

Jeanne FERRERO



**Université
de Rennes**

*Repenser le soutien domiciliaire, un enjeu de santé
publique face au vieillissement de la population dans
le pays de Saint-Malo*

Master 2 Santé publique

Parcours : Pilotage des politiques et actions en santé publique

Promotion : 2023-2024

Date du Jury : 17 Juin 2024

Remerciements

La réalisation de ce mémoire a été possible grâce au soutien et à l'encouragement de nombreuses personnes. Il est donc important pour moi de les remercier chaleureusement.

En premier lieu, je tiens à exprimer ma profonde gratitude à mon directeur de recherche, M. Campéon, pour son accompagnement, ses conseils avisés, ses nombreuses relectures et sa disponibilité tout au long de cette rédaction. Ses remarques constructives et son expertise ont été inestimables pour l'aboutissement de ce travail.

Je souhaiterais également adresser toute ma reconnaissance à ma maître d'apprentissage, Mme Devaux. Sa bienveillance, son soutien constant et la confiance qu'elle m'a accordée ont été des piliers essentiels tout au long de ma mission. Son accompagnement attentif et ses précieux conseils ont été essentiels à ma progression, tant professionnelle que personnelle.

Je tiens également à remercier sincèrement tous les professionnels rencontrés au cours de cette mission d'apprentissage. Leurs échanges enrichissants ont nourri ma réflexion et ont considérablement élargi mes connaissances. Leurs témoignages et partages d'expériences ont été d'une aide précieuse, sans leur collaboration, la rédaction de ce mémoire n'aurait pas été possible.

Un grand merci en particulier à Maïwenn et à mes collègues de promotion pour leur soutien moral et leurs encouragements constants. Mais aussi à ma Maman, Eliane et Sylvie pour leurs temps consacré à une relecture qui a grandement contribué à l'amélioration de la qualité de ce document.

Enfin, je tiens à remercier Paul pour son soutien infaillible durant la rédaction de cet écrit et plus largement, durant ces deux années d'étude. Sa constante présence à mes côtés a été d'une valeur inestimable. Sa patience infinie, son encouragement sans faille et sa compréhension sans limite m'ont permis de poursuivre mes aspirations personnelles. Je lui adresse mes plus sincères remerciements pour son soutien et son engagement dans cette reprise d'étude, qui sera, je l'espère, gage d'un meilleur avenir en commun.

Liste des sigles et des acronymes :

ACTP : Allocation compensatrice pour tierce personne
ADMR : Aide à domicile en milieu rural
AGGIR : Autonomie, gérontologie, groupes iso-ressources
APA : Allocation personnalisée d'autonomie
ARS : Agence régionale de santé
Asip : Accueil social inconditionnel de proximité
ASV : Adaptation de la société au vieillissement
ATMP : Arrêt de travail, maladie professionnelle
AVQ : Actes de la vie quotidienne
CCAS : Centre communale d'action sociale
Cdas : Centre départemental d'action sociale
Cesu : Chèque emploi service universel
Cias : Centre intercommunal d'action sociale
Clic : Centre local d'information et de coordination
Cnav : Caisse nationale d'assurance vieillesse
CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CPTS : Communauté professionnelle territoriale de santé
CSG : Conseiller sociale en gérontologie
DAC : Dispositif d'appui à la coordination
DITP : Direction interministérielle de la transformation publique
Ehpad : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EPCI : Etablissement public de coopération intercommunale
GIR : Groupe iso-ressource
HCFEA : Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge
HCSP : Haut conseil en santé publique
IDE : Infirmière diplômée d'Etat
Ifop : Institut français d'opinion publique
MDPH : Maison départementale des personnes handicapées
Monalisa : Mobilisation nationale contre l'isolement social des âgés
OMS : Organisation mondiale de la santé
PNBV : Plan nationale bien vieillir
PSD : Prestation spécifique dépendance
RSA : Revenu de solidarité active
RSS : Résidence services seniors
Saad : Service d'aide et d'accompagnement à domicile
SMA : Saint-Malo agglomération
Spasad : Services polyvalents d'aide et de soins à domicile
SPDA : Service public départementale de l'autonomie
Ssiad : Service de soins infirmiers à domicile
SSR : Soins de suites et de réadaptation

Table des matières

Introduction	1
Méthodologie.....	3
 <i>Partie 1 : Étude du vieillissement de la population en France et en territoire : politiques publiques, perspectives et défis du soutien à domicile dans le pays de Saint-Malo.</i>	
I. Genèse et analyse des politiques publiques de la vieillesse en France	6
I.1. Les années 60 : Le rapport Laroque ou la naissance des politiques de la vieillesse	6
I.2. Les années 80 : Entre décentralisation et réorientation sémantique	9
I.3. Les années 2000 : révolution sémantique, culpabilité familiale et prévention.	11
II. Diagnostic territorial : mise en perspective du vieillissement de la population entre la France et le département 35	16
II.1. Le vieillissement de la population : Définition et données démographiques	16
II.1.A. Le vieillissement à l'échelle nationale	17
II.1.B. Focus sur les nouveaux seniors de demain.....	18
II.2. Le pays de Saint-Malo : un territoire vieillissant ?.....	20
II.2.A. Les caractéristiques démographiques de la population du pays de Saint-Malo	20
II.2.B : Projections démographiques du vieillissement de la population du pays de Saint-Malo.....	21
II.2.C Un vieillissement de la population couplé à un phénomène de gérontocroissance	22
II.3. Des disparités territoriales en matière d'offres sanitaires, médico-sociales et sociales.....	22
II.3.A. Les disparités sociales.....	22
II.3.B. Les disparités en termes d'offre social et médico-social.....	23
II.3.C. Les disparités en termes d'offre sanitaire.....	24
III. Les défis du maintien à domicile sur le territoire du pays de Saint-Malo	27
III. 1. L'attractivité des métiers	27
III. 1. A. L'aide à domicile ou l'archétype du "sale boulot"	27
III. 1. B. Un manque de salarié aux lourdes conséquences	29
III. 2. Un maintien à domicile à double vitesse	31
III. 2.A. Les sélections des services d'aide à domicile	31
III.2.B. L'autoentrepreneuriat des professionnels de l'aide à domicile.....	33

Partie 2 : Pour un soutien domiciliaire innovant : des solutions territoriales pour les personnes âgées du pays de Saint-Malo.

I.	Acteurs, informations et prestations : développer l'accès aux droits	36
I.1.	Favoriser le recours à l'information des droits des usagers	36
I.1.A.	Les centres locaux d'information et de coordination	36
I.1.B.	Le service public départemental de l'autonomie	37
I.2.	Faciliter l'accès aux prestations sociales dans le cadre de l'APA.....	37
I.2.A.	Accéder à l'APA : une procédure lourde et complexe	38
I.2.B.	Développer une plateforme numérique pour les bénéficiaires de l'APA et leurs aidants	39
I.2.C.	L'implication indispensable des proches aidants.....	40
I.3.	Une coordination nécessaire entre les professionnels du secteur du soutien à domicile	40
I.3.A.	L'exemple des sorties d'hospitalisation	42
I.3.B.	La feuille de route du retour à domicile.....	42
I.3.C.	Repenser au guichet unique de demain	44
II.	Agir contre l'isolement des personnes âgées et de leurs aidants	45
II.1.	L'isolement des personnes âgées : défis et responsabilités des politiques publiques.....	45
II.1.A.	L'émergence d'un problème public	45
II.1.B.	Portrait de l'isolement des personnes âgées : entre contraintes géographique et facteurs individuels.....	47
II.1.C.	Etude de l'isolement des personnes âgées dans le pays de Saint-Malo	47
II.2.	Développer un réseau de lutte contre l'isolement social sur le pays de Saint-Malo	49
II.2.A.	Structuration et composition du réseau de lutte contre l'isolement	49
II.2.B.	Agir sur la mobilité des personnes âgées	50
II.2.C.	Agir contre l'isolement des aidants	52
III.	Développer des habitats sécurisés.....	54
III.1.	Le souhait ultime de rester vivre à domicile	54
III.1.A.	Qu'est-ce que le domicile ?.....	54
III.1.B.	Le domicile comme outil capacitant.....	55
III.1.C.	La nécessité de promouvoir l'adaptabilité du logement	55
III.2.	Développer des nouveaux chez-soi.....	57
III.2.A.	Les résidences autonomes et résidences services seniors	58
III.2.B.	Les nouveaux modes d'habitat.....	59
III.2.C.	L'Ehpad du futur.....	60
	Conclusion.....	62
	Bibliographie	63
	Annexes.....	69

Introduction

Le vieillissement de la population constitue un défi majeur pour la société et notamment pour les politiques vieillesse en France. Au cours des dix prochaines années, la population française âgée de 75 à 84 ans va augmenter de près de 50%. Ce phénomène, résultant de l'augmentation de l'espérance de vie et de la baisse du taux de natalité, pose de nombreux défis à la fois économiques, sociaux et sanitaires, pour l'ensemble de notre société.

Alors que les premiers signes d'un vieillissement de la population tendent à apparaître dans notre société, nous pouvons d'ores et déjà observer les limites de notre système. Pénuries de salariés dans les services d'aides à domicile, manque de places dans les établissements d'hébergement temporaire et de longue durée, isolement majeur des personnes âgées. Si la solidarité familiale compense bien souvent les failles de notre système pour garantir un niveau de vie décent aux personnes âgées, les nouvelles normes sociétales, telles que la professionnalisation des femmes ou l'éloignement géographique des familles accentuent une « défamilialisation » des prises en charge (Merla & Degavre, 2016).

Dans ce contexte, les politiques vieillesse doivent faire face à un défi de taille. La dynamique de virage domiciliaire engagée est une des réponses apportées face aux choix politiques et économique induits par cette évolution démographique. Celle-ci coïncide par ailleurs avec les choix personnels des seniors : aujourd'hui près de 9 personnes sur 10 souhaitent vieillir à leur domicile¹. Toutefois, bien que l'Etat prône de « soutenir » l'individu à son domicile, ce sont les collectivités territoriales qui seront maîtresse de l'application de cette politique, et notamment les Départements en tant que chefs de file de l'action sociale et garants du financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

C'est donc sur le territoire du département de l'Ille et Vilaine et plus précisément à l'échelle de l'agence départementale du pays de Saint-Malo, que nous étudierons le vieillissement de la population. Le territoire de l'agence du pays de Saint-Malo couvre quatre établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) : la communauté d'agglomération Saint-Malo Agglomération, la communauté de communes de la Côte d'Emeraude, la communauté de commune du pays de Dol et de la Baie du Mont-Saint-Michel, ainsi que la communauté de commune de la Bretagne Romantique. Soit, un territoire regroupant 70 communes, étendu sur près de 1100 Km² et comptant plus de 170 000 habitants. Créées en 2010 et au nombre de six, les agences départementales ont pour missions d'assurer un service de proximité auprès des Breilliens et de veiller au bon déploiement des politiques départementales votées par le conseil d'administration. Elle pilote également les quatre centres départementaux d'action

¹ Etude Ifop menée pour France Silver Eco auprès de Français âgés de 60 ans et plus sur l'adaptation de leur logement au vieillissement, novembre 2023.

social (Cdas) présent sur le territoire, qui eux ont en charge l'application des missions d'ordre sociale à travers l'accompagnement des publics vulnérables : protection de l'enfance, personnes âgées, personnes handicapées et lutte contre les exclusions.

Employée pour étudier le vieillissement de la population par la Directrice de l'agence départementale du pays de Saint-Malo, ce contrat d'apprentissage m'a permis d'y étudier plus précisément les défis auxquels est confronté le secteur du soutien à domicile. D'ores et déjà reconnu comme un territoire vieillissant, le secteur de l'aide à la personne du pays Malouin pourra-t-il répondre au nombre accru de sollicitations engendrées, d'une part, par l'entrée dans le grand âge de nouveaux individus et d'autre part, par l'augmentation de la proportion de personnes vivants à domicile ? Face à ses défis sociétaux, comment, l'ensemble des acteurs du secteur se préparent-ils à cette révolution démographique et qui sont ceux qui seront le plus impactés ? Comment, et par quels moyens l'agence départementale du pays de Saint-Malo peut anticiper ces difficultés et accompagner ceux qui œuvrent pour nos aînées ? Dans cette perspective, une question se pose : face au vieillissement de la population, quelles solutions novatrices peuvent être envisagées pour relever les défis du soutien à domicile des personnes âgées sur le territoire du pays de Saint-Malo ?

Après avoir exposé la méthodologie attenante à la rédaction de ce mémoire, nous essayerons de répondre le plus précisément possible à cette problématique via deux parties distinctes. Ce mémoire, traitera dans une première partie du contexte politique, démographique et social du pays de Saint-Malo. En effet, nous analyserons l'ensemble des politiques attenantes à la vieillesse, puis nous présenterons un diagnostic territorial regroupant, les caractéristiques démographiques de chacun des territoire tout en relevant leurs spécificités et leurs disparités. Enfin, nous verrons quels sont les défis auxquels le secteur du soutien à domicile est confronté, et ce, précisément sur les quatre communautés de communes du pays de Saint-Malo. Nous concentrerons la deuxième partie de ce mémoire sur des préconisations opérationnelles et stratégiques attenantes à trois sujets majeurs qui sont la coordination des acteurs du secteur du soutien à domicile d'une part, l'isolement des personnes âgées d'autre part et enfin la thématique centrale du domicile et des nouvelles formes d'habitats.

Méthodologie

Chargé de l'étude du vieillissement de la population sur le territoire du pays de Saint- Malo, l'ensemble de mon apprentissage s'est basé sur cette thématique. Il paraissait donc évident que ce mémoire s'orienterait vers cette question. Deux missions m'ont été confiées : effectuer un diagnostic territorial et rechercher des « solutions innovantes » face aux problématiques rencontrées dans le secteur du soutien à domicile. Si ces deux missions se sont chevauchées lors de mon temps de travail, il me paraissait primordial de le scinder lisiblement dans cet écrit, c'est pourquoi, celui-ci se décline en deux parties distinctes.

Dans le cadre du diagnostic territorial, plusieurs méthodologies de recherches ont été appliquées. Dans un premier temps, je me suis essentiellement basé sur des données quantitatives accessibles via des open data type Insee, Carto santé, Sirs, Observatoire des territoires, ou encore Rézone de l'assurance Maladie. Ces données m'ont permis de comprendre les spécificités démographiques et sociales des quatre communautés de commune du pays de Saint-Malo. Dans un second temps, je me suis plus précisément intéressé au secteur du soutien à domicile. Pour cela, je me suis muni des données quantitatives internes au département, celles générées par le logiciel métier des agents départementaux en charge de l'évaluation des droits APA, les équipes dites « autonomie ».

Les équipes autonomie sont les principaux agents du département en contact avec les personnes âgées et leurs proches. Témoin de l'ensemble des difficultés auxquelles sont confrontés les personnes âgées, leurs familles ou leurs aidants pour la mise en place d'un soutien à domicile dans le cadre de l'APA, il me paraissait primordial de les rencontrer. J'ai effectué une première rencontre avec deux professionnels d'une équipe autonomie peu de temps après mon arrivée à l'agence. Cette échange m'a permis de comprendre les démarches nécessaires à la demande d'APA en Ille et Vilaine mais également de comprendre cette procédure complexe. A la suite de cet échange, et avec l'aval du chef de service vie sociale de l'agence et des responsables Cdas, j'ai organisé des réunions d'information avec les quatre équipes autonomie du territoire. En me déplaçant jusqu'à eux, j'ai pu comprendre précisément les difficultés auxquelles était confronté le secteur de l'aide à domicile mais surtout quelles conséquences ces difficultés pouvaient générer sur les bénéficiaires et sur eux même, en tant que professionnels. Toujours en interne, j'ai essayé de rencontrer un maximum d'acteurs participant, de près ou de loin au soutien à domicile des personnes âgées afin d'obtenir des avis et ressentis de plusieurs corps de métier. Ainsi, j'ai pu m'entretenir avec un responsable de Cdas, des agentes d'instruction (en charge d'instruire les demandes d'APA), mais aussi avec les contrôleurs de l'action sociale.

Parallèlement à ces rencontres, j'ai choisi de m'entretenir avec des professionnels externes aux départements. Toutes mes sollicitations n'ont pas trouvé réponse mais j'ai tout de même pu rencontrer

plusieurs responsable de centres locaux d'information et de coordination, des élus, un directeur de service d'aide et d'accompagnement à domicile (Saad), un directeur de centre communal d'action social (CCAS), les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) etc.

Chacun de ces entretiens ou réunions ont été préparé via une grille d'entretien préalablement validée par ma maître d'apprentissage. Au vu du nombre conséquent de rencontres programmées, j'ai fait le choix de ne pas retranscrire ces entretiens et réunions mais de faire pour chacun d'entre eux, une synthèse rédigée. Cette synthèse était ensuite envoyée aux participants des réunions, mais aussi à ma maître d'apprentissage. Vous pourrez retrouver en annexe N°1 un exemple de grille d'entretien, en annexe N°2 un exemple de synthèse de réunion, ainsi qu'en annexe N°3 un tableur regroupant l'ensemble de mes rencontres, créer dès mon arrivée à l'agence dans le but d'obtenir un outil synthétique sur mes rencontres effectuées.

Afin de restituer de manière lisible ce diagnostic territorial je me suis appuyé sur le logiciel Magrit afin de cartographier l'ensemble de mes données par commune. Ces cartographies permettent de distinguer facilement les diverses disparités territoriales visibles sur le territoire. J'ai également constitué plusieurs graphiques afin de rendre plus lisible certaines données via le logiciel Excel. Diverses exemples de cette restitution seront exposés en annexe lors de la lecture de cet écrit.

Au-delà de la simple réalisation d'un diagnostic territorial, la seconde phase de ma mission consistait à effectuer un travail de benchmarking. L'objectif principal était de proposer des solutions novatrices que l'agence pourrait mettre en avant afin d'anticiper les défis rencontrés par le secteur du soutien à domicile. Pour ce faire, j'ai principalement axé mon travail sur une revue de littérature et une revue de presse. Cette revue de presse a été exhaustive, couvrant non seulement les journaux nationaux, mais aussi les journaux régionaux et locaux, afin d'obtenir une vision complète des enjeux et des initiatives en cours au niveau territorial. En parallèle, j'ai mené des recherches internet, ce qui m'a permis d'accéder à plusieurs rapports émanant tant d'administrations françaises que d'organismes consultatifs.

L'ensemble de ces préconisations ont été présentées à ma maître d'apprentissage lors de réunion bilatérales régulières. Je les ai ensuite compilées dans une présentation PowerPoint afin de faciliter leurs lecture. Cet outil m'a également servi de support de présentation lors de réunions de restitution de l'avancée de mon travail. Pour plus de clarté et afin de remettre un dossier synthétique à la direction autonomie, j'ai ensuite fais le choix de créer des fiches action pour chacune des thématiques et préconisations émanant de mes recherches. A noter également que ces préconisations, opérationnelles et stratégiques devaient s'inscrire dans les objectifs du schéma départementale de l'autonomie et dans le cadre du projet de mandature du Département de l'Ille et Vilaine. Un exemple de fiche action se trouve en annexe N°4.

Partie 1 :

Étude du vieillissement de la population en France et en territoire : politiques publiques, perspectives et défis du soutien à domicile dans le pays de Saint-Malo.

I. Genèse et analyse des politiques publiques de la vieillesse en France

I.1. Les années 60 : Le rapport Laroque ou la naissance des politiques de la vieillesse

L'après-guerre et son contexte de croissance économique majeur ont permis aux droits des citoyens français d'évoluer considérablement. La généralisation du système de sécurité sociale en est un exemple. Dans une dynamique de libération morale, sexuelle, sociétale et économique, les priorités du pays se sont concentrées sur la reconstruction et sur l'affirmation des droits d'une population marquée par ces années difficiles. En l'espace d'une trentaine d'années, la figure de la France fut radicalement changée. Communément appelé "les trente glorieuses" (1945 - 1975), ces années se caractérisent comme une période dédiée à l'évolution des acquis sociaux, parmi lesquels l'émergence d'une politique vieillesse en France. Si la retraite "deviendra universelle pour les salariés avec les ordonnances de la Sécurité sociale en 1945" (Alvarez, 2016), il faudra attendre les années 1960 pour qu'une politique plus spécifique aux personnes âgées voie le jour, car "au lendemain de la seconde guerre mondiale, les réformes ont surtout été consacrées à la question des retraites des assurés sociaux" (Capuano, 2018).

En effet, dès 1962, alors "en pleine prospérité, émerge la question, inattendue et intolérable, de la pauvreté au grand âge." (Weber, 2017). Cette question qui fait tant débat sera authentifiée et rendue publique grâce au célèbre rapport Laroque publiée en 1962. Véritable "cri d'alarme" pour reprendre les termes d'Alain Grand, le rapport Laroque fut en effet, le premier à "dresser le constat de la paupérisation d'un nombre de plus en plus important de personnes âgées en France" (2016) Confronté à la pauvreté, au mal logement et à l'isolement, les personnes âgées sont les grands oubliés des dernières avancées sociales.

Face à ce constat, le rapport Laroque préconise des mesures importantes qui portent sur trois problématiques majeurs. La revalorisation des retraites fut la première étape pour lutter contre la pauvreté. L'intervention sur l'amélioration de l'habitat se fera par de nouveaux soutiens financiers puis, l'isolement sera combattu par la création "sur l'ensemble du territoire, des clubs du 3ème âge et de dispositifs d'information, destinés à rompre l'isolement des personnes âgées". (Grand, 2016). Mais au-delà de ces actions, Pierre Laroque prône dans son rapport de s'intéresser plus précisément à un concept qui permettrait de soutenir les personnes âgées dans leur globalité : le maintien à domicile pour éviter la relégation en institution alors courante à l'époque. "Cette solution [l'institutionnalisation] doit demeurer exceptionnelle. L'accent doit être mis, par priorité, sur la nécessité d'intégrer les personnes âgées dans la société, tout en leur fournissant les moyens de continuer à mener le plus longtemps possible une vie indépendante par la construction de logements adaptés, par la généralisation de l'aide-ménagère à domicile, par la création de services sociaux de toute nature qui leur sont nécessaires, par l'organisation de leurs occupations et de leurs loisirs » (Laroque, 1962, P.9).

Capuano indique dans son ouvrage que “la politique de maintien à domicile qui se met en place à partir des années 1960 s’inscrit [...] dans une double logique, à la fois idéologique et financière”. En effet, comme le stipule Laroque dans son rapport, le maintien à domicile doit permettre d’assurer aux personnes âgées le confort de vivre chez elles le plus longtemps possible, tout en permettant de réaliser des économies par rapport aux coûts de l’institutionnalisation.

La circulaire de 1962 charge ainsi les municipalités “de développer des services d’aides-ménagères, des permanences sociales, des coordinations administratives et sociales.” (Capuano, 2021) Malgré la charge du développement de ces services, les municipalités ne voient pas leurs subventions évoluer pour autant et l’Etat laisse les communes assumer ces dépenses. Même si de nombreuses municipalités assument financièrement l’ouverture de ces services, d’autres ne peuvent supporter les charges d’un tel projet, ce qui limite fortement leur déploiement. De plus, “malgré les réticences des collectivités locales sur lesquelles doivent reposer les efforts, cette logique est maintenue durant les décennies 60-70” (Capuano, 2021).

Si cette formule est à l’origine du faible développement des services de maintien à domicile, elle est surtout à l’origine de “forts contrastes selon les initiatives des dynamiques locales” (*Ibid*). Les premières disparités territoriales se font jour et les différences de ressources d’une collectivité locale à une autre n’assurent pas l’équité sur le territoire. Cette organisation défavorise davantage les petites communes et notamment celles des milieux ruraux. Le maintien à domicile, pourtant prôné dans tout le rapport Laroque, ne semble pas être la priorité du gouvernement. Comme le rappelle Capuano, “malgré les discours officiels, le manque de volontarisme politique perdure jusqu’à la fin des années 1970” (2021). Avec plus de 10 000 communes qui ne sont pas munies d’un service à domicile, c’est presque un tiers du territoire qui se voit confronté à cette inégalité (*Ibid*).

Au-delà d’une vision novatrice sur la nécessité d’assurer les conditions favorables au maintien à domicile, Pierre Laroque “espère bien promouvoir une transformation des représentations de la vieillesse”. (Gucher et al., 2015) Il assure cette démarche en faisant la distinction entre deux catégories de population au sein même des “personnes âgées”. Il distingue d’une part, les retraités actifs, dotés d’un niveau de vie confortable, qu’on nommera “le troisième âge”, avec, d’autre part, les personnes âgées dépendantes, handicapées et non autonomes. Cette distinction permet d’arborer l’image de la vieillesse : “la vieillesse à vocation à devenir une nouvelle tranche de vie, autonome, délivrée des problèmes économiques qui la caractérise jusqu’alors” (Gucher et al., 2015). Cette distinction sera, par ailleurs, retrouvée dans l’ensemble des politiques publiques attenantes à la vieillesse.

“Dire et montrer la vieillesse autrement est un des enjeux de cet ensemble de préconisations ” (Gucher et al., 2015). En ce sens, nous pouvons comprendre que l'objectif des nouvelles politiques n'est pas seulement d'intervenir pour les personnes âgées dans une logique assistancielle mais d'effectuer une réelle transformation de la vision de la société envers les personnes plus âgées. Ce rapport met donc l'accent sur l'intégration dans la société pour les jeunes seniors et le maintien à domicile pour les personnes âgées avec incapacités. Dans son introduction, Pierre Laroque affirme que “poser le problème de la vieillesse, en France, c'est essentiellement, rechercher quelle place peut et doit être faite aux personnes âgées dans la société française d'aujourd'hui, et plus encore, dans celle de demain”. De fait, aurait-il été le précurseur d'une réforme potentielle en faveur de l'adaptation de la société au vieillissement ?

Au-delà de ce rapport qui marque fortement ces deux décennies, l'implication Étatique en faveur des personnes âgées permet de développer de nouvelles instances. Weber nous rappelle qu' “en 1967 Pierre et Geneviève Laroque créent la Fondation nationale de gérontologie avec les financements des caisses de retraites réunies dans un projet de recherche commun pour une meilleure connaissance du vieillissement, tant dans le champ médical que social”. En termes de reconnaissance sociétale, il s'agit là d'une avancée pour cette catégorie de population. Auparavant considérés comme les grands oubliés, ces invisibles ont désormais le droit d'obtenir l'attention du grand public mais également des chercheurs universitaires car “dans la foulée naît en 1972 la revue Gérontologie et société.”(Weber, 2017)

Encouragée par la nouvelle loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, l'institutionnalisation des personnes âgées connaît une évolution importante, en transformant les “hospices” en “maisons de retraite” (Grand, 2016). Parallèlement au développement de ces établissements, une autre forme d'habitat voit le jour dans la décennie 70, avec la multiplication des structures « intermédiaires » de logement collectif,” type “ résidences services ou foyers logements” (Grand, 2016). Ce nouveau mode d'hébergement continuera de se développer dans les années suivantes mais leurs tarifs, souvent onéreux, sélectionneront le public accueilli.

Les préconisations de P. Laroque, ont été ferventes d'espoir dans les années 60-70 quant à la prise en charge des personnes âgées. Dans un contexte d'essor socio-économique, il paraissait légitime que ces préconisations soient applicables et appliquées. Or, ni George Pompidou, ni Valéry Giscard d'Estaing n'auront mis en œuvre les conditions favorables pour l'élaboration de celles-ci.

I.2. Les années 80 : Entre décentralisation et réorientation sémantique

Malgré l'arrivée au pouvoir de la gauche dans les années 80, les politiques vieillesse orientent l'accompagnement des personnes âgées dans la limite du volet sanitaire par une logique assistancielle. De plus, “l'assignation institutionnelle des personnes les plus dépendantes paraît au cœur du projet politique” (Gucher et al., 2015). Comme le rapporte P. Laroque lui-même “la crise économique sévissant depuis 1974, et le chômage qui en a résulté, ont conduit à infléchir la politique de la vieillesse dans un sens radicalement opposé à celui qui avait été préconisé en 1962”. En effet, en raison de contraction budgétaire liée à un contexte économique plus instable, les politiques de la vieillesse connaissent un tournant majeur dans les années 75'. D'une volonté d'intégration sociale pour les personnes âgées, les choix étatiques se tournent désormais vers la prise en charge des incapacités. De fait, “le projet d'intégration des personnes âgées symbolisée par la politique de maintien à domicile va s'infléchir alors, [...], dans une médicalisation de la vieillesse, renvoyant les personnes qui vieillissent mal au seul statut de « personne malade » et d'objet de soin” (Ennuyer, 2007).

La loi relative à la décentralisation en 1982 marque également un tournant dans la gouvernance des politiques de la vieillesse. Les départements se voient ainsi “confier l'essentiel des compétences en matière d'aide sociale” (Borgetto, 2019). “Cette évolution, qui concerne une grande partie de la politique sociale, a été justifiée par la volonté de promouvoir une gestion de proximité de problèmes de plus en plus complexes et enchevêtrés auxquels l'État ne semblait plus en mesure d'apporter de réponses satisfaisantes” (Argoud, 2007). Avec une volonté de répondre plus spécifiquement aux besoins des territoires, cela implique que les départements acquièrent la responsabilité de l'aide sociale pour les personnes âgées. Si cette nouvelle gouvernance assure la proximité d'une politique et de meilleures adaptations quant aux besoins réels des territoires, en résulte également des inégalités territoriales. Dans le cadre des politiques de la vieillesse, la décentralisation rend, par ailleurs, “plus complexe la mise en œuvre d'une politique globale de maintien à domicile.” (Capuano, 2021)

Si peu d'avancées législatives s'opèrent dans les années 80 en faveur des personnes âgées, les années 90 marquent en revanche, un réel tournant sémantique. Pour Gucher et al, à partir de ces années “ la dépendance devient métonymie de la vieillesse et oriente de façon totale les politiques qui lui sont destinées” (Gucher et al., 2015). Jusqu'à présent les personnes âgées relevaient de la loi du 30 juin 1975, relative “aux personnes handicapées” au travers de laquelle elles pouvaient prétendre à l'attribution de l'Allocation compensatrice pour tierce personne, (ACTP) (Ennuyer, 2003). La notion de personnes “dépendantes” est affirmée par la loi du 24 janvier 1997, qui légifère la première prestation expérimentale spécifique “pour les personnes âgées de 60 et plus ayant besoin d'aide dans la vie quotidienne” (Ennuyer, 2003). En instaurant la Prestation Spécifique Dépendance (PSD), les personnes

âgées “dépendantes” apparaissent ainsi “comme une catégorie bien déterminée” (Ennuyer, 2003). Alors même qu’une distinction était mentionnée dès les années 60 dans le rapport Laroque entre deux catégories de populations chez les personnes âgées, avec cette reconnaissance sémantique de la “dépendance”, cette catégorisation “est venue structurer cet espace de l’âge et a contribué à imposer l’image d’une vraie vieillesse, qui ne peut être que dépendante, qui ne peut être qu’une vieillesse qui se passe mal” (Ennuyer, 2003) L’autre vieillesse quant à elle, “la vieillesse qui va bien étant renvoyée à l’idée de retraite active, de « séniorité », d’utilité sociale” (*Ibid*).

Afin de calculer le montant de l’allocation PSD, la grille Autonomie, Gérontologie Groupe Iso Ressources (AGGIR) fait son apparition dans les années 90’. Utilisée comme outil de mesure de la dépendance, cette évaluation permet de classer le niveau de dépendance en 6 groupes : le Groupe Iso-ressource (GIR) 1 étant le niveau de dépendance le plus élevé et le GIR 6, le moins. Cette évaluation se base sur 10 critères relatifs à la perte d’autonomie physique et cognitive. Malgré une réévaluation de celle-ci en 2001, la grille AGGIR reste encore aujourd’hui le modèle d’évaluation en vigueur pour déterminer la perte d’autonomie des personnes âgées.

En parallèle, “cette focalisation des politiques étatiques sur la dépendance indique une réorientation sanitaire des politiques de la vieillesse. [...] L’objet qui justifie l’intervention de l’Etat est désormais la santé des vieilles personnes” (Gucher et al., 2015) Si pour l’Organisation mondiale de la santé (OMS), la santé se définit comme un « un état de complet bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d’infirmité » (OMS, 1986), il semble que pour l’Etat français, la dimension de santé dans les politiques publiques en faveur des personnes âgées se limite au premier indicateur de cette définition. Si la santé physique des personnes âgées devient l’objectif central des dirigeants, ce n’est sans nul doute parce que “les hôpitaux bénéficient d’une concentration de moyens et de ressources financières au détriment d’établissements sociaux et surtout de services sociaux ambulatoires, ce qui freine l’essor des services d’aides à domicile.” (Capuano, 2021)

Plusieurs réformes visent cependant à encourager le développement des services à domicile, “les services mandataires créés par Philippe Seguin en 1987, les emplois familiaux de Martine Aubry en 1991, le chèque emploi service expérimenté en 1994 et la loi du 29 janvier 1996 qui ouvre la possibilité aux entreprises à but lucratif de se positionner sur le marché des services à domicile” (Ennuyer, 2007). Mais dans un contexte de chômage de masse, l’objectif premier des pouvoirs publics n’est pas d’assurer un service de qualité aux personnes âgées, mais “uniquement la mise à l’emploi de personnes au chômage” à savoir, “principalement des femmes non qualifiées.” (Ennuyer, 2007) Cette privatisation des services d’aides est l’opportunité pour développer un « marché de la dépendance », générant ainsi un domaine d’activité rentable dans un contexte économique discordant, au détriment de la qualité de l’aide apportée aux personnes en situation de fragilité. C’est le développement des métiers du *care*, non

reconnu, qui développera une image négative et stéréotypée de ce métier pourtant si indispensable à notre société.

