

VILLE DE REIMS  
Pôle du développement social et des services aux citoyens  
Direction des Solidarités et Santé publique  
Service Solidarités

Personnes Agées  
Hébergement et services à domicile  
Constat et prospective.

## RAPPORT FINAL

*FOURDRIGNIER FORMATION CONSEIL*

**Marc FOURDRIGNIER**

**Formateur – consultant**

18 rue Hachette

08000 CHARLEVILLE MEZIERES

Tél/Rép : 03.24.37.49.41

E mail : [mafoudrig@aol.com](mailto:mafoudrig@aol.com)

Ou [mafoudrig@hotmail.fr](mailto:mafoudrig@hotmail.fr)

<http://marc-fourdrignier.fr/>

*Ce rapport fait suite à la procédure adaptée lancée par la ville de Reims et son pôle de développement social et des services aux citoyens sous l'intitulé "Personnes âgées. hébergement et services à domicile. Constat et prospective" (Réf marché VM-6H-09-03).*

*L'acte d'engagement , en date du 15 octobre 2009, est venu formaliser les choses et prévoir la remise d'un rendu final. Celui-ci est , finalement, fait sous deux formes complémentaires : un rapport principal et un rapport annexe comprenant à la fois des annexes techniques détaillées et des fiches de présentation d'expériences ou de recommandations, qui pourront être utiles pour les suites données à ce travail.*

*Il est toujours utile de rappeler que ce genre de travail repose complètement sur le professionnalisme, l'engagement et la bonne volonté des élus ( politiques ou associatifs) et des salariés des différentes organisations concernées. Qu'ils en soient tous ici remerciés.*

## ***Sommaire***

INTRODUCTION.....	5
I- UNE PROBLEMATIQUE DE FOND ET D'ACTUALITE.....	7
A- Une problématique de fond .....	7
B- Un questionnement d'actualité .....	9
II- LA DEMARCHE DE TRAVAIL SUIVIE.....	13
A. Une démarche encadrée .....	14
B. Une démarche d'investigation et des outils.....	15
C. Un travail de traitement et d'analyse des données .....	17
III- LA SITUATION REMOISE .....	17
A- La situation démographique rémoise .....	18
B- La situation du logement.....	26
C- Les aides apportées.....	29
IV- ATTENTES , PROBLEMATIQUES ET BESOINS DES PERSONNES AGEES.....	33
A. Les travaux existants .....	33
B. La question de la pauvreté .....	35
C. La santé.....	38
D. Les services.....	40
E. Le logement et les autres problématiques.....	42
V- LES PERSPECTIVES DEMOGRAPHIQUES.....	46
A- La démographie générale.....	46
B- La dépendance .....	50

VI- LES AXES D'UNE POLITIQUE EN DIRECTION DES SENIORS .....	53
A. Un positionnement clair au milieu de nombreux acteurs institutionnels et acteurs de terrain...	53
B. Une plus forte visibilité avec des partenariats diversifiés.....	56
C. Un effort d'observation et d'information.....	57
D. Une meilleure prise en compte des territoires .....	57
E. Une adaptation accrue des logements et une diversification de l'offre d'hébergement.....	58
F. Des pratiques accrues de prévention.....	60
G. Un développement des pratiques de liaison et de réseau.....	63
CONCLUSION.....	64
Bibliographie.....	66
Liste des cartes, encadrés, graphiques et tableaux.....	70
Annexe 1 : Les sigles utilisés.....	71
Annexe 2 : Les documents utilisés .....	72
Annexe 3 : Composition du Comité de Pilotage .....	73
Annexe 4 : Les entretiens réalisés .....	74

## **INTRODUCTION**

*"Dans un contexte général de vieillissement de la population rémoise, la Ville de Reims engage une réflexion prospective sur l'hébergement et les services à domicile à destination des seniors.*

*Cette démarche s'inscrit en complémentarité du schéma gérontologique départemental. Afin d'engager cette réflexion, le prestataire devra dresser le constat de l'existant, envisager les évolutions probables à l'horizon 2030 et proposer des pistes de réflexion". (Cahier des clauses Particulières - CCP<sup>1</sup>, p 3).*

Tel est l'objet du marché initial. Il s'agit donc de partir de la question du vieillissement de la population rémoise et de faire des propositions à la Ville de Reims pour l'aider à définir une politique en direction des seniors. Quels sont les axes de la politique à mettre en place par la ville de Reims pour faire face au vieillissement de sa population ? Cette question est balisée de deux manières : elle ne peut se traiter sans tenir compte de la compétence du Conseil Général dans le domaine de l'hébergement des personnes âgées dépendantes et de sa traduction opérationnelle qu'est le schéma gérontologique. Elle est centrée a priori sur l'hébergement et les services à domicile.

Cet objet et le cahier des charges qui lui y est lié nécessitent d'apporter une double précision sur la dénomination du public et sur l'objet de l'étude.

- La dénomination du public : le texte initial utilise une double appellation, personnes âgées et seniors. Ce recours à la notion de seniors s'inscrit dans ce que l'on peut appeler une « euphémisation de l'âge » (Fourdrignier, 2009a)<sup>2</sup>. Il serait plus positif, voire moins discriminant, de parler de seniors que de personnes âgées ; à moins qu'on en fasse une catégorie intermédiaire : il y aurait d'abord les seniors puis les personnes âgées Pourquoi pas ...Cependant dans le sens commun le senior est soit entre deux, (sportif plus âgé que les juniors et plus jeunes que les vétérans), soit une personne âgée de plus de 50 ans ; jeune retraité (Petit Robert, édition 2009). En effet on parle aujourd'hui de plus en plus de l'emploi des seniors. Mais dans ce cas on déplace la frontière antérieure qui était celle de la retraite et donc de la fin de l'activité salariée ou de l'âge, plus de 60 ans. En soi ce déplacement n'est ni impossible, ni problématique mais il élargit le public concerné et les thématiques possibles. Or celles-ci sont – a priori – définies. Néanmoins l'usage de l'appellation "seniors" peut être une stratégie associative . C'est ce qu'exprimait le président de l'ORRPA en mars 2009 : *"L'appellation seniors s'inscrit dans une logique associative et bien plus largement dans le contexte sociétal d'aujourd'hui. Il ne s'agit en rien d'une appellation qui éviterait de parler du vieillissement et parfois des conditions inhérentes à ce processus mais au contraire d'y faire face en abordant avec efficacité ce qui pourrait être de la contrainte". (ORRPA, 2009b, p 19).* Dans ce rapport nous

---

<sup>1</sup> - Les principaux sigles utilisés sont repris dans l'annexe 1 du rapport. Les références citées sont reprises soit dans la bibliographie soit dans l'annexe 2.

<sup>2</sup> - Le philosophe Lucien Sève , que nous évoquerons plus loin, dit : c'est " un euphémisme type, puisqu'en latin *seniores* c'est tout simplement "les vieux".

emploierons les deux expressions, même si nous avons tendance à privilégier l'expression "personnes âgées".

- L'objet de l'étude : là aussi il est a priori clairement identifié. Il s'agit de l'hébergement et des services à domicile<sup>3</sup>. Cependant dans le cahier des charges (CCP, p 4) est ajoutée une troisième dimension : « les autres services et loisirs à renforcer ou à développer pour répondre aux besoins et attentes des seniors ». Cette ouverture, somme toute logique, a bien entendu des répercussions sur le périmètre de l'étude demandée, qui devient beaucoup plus large.

Cette réflexion n'ignore pas les autres réflexions prospectives, en particulier "Reims 2020". D'ailleurs dans les rendez-vous réalisés à cette occasion la question que nous avons à traiter à été évoquée : "*Puis c'est au tour d'Alain Nicole, directeur général de Plurihabitat-L'effort Rémois d'insister sur la nécessité de se préparer au vieillissement de la population : nous devons construire à l'avenir au plus proche du tramway, des commerces et des services pour faciliter la vie des personnes âgées*"<sup>4</sup>. De même un lien a été fait avec l'étude sur les équipements publics menée par l'Agence d'Urbanisme et de Développement de la Région de Reims (AUDRR) pour le Pôle développement social de la ville de Reims.

Pour présenter le résultat du travail mené le rapport final est constitué de deux documents. le rapport principal et un rapport annexe. Celui-ci vise à réunir des éléments plus techniques (données, typologies et calculs statistiques), des présentations d'expériences et des propositions techniques (territorialisation des données par exemple). Le recours à ce rapport annexe permet d'alléger le rapport principal.

Celui-ci est structuré en cinq parties . La première situe la commande de la ville de Reims dans une problématique générale à la fois de fond et d'actualité. Puis est présentée la démarche suivie pour répondre à la commande. Vient ensuite la présentation de la situation rémoise, notamment en termes statistiques. Puis sont abordés les attentes , problématiques et besoins des personnes âgées au prisme des acteurs rencontrés. La partie prospective est abordé dans les deux dernières parties, l'une se centrant sur les perspectives démographiques , l'autre sur les axes d'une politique en direction des seniors.

---

<sup>3</sup> - Ce qui renforce la question de la pertinence de la notion de seniors car leurs demandes ne sont pas prioritairement de cet ordre.

<sup>4</sup> ; VRI. (2009). Les rendez-vous "Reims2020". Inventons notre avenir ensemble, juin, p 15.

## ***I- UNE PROBLEMATIQUE DE FOND ET D'ACTUALITE***

La problématique qui sous-tend la commande est à la fois une problématique de fond et à la fois un questionnement d'actualité. C'est ce que nous allons présenter ici pour contextualiser le rapport et la commande de la ville de Reims.

### ***A- Une problématique de fond***

La problématique du vieillissement est complexe dans la mesure où elle est pluridimensionnelle. En effet elle a à la fois une dimension biologique, psychologique, socio-économique, socio-familiale, sociopolitique .... De plus de par son lien aux générations elle a une influence sur une longue période. L'exemple de la génération du baby-boom en est une bonne illustration. Trois questions peuvent ici être soulignées : celle des générations, celle du "bien vieillir" et celle du lien aux territoires.

- la question des générations<sup>5</sup> : en effet il est important de ne pas isoler la situation des plus de 60 ans. Pour une bonne part la problématique du vieillissement est en lien avec l'évolution des relations entre les générations. Certains ont parfois eu recours à l'expression "lutte des âges"<sup>6</sup>. Ainsi on peut lire qu'*"il ne fait pas bon avoir 20 ans dans la France des années 2010. Ce cas n'est d'ailleurs pas isolé : la "génération 1000 euros" en Espagne et en Italie, ou encore la "Génération 700 euros" en Grèce racontent la même histoire. D'un bout à l'autre du monde développé, du Japon aux Etats Unis en passant par le Royaume-Uni des voix se font entendre pour attirer l'attention sur de nouvelles "génération sacrifiées" ou pour dénoncer l'emprise croissante du "grey power" (le "pouvoir grisonnant"). (Alternatives économiques, 2010, p 4). Pour autant la situation des plus âgés n'est pas toujours aussi dorée (fins de carrière compliquées pour les quinquas, modification en fin de parcours des règles du jeu des départs en retraite, retour de la pauvreté...).* On doit donc convenir qu'il existe une question sociale intergénérationnelle dans la France de ce début de XXI<sup>e</sup> siècle. Elle est liée aux nombreuses transformations qui affectent les rapports entre les générations et par suite à *"l'incapacité de la société française à réinventer des solidarités ajustées à ces transformations"* (ibidem, p 5). Cette dimension intergénérationnelle est donc à prendre en compte dans notre travail sans la réduire à "comment faire de l'intergénérationnel ?" mais en voyant comment se construisent, ou non, dans une ville les relations et les interactions entre les générations.

