familiaux et à l'évolution professionnelle pour l'ensemble des salariés qui assistent quotidiennement des personnes en perte d'autonomie.

Le CESER souhaite qu'un plan d'adhésion à la charte nationale sur l'aide à domicile soit mis en place dans la région Grand Est. Cette charte promeut une amélioration des conditions de travail mais également des conditions de prise en charge pour les personnes âgées.

De nombreuses formations dans le Grand Est sont confrontées à une aspiration des personnes nouvellement formées vers les pays frontaliers proposant de meilleures conditions salariales. Le CESER propose d'expérimenter une obligation de services dans le cadre de la formation initiale sur les métiers en tension, médecins et infirmiers. A défaut, *le CESER souhaite que soit pris en charge tout ou partie de la formation par les établissements recruteurs dans les pays limitrophes.*

Préconisation 7 : Expérimenter une obligation de services de quelques années après la formation initiale dans certaines filières en tension (infirmiers, médecins…).

IV. ACCÈS AUX SOINS

La région Grand Est présente un vieillissement de la population supérieur à la moyenne nationale. Alors que l'accessibilité pour tous à un parcours de santé adapté est une nécessité, l'inégalité d'accès à l'offre de soins sur le territoire régional est un constat partagé par tous les acteurs : freins financiers, délais d'attention, répartition géographique des professionnels de santé…

Si certaines zones urbaines sont encore dotées convenablement en médecins spécialistes et généralistes, de nombreuses zones rurales ont déjà du mal à conserver un nombre de professionnels de santé suffisant pour pouvoir répondre au vieillissement de la population. De plus, le vieillissement du personnel de santé va accroitre ce constat dans les prochaines années sur l'ensemble du territoire du Grand Est.

Le CESER considère que l'objectif d'un accès aux soins urgents en moins de 30 minutes pour l'ensemble des populations du territoire du Grand Est doit être garanti. Dans cet objectif, le maintien des services d'urgence de proximité doit être également priorisé. Les conditions et la capacité d'accueil des services d'urgences devront tenir compte des pics d'affluence occasionnés lors des crises sanitaires, à l'exemple de celle du Covid-19.

Certains freins au partage des services de soins en zone frontalière persistent comme les principes et procédures de remboursement différents, les charges administratives nécessaires pour avoir recours à un spécialiste, les incompatibilités technologiques et l'absence de partage des données des patients, la barrière de la langue. Même les SMUR (Services Mobiles d'Urgence et de Réanimation) sont souvent empêchés d'effectuer des interventions transfrontalières, excepté sur la frontière Franco-Belge où la coopération existe.

Au-delà de la solidarité établie entre les hôpitaux français et allemands lors de la crise du Covid-19, le CESER insiste sur la nécessaire coopération dans la durée des services de soins et de santé dans les zones transfrontalières. *Le CESER soutient la signature de nombreux accords entre la France et la Belgique qui ont permis à plus de 20 000 patients de profiter de soins dans le pays voisin (mise en place de zones organisées d'accès aux soins transfrontaliers (ZOAST) et coopération des SMUR).*

Préconisation 8 : Étendre les expérimentations entre la France et la Belgique (mise en place de ZOAST, zones organisées d'accès aux soins transfrontaliers et coopération des SMUR, Services mobiles d'urgences et de réanimation, à l'ensemble des territoires frontaliers du Grand Est (Luxembourg, Allemagne, Suisse).

La désertion des professionnels dans certaines zones urbaines (villes moyennes en perte d'attractivité, quartiers « politique de la ville » et zones rurales) doit être ralentie par des politiques de soutien à l'installation des professionnels nécessaires dans les zones en tension.

Le soutien aux stages d'internes en milieu rural, la mise en place d'assistants médicaux partagés et de plateforme technique doivent être accentués et élargis aux territoires en perte de professionnels de santé. Au-delà de ces soutiens, seules des politiques d'attractivité (économique, aménagement…) nécessaires à ces territoires pourront réduire durablement ces problématiques.