Ainsi, comme l'exprime Weber dans son ouvrage, "le poids (financier et psychologique) de la dépendance est porté par les familles concernées : le « risque dépendance » est exclu de l'assurance maladie, les nouvelles politiques de la dépendance ne protègent pas les familles des personnes âgées dépendantes à bas revenus, et les assurances privées dépendance se développent à l'échelle des entreprises, ne protégeant que des populations sélectionnées" (2017). Le choix politique de l'inaction en faveur des ménages les plus précaires conduit l'État à "renouer avec le familialisme" (*Ibid*), laissant ainsi aux familles, la charge de la dépendance de leurs aînés.

I.3. Les années 2000 : révolution sémantique, culpabilité familiale et prévention.

La sémantique relative à la "dépendance" n'a pas fait l'unanimité au sein des professionnels du grand âge. Fortement remise en question pour son caractère discriminant et stigmatisant, cette appellation est jugée dégradante envers les personnes âgées (Giraud & Le Bihan-Youinou, 2022). Réajustée en 2001, la PSD porte désormais le nom de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA). "La notion d'autonomie est ainsi mobilisée pour qualifier les nouveaux dispositifs introduits pour répondre aux besoins des familles confrontées à la vulnérabilité de leur proche" (*Ibid*) Cette nouvelle avancée sémantique axe davantage l'orientation sur les compétences de la personne et non plus sur ses difficultés, ce qui permet de développer "une vision positive de la vieillesse" (*Ibid*). Les personnes âgées ne sont donc plus qualifiées comme étant en situation de « dépendance » mais en situation de « perte d'autonomie ».

Marquée par un événement majeur, les années 2000 ont été en proie à un tournant législatif en faveur des personnes âgées. La canicule de 2003 est l'événement inattendu qui provoqua "15000 morts supplémentaires en France, selon une enquête diligentée après coup par les pouvoirs publics" (Argoud, 2016) La crise caniculaire suit à la lettre les trois phases de construction d'un problème public. La prise de conscience et la désignation du problème, le *naming*, est largement assurée par les médias. La seconde phase, le *blaming*, consiste à désigner les responsables de ce problème qui de fait aurait pu être évité ou mieux anticipé. Comme nous l'explique Argoud, "les accusations ont d'abord visé l'état du système sanitaire (les urgences) et l'absence estivale des membres du gouvernement" puis, dans un second temps, afin de renverser ses premières accusations, les pouvoirs publics ont crié à "l'abandon des vieux par leurs familles et sur l'absence de solidarité dans la société française" (2016), remettant ainsi la responsabilité sociale de cet événement sans précédent sur la population toute entière. Malgré la forte intention étatique de se décharger de toute responsabilité, le nombre de décès important au sein même

des maisons de retraite permet d'invalider "le thème de l'abandon par les familles" (*Ibid*). Comme l'exprime Argoud, cette inversion des responsabilités "fut décidément bien différente des catastrophes habituelles, qui voient les hommes politiques soucieux de soutenir les « familles des victimes »."(*Ibid*). Une fois la culpabilité des familles renversée, la troisième phase de la construction d'un problème public le *claming* s'est mis en place. Les attentes envers ce gouvernement sont donc importantes au vu de la grande problématique de santé publique mise en lumière par la canicule.

Ainsi, "la prise de conscience tardive de l'ampleur du phénomène caniculaire et de ses conséquences" (Weber, 2017) a constitué une nouvelle fenêtre d'opportunité pour renouveler l'action publique vieillesse. Malgré la concentration des pouvoirs publics sur la seule problématique de l'isolement des personnes âgées, la canicule révèle un besoin majeur de protection sociale. Comme nous le rappelle le sociologue D.Argoud "l'isolement ne fut pas la cause du désastre, même s'il lui a donné un style particulier, public et spectaculaire" (2016). Le "désastre" de la canicule fut en effet provoqué par les décennies d'inactions politiques en faveur de cette catégorie de population. Ainsi, dès 2004, la journée de solidarité en faveur des personnes âgées est créée et en 2005, la loi du 26 juillet relative au développement des services à la personne et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale voit le jour. Cette évolution législative s'explique par le changement de contexte conjoncturel, et plus précisément par le "focus events" de la canicule, qui a focalisé l'attention des acteurs et ainsi remis en cause l'équilibre des politiques publiques.²

Cette mise en lumière tragique du sort réservé à certaines personnes âgées décédées seules pendant la canicule permet la création de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), le 30 juin 2004. Cet établissement public administratif se voit affecter la fonction d'élaboration et de mise en œuvre des politiques de la vieillesse et du handicap. Cette caisse contribue « dans la limite des ressources qui lui sont affectées, (...) au financement de la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées dans le respect de l'égalité de traitement des personnes concernées sur l'ensemble du territoire »³

A la faveur d'un contexte international propice à l'évolution du paradigme de l'action publique vieillesse, le quinquennat de Nicolas Sarkozy est à l'origine d'un tournant majeur. Bien que "le débat public était essentiellement positionné autour du périmètre souhaitable de la solidarité publique et, à l'inverse, de la part pouvant être prise par le secteur assurantiel privé, la prévention est apparue in fine comme un axe prioritaire et consensuel" pour faire des économies substantielles (Argoud, 2016). Cette nouvelle orientation est fortement influencée par le concept de l'*active ageing* promu par l'OMS, puis repris par les textes européens. L'OMS définit ce concept par le fait de "vieillir en restant actif" comme

² Cours de Patrick Hassenteufel du 08.09.2023, EHESP

³ LOI n° 2004-626, 30 juin 2004, art. 8 : JO 1er juillet.

un “processus consistant à optimiser les possibilités de bonne santé, de participation et de sécurité afin d’accroître la qualité de la vie pendant la vieillesse”. (OMS, 2002). Ainsi, cette notion de “vieillissement actif”, “en s’imposant dans le discours des institutions internationales, est progressivement devenue une pierre angulaire d’un cadre d’interprétation et d’action sur le vieillissement” (Durandal & Moulaert, 2014). En parallèle d’une certaine prise de conscience sur le fait « que la dépendance ne peut se réduire à une affaire de soins et de prise en charge » (Alvarez, 2016), cela permet aux politiques publiques de passer d’une approche curative vers une approche à vocation plus préventive.

Le Plan National pour Bien Vieillir (PNBV) 2007 – 2009 est la parfaite démonstration de cette nouvelle priorité nationale. La dimension du bien-vieillir est devenue le maître mot des politiques de la vieillesse. Cette nouvelle sémantique démontre le souhait des pouvoirs publics d’anticiper les difficultés liées au vieillissement. Mais comme nous le fait remarquer Alvarez, “tout au long des 35 pages du PNBV, aucune référence n’est faite aux déterminants sociaux de la santé et aux conditions économiques et sociales de vie des individus.” De fait, l’ensemble des préconisations et des actions sont portées en faveur de la responsabilité individuelle. Si la mise en place de la prévention en France a fortement été influencé par la Charte d’Ottawa, texte pionnier qui pointait « une responsabilité individuelle et collective face à la santé » (Alvarez, 2016), l’interprétation des pouvoirs publics de ce texte oriente une politique “moins portée sur les déterminants sociaux et sur les inégalités sociales de santé que sur la responsabilisation individuelle.” (Alvarez, 2016) En d’autres termes, il est possible d’analyser ce changement de direction en faisant l’hypothèse d’une utilisation instrumentale de la prévention : si les personnes deviennent « dépendantes », c’est qu’elles n’ont pas suivi les règles de comportements pour ne pas le devenir. On peut donc comprendre en quoi cette vision est culpabilisante et discriminante pour toutes les personnes qui ne disposent pas des ressources suffisantes (sociales, économiques, culturelles) pour répondre à cette injonction normative du « bien vieillir ».

Parallèlement au bien-être que peuvent apporter les comportements préventifs sur la santé des individus, il faut souligner que d’un point de vue financier, grâce à la prévention, « ce n’est plus le coût, et donc les moyens de financement, qui sont mis en avant, mais paradoxalement les économies budgétaires attendues. » (Argoud 2016). En effet, la politique préventive « est un moyen clairement identifié pour réaliser des économies en évitant par exemple une aggravation de la perte d’autonomie ou des séjours d’hospitalisation indus » (Alvarez, 2016). Ce double avantage, sanitaire et financier, favorise ainsi cette orientation politique. Par ailleurs, là où les précédentes politiques en faveur de la prise en charge et de l’insertion des personnes âgées demandaient une intervention publique forte (Alvarez, 2016), “la politique de prévention engage moins la puissance publique que les individus eux-mêmes dans la résolution des problèmes auxquels ils sont confrontés” (*Ibid*). Économique, demandant peu d’investissement et favorable à la santé des individus, le tournant préventif adopté par les politiques laisse penser à la mise en place d’une politique efficiente.

Pourtant, cette non prise en compte des environnements extérieurs et le choix de laisser pour seul responsable de ses comportements, l'individu lui-même, n'a pas permis d'obtenir les effets escomptés. Bien qu'une partie de la population peut être sensible à ces préconisations, comme l'exprime le Haut Conseil de Santé Publique (HCSP) en 2010 lors de l'évaluation du PNBV, il n'en demeure pas moins qu'en raison de ressources socialement différenciées, tous les individus ne sont pas « égaux face à la santé ». Argoud affirmait par ailleurs dès 2012 que “le véritable enjeu sur lequel s'ouvre une démarche préventive réside dans le renouvellement potentiel des fondements de l'action sociale” ce qui permettrait d'agir non pas sur des “catégories cibles” mais sur “l'ensemble des parcours de vie des individus”. Cette hypothèse, prononcée il y a maintenant plus d'une décennie montre bien que la réussite de ces politiques préventives n'a eu que peu d'impact chez les personnes âgées. Leurs histoires et conditions de vie n'étant pas prises en compte, les politiques préventives ne s'adaptent pas à toutes les personnes âgées. En conséquence, cette nouvelle orientation de l'action publique n'est pas “à la hauteur des enjeux posés par le vieillissement compte tenu de la difficulté à promouvoir une approche intersectorielle de la société” (Argoud 2012).

Il faut attendre 2015 pour qu'une nouvelle mise à l'agenda des besoins des personnes âgées se précise. Mise en œuvre en septembre 2016, la loi de l'Adaptation de la Société au Vieillissement (ASV) est porteuse de grandes ambitions. Cette nouvelle loi dite “cadre” repose sur “trois piliers indissociables”⁴, l'anticipation de la perte d'autonomie, l'adaptation globale de la société au vieillissement et l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie. Autrement dit, une nouvelle fois, “le « bien vieillir » tient une place centrale et témoigne de l'ambition des décideurs d'anticiper les conséquences du vieillissement de la population” (Alvarez, 2016). Cette volonté d'anticipation reflète également la notion d'une “forte volonté de justice sociale” avec pour objectif que le vieillissement “ne doit pas être le vecteur d'une aggravation des inégalités” (Delaunay, 2017). Une grande avancée législative et sémantique s'opère dans les politiques de la vieillesse. Cette nouvelle législation est également marquée par le fait que ce texte est centré sur le maintien à domicile et sur “le rôle de l'État pour permettre à chaque personne de vieillir à son domicile aussi longtemps que possible et désiré.” (Delaunay, 2017). Cette loi, rappelle l'ambition initiale d'intégration portée par le rapport Laroque en 1962.

Si cette loi est vectrice de grands espoirs quant à la prise en charge de la perte d'autonomie en France, les effets escomptés sont encore incertains. Comme le note Argoud en 2017, l'ambition de cette loi “est énorme” et les ressources qui lui sont attribuées afin de répondre aux objectifs fixés sont dérisoires. Qualifié de “goutte d'eau” par l'auteur, la somme engagée par les pouvoirs publics témoigne finalement

⁴ LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement

de l'investissement minoré des pouvoirs publics et donc, dans une certaine mesure, de la non- priorité qui est encore aujourd'hui accordée à nos aînés.

Depuis 2015, peu d'évolution ont vu le jour au sein des politiques de la vieillesse, à l'exception notoire de la création de la cinquième branche de la sécurité sociale relative au risque "autonomie" dont la CNSA s'est vu confier la responsabilité. La loi n° 2020-992 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie annonce de ce fait "un changement dans la conception de la politique autonomie" (Coursier, 2020). En effet, la nomination de l'autonomie en tant que cinquième risque implique, grâce à ses fond propres, qu'elle ferait désormais l'objet d'une discussion annuelle dans le cadre de l'examen des lois de financement de la sécurité sociale" (*Ibid*). Cette reconnaissance tend par ailleurs à affirmer la logique assurantielle de l'autonomie. Cette avancée est également à l'origine d'un nouveau tournant sémantique : des "politiques vieillesse" on parle désormais de la "politique autonomie".

Où en sommes-nous en 2024 ? Cette réforme devait être encadrée par un nouveau projet de loi "grand âge et autonomie" mais la crise sanitaire de 2020 a contribué à en retarder la priorité. Or, la création de cette nouvelle branche réforme les financements alloués à l'autonomie, mais cette nouvelle méthodologie budgétaire ne suffit pas à pallier les besoins présents sur le territoire, et ce d'autant moins au regard du défi démographique qui s'impose aujourd'hui à la société française. De fait, "une orientation du soutien à l'autonomie trop centrée sur le service des prestations monétaires serait insuffisante pour créer les conditions d'une prise en charge des personnes dépendantes qui soit à la fois adaptée et efficace" (Huteau, 2021). Bien que les rapport Libault et El Khomri de 2019 et la crise sanitaire liée au covid ont remis en lumière les besoins d'une législation en faveur de l'autonomie, aujourd'hui encore, cette loi est régulièrement annoncée mais toujours reportée.

A l'heure actuelle, les politiques de l'autonomie sont toujours pilotées par les départements. Gage d'une proximité, cette décentralisation, nous l'avons vu, peut être source d'inégalités. En effet, les besoins et les moyens entre les territoires sont disparates. Nous verrons donc dans la suite de ce mémoire, comment les politiques actuelles relatives à la vieillesse s'appliquent à ce niveau territorial et quelles sont les limites de celles-ci face aux besoins grandissants de la population. Malgré des volontés politiques, des réformes, des rapports, des lois et deux crises sanitaires, ces 60 années d'évolution législative et de jeu d'acteurs ne permettent toujours pas aux personnes âgées en perte d'autonomie de vivre dans des conditions favorables à leur bien-être physique, mental et social.

II. Diagnostic territorial : mise en perspective du vieillissement de la population entre la France et le département 35

Ce diagnostic territorial, réalisé dans le cadre de mon apprentissage m'a permis d'obtenir des données plus précises sur les quatre territoires qui forment le pays de Saint-Malo. En croisant données quantitatives et données qualitatives comme expliqué dans la partie méthodologie, ce diagnostic m'a permis d'identifier les nombreuses spécificités territoriales et de comprendre les enjeux actuels du soutien à domicile sur chacun des territoires.

II.1. Le vieillissement de la population : Définition et données démographiques

Défini comme “ l’augmentation, au fil du temps, de la proportion de personnes âgées” (Parant, 2005) le vieillissement de la population est un enjeu majeur de santé publique. La France et les pays développés ont toujours été confrontés à des disparités démographiques. Guerres, épidémies, progrès médicaux, maîtrise de la fécondité... Les drames comme les avancées médicales et sociétales ont influencé la démographie de ce pays. Si les évolutions démographiques de la population ne datent pas d’hier, le vieillissement de la population actuel, et prochain, aura des conséquences directes “nombreuses et profondes” (Bayrou, 2023).

Cette évolution est en partie expliquée par deux facteurs. D’une part, par la baisse de la fécondité, car “pour la première fois depuis cent ans, ces dernières années, le nombre d’enfants par femme est tombé au-dessous du seuil de renouvellement des générations” (Bayrou, 2023). Expliqué par la professionnalisation et la généralisation des études supérieures aux femmes, l’âge de la première grossesse “est en recul constant depuis 1960” et “en commençant plus tard à avoir des enfants, les femmes françaises en ont également moins” (*Ibid*). En effet, la fécondité moyenne par femme continue de diminuer chaque année. De 1.83 enfants par femmes en moyenne en 2020, au premier janvier 2024, la moyenne est descendue à 1.68 enfants par femmes. Le nombre de bébés nés en 2023 n’aurait jamais été aussi bas depuis la seconde guerre mondiale. Une donnée largement reprise par les médias et une inquiétude massive qui a d’ailleurs poussé le président de la république à employer le terme de “réarmement démographique” pour annoncer une politique nataliste.

D’autre part, l’avancée constante de l’espérance de vie à la naissance constitue le deuxième facteur de cette évolution. Définie par l’Insee comme “la durée de vie moyenne d’une génération fictive soumise aux conditions de mortalité de l’année” l’espérance de vie à la naissance est autrement dit “l’âge moyen au décès”. Toujours selon l’Insee, en 2022, celle-ci se situait autour de 79 ans pour les hommes et de 85 ans pour les femmes, contre respectivement 68 et 76 ans en 1970. Si “les Français ont donc gagné 10 années d’espérance de vie en l’espace de 50 ans” (Bayrou, 2023), l’espérance de vie à la naissance à

également gagné “presque cinq années sur le dernier quart de siècle” (*Ibid*). Cette progression majeure et rapide s’explique par les nombreux progrès médicaux et l’amélioration des conditions de vie de la population depuis des décennies. En cumul, ces deux facteurs ont donc pour conséquence une avancée en âge massif dans la population française

II.1.A. Le vieillissement à l’échelle nationale

A l’échelle nationale, les conséquences du vieillissement de la population sont nombreuses. Car comme nous le rappelle le Haut-commissaire au Plan, alors même que l’ensemble de nos pays voisins observe cette même évolution démographique, en France l’enjeu est plus important. Si l’équilibre de chaque nation porte sur la vitalité de son peuple, il faut tout de même rappeler que “c’est infiniment plus vrai encore pour la France [...] car le contrat social et démocratique de notre pays est entièrement fondé sur le nombre des actifs” (Bayrou, 2023) Ce “déséquilibre démographique » (*Ibid*) aura donc un réel impact à la fois positif et négatif sur l’entièreté de notre système.

Si une telle inquiétude commence à se faire sentir, c’est que l’approche démographique du vieillissement de la population est une science « exacte ». Prévisible et justifié par des données chiffrées, l’augmentation du nombre de personnes âgées connaîtra notamment une nette accélération dans les prochaines décennies. Accentué par la génération des “babyboomers”, l’accélération du vieillissement de la population est proche. En effet, entre 2020 et 2030, les 75-84 ans, vont voir leur nombre “exploser” (+47%), passant de 4 à 6 millions de personnes. Puis, à partir de 2030, les 85 ans et +, verront leur nombre augmenter de façon exponentielle jusqu’en 2050, en atteignant 4,8 millions de personnes, contre un peu plus de 2 millions aujourd’hui. Plus précisément, entre 2030 et 2040, la progression des 85 ans et + sera de plus 58%. Puis entre 2040 et 2050, la progression ne sera plus que de plus 19,2%. Autrement dit, en 2030, la France ne comptera que 156 000 personnes âgées de 85 ans et +, de plus qu’en 2020. En revanche, en 2040, elle en comptera 1 300 000 de plus qu’en 2030 (Bayrou & Broussy, 2023).

Si l’ensemble des données se concentrent sur les 75 ans et +, c’est en partie car l’âge moyen des personnes âgées en perte d’autonomie est de 78 ans, et que 90% des bénéficiaires de l’APA ont 75 ans ou +. Or, la perte d’autonomie est un des enjeux majeurs du vieillissement de la population, car “l’avancée en âge s’accompagne d’un risque accru de maladies, notamment de maladies invalidantes, qui exposent aux risques d’incapacité et de perte d’autonomie” (Crouzet et al., 2020). Cet indicateur peut, par ailleurs, être évalué grâce à l’espérance de vie sans incapacité. Les incapacités se définissent comme “les conséquences de maladies ou de lésions sur les fonctions de l’organisme, qui à leur tour se répercutent sur le fonctionnement des personnes dans leurs activités.” (*Ibid*). Ainsi, l’espérance de vie sans incapacité correspond au nombre d’années que peut espérer vivre une personne sans être limitée dans ses activités quotidiennes. Selon la Dress, en 2021, une femme de 65 ans peut espérer vivre 12,6 ans sans incapacité et un homme, 11,3 ans. Bien que cette donnée ait augmentée depuis 2008, elle ne

croit pas à la même vitesse que l'espérance de vie à la naissance. Ainsi, “la question qui accompagne l’allongement de la vie est celle de la qualité de ces années supplémentaires” (Crouzet et al., 2020). Nous vivons, certes, plus longtemps, mais dans quelles conditions ?

Plus qu’une prédiction, le vieillissement de la population est un savoir inéluctable. Bientôt, “vivre au-delà de 100 ans va devenir une banalité” (Bayrou & Broussy, 2023). Or, la conscientisation de cette évolution doit s’opérer rapidement par les pouvoirs publics afin de prévenir les difficultés auxquelles la population et le système français pourraient être confrontés. Effectivement, “l’universalité de la problématique du grand âge et son caractère inéluctable justifient une action collective, organisée dans le cadre d’une politique publique” (Bayrou & Broussy, 2023). Si les politiques doivent agir pour faire face aux risques que le pays encourt, ils devront également prendre en compte que “la transition démographique actuellement en cours s’opère sur un fond de mutation sociétale majeure coïncidant avec le changement de siècle” (*Ibid*). En effet, la génération des babyboomers, présente des caractéristiques qui induiront des comportements bien différents de ceux de leurs aînés.

II.1.B. Focus sur les nouveaux seniors de demain

Les caractéristiques que présente la génération des babyboomers sont en effet bien différentes de celles des personnes âgées actuelles. Rappelons le, ce sont ces mêmes personnes qui avaient la vingtaine en mai 68 et “qui a été à l’origine de mutations sociales radicales guidées par les idéaux de liberté et d’autonomie” (Bayrou & Broussy, 2023). Élevés dans des valeurs de choix et de libre arbitre, cette nouvelle génération veut faire valoir ses droits et être le principal acteur de ses décisions. Nous aurions tort de penser que notre système de prise en charge actuelle des personnes âgées en perte d’autonomie peut perdurer et se transposer tel quel pour ces papy-boomeurs.

C’est par ailleurs cette même génération qui a profité d’un relatif plein emploi et de progrès sociétaux majeurs : “un ascenseur social dynamique, des conditions de vie qui se sont améliorées, une accession facilitée à la propriété, un allongement de l’espérance de vie en bonne santé, une société de consommation à sa portée, une accumulation de patrimoine sans précédent, une société des loisirs et du temps libre dans laquelle les seniors ont remodelé les contours de leur sociabilité (relations amicales, sorties culturelles, vacances, vie associative et activités sportives)” (Bayrou & Broussy, 2023). La liste des avantages est longue et ces mutations sociales ne coïncident pas avec les possibilités restreintes qui s’offrent aux personnes âgées d’aujourd’hui. De fait, pour définir l’offre de demain, il est indispensable que ces facteurs sociétaux soient pris en compte.

A l’heure actuelle peu de choix s’offrent à une personnes âgées, et ce notamment lorsque la perte d’autonomie s’invite dans son parcours. Dès lors que le soutien à domicile présente ses limites, seul l’Ehpad intervient alors comme alternative majoritaire par rapport au déploiement moins systématique

des résidences autonomie ou résidence service senior. Or, ce dernier lieu de vie a vu sa côte de popularité considérablement diminuer tant les dernières crises sanitaires et médiatiques ont pu révéler de véritables manquements au respect et au bien-être des personnes accueillies.⁵ Afin de pallier ce manque d'alternative, un rapport complet du Think Tank et du Haut-Commissariat au Plan paru en 2023⁶ évoque que des nouveaux lieux de vie et une reconfiguration complète des prises en charge au sein de ces institutions sont à repenser. Les Ehpad et autres structures alternatives doivent se réinventer pour faire face aux attentes et exigences de cette nouvelle génération car il est évident que l'offre existante ne suffira pas à pallier les besoins de nos futurs aînés et qu'elle risque par ailleurs de ne pas correspondre à leurs attentes. Nous détaillerons l'enjeu crucial du logement pour les personnes âgées dans une partie suivante.

Les évolutions du statut matrimonial sont également à prendre en compte dans ces projections. Cette question du foyer familial "conditionne en effet l'intensité et les formes de soutien familial" (Bayrou & Broussy, 2023). Si aujourd'hui un important veuvage féminin est observé, les meilleures conditions de vie des hommes laissent penser que la vie en couple pourra perdurer aux âges plus élevés, reculant, de fait, le nombre de personnes âgées isolées. Mais parallèlement à ce phénomène, notre société a également évolué en termes de divorces et de séparations. Cette progression du "célibat volontaire" sera donc "susceptible de générer un besoin accru d'aidants" (*Ibid*). La réduction du nombre d'enfant par femme s'ajoute à cette réflexion. Moins d'enfants laisse également penser à une réduction d'aidants. De fait, "à l'horizon 2030-2050, il ne suffira donc pas de se demander comment la puissance publique pourra apporter un soutien aux aidants : le problème crucial résidera plutôt dans une carence en aidants résultant des différents facteurs sociologiques" (*Ibid*), évoqués ci-dessus.

Après l'Etat, le second acteur qui devra prendre en compte ces évolutions sociétales sera le département. Comme évoqué précédemment, le département est le chef de file de l'action sociale. Responsable du pilotage et de l'application des politiques en faveur de l'autonomie, celui-ci doit également surveiller, à son niveau, l'évolution des populations qui résident au sein de ses frontières. Voyons maintenant comme ce vieillissement de la population s'opère à l'échelon de l'Agence départementale du pays de Saint-Malo.

⁵ Nous faisons ici référence à l'ouvrage « Les fossoyeurs » rédigé par Victor Castanet, paru en janvier 2022, qui a permis de mettre en lumière les dérives du leader mondial des Ehpad, Orpéa.

⁶ « Quand les Baby-boomers auront 85 ans - Projections pour une offre d'habitat adapté à l'horizon 2030-2050 », Haut-commissariat au plan et le Think Tank, Les études de matière grise, Rapport N°6, Janvier 2023

II.2. Le pays de Saint-Malo : un territoire vieillissant ?

Le nouveau schéma départemental de l'autonomie de l'Ille & Vilaine, voté en décembre 2023, concentre sa première partie sur les projections démographiques de sa population. Ces données se concentrent sur l'augmentation des 75 ans et + entre 2022 et 2035. Ainsi, une vision précise de l'évolution du vieillissement de la population à l'échelle locale est visible. Le territoire de l'agence du pays de Saint-Malo n'est pas non plus épargné par ce renouveau démographique. Mais en amont, voyons d'ores et déjà quelles sont les caractéristiques démographiques présentes sur les quatre établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) du territoire. L'ensemble de ces données seront visibles en annexe N°5 par des graphiques.

II.2.A. Les caractéristiques démographiques de la population du pays de Saint-Malo

Comptant plus de 85 000 habitants au 1er janvier 2020 selon l'Insee, l'EPCI de Saint-Malo Agglomération (SMA) est le territoire le plus peuplé du pays de Saint-Malo. Ce territoire, majoritairement urbain, réunit aujourd'hui 18 communes. Ce taux populationnel élevé s'explique en partie par la présence de la ville de Saint-Malo où les offres en termes d'emploi, d'éducation, de soin, de loisirs, de transports, etc., y sont majoritairement concentrées. Doté de ses kilomètres de côtes littorales, SMA propose un cadre de vie agréable souvent prisé par les retraités. En 2020, SMA comptait plus de 26 500 retraités selon l'Insee et près de 30 000 personnes âgées de plus de 60 ans, soit plus de 30% de sa population. La part de la population âgée de 60 à 74 ans était de 22.10 % en 2022, tandis que la part de la population âgée de 75 ans et + était de 12.90 %. L'indice de vieillissement calculé en 2020 par l'INSEE était alors de 135.30%. (L'indice de vieillissement correspond au nombre de personnes âgées de 65 ans et plus, pour 100 personnes âgées de moins de 20 ans.) SMA détient ainsi un des indices les plus élevés du pays de Saint-Malo derrière la Côte d'Emeraude.

En effet, la communauté de commune (CC) de la Côte d'Emeraude, détient de loin la plus grande proportion de personnes de 60 ans et + dans le pays de Saint-Malo, avec 26,4% de sa population et une part d'habitants de 75 ans et + qui s'élève à 16,8 %. Rassemblant 8 communes dont 5 situées en bord de mer, ce territoire est particulièrement reconnu pour sa population vieillissante. En tant que zone côtière, elle est également prisée par les retraités. En 2020, l'Insee recensait 10 719 retraités parmi les 28 169 habitants, soit plus de 38%, représentant ainsi plus d'un tiers de la population locale. L'indice de vieillissement de ce territoire était de 196,9 % en 2020.

La communauté de commune du pays de Dol et de la Baie du Mont Saint-Michel se distinguent de ces deux EPCI par ses larges bords côtiers mêlés à sa zone rurale. Cet EPCI, englobant 19 communes, comptait une population totale de 23 718 habitants en 2020, soit l'EPCI le moins peuplé du pays de

Saint-Malo. Sur cette même année, le nombre de retraités s'élevait à 6 691, comptant ainsi 28.2% de la population. En examinant les données démographiques plus récentes, on constate que la tranche d'âge de 60 à 74 ans représente 20.10% de la population en 2022, totalisant 4773 habitants. De même, la part des 75 ans et + s'établit à 11.80% de la population totale en 2022, avec 2798 habitants. L'indice de vieillissement en 2020 est évalué à 104.10%, soulignant une certaine maturité de la population.

La CC de la Bretagne Romantique est l'unique territoire en totale zone rurale. Elle s'étend sur 25 communes et affiche une population totale de 35,872 habitants en 2020. Avec 7 371 retraités en 2020, soit seulement 20.5 % de la population, la Bretagne Romantique se distingue par une population relativement active. En effet, la tranche d'âge de 60 à 74 ans représente 14.70% de la population en 2022 et la part des 75 ans et + est de 8.70%, soit, les proportions de personnes âgées de 60 ans et plus, les plus faibles du pays de Saint-Malo. L'indice de vieillissement, évalué en 2020, se situe à un niveau relativement bas en comparaison avec les autres EPCI, en atteignant 64.70%. Ces deux derniers territoires sont majoritairement des territoires ruraux. De fait, ils sont moins attractifs pour la migration des retraités et leur nombre d'habitant est moindre. Cela peut donc expliquer une plus faible part de personnes âgées vieillissantes.

II.2.B : Projections démographiques du vieillissement de la population du pays de Saint-Malo

Selon les prévisions démographiques de l'Insee, l'ensemble du pays de Saint-Malo connaîtra une augmentation de sa population vieillissante, mais les impacts seront différenciés au niveau des quatre EPCI. Une analyse détaillée, illustrée dans le schéma visible en annexe N°6, révèle que SMA sera particulièrement confronté au vieillissement de sa population, et se positionne en tête du territoire. D'ici à 2035, SMA devrait enregistrer une augmentation de 12% de sa population âgée de 75 ans et +, se traduisant par un accroissement de 6173 personnes. En revanche, la communauté de communes de la Côte d'Émeraude affiche une croissance moindre, avec 4% d'augmentation de sa population âgée de 75 ans et +. Ce chiffre, moins élevé, peut s'expliquer par un taux de personnes âgées de plus de 75 ans déjà très élevé sur ce territoire.

La Bretagne Romantique devrait connaître une augmentation de 3%, équivalant à 1458 personnes, tandis que le pays de Dol et de la Baie connaîtra une augmentation de 2 %, soit une population supplémentaire de 1186 personnes dans la tranche d'âge des 75 ans et plus. Ces plus faibles taux ne sont pourtant pas à minimiser. Les particularités face à l'étendue des territoires et le nombre important de communes relèvent des caractéristiques spécifiques pour ces deux EPCI, car sur les 44 communes que regroupent ces deux territoires, seules 4 sont en mesure de proposer une offre de service importante.

II.2.C Un vieillissement de la population couplé à un phénomène de gérontocroissance

Si les deux EPCI littoraux ouest connaîtront un accroissement de leur population âgée plus important que les territoires ruraux, outre le fait que leur population est plus importante, c'est parce qu'un autre phénomène vient se joindre à cette évolution démographique. En effet, en parallèle du vieillissement de la population, s'exerce sur ces deux territoires côtiers le phénomène de gérontocroissance. Bien que le vieillissement de la population s'intéresse aux "effets de structure" en définissant "une modification de la composition par âge de la population due à une augmentation de la proportion des personnes âgées"(Dumont, 2010), la gérontocroissance s'intéresse, elle, "aux effets de flux" (*Ibid*). Se définissant comme "l'augmentation des effectifs de personnes âgées dans une population donnée ou sur un territoire donné" (*Ibid*), ce processus s'intéresse notamment aux flux migratoires d'une population.

