

ANNÉE 2022

MIEUX VIEILLIR EN MAINE -ET-LOIRE

18 propositions partagées par nos territoires pour
anticiper la transition démographique

PRÉSENTÉ PAR

l'Anjou
en action
solidaire écologiste citoyen



Contactez l'Anjou en Action :

L'Anjou en Action
Département de Maine-et-Loire
Services extérieurs
CS 94104
49941 ANGERS CEDEX 9

Mail : anjouenaction@maine-et-loire.fr

Tel 1 : 02 41 81 43 11

Tel 2 : 02 41 81 48 03

Site web : <https://lanjouenaction.fr>

Sommaire

Points de repères sur le vieillissement de la société6
 La transition démographique, un enjeu central de demain ..7
 La répartition des compétences relatives aux personnes âgées
 9
 Etat des lieux de la dépendance dans le Maine-et-Loire10

I. Mieux Vieillir en établissement15

II. Améliorer les services pour les personnes âgées vivant à domicile.....21

III. Comment un territoire rend-il service aux personnes âgées ?
.....26



Edito

Le vieillissement de la population est l'un des défis majeurs de notre société qui ne s'impose pas de la même manière d'un territoire à l'autre : si le bassin d'Angers est le territoire ayant la moyenne d'âge la plus jeune, c'est aussi le territoire où le nombre de seniors est et sera le plus important. A l'opposé, certains secteurs géographiques ruraux sont sujets à l'amplification du phénomène de désertification.



Un constat : partout, nos équipements ne seront pas suffisants pour accueillir et prendre en charge le choc démographique. Un autre constat : nous ne sommes nulle part prêts pour une société inclusive faisant du maintien à domicile le lieu de la prise en charge de nos aînés ayant perdu leur autonomie. Il nous faut donc changer de logiciel.

Comment moderniser nos structures d'accueil collectif (EHPAD, résidences autonomie, ...) ? Comment renforcer le soutien à domicile ? Comment mieux aménager nos communes et quartiers pour faciliter les déplacements du quotidien autant que construire les parcours résidentiels ? Voilà les trois questions que nous nous sommes posées.

Depuis plus de dix ans, l'Etat a fait évoluer son organisation sanitaire, cherchant progressivement à placer les EHPAD au cœur de la coordination gériatrique. Parallèlement, il nous semble indispensable, au moment de l'élaboration du futur schéma départemental de l'autonomie, et à la veille du renouvellement des SCOT, de construire une vision et des propositions pour favoriser l'inclusion de toutes et tous.

A cet effet, nous avons réuni une cinquantaine d'élus de sensibilités diverses, toutes strates de collectivités confondues, pour réfléchir ensemble et croiser nos regards. Trois groupes de travail ont ensuite approfondi nos premières conclusions. Différents échanges ont également eu lieu avec des professionnels.



Ce document est une synthèse de ces rencontres et les propositions que nous formulons se veulent autant une contribution départementale pour le futur schéma qu'une aide à la réflexion pour aborder le « mieux vieillir » dans nos communes.

Grégory BLANC,
Pour les élus de *l'Anjou en Action*



Florence Lucas
Angers 4



Jean-Luc Rotureau
Angers 4



Marie-France Renou
Angers 7



Gregory Blanc
Angers 7



Brigitte Guglielmi
Ponits-de-Cé



Vincent Guibert
Ponits-de-Cé



Jocelyne Martin
Doué-en-Anjou



Bruno Cheptou
Doué-en-Anjou

Méthodologie

Le séminaire sur les *politiques séniors au local*



Luc BROUSSY, spécialiste du vieillissement, a animé cette journée de formation et réflexion

Le 31 août 2022 s'est tenu un séminaire de réflexion et de formation sur les politiques séniors au local. Durant une journée, des élus, de différentes sensibilités à l'image du groupe l'Anjou en action, de différents territoires et de différentes strates (maires, conseillers municipaux, responsables d'intercommunalités, conseillers départementaux et régionaux, députés), se sont réunis pour **se former et réfléchir sur la transition démographique**.

Mise en place de groupes de travail et approfondissements

Ce collège élargi d'élus a approfondi cette dynamique en se réunissant en groupes de travail. Ces groupes ont été l'occasion d'affiner leurs propositions d'actions à porter collectivement.

- Comment mieux vieillir en établissement ?
- Comment mieux vieillir à domicile ?
- Comment un territoire rend-il des services aux personnes âgées ?



Sébastien PODEVYN, Professeur associé, a également apporté son point de vue à la formation

Consultation de professionnels de l'autonomie

Pour construire ce **rapport transversal sur les enjeux de la transition démographique à surmonter**, des professionnels de l'autonomie ont été consultés (directrices d'EHPAD, aides à domicile, aides-soignants en établissement, ...). Cette consultation a permis une meilleure prise en compte des difficultés rencontrées sur le terrain.



Une contribution réalisée à l'aide d'une diversité de territoires et de sensibilités rassemblés.

DATES-CLES

- 31 août 2022 : Séminaire de formation et de réflexion sur « les politiques séniors au local ». Animation par Luc BROUSSY et Sébastien PODEVYN.
- Septembre 2022 : Groupes de travail pour approfondir les premières conclusions.
- Octobre 2022 : Réunion de mise en commun et d'approfondissement des propositions.
- Novembre 2022 : Finalisation et présentation du Rapport.

Introduction

Points de repères sur le vieillissement de la société

La transition démographique, un enjeu central de demain

En 2021, Luc BROUSSY affirmait que « *En 2050, le seul grand remplacement, c'est celui des jeunes Européens par des vieux Européens*¹ ». Ce constat est une conséquence de la transition démographique qui va concerner l'ensemble de la planète.

Le XXI^e siècle va connaître trois grandes révolutions : la révolution écologique, la révolution numérique et la révolution démographique. Elles vont et modifient déjà en profondeur nos sociétés, d'autant plus que ces **trois révolutions sont interdépendantes**.

Cependant, la question démographique est trop largement ignorée du grand public. Les enjeux relatifs à cette transition doivent être saisis dès maintenant. Elle impactera tous les domaines : **habitat, mobilités, santé, retraites, urbanisation, numérique, accompagnement, ...** Il faut s'en saisir dès maintenant si nous voulons prévenir les problématiques que la transition démographique va engendrer. Prévenir plutôt que guérir.

La transition démographique se manifeste globalement à deux niveaux.

La chute de la population européenne

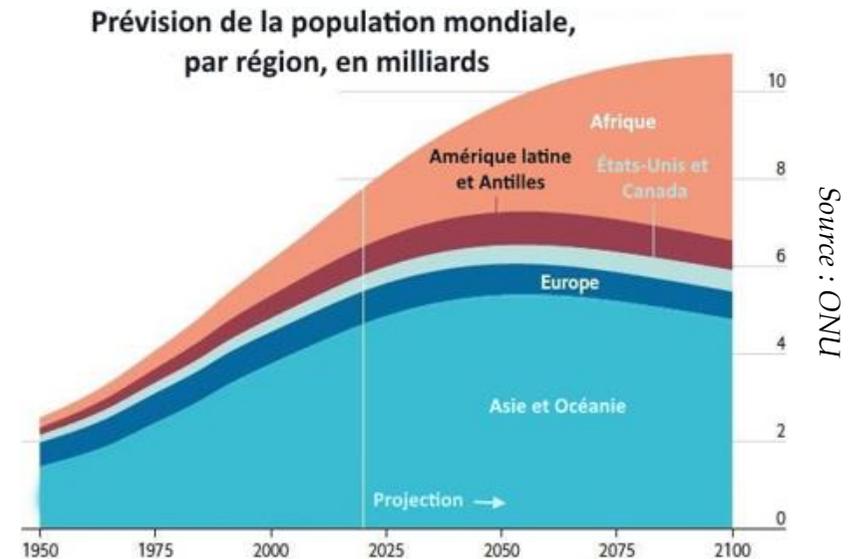
D'ici à 2050, la population de l'Union européenne va passer de 517 millions à **473 millions** d'habitants (hors migrations). Sa population

¹ « *Nous vieillirons ensemble* », Rapport interministériel sur l'adaptation des logements, des villes, des mobilités et des territoires à la transition démographique, dit « Rapport Broussy », (2021), p. 19

devrait alors baisser d'environ 8%. Le taux de fécondité moyen dans l'UE atteint actuellement 1,6 enfant par femme (un taux de 2 est nécessaire pour assurer une stabilisation, hors migrations).