Le CESER appuie la politique de déploiement de maisons de santé pluri professionnelles mais il souhaite qu'une évaluation soit réalisée avant de développer un maillage géographique cohérent et coordonné.

Le CESER rappelle son soutien à la constitution de communautés professionnelles territoriales de santé et de projets locaux de santé à l'échelle des EPCI (ensemble de professionnels de santé constitué autour d'un médecin généraliste qui assure la coordination des actions) et cela sur l'ensemble du territoire régional. Ces projets locaux doivent faire l'objet d'une mise en cohérence dans leur élaboration et d'une évaluation de leur fonctionnement afin de les pérenniser.

V. FINANCEMENT ET ORGANISATION

Le vieillissement de la population devrait imposer un investissement massif. Le rapport Libault estime en effet qu'un budget de 9,2 milliards d'euros par an est nécessaire pour faire face à la dépendance des personnes âgées. **Une augmentation de la part du PIB dédiée est indispensable dans l'objectif d'améliorer la santé des personnes âgées, leurs conditions de vie matérielle, le logement individuel ou les établissements d'accueil, et de pouvoir ainsi renforcer leurs allocations. Une nouvelle clé de répartition dans les dépenses de soins sera également nécessaire pour une meilleure prise en compte de la dépendance.**

Sur les modalités d'organisation du système de santé en région, le CESER s'interroge sur la meilleure échelle territoriale pour organiser en complémentarité l'offre de soins. Une plus grande coordination semble nécessaire entre les instances régionales et départementales. Si les Agences Régionales de Santé ont permis d'améliorer cette coordination au niveau régional, la question du pilotage national toujours fort reste posée. Ces agences ont encore besoin de clarifier leurs missions et d'obtenir les moyens pour mieux répondre aux besoins d'adaptation des réponses sanitaires et d'offre de soins aux réalités différentes selon les territoires et ainsi réduire les inégalités dans les offres de soins et l'accès au meilleur parcours de santé

L'organisation des ARS doit aussi être garante du respect d'une démocratie sanitaire plus proche des professionnels de santé de terrain et des associations d'usagers de la santé.

Préconisation 9 : Améliorer la coordination entre les instances territoriales de santé et encourager une plus grande place des professionnels de santé dans la gouvernance des Agences régionales de santé (ARS)

Le CESER souhaite également que soit accompagné financièrement par les collectivités l'ensemble des projets de construction ou de rénovation de résidences seniors et d'EHPAD dans les zones en tension.

Si l'Union Européenne dans l'article 168 du traité de Lisbonne encourage la coopération entre les états membres visant à améliorer la complémentarité de leurs services de santé dans les régions frontalières, il n'existe pour le moment aucune solution pour la prise en charge de la dépendance dans ces zones. Les cotisations « vieillesse » des salariés français au Luxembourg ou en Suisse profitent largement au budget de ces deux pays alors que l'accompagnement de ces personnes, une fois en situation de dépendance, est totalement réalisé par la France.

Des fonds de financement communs franco-luxembourgeois et franco-suisse d'accompagnement de la perte d'autonomie pourraient être mis en place afin de cofinancer des lieux de prise en charge des personnes âgées aux frontières et d'accompagner leur maintien à domicile… Dans une moindre mesure, ces fonds pourraient être mis en place entre la France et la Belgique et entre la France et l'Allemagne moins sujets au travail frontalier.

Préconisation 10 : Mettre en place un fonds de financement commun franco-luxembourgeois et franco-suisse pour l'accompagnement de la perte d'autonomie.

RAPPEL DES PRÉCONISATIONS

1. Mettre en place une politique globale pour l'innovation et le développement d'une filière « Silver economy » afin de soutenir un écosystème lié au vieillissement en pleine expansion dans le Grand Est.

2. Mettre en place une action de communication interdépartementale commune pour améliorer la connaissance et la visibilité des centres d'informations que sont les CLIC.