- la question du bien vieillir : C'est aujourd'hui presque devenu un mot d'ordre, l'objet de programmes d'action locaux, nationaux, mondiaux. Le philosophe Lucien Sève (2010, p 3) nous propose de "reconsidérer le bien vieillir" (2010, p 3). Il nous dit : *" la littérature courante sur les "seniors" est devenue torrentielle, mais pour l'essentiel elle nous dit presque toujours la même chose; (...) le tout n'est pas de vivre plus vieux mais de le faire en meilleur état,*

---

<sup>5</sup> - Sur cette question la revue Alternatives économiques vient de consacrer un hors série intitulé Générations.

<sup>6</sup> - Voir par exemple une émission sur France Culture, le 10 octobre 2006 : De la lutte des classes à la lutte des âges.... ou : Pour un nouveau pacte intergénérationnel

donc la question plus personnelle que sociale du "bien vieillir" prend une importance majeure. Cela donne alors lieu à un discours obligé selon lequel: "bien vieillir" serait une affaire toute personnelle de teneur médico-psychologique sur fond d'acceptation d'un inexorable déclin". L'auteur se livre alors à une analyse critique visant à identifier les représentations (le senior serait par essence un oisif social. Conception lourde de menaces pour ceux et celles qu'elle prétend aider : personnellement elle condamne à une vie étriquée et , par là, à un vrai "mal vieillir"; socialement elle nourrit l'idée cynique selon laquelle le troisième âge seraient des bouches inutiles pour la collectivité, qui devraient donc, de plus, payer eux-mêmes leurs retraites...) et expliciter et discuter les évidences ( "avec l'âge le mental vieillirait nécessairement comme le physique. A la courbe biologique de la vie -- croissance, stagnation, déclin- correspondrait une courbe psychologique qui nous voue à vieillir diminués, donc en retrait des activités sociales").

Sans aller plus loin dans cette analyse on se doit au moins de souligner deux points : dans ce domaine si "chargé" il est d'autant plus nécessaire d'être vigilant aux représentations discutables et aux évidences qui peuvent mener à de fausses "bonnes solutions". Il est également nécessaire d'être vigilant sur les conceptions de l'être humain qui sont mobilisés dans nos raisonnements . Une seule conception biologisante ou naturalisante est par trop réductrice . Il en est de même pour la conception uniquement psychologique, centrée sur la personne et lui faisant porter la responsabilité de sa situation.

- la question des territoires : la ville de Reims est à l'origine du marché ; elle est bien entendu l'acteur central de l'étude. Il est à souligner ici que le niveau communautaire n'est pas du tout évoqué. En l'état c'est tout à fait logique. Mais il y a déjà des interférences : le CLIC (Centre Local d'Information et de Coordination Gérontologique) est bien identifié comme étant celui de la CAR<sup>7</sup>. De plus qu'en sera t-il en 2030? Nul n'est en capacité de le dire, mais peut-être faudra t-il évoquer cette hypothèse dans les projections. Ensuite est cité le département par le biais du Conseil Général. En termes institutionnels il est l'autorité en charge de la compétence des personnes âgées. Puis il est fait référence au niveau national et au niveau européen. Cet emboîtement des territoires a un double intérêt : il met en exergue d'entrée de jeu l'interdépendance de ces niveaux : il ne peut y avoir une politique communale spécifique et isolée. Il ouvre également sur une préoccupation méthodologique de comparaison. Ceci devrait permettre de mieux cerner les spécificités rémoises – si c'est le cas – et d'incorporer dans les pistes de réflexion d'autres expériences françaises et européennes.

Pour autant le vieillissement constitue toujours un " défi pour les territoires"<sup>8</sup> (Paquet, 2010, p 30) : "*En dépit des rapports alarmistes qui se succèdent, force est de constater que les politiques locales peinent à intégrer cette réalité*". Serait en cause le modèle dominant des années 70-80 selon lequel on cible une population qui constitue un problème et on le traite par des équipements, des services et des prestations spécifiques. Une autre approche, en lien avec le développement social, consisterait à réfléchir à l'impact du vieillissement sur les territoires et par suite à en développer une approche transversale. Cela passe

---

7 - ORRPA. Ville de Reims. Livret au service des retraités. 2008, p 4.

8 - En avril 2010 a eu lieu à l'ENACT d'Angers un colloque national sur le thème : Investir dans la vieillesse : un enjeu de développement pour les territoires.

par exemple par une articulation plus étroite entre les politiques publiques du vieillissement et les politiques locales de l'habitat ( Herbert, 2010). Cette perspective a aussi des répercussions en termes d'organisation municipale ou communautaire : comment concrétise-t-on la transversalité de la question du vieillissement entre le social, la santé, les transports, la citoyenneté ..... ?

## ***B- Un questionnement d'actualité***

Dans le même temps ce questionnement est d'actualité , non pas tant pour des raisons démographiques, dans la mesure où les tendances de longue période sont connues<sup>9</sup>, mais pour des raisons politiques et institutionnelles. En effet ces derniers mois de nombreuses initiatives publiques et institutionnelles ont été prises.

La commission européenne a pris une initiative sur la maladie d'Alzheimer et les autres démences. (Commission Européenne, 2009). Il est bien indiqué, en conclusion, que « les actions communautaires peuvent concourir à aider les États membres à faire face au problème de la démence dans une société européenne marquée par le vieillissement de sa population ».

A un autre niveau la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse (CNAV) et l'Union Nationale des CCAS (UNCCAS) ont passé un accord cadre<sup>10</sup> visant à « améliorer l'information en direction des retraités, à une meilleure connaissance des besoins des retraités, à une amélioration et à une diversification des réponses apportées aux retraités à domicile et à développer une gamme de lieux de vie collectifs adaptés aux retraités encore valides mais fragiles ». De la même manière une convention a été signée entre la CNAV et la Fédération des centres sociaux et socioculturels de France (FCSF) afin de mieux coordonner leur politique de proximité et de prévention de la perte d'autonomie des retraités et des personnes âgées<sup>11</sup>. L'enjeu principal est de « prévenir les risques liés au vieillissement des retraités ». Ce rapprochement avec les centres sociaux traduit la volonté de l'Assurance Retraite d'être « *particulièrement attentive à l'égard des retraités en situation de fragilité sociale et d'isolement* ». La CNAV et la FCSF vont donc « *coordonner et renforcer leurs actions* ». Trois objectifs ont été définis : Mieux connaître et faire remonter les besoins des populations retraitées des territoires concernés. Développer des modes d'intervention s'appuyant sur le savoir-faire des centres sociaux. Mettre en œuvre un accompagnement personnalisé des retraités, dans le cadre des dispositifs organisés par l'Assurance Retraite.

Dans le même temps les acteurs principaux interviennent au-delà de leur pouvoir normatif dans des dimensions plus incitatives. On peut évoquer la mise en place, le 15 juillet 2009, du label « bien vieillir-vivre ensemble » (encadré 1) qui vise à insister sur l'importance du rôle des communes dans le « vieillissement réussi » de leur population.

---

<sup>9</sup> - Ce qui ne veut pas dire pour autant qu'on en a tiré toutes les conséquences ...

<sup>10</sup> - En date du 20 février 2008.

<sup>11</sup> - 7 janvier 2010 .

[http://actionsociale.weka.fr/xg/newsletter/flash/3514?utm\\_source=flash\\_373&utm\\_medium=e-mail&utm\\_content=AS&utm\\_campaign=RW0280](http://actionsociale.weka.fr/xg/newsletter/flash/3514?utm_source=flash_373&utm_medium=e-mail&utm_content=AS&utm_campaign=RW0280)

En février 2010 la secrétaire d'Etat en charge des aînés a lancé une mission "vivre chez soi". "Il devient (..) urgent de changer de cap en privilégiant le vivre chez soi, comme choix individuel et collectif pour favoriser l'autonomie, la

### **Encadré 1 : Le label "bien vieillir ensemble"**

En France, le label « bien-vieillir -vivre ensemble » a été officiellement lancé le 15 juillet 2009, dans le cadre du plan national "Bien vieillir 2007-2009", élaboré conjointement par le ministère de la santé et de la jeunesse, des sports et le ministère du travail, des relations sociales, de la famille et de la solidarité, et de la ville, pour tenter de répondre aux défis posés par le vieillissement démographique. Ce label, destiné à inciter les villes à devenir plus accueillantes pour les personnes âgées en encourageant le vieillissement actif de la population, vise à promouvoir les politiques locales qui tiennent compte des besoins spécifiques des personnes âgées et qui favorisent les échanges entre les générations. La procédure à suivre pour prétendre à ce label comprend différentes étapes, dont la mise en place d'un comité de pilotage, la réalisation d'un audit urbain, l'élaboration d'un plan d'action sur 3 ans, une évaluation des résultats des actions mises en œuvre et un échange d'expériences et de bonnes pratiques au sein de réseaux locaux et internationaux.

mobilité et la réalisation de projets de vie"<sup>12</sup>. Six volets d'action ont été définis : diagnostic, autonomie, habitat ; technologies et services pour l'autonomie; mobilité et urbanisme; métiers compétences et formations; inclusion et prévention des discriminations ; optimisation et gestion des services. Cette mission a débouché sur un rapport présenté en juin 2010 (Franco, 2010).

Dans le même temps d'autres initiatives ministérielles ont eu lieu. Le secrétaire d'Etat au Logement, Benoist Apparu, a reçu le 7 octobre 2009, le rapport intitulé « l'adaptation de l'habitat au défi de l'évolution démographique : un chantier d'avenir"». Pour permettre aux personnes âgées de rester le plus longtemps possible chez elles, ce rapport, confié à Muriel Boulmier en mars 2009 par Christine Boutin alors ministre du Logement propose 32 propositions concrètes en 6 axes (Boulmier, 2009) Un second rapport sera présenté par Muriel Boulmier sur les pistes de réforme permettant d'adapter l'habitat au vieillissement de la population. Il contient 12 propositions concrètes permettant de répondre aux besoins de la population vieillissante (Boulmier, 2010).

Le ministre de l'intérieur sera également amené à confier une mission à un député sur les questions de sécurité (encadré 2). Cela donnera lieu à un rapport de mission (Courtial, 2010)

Sans viser à l'exhaustivité on pourrait aussi évoquer la question des services au domicile et des services aux personnes . Certaines associations connaissent des difficultés sans précédent<sup>13</sup>, nous y reviendrons . L'Agence Nationale de l'Evaluation et de la Qualité des Etablissements et Services sociaux et Médico-sociaux (ANESM) se fixe dans ses objectifs 2010 l'évaluation interne dans les services à domicile et plus particulièrement sur "*la question de l'évaluation des coordinations et celle de l'évaluation des effets pour les usagers lorsque le*

<sup>12</sup> - Dossier de presse du lancement de la mission, 18 février 2010.

<sup>13</sup> - Voir par exemple : l'ADMR 29 dans la tourmente . Le télégramme, 15 mars 2010.

service est partie prenante d'un accompagnement assuré en lien avec d'autres acteurs"<sup>14</sup>.