Trois Etats vont être épargnés par cette chute de population : l'Irlande (+10,4%), le Royaume-Uni (+1,5%) et la France (+4,5%)². Pour les autres Etats européens, la chute de population va être conséquente. Par exemple, les Etats centraux et de l'Est vont perdre au total plus de **20 millions** habitants sur cette période.

Les autres continents vont connaître également une chute de leur population, excepté le continent africain. En moins de cent ans, ce continent va abriter **40% de la population mondiale**, contre 16% au début du siècle³.

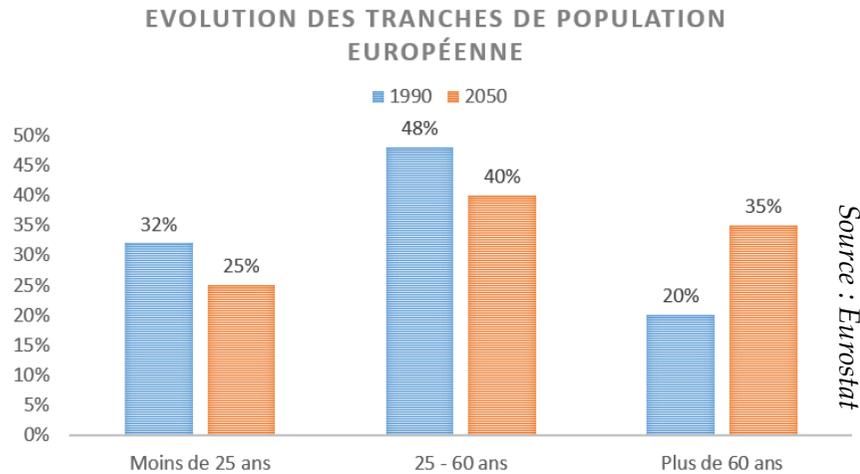


² *Ibid.*

³ *Ibid.*

Vieillesse : un choc brutal dès 2030

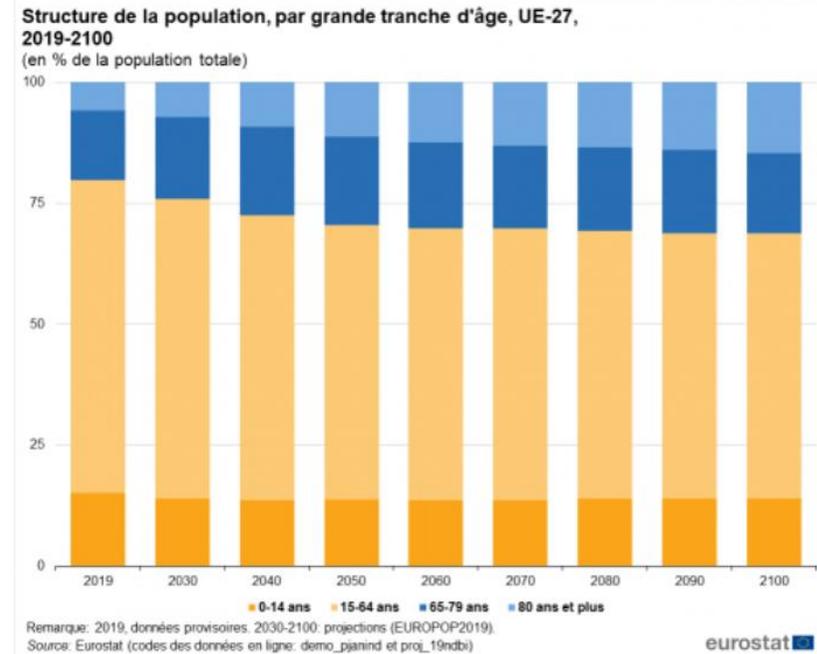
Parallèlement, l'Europe va connaître un vieillissement accéléré de sa population. En 1990, les 0-25 ans représentaient 32% de la population européenne alors que les +60 ans représentaient 20% de la population. En 2050, les 0-25 ans représenteront 25% et les +60 ans représenteront **35% de la population**. Il y aura donc moins de jeunes et plus de personnes âgées.



L'Europe va aussi connaître un accroissement massif de sa population **très âgée** (+80 ans). En 2050, elle représentera 0,5% de la population africaine, 3% de la population asiatique, 4% de la population mondiale mais **10% de la population européenne**⁴.

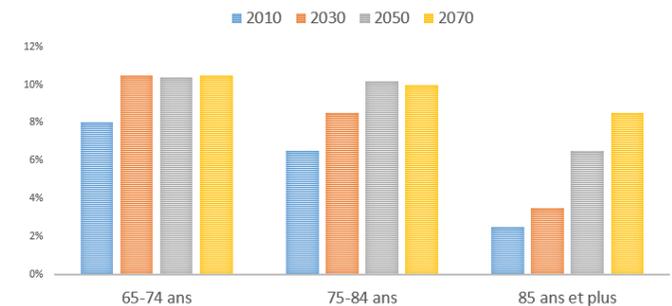
La France n'échappera pas au vieillissement effréné de sa population. **Dès 2030, le choc démographique sera là**. Cette transition ne se stabilisera ensuite qu'à partir de 2070.

⁴ Ibid.



Cette forte transition démographique va nécessairement entraîner des problématiques liées au vieillissement, dont la principale est la prise en charge de la dépendance dans nos sociétés. **C'est pourquoi il est urgent d'agir aujourd'hui pour ne pas avoir à réparer les conséquences de notre inaction demain.**

EVOLUTION DES PARTS DE POPULATIONS ÂGÉES (FRANCE)



La répartition des compétences relatives aux personnes âgées

BLOC COMMUNAL	DEPARTEMENT
<p>Création et gestion d'ESSMS (établissements et services sociaux ou médicosociaux) : EHPAD, résidences autonomie, Services d'aide et d'accompagnement à domicile.</p> <p>Logements locatifs sociaux</p> <p>Action générale de prévention et de développement social via un CCAS / CIAS</p> <p>Schéma de cohérence territoriale (SCOT) et plan local d'urbanisme (PLU)</p> <p>Aide sociale facultative</p> <p>Constitution des dossiers de demande d'aide sociale</p> <p>Mise en place d'un fichier de personnes âgées et handicapées utile aux interventions sanitaires et sociales</p> <p>Création et subvention d'équipements sanitaires</p> <p>Habitat alternatif</p>	<p>Définition de la politique d'action sociale et médicosociale</p> <p>Schémas départementaux de l'action sociale et médicosociale</p> <p>Coordination des actions sociales et médicosociales</p> <p>Autorisation de créations d'ESSMS.</p> <p>Tarifification de la dépendance</p> <p>Tarifification de l'hébergement en ESSMS</p> <p>APA et PCH</p> <p>Aide sociale à l'hébergement</p> <p>Copilotage d'un plan d'alerte et de d'urgence au profit des personnes âgées et en situation de handicap.</p> <p>Action sociale en faveur des personnes âgées</p> <p>Agrément des accueillants familiaux</p>
ETAT	CAISSES DE RETRAITE
<p>Autorisation de création d'ESSMS.</p> <p>Tarifification soin des ESSMS via l'ARS</p> <p>Copilotage d'un plan d'alerte et de d'urgence au profit des personnes âgées et en situation de handicap</p>	<p>Assurer l'information et le conseil des assurés</p> <p>Elaborer la politique d'assurance vieillesse du régime de retraite,</p> <p>Procéder au financement de l'assurance retraite et veuvage,</p> <p>Promouvoir une action sanitaire et sociale pour les assurés</p> <p>Assurer des actions de prévention</p>

L'éclatement des compétences complexifie l'efficacité de l'action publique. Si le Département et l'Etat sont compétents pour financer la dépendance, de nombreux acteurs locaux entrent aussi en jeu pour construire les parcours de prise en charge, à l'image du système tarifaire des EHPAD.