3. Développer des immeubles et quartiers intergénérationnels et mixtes socialement pour lutter contre l'isolement

4. Soutenir le développement et l'amélioration de la prise en charge dans les résidences seniors et les EHPAD privés à but non lucratif.

5. Mettre en place, à l'échelle des départements, des conférences des métiers du Grand âge afin de coordonner les formations et les besoins en professionnels médicaux et non médicaux en tenant compte les spécificités transfrontalières de certains territoires.

6. Ouvrir un droit à la formation pour les aidants familiaux et à l'évolution professionnelle pour l'ensemble des salariés qui assistent quotidiennement des personnes en perte d'autonomie.

7. Expérimenter une obligation de services de quelques années après la formation initiale dans certaines filières en tension (infirmiers, médecins…).

8. Étendre les expérimentations entre la France et la Belgique (mise en place de zones organisées d'accès aux soins transfrontaliers (ZOAST) et coopération des SMUR), à l'ensemble des territoires frontaliers du Grand Est (Luxembourg, Allemagne, Suisse)

9. Améliorer la coordination entre les instances territoriales de santé et encourager une plus grande place des professionnels de santé dans la gouvernance des Agences régionales de santé (ARS)

10. Mettre en place un fonds de financement commun franco-luxembourgeois et franco-suisse pour l'accompagnement de la perte d'autonomie

EXPLICATION DE VOTE

Explication de vote des membres du CESER représentant la Confédération française démocratique du travail (CFDT)

Comme le dit le rapport présenté aujourd'hui, « la région Grand Est fait face à un important défi démographique » avec une forte augmentation des personnes dépendantes.

Pour répondre à ce défi, la Région Grand Est prévoit en 2020 :

- de consacrer près de 75 M€ pour financer les formations des élèves et étudiants inscrits dans les formations du secteur sanitaire.
- d'augmenter les quotas, sous réserve d'une amélioration de la capacité d'accueil en stage de 1ère année,
- d'augmenter de 68 places la formation ambulancier en Lorraine.

Cela nous parait bien mince.

Permettre à nos ainés de vieillir dans la dignité, les accompagner au quotidien est un objectif pour l'ensemble de notre société : soignants, familles, associations.

Le rapport montre bien la diversité des acteurs qui peuvent graviter autour de la personne dépendante : aidants familiaux, services d'aide à la personne, personnels soignants, services sociaux du département ou de la commune, médecins, associations…

Pour être efficaces, il nous semble important de centrer l'action des différents acteurs et des différents intervenants sur la personne. Les besoins des personnes et de leurs familles évoluent, des premiers signes de perte d'autonomie à la prise en charge à temps plein en établissement spécialisé.

Dans ce processus, le rôle du médecin généraliste et des CCAS est prépondérant dans le repérage des personnes en situation de fragilité. Ce repérage devrait enclencher la mise en œuvre d'un accompagnement personnalisé.

Or à ce jour, il n'en est rien, et les familles sont souvent bien seules pour effectuer les différentes démarches. Démarches qui aboutissent parfois plusieurs mois voire plusieurs années plus tard.

Avec un âge moyen au premier enfant qui recule et une espérance de vie en bonne santé qui stagne, certaines études prévoient qu'en 2030, un salarié sur 4 sera proche aidant. Il serait temps que la société reconnaisse la contribution de ces invisibles et que des aménagements de carrière soit possibles pour les aidants actifs. Les attentes vis-à-vis de la Loi Grand âge sont grandes pour les personnes âgées et pour ceux, et le plus souvent celles, qui prennent soin d'eux au quotidien.

Pour finir, « Aider nos parents à vivre debout, avec les autres » passe par la capacité des pouvoirs publics à faire enfin appliquer les obligations de mise en accessibilité de la loi handicap du 11 février 2005.

La CFDT votera pour l'avis.