Or, les deux EPCI côtiers ouest sont reconnus pour accueillir un taux de migration de seniors élevés. Dotés de résidences secondaires un grand nombre de retraités viennent ainsi passer leur retraite sur les bords de mer. Provenant d'Ille et Vilaine ou d'ailleurs, ce taux de migration n'a cessé d'augmenter depuis la dernière crise sanitaire. Bien qu'aucune donnée chiffrée récente confirme ces propos, l'Insee a démontré que la Bretagne est la région française à avoir enregistré le solde migratoire le plus élevé en 2021. Composé d'actifs mais également de retraités, ce flux de migration est un des premiers facteurs de la gérontocroissance observée sur ces territoires. Parallèlement, cet attrait pour le littoral a eu un fort impact sur le coût de l'immobilier. Ces tarifs, de plus en plus élevés, sélectionnent également les catégories de populations qui peuvent s'installer sur ces territoires. Ainsi, nous pouvons observer un exode majeur des jeunes générations vers les zones plus rurales, là où le coût de l'immobilier est plus abordable. De plus, ces territoires, aux allures de vacances, proposent un bassin d'emploi limité pour les jeunes actifs. Ceux-ci se dirigent alors, bien souvent, vers de plus grandes zones urbaines pour bénéficier d'un large choix d'opportunités professionnelles.

De fait, ces différents facteurs, coût de l'immobilier, exode des jeunes et migration des seniors influencent fortement ce phénomène de gérontocroissance. Clairement visible sur les deux EPCI littoraux ouest, la CC de Dol et du pays de la Baie du Mont-Saint-Michel voit également ces flux apparaître, même si ceux-ci s'opèrent à moindre mesure.

II.3. Des disparités territoriales en matière d'offres sanitaires, médico-sociales et sociales

II.3.A. Les disparités sociales

Comme évoquées précédemment, les représentations des populations par âges sont disparates sur le territoire du pays de Saint-Malo. Il en est de même des catégories de populations qui cohabitent. Les communes proches du littoral accueillent des catégories de population très aisées comme précaires. La

ville de Saint-Malo est l'exemple où se côtoient des habitants des quartiers prioritaires de la ville (QPV) avec les riches multi-propriétaires. La ville de Dinard, outre sa réputation d'accueillir les "ultras riches", recense quant à elle un des plus forts taux de personnes bénéficiant du revenu de solidarité active (RSA) du territoire.

Au-delà de ces apparences, il faut tout de même relever que les moyens financiers des Brétiliens sont en moyenne plus élevés sur la Côte d'Emeraude et sur SMA. Avec un taux de pauvreté globale calculé en 2020 par l'Insee de 12.6 %, l'intercommunalité de Dol et de la Baie est le territoire le plus marqué par une paupérisation. Or, chez les plus de 75 ans, le plus fort taux de pauvreté se situe en Bretagne Romantique, avoisinant les 12 % (annexe N°7). Tandis que les territoires de la Côte d'Emeraude et de SMA enregistrent respectivement un taux de pauvreté chez les plus de 75 ans de 6,7% et de 7.1%, ces taux pourraient augmenter dans les années à venir. Le premier bailleur social de la région Malouine, rencontré lors d'un entretien, affirme que plus de 30% de leurs locataires ont plus de 60 ans et que ce taux peut s'élever jusqu'à 37 % dans un des quartiers prioritaires de la ville de Saint-Malo.

II.3.B. Les disparités en termes d'offre social et médico-social

Dans le cadre de ce diagnostic territorial, il est important de s'intéresser aux offres existantes sur les différents territoires. La diversité des EPCI, urbains et ruraux implique une certaine disparité entre les services proposés aux habitants du pays de Saint-Malo. De fait, les offres sanitaires, sociales et médico-sociales ou encore les offres de mobilité ou de commerces de proximité divergent d'un territoire à l'autre.

Il faut reconnaître que "si les disparités territoriales d'accessibilité aux soins médicaux sont largement documentées en France, peu d'attention a été portée aux inégalités d'accès aux soins médico-sociaux" (Penneau & Or, 2023). C'est également le constat qui peut se faire à l'échelle territoriale du pays de Saint-Malo. Aucun recensement des services d'aide et d'accompagnement à domicile (Saad) n'est accessible publiquement. Pourtant, la première condition pour que le soutien à domicile des personnes âgées soit efficient est la présence ou non de ces services d'aide à domicile.

De fait, évaluer l'offre sociale et médico-sociale auprès des personnes âgées sur le territoire du pays de Saint-Malo n'a pas été chose facile car plusieurs facteurs ont concouru à cette difficulté. Premièrement, il n'existe pas de liste exhaustive des Saad présents sur le territoire. Ainsi, dans le cadre de ma mission d'apprentissage, je me suis moi-même exercé à créer cette liste. Pour ce faire, j'ai récolté les informations auprès des équipes autonomie des Cdas, des centres locaux d'informations et de coordination (Clic) et également par des recherches informatiques et des appels téléphoniques à destination des mairies pour recenser les Saad publics. Secondement, car il est très difficile de mesurer le territoire d'intervention réel des services. En effet, si certains disent pouvoir intervenir "sur tout le

territoire de l'Ille & Vilaine" dans les faits, ceux-ci limitent leurs interventions sur le périmètre Rennais. Tout comme certains services implantés à Saint-Malo disent pouvoir intervenir sur "tout le territoire du pays de Saint-Malo" alors que dans les faits, ceux-ci assurent des prestations uniquement dans les communes limitrophes à SMA. Pour plus de lisibilité les cartographies des Saad par communes sont disponibles à l'annexe N°8.

Les données récoltées, permettent tout de même de visualiser de manière évidente que le nord du département est plus fourni en termes de Saad que les deux EPCI ruraux. En effet, un grand nombre de Saad privés se sont implantés ces dernières années sur le littoral. Attirés par une forte densité de personnes âgées de plus de 75 ans sur ces territoires et avec un taux de pauvreté moins élevé que dans certains départements, les services d'aide à domicile privés ont vu leur nombre croître de façon exponentielle. Alors que près d'une vingtaine de services sont à même d'intervenir sur les communes situées sur le littoral ouest, le service de l'aide à domicile en milieu rural (ADMR) s'avère être le seul prestataire à pouvoir intervenir dans les zones les plus rurales.

Même si connaître le nombre de Saad qui interviennent au sein des communes permet d'obtenir une première vision des offres disponibles, les services n'ont pas tous la même capacité de prestation. Avec un nombre de salariés très différents d'un service à un autre, le nombre de bénéficiaires varie très fortement. Les services publics pilotés par les centres communaux d'action social (CCAS), en sont le parfait exemple, car certaines communes bénéficient d'une équipe restreinte de moins de dix salariés. Afin d'évaluer de manière plus précise les capacités d'intervention des services présents sur le territoire, il s'agirait de connaître leur capacité de prestations, mais cette donnée varie très régulièrement entre la diversité des profils accompagnés et le turn-over permanent des salariés.

II.3.C. Les disparités en termes d'offre sanitaire

Connaître la présence des professionnels de santé a été plus accessible. D'une part, le cabinet de conseil mandaté pour développer le schéma départemental de l'autonomie avait calculé le taux d'équipement des services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) et service polyvalent d'aide et de soin à domicile (Spasad) sur le territoire (graphique disponible à l'annexe N°10). D'autre part, l'ensemble des données relatives à l'implantation des professionnels de santé sont accessibles via le site "Rezone Médecin" de l'assurance maladie. Ainsi il a été à ma portée d'analyser ces données et de les cartographier pour plus de lisibilité de l'offre existante. L'ensemble de ces cartographies est disponible en annexe N°10 et 11.

Les données récoltées sur le site de l'assurance maladie indiquent très clairement que les professionnels de santé sont concentrés sur le nord du territoire. En effet, plusieurs communes ne possèdent pas de médecins généralistes ni de pharmacie. Ces disparités sont notamment bien plus présentes sur les deux EPCI ruraux. Cependant, l'Ille et Vilaine reste un département attrayant pour les professionnels de santé

et les habitants du pays de Saint-Malo peuvent trouver un médecin généraliste dans un rayon de dix kilomètres autour de leur domicile. Bien qu'une certaine mobilité soit nécessaire, cette distance reste relativement courte en comparaison avec d'autres territoires français répertoriés comme déserts médicaux.

En examinant de plus près certaines données nous observons que le nombre de patients suivis par un médecin généraliste n'est pas nettement différents, qu'il se situe en zone rurale ou en zone urbaine. Par exemple, les communes de Combourg et de Dol de Bretagne enregistrent respectivement 1808 et 1261 patients par omnipraticien, tandis que les communes de Saint-Malo et de Dinard enregistrent elles même 1543 et 1764 patients par omnipraticien. Avec une moyenne départementale de 1606 patients par médecins généralistes, certaines communes se retrouvent en deçà de celle-ci quand d'autres se retrouvent nettement au-dessus, comme par exemple la commune de Pleurtuit qui enregistre un nombre de patients moyens de 2197 par omnipraticiens. Ces données nous indiquent que les zones rurales, bien que moins bien dotés en professionnels de santé sont également moins peuplés que les communes proches du littoral. Ainsi, l'accès aux soins n'est pas plus facilité au nord-ouest du département comme pourrait le laisser présupposer la cartographie représentée en annexe N°10. De plus, l'ensemble du territoire du pays de Saint-Malo est entouré de services d'urgences. Tandis que les habitants du nord du territoire peuvent s'orienter vers l'hôpital de Saint-Malo, les habitants de la Bretagne Romantique peuvent eux recourir à un des hôpitaux de Rennes, Saint-Malo ou encore de Dinan. Ainsi, l'ensemble des habitants du pays de Saint-Malo peut bénéficier d'une prise en charge en urgence relativement proche de son domicile.

Les taux d'équipement des Ssiad et Spasad en nombre de places calculés sur mille personnes âgées de plus de 75 ans indiquent que le taux de chaque ECPI est inférieur à la moyenne départementale (17.9). La Côte d'Emeraude est le territoire qui s'approche le plus de cette moyenne avec un taux d'équipement de 17.6 places pour 1000. Nous pouvons tout de même affirmer que le pays Malouin est sous doté de services infirmiers à domicile comparé au reste du territoire de l'Ille et vilaine car son taux d'équipement moyen est de 13.8 places pour 1000. La Bretagne Romantique avec un taux de 9.6 s'avère être le territoire le plus sous doté, mais dans les faits, deux autres Ssiad hors du pays de Saint-Malo interviennent sur le territoire. Ils assurent notamment des prestations sur les communes limitrophes au reste du département. Encore une fois, ces données basées sur l'offre existante révèlent certaines limites.

Avec un taux de Ssiad et de Spasad insuffisant pour le besoin grandissant du territoire, les soins infirmiers à domicile sont bien souvent assurés par des cabinets d'infirmiers libéraux. Même si une forte concentration de ceux-ci est visible sur le nord-ouest du territoire, les deux EPCI ruraux sont également dotés de plusieurs cabinets d'infirmier diplômé d'Etat (IDE), relativement bien répartis sur le territoire. (annexe N°11) Bien que ce taux de présence soit satisfaisant, il ne reste pour autant pas suffisant. Une

grande part des soins infirmiers pour les personnes en perte d'autonomie à domicile relève de l'hygiène. Or, depuis plusieurs années, certains cabinets refusent d'effectuer ces actes techniques. Acte peu rémunérateur et qui implique de larges contraintes administratives, les cabinets libéraux n'ont que peu d'intérêt à pratiquer ce genre de soins. Un glissement des tâches s'opèrent alors vers les Saad. Bien que non qualifiés pour effectuer certaine prise en charge, les actes qui relèvent des soins sont parfois pratiqués par les aides à domicile faute de professionnels de santé disposés à les effectuer. Au-delà des risques sanitaires et de responsabilité que cela implique, la conséquence financière est de taille pour le bénéficiaire. En effet, un acte d'hygiène effectué par une IDE est pris en charge par la sécurité sociale, quand un service d'hygiène effectué par un Saad génère obligatoirement un reste à charge pour l'utilisateur. Ce glissement des tâches génère donc de lourdes conséquences, tant pour les professionnels des services d'aide à domicile qui voient leur charge de travail augmenter que pour les bénéficiaires qui voient leurs ressources diminuer.

Ce diagnostic territorial nous permet de visualiser les différences entre les catégories de populations présentes sur le territoire mais également sur les offres disponibles en termes de soin et de services à domicile. Sans surprise, les habitants de Saint-Malo ou des communes avoisinantes sont mieux dotés en nombre de services d'aide à domicile et d'offres de soins. Cependant, le nombre d'habitants y étant plus élevé, les difficultés d'accès aux soins infirmiers et d'aide à domicile sont de plus en plus présentes. Ces difficultés d'accès aux soins et aux services d'aide à domicile se ressentent sur le territoire du pays de Saint-Malo. Nous verrons, dans la prochaine partie de ce mémoire comment de fortes inégalités peuvent s'opérer entre la population d'un même territoire et comment l'accès aux services d'aide à domicile constitue le premier défi du soutien à domicile auquel sont confrontées les personnes âgées en perte d'autonomie.

III. Les défis du maintien à domicile sur le territoire du pays de Saint-Malo

Comme partout en France, le pays de Saint-Malo est confronté aujourd'hui à un réel manque de main d'œuvre dans l'aide et l'accompagnement quotidien des personnes âgées. Alors même que le soutien à domicile ne peut être assuré qu'à la condition d'une présence suffisante de service d'aide, le virage domiciliaire, réaffirmé par le gouvernement se heurte progressivement à des limites de faisabilité. Les multiples rencontres effectuées dans le cadre de ma mission d'apprentissage m'ont permis d'obtenir une vision claire et objective des difficultés rencontrées par l'ensemble des acteurs du secteur Malouin. Nous verrons dans cette partie, comment ce manque de salarié impacte l'ensemble de l'organisation du secteur du soutien à domicile et pourquoi les personnes âgées sont les premières à en pâtir.

III. 1. L'attractivité des métiers

Développé lors d'un contexte de chômage de masse dans les années 1980-1990, le métier d'aide à domicile s'est structuré avec l'objectif de professionnaliser les femmes non qualifiées, et non dans l'objectif d'améliorer les prises en charge des personnes âgées à leur domicile (Ennuyer, 2007). Longtemps réduites à des contrats à durée déterminée et des temps partiels, les conditions d'emploi de ces professions ont largement contribué aux difficiles conditions de travail dans lesquelles celles-ci doivent exercer leur métier. Avec des horaires atypiques, une faible rémunération et un manque de reconnaissance, ces métiers de l'aide à la personne n'attirent plus. Bien qu'aujourd'hui ces conditions d'emploi tendent à s'améliorer, les modalités d'exercices restent complexes ce qui suscitent un réel manque d'attractivité.

III. 1. A. L'aide à domicile ou l'archétype du "sale boulot"

"Malgré le sens et l'utilité sociale très forte qu'elles portent, les professions d'aide-soignant et d'accompagnement à domicile souffrent d'un manque d'attractivité qui fait peser un risque majeur de dégradation de la qualité de prise en charge des personnes âgées" (El Khomri, 2019). Un métier "porteur de sens et d'une utilité sociale majeure", voilà comment, en 2019, sont définis les métiers de l'aide à domicile dans le rapport El Khomri. Si cette définition semble reconnaître le caractère indispensable de ces métiers dans notre société, celle-ci laisse également transparaître une image valorisée et attrayante de ceux-ci. De fait, cette nouvelle image enjolivée des métiers de l'aide à la personne doit pouvoir contrer les préjugés et les opinions préconçues qui ont été véhiculés ces dernières décennies sur ce travail du "bas de l'échelle". (Avril, 2019)

Très nettement genrés, les métiers de l'aide à domicile sont largement tenus par les femmes. Comme nous le rappellent les autrices Avril et Ramoc Vacca, "aujourd'hui comme hier, les métiers de femme

sont ceux qui s'inscrivent dans le prolongement des "fonctions ménagères et maternelles" (2020), et l'aide à domicile correspond à ce modèle. Si autrefois la prise en charge des aînées était généralement assumée par les femmes au sein de la famille, cette tradition persiste encore aujourd'hui. En effet, il y a une prédominance féminine dans les métiers de soins aux personnes âgées, que ce soit en tant qu'aidantes familiales non rémunérées ou en tant que professionnelles salariées. Cette observation s'étend notamment à l'ensemble des métiers du *care* dans leur globalité. Ce savoir inné qu'auraient les femmes à prendre soin et à accompagner tend à impacter la reconnaissance de ces métiers. Effectivement, "historiquement renvoyé à des compétences féminines non professionnelles, qui seraient acquises naturellement dans la sphère familiale et domestique" (Fraisie, 2023), cette image stéréotypée laisse penser que toute femme peut exercer ce "travail" naturellement sans qualifications particulières. Ainsi, une difficile reconnaissance de la valeur travail de ce métier a longtemps perduré, et persiste encore aujourd'hui.

Longtemps perçu comme des métiers peu qualifiés et réservés aux femmes non diplômées, les métiers de l'aide à domicile peuvent s'analyser comme étant caractéristique de ce que certains chercheurs ont qualifié de "sale boulot". Développé par Everett Hughes, puis largement étudié par plusieurs philosophes et sociologues, le sale boulot "comprend des activités qui supposent la confrontation avec la souillure, la transgression, le rejet social, les tâches désagréables, indignes, dégradantes, celles qui impliquent les dimensions taboues de l'existence humaine." (Borgeaud-Garciandía, 2023). Communément affilié au simple ménage et à l'aide à l'hygiène, le métier de l'aide à domicile porte une image stéréotypée et négative des missions qui leur sont confiées qui s'inscrit dans cette définition. Or, la montée en puissance du virage domiciliaire, couplé au confinement de la crise sanitaire n'a cessé de révéler la nécessité vitale de ces emplois pour la stabilité de notre système attenant à la vieillesse. Tout comme les professionnels de santé, "les aides à domicile font partie des travailleurs « de première ligne », qui fournissent des biens et des services de première nécessité à la population" (Fraisie, 2023). Ce concept de "sale boulot" se caractérise notamment par le fait que les aides à domicile interviennent en complément des professionnels de santé, mais qu'elles font notamment "ce qu'il reste à faire", soit les tâches les moins valorisées (Avril & Ramos Vacca, 2020). Ainsi, ce "processus de délégation" (*Ibid*) contribue à l'image dévalorisée de ce métier au plus "bas de l'échelle".

Cette non reconnaissance ne date pas d'hier. Commune à l'ensemble des métiers du *care*, les conditions de travail difficiles et le manque de reconnaissance de la part de la société aussi bien que des pouvoirs publics contribuent fortement à ce manque d'attractivité. Penser que ce métier ne nécessite aucune qualification serait une erreur. Bien qu'un diplôme de niveau supérieur ne soit pas essentiel, les qualifications et les compétences requises en matière d'aide et d'accompagnement sont indispensables pour exercer ces métiers. Ce métier, aussi nécessaire qu'indispensable à l'ensemble de notre système, exige une rigueur forte et un professionnalisme de taille. Comme l'affirme un auteur, "ces emplois

réclament une adaptabilité permanente au contexte singulier de chaque bénéficiaire et de son environnement” (Lo, 2022). S’introduire dans l’intimité des personnes accompagnées n’est pas anodin, et cette profession, est par ailleurs, comme de nombreuses professions attenantes au secteur du médico-social, une vocation.

Ce manque d’intérêt se retrouve également dans les professions diplômées du secteur sanitaire, tels que les métiers d’aide-soignant. L’enquête annuelle de Pôle Emploi (France Travail) établie en 2019, affirme que “les besoins de main d’œuvre les plus importants concernent en priorité la famille « métiers des aides à domicile et aides ménagères »” (El Khomri, 2019). Un autre rapport, élaboré par « Aide à domicile, la Branche » a objectivé les causes du déficit d’attractivité des métiers d’aide-soignant et d’accompagnement à domicile en enquêtant auprès des employeurs. Celui-ci révèle que l’insuffisance des rémunérations, l’organisation et les horaires de travail, la pénibilité psychique et physique et les temps partiels sont les principales causes du désintérêt de ces métiers. A savoir aussi que “le taux de précarité y est très important puisque ce sont des emplois en majorité en temps partiel souvent payés au Smic avec des horaires souvent éclatés sur la journée pouvant changer un jour sur l’autre” (Lo, 2022). Ces conditions de travail difficiles ne sont donc pas sans conséquence sur la santé physique et mentale des professionnels. Toujours selon le rapport El Khomri, “le secteur de l’aide et des soins aux personnes âgées présente parmi les taux les plus élevés d’accidents du travail/maladies professionnelles (AT/MP) et d’absentéisme” (2019).

Compte tenu de ces conditions de travail difficiles, peu de salariés souhaitent s’engager dans ce secteur. Une directrice de Saad rencontré lors d’un entretien affirme avoir perdu en quelques années 50% de son effectif. Cette perte de main d’œuvre étant en partie justifiée par un grand nombre d’employés partis à la retraite qui n’ont jamais trouvé de successeur. En parallèle des difficultés de recrutement, la fidélisation de ses salariés devient un nouvel enjeu majeur. En effet, le secteur de l’aide à domicile reste concurrentiel, générant l’accentuation des départs des salariés vers le plus offrant. Ce turn over perpétuel est devenu le quotidien de nombreux responsables de service. Avec de nouvelles exigences et conditions d’employabilité les professionnels de l’aide à domicile sont maintenant en position de force face aux employeurs. Ainsi, de plus en plus de salariés imposent leurs conditions avant de signer un contrat et refusent dans certains cas la CDIisation afin de garder une flexibilité professionnelle.

III. 1. B. Un manque de salarié aux lourdes conséquences

Confrontés à un manque de main d’œuvre et une demande croissante d’interventions, les services d’aide à domicile adaptent leurs prestations en privilégiant leurs interventions sur les actes essentiels de la vie quotidienne. Autrement-dit, afin de répondre aux besoins d’un plus grand nombre, les services priorisent leurs heures d’intervention en assurant les prestations “vitales” au soutien à domicile des bénéficiaires. Cela se traduit donc par les prestations « vitales » comme l’aide aux repas, au levé, au couché, etc. Selon

les équipes autonomie des Cdas rencontrées, les temps dédiés à l'hygiène corporelle peuvent parfois devenir une variable d'ajustement tout comme les heures de ménage qui ne sont plus jugées prioritaires. Par conséquent, il se pourrait que les heures de vie sociale, mises en place depuis le 1^{er} janvier 2024 dans le cadre du plan Bien Vieillir deviennent elles aussi, des variables d'ajustement dans les heures d'aides à privilégier. Au-delà de cette inquiétude, la mise en place même de ces nouvelles heures d'accompagnement pose question, car comme le rappelle le Haut conseil de la Famille de l'Enfance et de l'Age dans son rapport, publié en janvier 2024 « *Bien vivre et vieillir dans l'autonomie à domicile* », « la capacité des services à déployer la mesure pose en outre question, dans la mesure où la grande majorité des Saad (9 sur 10) indique rencontrer des problèmes de recrutement les confrontant d'ores et déjà à des difficultés pour la mise en œuvre des plans d'aide » (Conseil de l'âge, 2024).

Les prestations assurées sont moindres, mais les besoins en accompagnement des personnes âgées à domicile sont nombreux et en perpétuelle évolution. La directrice d'un Saad de Saint-Malo explique en effet que l'accompagnement à domicile a évolué cette dernière décennie. La moindre solidarité familiale et l'éloignement géographique des familles impliquent de plus lourdes responsabilités pour l'ensemble des acteurs qui travaillent dans le secteur, car ils sont d'avantage sollicités pour répondre aux personnes dans le besoin. Ce facteur contribue également aux difficiles conditions de travail des professionnels de l'aide et de l'accompagnement à domicile. De plus, le besoin d'accompagnement est plus élevé car les niveaux de dépendance sont plus importants. Si auparavant le maintien à domicile concernait davantage les personnes en GIR 3 et 4, désormais de plus en plus de personnes en GIR 1 et 2 vivent à domicile. Manque de place en Ehpad ou choix personnel de rester à domicile ? Il est difficile d'expliciter une telle évolution, toutefois, cette croissance est visible sur l'ensemble du territoire⁷.

Outre le fait que les prestations assurées sont prioritaires, les plages horaires d'intervention de certains services se sont également réduites. Nous l'avons vu précédemment, les services s'adaptent aux conditions de leurs salariés. Ainsi, certains services n'assurent plus d'intervention le week-end par manque de salarié ou encore, les services fonctionnent en mode "dégradé" pendant les périodes estivales. Ce n'est donc plus rare de voir intervenir plusieurs services à domicile pour assurer un seul plan d'aide. Dans les situations où aucun autre service ne peut assurer la continuité de la prise en charge, les familles et aidants sont les premiers à devoir le remplacer.

Ces difficultés de prise en charge ne sont pas sans conséquence pour les personnes âgées. La priorisation des heures d'aide effectuées implique un moindre accompagnement de leurs besoins et rend compte

⁷ Vous trouverez en annexe N°12 une cartographie représentant le nombre de personnes ayant effectué une demande d'APA en GIR 1 et 2 par commune en 2022. Cette cartographie est exhaustive, car elle permet de témoigner que les accompagnements des personnes avec un taux de perte d'autonomie élevé ne sont pas isolés mais qu'ils sont bien présents sur l'ensemble du pays de Saint-Malo

d'un manque d'investissement dans le soutien à la vie sociale, ce qui a pour effet de renforcer l'isolement de celles-ci. Par ailleurs, le turn over de salariés couplé à la présence de plusieurs services ont pour conséquence de développer de l'insécurité chez ces bénéficiaires qui ont la sensation de devoir ouvrir la porte de leur intimité à de nouveaux inconnus de manière perpétuelle.

III. 2. Un maintien à domicile à double vitesse

Afin de pallier le manque d'effectif, constant dans leurs équipes, nous l'avons vu, les Saad adaptent leurs prestations. Cependant, le manque de main d'œuvre produit un autre effet que la priorisation, celui de la sélection. Confronté à d'importantes demandes, les services peuvent désormais sélectionner leur « clientèle », leur secteur d'intervention et modifier leurs prestations.

Pour comprendre, il faut rappeler qu'il existe deux types de services dans l'aide et l'accompagnement à domicile. Les premiers sont des services autorisés tarifés, ils sont conventionnés avec le département pour effectuer un tarif de base et ne peuvent pratiquer des tarifs libres. Ces tarifs sont personnalisés à chaque service et revus chaque année. Ces services sont majoritairement les services publics des CCAS ou encore certaines associations type ADMR. Les autres services, dits "non tarifés", ne sont pas conventionnés avec le département. Autrement cités comme les services marchands, ceux-ci sont libres d'appliquer les tarifs qu'ils souhaitent. Le département doit prendre en charge au minimum le tarif fixé par la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV). Si les services décident de facturer un tarif horaire supérieur, la différence doit alors être prise en charge par l'utilisateur. On nomme cette différence le reste à charge extralégale. Rappelons aussi que "les départements sont libres de pratiquer des politiques de financement (valeur du tarif horaire financé, générosité des plans d'aide, etc.) variables en fonction de leur politique et de leur richesse" (Penneau & Or, 2023). Ces différences, visibles sur l'ensemble du territoire Français conduisent de fait, à des inégalités sociales mais également territoriales.

III. 2.A. Les sélections des services d'aide à domicile

Avec la possibilité de pratiquer des restes à charge plus ou moins importants, certains services font le choix d'appliquer des tarifs plus onéreux pour sélectionner une clientèle plus aisée. Ces différences de tarifs appliqués impliquent donc une inégalité de choix pour les usagers. Les plus aisés d'entre eux peuvent choisir des prestataires plus onéreux quand les personnes âgées les moins fortunées se dirigent uniquement vers des services publics ou associatifs conventionnés avec le département. Ces sélections sont observées par différentes pratiques des prestataires. Par exemple, les équipes autonomie de l'ensemble du secteur du pays de Saint-Malo constatent que de moins en moins de services pratiquent les demi-heures d'intervention. Nombreux sont les services qui n'interviennent que pour une heure complète, car plus rentable pour celui-ci : un seul passage d'une heure permet d'assurer un seul déplacement pour l'aide à domicile, quand deux interventions de trente minutes demandent un second

déplacement. Cette « rationalisation croissante de l'organisation du travail » (Fraisie, 2023) pratiquée par les services, implique en parallèle un plus large reste à charge pour l'utilisateur. Celui, qui, pour des raisons organisationnelles et économiques pouvait bénéficier de deux passages à domicile en ne finançant qu'une heure d'intervention. De moins en moins pratiqué, un grand nombre de bénéficiaires sont ainsi contraints de refuser des heures d'accompagnement pourtant prévues dans leur plan d'aide afin de réduire leur reste à charge.

Par ailleurs, afin de sélectionner une clientèle rapidement, plusieurs services n'acceptent plus d'intervenir sur certains secteurs et notamment au sein de la ville de Saint-Malo. Les trois quartiers prioritaires de la ville sont uniquement pris en charge par le Saad du CCAS, alors qu'une petite vingtaine de services sont en capacité d'intervenir sur toute la ville. De même pour le secteur de la vieille ville dans l'intra-muros où plus aucun service ne souhaite se déplacer. Les temps annexes à l'intervention tel que se garer, payer son stationnement, ou encore accéder au logement serait trop chronophage.

Ces délais annexes, non rémunérés par le département sont des temps peu rentables pour les services. Avec un nombre important de sollicitations partout sur le territoire, les Saad peuvent ainsi se dispenser d'intervenir sur certains secteurs sans être impactés. Ces choix résultent également de l'équilibre financier des services car de nombreux gestionnaires « constatent que les financements accordés par les pouvoirs publics ne permettent pas de couvrir les coûts réels du maintien à domicile avec pour conséquence la fragilisation et à terme une menace concernant la pérennité des associations d'aide à domicile » (Lo, 2022). Cette constatation a par ailleurs été affirmée par la directrice de Saad rencontrée, en me déclarant qu'un Saad serait « toujours déficitaire ». Une constatation qui semble être partagée, car le HCFEA affirme que « parmi l'ensemble des services ayant répondu à l'enquête du conseil de l'âge, 9 sur 10 ont répondu que les financements alloués par le département et les autres financeurs publics ne leurs permettaient pas de couvrir l'intégralité des coûts de fonctionnement » (2024).

Si les personnes les plus précaires ne peuvent bénéficier que des services autorisés tarifés qui leur garantissent un moindre reste à charge, les personnes les plus aisées quant à elles peuvent se permettre de choisir d'autres prestataires comme des services marchands ou encore employer des professionnels en gré à gré. Ainsi, un double niveau de prise en charge entre les bénéficiaires commence à se décliner entre les différents services d'aide à domicile. Dans son rapport, le HCFEA indique par ailleurs, que 6 Saad interrogés sur 10 « prévoient d'appliquer prochainement une augmentation du reste à charge extra légal demandé aux personnes accompagnées ». Le conseil de l'âge partage également que si en 2018 les niveaux de reste à charge étaient « acceptables », il considère aujourd'hui que « la situation est très préoccupante » (2024). Cela laisse donc sous-entendre de possibles nouvelles restrictions pour les personnes âgées les moins aisées et la poursuite de ce service à double niveau. Si les bénéficiaires sont

les premiers confrontés à cette distinction de classe, cette différence de public modifie également les conditions de travail chez les professionnels.

L'impact des disparités de conditions de travail revêt une importance cruciale dans l'attrait des métiers liés aux aides à domicile car il est fréquent de constater que les professionnels préfèrent orienter leurs services vers un public plus aisé. Cette orientation résulte de la perception que l'accompagnement d'une clientèle plus favorisée est moins complexe. En conséquence, les nouveaux salariés de l'aide à domicile, se dirigent plus facilement vers des services marchands, qui garantissent un accompagnement auprès d'usagers appartenant à une catégorie sociale supérieure.

III.2.B. L'autoentrepreneuriat des professionnels de l'aide à domicile

Si le manque d'attractivité constitue le premier frein à l'embauche de nouveaux salariés, il est important de souligner que l'emploi direct de professionnels de l'aide à domicile affecte également les services. Autrement appelé le "gré à gré", cette méthode permet aux professionnels d'être l'employé direct de la personne âgée et d'appliquer les tarifs souhaités. En devenant l'employeur, la personne âgée utilise les chèques emploi service universel (Cesu) pour rémunérer directement la personne qui intervient au domicile. Cette méthode qui a vu le jour depuis déjà plusieurs années semble beaucoup plus attrayante pour les aides à domicile. En effet, en plus de sélectionner leurs tarifs, ces professionnels peuvent sélectionner leur « clientèle » et organiser leur temps de travail comme ils le souhaitent. Mieux rémunéré et avec des conditions de travail sélectionnées à leurs avantages, le gré à gré s'intensifie et se développe considérablement sur le territoire. Une enquête menée en 2012 indiquait que la pénibilité ressentie au travail était deux fois moins élevée chez les aides à domicile en emploi direct (25,4 %) que chez les aides à domicile salariées d'un service prestataire (51,3%). De plus, 46,4 % des salariés chez un prestataire auraient ressenti une pénibilité élevée, contre 8,1 % chez les salariés en gré à gré. (Devetter et al., 2012). Ces résultats expliquent pourquoi l'emploi direct a nettement évolué ces dernières années.

L'émergence du "gré à gré", offre une autonomie accrue aux professionnels, mais soulève des préoccupations liées à la sécurité et à l'éthique. En effet, l'emploi direct présente plusieurs limites. Très peu réglementé, l'emploi direct est accessible à tous car aucune formation ou qualification n'est nécessaire pour proposer ses services. Certaines familles n'hésitent donc pas à employer leurs propres connaissances : voisin, ami, neveu... Cela pose donc la question de la limite entre la solidarité familiale, l'aidance et l'employabilité des proches. De plus, l'emploi direct peut notamment soulever la question des abus potentiels car il nécessite une certaine aisance administrative de la part du bénéficiaire. En tant qu'employeur, la personne âgée s'astreint aux réglementations du code du travail, ainsi, charge à lui d'établir un contrat de travail, de déclarer les heures d'aide perçues mensuellement et de rémunérer directement le professionnel. Or, dans certains cas, il arrive que les personnes âgées ne puissent plus être en mesure d'assumer cette charge administrative. En résulte que les professionnels s'astreignent

eux-mêmes à cette responsabilité. Bien que ces abus soient rares, aucune vérification n'est assurée sur le travail fourni de ces aides à domicile.