## Encadré 2 : La sécurité des personnes âgées

Source : [http://actionsociale.weka.fr/xg/newsletter/flash/3609?utm\\_source=flash\\_383&utm\\_medium=email&utm\\_content=AS&utm\\_campaign=RW0280](http://actionsociale.weka.fr/xg/newsletter/flash/3609?utm_source=flash_383&utm_medium=email&utm_content=AS&utm_campaign=RW0280). Weka . 21.01.2010

La secrétaire d'État chargée des Aînés entend contribuer à la mission sur la sécurité des personnes âgées.

La secrétaire d'État chargée des Aînés, Nora Berra, a reçu, le 19 janvier, le député UMP de l'Oise Édouard Courtial chargé d'une mission sur la sécurité des personnes âgées. Elle lui a été confiée, le 23 novembre 2009, par le ministre de l'Intérieur, de l'Outre-mer et des Collectivités territoriales, Brice Hortefeux. Cette mission devra présenter, « *d'ici trois mois, une série d'idées nouvelles et concrètes pour aider les personnes âgées, notamment seules, à vivre autrement que dans la crainte* », a précisé le ministre. Brice Hortefeux « *envisage* » la création d'une « *"opération tranquillité aînés", à l'image de l'opération "tranquillité vacances" : une personne âgée seule pourrait demander à son commissariat ou à sa gendarmerie de passer régulièrement chez elle pour voir si tout va bien* ».

« *Alors qu'aujourd'hui, un habitant sur cinq a plus de 60 ans, en 2050, un habitant sur trois aura plus de 60 ans. Le défi du vieillissement va donc s'imposer dans de nombreux champs sociétaux, y compris celui de la sécurité de nos aînés, notamment lorsqu'ils demeurent à domicile* », commente Nora Berra.

L'échange entre la secrétaire d'État et le député a permis d'initier « *une réflexion concernant le développement de la prévention auprès des personnes âgées pour garantir, ainsi, une intervention adaptée des acteurs concernés* », rapporte les services de Nora Berra. Dans cette perspective, plusieurs pistes ont été évoquées. En particulier : la contribution du développement du lien social comme facteur de la sécurité de nos aînés, le rôle du voisinage, le développement des gérontotechnologies, la place des intervenants à domicile. Autant de solutions susceptibles de « *créer les conditions d'une sécurité renforcée au profit de nos aînés* ».

Pour clore cette partie sur la problématique générale il faut évoquer deux points : la dimension temporelle et la configuration locale.

La dimension temporelle est importante dans le questionnement dans la mesure où il y a un objectif prospectif. Il est proposé non seulement de se focaliser sur les constats et sur la prospective mais aussi d'intégrer une dimension rétrospective. Cela se traduit par une frise chronologique qui sert de guide (tableau 1) . Elle couvre la période 1990/2030 soit une amplitude symétrique de 20 ans en amont et en aval de la date de réalisation du travail.

Trois sous ensembles sont à ce jour repérés : le premier concerne les éléments statistiques disponibles; le second les points de repères des différentes politiques ; le troisième les rapports qui ont pu contribuer au développement des réponses en direction des personnes âgées. Il sera nécessaire de développer d'autres sous ensembles dont l'un portera sur la situation rémoise.

<sup>14</sup> - ANESM. (2010). programme de travail 2010-2011, janvier, p 3.



Cette frise vise à identifier les sources et ressources possibles. Pour l'aspect statistique les données des différents recensements de population, les enquêtes sur les établissements et services pour personnes âgées et les grandes enquêtes handicap/santé sont incontournables tant pour faire le constat comparatif d'aujourd'hui que pour le mettre en perspective au regard des vingt dernières années et bien entendu pour entrer dans une dimension prospective avec différents hypothèses au regard des tendances observées. En même temps elle vise à donner les éléments de compréhension institutionnelle. Les politiques mises en œuvre vont interférer avec les phénomènes observés.

Dans la dimension temporelle il faut aussi intégrer la place de l'âge dans les temps sociaux. Comme le dit Geneviève LAROQUE « Depuis vingt-cinq ans, les choses ont bien changé. (...) Il ne faut pas oublier que les vieux de 1975 étaient des vieux du XIX<sup>me</sup> siècle. Ceux de maintenant sont du XX<sup>me</sup>. (...) Ce sont donc des individus différents avec des comportements différents. Un septuagénaire d'aujourd'hui habite en ville et a toujours eu une salle de bain<sup>15</sup>. Il est donc important dans toutes nos analyses de garder en tête cet effet de génération, qui vient complexifier toute comparaison dans le temps. Au-delà se pose aussi la question de la place de l'âge et du temps dans notre organisation sociale. C'est ce que rappelait récemment Anne Marie-GUILLEMARD : « L'allongement de la vie remet en cause tout le modèle culturel de l'organisation des âges et des temps sociaux. Le modèle du cycle de vie à trois temps – éducation, travail retraite-, qui s'est progressivement construit avec l'avènement de la société industrielle est bousculé. (...) Aujourd'hui l'agencement propre à la société industrielle (...) se désarticule. En conséquence une nouvelle flexibilité temporelle, ainsi qu'une déconcordance des temps de la vie, se produit. Les temps de travail se sont fragmentés. Désormais travail, temps libre ou inactivité s'interpénètrent étroitement à chaque âge. Les âges se sont déspecialisés et l'on observe un brouillage entre les âges (GUILLEMARD, 2007, p 356-358).

En utilisant la notion de la configuration locale nous faisons référence à la manière dont se répartissent les responsabilités localement. Ces configurations sont la plupart du temps socio-historiques et socio-culturelles. La tradition rémoise de confier l'essentiel de l'action sociale (notamment dans le champ des personnes âgées – comme dans celui de la petite enfance) au secteur associatif en est un bon exemple. Cette configuration est fondamentale à prendre en compte tant pour en prendre la mesure et la comparer avec d'autres que pour définir des stratégies de moyen terme en vue de la conforter ou de la modifier.

## ***II- LA DEMARCHE DE TRAVAIL SUIVIE***

Pour mener à bien la mission quelle a été la méthodologie proposée ? Le Cahier des Clauses Particulières (CCP) et la réponse faite balisaient la démarche en trois étapes logiques : le constat de l'existant, les évolutions probables à l'horizon 2030 et les pistes de réflexion. Après coup comment peut-on définir la démarche ? Trois points pour la présenter : c'est tout d'abord une

---

<sup>15</sup>\_

<http://www.vfvalidation.fr/SYMPOSIUMALZHEIMER2009deReims/PlussurGenevièveLaroque/tabid/2281/language/fr-FR/Default.aspx>

démarche encadrée ; c'est ensuite une démarche d'investigation et d'outils ; c'est enfin un travail de traitement et d'analyse des données.

### **A. Une démarche encadrée**

Comme il était prévu la démarche a été encadrée de deux manières : par le cahier des charges initial et par la mise en place du comité de pilotage. Nous ne reviendrons pas dans le détail sur le CCP. Le comité de pilotage à été constitué en associant des élus, des représentants des services et quelques partenaires extérieurs<sup>16</sup>.

Le comité de pilotage s'est réuni à quatre reprises les 17 décembre 2009, 26 janvier 2010, 23 février 2010 et 15 juin 2010.

**Tableau 2 : Le contenu des comités de pilotage**

Dates	Plan de la présentation réalisée
17 décembre 2009	I- La mission et la démarche II- L'investigation socio-démographique III- L'investigation politique IV- L'investigation institutionnelle V- L'investigation opérationnelle VI- La comparaison VII- La prospective
26 janvier 2010	I- Rappel de la mission II- L'investigation socio-démographique III- L'investigation politique IV- L'investigation institutionnelle V- L'investigation opérationnelle VI- Premiers éléments
23 février 2010	I- L'avancement des travaux II- Proposition d'organisation du rapport final A- Une problématique de fond et d'actualité B- La démarche de travail suivie C- Les perspectives démographiques D- Attentes et besoins des personnes âgées au prisme des acteurs E- Les réponses apportées aujourd'hui F- Les axes d'une politique en direction des seniors III- La fin de la mission
15 juin 2010	I- Une problématique de fond et d'actualité II- La démarche de travail suivie III- La situation rémoise IV- Attentes, problématiques et besoins des personnes âgées V- Les perspectives démographiques VI- Les axes d'une politique en direction des seniors

<sup>16</sup> - Voir sa composition en annexe 3.

A chaque séance un document, sous la forme d'un document powerpoint a été présenté (tableau 2). Cela a donc permis au comité de pilotage d'être informé de l'avancement de la démarche d'investigation, d'apporter des éléments complémentaires sur le travail à mener et de valider les différents choix méthodologiques faits, jusqu'au plan du rapport final.

## ***B. Une démarche d'investigation et des outils***

Le travail a porté sur trois axes; il s'est développé sur la base de trois investigations qui ont mobilisé divers outils.

### 1- les trois axes de travail et de questionnement

Axes	Questionnement
1- La population des personnes âgées de Reims	Quelles sont les caractéristiques de cette population aujourd'hui : nombre, structure par âge, localisation, problématiques particulières (sanitaires, sociales, territoriales.....) ? Comment cette population a évolué depuis 20 ans ? Comment cette population va-t-elle évoluer dans les 20 ans à venir ?
2- L'offre de services en direction des personnes âgées	A- L'offre d'hébergement Approche quantitative et qualitative de l'offre Les usages de l'offre Comment les responsables envisagent l'évolution des besoins des personnes âgées et le devenir de leurs structures ? B- L'offre de services à domicile Approche quantitative et qualitative de l'offre Les usages de l'offre Comment les responsables envisagent l'évolution des besoins des personnes âgées et le devenir de leurs structures ?
3- Les besoins des personnes âgées	Dans quelle mesure l'offre actuelle répond aux besoins des personnes ? Quels sont les besoins non couverts ou susceptibles de ne pas être couverts demain ?

### 2- les investigations menées

Compte-tenu de l'objet de travail et des objectifs fixés , les investigations se sont faites dans trois directions

- une investigation socio-démographique : L'objectif de cette investigation est de faire le constat de la situation et de la place des personnes âgées à Reims, de comparer cette situation et de mettre en évidence l'évolution ces vingt dernières années. Pour ce faire il s'agit d'utiliser les données globales des recensements de la population (2006,1999,1990), pour Reims et pour les autres échelons retenus. De plus il s'agit d'utiliser les données infra communales pour avoir une situation fine sur la ville. S'est posée la question du niveau d'approche : 85 îlots IRIS, 50 grands quartiers ( INSEE), 8 quartiers pour l'Agence d'Urbanisme et de

Développement de la Région de Reims (AUDRR). Après discussion avec le comité de pilotage l'approche infra-communale a été retenue sur la base des 12 conseils de quartier ne regroupant les îlots IRIS.

- une investigation politique et institutionnelle : l'objectif est d'identifier la manière dont la question des personnes âgées est aujourd'hui prise en compte ou non et rendue visible dans les politiques municipales et départementales et dans les politiques des institutions. Cela s'est fait par une analyse des politiques publiques à travers les documents produits ( CUCS, ABS au CCAS , ASV,...) et la communication faite ( site internet de la ville). Cela a été complété par des entretiens avec les élus et les techniciens en charge de la mise en œuvre de ces politiques au sein des collectivités locales et des associations.