Le système tarifaire des EHPAD

Le budget de chaque EHPAD est validé par une double tutelle : le Département et l'ARS. Il est divisé en trois sections. Chaque section est financée par une entité différente :

18 Propositions pour le Bien Vieillir

BUDGET	SOIN	DEPENDANCE	HEBERGEMENT
PRISE EN CHARGE	Soins médicaux	Accompagnement à la perte d'autonomie	Hôtellerie
FINANCEMENT	Sécurité sociale, distribution ARS	Départements (APA)	Résidents, familles ou Départements (ASH).*
Moyenne nationale / résident / jour	38€	17€	66€ **

*Aide sociale à l'hébergement. Les conditions de l'ASH sont fixées par le règlement d'aide sociale du Département.

** Prix communément appelé prix de journée, correspondant au prix payé par les familles (2000€/mois en moyenne). L'augmentation du prix de journée est fixée chaque année par le Département.

Chaque section du budget des EHPAD est amenée à financer des prestations précises :

- **Section soin** : Charges des personnels du soin, prestations médicales (médecins, kinésithérapeutes, ...), fournitures médicales, analyses de laboratoire, matériels de soins, ...
- **Section dépendance** : Charges des personnels de la dépendance, achats de changes, de produits d'entretien, blanchisserie, ...
- **Section hébergement** : Charges des personnels de l'hébergement, blanchisserie, télécommunication, chauffage, électricité, alimentation, eau et assainissement, amortissements, intérêts des emprunts, maintenance et entretien, ...

La section dépendance étant faiblement financée par le Département, les établissements peinent à équilibrer leur budget, les obligeant à chercher un surplus dans les sections soin et hébergement. En effet, avec une moyenne nationale de 17€ / jour / résident pour financer la dépendance, seules **45 minutes** d'intervention sont prises en charge. Cette situation ne va pas s'améliorer sur le court terme avec l'inflation et, sur le moyen terme, avec le vieillissement de la population.

Etat des lieux de la dépendance dans le Maine-et-Loire

Le Département intervient à 4 niveaux :

- **Privilégier le maintien à domicile** : prévenir la perte d'autonomie, aider à l'adaptation du logement, coordonner les acteurs du domicile (services d'aide à domicile, CLIC...), versement de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie
- **Proposer une offre d'accueil en établissement ou famille** : prise en charge d'une partie des coûts des EHPAD et résidences autonomie, recrutement d'accueillants familiaux
- **Accompagner les personnes dans leur parcours**
- **Soutenir les aidants**

Selon le groupe, le Département de Maine-et-Loire assure le minimum réglementaire. Le Département doit être plus ambitieux pour son prochain Schéma autonomie. Il doit être plus ambitieux mais aussi veiller à mettre en place des critères d'évaluation pour connaître l'efficacité de sa politique autonomie.

Profil du Maine-et-Loire

- **Allocation Personnalisée Autonomie (APA)** : 13 600 personnes âgées sont bénéficiaires de cette allocation, dont 4 800 vivent à domicile (36%) et 8 800 en établissement (64%). La Maison Départementale de l'autonomie instruit environ 6 000 dossiers par an (1ère demande d'APA et révision).
- **Aide sociale à l'hébergement (ASH)** : Le Département verse l'ASH lorsque le résident d'un établissement d'accueil pour

personnes âgées et sa famille ne possèdent pas assez de ressources pour payer les frais d'hébergement. En Maine-et-Loire, il y a un peu plus de 2 000 bénéficiaires de l'ASH.

- **Lieux d'hébergement** :
 - 49 résidences autonomie pour 3 446 places.
 - 45 accueillants familiaux pour 18 places.
 - 6 unités de soin longue durée pour 285 places.

Total	Hospitaliers	Publics	Associatifs	
Nombre de sites 120	Nombre de sites 28	Nombre de sites 46	Nombre de sites 46	+13 EHPAD non habilités à recevoir les bénéficiaires de l'aide sociale
Nombre de places 9500	Nombre de places 2950	Nombre de places 3150	Nombre de places 3400	
Nombre moyen de places 80	Nombre moyen de places 100	Nombre moyen de places 70	Nombre moyen de places 75	
Moyenne des PJ 57€	Moyenne des PJ 60€	Moyenne des PJ 56,5€	Moyenne des PJ 56€	
Taux de personnes à l'aide sociale 20,5%	Taux de personnes à l'aide sociale 28,5%	Taux de personnes à l'aide sociale 16,5%	Taux de personnes à l'aide sociale 17,5%	
PJ = prix de journée				

- **Accueils de jour** : 470 places
- **Services à domicile** :
 - 69 services d'aide à domicile (pour personnes âgées et en situation de handicap).
 - 4 services polyvalents d'aide et de soin à domicile.
 - 42 structures de soins infirmiers à domicile.
 - 170 bénéficiaires de l'aide sociale à domicile (ménages ou repas).
 - 1,2 millions d'heures réalisées par an.

- **Prévention :**
 - **Aide technique :** environ 250 bénéficiaires
 - **Actions de prévention :** 215 actions soutenues, près de 15 000 bénéficiaires d'actions collectives
 - **Aide aux aidants :** 107 actions soutenues
 - Financement des CLIC et forfait autonomie aux établissements

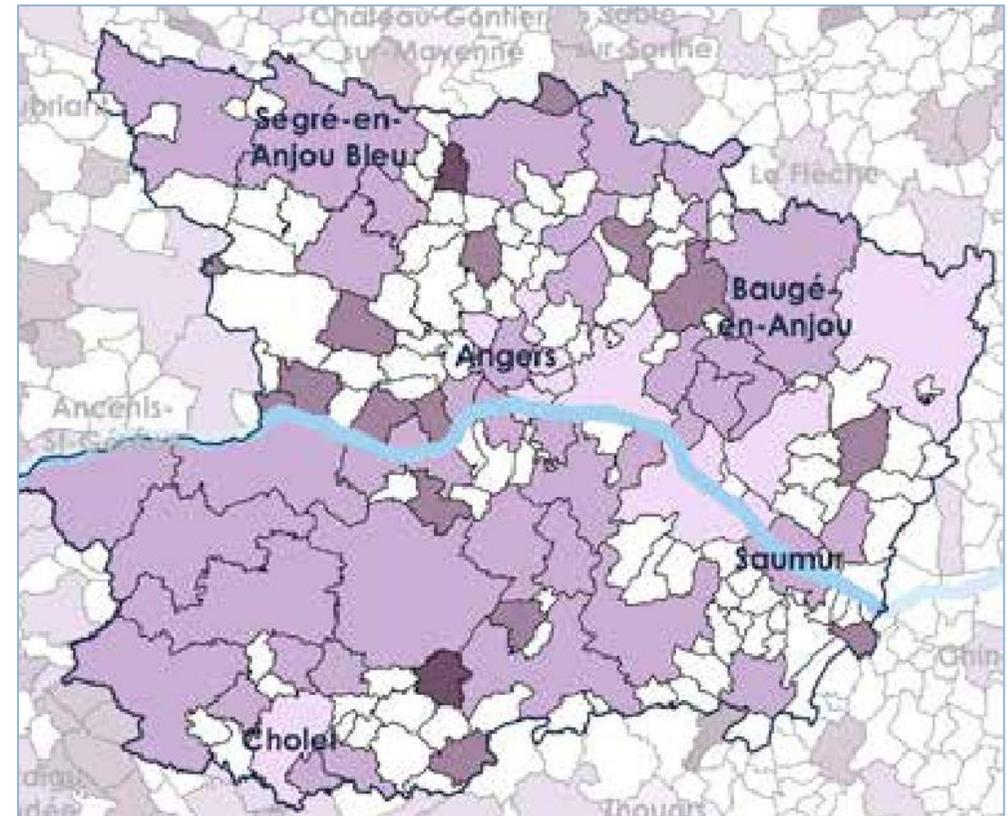


FOCUS : L'offre en EHPAD en Maine-et-Loire

Le Maine-et-Loire est bien équipé en EHPAD. En 2020, 113 EHPAD offraient 10 357 places, ce qui fait une moyenne de 1.3 places pour 10 personnes âgées de plus de 75 ans. Cette offre est supérieure à la moyenne nationale qui est d'environ 1 place pour 10.

Cependant, cette offre est inégalement répartie sur le territoire. Par exemple, le Saumurois présente une offre très limitée en EHPAD avec de nombreuses communes qui ne possèdent aucune place d'hébergement.