En dépit des limites observées par le gré à gré, leur nombre conséquent permet tout de même de pallier les manquements des services sur certains secteurs, notamment sur le secteur de l'intra-muros à Saint-Malo. Les équipes autonomie observent en effet, que les professionnels en emploi direct se partagent plusieurs plans d'aide afin d'assurer une continuité de service en cas d'absence de l'un d'eux, et créent ainsi de petites "équipes de gré à gré". Ces nouvelles organisations sont des évolutions à prendre en compte dans l'avenir du maintien à domicile car leur nombre ne cesse d'augmenter. Si ces nouveaux modes de prise en charge soulèvent de nombreux questionnements, « le Cesu reste dans son ensemble très suspect aux yeux de nombreux professionnels (Crasset, 2020). Or, même si Crasset affirmait en 2020 qu'on ne pouvait pas considérer que le Cesu soit « reconnu comme légitime dans le champ de l'aide à domicile », les équipes autonomie du département l'affirme, il tend aujourd'hui à être considéré comme un nouveau mode de prise en charge à part entière.

Le soutien à domicile relève de nombreux défis sur le territoire du pays de Saint-Malo. Le manque d'attractivité pour les métiers d'aide à domicile constitue le premier facteur des différentes difficultés rencontrées sur le territoire pour engager le virage domiciliaire. La priorisation et la sélection des services d'aides à domicile impactent en premier lieux les personnes âgées, leurs familles ou aidants et notamment les plus précaires d'entre eux. Le HCFEA affirme, par ailleurs, que près d'un allocataire sur deux ne consomme pas l'intégralité du plan d'aide qui lui a été notifié. Or, si les raisons de cette « sous-consommation sont multiples » les causes les plus fréquentes sont dues « à des questions de reste à charge ou de tensions sur les recrutements des professionnels salariés ». Ainsi, face à ces nombreux défis que doit relever le secteur du soutien à domicile, nous verrons dans la deuxième partie de ce mémoire, comment des solutions dites « innovantes » pourraient être mise en place sur le territoire du pays de Saint-Malo.

Partie 2 :

Pour un soutien domiciliaire innovant : des solutions territoriales pour les personnes âgées du pays de Saint-Malo.

I. Acteurs, informations et prestations : développer l'accès aux droits

Un des premiers enjeux face aux défis que doit relever le secteur de l'aide à domicile est en effet le recours à l'information et aux prestations pour tous les bénéficiaires directs ou indirects. Les bénéficiaires directs, autrement dit, les personnes âgées en perte d'autonomie, nous l'avons vu, sont confrontées à des difficultés de prise en charge. Le manque de réponse à ces besoins impacte également les bénéficiaires indirects à savoir, les familles et proches aidants. Bien souvent à l'origine de la mise en place de l'accompagnement, les familles et proches aidants déplorent un cruel manque d'information lié à la prise en charge de la dépendance. Les équipes autonomes l'attestent « les familles sont perdues ». En effet, en cas de demande d'aide personnalisée à l'autonomie (APA), la multiplicité d'informations à prendre en compte, couplée à la multitude d'acteurs qui interviennent pour la mise en place d'un accompagnement, participent grandement au sentiment de complexité perçu par les proches. Nous verrons dans cette première partie quelles solutions peuvent être envisagées pour faciliter l'accès à l'information et aux prestations pour les bénéficiaires de l'APA à domicile et leurs proches aidants.

I.1. Favoriser le recours à l'information des droits des usagers

L'accès à l'information est un enjeu majeur dans l'accès aux droits et aux prestations. Régulièrement dénoncé pour l'ensemble des prestations disponibles de notre système social, l'accès à l'information pour les droits des personnes âgées dans le besoin n'échappe pas à ces mêmes difficultés. Pour Bouvet, « souvent la personne âgée ignore, par manque d'information, les différentes aides auxquelles elle peut recourir » (2003). Si l'auteur affirmait ceci en 2003, il est cohérent de penser que sa remarque est encore pertinente à ce jour. Il est vrai que pour pallier les difficultés d'accès à l'information les Centres locaux d'information et de coordination (Clic) ont vu le jour dès les années 2000, toutefois leur reconnaissance du grand public à leur encontre semble encore limitée.

I.1.A. Les centres locaux d'information et de coordination

Les entretiens conduits sur le territoire du pays de Saint-Malo m'ont permis d'identifier que les quatre Clic ne sont pas reconnus de la même manière sur chaque territoire. Les raisons de ces différences sont multiples : temps de présence sur les communes, locaux accessibles et reconnus, développement de la communication, disparités de financement... Si de nombreuses variables entrent en jeu dans le repérage de cet acteur, il faut tout de même relever que le nom que cette structure porte « centre local d'information et de coordination » est équivoque. En effet, la dénomination de « Clic » ne permet pas aux personnes d'identifier précisément les besoins auxquels ce service peut répondre. Plusieurs départements ont d'ailleurs fait le choix de modifier cette appellation pour plus de visibilité. Le département du Morbihan a par exemple renommé ses Clic en « Maison départementale de l'autonomie ». Une appellation moins ambiguë qui permet de s'orienter directement vers son public

cible. Afin de faciliter la reconnaissance des Clic sur le pays de Saint-Malo et in fine de développer l'accès à l'information il serait pertinent de modifier cette appellation ambiguë. Cette modification pourrait par ailleurs être l'occasion de recommuniquer sur leurs rôles et leurs missions.

Rappelons tout de même que les Clic ne sont pas les seuls acteurs à même de fournir des informations sur les droits des personnes âgées. Les Mairies ou encore les Centre communaux d'action sociale (CCAS) pour les communes qui en disposent, et les Centres départementaux d'action sociale (Cdas) peuvent également assurer ce niveau d'information et accompagner les personnes à élaborer leur demande d'aide. Cependant, malgré cette diversité d'acteurs, l'accès à l'information et aux droits des personnes âgées est encore jugé trop complexe par les familles selon les équipes autonomes des quatre Cdas du pays de Saint-Malo. En effet, comme nous le rappellent ces auteurs « les embûches qui parsèment le chemin d'accès aux prestations et services sont nombreuses et variées » (Knüsel & Colombo, 2014), et nous verrons que le secteur du soutien à domicile ne déroge pas à cette règle.

I.1.B. Le service public départemental de l'autonomie

Afin de pallier cette difficulté d'accès à l'information, l'Etat souhaite mettre en place dès 2025 le Service Public Départemental de l'Autonomie (SPDA). Préconisation argumenter par Mr Libault en 2022 dans rapport « Vers un service public territorial de l'autonomie », ce service, ne sera ni un nouvel acteur ni un nouveau dispositif. Le SPDA, a pour premier objectif de garantir un accueil, une information, une orientation et une mise en relation de qualité quelle que soit la porte d'entrée prise par la personne. La formation de l'ensemble des professionnels sera donc primordiale afin d'assurer cette qualité d'information. Le département de l'Ille et Vilaine est quelque peu préparé à assurer ce premier objectif car il a contribué à la mise en place de l'Accueil social inconditionnel de proximité (ASIP). Cette démarche permet à chacun, d'obtenir au plus près de son lieu de vie, et dès le premier contact, une écoute attentive, une information de premier niveau sur l'accès aux droits et/ou sur les démarches à accomplir et si nécessaire, une orientation vers l'interlocuteur le plus compétent. Il conviendra donc au département de poursuivre ses démarches pour promouvoir l'ASIP afin de répondre au premier objectif du SPDA.

I.2. Facilité l'accès aux prestations sociales dans le cadre de l'Allocation personnalisée d'autonomie

Si l'accès à l'information est une première difficulté, l'accès aux prestations en est une autre. Les prestations disponibles pour les personnes âgées en situation de perte d'autonomie sont multiples. Au sein même de l'APA plusieurs prestations peuvent être financées : Aide à domicile, matériel type téléassistance, barres d'appui, fourniture pour l'hygiène, portage de repas, aménagement du logement, transport, accueil temporaire, etc. L'ensemble de ces prestations implique qu'il existe « une longue série d'intervenants multiples, de décideurs et de financeurs dans le cadre du soutien à domicile » (Bouvet,

2003). En effet, bien que le département soit l'unique chef de file de la politique « autonomie », et garant des versements de l'APA, nous verrons que l'accès au soutien au domicile implique la présence de nombreux acteurs de secteurs parfois divers.

I.2.A : Accéder à l'APA : une procédure lourde et complexe

Afin de comprendre la complexité de la procédure, il convient de reprendre brièvement les différentes étapes d'une demande d'APA. Dans le cadre d'une première demande, le demandeur doit télécharger et imprimer le formulaire depuis un espace dédié sur le site du département. Des formulaires papiers peuvent être accessibles dans les Clic, Mairies ou CCAS. Si auparavant chaque département possédait son propre formulaire de demande, depuis peu, l'Etat a mis en place un formulaire unique à l'ensemble du territoire. Le demandeur doit, souvent avec l'aide d'un proche, remplir ce formulaire qui se constitue d'une partie administrative, d'un certificat médical obligatoire et d'une brève partie « évaluation de l'organisme compétent ». Car rappelons le, « il existe une longue série d'intervenants multiples, de décideurs et de financeurs dans le cadre du soutien à domicile » (Bouvet, 2003).

Cet encart permet donc d'évaluer si l'APA sera prise en charge par la caisse de retraite du demandeur ou par son département, puisque les GIR 4 & 5 sont pris en charge par les caisses de retraites et les GIR de 1 à 4 par le département. Cette évaluation de « l'organisme compétent » revient donc à évaluer le GIR de la personne grâce à ces quatre questions : Le demandeur peut-il se lever seul (même avec difficulté) ? Le demandeur peut-il s'habiller seul (même avec difficulté) ? Le demandeur peut-il faire sa toilette seul (même avec difficulté) ? Le demandeur peut-il manger seul (même avec difficulté) ? Régulièrement, les demandeurs et proches sous-évaluent la perte d'autonomie et répondent « oui » à deux des questions posées. Ces deux « oui » sont donc la limite entre les GIR 4 et GIR 5. Dans ces cas, les demandes d'APA sont ainsi envoyées aux caisses de retraites alors que ces situations relèvent d'un financement départemental. Si l'évaluation des caisses de retraites atteste cette sous-évaluation, le dossier est ensuite transmis au département compétent. Et vice versa, certaines demandes sont envoyées au département alors qu'elles relèvent d'un financement caisse de retraite. Ce double financement n'est pas sans conséquence pour les familles car les erreurs d'orientation de dossier augmentent considérablement les délais de prise en charge. Etant donné que chacun des organismes a deux mois pour répondre à une demande, si transfert de dossier il y a, le délai de traitement est donc multiplié par deux.

Le département de l'Ille et Vilaine ajoute donc en parallèle du formulaire de demande, un questionnaire exhaustif de la situation de la perte d'autonomie de la personne. Ce questionnaire porte sur différents actes de la vie quotidienne comme l'habillage, les transferts, l'élimination, les déplacements, etc. Celui-ci est plus précis, et permet d'obtenir davantage d'informations sur le demandeur. Ces deux documents sont donc à envoyer par courrier à l'agence départementale du pays de Saint-Malo.

A la suite de sa réception et dans le délai des deux mois, l'agence se saisit du dossier et le transfère aux Cdas dont relève le demandeur. Dans le cadre d'une première demande, une IDE de l'équipe autonomie du Cdas intervient au domicile afin d'évaluer le GIR de la personne. Cette évaluation permet d'apprécier son éligibilité à l'APA. Si c'est le cas, un conseiller social en gérontologie (CSG) vient informer du financement possible, des dispositifs répondant aux besoins de la personne et élabore en concertation avec celle-ci un plan d'aide lors d'un second rendez-vous à domicile. Dans le cadre d'une demande de révision du plan d'aide, si la situation de la personne s'est dégradée, le CSG intervient au domicile afin de réévaluer les besoins et proposer un nouveau plan d'aide. Si les demandes sont validées en commission, le plan d'aide et l'arrêté sont envoyés, par courrier postal, à l'adresse du bénéficiaire.

I.2.B. Développer une plateforme numérique pour les bénéficiaires de l'APA et leurs aidants

En cas d'éligibilité à l'APA, il est à la charge des demandeurs et des familles ou proches de trouver le ou les services d'aide à domicile disponible pour assurer le plan d'aide. Quand bien même les CSG peuvent fournir une liste des prestataires sur le territoire du demandeur, cette quête de service disponible n'est pas sans difficultés pour les proches. En effet, ceux-ci doivent appeler un par un les services pour connaître leurs disponibilités. Cette méthode, définie comme « archaïque » par le directeur du pôle famille et solidarité d'une commune du pays de Saint-Malo, est en effet contraignante et chronophage. D'autres départements comme la Gironde par exemple, ont fait le choix de développer une plateforme numérique unique pour l'ensemble des services d'aide à domicile. Cette plateforme informe les demandeurs des services présents sur leur territoire et des prestations qu'ils proposent. De plus, elle calcule les disponibilités de chaque service, simule le reste à charge attenante aux bénéficiaires, et analyse en parallèle pour le département les données afin de permettre « un meilleur pilotage de l'offre et identifier précisément les besoins non satisfaits »⁸. Cette plateforme, novatrice, permet un accès à l'information clair et rapide pour les personnes dans le besoin, allégeant ainsi la charge de travail des proches aidants. Avec une idée précise des restes à charge, le demandeur peut ainsi sélectionner les services disponibles, adaptés à ses moyens.

Si à long terme le pays de Saint-Malo peut s'inspirer de cette plateforme, il conviendrait dès aujourd'hui, et dans un premier temps, de **créer une carte interactive numérique listant tous les services d'aide à domicile présents sur le territoire**. Cet annuaire en ligne permettrait aux familles ou bénéficiaires d'identifier rapidement le nombre de services présents sur leur territoire et d'anticiper leurs recherches. Cet espace numérique pourrait notamment être financé par le biais d'appels à projets récurrents dans le cadre du Ségur du numérique.

⁸ Schéma départemental du vivre à domicile de la Gironde, 2017 – 2021

I.2.C. L'implication indispensable des proches aidants

En parallèle de trouver le ou les prestataires disponibles pour assurer le plan d'aide, il est également demandé aux proches de prendre contact avec les professionnels de santé si nécessaire, de coordonner l'ensemble des interventions et de traiter de toutes les démarches administratives type, accueil de jour, emploi direct via le Cesu, mesure de protection, hébergement temporaire, etc. L'ensemble de ces démarches peuvent donc être perçues comme lourdes par les bénéficiaires et les proches de celui-ci, notamment dans le contexte actuel du secteur de l'aide à domicile. Pour l'ensemble des prestations, la charge attenante aux proches aidants est omniprésente dans le cadre de l'accessibilité aux droits aux personnes âgées. En ce sens, certains aidants sont amenés à endosser le rôle de *care manager*, « c'est-à-dire être les principaux organisateurs de l'arrangement d'aide en place. » (Campéon & Rothé, 2017). Ils vont alors « veiller à s'informer, s'organiser [...] et pallier les éventuelles défaillances organisationnelles repérées dans l'accompagnement » (*Ibid*).

Les « défaillances organisationnelles » (*Ibid*) peuvent en effet être nombreuses dans l'aide et l'accompagnement au soutien à domicile. Les difficultés de recrutement dans les Saad couplées aux difficultés d'accès aux soins à domicile sur certains secteurs ne facilitent pas la fluidité des interventions. De fait, si plusieurs acteurs relevant du champ sanitaire et social interviennent au domicile de la personne âgée, il est courant que les proches aidant assurent un rôle de coordination entre l'ensemble des services et professionnels qui interviennent à domicile. En 2022, le rapport Libault « Vers un service public territorial de l'autonomie » résumait bien la charge attenante aux proches en affirmant que « la coordination des acteurs et la multiplication des démarches associées reposent alors principalement sur l'entourage de la personne, la famille étant “amenée à bricoler” elle-même des solutions d'accompagnement. » Si cette charge semble vitale pour l'ensemble des personnes âgées soutenu au domicile elle n'en est pas moins fastidieuse pour les proches. Comme le rappelle cet auteur, « il faut être particulièrement informé pour s'y reconnaître dans cette diversité d'acteurs dont les pôles d'intérêts, les modalités d'intervention et de financement divergent (Bouvet, 2003) ». Si les personnes âgées qui souhaitent rester vivre au sein de leur domicile doivent pouvoir bénéficier d'un soutien administratif et organisationnel de la part de leurs proches, qu'en est-il des séniors isolés qui ne bénéficient pas de cet accompagnement de proximité ?

I.3. Une coordination nécessaire entre les professionnels du secteur du soutien à domicile

Si les Clic avaient pour missions d'assurer la coordination des situations jugées « complexes » ils semblent s'astreindre progressivement à cette fonction. Avec l'arrivée des Dispositifs d'appui à la

coordination (DAC), ceux-ci se voient progressivement assurer cette mission. La superposition de ces services n'est pas sans complexifier la compréhension de l'organisation du réseau d'acteur présent sur le territoire. De réguliers rappels sur les rôles et missions de chacun sont parfois nécessaires afin de permettre aux professionnels d'identifier les objectifs de ce nouvel acteur. Nouvellement implanté sur le territoire, le DAC doit lui aussi prendre ses marques et développer une nouvelle stratégie d'action afin de répondre aux objectifs fixés par l'Agence régionale de santé (ARS).

Situé à Saint-Malo, le DAC entretient de bonnes relations avec l'équipe autonomie du Cdas de Saint-Malo. D'avantage identifié et repéré par l'ensemble des professionnels du soins et du social, la proximité géographique semble favoriser les liens partenariaux entre les acteurs du secteur. Moins bien identifié sur le reste du territoire, la coordinatrice de la CPTS de Dol déplore le manque de réflexe de la part des intervenants sociaux et médicaux d'interpeller le DAC en cas de situation dite « complexe ». **Il serait opportun, d'envisager de réunir l'ensemble des professionnels lors d'une réunion afin de réitérer le rôle et les missions du DAC.** Cette réunion pourrait avoir lieu dans certains secteurs, notamment dans celui du pays de Dol et de la Baie où le DAC ne semble que très peu sollicité par les équipes autonomie.

En tant que maillon essentiel de la coordination pour les situations complexes, il serait utile que le DAC assure également un rôle de coordinateur territorial. Nous l'avons vu, les acteurs du secteur du soutien à domicile sont nombreux : équipes autonomie, caisse de retraite, Clic, hôpitaux, prestataires, professionnels de santé... En effet, Il existe une longue série d'intervenants multiples, de décideurs et de financeurs dans le cadre du soutien à domicile.

Si certains de ces acteurs arrivent à développer des partenariats forts, le manque de communication et de compréhension entre les missions de chacun est une déclaration qui revient régulièrement au sein de mes entretiens. Or, seul « un réseau coordonné d'acteurs de terrain » ou une « structure de coordination autour de la personne » améliore l'efficacité et la complémentarité de leur action et apporte une information ciblée efficace » (Bouvet, 2003). Si le DAC semble pleinement remplir ses fonctions de « structure de coordination autour de la personne », celui-ci pourrait également participer à **favoriser le renforcement du réseau d'acteurs en développant des temps d'échange entre l'ensemble des professionnels sociaux, médico-sociaux et médicaux du secteur du soutien à domicile.** Le DAC du pays de Fougères semble lui avoir d'ores et déjà pris cette place en assurant le pilotage de réunion plénière où les participants ont l'occasion d'échanger et de travailler en commun sur des thématiques transversales. Ces temps d'échange et d'interconnaissance sont de fait reconnus comme facilitateurs d'un travail partenarial coordonné entre les professionnels. Voyons désormais grâce à un exemple concret comment l'accès à l'information, aux prestations et la coordination de l'ensemble des

acteurs du secteur à domicile professionnels sont des enjeux indispensables à la prise en charge des personnes âgées dans le besoin.

I.3.A. L'exemple des sorties d'hospitalisation

Prenons l'exemple des retours à domicile post hospitalisation sur la commune de Saint-Malo. Après une chute ou une quelconque intervention, la mobilité des personnes âgées est souvent altérée. Les besoins d'aide et d'accompagnement au domicile sont donc nombreux. Or, l'ensemble des équipes autonomie déplorent devoir régulièrement agir dans l'urgence suite à des sorties d'hospitalisations non préparées. En effet, comme l'affirment ces autrices : « la pression du système de santé ainsi que le progrès médical amènent à la diminution de la durée d'hospitalisation et à de nouveaux défis concernant la préparation plus rapide de la sortie de l'institution » (Veya et al., 2022).

Bien que l'hôpital possède un service social, il arrive que des sorties d'hospitalisation ne soient pas préparées. Une des explications majeures à cette problématique est le manque d'orientation des personnes âgées vers le service social de l'hôpital par le personnel médical. En effet, si les professionnels de santé ne pensent pas à orienter le dossier d'un patient vers le service social, celui-ci ne bénéficiera pas d'accompagnement pour préparer son retour à domicile. Les équipes autonomes sont donc parfois sollicitées pour effectuer une demande d'APA d'urgence au domicile de la personne âgée. Notons également que la clinique de Saint-Malo ne possède pas de service social. Aucune sortie d'hospitalisation n'est donc préparée.

Si les équipes autonomie déplorent le manque de préparation des retours à domicile, les proches aidants le déplorent également. De fait, la mise en place des soins de suite post hospitalisation peut s'avérer complexe. La difficulté de trouver des professionnels libéraux couplé à l'urgence de la situation peut devenir très anxiogène pour les proches aidants.

I.3.B. La feuille de route du retour à domicile

Afin d'informer plus amplement les personnes âgées et les proches, le plan anti-chute des personnes âgées, publié en avril 2023 par la Direction interministérielle de la transformation publique (DITP), préconise de **démocratiser « la feuille de route du retour à domicile »**. A destination de l'usager, de l'aidant ou de la famille, ce document prend la forme d'un dépliant. Distribué dès l'entrée de l'hospitalisation ou en amont si celle-ci est programmée, ce dépliant contient : les démarches à faire et les questions à se poser, les contacts avec les structures de proximité et les aides disponibles. Ce guide permet de conseiller les personnes âgées et leurs proches sur les différentes démarches à effectuer pour préparer un retour à domicile serein. Les propos de cette aidante récoltés dans le rapport d'action l'attestent : « *La dernière fois que Papa avait été hospitalisé, on était un peu perdu en rentrant à la maison... Cette fois avec la feuille de route, ça nous a fait comme une to do list, et on a pu se partager*

les tâches avec mon frère c'était beaucoup plus simple et moins stressant, je savais qu'on allait dans la bonne direction. »

Ce dépliant pourrait tout à fait être mis en place dans les deux structures hospitalières du pays de Saint-Malo et dans les services de soins de suite et de réadaptation (SSR) présents sur le territoire. Afin de créer cet outil, le porteur du projet pourrait être le DAC. Acteur pivot entre l'ensemble du secteur sanitaire et social, le DAC pourrait ainsi inviter différents professionnels du secteur de l'aide à domicile à participer à l'élaboration de ce dépliant, via des groupes de travail. Ces groupes pourraient être constitués de professionnels de l'hôpital (professionnel de santé et service social), de professionnels des équipes autonomie du département et des Clic. A la suite de la création de ce dépliant, la communication à son encontre sera un enjeu crucial. Il s'agira en effet d'informer massivement les professionnels de santé de l'existence de ce dépliant. Prévenir les deux Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) du territoire pourrait s'avérer bénéfique pour relayer l'information auprès d'un plus grand nombre.

De fait, « une coordination des soins et une communication adéquate entre la personne hospitalisée, son entourage et les professionnels de la santé sont nécessaires » (Veya et al., 2022). En effet, cette coordination est primordiale, notamment au vu du nombre de professionnels qui peuvent intervenir autour d'une seule et même situation. Car si le service social de l'hôpital intervient auprès du patient pendant son hospitalisation à la mise en place d'un accompagnement social, l'aide médicale est-elle assurée par l'équipe Parcours orientation patient (Pop). Cette équipe peut, elle, intervenir jusqu'à sept jours après l'hospitalisation contrairement au service social. Si la personne bénéficie ou souhaite bénéficier de l'APA, les équipes autonomies doivent également venir évaluer la situation au domicile. Combiné à l'intervention des potentiels professionnels sociaux, médico-sociaux et médicaux : kinésithérapeute, Ide, orthophoniste, aide-soignante, aide à domicile, etc, les acteurs sont parfois nombreux et la communication entre chaque secteur n'est pas toujours fluide. Encore une fois, « c'est alors l'aidant, ou la personne âgée seule qui doit s'assurer du bon encadrement de ce suivi » (DITP, 2023) et comme rappel le plan anti-chute des personnes âgées, la capacité des personnes âgées et des aidants à faire face à cette charge « est déterminante dans la détection de fragilités suite à une hospitalisation » (*Ibid*). Si cette détection de fragilité est déterminante, il convient, de réévoquer le rôle essentiel du DAC pour les personnes âgées isolées car rappelons-le : « la mise en œuvre d'une réelle coordination autour de la personne facilite son évaluation gériatrique et son suivi constant » (Bouvet, 2003).

Si la mise en œuvre d'une coordination entre l'ensemble des acteurs du secteur de l'aide à domicile est nécessaire au vu de la multiplicité des acteurs qui concourent à participer au soutien à domicile d'une personne âgée dont le parcours est aujourd'hui devenu plus complexe, l'accès à l'information et aux

prestations reste également un des enjeux majeurs du territoire. A l'échelle du pays de Saint-Malo, il conviendra de générer des nouveaux espaces d'échange entre les professionnels du secteur et de développer une communication facilitant l'accès aux informations pour les personnes âgées et leurs proches aidants. Si la mise en place du SPDA, prôné par Dominique Libault, souhaite justement répondre à ces objectifs, il sera nécessaire de veiller à son bon déroulement et d'observer avec précisions les impacts de ce nouveau service qui ne prendra ni la forme d'un nouvel acteur dans le paysage institutionnel ni la forme d'un nouveau dispositif médico-social.

I.3.C. Repenser au guichet unique de demain

Si dans son rapport « Grand âge et autonomie » Dominique Libault préconise dès mars 2019 la nécessité d'un guichet unique c'est qu'il identifie d'ores et déjà un parcours complexe pour les personnes âgées et leurs aidants à accéder aux informations et aux prestations. Il est, selon lui « nécessaire d'organiser par un point d'entrée unique une information intégrée et territorialisée dans un lieu physique avec des professionnels formés, car la simplification des démarches des bénéficiaires « repose sur la mise en place de points d'entrée clairement identifiés pour l'ensemble des prises en charge » (Libault, 2019). Pour ce faire, Mr Libault préconisait de s'appuyer sur le réseau Maisons des aînés et des aidants afin d'utiliser la reconnaissance de cet acteur dans le secteur. Toutefois, il semblerait que cette perspective ait été délaissée au profit des DAC et du SPDA.

Pour autant, beaucoup réclament un guichet unique qui regrouperait physiquement l'ensemble des acteurs au sein d'un même établissement. Lieu unique qui pourrait se substituer « aux dispositifs d'accueil existants, nombreux, hétérogènes et trop souvent mal identifiés » (Libault, 2019), cet espace serait également l'occasion d'assurer une prise en charge uniformisée sur l'ensemble des territoires et réduirait ainsi les disparités d'accompagnement. Le regroupement des professionnels du secteur pourrait ainsi favoriser la communication et in fine, la coordination entre tous. **A l'échelle du pays de Saint-Malo un guichet unique d'une « maison de l'autonomie » pourrait alors voir le jour.** Il sera en revanche nécessaire d'y apporter des moyens humains et financiers à la hauteur des besoins afin de ne pas renouveler l'expérience des délais de traitement allongés de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH). Ces maisons de l'autonomie pourraient in fine, assurer un accueil physique de proximité, en ligne grâce à un espace dédié adapté aux futurs seniors et un standard téléphonique, garantissant ainsi aux personnes âgées et leurs aidants, un lieu unique où serait concentré l'ensemble de leurs démarches administratives attenantes au soutien à l'autonomie.

La coordination entre des acteurs du secteur du soutien à domicile, est un enjeu majeur pour l'ensemble des personnes âgées. La concertation grand âge et autonomie déplorait en 2019 que « le manque d'articulation des interventions autour de la personne » peut entraîner « des ruptures de parcours, un développement insuffisant des réflexes de prévention et un isolement de la personne âgée

et du proche aidant » (Conseil de l'âge, 2024). Ce manque de synergie peut en effet avoir de lourdes conséquences sur la vie d'une personne vivant à son domicile et notamment conduire à un risque d'isolement. L'isolement des personnes âgées, remise en lumière par la récente crise sanitaire, peut notamment influencer sur la santé des séniors. Voyons dans une seconde partie comment l'isolement des personnes âgées est un enjeu majeur du pays de Saint-Malo et quelles sont les solutions innovantes qui pourraient favoriser la vie sociale des habitants.

II. Agir contre l'isolement des personnes âgées et de leurs aidants

L'isolement des personnes âgées est une problématique majeure sur le pays de Saint-Malo comme sur l'ensemble du territoire Français. Les quatre équipes autonomes rencontrées l'attestent, les personnes âgées isolées sont présentes sur l'ensemble du territoire. Une des spécificités de l'isolement, contrairement à d'autres problématiques que rencontrent les personnes âgées, c'est qu'elle s'immisce dans toutes les catégories sociales de population. En effet, "ce qui, autrefois, ne semblait concerner qu'un nombre restreint d'individus, de surcroît marginaux, paraît aujourd'hui s'être étendu à l'ensemble du corps social." (Campéon, 2015).

II.1. L'isolement des personnes âgées : défis et responsabilités des politiques publiques

II.1.A. L'émergence d'un problème public

Reconnue depuis maintenant plus de deux décennies, "la thématique de l'isolement et de la solitude a rencontré, ces dernières années, une visibilité sociale sans précédent" (Campéon, 2016). Cette mise en lumière intervient à la suite de l'épisode caniculaire de 2003 qui aura coûté la vie à plus de 15 000 personnes. Au terme des multiples rebondissements liés à la gestion de cette crise sanitaire, la question de l'isolement des personnes âgées a surgi comme étant une des causes principales de cet événement. Très fortement médiatisée, la mise à l'agenda de cette thématique ne s'est pas fait attendre. Cette première période, "les années 2003-2004" est pour Argoud celle qui permet "la transformation rapide d'un problème social en un problème public" (2016). Une deuxième période, plus récente, dans les années 2015, "voit resurgir la problématique de l'isolement des personnes âgées, mais sous un autre prisme" nous affirme l'auteur. Ce nouveau "prisme" est en effet celui de la "prévention". Nouveau tournant en faveur des politiques de la vieillesse, la lutte contre l'isolement a su "trouver sa place" (*Ibid*) dans une politique axée sur la prévention de la perte d'autonomie.

Toutefois, comme le cite Argoud, "l'isolement et la solitude des personnes âgées restent un problème qui n'a jamais complètement disparu de l'agenda public. Non seulement celui-ci fait régulièrement l'objet d'un intérêt médiatique chaque été, mais il est de plus en plus au cœur des nouvelles orientations prises par la politique vieillesse ces dernières années" (2016). Bien que peu d'actions se soient mises en place dans ces années malgré l'adoption de la loi de l'Adaptation de la société au vieillissement, il

semblerait que le gouvernement ait fait le choix de remettre la lutte contre l'isolement à l'agenda politique suite à la dernière crise sanitaire. S'inscrivant dans une politique globale de bien être en santé mentale, la lutte contre l'isolement des personnes âgées connaît depuis quelque peu un nouveau tournant. Depuis le 1er janvier 2024, les personnes âgées peuvent désormais bénéficier d'heures de vie sociale dans le cadre des plans d'aide liés à l'APA. Cette nouvelle mesure s'inscrit dans la dernière stratégie "Bien vieillir" élaborée par le gouvernement. Plus récemment encore, la dernière loi "Bien vieillir" approuvée le 8 avril dernier permet aux mairies de transmettre les registres des personnes vulnérables "aux services sanitaires, aux centres communaux et intercommunaux d'action sociale ainsi qu'aux établissements et aux services sociaux et médico-sociaux", afin de "lutter contre l'isolement social et pour repérer les situations de perte d'autonomie"⁹.

Si ces nouvelles mesures semblent être une grande avancée dans la lutte contre l'isolement social, leur mise en place, nous l'avons vu, sera possiblement mise en échec par les difficultés de recrutement rencontrées par les services de l'aide à domicile, le reste à charge et par le manque de coordination entre l'ensemble des acteurs présents sur le territoire. Car à qui revient la responsabilité de repérer les situations à risque ? Au Département, qui est le chef de file de la politique autonomie, ou bien aux Mairies qui s'avèrent être au plus proche de leurs habitants et dans l'obligation de les répertorier depuis 2003 ? Selon le HCFEA, les communes pourraient plus aisément assurer ce rôle de veille sociale. Il déclare dans son dernier rapport : "les enquêtes conduites par le Conseil de l'âge ont montré que d'importants progrès pouvaient être réalisés en matière de lutte contre l'isolement et d'« aller vers », en s'appuyant notamment sur les CCAS/Cias, dont le positionnement est particulièrement adapté pour tenir ce rôle de veille et d'alerte. Par leur proximité et leur rôle social, ces structures disposent en effet d'une connaissance de la population âgée vivant sur leur territoire, en particulier lorsqu'il s'agit de personnes vulnérables" (2024). Si une allusion à cette place est sous-entendue dans cette nouvelle loi par l'autorisation de la transmission d'informations, il incombe alors à ces acteurs de créer des espaces de dialogue pour faciliter la communication entre ces collectivités, souvent divergentes sur les plans idéologique et politique.