- une investigation opérationnelle : l'objectif est d'identifier auprès de différents acteurs la manière dont ils interviennent en direction des personnes âgées et la manière dont ils perçoivent leurs besoins et leurs attentes .

## 2- les outils utilisés

Trois types d'informations ont été recueillis :

- des statistiques sur les populations concernées par les aides ou les réponses apportées par les services

- des documents sur l'activité des services ( diagnostics, livrets d'accueil, rapport d'assemblée générale, projets de service ....)<sup>17</sup>

- des entretiens : 14 ont été réalisés pour 18 personnes rencontrées<sup>18</sup>. Beaucoup d'autres auraient été possibles . Les moyens et le temps imparti en ont limité le nombre . Dans ce cadre il ne peut être fait référence à la notion de représentativité. Nous avons plutôt chercher à diversifier les points de vue , même si tous n'ont pu être recueillis.

Les entretiens ont été adaptés à chaque organisation et à chaque personne rencontrée en fonction de la connaissance que nous pouvions en avoir et des informations à notre disposition. Néanmoins nous avons cherché à aborder systématiquement les points suivants :

- Leur activité en direction des seniors et des personnes âgées
- La manière dont cette activité a évolué depuis 10-15 ans
- La perception de la satisfaction des besoins des seniors et des personnes âgées
- La vision de leur activité dans les années à venir
- Plus globalement les attentes et les besoins des personnes qui seraient à prendre ne compte.
- De manière transversale les dimensions du temps et du territoire seront prises en compte .

En complément de ce recueil d'informations sur Reims nous avons amassé des informations pour d'autres villes, au niveau national et européen. Ceci s'est par une veille informationnelle sur les questions relatives aux personnes âgées entre décembre 2009 et juillet 2010.

---

<sup>17</sup> - Les principaux documents utilisés ont été répertoriés en annexe2.

<sup>18</sup> - La liste figure en annexe 4.

### ***C. Un travail de traitement et d'analyse des données***

Pour les entretiens et les documents recueillis nous avons procédé à une exploitation simple du contenu sans recourir à une méthode systématique d'analyse de contenu , peu adaptée ici.

Pour les données statistiques le travail d'exploitation a été plus complexe , notamment pour les données issues des structures rémoises. En effet la territorialisation des données n'est pas réalisée. Il a donc été nécessaire , à partir des données brutes , de retraiter toutes les informations individuelles pour pouvoir ensuite les traiter. Cela a consisté notamment à normaliser les fichiers adresses et à convertir ces fichiers adresses en référence aux douze quartiers retenus. Pour les données de l'INSEE il a été nécessaire de procéder à des regroupements pour passer des 85 îlots IRIS aux douze quartiers.

Les données ont été traitées à partir des logiciels excel et Sphinx pour certaines d'entre elles .

### ***III- LA SITUATION REMOISE***

Qu'en est-il de la situation des personnes âgées sur Reims ? Pour répondre à cette question cela suppose d'aborder la dimension démographique, la situation du logement puis les aides apportées.

Au préalable il nous faut préciser le territoire retenu. En effet ces approches supposent d'avoir un périmètre bien identifié. La commande porte sur l'analyse de la situation locale rémoise. Il est nécessaire de préciser les choses pour ne pas s'en tenir à cette seule dimension, qui pourrait être réductrice, pour deux raisons.

La première est d'ordre institutionnel. La réforme territoriale, en cours, est susceptible de venir modifier les attributions des collectivités publiques et de leurs EPCI (Etablissements Publics de Coopération Intercommunal), notamment les communautés d'agglomération. Qu'en sera t-il demain de l'intercommunalité sociale notamment ?

La seconde avait été énoncée, en son temps dans les travaux menés par l'agence d'urbanisme, en lien avec le réseau national des agences et la Fondation de France. Dans l'introduction de ce travail, comme il se doit les auteurs s'interrogeaient sur « le territoire pertinent » : *« Les agences se sont aperçues qu'il était important de définir le territoire pertinent pour mener ces réflexions prospectives sur l'anticipation du vieillissement. Souvent les réflexions des CCAS portent sur des quartiers ou des communes qui sont parfois des territoires trop étroits pour aborder les questions de mobilité par exemple ou de migrations résidentielles. A l'inverse les réflexions menées à l'échelle des départements par les Conseils Généraux dans le cadre des schémas gérontologiques présentent souvent l'inconvénient de sous-estimer les attentes et les besoins des personnes âgées en milieu urbain. C'est pourquoi il semble que le territoire pertinent pour ces études soit le bassin de vie qui reflète le vécu quotidien des habitants d'un*

*territoire* »<sup>19</sup>. Dans l'absolu cet argument est recevable mais il repose sur une conception fermée du territoire. Une frontière est définie et elle délimite alors de manière stable un dedans et un dehors. Dans le contexte sociopolitique d'aujourd'hui il est préférable de privilégier une conception emboîtée et à géométrie variable. Les territoires sont alors considérés comme interdépendants, les individus ne se définissent plus seulement par rapport à un seul territoire (ce qui a été appelé la monoterritorialité) mais par rapport à plusieurs (la multiterritorialité). Ils circulent de l'un à l'autre les frontières ne sont plus infranchissables, la prise en compte des flux est alors nécessaire. Il est donc nécessaire de considérer trois niveaux : le quartier, la commune et le département. Pour analyser ces données de base des éléments de comparaison seront pris tant au niveau national qu'europpéen.

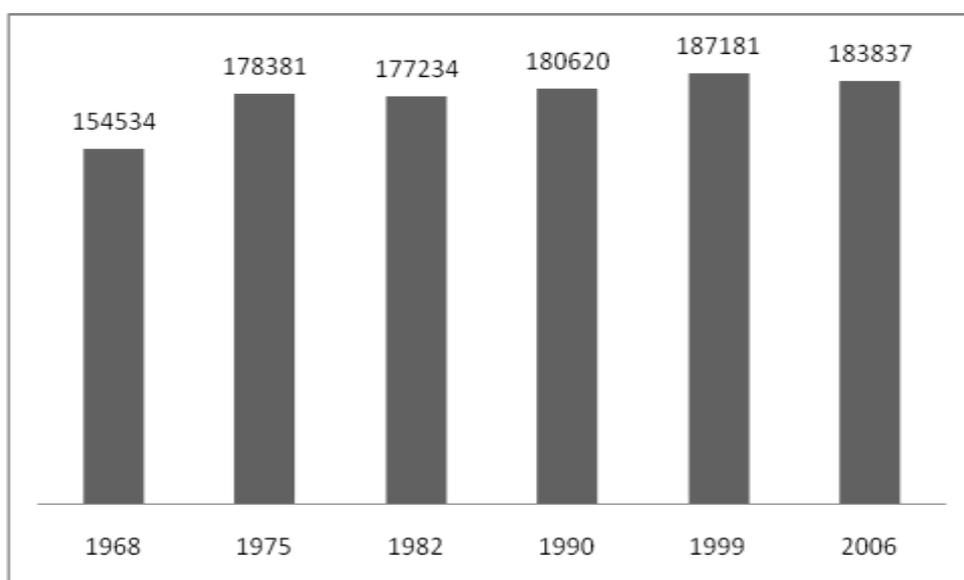
## ***A- La situation démographique rémoise***

### **1- La ville de Reims**

#### **- La population totale**

Depuis la fin des années 60 la population rémoise a augmenté de près de 20%. Cependant cela s'est fait de manière très irrégulière : d'abord une forte augmentation puis des hauts et des bas . Dans la dernière période la population a baissé de 1.8% entre 1999 et 2006 (graphique1).

**Graphique 1 : Evolution de la population de Reims de 1968 à 2006.**



Cette tendance s'explique à la fois par un contexte régional tendu en termes démographiques puisque la Champagne Ardenne est la seule région française à avoir perdu de la population entre les deux derniers recensements. Est aussi à prendre ne compte l'évolution des grandes villes . Depuis les années 1970 le modèle dominant de développement urbain reposait souvent sur un schéma allant du centre vers la périphérie : croissance faible au centre (ou décroissance), accentuée en banlieue, forte à très forte dans le périurbain.

<sup>19</sup> -Agence d'urbanisme de la Région de Reims. (2006). Vivre à Reims après 60 ans. Articuler projet de vie et projet de ville, février.

D'après l'INSEE "ce développement sous forme d'ondes concentriques est en mutation : des villes-centres renaissent, certaines banlieues et couronnes périurbaines marquent le pas ( ...) Après une longue stagnation, la croissance de la population des villes-centres reprend : 0,3 % l'an"<sup>20</sup>. Qu'en est-il sur Reims ? (voir encadré 3)

### Encadré 3 : L'évolution récente de la population rémoise

Source : Les familles avec couple quittent le centre de l'aire urbaine de Reims pour la couronne périurbaine in INSEE Flash Champagne-Ardenne. *Recensement de la population de 2006*  
La Champagne-Ardenne attire mais ne retient pas. N° 106, juillet 2009.

Au jeu des migrations résidentielles, l'agglomération rémoise affiche un déficit important, pendant que sa couronne périurbaine gagne des habitants. Comme de nombreuses aires urbaines de taille comparable, celle de Reims n'échappe pas au mouvement de périurbanisation. Sur les cinq dernières années, 10 300 personnes ont quitté l'agglomération rémoise pour s'installer dans une commune de sa couronne périurbaine. Ils ne sont que 4 600 à avoir fait l'inverse. Parmi les personnes ayant quitté la ville pour rejoindre la campagne périurbaine, 90 % sont des couples et le cas échéant leurs enfants. Rares sont les personnes seules ou les familles monoparentales qui choisissent cette trajectoire. Dans les échanges de population avec le périurbain, la ville perd des familles « traditionnelles ». Elle gagne des familles monoparentales et des personnes vivant seules. Parmi ces déménagements du périurbain vers la ville, 28 % concerne des jeunes de 18 à 24 ans ; parmi eux nombreux sont ceux à avoir rejoint le pôle universitaire rémois pour poursuivre leurs études. Représentant moins de 2 % des flux, les déplacements résidentiels des personnes de plus de 75 ans se font huit fois sur dix dans le sens du périurbain vers l'agglomération, souvent pour une entrée en institution.

- Les personnes âgées  
Qu'en est-il pour la situation des personnes âgées ( tableaux 3 et 4 ) ?

**Tableau 3 : La population des plus de 60 ans selon le sexe et l'âge en 1999**

1999	Hommes	Femmes	Total	Ratio H/F
60-74 ans	8232	10737	18969	0,77
75 ans ou +	3779	8191	11970	0,46
	12011	18928	30939	0.63
% Pop tot			16,5%	

**Tableau 4 : La population des plus de 60 ans selon le sexe et l'âge en 2006**

2006	Hommes	Femmes	Total	Ratio H/F
60-74 ans	8091	10265	18356	0,79
75 ans ou +	4251	9137	13388	0,47
	12342	19402	31744	0.64
% Pop tot			17,3%	

De 1999 à 2006, la population des personnes de plus de 60 ans n'augmente que peu (805 personnes). Par contre la répartition interne à ce groupe d'âge évolue

<sup>20</sup> - [http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref\\_id=ip1218#inter4](http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1218#inter4)

puisque les 60-74 ans perdent 613 personnes. Par suite les plus de 75 ans voient leur nombre augmenter de 1418 unités. Comme dans le même temps la population rémoise diminue la part des plus de 60 ans passe de 16.5% à 17.3%.