Par ailleurs, de nombreux EHPAD ne sont plus adaptés et doivent faire l'objet de travaux conséquents ou d'une restructuration lourde (une seule salle de bain par étage, ...). [Or, les coûts de rénovation et d'emprunts ne permettront pas de sortir les opérations, sauf à augmenter de près de 20€ \(voire davantage\) les prix de journée pour les résidents.](#)



Nombre de places en Ehpad pour
100 personnes de 75 ans et plus :



FOCUS : Les amendements de l'Anjou en Action

Au sein du Conseil départemental, ont été soutenus des amendements dans le domaine de l'autonomie. Le travail avance en Commission, mais ces avancées ne sont pas actées en séance publique.

- **Le travail social à domicile** : le groupe a soutenu la revalorisation des salaires du travail social à domicile et obtenu la création d'un groupe de travail pour repenser l'organisation du travail social.
- **Habitat inclusif** : le groupe a proposé au Département de mieux cofinancer les projets d'habitat inclusif. Avec un financement à hauteur de 20 000€ maximum par projet, l'effet levier est presque nul.
- **Revalorisation du point GIR** : le groupe a proposé que le Département revalorise le point GIR afin de mieux financer la dépendance. Une réflexion est actuellement en cours avec les élus de la majorité.
- **Financer les investissements dans les EHPAD** : le groupe a proposé de relancer les aides à l'équipement des EHPAD, ou au moins financer les équipements qui ont un lien direct avec la dépendance (ascenseurs, rampes d'accès, lèves-personnes, ...).
- **Dépenses imprévues** : Le groupe a déposé un amendement au budget primitif 2022 afin d'augmenter de 2M€ l'enveloppe pour dépenses imprévues, notamment pour que les services autonomie puissent faire face à l'inflation et à la hausse des coûts de l'énergie.



Une résidence autonomie à Angers

SYNTHESE DES PROPOSITIONS

I. Mieux vieillir en établissement

Proposition 1 : Effectuer un diagnostic en lien avec les Territoires. Lancer un appel à projets pour développer de nouvelles structures (résidence autonomie, habitat inclusif) là où les carences sont les plus fortes. Prioriser les centres-bourg et les cœurs de quartier.

Proposition 2 : Inciter les communes à signer un contrat de relance et de transition écologique visant à rénover leurs résidences autonomies publiques ou associatives. En cas de contractualisation avec l'Etat, instaurer une subvention départementale supplémentaire (10 000€/place).



Proposition 3 : Veiller à la participation systématique du résident à son projet de vie personnalisé en établissement. En cas d'impossibilité, faire participer son conseil de famille.

Proposition 4 : Lors de la délivrance d'une autorisation d'exploiter à un EHPAD, les Conseils d'administration et les Tutelles (Département, ARS) doivent veiller à ce que l'établissement propose des moyens concrets pour une rencontre familles / résidents dans de bonnes conditions, proches d'une rencontre familiale à domicile.

Proposition 5 : Effectuer un diagnostic des besoins en accueil temporaire. Développer des unités spécialisées dans l'accueil temporaire. Elles doivent soulager les aidants et sont mieux adaptées que les unités non spécialisées.

Proposition 6 : Lancer une campagne de sensibilisation et de formation pour recentrer les EHPAD sur la dépendance. Inciter au recrutement d'assistants-autonomie plutôt que d'aides-soignants.

Proposition 7 : Augmenter le point GIR au-delà de l'inflation pour améliorer l'accompagnement au sein des établissements. Moduler à la hausse lorsque la personne est atteinte d'une pathologie qui nécessite un accompagnement et une surveillance accrue (ex : Alzheimer).

Proposition 8 : Ouvrir une enveloppe d'investissement de 5M€ par an à destination des EHPAD pour financer leur restructuration. A défaut, débloquer *a minima* cette même enveloppe en tant que prêt à taux 0 afin d'éviter aux établissements des prêts coûteux.

II. Améliorer les services pour les personnes âgées vivant à domicile

Proposition 9 : Lancer un appel à projets innovants, copiloté par le Département et les Territoires candidats, de mutualisation des services « autonomie » sur un espace donné (urbain, périurbain ou rural) afin de favoriser le maintien à domicile des personnes dépendantes.

Proposition 10 : Dans le cadre du développement des CPOM, contractualiser l'évaluation fréquente des organismes de l'aide à domicile.

Proposition 11 : Ouvrir une enveloppe d'investissement, au sein du Département, des Communes et EPCI, pour cofinancer des projets d'habitat inclusif à hauteur de 10 000€ par place créée. Adapter les opérations « Petites Villes de Demain » pour répondre à cet objectif.

Proposition 12 : Financer des monte-escaliers pour tous les logements sociaux collectifs qui ne disposent pas déjà d'un ascenseur, à travers les OP HLM et SA HLM.

III. Les services des territoires aux personnes âgées

Proposition 13 : Mettre en place un schéma départemental de la transition démographique, piloté par le Département, et révisé au bout de 3 ans pour une meilleure actualisation et réactivité des services orbitant autour des personnes âgées.

Proposition 14 : Lancer une campagne d'information et de sensibilisation au label « Ville amie des aînés » à destination des Territoires.

Intégrer le suivi de ce label au schéma départemental de la transition démographique.



Comment les territoires rendent-ils des services aux personnes âgées?

Proposition 15 : Expérimenter l'autocollant Conduire ⊕ sur la base du volontariat.

Proposition 16 : Inclure, dans les subventions aux communes, un volet perte d'autonomie afin de financer le mobilier urbain favorisant le déplacement des personnes âgées et/ou dépendantes en ville (rampes d'accès, bancs sur les axes principaux, toilettes publiques...).

Proposition 17 : Réviser le PDHH en spécifiant le caractère prioritaire des personnes âgées dépendantes ou isolées.

Proposition 18 : Intégrer un volet autonomie dans les SCOT et les PLUi. Solliciter l'avis du Département en lien avec le diagnostic territorial (cf. proposition 1).

Partie I

Mieux Vieillir en établissement

I. Mieux Vieillir en établissement

L'EHPAD et la résidence autonomie

Les territoires doivent se préparer à la transition démographique. S'y préparer passe nécessairement par une amélioration des établissements d'hébergement pour personnes âgées qui connaissent de nombreuses difficultés. Ils doivent rester un lieu de vie avec, avant tout, des compétences d'accompagnement et non de santé. Il faut aller vers un EHPAD adapté au territoire, en proximité, avec des solutions alternatives. Car sans solutions alternatives, qui sont souvent un préalable à l'EHPAD, les EHPAD ne pourront pas faire face au futur.

Les solutions alternatives sont destinées aux personnes plus autonomes, ce qui n'empêche pas de créer du lien avec les futurs **EHPAD-plateforme**. Les Territoires peuvent faire levier pour permettre le développement de solutions alternatives à l'EHPAD, notamment pour décongestionner leurs files d'attente. Accompagner l'offre en résidences autonomie et le développement de multi-sites paraît aujourd'hui indispensable, au regard de l'accroissement du nombre de personnes âgées, pour outiller les Territoires. C'est aussi une alternative à la fermeture d'EHPAD.

Proposition 1 : Effectuer un diagnostic en lien avec les Territoires. Lancer un appel à projets pour développer de nouvelles structures (résidence autonomie, habitat inclusif) là où les carences sont les plus fortes. Prioriser les centres-bourg et les cœurs de quartier.

Les résidences autonomie, construites entre les années 60' et 80', constituent aujourd'hui encore le cœur de l'offre. Propriétés en très large majorité de bailleurs sociaux, elles ont toujours été reléguées au



L'EHPAD – plateforme de ressources

Le Gouvernement travaille sur l'EHPAD du futur. Quelques lignes directrices ont été publiées, dont l'idée est de se diriger vers un « **EHPAD - plateforme de ressources**. » L'EHPAD devra être un lieu ouvert et intégré à son environnement. Implanté de préférence en centre-bourg, il pourrait être le siège d'un « tiers-lieux », offrir des services – coiffeur, épicerie – aux habitants du village, mettre des locaux à disposition d'associations, être jumelé avec des écoles ou collèges. L'idée est de faire de l'EHPAD une « plateforme de services et de ressources » pour les populations alentour : services d'aide et de soins à domicile, soutien aux aidants, accès à des professionnels paramédicaux, accès aux soins par télémédecine, ateliers collectifs pour prévenir la perte d'autonomie et lutter contre l'isolement, restauration, blanchisserie, mobilité, etc.

second rang. Ces « logements-foyers » n'ont que trop peu connu de modernisation et sont devenus inadaptés à un logement qualitatif des personnes âgées. Il devient urgent de lancer, en lien avec l'Etat, une politique de modernisation des résidences autonomie.