Si l'isolement est aujourd'hui reconnu comme un problème public (Argoud, 2016), il est pour autant loin d'être résolu. Or, les problématiques liées à l'isolement sont belles et bien un véritable enjeu du vieillissement de la population. En effet, plusieurs études ont démontré que l'isolement et la solitude sont des facteurs d'aggravation de la perte d'autonomie. Comme nous le rappelle Campéon, la Cour des comptes stipulait en novembre 2005 que "la conjugaison d'une dépendance légère et d'une situation d'isolement social créait une vulnérabilité équivalente à celle d'une dépendance lourde" (2016). Cette

⁹ LOI n° 2024-317 du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie

reconnaissance inscrit donc la lutte contre l'isolement comme un enjeu majeur de la prévention de la dépendance.

II.1.B. Portrait de l'isolement des personnes âgées : entre contraintes géographique et facteurs individuels

Les quatre équipes autonomes rencontrées ont été unanimes sur la question de l'isolement des personnes âgées. De nombreuses personnes se retrouvent isolées, vivant seules et avec peu de contacts extérieurs. Cet isolement forcé est présent au sein des villes, comme dans les campagnes. Une CSG me témoignait de la situation d'une personne vivant dans l'intra-muros de Saint-Malo. Empêchée de descendre les marches de la cage d'escalier par une perte de mobilité, celle-ci n'est pas sortie de chez elle depuis plusieurs mois car la copropriété refuse d'installer un monte-escalier. Sans famille, le voisinage est également inexistant car les logements voisins sont dédiés à la location saisonnière de courte durée. La situation de cette femme qui paraît très préoccupante n'est malheureusement pas exceptionnelle car les CSG l'affirment, ils sont régulièrement confrontés à des situations d'isolement profond.

Ce taux d'isolement considéré en hausse par les équipes autonomes peut s'expliquer par divers facteurs. "Le veuvage, la maladie, la perte de proches, la perte de mobilité, l'entrée en institution, etc. sont autant d'événement biographiques qui peuvent engendrer un délitement du réseau de sociabilité de l'individu" (Le Goff & Poupart, 2021) nous disent ces auteurs. Pour autant, il est fréquent d'entendre que l'éloignement géographiques des familles et la diminution de la solidarité familiale causée par nos "sociétés individualistes" (Campéon, 2015) seraient en partie les causes de cette problématique. Ces autrices parlent même d'un phénomène de « défamilialisation » (Merla & Degavre, 2016). Toutefois, cette vision semble réductrice tant les facteurs liés à l'isolement peuvent être pluriels. Contraintes financières, difficultés de mobilité, état de santé ou encore choix personnel (Campéon, 2015), les raisons sont en effets multiples et la généralisation de ce facteur sociétal serait inadaptée.

II.1.C. Etude de l'isolement des personnes âgées dans le pays de Saint-Malo

Dans le cadre du diagnostic territorial effectué lors de mon apprentissage, il me paraissait important d'essayer de mesurer le nombre de personnes isolées sur le pays de Saint-Malo. Afin de quantifier cette donnée, j'ai souhaité me référer au nombre de personnes vivant seules à leur domicile. Si vivre seule ne garantit pas le fait que la personne soit isolée socialement cela apporte tout de même une idée du nombre de personnes ressentant potentiellement un sentiment de solitude. Si les données de l'Insee ne révélaient que le taux de personnes seules de plus de 75 ans en 2019, les données départementales générées par le logiciel métier des équipes autonomes m'ont permis de quantifier le nombre exact de personnes vivant seules et ayant effectué une demande d'APA en 2022. Par « demande » nous entendons ; première demande, révision du plan d'aide et renouvellement des droits APA au-delà de trois ans. Cette donnée

nous indique par ailleurs que les personnes qui vivent seules sont en situation de perte d'autonomie avérée car évaluées pour les plus autonome d'entre eux, en GIR 4.

L'analyse de ces données nous indique bel et bien que les personnes vivants seules se situent sur l'ensemble des communes du pays de Saint-Malo¹⁰. Proportionnel à la taille des communes, la ville de Saint-Malo enregistre bien sûr le plus grand nombre de personnes vivant seules en comptant 775 personnes sur les demandes d'APA de l'année 2022. L'augmentation des demandes d'APA depuis 2022 peut, par ailleurs, laisser penser que ce chiffre est en augmentation. Cette analyse permet également de constater que sur quasi l'ensemble du territoire, plus de 65% des personnes bénéficiant de l'APA à domicile vivent seules. Ce taux s'élève à plus de 75% pour 13 communes du territoire. La ville de Saint-Malo enregistre à elle seule un pourcentage de personnes seules de plus de 76%. Pour certaines d'entre elles, le niveau de perte d'autonomie est avancé. Les données disponibles m'ont également permis d'identifier combien d'entre elles étaient évaluées dans les GIR 1 et 2. Bien que celles-ci représentent une moindre proportion, des personnes vivant seules évaluées en GIR 1 et 2 sont belles et bien présentes sur quasi l'ensemble des communes du territoire.¹¹

Vivre seul en étant évalué en GIR inférieur ou égal à 4 insinue que les déplacements à l'extérieur du domicile peuvent être contraints ou impossibles à effectuer. Or, l'ensemble des actions de préventions de lutte contre l'isolement était jusqu'au 1er janvier 2024 proposé dans des lieux publics. Généralement assurés par les Clic, leurs actions ne peuvent s'orienter que vers un public qui est en mesure de se déplacer hors de son domicile, autrement dit, à destination d'un public relativement autonome. Bien que les Clic veillent particulièrement à offrir des actions de prévention sur l'ensemble des communes du territoire du pays de Saint-Malo, ces actions ne peuvent s'orienter vers un public en situation de perte d'autonomie avérée. Les Clic assurent effectivement un rôle de prévention quant à la perte de l'autonomie des seniors encore relativement autonomes. De fait, nous pouvons donc affirmer que les personnes vivants seules à leurs domicile ont d'avantage de risques d'être exposés à l'isolement social.

De fait, les personnes âgées isolées en situation de perte d'autonomie à leur domicile étaient les grands oubliées des mesures de lutte contre l'isolement. L'apparition des heures de vie sociale dans les plans d'aides semble devenir une solution adéquate pour ces personnes âgées victimes d'un isolement "pathogène" (producteur ou accélérateur de dépendance, de dégradations physiques ou mentales" (Le Goff & Poupard, 2021). Toutefois, de nombreux réseaux associatifs n'ont pas attendu les heures de vie sociale pour pénétrer dans l'intimité des gens et lutter contre la solitude. A l'instar de Petit frère des pauvres ou de Saint-Thomas de Villeneuve, un réseau de bénévoles œuvre sur le territoire à la hauteur de leurs moyens pour lutter contre cet isolement social.

¹⁰ Vous retrouverez l'ensemble des cartographies attenantes à l'isolement des personnes âgées sur le territoire du pays de Saint-Malo en annexe N°13

¹¹ Cartographie disponible en annexe N°14

II.2. Développer un réseau de lutte contre l'isolement social sur le pays de Saint-Malo

En janvier 2014, naît l'association "MONALISA", pour MOBilisation NATional contre L'ISolement des Agés. Si les financements de cette coopération sont attribués par la CNSA "la dynamique est portée par des représentants de la société civile" (Argoud, 2016) MONALISA est bien présente sur le territoire de l'Ille et Vilaine mais ne compte qu'un adhérent au sein du pays de Saint-Malo. Peu mobilisé sur le territoire, les actions de lutte contre l'isolement des personnes âgées sont donc peu coordonnées et peu développées entre l'ensemble des acteurs. Or, au vu de la multiplicité des acteurs présents sur le territoire et qui œuvrent contre l'isolement des personnes âgées, **financer un poste de coordinateur semble être une idée porteuse de sens**. Nous l'avons vu, le pays de Saint-Malo sera touché de plein fouet par une forte augmentation du nombre de personnes vieillissantes. Par ailleurs, "rappelons en effet que l'isolement relationnel croît avec l'âge et qu'il est notamment lié aux difficultés physiques que les personnes âgées rencontrent mais également à la réduction du champ de leurs contacts" (Campéon, 2015)

II.2.A. Structuration et composition du réseau de lutte contre l'isolement

Il serait donc opportun de **créer dès aujourd'hui un réseau de lutte contre l'isolement social interne au pays de Saint-Malo** en regroupant l'ensemble des acteurs concernées vers une stratégie commune : équipes autonomes, CCAS, Clic, hôpitaux, CPTS, DAC, plateforme de répit, bailleurs sociaux, prestataires de service, mairies, Ehpad... Nous l'avons vu la liste des acteurs peut être longue. Dédier une personne à temps plein sur cette thématique semble cohérent au vu des possibilités d'actions qui se présentent : animation de temps forts, création d'action coordonnées et répondant aux besoins ciblés des populations, sensibilisation du grand public, recherche de bénévoles, veille financière, ... Les perspectives d'actions sont infinies.

L'adhésion des Ehpad dans ce réseau semble également être une donnée indispensable. L'évolution progressive des Ehpad en "plateforme"¹² laisse penser que l'Ehpad du futur peut se transformer en "pôle ressources pour les personnes âgées du territoire qui convergeront vers ce lieu", (Broussy et al., 2021) tout comme il pourrait "déployer ses services sur le territoire au-delà de ses murs et d'aller ainsi jusqu'aux domiciles des personnes âgées qui ont besoin d'être accompagnées chez elles." En proposant des actions au sein de leurs locaux et au domicile des personnes dans le besoin, les Ehpad pourraient ainsi largement contribuer à la lutte contre l'isolement des personnes âgées. Ce réseau de lutte pourrait

¹² Nous développerons cette nouvelle conception de l'Ehpad « Plateforme » dans la dernière partie de ce mémoire consacrée aux enjeux du logement pour les personnes âgées.

notamment adhérer à la coopération MONALISA et développer, in fine, une stratégie d'action à l'échelle du département.

Une chose est sûre, la lutte contre l'isolement social passera obligatoirement par la solidarité de la société civile. Les moyens mis en œuvre par le gouvernement ne suffiront pas à pallier l'isolement des personnes âgées en perte d'autonomie. Si l'association telle que Petit frère des pauvres s'accommode d'ores et déjà de cette mission par le recrutement de bénévoles, il nous faut penser plus large et inclure toutes les catégories de population. C'est pourquoi, **développer une campagne massive sur le Service civique sénior** semble être également propice aux besoins repérés. De nombreux jeunes en quête d'une expérience professionnelle pourraient, s'ils sont formés, assurer des actions de lutte contre l'isolement des personnes âgées, au sein des Ehpad ou bien au domicile de celles-ci. Ces services civiques pourraient notamment être supervisés par les Clic ou le coordinateur du réseau de lutte contre l'isolement.

Un partenariat avec France Travail pourrait également voir le jour. Avec les quinze heures d'activité demandées aux bénéficiaires du Revenu de solidarité active (RSA), de nombreuses actions en lien avec ces personnes peuvent être imaginées : aide à la mobilité de personnes âgées, aide à la préparation d'événements ou encore pourquoi pas imaginer des bénéficiaires du RSA intervenir auprès de personnes âgées pour partager des temps de convivialité. Le nouveau poste créé pour assurer la coordination pourrait ainsi assurer la mise en relation entre France Travail et les associations volontaires à participer à cette expérimentation.

La création du réseau de lutte contre l'isolement social pourrait ainsi permettre de développer un meilleur repérage des situations à risque sur le pays de Saint-Malo. Comme le rappelle le HCFEA concernant les heures de vie sociale “les acteurs qui interviennent dans la lutte contre l'isolement sont en effet nombreux. La coordination de leurs actions serait le gage d'un accès le plus large possible des personnes âgées à ces dispositifs” (Conseil de l'âge, 2024). Ainsi, en lien avec le DAC, le coordinateur pourrait par ailleurs devenir un acteur central ressource pour tous les professionnels du territoire qui lutte contre l'isolement des personnes âgées.

II.2.B. Agir sur la mobilité des personnes âgées

La mobilité est un facteur déterminant dans la lutte contre l'isolement. Comme l'exprime cet auteur “la mobilité, quel que soit l'âge, est un facteur clef pour une vie active et autonome”. Il est donc indispensable de repenser les offres de mobilité mises à disposition sur le territoire du pays de Saint-Malo.

En effet, deux EPCI sur quatre se situent en territoire rural et les transports en communs se font rares, seuls les transports scolaires assurent la mobilité des plus jeunes. Or, “le développement d'actions

favorisant la mobilité des personnes âgées notamment dans les zones peu denses ou moins bien desservies par les transports en commun est l'une des clés de la lutte contre l'isolement." (Conseil de l'âge, 2024). Si la Bretagne Romantique œuvre régulièrement sur les dynamiques de mobilité en promouvant le covoiturage et en développant des actions de sensibilisation en faveur du vélo, les professionnels du Cdas de Combours assurent que cela n'est pas suffisant. **Un transport à la demande serait, de fait, plus approprié et permettrait aux personnes dans le besoin d'accéder à des trajets personnalisés.** Plusieurs communes sur le territoire de la Bretagne Romantique ne bénéficient pas d'équipement de proximité (commerce, service, santé...), et lorsque ces équipements existent, ils se situent généralement dans le bourg de la commune. Or, le taux de personnes de plus de 75 ans vivant "hors bourg" est élevé dans cette communauté de communes.¹³ En effet, ce taux avoisine les plus de 51% dans 17 communes du territoire. Cela indique que plus de la moitié des habitants âgés de 75 ans et plus sur ces 17 communes ne bénéficient pas de service à proximité de leur domicile.

La mobilité doit être repensée pour ces personnes qui ont davantage de risque d'être isolées du fait de leur localisation géographique. Cette observation est également valable pour l'EPCI du pays de Dol et de la Baie. A titre d'exemple, celui-ci compte 4 pharmacies pour 19 communes. Une certaine mobilité est donc nécessaire pour un certain nombre d'habitants de ce territoire. Dans la lutte contre l'isolement des personnes âgées, il est crucial de **concevoir des solutions d'accompagnement de proximité adaptées à ces situations d'isolement.** Comme nous le précise encore une fois le Conseil de l'âge : "les accompagnements, pédestres ou véhiculés, permettent aux personnes âgées d'accéder aux commerces, aux services, à la culture, aux espaces de convivialité. Ils sont essentiels en termes de prévention tant de l'isolement que du développement des besoins d'aide à l'autonomie et sont une clé du « bien vivre » au sein de la société" (2024).

Bien que l'EPCI de Saint-Malo agglomération soit un territoire relativement bien desservi par son service de transport en commun, l'équipe autonomie de Saint-Malo précise que de nombreuses personnes âgées rencontrent des difficultés de mobilité. Les transports en commun, à savoir le réseau de bus, n'est pas jugé sécurisant par les personnes âgées. Selon l'enquête Mobilate©¹⁴, les personnes âgées de plus de 75 ans trouvent que le bus démarre trop vite, sans précaution (38%). Parmi l'ensemble des personnes âgées (65 ans et plus), 46% pensent que les portes des bus ou des trams se ferment trop vite, 43 % ont des difficultés à lire les horaires et les itinéraires, 41% ont du mal à monter et à descendre, 38% trouvent que les feux de la circulation passent trop vite au rouge et les rendent nerveux, 32 % voient une fréquence de l'offre de transport collectif trop faible et 27 % se plaignent du manque d'abribus et de bancs" (Dumas, 2012). Ces résultats pourraient tout à fait corroborer avec le sentiment d'insécurité

¹³ Cartographie du taux de personnes vivant "hors bourg" par commune disponible en annexe N°15

¹⁴ Mobilate Survey Enhancing Outdoor Mobility in Later Life « Mobility and Satisfaction with Life ». H. Mollenkopf, S. Baas, R. Kaspar, F. Oswald, M. Taken & H.W. Walh

ressenti par les Malouins. **Des actions d'accompagnement aux transports en commun pourraient ainsi voir le jour** afin de permettre à un certain nombre de personnes âgées de reprendre confiance dans ce mode de transport.

II.2.C. Agir contre l'isolement des aidants

En France, selon la Dress, plus de 3.9 millions de personnes aident de façon régulière une personne âgée de 60 ans ou plus, vivant à domicile. Mais selon les associations, ce chiffre serait en fait bien plus élevé, car cette donnée représente le nombre de proches aidants déclarés. Or, le défi de reconnaître les aidants informels réside dans leur propre identification du rôle qu'ils assument car un certain nombre d'entre eux ne se reconnaissent pas comme tels. Agir contre l'isolement de ceux-ci implique premièrement qu'ils puissent prendre conscience de leur rôle d'aidant.

Or, cette méconnaissance découle de diverses raisons, notamment la croyance erronée qu'une déclaration administrative est nécessaire ou encore de la perception de l'aidance comme un devoir moral plutôt qu'un choix volontaire est également un obstacle à cette reconnaissance. Cette aide est, de plus, souvent considérée comme "naturelle", enracinée dans la tradition familiale et culturelle. Rappelons le, "la question du soutien à des personnes dans l'incapacité partielle ou totale d'assumer seules les actes de la vie quotidienne (AVQ) est devenue un enjeu social et de santé publique majeur, après être longtemps restée confinée dans le domaine privé" (Campéon et al., 2020). Ainsi, les efforts pour sensibiliser et aider les aidants à reconnaître leur rôle incluent le travail des associations, des plateformes d'accompagnement et des médias qui ont contribué à offrir de vrais « espaces de représentation et de revendication » (Campéon & Le Bihan-Youinou, 2016) Si des progrès ont été réalisés ces dernières années pour aider les aidants à prendre conscience de leur rôle et à se reconnaître en tant que tel, d'autres moyens pourraient être mis en place et notamment à l'échelle du pays de Saint-Malo.

Pour ce faire, le plan anti-chute de personnes âgées préconise de **développer "le baromètre de l'aidant"**. Ce support de communication serait notamment à destination du grand public et disponible dans l'ensemble des lieux relatifs à la santé et à l'action sociale : hôpitaux, cabinets médicaux, Cdas, CCAS, Clic... Conçu pour éveiller l'attention de l'aidant, sur le même principe que le violentomètre¹⁵, le baromètre de l'aidant est un outil d'auto-évaluation, dédié au grand public pour leur permettre de mesurer grâce à des questions simples, le niveau d'aidance qu'il apporte à un de leur proche, et de surcroît, évaluer leur niveau de fatigue. Cette échelle de mesure de l'aidance et de la fatigue pourrait rapidement faire prendre conscience aux personnes ciblées, les conséquences que ce rôle génère sur leur vie personnelle et sur leur santé. In fine, cette évaluation peut les aider à réaliser qu'ils ont eux-mêmes besoin d'être accompagnés. Le baromètre de l'aidant pourrait également contenir : les droits des aidants, les tabous à déconstruire, les conseils pour ne pas craquer, et les points de contact locaux (Clic,

¹⁵ Vous trouverez en annexe N°16 un violentomètre

plateforme de répit, Cdas...). Cet outil, sous la forme d'un dépliant¹⁶, accessible dans de nombreux lieux publics pourrait également permettre de sensibiliser le grand public à ce que renvoie la notion d'aidant.

Afin de pallier l'isolement des aidants, il est indispensable que des solutions de répit soient plus accessibles sur le pays de Saint-Malo. En effet, les accueils de jour et les accueils temporaires sont en nombre insuffisant sur le territoire. Le précédent schéma départemental prévoyait de créer entre 2015 et 2022 sur l'Ille et Vilaine, 40 places d'accueil de jour, 10 places d'accueil de nuit et 30 places d'accueil d'urgence via une expérimentation. L'évaluation de celui-ci mettra en évidence que seulement 7 places d'accueil de jour ont été ouvertes durant toute la durée du schéma. Avec l'augmentation du nombre de personnes âgées en perte d'autonomie, il est cohérent de penser que le nombre d'aidant va lui aussi croître dans les années à venir. Or, les solutions de répit offertes sur le territoire du pays de Saint-Malo sont à ce jour encore insuffisantes. Une plateforme de répit à bel et bien ouvert sur la commune de Saint-Malo, mais celle-ci n'est que à destination des habitants de Saint-Malo agglomération et de la commune de Dinard. Les autres habitants du pays de Saint-Malo ne peuvent donc pas en profiter. Développer de nouvelles places d'accueil de jour, de nuit, d'urgence et temporaire semble être une priorité pour soutenir les aidants et lutter contre leur épuisement et leur isolement.

Avec le virage domiciliaire souhaité par le gouvernement, le soutien à domicile doit tendre à se réinventer, aussi bien pour les personnes âgées en perte d'autonomie que pour leurs aidants qui y contribuent au quotidien. Le rôle de *care manager* qu'ils occupent et l'ensemble des tâches qu'ils occupent, parfois afin de pallier les manquements des services à domicile, doivent être davantage pris en compte. **Leur apporter des solutions de répit est une des meilleures solutions à envisager afin de préserver leur santé physique et mentale.** De multiples solutions comme le Baluchonnage par exemple pourrait être envisagée et financée dans le cadre de la conférence des financeurs.

Pour rappel, la commission des financeurs se tient chaque année. Suite à un appel à projet, elle sélectionne les candidatures qui bénéficieront de financements pour la mise en place d'actions. Or, comme le rappelle la CNSA « le programme défini par la conférence porte sur [...] le soutien aux actions d'accompagnement des proches aidants des personnes âgées en perte d'autonomie » (2015). Un grand nombre de projets sont donc présentés à la conférence des financeurs chaque année aux faveurs des aidants. Toutefois, si Gandhi et Nelson Mandela disaient « tout ce qui est fait pour moi, sans moi, est fait contre moi », les aidants Breilliens pourraient dire de même. **La participation citoyenne à des instances aussi cruciales pourraient être favorable pour les aidants comme pour les décideurs.** Inviter, un aidant par territoire d'agence du département pourrait ainsi permettre de financer des actions répondant aux véritables besoins de chaque territoire.

¹⁶ Vous trouverez en annexe N°17 le croquis d'un baromètre de l'aidant

La lutte contre l'isolement social des personnes âgées est devenue un enjeu crucial de santé publique. Face à une augmentation démographique constante et aux défis posés par le vieillissement de la population, il est impératif de mettre en place des initiatives coordonnées et efficaces pour prévenir et combattre cet isolement. À travers les différentes étapes de sensibilisation et de mobilisation sociale décrites, il est clair que l'isolement des personnes âgées n'est pas seulement un problème individuel, mais aussi un enjeu social et politique majeur. La création d'un réseau de lutte contre l'isolement social des personnes âgées dans le pays de Saint-Malo apparaît comme une nécessité urgente face à la croissance démographique des seniors et à l'augmentation des situations d'isolement. La coordination des nombreux acteurs locaux, incluant les institutions publiques, les associations et les établissements médicaux et médico-sociaux, permettrait une action concertée et efficace pour répondre aux besoins variés des personnes âgées. Mais n'oublions pas que l'isolement social peut être exacerbé par des environnements domestiques inadaptés, ce qui peut limiter la capacité des personnes âgées à rester actives et autonomes. Voyons désormais comment le "domicile" joue lui aussi un rôle crucial dans les conditions de vie des personnes âgées.

III. Développer des habitats sûres

III.1. Le souhait ultime de rester vivre à domicile

Selon une étude de l'Institut française d'opinion publique, (Ifop) 92% des personnes âgées aspirent à « rester vivre à leur domicile. » En effet, en plus d'être une décision politique, le virage domiciliaire résulte de choix personnels. L'autrice Le Piolet nous exprime que "le domicile" tel qu'il est mentionné par les répondants fait référence au "domicile ordinaire familial". Entendu comme le domicile qui évoque à la fois "attachement à l'unité d'habitation, au quartier et aux liens sociaux tissés au cours de la vie." (Le Piolet, 2020). Vivre à domicile jusqu'à la fin de ses jours est en effet le choix de la quasi-totalité des jeunes seniors. Mais qu'entend-on par domicile, au-delà des souvenirs qu'il comporte ?

III.I.A. Qu'est-ce que le domicile ?

"Le domicile permet de définir un espace intérieur, intime au sens de ce qui est au plus profond de nous-même, un lieu que l'on peut rendre inaccessible aux autres, physiquement ou psychiquement, pour y constituer notre moi à l'abri des influences et éventuellement des menaces ou des attaques du dehors" (Ennuyer, 2014). Selon cet auteur, le domicile renverrait donc à un espace sécurisé et sécurisant pour les habitants. Outre les souvenirs et le lien d'attachement qui s'opèrent entre cet espace et l'individu, le domicile serait donc un lieu protecteur. Cette protection, rendue possible par cet espace délimité personnalisé, implique un fort attachement à ce lieu, d'où l'envie reconnue et répétée des seniors de « rester vivre à domicile ».

L'opportunité de vieillir chez soi implique de rester vivre dans son propre environnement, soit dans un environnement sécurisant. Cette notion de sécurité, vitale pour le bien-être d'un individu est affiliée à la deuxième place dans les besoins fondamentaux décrits dans la pyramide de Maslow¹⁷, soit juste après les besoins physiologiques tels que manger, boire ou dormir. Ce besoin de sécurité qui fait référence à plusieurs sentiments de sécurité comme financier ou sanitaire fait également référence à la nécessité d'une sécurité environnementales que peut procurer un logement, un domicile.

III.I.B. Le domicile comme outil capacitant

Si le domicile semble être la meilleure alternative pour passer ses vieux jours car celui-ci est sécurisant, dans son dernier rapport, le conseil de l'âge du HCFEA ajoute une nouvelle notion qui favoriserait le soutien au domicile des personnes âgées. En effet, plus qu'un domicile sécuritaire, le conseil évoque la notion de domicile "capacitant". Selon lui, "le domicile doit dès lors être appréhendé comme un levier contribuant à la satisfaction des autres besoins, [...]. En quelque sorte, il faut un domicile qui soit « capacitant », c'est-à-dire qui renforce le pouvoir d'agir, dedans comme dehors" (Conseil de l'âge, 2024). Cette définition souligne donc que le domicile ne doit pas être simplement considéré comme un lieu physique où vivre, mais plutôt comme un élément qui soutient la réalisation des autres besoins et aspirations des individus. Elle met en avant l'importance d'une approche dynamique, où le domicile est envisagé comme un outil qui renforce la capacité d'agir des personnes âgées, à la fois chez elles et dans leur environnement extérieur. En d'autres termes, un domicile « capacitant » permet aux individus de maintenir leur autonomie et de mener une vie active et épanouissante.

Mais qui dit "capacitant" dit adapté aux besoins de la personne et notamment adapté aux risques de perte d'autonomie. Aujourd'hui, l'adaptation des logements semble être un enjeu majeur dans le soutien à domicile d'un plus grand nombre. Car comme nous le rappelle le rapport co-écrit entre le Think tank et le Haut-commissariat au plan "si 69% des 60 ans et plus déclarent que l'adaptation de l'habitat est une priorité pour eux, seuls 5 % d'entre eux ont réalisé des travaux spécifiques d'adaptation à l'avancée en âge". Ce chiffre nous montre bien l'envergure des progrès à réaliser. Si le conseil de l'âge exprime lui aussi que "l'adaptation d'un nombre plus important de logements au vieillissement est un impératif" c'est notamment au vu du nombre exponentiel de personnes âgées qui s'apprêtent à vieillir à leur domicile dans les deux prochaines décennies.

III.I.C. La nécessité de promouvoir l'adaptabilité du logement

L'adaptation du logement est un enjeu crucial pour le vieillissement de la population, or encore aujourd'hui peu de seniors actifs pensent à rénover ou réhabiliter leur logement. Des aides existent

¹⁷ Vous trouverez en annexe N°18 la pyramide des besoins de Abraham Maslow

pourtant pour inciter les personnes du parc privé à anticiper ces travaux. Auparavant difficiles d'accès et relativement complexes, depuis 2023, l'Etat a regroupé l'ensemble de ces aides financières et techniques dans le dispositif "Ma prime Adapt". Simple de fonctionnement, il est encore trop tôt pour connaître l'efficacité de ce nouveau dispositif. Cela dit, afin de sensibiliser et d'informer un plus grand nombre, il paraît urgent de développer une communication massive sur ce dispositif, car encore trop peu d'individus semblent avoir pris connaissance de cette possibilité d'action.

Il est évident que la sensibilisation à l'aménagement des logements doit se développer autant dans le parc privé que dans le parc des bailleurs sociaux. Sur la région malouine, les plus de 60 ans représentent 30% des locataires du premier bailleur social de la région malouine.¹⁸ Pour ce faire, le plan anti-chute préconise là aussi un outil de communication pour les bailleurs sociaux. En effet, il propose de créer **"la carte postale du bailleur"** afin d'informer les habitants de plus de 60 ans des possibilités d'action, à savoir l'aménagement et l'adaptation du logement. Cette carte postale envoyée par courrier postal, inclurait également une enveloppe préimbrée afin que les personnes intéressées par ces travaux puissent se faire connaître auprès de leur bailleur. Charge à lui d'assurer ensuite un retour auprès de ses locataires.

Mais cette carte postale pourrait tout aussi bien soumettre une autre possibilité : le relogement. En effet, l'appréhension de la mobilité résidentielle est une grande problématique pour les bailleurs sociaux. De nombreux seniors, parfois seuls, occupent de grands logements non adaptés à leurs besoins. L'attache au domicile est en effet un facteur majeur dans l'enjeu de l'adaptation du logement. Or, proposer un relogement à des seniors pourrait d'une part, leur permettre d'accéder à un domicile qui correspond davantage à leurs besoins, et d'autre part, permettre à des familles avec enfants de bénéficier de logements favorables à de meilleures conditions de vie. De fait, l'accompagnement à la mobilité résidentielle est un enjeu majeur dans l'adaptation des logements des seniors dans le parc public.

Toutefois, cette carte postale du bailleur pourrait être transformée en "carte postale du département". En effet, à l'échelle du pays malouin pour démarrer une expérimentation, **le Département pourrait envoyer à chaque personne de plus de 60 ans habitant sur le territoire du pays de Saint-Malo** une carte postale promouvant la nécessité d'anticiper l'adaptation de son logement ainsi que le dispositif Ma Prime Adapt'. Sous la forme d'un petit dépliant, ce fascicule pourrait également développer les démarches à suivre pour bénéficier de ce dispositif et y intégrer les contacts des assistants à la maîtrise d'ouvrage agréés à contacter. De plus, grâce à la dernière loi Bien Vieillir entrée en vigueur en avril dernier, les mairies peuvent transmettre à une autre collectivité ou service sociale leur registre des personnes vulnérables. Ainsi, il serait pertinent pour le Département de se munir de ces listes afin

¹⁸ Information transmise par un bailleur social de la région malouine lors d'un entretien semi-directif.

d'envoyer la carte postale aux individus concernés d'une part et de connaître les personnes à risque de vulnérabilité d'autre part.

Afin de permettre une meilleure adaptabilité des logements, de nouvelles technologies permettent également de sécuriser l'environnement du domicile. Détecteur de chute, domotique, tablette connectée, téléassistance, vidéosurveillance... Les nouvelles technologies issues de la silver économie ne manquent pas. En effet, celles-ci tendent à s'implanter de plus en plus dans le quotidien de nos aînées. Si la génération de personnes âgées d'aujourd'hui n'est pas tout à fait à l'aise avec ces nouveaux accessoires, n'oublions pas que celle de demain, habituée au smartphone, tablette, et nouvelles intelligences artificielles, sera tout à fait en mesure de prendre en main ces nouvelles technologies.

Si l'adaptation des logements reste une des conditions majeures à la possibilité de vieillir au sein de son domicile, n'oublions pas que la présence des services d'aide à domicile reste le principal facteur déterminant. Comme évoqué dans une précédente partie de cet écrit, le soutien à domicile ne sera possible que si les professionnels du secteur sont en nombre suffisant pour couvrir le nombre croissant de demandes de prestations. Le Haut-commissariat au plan l'exprime lui-même : "tout discours sur le vieillir chez soi sera en effet totalement vain si des décisions radicales ne sont pas prises en matière de tarification des services d'aide et de soin à domicile ou en matière d'attractivité des métiers face à la pénurie constatée actuellement". (Haut-Commissariat au plan & Think Tank, 2023)

Par ailleurs, bien que le domicile soit le choix majoritaire des Français, Bayrou et Broussy nous rappellent que "chaque année, près de 10.000 personnes âgées meurent de chutes domestiques". En effet, il arrive parfois un moment où le logement n'est plus adapté à une perte d'autonomie qui s'intensifie. Face à "un tel drame de santé publique", ces mêmes auteurs nous expriment "qu'il faut parfois savoir « changer de chez soi »". La notion de « chez soi » est ainsi intimement liée à celle du domicile, comme l'explique Ennuyer : "le domicile c'est donc aussi un « dedans » par rapport à un « dehors », ce qui renvoie à la notion de « chez-soi »" (2014). Si, changer de chez soi signifie trouver de nouvelles alternatives au domicile familial, voyons désormais quelles sont les possibilités qui s'offrent aux personnes âgées.