## 2- La comparaison avec d'autres villes

Pour mieux analyser la situation rémoise nous avons introduit une comparaison avec d'autres villes françaises. Onze ont été retenues sur la base de trois critères :

- Un premier démographique centré sur la taille des villes. Trois sont de grandes villes dont la taille est supérieure à celle de Reims ( Lille, Nantes et Nice). Cinq ont des tailles comparables à celle de Reims (Angers, Dijon, Grenoble, le Havre et Toulon). Trois sont de plus petite taille (Besançon, Nancy et Perpignan)<sup>21</sup>.
- Un second sur la base de critères géographiques. L'attractivité des régions françaises n'est pas comparable. Elle peut se faire sur des critères de dynamisme urbain, universitaire ou bien encore de climat. C'est la raison pour laquelle trois villes du sud ont été retenues ( Nice, Perpignan et Toulon).
- Un troisième sur la base de villes ayant initié des expériences particulières en direction des personnes âgées. Nous y ferons référence dans la suite du rapport.

Cette comparaison peut se faire d'abord de manière générale et ensuite pour la place des personnes âgées.

**Tableau 5 : Comparaison générale des villes**

	Population Totale		Taux de variation	Revenus fiscaux	
	Effectif en 2006	Effectif en 1999		Revenu Moyen par ménage en 2006	% ménages non imposables en 2006
ANGERS	151108	151322	- 0.14 %	27094	41,4 %
BESANCON	117836	117691	+ 0.12 %	27244	41,2 %
DIJON	151543	150138	+ 0.94 %	29946	33,3 %
GRENOBLE	156793	153426	+ 2.19 %	28675	37,1 %
LE HAVRE	179751	190924	- 5.85 %	26199	43,1 %
LILLE	225789	212566	+ 6.22 %	26128	43,0 %
NANCY	105349	103552	+ 1.74 %	29110	40,2 %
NANTES	283025	270343	+ 4.69 %	30283	37,9 %
NICE	348721	343123	+ 1.63 %	30290	41.0 %
PERPIGNAN	116041	105096	+ 10.41%	23869	53.0 %
REIMS	183500	187181	- 1.97 %	27927	39,4 %
TOULON	166537	160712	+ 3.62 %	27266	44.6 %
Ensemble	2185992	2146074	+ 1.86%		

Source : INSEE

<sup>21</sup> - Une présentation plus complète sur les caractéristiques des principales villes de France figure dans la fiche I-A (rapport annexe).

Globalement les douze villes retenues ont connu une augmentation de leur population entre 1999 et 2006 : +1.86% . Cela cache des disparités importantes. Trois d'entre elles, dont Reims, connaissent une baisse. L'augmentation des autres , qui peut aller jusqu'à 10% pour Perpignan, renvoie à divers phénomènes : développement de métropoles ou attractivité du sud de la France.

Quelle place occupent les personnes âgées dans ces villes ? Deux séries d'indicateurs peuvent être utilisés. La première est issue des recensements de 1999 et 2006; la seconde provient des données de la CNAM.

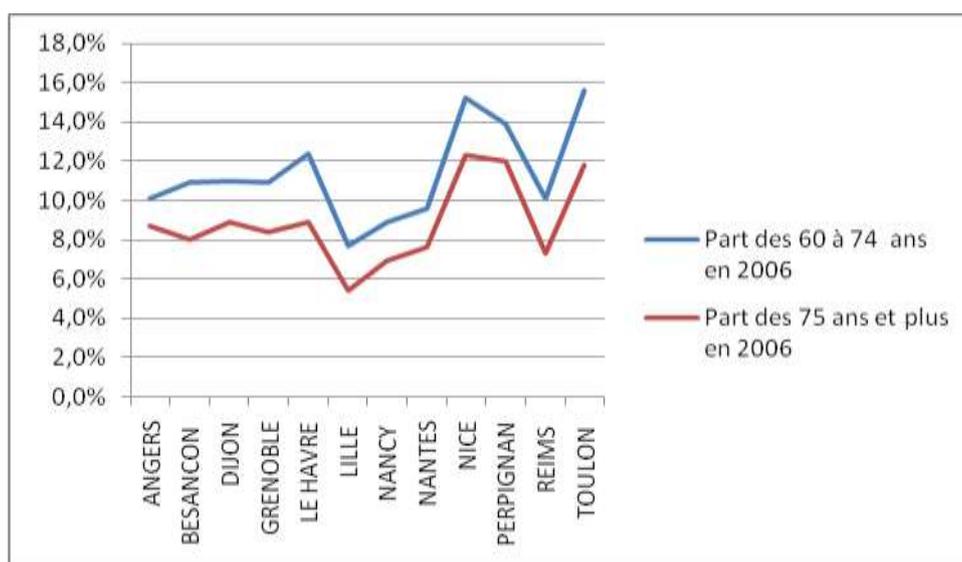
**Tableau 6 : Comparaison des villes selon la part des personnes âgées en 1999 et 2006**

	Part des 60 à 74 ans en 1999	Part des 60 à 74 ans en 2006	Part des 75 ans et plus en 1999	Part des 75 ans et plus en 2006	Part des 60 à 75 ans dans la population CNAM	Part des plus de 75 ans dans la population CNAM
ANGERS	10,6%	10,1%	8,0%	8,7%	11,5%	10,3%
BESANCON	10,5%	10,9%	6,9%	8,0%	12,4%	9,7%
DIJON	11,0%	11,0%	8,0%	8,9%	12,5%	9,7%
GRENOBLE	11,8%	10,9%	7,9%	8,4%	11,5%	9,5%
LE HAVRE	12,6%	12,4%	7,6%	8,9%	12,8%	9,4%
LILLE	8,7%	7,7%	5,5%	5,4%	8,9%	5,9%
NANCY	9,0%	8,9%	7,1%	6,9%	11,1%	8,9%
NANTES	10,8%	9,6%	7,3%	7,6%	10,5%	8,6%
NICE	16,2%	15,2%	12,7%	12,3%	14,9%	11,6%
PERPIGNAN	16,1%	13,9%	12,5%	12,0%	13,6%	10,9%
REIMS	10,1%	10,1%	6,4%	7,3%	11,8%	8,3%
TOULON	15,8%	15,6%	11,9%	11,8%	14,3%	10,7%
<b>Ensemble</b>	<b>12,2%</b>	<b>11,5%</b>	<b>8,6%</b>	<b>9,0%</b>	<b>12,3%</b>	<b>9,5%</b>

Globalement la tendance d'augmentation de la population des plus de 60 ans n'est pas aussi nette que cela. Pour les 12 villes étudiées, la part des plus de 60 ans passe de 20.8% à 20.5% entre 1999 et 2006. Reims fait de ce point de vue exception, même si cette part est inférieure à la moyenne . De manière plus fine une seule ville voit sa part des 60 à 74 ans augmenter (Besançon). Pour 9 d'entre elles cette part diminue. C'est d'autant plus vrai que la population augmente (Lille, Nantes, Perpignan). Par contre la part des plus de 75 ans augmente pour sept des douze villes. Elle augmente plus fortement pour trois d'entre elles : Besançon, le Havre et Reims.

De manière plus synchronique, en 2006, la part des plus de 60 à 74 ans est très variable ( graphique 2) : elle va du simple au double entre Lille (7.7%) et Toulon (15.6%). Il en est de même pour les 75 ans et plus : Lille (5.5%) et Nice (12.3%). Pour les deux indicateurs Reims est plutôt dans le bas de la fourchette. 7 villes ont un taux de 60-74 ans plus élevé: 9 pour les 75 ans et plus .

**Tableau 7 : La part des plus de 60 ans en 2006 dans les 12 villes**



### 3- les quartiers de Reims

Changeons maintenant de focale en appréhendant la situation des quartiers de Reims. Pour ce faire nous avons repris, tel que prévu dans le cahier des charges , les douze quartiers de Reims correspondant aux conseils de quartier. Nous avons donc procédé soit à synthèse de données existantes, soit à une territorialisation d'autres données , lorsque c'était possible<sup>22</sup>.

- La population par quartiers

**Tableau 8 : Evolution démographique des quartiers de Reims de 1999 à 2006.**

		1999	2006	Evolution	Taux de variation
1	Barbatre, Saint Rémi, Verrerie	13 323	12 885	-438	- 3.3
2	Bois d'Amour, Courlancy, Porte de Paris	8 900	9 220	+ 320	+ 3.6
3	Centre Ville	24 069	24 911	+ 842	+ 3.5
4	Cernay, Epinettes, Jamin, Jaurés	20 445	20 685	+240	+ 1.2
5	Charles Arnould, Claimarais	16 365	16 720	+355	+2.2
6	Chatillons	8 136	7 727	-409	-5.0
7	Chemin Vert, Europe	17 914	17 070	-844	- 4.7
8	Croix Rouge, Hauts de Murigny	21 044	20 557	-487	- 2.3
9	La Neuvilette, Trois Fontaines	6 839	6 682	-157	-2.3
10	Laon-Zola, Neufchatel, Orgeval	19 722	19 421	- 301	-1.5
11	Maison Blanche, Sainte Anne, Wilson	17 890	16 280	- 1610	-9.0
12	Murigny	12 534	11 680	- 854	-6.8
		187 181	183 838	- 3343	- 1.8

Pour mémoire les douze quartiers rémois sont hétérogènes de par leur taille, puisque l'on va quasiment du simple au quadruple : 6682 habitants pour la

<sup>22</sup> - Voir fiche I-B pour la correspondance entre les îlots IRIS et les quartiers.

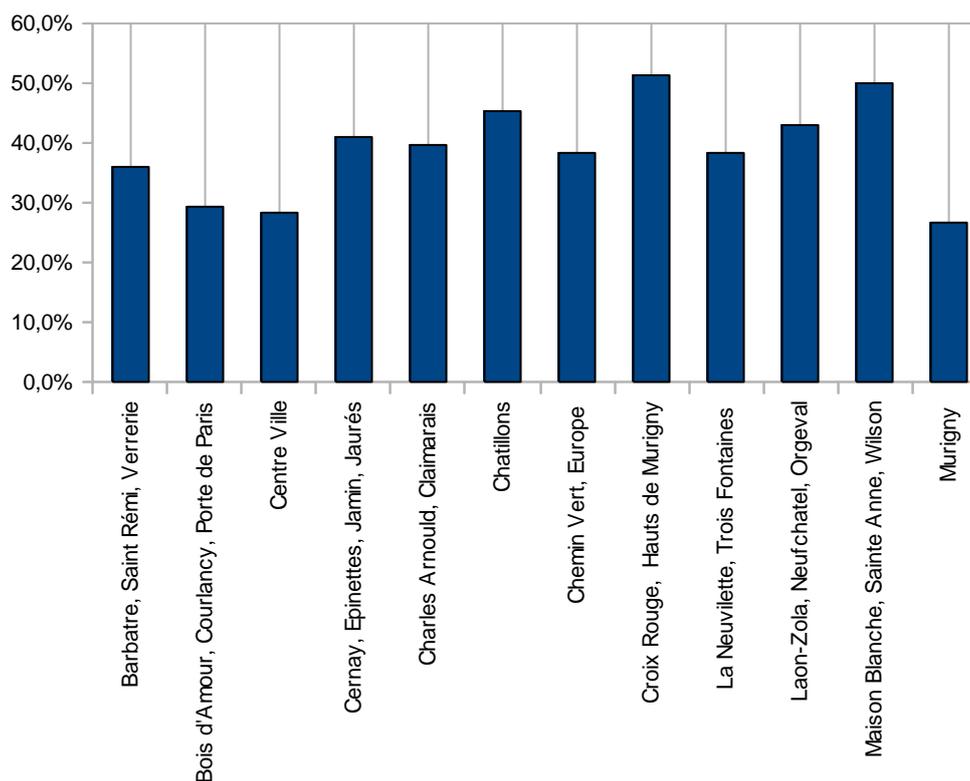
Neuville-Trois Fontaines et 24 911 pour le centre ville. Cinq d'entre eux ont moins de quinze mille habitants.