En effet, aujourd'hui, la restructuration d'une résidence autonomie n'est pas viable sans une **subvention publique d'au moins 30% du coût d'investissement**. Restructurer les résidences autonomie permettra de redorer leur blason et incitera les personnes âgées et leur famille à (re)considérer ce type d'hébergement. Cependant, sans participation des Territoires, le Département ne peut pas financer à lui seul ces 30%.

Proposition 2 : Inciter les communes à signer un contrat de relance et de transition écologique visant à rénover leurs résidences autonomies publiques ou associatives. En cas de contractualisation avec l'Etat, instaurer une subvention départementale supplémentaire (10 000€/place).



Les CRTE

Pour accélérer la relance et accompagner les transitions écologique, démographique, numérique, économique dans les territoires, le Gouvernement a proposé aux collectivités territoriales un nouveau type de contrat : le **contrat de relance et de transition écologique**. Le CRTE, signé pour six ans, illustre la généralisation d'un nouveau mode de collaboration entre l'Etat et les collectivités territoriales. Il intègre les dispositifs d'accompagnement de l'État à destination des collectivités territoriales, dont notamment des moyens financiers et d'ingénierie renforcés.

Le résident en EHPAD

L'adaptation des EHPAD à la transition démographique passera aussi par une meilleure prise en compte des résidents. Au regard de la crise médiatique des EHPAD, il n'est plus possible d'ignorer les **besoins des résidents**. De plus, le premier financeur de l'établissement d'hébergement de personnes âgées est le résident. Il est alors important de prendre en compte leur parole et leurs envies, même s'il est plus difficile de demander l'avis des **résidents dépendants**. Le résident doit continuer à être un **acteur de sa vie**. Il doit pouvoir décider pour lui-même. Le résident peut décider de son projet de vie lors de la réalisation du projet de vie personnalisé. Malheureusement, son avis est trop peu sollicité.

Proposition 3 : Veiller à la participation systématique du résident à son projet de vie personnalisé en établissement. En cas d'impossibilité, faire participer son conseil de famille.



Le projet de vie personnalisé

« Depuis le 2 janvier 2002, les agences régionales de santé et les conseils généraux imposent aux équipes soignantes d'EHPAD de rédiger « un projet de vie institutionnel répondant aux besoins des résidents afin de leur assurer un bien-être optimal et de maintenir leur autonomie ». Dans le cadre de ce projet de vie institutionnel s'inscrit le projet de vie personnalisé, un projet individualisé qui illustre l'intention d'humaniser la démarche d'accueil en EHPAD. C'est un contrat passé entre le résident et les professionnels de l'institution. Symbole de compromis, chaque professionnel participant à l'élaboration du projet de vie de la personne s'engage à le respecter, et par là même à respecter la définition que le résident donne de lui-même. »

Gibowski, C., Balard, P. & Le Duff, F. (2013). Le projet de vie individuel : une voie psychothérapeutique possible dans l'élaboration de l'effraction que peut constituer l'entrée en maison de retraite. Cliniques, 5, 198-209.

Une des premières craintes des futurs résidents porte sur la **perte de relations sociales** de proximité et habituelles, sachant que ce périmètre relationnel et social tend à se restreindre, y compris à domicile. Les EHPAD doivent être attentifs à la place laissée à la famille du résident dans leur établissement. L'EHPAD du futur devra développer des moyens techniques pour permettre une rencontre plus souple des résidents et de leur famille. Par exemple, la prise de repas avec la famille et des rencontres hors les heures traditionnelles d'ouverture sont souhaitables.

Proposition 4 : Lors de la délivrance d'une autorisation d'exploiter à un EHPAD, les Conseils d'administration et les Tutelles (Département, ARS) doivent veiller à ce que l'établissement propose des moyens concrets pour une rencontre familles / résidents dans de bonnes conditions, proches d'une rencontre familiale à domicile.

L'entrée des résidents se fait de plus en plus en raison de **troubles neurologiques**. L'entrée en EHPAD se fait trop par le médical. L'accueil temporaire est une bonne solution avant de passer au permanent. Cette transition est moins violente pour les résidents et cela permet de faire le deuil du logement, souvent familial du résident.



L'ACCUEIL TEMPORAIRE

L'accueil temporaire permet à une personne en situation de handicap ou âgée et en perte d'autonomie de bénéficier d'un service ou d'un établissement sur une ou plusieurs semaines, ponctuellement ou régulièrement dans l'année. Cet accueil est limité dans le temps : allant de plusieurs jours minimums à un maximum de 90 jours par an de façon continue ou discontinue.

Cela peut ainsi être une possibilité de prolonger la vie au domicile car cet accueil vise à maintenir l'autonomie de la personne accueillie et préserver son intégration sociale. **Il permet également de préserver l'aidant d'un trop grand état de fatigue, en lui permettant un relais pour se reposer.**

Proposition 5 : Effectuer un diagnostic des besoins en accueil temporaire. Développer des unités spécialisées dans l'accueil temporaire. Elles doivent soulager les aidants et sont mieux adaptées que les unités non spécialisées.

Être « chez soi » en EHPAD

L'EHPAD est proportionnellement trop sanitaire, trop médicalisé faute d'une prise en charge « Dépendance » suffisante et d'un accueil « Hébergement » clairement identifié. L'entrée en EHPAD se fait très souvent par le médical. La santé est un axe prépondérant alors que le besoin est aussi sur **l'accompagnement**. Dans le même temps, des comportements spécifiques sont à prendre en compte : maladie neurologique, obésité...

Comment mieux intégrer les besoins en professionnels de santé à l'intérieur de l'EHPAD ? Faut-il tout internaliser ou repenser l'articulation avec les soignants de ville ?

Des solutions pourraient être envisagées, comme le développement de la domotique, de la télémédecine et de l'expertise en EHPAD afin d'éviter l'hospitalisation.

Les personnels

La surmédicalisation des EHPAD se retrouve au niveau du personnel. Les aides-soignants n'ont pas vocation à suppléer les carences en personnels sur le volet « Dépendance ». Il faudrait développer des

accompagnants, l'équivalent de l'aide-soignant mais dans le domaine de la dépendance. Les résidents réclament eux aussi un meilleur temps d'accompagnement

Ce constat se pose alors que le principal problème rencontré par les établissements est le **manque de personnel**, ce qui entraîne des fermetures de lits et des entrées de GIR plus élevés.

Proposition 6 : Lancer une campagne de sensibilisation et de formation pour recentrer les EHPAD sur la dépendance. Inciter au recrutement d'assistants-autonomie plutôt que d'aides-soignants.

Le financement de la dépendance

7,6 %

C'est la part de la population âgée de 60 ans et plus bénéficiaires de l'APA au 31 décembre 2019, soit 1,3 million de personnes sur une population de 60 ans et plus estimée à 17,5 millions.
Sources : DREES, enquête Aide sociale des départements ; INSEE, estimations de population.

• **Les dépenses de fonctionnement**

Les finances publiques vont s'accroître en même que le nombre de personnes âgées va augmenter. Le Département finance le budget dépendance des EHPAD (via l'APA) mais aussi une partie du budget hébergement (via l'ASH) lorsque le résident ou sa famille ne possèdent pas les moyens de financer les frais d'hébergement. Ces frais sont très élevés, le tarif médian des EHPAD s'élevant à 1 800€ dans le Maine-et-Loire.

De plus, la **dépendance est faiblement financée**. Les financements départementaux de la dépendance ne permettent de couvrir que moins

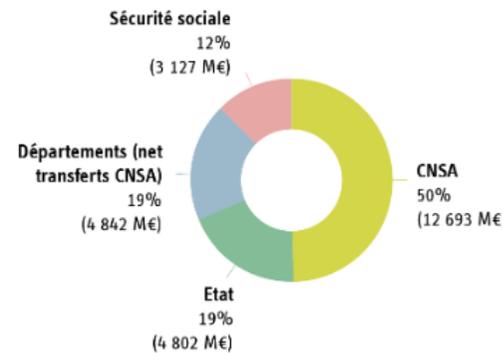
de **45 minutes** de prestation liée à la dépendance par jour (habiller une personne âgée, la laver, la lever, ...). Avec l'inflation, ce temps est amené à se réduire. C'est pourquoi le Département doit tendre à un effort plus important quant au financement de la dépendance, notamment pour agir en faveur du bien-être des personnes âgées.