III.2. Développer des nouveaux chez-soi

La loi de l'adaptation de la société au vieillissement, portait "des objectifs ambitieux pour déployer une palette de dispositifs afin de rendre possible la vie dans différents lieux autres que les établissements sanitaires ou médico-sociaux" (Conseil de l'âge, 2024). Des 2015, les pouvoirs publics avaient donc pour ambition de démultiplier les offres d'habitats à destination des personnes âgées en perte

d'autonomie ou non. Plus précisément, cette loi visait "à adapter les politiques publiques du cadre de vie aux enjeux du vieillissement de la population : adaptation des logements, modernisation des résidences autonomie et des résidences services seniors, intégration des problématiques du vieillissement dans les programmes locaux d'habitat et dans les plans de déplacement urbain" (*Ibid*). Presque dix années après la promulgation de cette loi où en sommes-nous ?

III.2.A. Les résidences autonomies et résidences services seniors

Prenons l'exemple des résidences autonomies. Si la loi ASV avait bel et bien pour objectif de moderniser ces lieux, le dernier rapport du Haut-commissariat au plan nous affirme que les résidences autonomie "souffrent depuis longtemps d'un immobilier souvent ancien et dégradé" (2023). Une information attestée lors de ma rencontre avec le directeur d'un CCAS d'une commune du pays de Saint-Malo. La résidence autonomie de cette commune devient très vétuste, si bien que le CCAS recherche de nouveaux locaux pour y reloger ses habitants. Malheureusement, la conjoncture immobilière de ce territoire ne permet pas aux CCAS de trouver un nouveau terrain disponible pour le moment. Il semble que dans cette quête de modernisation, le changement de nom ait été la seule transformation opérée pour cette résidence autrefois désignée sous le nom de "Foyer logement".

Il est intéressant de noter que ces résidences, sont dans 70% des cas, gérées par des Centres Communaux d'Action Sociale (Bayrou & Broussy, 2023). Avec environ 2200 établissements répartis dans toute la France, ces établissements accueillent aujourd'hui plus de 100 000 seniors. Cependant, comme leur nom l'indique, les résidences autonomie sont à destination des seniors autonomes. Bien que la présence d'aide à domicile ne soit pas un critère de non admission, la perte d'autonomie n'a pas sa place dans ces structures. Ces résidences sont autorisées à accueillir "un maximum de 15% de personnes en GIR 1 à 3 tout en ne dépassant pas 10 % de personnes en GIR 1 et 2" (Haut-Commissariat au plan & Think Tank, 2023). Elles ne sont donc pas considérées comme une alternative à l'Ehpad mais plutôt comme une alternative au domicile individuel pour les personnes autonomes, conservant ainsi une dimension de logement transitoire.

Bien que l'entrée en résidence autonomie "est un acte volontaire" nous souligne D. Dupré-Lévêque, elles ne sont pas accessibles aux plus grands nombres. Si les tarifs appliqués varient en fonction du statut de la résidence mais surtout des services proposés, cette variation tarifaire rend ces structures inaccessibles à certaines personnes âgées. D'avantage désignée sous le nom de Résidence services seniors (RSS), ces structures tendent elles-aussi à se développer, bien que "la dynamique est déjà largement entamée" (Haut-Commissariat au plan & Think Tank, 2023). Axée sur une catégorie de population plus aisée, les résidences avec services séduisent par leur diversité d'offres de prestations proposées. Ainsi, malgré la demande croissante pour ces établissements, leur accessibilité demeure une préoccupation importante dans le contexte actuel du vieillissement de la population. En effet, comme

nous le rappelle cette autrice, “ces produits ne correspondent pas forcément aux envies des personnes âgées en termes de mode de vie, à leurs besoins en termes d'autonomie et de dépendance, et à leurs possibilités financières ” (Le Piolet, 2020). Celles-ci auront donc également un rôle à jouer dans les années à venir, mais il est impératif que celles-ci développent “un modèle à vocation sociale, pour s'adresser à un public plus large et répondre aux attentes et demandes d'une partie des élus locaux” (Haut-Commissariat au plan & Think Tank, 2023).

Le défi est donc de développer de nouvelles formes d'habitat alternatives aux RSS actuelles, vétustes et parfois onéreuses. Comme l'exprime si bien une autrice, l'enjeu est aujourd'hui “de disposer d'une diversité d'habitats pour répondre à la diversité des attentes des personnes en fonction de leurs souhaits en termes de mode de vie, et de leurs états de santé” (Le Piolet, 2020). Le profil sociologique de la personne âgée de demain nous le confirme, leurs choix seront multiples et leurs désirs d'être maître de leur destin nous pousse à repenser les modèles d'accueil existants. A l'échelle locale, il conviendrait d'une part, **d'encourager à la réhabilitation des résidences par un soutien financier** de la part des communes concernées, des EPCI ou encore du Département et d'autre part, **d'inciter les groupes privés à l'implantation de nouvelles résidences en promouvant une mixité sociale** dans celles-ci.

III.2.B. Les nouveaux modes d'habitat

On les appelle, habitats partagés ou encore habitats inclusifs et ils tendent à se développer sous différentes formes. Généralement à taille humaine, ce nouveau style d'habitat se développe et commence à séduire de plus en plus de seniors. Des collectifs de petite taille, associatifs, publics ou encore privées commencent à croître un peu partout sur le territoire. Pour se sentir en sécurité, profiter d'animation ou encore lutter contre l'isolement, les choix s'orientent vers ces nouveaux hébergements. Principalement développé sous la forme de colocation, ces espaces offrent “une nouvelle frontière qui permet à la fois, de répondre aux aspirations des personnes concernant des lieux où l'on vit chez soi, mais en lien avec les autres, et de fournir aux familles et professionnels, en constituant un lieu d'ancrage limitant la dispersion épuisante des déplacements et entrées en relation” (Conseil de l'âge, 2024). Cependant, ces nouvelles colocations “à taille humaine” est “une offre que l'on peut planter facilement sur des territoires moins denses en population âgée [...] mais n'aura jamais la capacité de couvrir les besoins massifs de demain en matière d'accompagnement de la dépendance puisque chaque projet propose généralement 8 à 16 places ” (Haut-Commissariat au plan & Think Tank, 2023).

Ces nouvelles formes d'habitats, que ce soit résidence service, résidence autonomie ou encore habitat partagé ou inclusif ont pour vocation à devenir des habitats “alternatifs” et non “intermédiaires” qui pourrait laisser penser à une transition entre le domicile et l'Ehpad (*Ibid*). L'enjeu est donc de taille, ces nouveaux habitats doivent se repenser afin **d'élargir leurs conditions d'accueil et permettre de devenir des lieux alternatifs au domicile et à l'Ehpad**. Ces lieux alternatifs ont tout intérêt à se

développer quand on sait que moins de 1% des répondants à l'enquête de l'Ifop souhaite vieillir à l'Ehpad et ainsi devenir des derniers "chez-soi" (*Ibid*). Mais "comment croire à la disparition des Ehpad lorsqu'ils hébergent aujourd'hui plus de 700.000 personnes âgées et que le nombre de 85 ans et plus va exploser à partir de 2030" s'interrogent Bayrou et Broussy ? A cette réponse, le Think tank nous répond qu'il est donc "essentiel de repenser de fond en comble l'Ehpad de demain" (2021).

III.2.C. L'Ehpad du futur

"De la philosophie qui sous-tend la façon dont sont reçues les personnes âgées à l'architecture des lieux, de la qualité des services proposés au respect des droits et de l'intimité de la personne en passant par l'implication maximale des familles et des proches : tout doit être repensé" nous dit le Haut-commissariat au plan et le Think Tank dans leur rapport. C'est aussi ce que pense aussi les directeurs de ces établissements selon l'étude du Tkink Tank de 2021 "l'Ehpad du futur commence aujourd'hui". En effet, dans la majorité des cas, les directeurs seraient favorables à des évolutions dans leur structure. Des évolutions, l'Ehpad doit en connaître de nombreuses dans les années à venir. Nous l'avons vu précédemment, les dernières révélations médiatiques couplées aux nombres de victimes durant la crise sanitaire n'ont fait qu'entacher l'image de ces établissements. Confronté à des augmentations massives des charges salariales et de fonctionnement de par l'inflation, sans percevoir d'augmentation de leurs financements, un grand nombre d'entre eux connaissent aujourd'hui des difficultés financières palpables. Face à cela, les interpellations des directeurs se succèdent via des communiqués de presse et des actions en justice afin d'attirer l'attention de l'Etat sur leur situation "à bout de souffle".¹⁹ Si le mode de financement de ces établissements, aujourd'hui complexe et obsolète, est certes à réformer, cette compétence relève de l'Etat. Par ailleurs, une réforme financière seule ne suffira pas à renouveler l'Ehpad tel qu'on le connaît aujourd'hui. De l'intérieur, ceux-ci doivent en effet tendre vers de nouveau modèle, et notamment celui de l'Ehpad "plateforme".

Le concept de l'Ehpad plateforme, tel qu'il est décrit par le Think Tank à pour objectif "de sortir de cette offre binaire et polarisée entre d'un côté un Ehpad trop autocentré et de l'autre un secteur de l'aide à domicile qui n'offre pas l'ensemble des prestations, ni le même niveau de sécurisation que l'établissement" (2021). Autrement dit, l'Ehpad du futur propose une alternative qui cherche à concilier sécurité et diversité. Concrètement, cela pourrait se traduire par la mise en place d'un ensemble de services diversifiés et adaptables, offert à la fois au sein de l'établissement mais également à l'extérieur de celui-ci. Les auteurs nomment ce nouveau concept d'Ehpad par la dénomination de "plateforme IN et OUT" (Broussy et al., 2021).

La plateforme « IN » vise à centraliser les ressources au sein de l'EHPAD, transformant ainsi l'établissement en un pôle de référence où une gamme de services est proposée, accessible non seulement

¹⁹ <https://www.ouest-france.fr/societe/ehpad/en-bretagne-les-ehpad-publics-a-bout-de-souffle-53-maires-attaquent-letat-pour-faute-cf601b8a-flde-11ec-b9d6-c26e1f1545b0>

aux résidents mais aussi à la communauté locale. L'Ehpad pourrait ainsi développer ses services de restauration, ou encore d'animations culturelles ou de loisirs au plus grand nombre, afin de devenir un centre de ressource locale. Celui-ci pourrait également développer son activité autour des hébergements temporaires, l'Ehpad ne serait ainsi plus le lieu dont on ne sort jamais mais plutôt un lieu de séjour temporaire ressourçant pour les personnes âgées et leurs proches aidants.

En revanche, la plateforme OUT capitalise sur l'expertise de l'EHPAD pour étendre ses services au-delà de ses frontières physiques, en allant jusqu'aux domiciles des personnes âgées nécessitant un accompagnement. Proposer des services d'aide à domicile type Ehpad hors les murs est une des grandes perspectives possibles, dynamisant ainsi les fonctions des professionnels et les missions de l'Ehpad. Mais cette logique OUT ne s'arrête pas là, l'Ehpad possède en effet de nombreuses ressources qu'il peut externaliser : restauration, blanchisserie, soins, loisirs, soutien aux proches aidants... Cette liste n'est pas exhaustive mais permet d'avoir un aperçu du champ des possibles. Cette approche cherche à réduire la dichotomie entre institution et domicile d'une part, et d'offrir une diversité des financements d'autre part. Bien que ces deux logiques présentent des avantages distincts, leur combinaison pourrait permettre une offre plus complète, adaptée aux besoins spécifiques de chaque territoire et de ses résidents âgés.

Bien qu'à l'échelle du pays de Saint-Malo, l'agence départementale ne pourra avoir que peu d'influence sur ces prochains changements, il convient tout de même de préconiser aux établissements du secteur d'entamer dès aujourd'hui de se réformer. L'évolution démographique promise dans les quinze prochaines années nécessite de repenser dès aujourd'hui l'ensemble de nos modalités d'accueil pour les futurs seniors de demain. Que ce soit en Ehpad, en résidence autonomie, résidence seniors ou encore habitat partagé, l'objectif commun de ces structures est de développer "leur caractère de véritable domicile avec une dimension d'espace privatif" (Conseil de l'âge, 2024). En effet, développer de nouveaux "chez-soi" implique que les nouveaux habitants et non plus "résidents", se sentent avant tout chez eux plutôt que dans une structure ou un établissement. Mais n'oublions pas que cette dynamique de "changer de chez-soi" ne pourra voir le jour si un accompagnement à la mobilité résidentielle n'est pas institué et promu par l'ensemble des acteurs gravitant autour de nos aînés.

Conclusion

Cette rédaction nous a permis d'explorer les multiples enjeux liés au vieillissement de la population dans la région de Saint-Malo. Elle met particulièrement en lumière les défis imposés à notre système de prise en charge des personnes âgées, face à l'arrivée des papyboomers dans les décennies à venir.

Force est de constater que les défis rencontrés par le secteur de l'aide et de l'accompagnement à domicile sont d'ores et déjà présents. Nous l'avons vu, les services à domicile font face à de grandes difficultés de recrutement. Ce sous-effectif dans les services a de lourdes conséquences sur les personnes âgées, qui ne reçoivent pas toujours l'assistance complète dont elles ont besoin, mais également sur leur proches aidants qui pallient ce manque d'accompagnement. Les restes à charge, parfois élevés, participent également à cette difficulté d'accès aux services d'aide et d'accompagnement. En effet, les moyens financiers disponibles peuvent avoir un impact majeur sur la possibilité de vieillir chez soi.

Dans un territoire aussi diversifié que le pays de Saint-Malo, où se côtoient les résidences secondaires des plus aisés et les quartiers prioritaires de la ville, en passant par les petites communes rurales, une multitude de caractéristiques géographiques sont à prendre en compte. Cette variété engendre des disparités significatives en termes d'offre de services, de soins et d'accès à la mobilité. Ces disparités ont un impact direct sur la vie quotidienne des personnes âgées de ces différentes zones, influençant leur qualité de vie, et leur bien-être général.

Si vieillir à domicile reste le premier choix d'un grand nombre de personnes âgées, celui-ci peut un jour devenir inadapté et être responsable d'un isolement majeur. Nous l'avons vu, face à ces difficultés de multiples actions opérationnelles et stratégiques pourraient être mises en place. En parallèle des actions d'adaptation des logements, la priorité semble être de lutter contre l'isolement social. En créant un réseau d'acteur de lutte contre l'isolement coordonné par un chargé de mission, ce réseau pourrait se concentrer sur le repérage des situations à risque et promouvoir des actions en faveur des personnes isolées au sein de leur domicile.

Bien que cet écrit se concentre sur les actions envisageables au niveau territorial, il est évident qu'une réforme d'ampleur de notre système doit être entreprise dans les années à venir. Les ressources financières allouées aux services et établissements médico-sociaux ne pourront pas répondre aux besoins croissants qui se profilent. Alors que la loi « grand âge et autonomie », semble avoir été reléguée aux oubliettes par nos dirigeants, il est crucial de rappeler que les récentes avancées promues par la loi « bien vieillir » ne seront pas suffisantes pour surmonter les défis déjà présents dans notre système de prise en charge des personnes âgées, et encore moins ceux à venir dans la prochaine décennie.

Bibliographie

Articles :

- Alvarez, S. (2016). Émergence et évolutions de la prévention dans les politiques de la vieillesse. *La Revue de l'Ires*, 88(1), 33-61. <https://doi.org/10.3917/rdli.088.0033>
- Argoud, D. (2007). La décentralisation de la politique vieillesse. Vers une accentuation des inégalités ? *Gérontologie et société*, 30 / 123(4), 201-212. <https://doi.org/10.3917/gs.123.0201>
- Argoud, D. (2012). La prévention : Un nouveau référentiel pour une politique du vieillissement ? *Gérontologie et société*, 35 / HS 1(5), 93-100. <https://doi.org/10.3917/gs.hs01.0093>
- Argoud, D. (2016). L'isolement des personnes âgées. De l'émergence à la construction d'un problème public. *Gérontologie et société*, vol. 38 / 149(1), 25-40. <https://doi.org/10.3917/gsl.149.0025>
- Argoud, D. (2017). Territoires et vieillissement : Vers la fin de la politique vieillesse ? *Lien social et Politiques*, 79, 17-34. <https://doi.org/10.7202/1041730ar>
- Avril, C. (2019). « Les emplois du bas de l'échelle ne sont pas qualifiés. » In *La France d'en bas ?* (p. 37-42). Le Cavalier Bleu. <https://doi.org/10.3917/lcb.mascl.2019.01.0037>
- Avril, C., & Ramos Vacca, I. (2020). Se salir les mains pour les autres. Métiers de femme et division morale du travail. *Travail, genre et sociétés*, 43(1), 85-102. <https://doi.org/10.3917/tgs.043.0085>
- Benoit, M. (s. d.). Les frontières mouvantes des politiques de maintien à domicile. Reconfiguration de l'action sociale de l'État en France et au Québec. *Lien social et Politiques*.
- Borgeaud-Garciandía, N. (2023). Chapitre 5. « L'autre comme soi » : Redéfinir le « sale boulot ». In *Dans l'intimité du care* (p. 123-144). La Dispute. <https://www.cairn.info/dans-l-intimite-du-care--9782843031946-p-123.htm>
- Bouvet, J. (2003). Menaces sur l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). *Empan*, 52(4), 50-53. <https://doi.org/10.3917/empa.052.0050>
- Campéon, A. (2015). Les mondes ordinaires de la précarité et de la solitude au grand âge. *Retraite et société*, 70(1), 83-104. <https://doi.org/10.3917/rs.070.0083>

- Campéon, A. (2016). Vieillesse isolées, vieillesse esseulées ? Regards sur l'isolement et la solitude des personnes âgées. *Gérontologie et société*, vol. 38 / 149(1), 11-23.
<https://doi.org/10.3917/gsl.149.0011>
- Campéon, A., & Le Bihan-Youinou, B. (2016). Le développement des dispositifs d'aide aux aidants : Une démarche d'investissement social ? *Informations sociales*, 192(1), 88-97.
<https://doi.org/10.3917/inso.192.0088>
- Campéon, A., Le Bihan-Youinou, B., Mallon, I., & Robineau-Fauchon, I. (2020). « Le moindre grain de sel, et c'est la pagaille » : Retour sur la condition des proches aidants. *Gérontologie et société*, 42 / 161(1), 13-29. <https://doi.org/10.3917/gsl.161.0013>
- Campéon, A., & Rothé, C. (2017). Modes de recours aux dispositifs de répit par les aidants familiaux de proches atteints de la maladie d'Alzheimer. *Enfances, Familles, Générations*, 28.
<https://doi.org/10.7202/1045028ar>
- Coursier, P. (2020). Vers une « 5ème branche » de la Sécurité sociale ? *Journal du Droit de la Santé et de l'Assurance - Maladie (JDSAM)*, 27(3), 20-26. <https://doi.org/10.3917/jdsam.203.0020>
- Crasset, O. (2020). Avantages et revers de l'autonomie chez les aides à domicile en emploi direct. *Gérontologie et société*, 42 / 162(2), 83-97. <https://doi.org/10.3917/gsl.162.0083>
- Crouzet, M., Carrère, A., Laborde, C., Breton, D., & Cambois, E. (2020). Différences d'espérance de vie sans incapacité dans les départements français : Premiers résultats à partir de l'enquête Vie Quotidienne et Santé. *Quetelet Journal*, 8(1), Article 1. <https://doi.org/10.14428/rqj2020.08.02.03>
- Delaunay, M. (2017). Loi d'adaptation de la société au vieillissement : Un pas pour la transition démographique. *Les Tribunes de la santé*, 54(1), 79-84. <https://doi.org/10.3917/seve.054.0079>
- Devetter, F.-X., Messaoudi, D., & Farvaque, N. (2012). Contraintes de temps et pénibilité du travail : Les paradoxes de la professionnalisation dans l'aide à domicile. *Revue française des affaires sociales*, 2-3, 244-268. <https://doi.org/10.3917/rfas.122.0244>
- Dumas, C. (2012). Mobilité des personnes âgées. *Gérontologie et société*, 35 / 141(2), 63-76.
<https://doi.org/10.3917/gsl.141.0063>
- Dumont, G.-F. (2010). La géographie des territoires gérontologiques. *Gérontologie et société*, 33 / 132(1), 47-62. <https://doi.org/10.3917/gsl.132.0047>

- Ennuyer, B. (2007). 1962-2007 : regards sur les politiques du « maintien à domicile ». Et sur la notion de « libre choix » de son mode de vie. *Gérontologie et société*, 30 / 123(4), 153-167.
<https://doi.org/10.3917/gs.123.0153>
- Ennuyer, B. (2014). Chapitre 1. Le maintien à domicile comme répondant à un projet éthique de la société. In *Repenser le maintien à domicile* (p. 13-32). Dunod. <https://www.cairn.info/repenser-le-maintien-a-domicile--9782100552726-p-13.htm>
- Fontaine, R., & Pennec, S. (2020). Les inégalités sociales dans la vieillesse. *Gérontologie et société*, 42 / 162(2), 19-36. <https://doi.org/10.3917/gs1.162.0019>
- Fraisse, L. (2023). Aide à domicile, un métier en souffrance. Sortir de l'impasse, Xavier Devetter, Annie Dussuet et Emmanuelle Puissant, Paris, Les Editions de l'Atelier, 2023 160 pages. *RECMA*, 369(3), 128-131. <https://doi.org/10.3917/recma.369.0132>
- Giraud, O., & Le Bihan-Youinou, B. (2022). 7. Les politiques de l'autonomie : Vieillissement de la population, handicap et investissement des proches aidants. In *Politiques sociales : L'état des savoirs* (p. 115-133). La Découverte. <https://doi.org/10.3917/dec.girau.2022.01.0115>
- Huteau, G. (2021). Chapitre 8. Soutien à l'autonomie et cinquième branche. In *Le droit de la sécurité sociale: Vol. 2e éd.* (p. 203-214). Presses de l'EHESP. <https://www.cairn.info/le-droit-de-la-securite-sociale--9782810908912-p-203.htm>
- Knüsel, R., & Colombo, A. (2014). Accessibilité et non-recours, aux services publics. Présentation. *Les Politiques Sociales*, 3-4(2), 4-11. <https://doi.org/10.3917/lps.143.0004>
- Le Goff, J.-L., & Poupart, R. (2021). Lutter contre l'isolement social des personnes âgées. Enjeux et risques d'une prévention du « mal vieillir » par un Conseil départemental. *Gérontologie et société*, 43 / 166(3), 233-249. <https://doi.org/10.3917/gs1.166.0233>
- Le Piolet, S. (2020). L'offre d'habitat adapté aux personnes âgées au cœur des inégalités dans la vieillesse. *Gérontologie et société*, 42 / 162(2), 217-231. <https://doi.org/10.3917/gs1.162.0217>
- Lo, M. (2022). Le maintien à domicile des personnes âgées : Une solution face au défi du vieillissement de la population. *Après-demain*, N° 63, NF(3), 26-29. <https://doi.org/10.3917/apdem.063.0026>

- Merla, L., & Degavre, F. (2016). Le concept de défamilialisation à l'épreuve du care transnational. L'exclusion des travailleuses migrantes domestiques des politiques de care. *Informations sociales*, 194(3), 50-60. <https://doi.org/10.3917/inso.194.0050>
- Parant, A. (2005). Les enjeux du vieillissement de la population. *Revue française d'administration publique*, 113(1), 83-95. <https://doi.org/10.3917/rfap.113.0083>
- Penneau, A., Pichetti, S., & Espagnacq, M. (2020). Restes à charge sanitaires des personnes âgées dépendantes à domicile. *Gérontologie et société*, 42 / 162(2), 121-140. <https://doi.org/10.3917/ges1.162.0121>
- Penneau, A., & Or, Z. (2023). *Les inégalités territoriales de financement et d'accessibilité des soins médico-sociaux : Quel impact sur les dépenses de santé des seniors ? N°279*.
- Valdes, B. (2018). Chapitre 6. Transitions démographique, épidémiologique et sanitaire aux origines du vieillissement de la population. In *Architecture et ingénierie à l'hôpital* (p. 65-74). Presses de l'EHESP. <https://doi.org/10.3917/ehesp.lange.2018.01.0065>
- Veya, L., Staffoni, L., & Schoeb, V. (2022). Préparation de la sortie du service de traumatologie : Perspectives des personnes âgées. Étude exploratoire. *Mains Libres*, 2, 67-74. <https://doi.org/10.55498/MAINSLIBRES.2022.10.2.67>

Rapports :

- Bayrou, F. (2023). *Vieillissement de la société française : Réalité et conséquences* (N°13) https://www.info.gouv.fr/upload/media/organization/0001/01/sites_default_files_contenu_piece-jointe_2023_04_hcp_vieillissement_de_la_societe_francaise.pdf
- Broussy, L., Guedj, J., & Kuhn-Lafont, A. (2021). *L'Ehpad du futur commence aujourd'hui— Propositions pour un changement radical de modèle* (Les études de Matières Grises N°4). https://matieres-grises.fr/nos_publication/lehpads-du-futur-commence-aujourd'hui/
- Conseil de l'âge. (2024), Haut Conseil de la Famille, de l'Enfance, et de l'âge, *Bien vivre et vieillir dans l'autonomie à domicile*. https://www.hcfea.fr/IMG/pdf/rapport_i_bien_vivre_et_vieillir_dans_l_autonomie_a_domicile.pdf

- Direction interministérielle de la transformation publique (DITP). (2023). *La prévention des chutes des personnes âgées, Volume 1/2 : Étude-Action*,. https://www.modernisation.gouv.fr/files/2023-12/Volume1_Plan-antichute-personnes-agees-ETUDEACTION-DITP.pdf
- DREES. (2015). *Les proches aidants des personnes âgées—Les chiffres clés*. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/2019_infographie_aidants_des_personnes_agees_0.pdf
- El Khomri, M. (2019). *Plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand-âge* (p. 136). https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_el_khomri_-_plan_metiers_du_grand_age.pdf
- Emmanuelli, j, Frossard, j.-b, & Vincent, b. (2024). *Lieux de vie et accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie : Les défis de la politique domiciliaire - Se sentir chez soi où que l'on soit* (p. 109). Inspection générale des affaires sociales. <https://www.igas.gouv.fr/Lieux-de-vie-et-accompagnement-des-personnes-agees-en-perte-d-autonomie-les.html>
- Haut-Commissariat au plan, & Think Tank. (2023). *Quand les babyboomers auront 85 ans*. <https://www.gouvernement.fr/quand-les-babyboomers-auront-85-ans>
- Haut Conseil de la Santé Publique. (2010). *Évaluation du Plan national Bien vieillir 2007-2009*. <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=246>
- Libault, D. (2019). *Concertation Grand âge et autonomie*. <https://www.fhf.fr/sites/default/files/2022-04/Rapport%20Libault%202019.pdf>

Guide :

- DGCS, & CNSA. (2016). *Conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie—Guide technique*. https://www.cnsa.fr/documentation/conference_des_financeurs_guide-technique_v1.pdf

Législation :

LOI n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées

LOI n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

LOI n° 82-213 du 2 mars 1982 relative aux droits et libertés des communes, des départements et des régions

LOI n° 96-63 du 29 janvier 1996 en faveur du développement des emplois de services aux particuliers

LOI n° 97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance

LOI n°2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de l'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie

LOI n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

LOI n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées

LOI n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

LOI n° 2005-841 du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale

LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement

LOI n° 2019-485 du 22 mai 2019 visant à favoriser la reconnaissance des proches aidants

LOI organique n° 2020-991 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie

LOI n° 2022-217 du 21 février 2022 relative à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration et portant diverses mesures de simplification de l'action publique locale

LOI n° 2024-317 du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie

Décret n° 2014-1702 du 30 décembre 2014 relatif aux droits à retraite des personnes handicapées et de leurs aidants familiaux

Décret n° 2016-1554 du 18 novembre 2016 relatif au congé de proche aidant

Décret n° 2022-801 du 12 mai 2022 relatif à l'entrée en vigueur de l'ordonnance n° 2021-1554 du 1er décembre 2021 relative à la mise en œuvre de la création de la cinquième branche du régime général de la sécurité sociale relative à l'autonomie

Décret n° 2022-1037 du 22 juillet 2022 relatif au congé de proche aidant et à l'allocation journalière du proche aidant

Code l'action sociale et des familles :

Section 1 : Allocation personnalisée d'autonomie et qualité des services aux personnes âgées. (Articles L232-1 à L232-11)

Section 4 : Mise en jeu de l'obligation alimentaire. (Articles R132-9 à R132-10)

Annexes

Annexe N°1 : Grille d'entretien	p.70
Annexe N°2 : Synthèse d'une réunion avec une équipe autonomie	p.72
Annexe N°3 : Tableur Excel méthodologique d'entretiens	p.76
Annexe N°4 : Fiche action	p.77
Annexe N°5 : Données démographiques	p.78
Annexe N°6 : Projection démographique	p.79
Annexe N°7 : Taux de pauvreté des 75 ans et plus par EPCI selon l'Insee en 2020	p.80
Annexe N°8 : Cartographies représentatives de la présence des Saad par commune	p.81
Annexe N°9 : Taux d'équipement de Ssiad et Spasad sur le pays de Saint-Malo	p.83
Annexe N°10 : Cartographie du nombre de médecins généralistes par commune	p.84
Annexe N°11 : Cartographie du nombre d'IDE par commune	p.84
Annexe N°12 : Cartographie du nombre de demandes d'APA en GIR 1 et 2 par commune.....	p.85
Annexe N° 13 : Cartographie du taux de personnes vivants seules en 2022 par commune	p.85
Annexe N°14 : Cartographie du nombre de demandes d'APA de personnes vivants seules en GIR 1 et 2 par commune	p.86
Annexe N°15 : Cartographie du nombre de personnes de 75 ans et plus vivants hors bourg	p.87
Annexe N°16 : Violentomètre	p.88
Annexe N°17 : Croquis du baromètre de l'aidant	p.89
Annexe N°18 : Pyramide des besoins de Abraham Maslow	p.90

Annexe N°1 : Grille d'entretien

Grille d'entretien Madame XX - Directrice d'un Saad attendant à un CCAS et Elue à la une autre commune du pays de Saint-Malo

Présentation :

Pouvez-vous vous présenter ?

Pouvez-vous présenter votre Saad ? Nombre d'employés ? Nombre de personnes accompagnées ? Equipes ? Organisation ?

Quelles sont vos missions en tant que directrice d'un Saad ?

Difficultés rencontrées :

Dans ce contexte particulier, à quelles difficultés êtes-vous confrontés ? Avez-vous des difficultés de recrutement ?

Selon vous, quelles sont les raisons de ce manque d'attractivité ?

Diriez-vous que certains services dit marchands ont débauché votre personnel ?

Avez-vous des professionnels qui se dirigent vers le gré à gré ? Si oui, pourquoi ?

Voyez-vous des limites à cette nouvelle forme d'aide à domicile ?

Que mettez-vous en place pour faire face à l'ensemble de ces difficultés ?

Les équipes :

Comment décririez-vous vos employés ? Employez-vous des hommes ?

Comment le glissement des tâches a fait évoluer leurs missions ?

Pouvez-vous former vos équipes autant que vous le souhaiteriez ?

Diriez-vous que les situations que vous accompagnez sont devenues plus complexes ? GIR ? Précarité ? Agressivité ? Pression des familles ? Situation d'urgence ?

Comment cela affecte vos équipes ? Comment parvenez-vous à préserver la santé de vos professionnels ?

Le public accompagné :

Quel type de public accompagnez-vous ? Quel est leur niveau de vie ?

Quelles conséquences vos difficultés de recrutement engendrent sur les personnes âgées ?

Arrivez-vous à subvenir aux nombres de demandes qui vous sont adressés ?

Arrivez-vous à assurer l'entièreté des plans d'aide préconisés ?

Quelles sont les demandes des PA ? Des familles ?

Conjoncture / Vision future :

Trouvez-vous pertinent d'assurer un service public de l'aide à domicile ?

Quelles différences observez-vous entre les services privés marchands et les services publics ?

Connaissez-vous le nombre de services disponibles sur la ville de Saint-Malo ?

Devez-vous travailler en lien avec d'autres services d'aide à domicile ?

Comment travaillez-vous avec les équipes autonomie du CDAS ?

Selon vous, comment le département, les communes et les autres collectivités (type région) peuvent-elles coopérer pour anticiper le vieillissement de la population ? Pour maintenir l'équilibre des Saad ? Pour travailler sur l'attractivité des métiers ?

Comment imaginez-vous les services de Saad à l'avenir ? Equipe autonome ?

Comment imaginez-vous le futur du maintien à domicile ? Technologie, domotique ?

Vision d'Élue

En tant qu'élue, comment à l'échelle d'une commune les représentants peuvent agir pour les personnes âgées ?

Pensez-vous que les élus ont un rôle à jouer dans l'identification des personnes isolées ? Si oui, comment pourrions-nous les sensibiliser au repérage des personnes âgées isolées ?

Comment, à Saint-Méloir, la commune se prépare au vieillissement de la population ? Un plan stratégique a-t-il été imaginé ?

Pensez-vous qu'une réunion de sensibilisation aux élus serait pertinente ?

Annexe N°2 : Synthèse d'une réunion avec une équipe autonomie

Synthèse Réunion équipe autonomie Cdas de [nom de la ville] 12 Mars 2023

Dans un souci d'anonymat, l'ensemble des noms et des lieux ont été supprimés.

En présence de :

Deux Responsables Cdas, un Médecin PA / PH ; une secrétaire d'accueil / polyvalence , deux conseillère sociale en gérontologie; une IDE PA / PH ; une Assistante de service sociale stagiaire et une chargée de développement social local.