De 1999 à 2006 les quartiers ont aussi connu des situations démographiques très contrastées. En valeur absolue les trois plus fortes pertes d'habitants se font à Maison Blanche-Saint Anne -Wilson (n° 11), Murigny (n° 12) et à Chemin Vert-Europe. Les gains les plus importants sont dans un centre ville élargi : Centre Ville (n°3), Bois d'Amour, Courlancy, Porte de Paris (n°2), Cernay, Epinettes, Jamin, Jaurés (n°4) et Charles Arnould, Clairmarais (n° 5)

Ces variations, notamment à la baisse, s'expliquent de diverses manières : par les opérations de renouvellement urbain, notamment sur le quartier de Wilson , par les cycles familiaux : les familles arrivées avec de jeunes enfants sur un quartier voient ceux ci partir vivre leur vie. Lorsque ces quartiers ont été construits de toute pièce avec une forte homogénéité générationnelle cela contribue à de fortes variations de population ( c'est sans doute le cas sur le quartier de Murigny).

- les ménages fiscaux

**Graphique 2 : Part des ménages non imposables selon les quartiers en 2007**



Les données par quartiers permettent aussi d'appréhender la situation fiscale. L'indicateur retenu est celui de la part des ménages non imposables. Là encore les situations sont très contrastées : le taux va du simple au double lorsque l'on passe du quartier Croix Rouge-Hauts de Murigny (51.2%) au quartier de Murigny (26.6%). Trois de ces quartiers ont un taux inférieur à 30 %. Quatre ont un taux compris entre 30 et 40 %; Cinq ont un taux supérieur à 40 %.

- les personnes âgées :

Qu'en est il des personnes âgées dans les différents quartiers de Reims ? Appréhendons les d'abord globalement par la part des plus de 60 ans , puis de manière différenciée .

En 2006 les plus de 60 ans sont 31 744 à Reims. Où sont les effectifs les plus importants<sup>23</sup> ? Quatre quartiers représentent chacun plus de 10 % du total : Centre Ville : 4210 (13.3%); Cernay, Epinettes, Jamin, Jaurès 3765 ( 11.9%) ; Chemin Vert Europe 3 743(11.8%) ; Laon-Zola, Neufchatel, Orgeval : 3262 (10.3%). A contrario dans certains quartiers cette proportion passe à moins de 4 % : Chatillons ( 3.9%) et Murigny (3%).

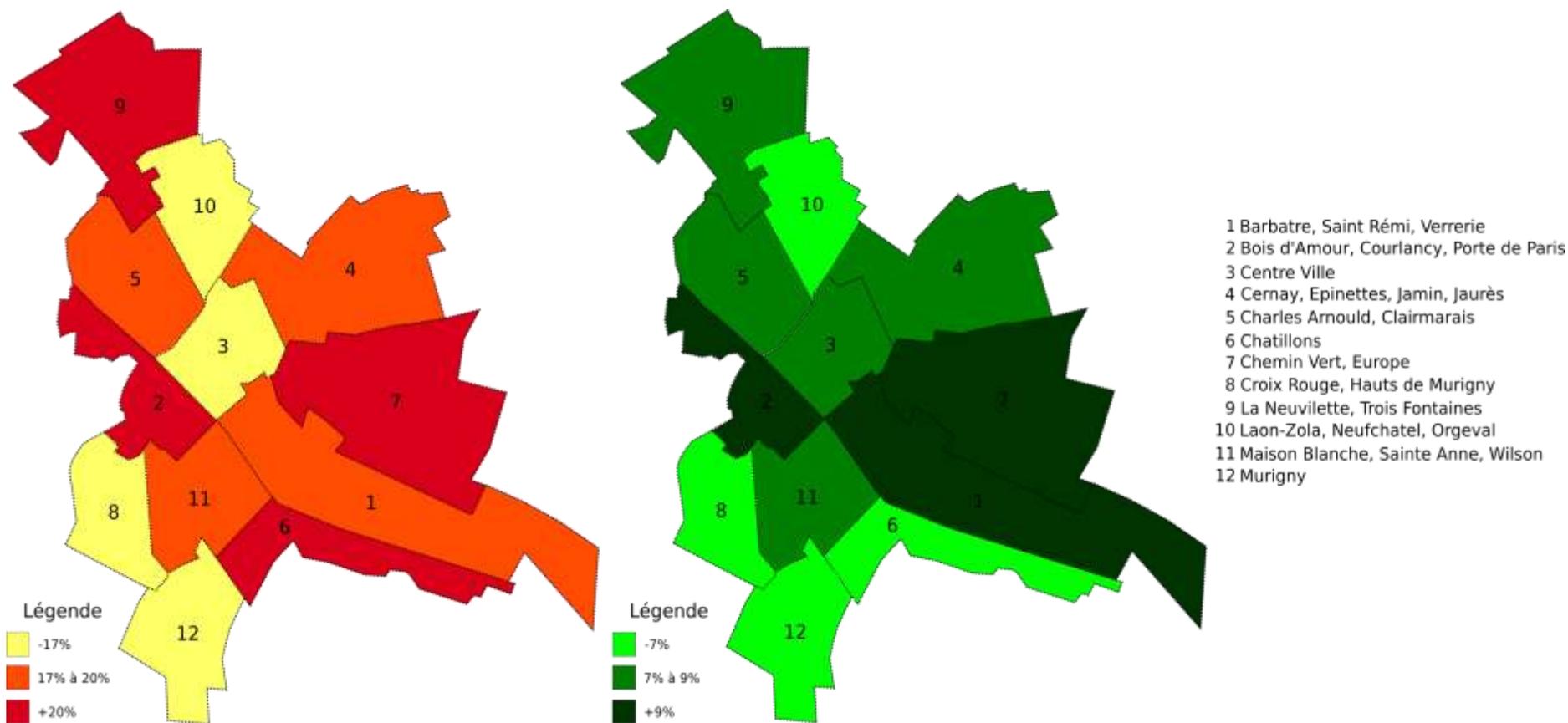
Centrons nous sur les deux groupes d'âge et voyons comment les choses ont évolué entre 1999 et 2006 ? Globalement la part des 60-74 ans est stable. Elle est en baisse dans huit des douze quartiers. Les augmentations les plus fortes sont à Chatillons, Croix Rouge et hauts de Murigny et Murigny. Par contre la part des 75 ans et plus augmente de près d'un point. Les augmentations les plus sensibles sont observables au Chemin-Vert , Europe, à la Neuville Trois Fontaines et au Bois d'Amour-Courlancy-Porte de Paris.

**Tableau 9 : La répartition des personnes âgées par quartiers**

		Part des 60 –74 ans en 1999	Part des 60 –74 ans en 2006	Part des + de 75 ans en 1999	Part des + de 75 ans en 2006	Part des + de 60 ans en 2006
1	Barbatre, Saint Rémi, Verrerie	10.7	9.9	7.8	9.2	19.1
2	Bois d'Amour, Courlancy, Porte de Paris	11.6	10.4	10.3	11.8	22.2
3	Centre Ville	8.6	8.8	7.4	8.1	16.9
4	Cernay, Epinettes, Jamin, Jaurés	11.1	10.3	7.9	7.9	18.2
5	Charles Arnould, Claimarais	11.0	9.8	7.4	7.3	17.1
6	Chatillons	10.2	10.8	4.4	5.4	16.2
7	Chemin Vert, Europe	12.9	11.9	7.8	10.0	21.9
8	Croix Rouge, Hauts de Murigny	7.3	9.1	2.6	3.0	12.1
9	La Neuville, Trois Fontaines	17.2	16.4	7.0	8.7	25.1
10	Laon-Zola, Neufchatel, Orgeval	10.5	10.3	5.7	6.5	16.8
11	Maison Blanche, Sainte Anne, Wilson	11.2	10.3	7.2	8.5	18.8
12	Murigny	3.8	5.8	1.7	2.3	8.1
		10.1	10.0	6.4	7.3	17.3

En 2006 la situation ( carte 1) peut se résumer par une typologie des quartiers (tableau 10).

<sup>23</sup> - Le tableau complet sur les effectifs et la structure par quartiers des plus de 60 ans est repris dans la fiche I-C du rapport annexe



Carte 1 : Part des plus de 60 ans et des plus de 75 ans par quartiers en 2006

**Tableau 10 : Typologie des quartiers selon la part des personnes âgées**

+ 60 ans + 75 ans	Fort	Moyen	Faible
Fort	2 , 7	6	
Moyen		4, 5, 9	3
Faible	6		8, 10 ,12

Bois d'Amour-Courlancy-Porte de Paris et Chemin-Vert-Europe sont les deux quartiers pour lesquels la présence des personnes âgées est la plus forte . A l'inverse on retrouve trois quartiers déjà cités Croix Rouge-Hauts de Murigny (8) , Laon Zola-Neufchâtel-Orgeval (10) et Murigny (12). Les autres quartiers sont soit dans des positions médianes ou quelque peu décalées.

Pour aller plus loin dans l'analyse il nous faut maintenant intégrer la dimension du logement .

### ***B- La situation du logement***

Une enquête exhaustive n'a pas été menée sur le domaine du logement. Deux points seront abordés : la situation dans un organisme logeur et l'état de l'offre d'hébergement sur Reims.

#### **- La situation dans un organisme de logement social.**

Quelle place occupent les personnes âgées dans un organisme logeur ? Les données de l'un d'entre eux ( tableau 11) vont nous permettre de répondre, en partie, à cette question .