Proposition 7 : Augmenter le point GIR au-delà de l'inflation pour améliorer l'accompagnement au sein des établissements. Moduler à la hausse lorsque la personne est atteinte d'une pathologie qui nécessite un accompagnement et une surveillance accrue (ex : Alzheimer).

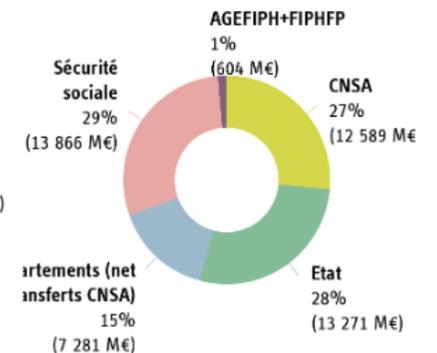
73,1 Md€

C'est le montant total de la contribution des finances publiques à la compensation de la perte d'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées en 2019.

Personnes âgées : 25,5 Md€



Personnes handicapées : 47,6 Md€



Source de l'ensemble des données de cette page : PLFSS 2021.

- **Les dépenses d'investissement**

Concernant l'investissement, les EHPAD connaissent actuellement un important **besoin de restructuration**. Au regard de l'importance des travaux, les plans financiers ne sortent pas. Et quand ils sortent, les projets immobiliers vont se répercuter sur le prix de journée. Dans certains cas, ce dernier devrait augmenter de près de 20€, devant faire passer le prix de certains EHPAD à plus de 75€ par jour et par personne, voire à plus de 80€.

Le Département doit, dès à présent, **investir dans l'autonomie** et débloquer une enveloppe d'investissement pour amortir le prix de l'immobilier et faciliter la prise en charge de la grande dépendance. Le résident ne doit pas assumer à lui seul les hausses du prix de journée alors que c'est du ressort de la collectivité.

Concernant la méthode de répartition de cette enveloppe, le Département pourrait fixer un prix de journée maximum par personne, acceptable par les résidents et leur famille. En cas de rénovation immobilière, la subvention d'investissement viendrait limiter les hausses du prix de journée à ce prix acceptable (70€/journée/personne en monnaie constante).

Proposition 8 : Ouvrir une enveloppe d'investissement de 5M€ par an à destination des EHPAD pour financer leur restructuration.

A défaut, débloquer *a minima* cette même enveloppe en tant que prêt à taux 0 afin d'éviter aux établissements des prêts coûteux.

Prenons un exemple pour illustrer cette subvention. L'EHPAD de Montreuil-Bellay a un projet de restructuration coûtant 10M€. Avec un autofinancement de 2M€, il doit emprunter 8M€. Avec les taux de prêt actuels, cela coûterait environ **12M€ sur 30 ans**. Ce coût divisé par 30 ans et par 85 places revient à une augmentation du prix annuel de 4 706€, soit une hausse du prix de journée de 13€. Le prix de journée passerait de **63€ à 76€**. Si on fixe un prix de journée acceptable à 70€, le Département devrait prendre en charge une **hausse du prix de journée de 6€**. Ramené aux 30 ans et aux 85 places, cela correspond à **une subvention de 5,6M€** rien que pour cet EHPAD. Le Département ne peut pas verser une telle subvention pour un seul EHPAD. Mais il est impératif qu'il s'engage avec les Territoires afin de limiter les prix de journée. Par ailleurs et autant que possible, les projets de restructuration des EHPAD doivent solliciter le Plan d'investissement du Gouvernement qui a débloqué plus d'un milliard d'euros pour de tels projets.

Tableau récapitulatif – Exemple de l'EHPAD de Montreuil-Bellay

EHPAD de Montreuil-Bellay	85 places
Coût de la rénovation	10 000 000 €
Autofinancement	2 000 000 €
Besoin	8 000 000 €
Coût de l'emprunt sur 30 ans	12 000 000 €
Coût de l'emprunt par place	141 176 €
Coût de l'emprunt par place par an	4 706 €
Coût de l'emprunt par place par jour	13 €
Prix de journée actuel	63 € (en moyenne)
Prix de journée après emprunt	76 €
Prix de journée acceptable	70 €
Différence	6 €
Le Département prendrait en charge 6€ / jour / place	
Subvention départementale par an par place	2 190 €
Subvention départementale par an pour 85 places	186 150 €
Subvention départementale pour 30 ans pour 85 places	5 585 500 €

Partie II

Améliorer les services pour les personnes âgées vivant à domicile

II. Améliorer les services pour les personnes âgées vivant à domicile

**3,9
millions**

C'est le nombre estimé de personnes adultes qui apportent une aide régulière à un proche âgé à domicile.
Source : DREES, enquête Care aidants, 2015.

Les associations d'aide à domicile rencontrent des difficultés

Manque de personnels (agents et personnels d'encadrement) au sein des structures, manque de professionnalisation, ... les difficultés rencontrées par les acteurs de l'aide à domicile ne cessent de s'accumuler. Il y a un vrai problème **d'attractivité et de reconnaissance du métier**. Les personnes se dirigent donc vers d'autres métiers, et ce pour des raisons multiples : meilleurs horaires, moins de travail le weekend, ... Parallèlement, avec le domaine médical, on retrouve le même problème : manque de médecin, plus de travail partiel, le souhait de ne pas travailler le weekend, ... Cette situation est aggravée par les changements des rapports au travail opérés par l'ère post-Covid.

Il devient urgent de développer une vraie **politique de valorisation du métier**. Elle passe par une attractivité de la rémunération mais aussi des horaires plus conventionnels, valoriser les tâches effectuées, valoriser les personnels en participant à la coordination ou au suivi des personnes âgées... En somme, permettre de travailler au **plus proche des personnes**.

Pour rendre un meilleur service aux usagers, il est possible, comme le montre l'expérimentation Vyv@doS, de mutualiser les acteurs du vieillissement. L'idée a été de créer un panier de services à la carte auprès des personnes âgées en réunissant différents partenaires comme VYV 3, EHPAD privé et public, CHU, SAAD. L'articulation entre l'EHPAD et le SAAD permet d'éviter l'éloignement des EHPAD du centre-ville.



Expérimentation locale : Vyv@doS

Vyv@doS (vivre à domicile en Saumurois) a été mis en œuvre à la suite d'un Appel à Manifestation d'Intérêt de l'Agence Régionale de Santé intitulé « expérimentation de dispositif innovant de vie à domicile pour personnes âgées en perte d'autonomie ». Il a été porté par le SPASAD du Saumurois (Vyv3 et Anjou Accompagnement) et le CCAS de la Ville de Saumur, ainsi que 3 acteurs clés : le Centre Hospitalier de Saumur, la Coordination Autonomie et l'EHPAD Jeanne Delanoue. Plusieurs partenaires médico-sociaux ont également pris part au projet (infirmiers, médecins...).

Vyv@doS propose aux personnes en situation de fragilité une **alternative à l'entrée en Etablissement** grâce à un panier de services complémentaires. C'est une passerelle entre le domicile et l'EHPAD.

Proposition 9 : Lancer un appel à projets innovants, copiloté par le Département et les Territoires candidats, de mutualisation des services « autonomie » sur un espace donné (urbain, périurbain ou rural) afin de favoriser le maintien à domicile des personnes dépendantes.



Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens

Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) passés avec les établissements ou services de santé ou médico-sociaux (ESSMS), constituent un outil majeur de régulation de l'offre de soins ou d'accompagnement. Ils s'appuient sur les principes suivants :

- Une vision pluriannuelle,
- Le fruit d'une procédure de négociation,
- Un suivi périodique prenant appui sur les outils du dialogue de gestion
- Une évaluation finale du contrat.

Les CPOM listent :

- Les **autorisations** dont dispose les ESSMS,
- Les **activités spécifiques et missions** de service public qui lui sont reconnues
- Les **financements** octroyés.