Marie-Claude BRIET-CLEMONT, Najat COTTUN, Bartolina CUCUZZELLA, Adrien ETTWILLER, Alex GORGE, Philippe GUETH, Roland HARLAUX, Alain LEBOEUF, Dominique LEDEME, Anne LEININGER, Bruno MALTHET, Corinne MARCHAL, Sandrine MARX, Paul NKENG, Brigitte RITZENTHALER, Francine PETER, Laurent STIEFFATRE

ANNEXES

MEMBRES DE LA COMMISSION AMÉNAGEMENT DES TERRITOIRES ÉLARGIE

Présidente

Valérie VIANA

Vice-président

Eric BALAUD

Rapporteure

Michèle TREMOLIERES

Membres

Hubert ATTENONT

Christian DEJARDIN

Philippe FAVIER

Catherine FULPIN

Alex GORGE

Patrice HALTEBOURG

Jean-Pierre LANGLET

Dominique LIGER

Cécile MICHEL

Jean-Paul NOLLET

Philippe RENAUDIN

Françoise SEIROLLE

Alain TARGET

Annick WENGER

REMERCIEMENTS AUX PERSONNES AUDITIONNÉES

Samuel BALMAND, adjoint au chef du service des études, INSEE Grand Est

Michel BONNEFOY, directeur, ORS Grand Est,

Philippe CARBONI, chef de projet prévention de l'autonomie, Département de la Moselle

Anne Marie DAMIEN, membre, Moselle Seniors

Sébastien DARY, directeur général de la fédération, ADMR de l'Aube

Evelyne DENNY, Membre, AGIR multigénérationnel

Docteur Jean-Louis DEUTSCHER, directeur de Label-Vie

Emilie GARDEUR, directrice des études, ORS Grand Est

Hélène GIRARD, membre, Moselle Seniors

Véronique HANSMANN, médecin gériatre conseillère médicale, ARS Grand Est

Patrice HARSTER, directeur, euro-district PAMINA

Sylvette LASERRE, Pôle autonomie, Département de la Moselle

Henri LEWALLE, président du GT Santé, Conseil Economique et Social de la Grande Région

Aurélia MAPELLI, responsable du pôle communication, ADMR de l'Aube

Anne MARCHEL-TEXIER, cheffe de la mission Santé, Conseil Régional Grand Est

Laurent MARIE, directeur du pôle des solidarités, Conseil départemental de l'Aube

Stéphanie MARX, membre, Moselle Seniors

Madeleine MINOIS, membre, Moselle Seniors

Joëlle NICOLAS, directrice d'établissement, EHPAD de la Sainte Famille de Montigny Lès Metz

Eddie PRADIER, chargé de mission du projet TRISAN, Euro institut de Kehl

Léa RAIMBAULT, directrice de l'association, Atout Age Alsace

Gwenola REY, responsable du département Parcours des personnes âgées à la direction de l'autonomie, ARS Grand Est

Erwan SALQUE, directeur du pôle innovation et solutions patients, Pharmagest

Catherine SCHUMENG, cheffe de service de l'information et de la coordination gérontologique, Département de la Moselle

Jean-Paul STRAUSS, chef du service Etude et diffusion, INSEE Grand Est

Anaïs THIRION, membre, Moselle Seniors

Dimitri VOILMY, responsable du Living Lab ActivAgeing, docteur en sociologie des usages des technologies de l'information et de la communication, UTT de Troyes

Lorraine WITTMER membre, Moselle Seniors

CESER
ALSACE
CHAMPAGNE-ARDENNE
LORRAINE
Grand Est

Retrouvez toutes les infos du CESER Grand Est sur internet :
www.ceser-grandest.fr

Suivez-nous
sur les réseaux sociaux pour ne rien manquer de nos actualités :

@cesergrandest

@ceserge

Site de Châlons-en-Champagne
5, rue de Jéricho - CS70441 - 51037 Châlons-en-Champagne Cedex
Tél : 03 26 70 31 79

Site de Metz
1 Place Gabriel Hocquard - CS 81004 - 57036 Metz Cedex 01
Tél : 03 87 33 60 26

Site de Strasbourg
1 Place Adrien Zeller - BP 91006 - 67070 Strasbourg Cedex
Tél : 03 88 15 68 00