**Tableau 11 : La place des personnes âgées dans un organisme de logement social<sup>24</sup>**

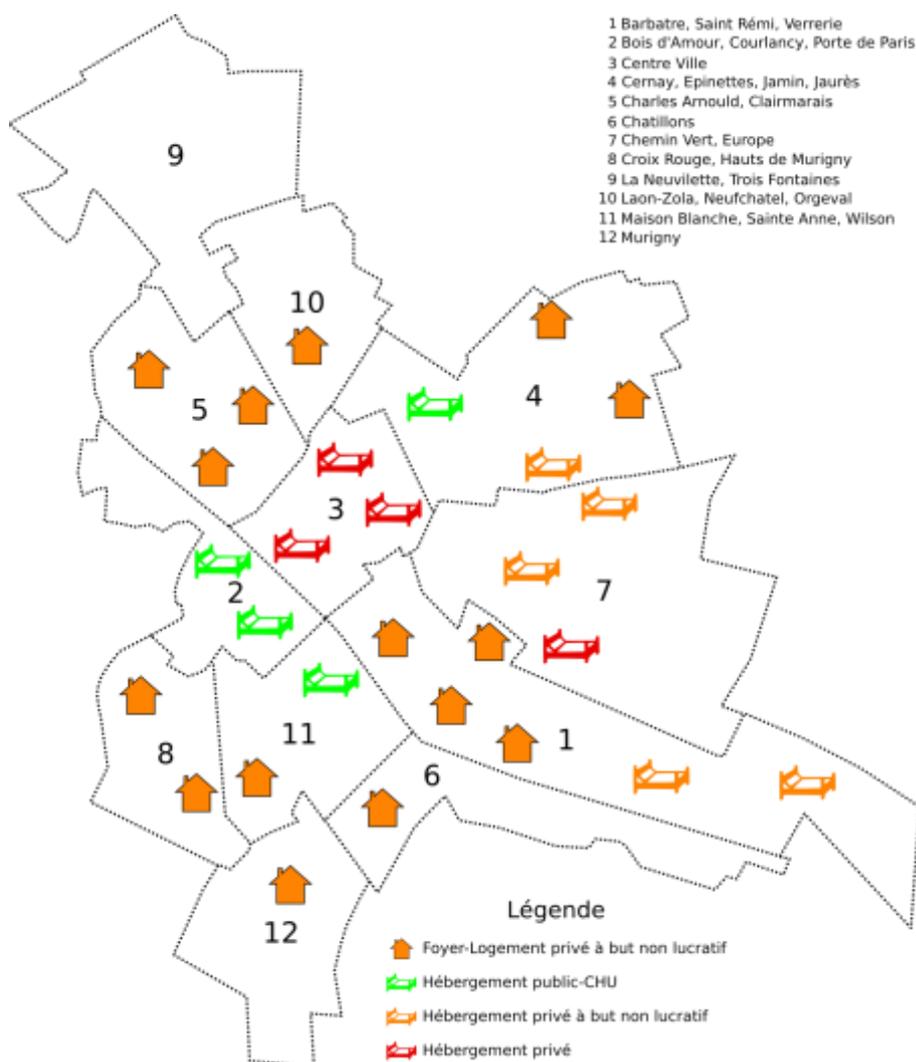
Quartiers de Reims	65/74 ans	75 ans & +	Total
Maison Blanche	141	232	373
Neufchatel-Laon	125	188	313
Croix Rouge-Université	181	130	311
Europe-Chemin Vert	72	101	173
Neuville-TroisFontaines	79	89	168
Centre	58	55	113
Hauts de Murigny	52	58	110
Murigny	51	56	107
Porte de Paris -Courlancy	39	57	96
Orgeval	36	25	61
Cernay-Jean Jaurès	21	37	58
Sainte-Anne-Verrerie	13	9	22
Wilson	1	1	2
<b>Total</b>	<b>869</b>	<b>1038</b>	<b>1907</b>
	9.0%	10.8%	19.8%

<sup>24</sup> - Il est à remarquer que les catégories d'âge et le découpage des quartiers ne sont pas identiques à ceux qui ont été utilisés jusque là. C'est souvent la difficulté dans ce type de travail.

Reims Habitat dispose d'un parc de 10015 logements locatifs. Sur Reims 9636 sont occupés. Près de 20 % d'entre eux sont occupés par des locataires ayant 65 ans ou plus , dont plus de 10 % concerne des personnes d'au moins 75 ans .

### - les structures d'hébergement :

L'identification des structures d'hébergement sur Reims n'est pas simple. Selon les sources, on peut observer des variations tant sur les structures que sur leur capacité<sup>25</sup>. Néanmoins on peut visualiser leur répartition dans les différents quartiers de Reims( carte 2). Sont ici distingués les foyers logements privés à but non lucratif des structures d'hébergements ( EHPAD) qui peuvent être publiques ( CHU de Reims) ou privées, lucratives ou non .



Carte 2 : Les hébergements pour personnes âgées par quartiers

Les hébergements, notamment privés, sont très concentrés dans le centre ville (quartier 3) ou à proximité. Un deuxième cercle est constitué par les

<sup>25</sup> - Voir la fiche III-A dans le rapport annexe.

hébergements, public ou privé non lucratif. Un troisième cercle est constitué par les foyers logements .

De manière plus quantitative nous avons réalisé une évaluation de l'offre d'hébergement<sup>26</sup> en la territorialisant (tableau 11)

**Tableau 11: Evaluation de l'offre d'hébergement par quartiers**

Quartier	Nombre Lits	Nombres d'appartements	Total places	Rapport places/population des 75 ans et +.	Rang
1	47	272	319	26,8%	3
2	440		440	40,3%	1
3	284		284	14,1%	10
4	202	128	330	20,1%	6
5		221	221	18,1%	7
6		72	72	17,2%	8
7	197	69	266	15,6%	9
8		155	155	25,4%	4
9			0	0,0%	12
10		84	84	6,7%	11
11	345	67	412	29,9%	2
12		67	67	25,0%	5
	<b>1515</b>	<b>1135</b>	<b>2650</b>	<b>19,8%</b>	-

L'offre totale est évaluée à 2650 places dont 1515 (57.2%) est en lits. Si on ramène cette offre à la population des 75 ans et plus , cela nous donne un rapport de 19.8%. D'une autre manière, pour cinq personnes de plus de 75 ans résidant sur Reims , il existe une place dans une structure d'hébergement . Elle est très inégalement répartie dans les quartiers de Reims : la Neuviètte -Trois Fontaines ne dispose d'aucune place. Bois d'Amour-Courlancy-Porte de Paris a un rapport de 40.3%, en lien avec la présence de deux des trois structures du CHU de Reims.

Sans pour autant considérer que ce rapport devrait être le même dans tous les quartiers, la localisation de l'offre d'hébergement est très inégale. Ceci est à mettre en lien avec les coûts du foncier, l'attractivité ....Pour autant cela laisse en suspens la question de la proximité de l'hébergement . Nous y reviendrons.

<sup>26</sup> - Le terme évaluation est à prendre ici au sens de l'approximation . Celle-ci est due à l'imprécision des données et à l'amalgame fait entre des lits et des appartements. On sait cependant que le ratio entre le nombre de logements et le nombre de personnes est très légèrement supérieur à un. Pour l'ARFO , dont le potentiel rémois est de 1072, 1148 résidents ont été comptabilisés en 2008 soit un ratio de 1.07.

## C- Les aides apportées

Pour terminer cette présentation de la situation rémoise nous allons nous intéresser aux aides apportées aux personnes âgées sur Reims. Celles-ci sont nombreuses . Dans la suite logique de cette partie Nous privilégions ici celles qui sont susceptibles d'être territorialisées<sup>27</sup>. Elles sont peu nombreuses de ce point de vue : les données du CCAS et les données relatives au répertoire des personnes vulnérables.

### - les données du CCAS

Elles nous ont permis, après traitement spécifique, d'avoir une approche précise et territorialisée des aides apportées ( encadré 4) . Trois ont été étudiées : la carte familiale de solidarité , les différents types du droit universel de soutien (les anciens secours) et la carte vermeil de transport.

#### Encadré 4 : Les aides apportées par le CCAS de Reims

Source : <http://www.ville-reims.fr/fr/citoyennete/solidarite-sante/action-sociale/acteurs/le-ccas/ccas-que-faisons-nous/index.html>

- Les aides financières : secours argent, aides au paiement du loyer courant, aide sur factures diverses (eau, EDF...), aides aux vacances : séjours familiaux, colonies, aides aux centres de loisirs sans hébergement pour les familles ne bénéficiant pas de la carte familiale de solidarité.

Les Conditions d'attribution des aides financières :

- disposer d'une résidence stable sur Reims depuis au moins trois mois
- avoir des ressources inférieures au reste à vivre

Le reste à vivre : l'ensemble des ressources de toutes les personnes vivant sous le même toit est pris en compte. Sont déduits de ces ressources :

- l'ensemble des charges liées au logement (loyer de base, charges locatives, charges eau, loyer garage, contrat chaudière, énergie, assurance habitation, plan d'apurement loyer),
- la pension alimentaire si elle existe,
- le plan d'apurement Banque de France si il existe

- La carte familiale de solidarité : cette carte donne droit à une participation financière pour les haltes-garderies organisées par les maisons de quartier limitée à trois demi-journées par semaines (60 heures par mois), une participation aux crèches, une participation aux centres aérés gérés par les organismes agréés (limitée à 60 jours par an) ainsi que les mercredis en période scolaire, la gratuité des cantines de la Caisse des Ecoles de Reims et une participation aux frais de cantine des élèves en maternelle et primaire des écoles privées de Reims, des réductions dans les piscines et à la patinoire, entrée gratuite au Parc de Champagne, accès gratuit aux bibliothèques, médiathèques et aux musées municipaux.

Cette carte de solidarité a une durée de validité de 6 mois et doit être renouvelée 15 jours avant sa date d'expiration. Peuvent bénéficier de ces prestations les familles et les personnes seules.

Conditions d'octroi de la carte de solidarité

- disposer d'une résidence stable sur Reims depuis au moins 3 mois
- avoir des ressources inférieures au Reste à vivre

<sup>27</sup> - Ce point est traité dans la fiche I-D du rapport annexe.

• *La carte de transport urbain « vermeil »* : cette carte délivrée par le CCAS permet de circuler dans les transports en commun de Reims. Seules les personnes âgées de plus de 65 ans et non imposées sur le revenu peuvent en bénéficier.

. La carte familiale de solidarité et les "secours":

En 2009 175 cartes de solidarité, pour 375 personnes, ont été délivrées à des personnes de plus de 65 ans. Elles concernent, dans l'ordre d'importance, des familles monoparentales ( 56), des femmes seules ( 54), des familles ( 27) des hommes seuls (26) et des couples (12). Elles sont mobilisées prioritairement sur trois quartiers ( tableau 13) : Croix Rouge-Hauts de Murigny ; Maison Blanche,, Sainte Anne et Wilson et Chatillons.