Dans le même sens, l'évaluation départementale des organismes de l'aide à domicile est indispensable pour veiller à la qualité des services rendus aux usagers. Il est normalement prévu une **évaluation de tous les organismes** tous les 7 ans. Dans la pratique, ce n'est pas toujours réalisé. Il devient impératif, notamment au regard des crises rencontrées par les EHPAD, de développer la culture de l'évaluation.

Proposition 10 : Dans le cadre du développement des CPOM, contractualiser l'évaluation fréquente des organismes de l'aide à domicile.

Vivre à domicile dans un habitat dit « alternatif »

Les pouvoirs publics doivent réfléchir davantage au parcours autonomie de la personne âgée. Le temps est révolu où la personne passait de son domicile à un établissement. Il existe de nombreuses alternatives à la vie à domicile ou en établissement : le **béguinage**, **l'habitat partagé**, **les assistants familiaux**, ... Ces hébergements sont dits, à tort, alternatifs : ce sont de réels moyens d'hébergement. Ces modes d'hébergement ont l'avantage de prolonger l'hébergement à domicile ou au quasi-domicile et de retarder le placement en établissement. C'est bénéfique pour les personnes âgées, mais cela permet aussi de fluidifier les files d'attente pour entrer en l'EHPAD.

Actuellement, le Département a ouvert le cofinancement des projets d'habitats alternatifs. Cependant, le cofinancement étant à hauteur de 10 000€ par projet, **l'effet levier est quasi nul** pour des projets à plusieurs centaines de milliers d'euros.

Proposition 11 : Ouvrir une enveloppe d'investissement, au sein du Département, Communes et EPCI, pour cofinancer des projets d'habitat inclusif à hauteur de 10 000€ par place créée. Adapter les opérations « Petites Villes de Demain » pour répondre à cet objectif.



Les différences entre les types d'habitat

Habitat inclusif, l'habitat partagé et l'habitat participatif

Ce sont trois termes qui renvoient à un même principe : des personnes qui décident de vivre ensemble dans un logement avec des parties communes prépondérantes. L'habitat participatif est construit par des citoyens qui y vivront. L'habitat inclusif est construit par des collectivités, des promoteurs privés ou sociaux, des associations et il accueille des publics dépendants. L'habitat partagé est construit par les mêmes entités mais est destiné à des publics autonomes.

Le parc des logements sociaux et la mobilité verticale

L'absence d'ascenseurs est le premier facteur global d'inadaptation d'un logement à la personne âgée, loin devant la baignoire (qui est

moins bien adaptée qu'une douche). Actuellement, 50% des Français qui vivent dans un logement collectif n'ont pas accès à un ascenseur. Les logements neufs connaissent moins cette lacune en raison de la loi ELAN qui impose la construction d'un ascenseur pour les logements à 3 étages.

Les logements sociaux anciens, sans ascenseur, constituent un réel problème pour les personnes âgées. Plus de 40% des locataires de plus de 80 ans du parc social vivent sans avoir accès à un ascenseur. Cette difficulté est accrue en raison de la fréquente impossibilité de construire un ascenseur dans un logement ancien qui n'en prévoyait pas un initialement.

Une solution alternative, à expérimenter, existe. Il s'agit de monte-escaliers, qui se sont initialement développés dans les logements individuels avec étages. Des initiatives solidaires mais aussi entrepreneuriales tendent à se développer pour proposer un tel service dans les logements collectifs.

Proposition 12 : Financer des monte-escaliers pour tous les logements sociaux collectifs qui ne disposent pas déjà d'un ascenseur, à travers les OP HLM et SA HLM.



De la difficulté de cerner l'adaptation des logements

« Quand on sait que 74% des 65 ans et plus sont des propriétaires occupants et que 67% des personnes âgées de plus de 60 ans souhaiteraient passer le reste de leur vie dans le logement qu'elles occupent, on mesure la double difficulté qui se pose. Au fond, la tendance et la volonté des personnes âgées à

conserver le plus longtemps possible les logements dans lesquels elles ont vécu entraîne de fait une inadaptation de ce logement au fil et à mesure que les fragilités se multiplient. **Dès lors, la notion d'adaptation est difficile à cerner puisqu'elle se définit au regard des besoins de la personne**, besoins qui peuvent évoluer dans le temps. Tenter de comptabiliser ce qui serait en France un stock de logements « adaptés au vieillissement » a donc quelque chose d'un peu vain, voire d'absurde, puisque cela impliquerait que les besoins des personnes âgées seraient les mêmes partout et à tous les âges de la vieillesse. »

« Nous vieillirons ensemble », Rapport interministériel sur l'adaptation des logements, des villes, des mobilités et des territoires à la transition démographique, dit « Rapport Broussy », (2021), p. 59



Partie III

Comment un territoire rend-il service aux personnes âgées ?

III. Comment un territoire rend-il service aux personnes âgées ?

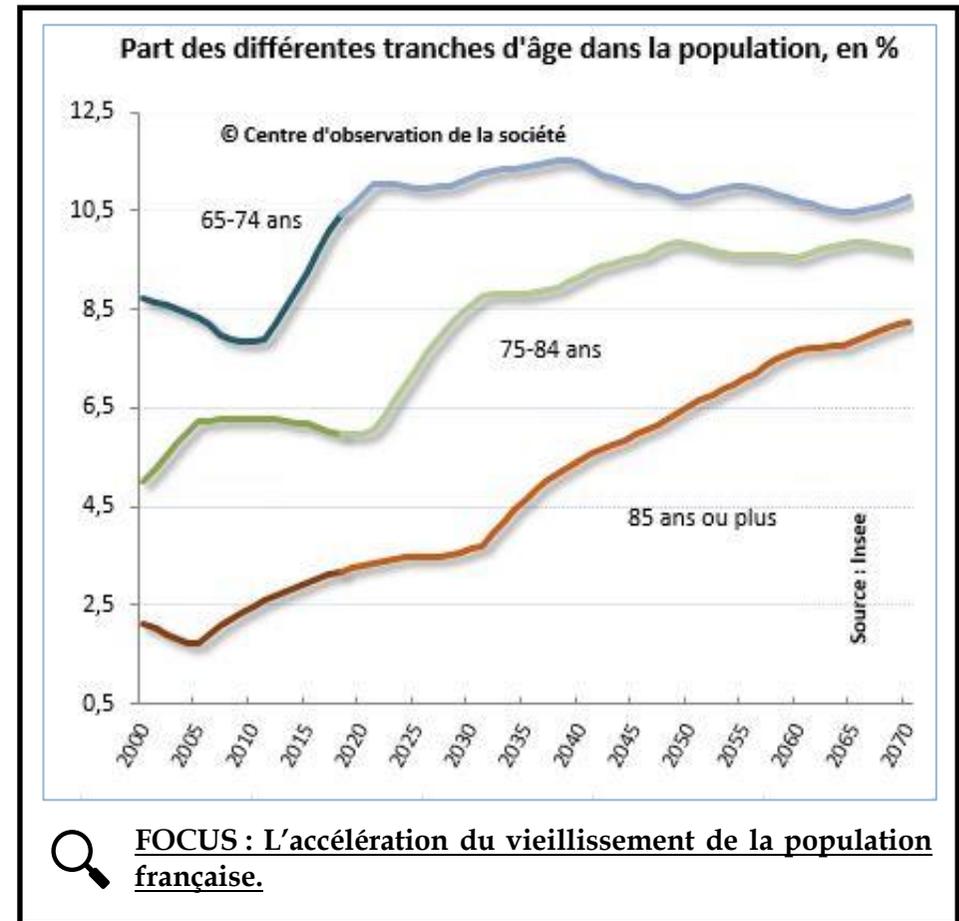
Le schéma de la transition démographique

La question du vieillissement est **taboue**, mal connue. Les enjeux liés au vieillissement de la population sont **peu maîtrisés**. Ce constat est établi alors qu'il faut que les territoires préparent le départ à la retraite des aînés, qui vont représenter une part de plus en plus importante dans la population. **Ainsi, un schéma de la transition démographique serait plus pertinent qu'un schéma autonomie.** Il aurait pour avantage d'être **plus englobant et de s'intéresser à l'ensemble des enjeux** pour les personnes âgées au lieu de se cantonner uniquement à la dépendance. Vieillir n'est pas seulement devenir dépendant. Ce sont des besoins différents mais aussi une **richesse**.