Animé par : Jeanne Ferrero, Apprentie

Constats partagés sur les prestations assurées sur le territoire :

- L'équipe autonomie relève une dégradation dans les prises en charge des Saad et Ssiad due à un manque de main d'œuvre. Les services sont à saturation et il devient difficile de trouver des services qui peuvent assurer de nouvelles prises en charge, notamment quand celles-ci sont importantes.
- Certains services sont saturés le week-end et donc ne peuvent plus assurer de nouvelles prises en charge sur ces temps. Il convient à la famille ou à l'entourage de prendre le relais.
- Les services doivent ainsi choisir de prioriser leurs interventions sur les besoins primaires des usagers. De fait, les heures de lien social ne peuvent plus être assurées tout comme les heures de répit pour les aidants.
- Les 2h de vie sociale prévues dans la stratégie « bien vieillir » est une bonne initiative mais dans les faits, comment celles-ci pourront se mettre en place ?
- Sept Saad qui interviennent sur le territoire dont 3 publique
- Trois SSIAD peuvent intervenir sur le territoire. Le glissement des tâches entre IDE et SAAD peut avoir de lourdes conséquences, notamment quand l'aide à l'hygiène demande des gestes techniques qui relèvent des soins.
- Certains habitants à l'ouest du territoire pourraient bénéficier de services hors département, mais le département n'est pas conventionné avec ce service.

Le gré à gré :

- De plus en plus de gré à gré interviennent sur l'ensemble du territoire. Si auparavant les Cesu intervenaient notamment auprès des GIR 4, de plus en plus de plans d'aides pour des personnes en GIR 2 ou 1 sont assurées par ce type de prestataire.
- Au vu de l'aisance administrative que requiert l'employabilité d'une personne en Cesu, pour les personnes les plus dépendantes, cela pose la question d'abus potentiels. Les professionnels créent eux-mêmes le compte Urssaf du bénéficiaire, remplissent eux-mêmes leurs déclarations, signent les chèques... Aucun contrôle n'est par ailleurs effectué sur la qualité des prestations qui sont fournies.
- La présence des Cesu est tout de même indispensable sur le secteur et pallie beaucoup le manque d'effectif des Saad.
- Lors d'une visite à domicile, il arrive que l'équipe autonomie prévienne les bénéficiaires des droits et devoirs auxquels ils devront répondre s'ils choisissent des prestataires en gré à gré. (Muni du flyer de la FEPem)

Cependant, malgré ces difficultés de recrutement les “tiers inconnus” restent rares. Sur le territoire, une solution est bien souvent trouvée pour accompagner les personnes âgées en perte d'autonomie. Cela implique parfois que le plan d'aide ne soit pas effectué dans son intégralité ou que plusieurs prestataires interviennent sur une même situation mais dans la globalité, les situations sans aucune solution d'accompagnement restent très ponctuelles.

Focus logement :

- Sur X et sur le reste du territoire, il y a une grosse problématique de logement. Le parc public est sous doté et les nouvelles constructions ne sont pas attendues avant plusieurs années. Ce qui implique que certaines personnes sont obligées de quitter le territoire, et parfois même de département afin de trouver une solution de logement.
- En général, la volonté des personnes âgées reste quand même de rester au sein de leur domicile, mais les situations de précarité énergétique sont nombreuses. Les logements sont anciens et parfois vétustes.
- A noter que le budget “Fond de Solidarité Logement” est en plus à la baisse et qu'il ne pourra plus assurer autant de prise en charge.
- La nouvelle législation sur la location des “passoires thermiques” inquiète certains locataires au sein de logements classés énergétiquement F ou G. Ils se questionnent sur le fait que leur bien sera potentiellement vendu par les propriétaires car “non conforme à la location”. Cette réforme pourrait impacter les locataires qui occupent leur logement depuis de nombreuses années et qui bénéficient de petits loyers.

Précarité financière :

- Dans sa globalité, le territoire est moins paupérisé que le territoire de X par exemple. Cependant, la précarité financière chez les personnes âgées n'est pas inexistante sur le territoire.
- Cela implique parfois aux bénéficiaires APA de réduire leur plan d'aide afin d'obtenir un reste à charge moindre. Les aidants sont, de fait, les premiers à pallier le renoncement à ces heures d'aide supplémentaire.
- D'autant plus que le crédit d'impôt (remboursement de 50% du reste à charge) n'est distribué que l'année suivante, post déclaration d'impôt.
- La demande d'APA, les déclarations d'impôt et toutes les autres démarches administratives pèsent fortement sur les proches des bénéficiaires. Cette lourdeur administrative contribue à l'épuisement des aidants.

Travail partenarial :

- Le travail partenarial entre l'équipe autonomie et les autres acteurs du territoire (IDE, Clic, DAC...) est fluide. L'équipe autonomie est bien identifiée sur le territoire et les rôles des partenaires sont bien distingués.
- La présence des CPTS permet l'implication des professionnels de santé, qui se déplacent de plus en plus aux réunions de coordination.
- La gestion des sorties d'hospitalisation est globalement bien préparée. Les EA sont parfois prévenues plus tardivement lorsque la personne est hospitalisée au CH de Saint-Malo, mais cela ne relève pas du fait des ASS de l'hôpital car elles-mêmes sont parfois prévenues tardivement. Bonne communication avec les IDE si hospitalisation et vice versa.
- Une rencontre annuelle est organisée entre les IDE/ EA et les ASS de l'hôpital. Cette rencontre est très appréciée et permet de conforter les rôles et missions de chacun.
- En cas de sortie d'hospitalisation, certains accompagnements pourraient être pris en charge dans le cadre de l'ARDH et non de l'APA.

- Le travail avec le CMP est complexe car ils sont surchargés. Malgré la fréquence des troubles psy / anxiodépression chez les PA et aidant, le CMP n'intervient pas car il priorise les urgences. Travail possible avec l'Agéclic mais séances vite complètes.

Evolution dans les pratiques / agents :

- Le nombre de bénéficiaires suivi au titre de l'APA par CSG a augmenté et le nombre de visites à domicile a diminué. La charge de travail conséquente ne permet plus à l'équipe autonome d'organiser des rencontres avec les Saad comme cela a pu avoir lieu il y a quelques années.
- Depuis le Covid, une évolution dans les pratiques est également ressentie. La communication avec les bénéficiaires ou les familles se fait davantage par mail ou par appel téléphonique.
- Ces nouveaux modes de communications permettent de réduire les déplacements et de fait la charge de travail pour les agents.
- Les agents déplorent l'arborescence complexe de « la Ruche ». Cet outil n'est pas intuitif ce qui limite fortement son utilisation. Les équipes ASE bénéficient eux, de la plateforme d'espace documentaire « enfase », qui est bien plus facile d'accès et plus facilement utilisable.

Les mesures de protections :

- Un protocole départemental existe pour les informations préoccupantes / signalements, mais celui-ci n'est pas adapté aux réalités du terrain. Chaque Cdas, a donc retravaillé une procédure en interne.
- Sur le site du département, nous pouvons trouver une trame de signalement pour les mineurs, mais rien de similaire n'existe pour les personnes majeures.
- D'autant plus que le nombre d'IP sont en constante évolution et cette charge de travail est ressentie par les équipes autonomie. Les prestataires ont souvent le réflexe d'interpeller le Cdas dès lors qu'une situation requiert une IP, alors qu'eux même pourrait procéder à la réalisation de celle-ci.

Mobilité / Isolement :

- Les heures de lien social ne pouvant plus être assurées par les SAAD, la stimulation cognitive est moindre, voire inexistante dans certaines situations, et l'isolement est renforcé.
- La prévention de la perte d'autonomie passe également par la stimulation cognitive et le développement du lien social pour les personnes âgées. Il manque sur le territoire des professionnels formés à la stimulation cognitive.
- Bien que des actions collectives existent, un réel problème de mobilité est présent sur le territoire. Sa ruralité exacerbe ces difficultés.

Synthèse préconisations évoquées :

1. L'Ille et Vilaine conventionne avec des SAAD de départements limitrophes (à l'instar des assistantes familiales des départements limitrophes) de façon à pouvoir les solliciter quand ils ont des places : ex = ADMR du 22
2. Soutenir des réseaux de Cesu, les regroupements d'aide à domicile : type réseau assistante maternelle
3. Moins de donneurs d'ordre, plus d'effecteurs : à la coordination, besoin d'une seule tête (une seule équipe), sur le terrain « une armée. »

4. Simplification et clarification de l'organisation des circuits pour les situations complexes : entre DAC, Agéclic, CRIP 35, CDAS (qui recueille les IP ?). Quelle place pour la sous-préfecture, le tribunal, l'ARS ?
5. Travailler en lien avec la FEPEM pour prévenir le risque de maltraitance pour les intervenants en gré à gré. Comment travailler à une surveillance ? Développer la communication auprès du grand public sur les droits et devoirs du gré à gré. Inciter à la présence d'un service pour les situations qui relèvent du GIR 1 et 2 ? Soutenir le développement de services mandataires ?
6. Mesure de protection des majeurs : Stabiliser et simplifier une même procédure départementale. Sensibiliser les prestataires / partenaires à la possibilité pour eux également d'effectuer des signalements lorsqu'ils sont témoins de situations préoccupantes.
7. Développer une arborescence type "enfase" pour les agents
8. Simplifier les procédures APA pour les agents : Envoi du courrier par mail ou voie postale si petit changement dans le plan d'aide, développer l'évaluation téléphonique...
9. Supprimer la date limite des 3 ans de l'APA mais assurer une VAD tous les 3 ans minimum.
10. Communiquer plus massivement sur l'ARDH auprès des partenaires
11. Développer un transport à la demande sur l'ECPI
12. Développer les actions pour rompre l'isolement des PA et stimuler leurs capacités cognitives
13. Développer l'habitat inclusif

Annexe N°3 : Tableur Excel méthodologique d'entretiens

Type de rencontre	Fonction	Lieu de travail	Date	Effectué	Synthèse
Entretien semi-directif	Responsable Cdas	CDAS	27/10/2023	✓	✓
Réunion d'information	Conseillère social en Gériatrie (CSG) & IDE	CDAS	30/10/2023	✓	✓
Entretien semi-directif	Coordinatrice CLIC	CLIC	29/11/2023	✓	✓
Entretien semi-directif	Contrôleuse action sociale	Agence dep St-Malo	30/11/2023	✓	✓
Entretien semi-directif	Agentes d'instruction	Agence dep St-Malo	18/12/2023	✓	✓
Réunion d'information	Equipe autonomie (CSG / IDE / Medecin P.A.P.H)	CDAS	19/12/2023	✓	✓
Entretien semi-directif	Contrôleuse action sociale	Pays Malouin	21/12/2023	✓	✓
Entretien semi-directif	Directeur CCAS	Direction solidarité	22/12/2023	✓	✓
Entretien semi-directif	Délégué à la vie sociale et aux CDAS	Siège du Département	10/01/2024	✓	✓
Entretien semi-directif	Directrice SAAD CCAS	CCAS	10/01/2024	✓	✓
Réunion d'information	Chargée de mission observatoire	Observatoire de l'autonomie	11/01/2024	✓	✓
Réunion d'information	Médiateur familiale	Ille & Vilaine	30/01/2024	✓	✓
Réunion d'information	Equipe autonomie (CSG / IDE / Medecin P.A.P.H)	CDAS	01/02/2024	✓	✓
Entretien semi-directif	Responsable CLIC	CLIC	08/02/2024	✓	✓
Réunion d'information	Equipe autonomie (CSG / IDE / Medecin P.A.P.H)	CDAS Dol et la Baie	09/02/2024	✓	✓
Entretien semi-directif	Responsable pôle social	Bailleur social	09/02/2024	✓	✓
Réunion d'information	CPTS Saint-Malo & CPTS Combours Dol	Saint-Malo - Dol de Bretagne	14/02/2024	✓	✓
Entretien semi-directif	Coordinateur Petit frère des Pauvres	Petits frères des pauvres	26/02/2024	✓	✓
Entretien semi-directif	Elus & responsable Pass emploi	Mairie	08/03/2024	✓	✓
Réunion d'information	Equipe autonomie (CSG / IDE / Medecin P.A.P.H)	CDAS	12/03/2024	✓	✓
Réunion d'information	Animateurs coopération MONALISA	MONALISA	10/04/2024	✓	✓

Annexe N°4 : Exemple de fiche action restituée à la directrice de l'agence départementale du pays de Saint-Malo

ISOLEMENT

Fiche action N° 6

Agir contre l'isolement des personnes âgées

Orientation du schéma départemental de l'autonomie 2023-2028, axe 4, orientation K : "Renforcer l'autonomie par la prévention et la lutte contre l'isolement et les situations de grande précarité"

Constat : Les personnes âgées sont particulièrement exposées au risque d'isolement sociale. En 2022, plus de 70 % des demandes d'APA concernaient des personnes qui vivaient seuls. Les quatre équipes autonomies ont été unanimes sur cette question, l'isolement des personnes âgées est pour eux un axe prioritaire à considérer. Reconnu comme un facteur aggravant la perte d'autonomie l'isolement peut en effet, avoir de lourdes conséquences sur leur bien être physique et psychique. Sur le territoire, l'ensemble des acteurs souhaitent œuvrer pour la lutte contre l'exclusion et l'isolement sociale et les possibilités d'action sont très nombreuses. Cependant, pour la mise en place de celles-ci, il manque un maillon essentiel de la chaîne : un coordinateur.

Objectif : Assurer un meilleur repérage des situations à risque d'isolement sociale et développer un réseau d'acteurs coordonnés de lutte contre l'isolement des personnes âgées sur le territoire du Pays de Saint-Malo.

Moyens d'actions :

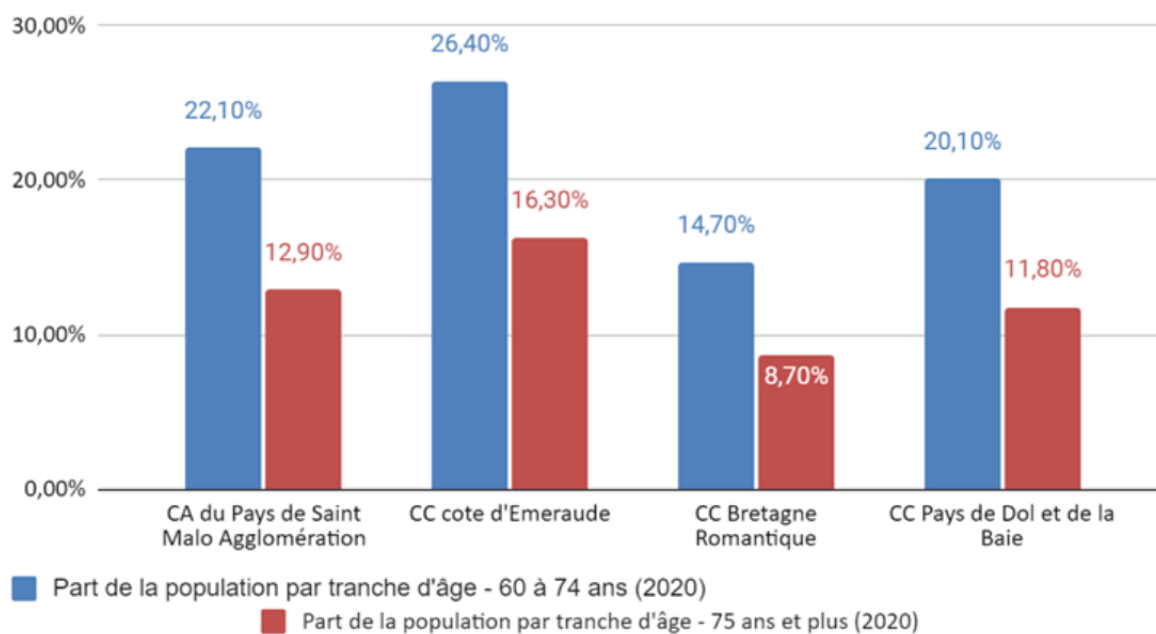
- Financer un poste de coordinateur chargé de contribuer à la création d'un réseau de "lutte contre l'isolement" avec l'ensemble des partenaires présents sur le territoire (Associations, Ehpad, Services prestataires, équipes autonomie, Clic, Dac, CCAS, Bailleurs sociaux, Cpts...)
- Développer des actions de lutte contre l'isolement sociale : Actions intergénérationnels, balade fauteuil / poussette, promouvoir le bénévolat pour développer le lien social à domicile, promouvoir la mobilité avec des partenaires, lien avec France Travail pour les 15h d'activités pour les bénéficiaires du RSA, lien avec mission locale (CEJ), développer le Service Civique "Solidarité Senior ", les heures citoyenne...
- Promouvoir le repérage des situations de vulnérabilité :
 - Etablir un partenariat avec l'interrégime des retraites pour connaître les situations jugées à risque de fragilité
 - Rappeler aux mairies leur obligation de tenir une liste mise à jour des personnes de plus de 60 ans résidents dans leur commune
 - Promouvoir le rôle de veille des besoins sociaux des CCAS

Indicateurs d'évaluation :

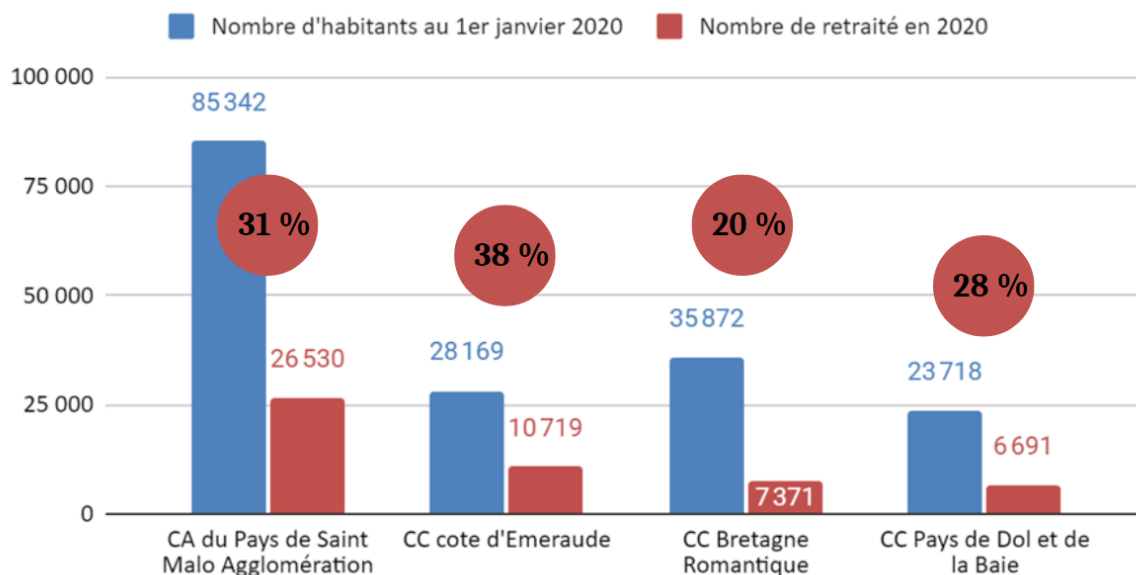
- Recrutement d'un chargé de mission "lutte contre l'isolement" des personnes âgées
- Quantifier le nombre d'adhérents au réseau de lutte contre l'isolement, le nombre de réalisation de réunion de projet, de groupes de travail, d'actions réalisées...
- Identifier le nombre de situations à risque identifiées de part les informations transmises par l'interrégime ou les mairies.

Annexe N°5 : Données démographiques du pays de Saint-Malo

Part de la population par tranche d'âge en 2020, par EPCI, selon l'Insee

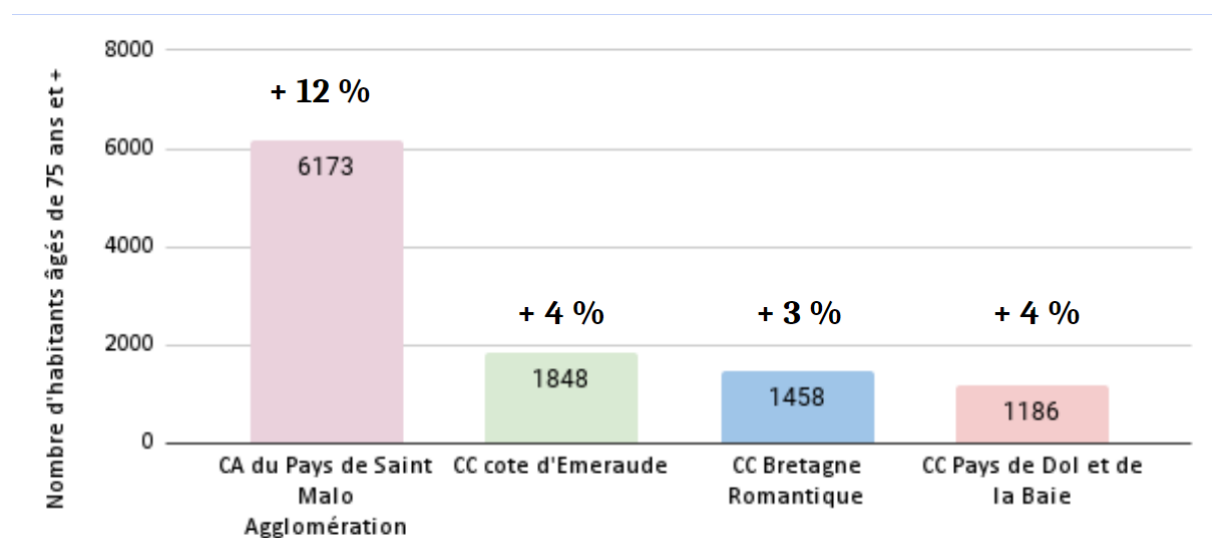


Nombre et part des retraités par rapport à la population générale par EPCI, selon l'Insee en 2020

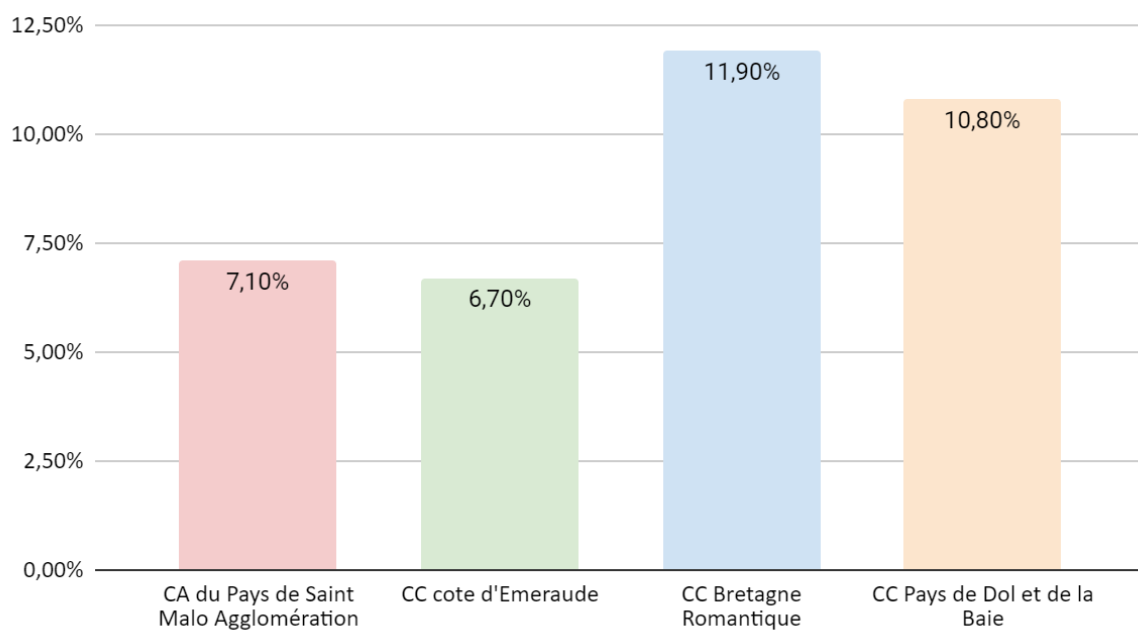


Annexe N°6 : Projections démographiques

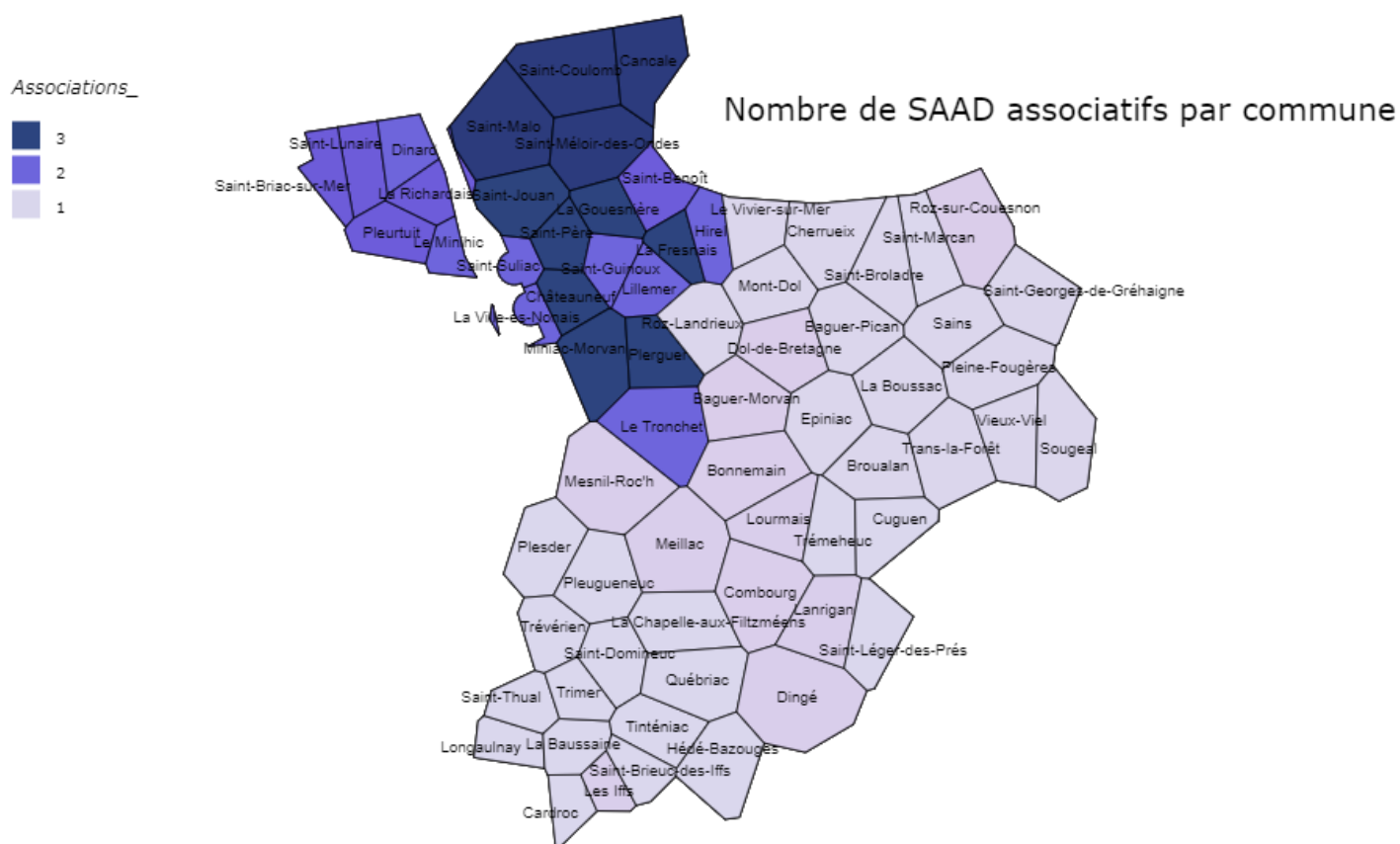
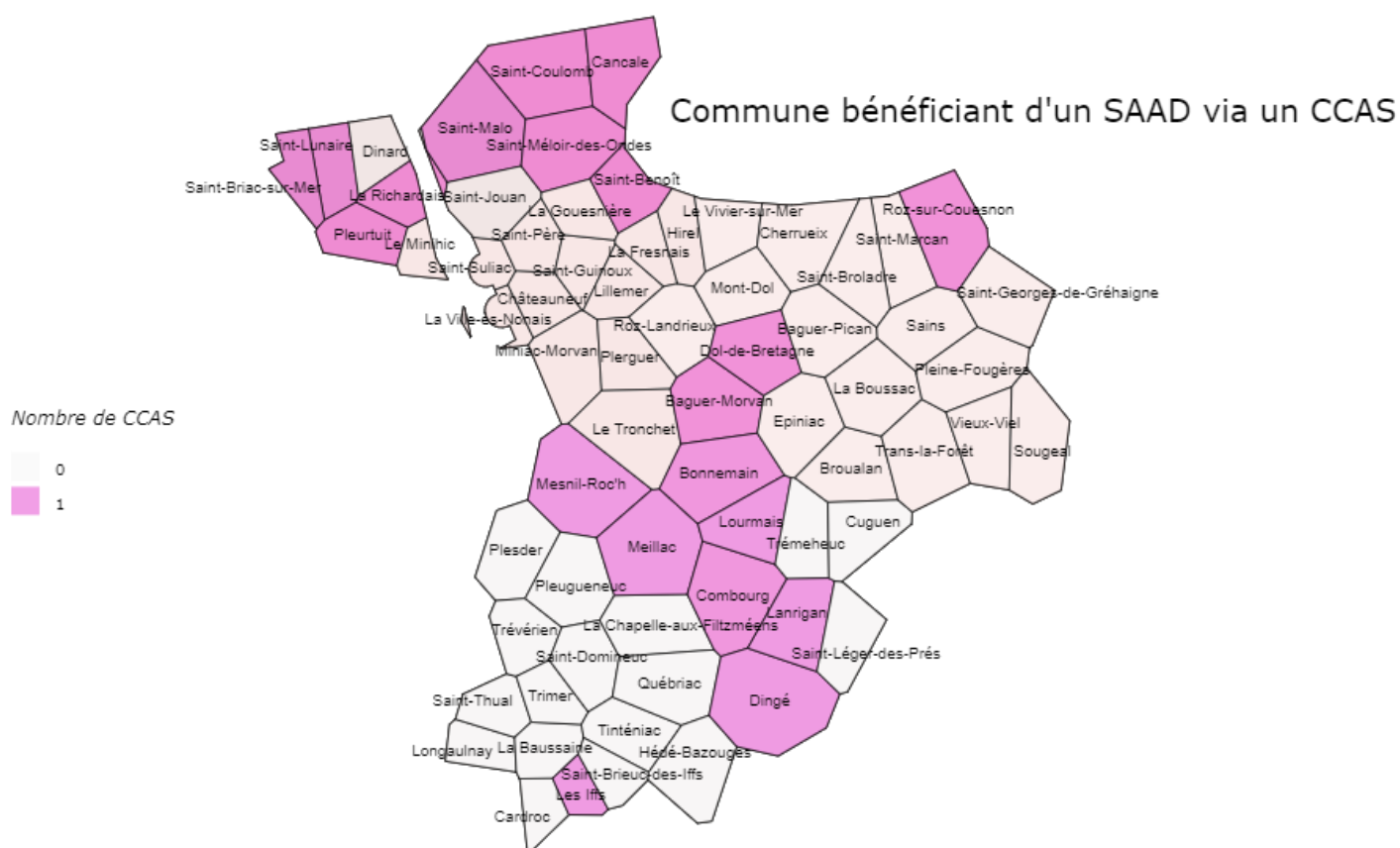
Nombre et part de la projection démographique des personnes âgées de 75 ans et plus par EPCI entre 2023 et 2035, selon le schéma départemental de l'autonomie 2023-2028



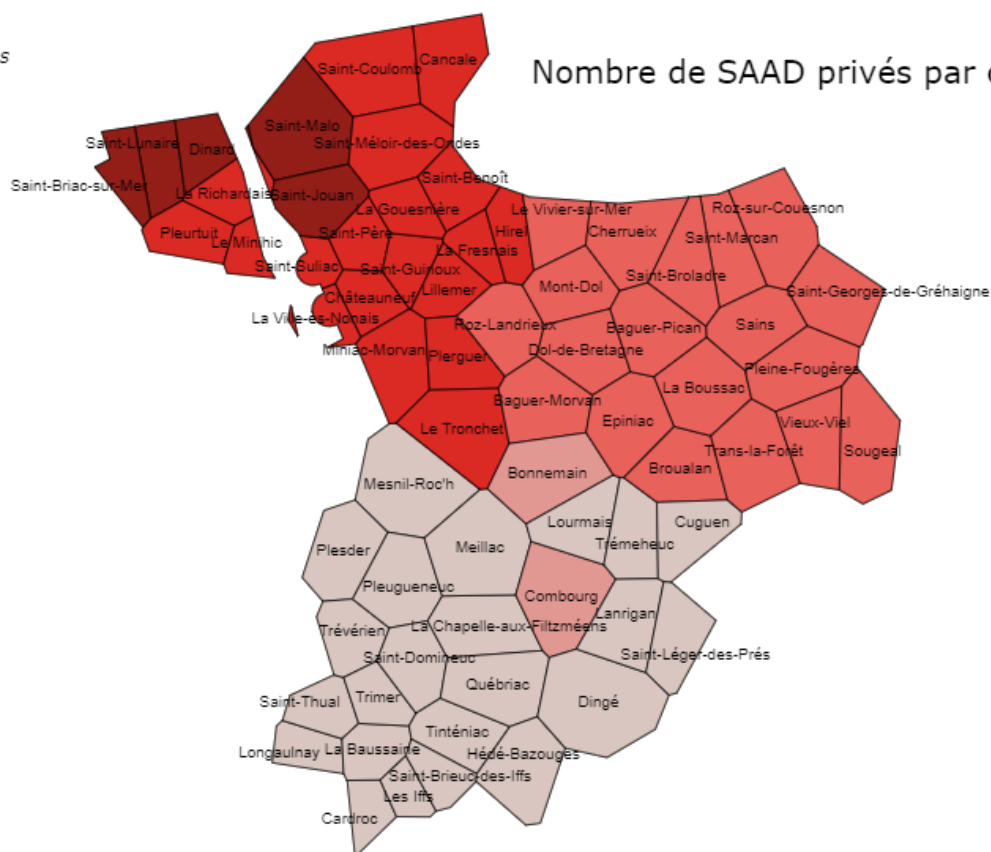
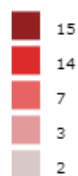
Annexe N°7 : Taux de pauvreté des 75 ans et plus par EPCI selon l'Insee, en 2020



Annexe N°8 : Cartographies représentatives de la présence des Saad par commune

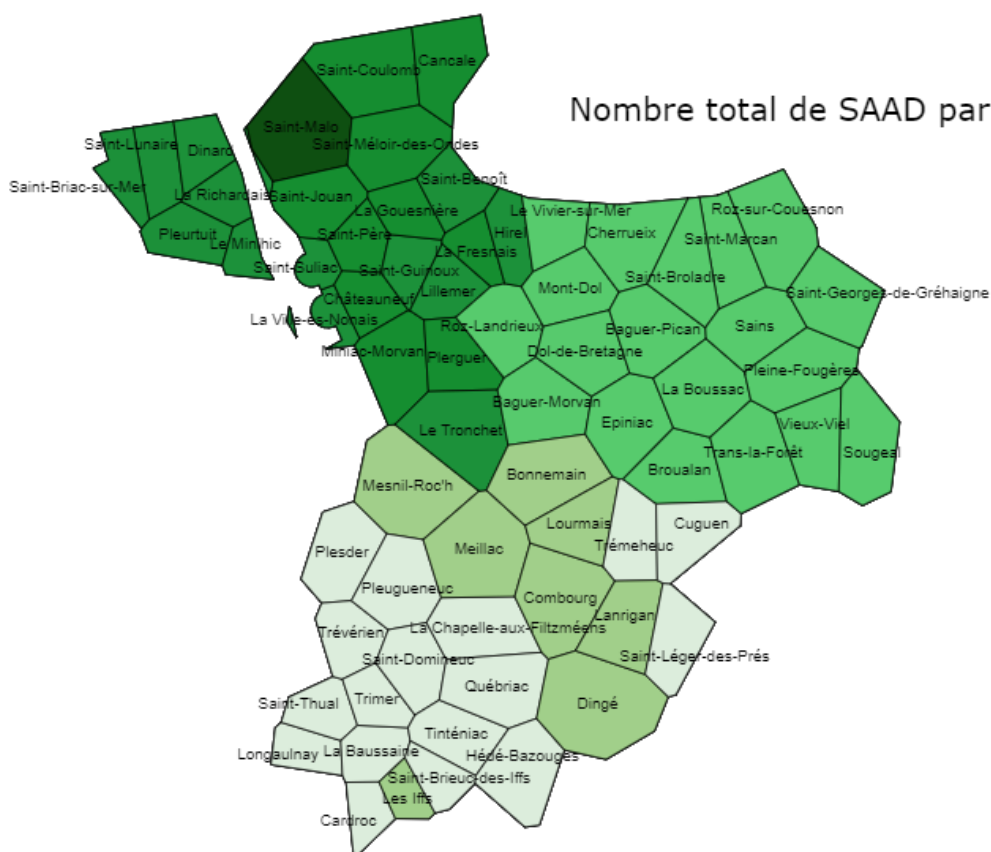
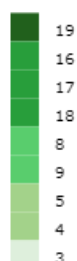


Nombre de SAAD privés



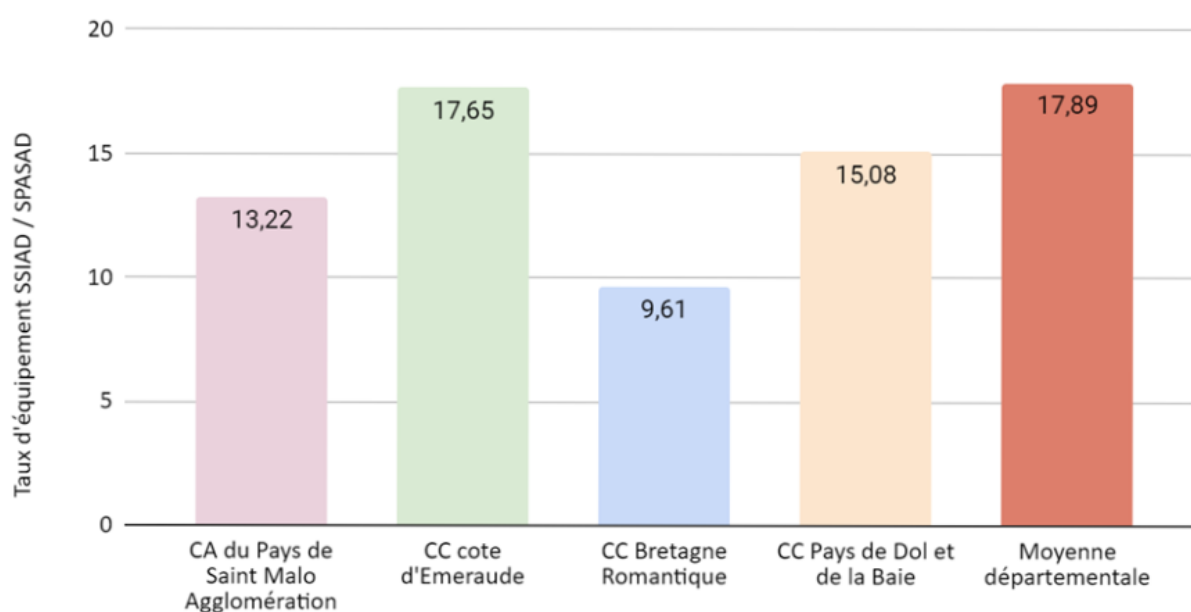
Nombre total de SAAD par commune

TOTAL_SAAD_

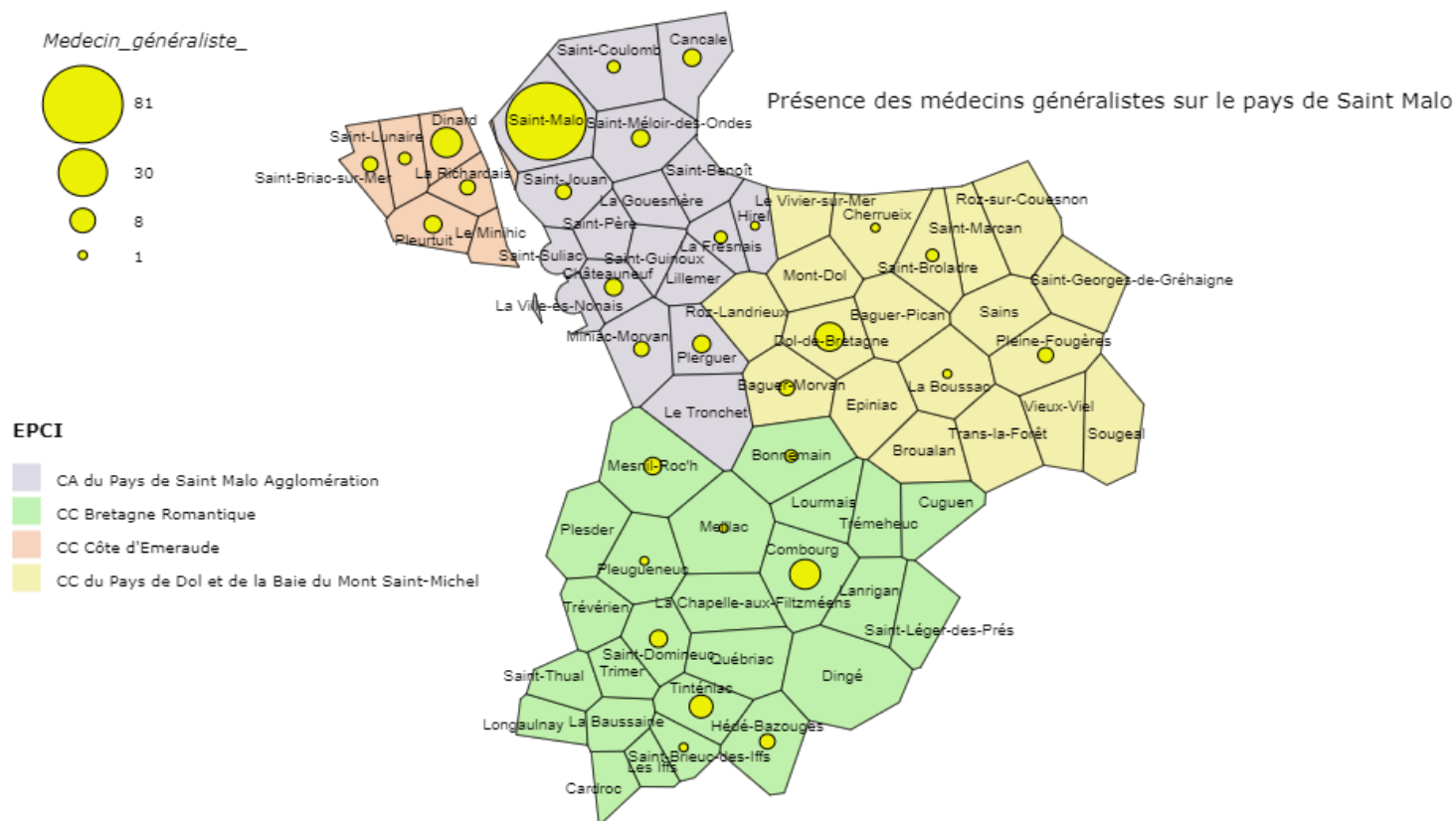


Annexe N°9 : Taux d'équipement Ssiad / Spasad dans le pays de Saint-Malo

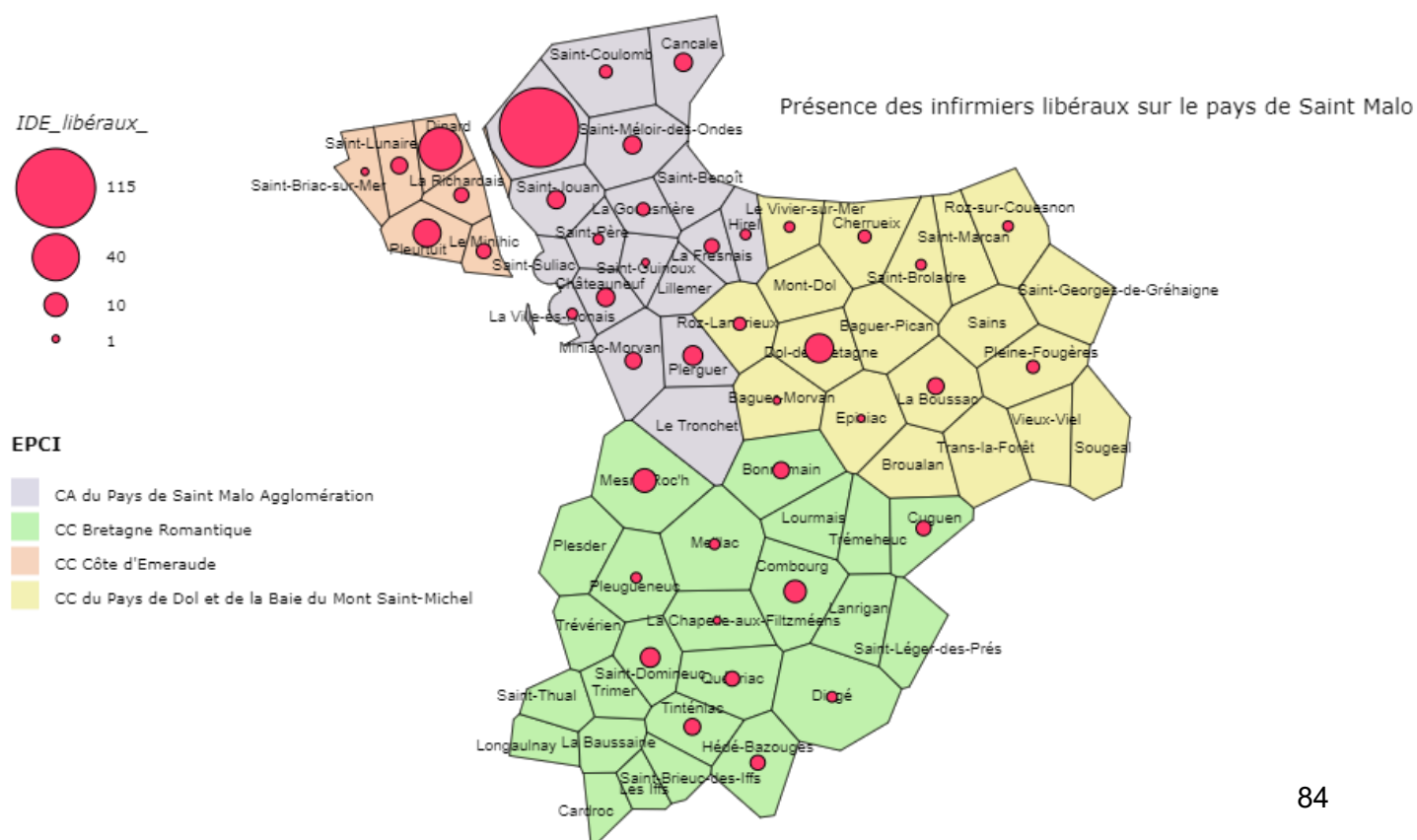
Taux d'équipement Ssiad / Spasad pour 1000 personnes âgées de plus de 75 ans par ECPI, selon le cabinet d'étude « SPQR », missionné pour l'élaboration du schéma départementale de l'autonomie par le Département de l'Ille et Vilaine



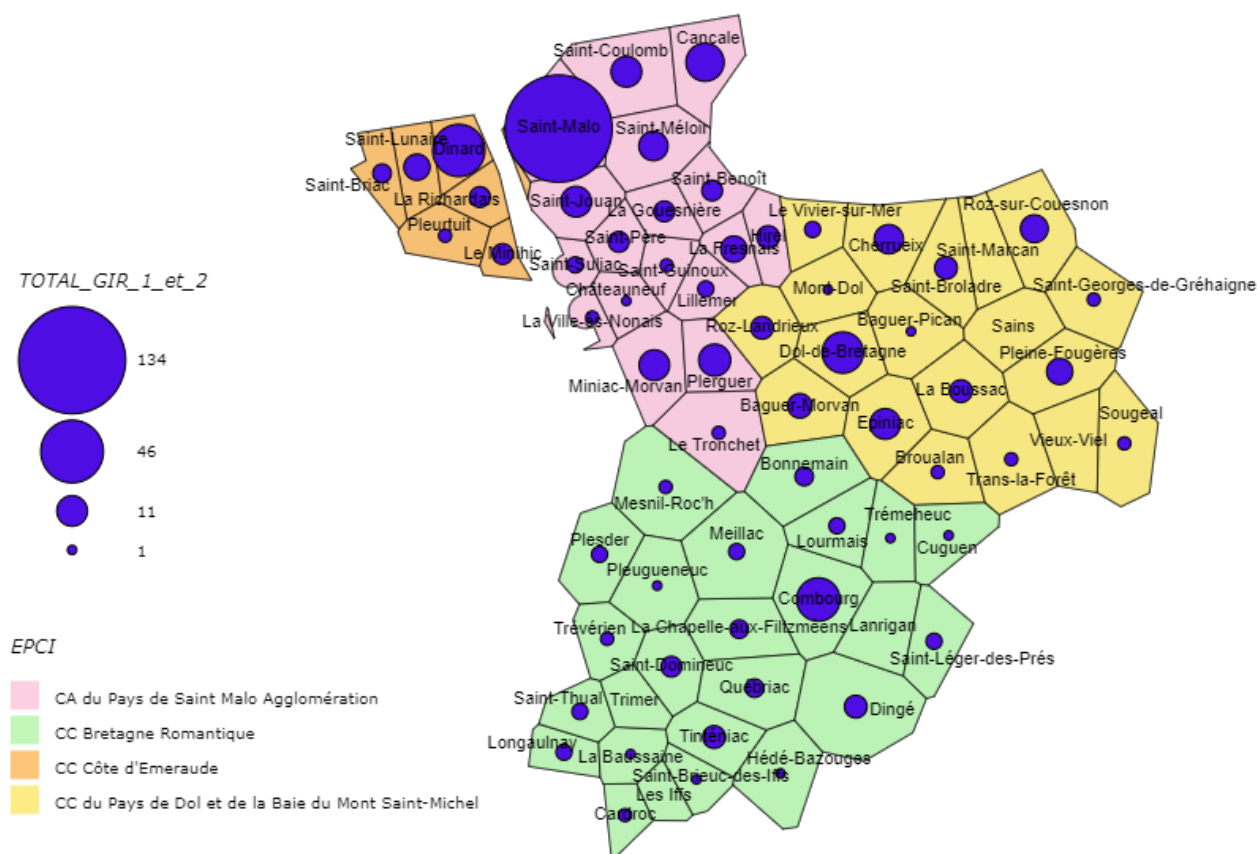
Annexe N°10 : Cartographie du nombre de médecins généralistes par commune selon Rézone médecin (assurance maladie)



Annexe N°11 : Cartographie du nombre d'IDE par commune selon Rézone médecin

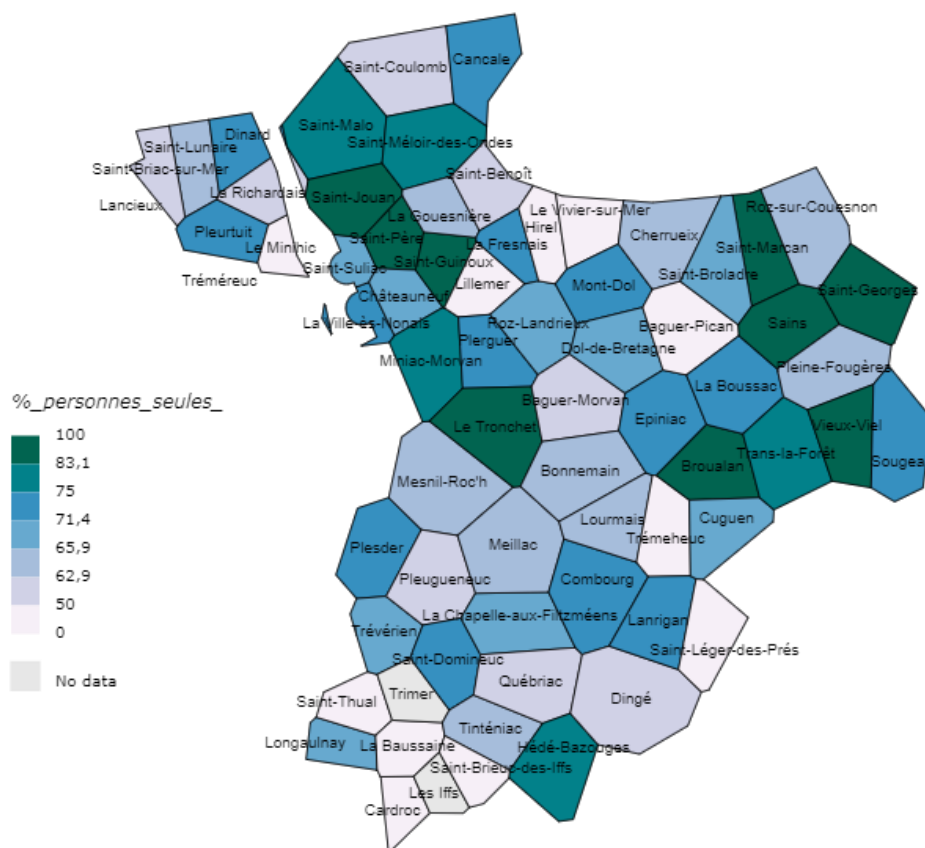


Annexe N°12 : Cartographie du nombre de demandes d'APA* en GIR 1 et 2 par commune, en 2022 selon l'observatoire de l'autonomie du Département de l'Ille et Vilaine.

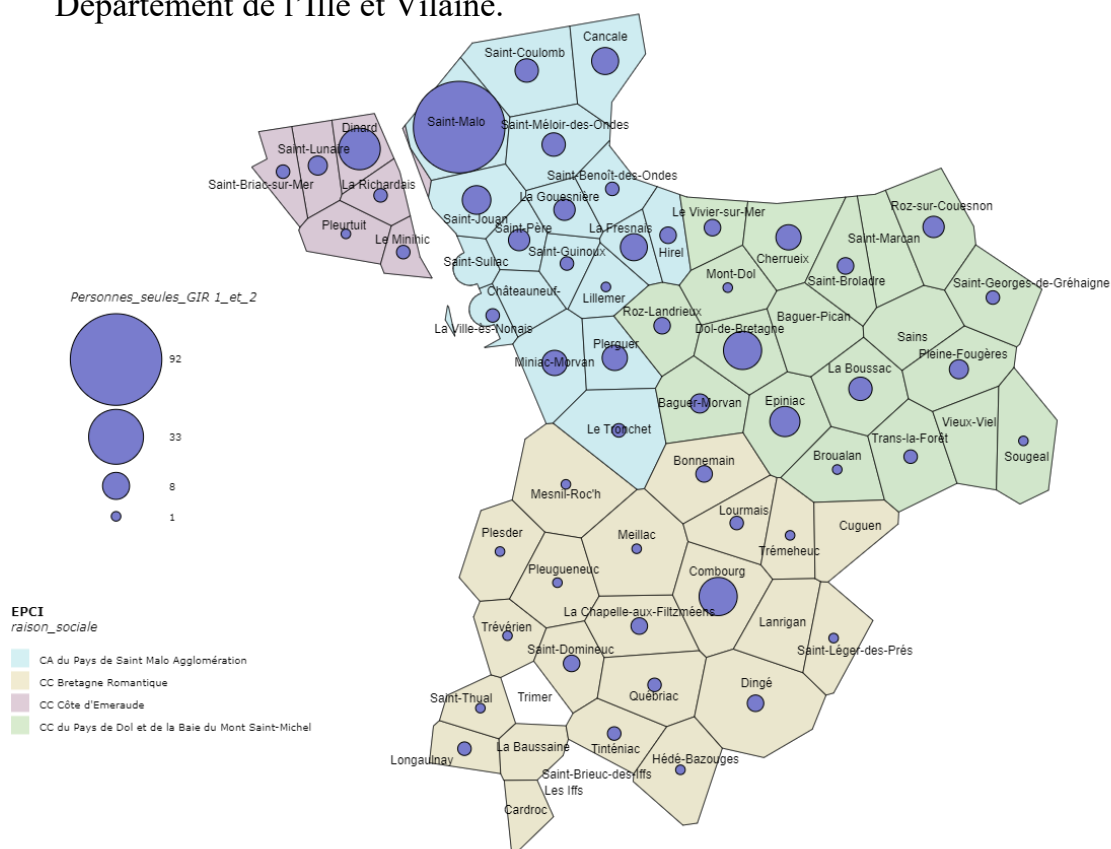


*Le nombre de demande d'APA regroupe les premières demandes, les révisions du plan d'aide ou les renouvellements des droits APA après trois ans. Autrement dit, toutes demandes qui ont générées une intervention des équipes autonomie auprès d'une personne âgée dans le cadre de l'allocation personnalisée d'autonomie. Cette information équivaut pour toutes les autres cartographies mentionnant « demandes d'APA ».

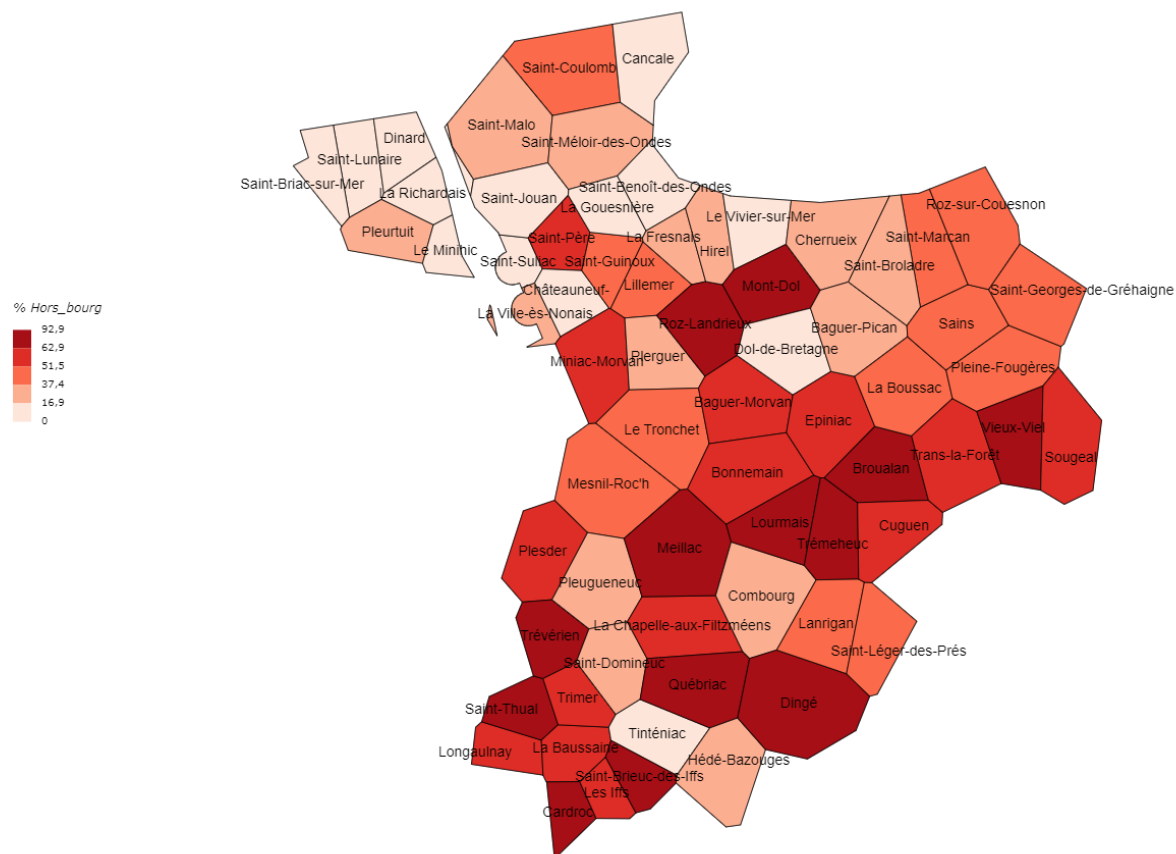
Annexe N° 13 : Cartographie du taux de personnes vivants seules ayant effectuées une demande d'APA*, en 2022, par commune selon l'observatoire de l'autonomie du Département de l'Ille et Vilaine.



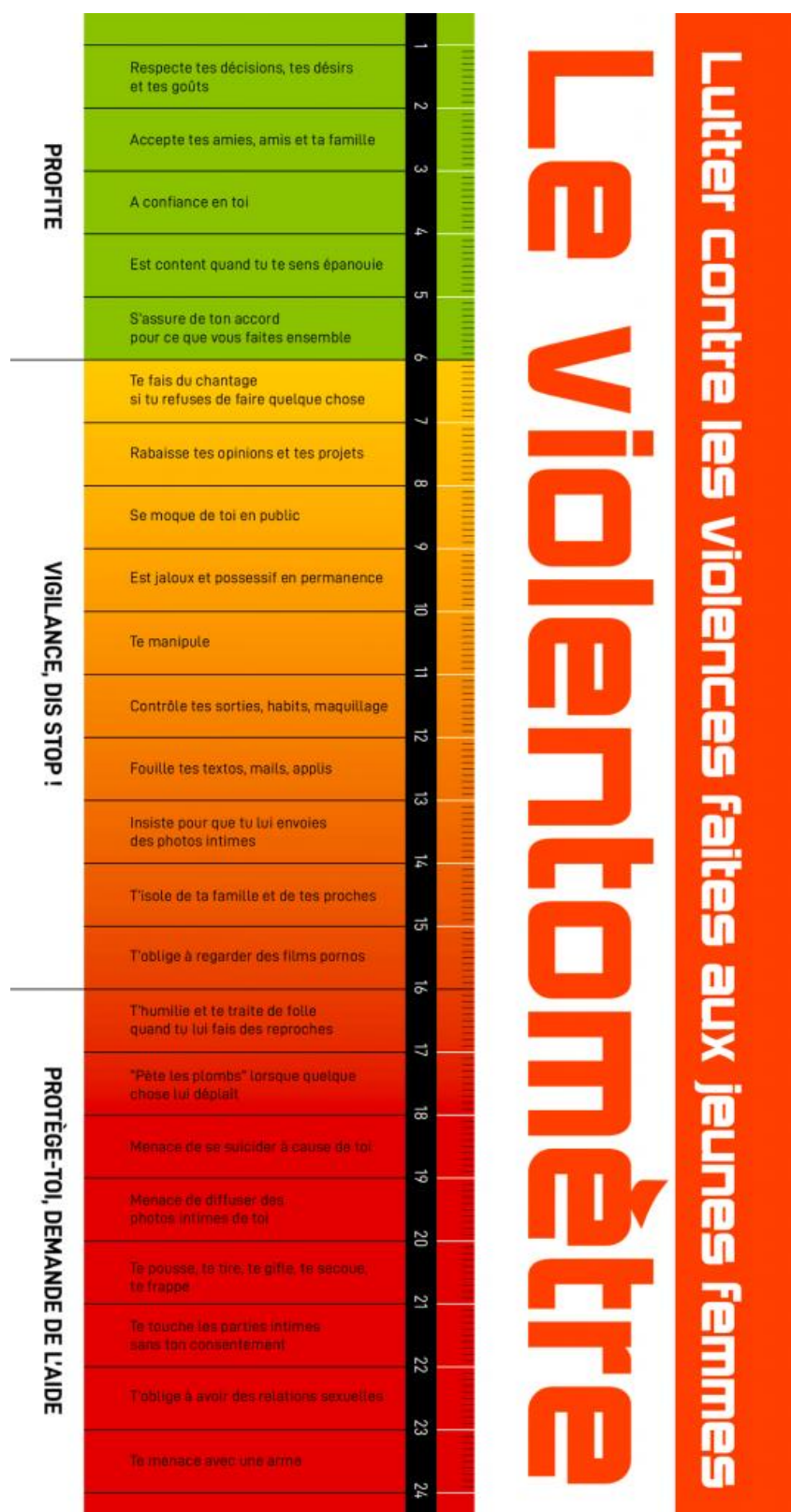
Annexe N°14 : Cartographie du nombre de demandes d'APA* de personnes vivant seules en GIR 1 et 2 par commune, en 2022 selon l'observatoire de l'autonomie du Département de l'Ille et Vilaine.



Annexe N°15 : Cartographie du nombre de personnes de 75 ans et plus vivants hors bourg en 2022 selon les données de l'observatoire de l'autonomie du Département de l'Ille et Vilaine.



Annexe N°16 : Violentomètre



Annexe N°17 : Croquis du baromètre de l'aidant



Annexe N°18 : Pyramide des besoins de Abraham Maslow

Pyramide des besoins selon Maslow



FERRERO	Jeanne	17 Juin 2024
Master 2 Santé publique : Pilotage des politiques et actions en santé publique Promotion 2023 / 2024		
<i>Repenser le soutien domiciliaire, un enjeu de santé publique face aux vieillissement de la population dans le pays de Saint-Malo</i>		
PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique		
<p>Résumé :</p> <p>Le vieillissement de la population constitue un défi majeur pour la société et notamment pour les politiques vieillesse en France. Au cours des dix prochaines années, la population française âgée de 75 à 84 ans va augmenter de près de 50%. Ce phénomène, résultant de l'augmentation de l'espérance de vie et de la baisse du taux de natalité, pose de nombreux défis pour l'ensemble de notre société : économiques, sociaux et sanitaires. Alors que les premiers signes d'un vieillissement de la population tendent à apparaître dans notre société, nous pouvons d'ores et déjà observer les limites de notre système. Pénuries de salariés dans les services d'aides à domicile, manque de places dans les établissements d'hébergement temporaire et de longue durée, isolement majeur des personnes âgées.</p> <p>Dans ce contexte, les politiques vieillesse doivent faire face à un défi de taille et notamment les Départements en tant que chefs de file de l'action sociale et garants du financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Ce mémoire évalue dans une première partie les difficultés rencontrées par les personnes âgées et les acteurs du secteur de l'aide à domicile au niveau territorial. Grâce à un diagnostic évaluatif et un travail de benchmark, la seconde partie de ce mémoire préconise un certain nombre d'actions opérationnelles et stratégiques innovantes à mettre en place sur le territoire sélectionné, à savoir, le pays de Saint-Malo.</p>		
Mots clés : Vieillissement de la population – Politiques publiques – Soutien à domicile – Séniors – Virage domiciliaire – Aide à domicile – Autonomie – Pays de Saint-Malo – Département		
<i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i>		