Le Conseil départemental est **l'échelon le plus adapté** pour englober des situations territoriales et démographiques aussi différentes que celles d'Angers et sa couronne, le Segréen, le Choletais, le Baugeois ou encore le Saumurois. C'est aussi le Conseil départemental qui peut appréhender au mieux la diversité des besoins des personnes âgées, qu'elles vivent dans un milieu très urbanisé ou alors très rural.

Outre l'action sociale, le Département est compétent pour **l'habitat, le logement, les routes, ou encore la solidarité territoriale** avec les communes et intercommunalités. Son échelon et son champ de compétences, très largement en lien avec des enjeux pour les personnes âgées, font du **Département une collectivité avec une**

force d'action doublée de la possibilité d'ajuster le maillage territorial.



Le Département pourrait alors piloter un **schéma départemental de la transition démographique** en lieu et place du schéma départemental gérontologique, communément appelé « Schéma autonomie » en Maine-et-Loire. Ce schéma traitertrait notamment :

- De l'adaptation des logements au vieillissement (en lien avec l'ANAH et la CNAV)
- De l'adaptation des communes au vieillissement (en lien avec les Communes, EPCI et Préfectures)
- De programmation des habitats dits « alternatifs » (Résidences autonomie, habitats inclusifs, résidences services seniors, ...)
- De projections d'évolutions démographiques dans des strates définies du territoire départemental (comme le Saumurois, le Choletais, le Segréen, ...)
- De l'accès au numérique et au très haut débit des personnes âgées
- Etc ...

Proposition 13 : Mettre en place un schéma départemental de la transition démographique, piloté par le Département, et révisé au bout de 3 ans pour une meilleure actualisation et réactivité des services orbitant autour des personnes âgées.

Le label « Ville amie des Aînés »



Le LABEL "AMI DES AÎNÉS"®

Le LABEL "AMI DES AÎNÉS"® constitue un outil complémentaire au service des collectivités engagées dans le Réseau Francophone des Villes Amies des Aînés®. Créé à partir de l'expérience des territoires impliqués et d'une large consultation des aînés en France, ce label vise à valoriser les dynamiques territoriales et à accompagner pas-à-pas les acteurs locaux dans la mise en œuvre d'une dynamique d'amélioration continue des politiques locales. Cependant, ce label n'est aujourd'hui pas officiel.

Un autre enjeu est d'intégrer des espaces seniors au **cœur des villes** afin de faire vivre le lien social et lutter contre la désertification médicale. La ville doit offrir une vraie place aux personnes âgées et ne pas les reléguer au second rang. Cet objectif peut se trouver en très bonne adéquation avec la politique départementale de **revitalisation des centres-bourgs**.

Les acteurs publics ont la capacité d'agir. Par exemple, le Département peut participer à un réaménagement du territoire à travers son offre d'ingénierie territoriale qui pourrait aider les élus communaux dans cette démarche. Cette offre est un outil présentant de nombreux bénéfices pour les communes. Il faut les encourager à solliciter le Département dans ce sens.

Le Label "Ville amie des aînés" est un bon outil à disposition des pouvoirs publics pour arriver à cette fin. Ce label mesure et sanctionne l'engagement des territoires en faveur des personnes âgées. Il doit permettre de les inviter et les accompagner à faire plus pour ce public.

Proposition 14 : Lancer une campagne d'information et de sensibilisation au label « Ville amie des aînés » à destination des Territoires. Intégrer le suivi de ce label au schéma départemental de la transition démographique.

L'autocollant Conduire ⊕

Cet autocollant s'inspire de la réglementation japonaise : le « *signe de conducteur âgé* ». Depuis 1997, les conducteurs japonais âgés de plus de 70 ans sont invités à apposer cet autocollant sur leur véhicule, tandis que les conducteurs de plus de 75 ans sont dans l'obligation de le faire. Il a comme objectif **d'avertir sur l'âge avancé du conducteur** et invite les autres usagers de la route à la **bienveillance**. Loin de stigmatiser le conducteur, cet autocollant permet à l'usager âgé de la route d'évoluer dans un environnement qui lui est plus favorable, lui permettant de prolonger son autonomie. Le stress engendré par la conduite incite certaines personnes à rester chez elles. C'est particulièrement problématique en **milieu rural**. Aidons ces personnes à **conduire dans un environnement plus apaisé**.



Le "signe de conducteur âgé" japonais

Proposition 15 : Expérimenter l'autocollant Conduire ⊕ sur la base du volontariat.

Le parcours autonomie en ville

La ville n'est pas adaptée aux personnes âgées. De nombreux obstacles urbains empêchent nos aînés de se déplacer sereinement en ville : hauteur des trottoirs, passages piétons non sécurisés, absence de bancs, absence de toilettes publiques ...

Le Département a un rôle à jouer dans l'adaptation de la ville aux personnes âgées. C'est un enjeu important au regard du développement urbain et de l'accroissement du nombre de personnes âgées.

Les contraintes doivent être limitées le plus possible pour favoriser la participation des aînés à la vie de la cité. Il s'agit d'offrir des espaces et des équipements qui soutiennent les liens sociaux. Un mobilier urbain adapté (bancs, abribus, signalétiques, toilettes, cheminements piétons...) pourrait être favorisé dans les priorités fléchées par le Département pour le versement de subventions aux communes.

Proposition 16 : Inclure, dans les subventions aux communes, un volet perte d'autonomie afin de financer le mobilier urbain favorisant le déplacement des personnes âgées et/ou dépendantes en ville (rampes d'accès, bancs sur les axes principaux, toilettes publiques...).



Spécialiser le PDHH au profit de nos aînés

Le Département a rendu son Plan départemental de l'Hébergement et de l'Habitat (2020-2025). C'est un beau document, portant de belles ambitions. Avec le changement de mandature, les conseillers départementaux peuvent se réapproprier ce plan. C'est un document assez généraliste qui mériterait plus d'attention. En effet, s'il donne une très large place au volet légal et réglementaire, nous pouvons aller plus loin et être plus ambitieux. La transition démographique impose une **prise en compte de nos aînés sur tous les plans**. L'Habitat et l'Hébergement ne peuvent pas y échapper. Il serait donc bénéfique d'approfondir ce Plan en discriminant positivement les personnes âgées, notamment celles qui sont dépendantes. C'est un public particulièrement fragile. Nous pourrions ajouter cette catégorie dans « *Les Publics prioritaires du Plan* » (page 63 du PDHH).

Proposition 17 : Réviser le PDHH en spécifiant le caractère prioritaire des personnes âgées dépendantes ou isolées.

Intégrer l'autonomie dans la planification de l'urbanisme

La transition énergétique et écologique impose des changements radicaux dans les façons de concevoir et d'organiser les territoires de demain. L'arsenal législatif se construit et grandit en fonction de ces enjeux (loi climat résilience, ZAN, etc...). **La planification et l'aménagement des territoires prend une place considérable dans la société que nous voulons construire.** Pour nos aînés, nous savons que la question des mobilités est prioritaire pour l'accès aux différents services. La ville des courtes distances (quel que soit le territoire), le verdissement des espaces, l'adaptation et la requalification urbaines



(petites communes comprises) deviennent des préoccupations majeures. Nous pensons que seul le développement des polarités et centralités permettra le maintien d'une vie sociale active pour toutes les populations qui pourraient être marginalisées par des évolutions non maîtrisées. L'accessibilité aux services et équipements médicaux, commerciaux, culturels et de loisirs doit être un des axes majeurs des futurs SCOT et PLU. **Les collectivités pourraient intégrer un volet autonomie dans leurs documents planificateurs d'urbanisme, notamment les SCOT et les PLUi, pour une plus grande prise en compte de ces préoccupations sociales.** En s'engageant sur des objectifs de solidarité clairement nommés, elles mettraient ainsi en valeur la place que nous voulons donner à nos aînés. A cette fin, l'avis de la collectivité départementale pourrait être sollicité, en lien avec sa compétence relative aux personnes âgées.

Proposition 18 : Intégrer un volet autonomie dans les SCOT et les PLUi. Solliciter l'avis du Département en lien avec le diagnostic territorial (cf. proposition 1).