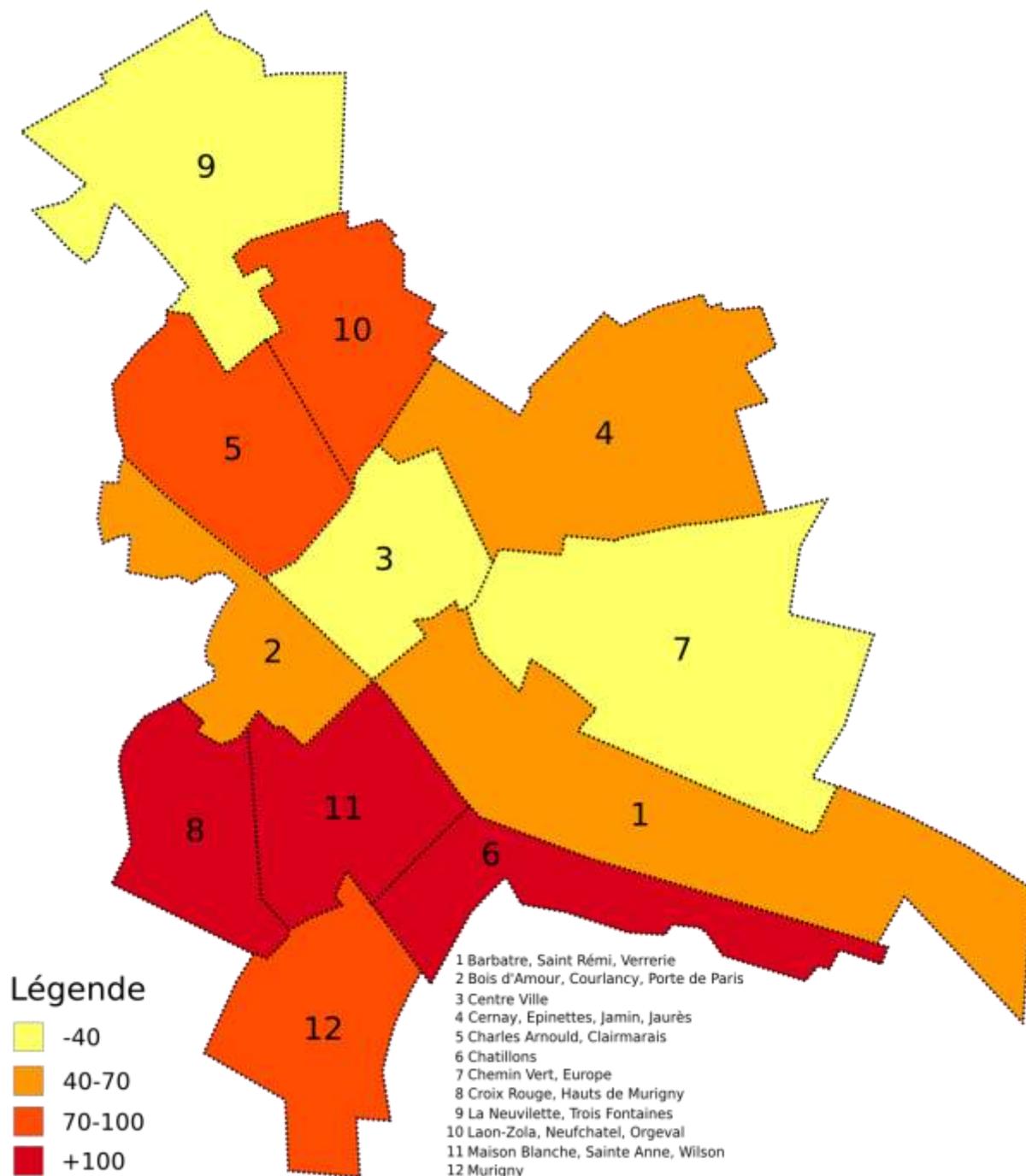
**Tableau 12 : Répartition des aides par quartiers**

		Carte Familiale de solidarité		Secours	
		Nombre	%	Nombre	%
1	Barbatre, Saint Rémi, Verrerie	9	5,1%	29	5,2%
2	Bois d'Amour, Courlancy, Porte de Paris	2	1,1%	25	4,4%
3	Centre Ville	11	6,3%	27	4,8%
4	Cernay, Epinettes, Jamin, Jaurés	12	6,9%	45	8,0%
5	Charles Arnould, Claimarais	7	4,0%	49	8,7%
6	Chatillons	18	10,3%	52	9,3%
7	Chemin Vert, Europe	7	4,0%	22	3,9%
8	Croix Rouge, Hauts de Murigny	67	38,3%	130	23,1%
9	La Neuville, Trois Fontaines	1	0,6%	10	1,8%
10	Laon-Zola, Neufchatel, Orgeval	8	4,6%	56	10,0%
11	Maison Blanche, Sainte Anne, Wilson	26	14,9%	102	18,1%
12	Murigny	7	4,0%	15	2,7%
		175	100,0%	562	100,0%

Les "secours" apportés aux personnes âgées de plus de 60 ans en 2009 sont plus nombreux : 562. Il s'agit le plus souvent de secours en espèces (78.8%) ; puis viennent les aides pour le loyer (11.8%). Le reste concerne les énergies. Ces secours sont plus répartis de manière plus égale par quartiers, au moins sur six d'entre eux. Les trois, cités pour la carte familiale de solidarité, sont rejoints par trois autres: Cernay, Epinettes, Jamin, Jaurés ; Charles Arnould, Claimarais et Laon-Zola, Neufchatel, Orgeval.

Une analyse plus fine par type d'aides montre que selon les quartiers les secours financiers sont plus ou moins importants. Dans les quartiers 4, 5 et 6 ces secours représentent plus de 80 % des aides apportées . A contrario dans les quartiers 8 et 10 , on passe à 70% , avec une part plus grande pour les secours loyers notamment. Nous reviendrons plus loin sur les questions de pauvreté mais cela nous indique sans doute des difficultés qui ne sont pas de même nature et qui ne renvoient pas aux mêmes situations ( propriétaire/locataire; habitat social/habitat privé...).

Pour comparer ces données plus systématiquement on peut calculer un ratio des secours par rapport à la population des plus de 60 ans en 2006<sup>28</sup>. Quatre types de quartiers apparaissent alors (Carte 3). Il faut être prudent sur



**Carte 3: Ratio des secours par rapport à la population de + 60 ans en 2006.**

<sup>28</sup> - Pour ce faire on compare la distribution des secours par quartiers avec celle de la population des plus de 60 ans. Le ratio sera de 100 si les deux distributions sont les mêmes. Il sera supérieur à 100 si le poids des secours est plus important que celui de la population, et inférieur dans la situation inverse. Par exemple le quartier de Croix Rouge représente 7.8% de la population des plus de 60 ans et 23.1% des secours : le ratio est de 296. Ce quartier est trois fois plus représenté dans les secours que dans la population totale. A contrario le ratio est de 33 pour le quartier de Chemin Vert-Europe, qui est trois fois moins représenté.

l'interprétation . En effet deux phénomènes peuvent se cumuler : d'une part les difficultés effectives des plus de 60 ans mais aussi le recours ou le non recours aux systèmes d'aide <sup>29</sup> que ce soit pour des raisons de proximité ou des raisons de principe .

. la carte vermeil : C'est le dispositif d'aide qui est le plus sollicité : en 2009, 3962 cartes ont été accordées. Pour autant rien ne permet de dire qu'elles ont toutes été utilisées. La répartition par quartier est ici plus égale. La ratio, calculé sur le même principe que les secours, donne des écarts moindres<sup>30</sup> . la fourchette est cependant de 42 ( centre ville) à 162 (Croix Rouge, Hauts de Murigny).

- le répertoire canicule

Depuis la canicule de 2003, toute ville a l'obligation de tenir à jour un répertoire des personnes vulnérables. A Reims , c'est le service communal d'hygiène et de santé qui en a la charge.

#### Encadré 4 : La prévention canicule à Reims

##### 1- Le fondement législatif : l'article L 121-6-1 du CASF

"Afin de favoriser l'intervention des services sociaux et sanitaires, les maires recueillent les éléments relatifs à l'identité, à l'âge et au domicile des personnes âgées et des personnes handicapées qui en ont fait la demande. Ces données sont notamment utilisées par les services susmentionnés pour organiser un contact périodique avec les personnes répertoriées lorsque le plan d'alerte et d'urgence prévu à l'[article L. 116-3](#) est mis en oeuvre. Les maires peuvent également procéder à ce recueil à la demande d'un tiers à la condition que la personne concernée, ou son représentant légal, ne s'y soit pas opposée.

##### 2- Les textes d'application :

- Le décret n° 2004-926 du 1 septembre 2004 pris en application de l'article L.121-6-1 du CASF et fixant les modalités de recueil, de transmission et d'utilisation des données nominatives relatives aux personnes âgées et aux personnes handicapées bénéficiaires du plan d'alerte et d'urgence départemental en cas de risques exceptionnels

- la circulaire interministérielle n° DGS/DUS/UAR /2010/175 du 28 mai 2010 relative aux nouvelles dispositions contenues dans la version 2010 du plan national canicule et à l'organisation de la permanence des soins propre à la période estivale.

##### 3- L'information à Reims

Source : site de la ville de Reims

A l'approche de l'été, le plan d'alerte et d'urgence départemental est reconduit. La Ville de Reims réactive son recensement des personnes âgées, isolées et vulnérables résidant à leur domicile. Les personnes non encore répertoriées sont invitées à se faire connaître auprès du Service Communal d'Hygiène et de Santé, 33 bis rue Laurent Déramez, 51100, Reims.

Rappelons que la démarche d'inscription est volontaire et à cet effet, des formulaires seront à disposition des intéressés à l'accueil de l'Hôtel de Ville, dans les mairies annexes, au service Communal d'Hygiène et de Santé ainsi que dans les centres de soins.

<sup>29</sup>- Cette thématique se développe aujourd'hui . Voir deux articles récents . MAZET,P. (2010) La non demande de droits : prêtons l'oreille à l'inaudible. [laviedesidees.fr](#) , 1 juin. WARIN, P. (2010). Qu'est-ce que le non recours aux droits sociaux ? [laviedesidees.fr](#), 1 juin.

<sup>30</sup> - Le tableau détaillé figure dans la fiche II-A du rapport annexe.

L'exploitation des données du répertoire prévu dans le plan d'alerte et d'urgence départemental en cas de risques exceptionnels a fourni les résultats suivants : 602 personnes étaient inscrites au 25 février 2010 dont 44 de moins de 60 ans . Leur répartition par quartiers (tableau 14) fait apparaître des écarts dans les ratios ( fourchette de 42 à 146).

**Tableau 13 : Répartition des personnes inscrites dans le répertoire "canicule" par quartiers**

		Nombre	%	Ratio
1	Barbatre, Saint Rémi, Verrerie	34	6,1%	79
2	Bois d'Amour, Courlancy, Porte de Paris	15	2,7%	42
3	Centre Ville	63	11,3%	85
4	Cernay, Epinettes, Jamin, Jaurés	82	14,7%	124
5	Charles Arnould, Claimarais	73	13,1%	146
6	Chatillons	20	3,6%	92
7	Chemin Vert, Europe	88	15,8%	134
8	Croix Rouge, Hauts de Murigny	44	7,9%	101
9	La Neuville, Trois Fontaines	22	3,9%	74
10	Laon-Zola, Neufchatel, Orgeval	60	10,8%	105
11	Maison Blanche, Sainte Anne, Wilson	41	7,3%	76
12	Murigny	16	2,9%	97
		558	100,0%	100

#### ***IV- ATTENTES, PROBLEMATIQUES ET BESOINS DES PERSONNES AGEES***

Dans la commande initiale l'analyse des attentes et des besoins sociaux des personnes âgées n'était pas explicitement prévue. Il semble cependant difficile de faire l'impasse sur cette question. Pour l'aborder nous utiliserons donc trois moyens. Le premier consiste en une analyse secondaire des données existantes. Le second repose sur le contenu des entretiens des personnes rencontrées. Le troisième consiste à prendre appui sur des enquêtes plus larges, souvent nationales.

##### ***A. Les travaux existants***

Divers travaux ont été réalisés en étant consacrés en tout ou partie aux personnes âgées. Que nous disent-ils des attentes, des problématiques et des besoins ?

##### **1- Les travaux de l'agence d'urbanisme**

Au début des années 2000 la Fondation de France, toujours très présente sur les questions relatives aux personnes âgées, a lancé un programme "Vieillir dans son quartier dans son village" en lien avec la Fédération Nationale des Agences d'Urbanisme (FNAU). Celui-ci a été décliné à Reims et a donné lieu à d'importants travaux. Certes ils datent de 2006 mais il est intéressant de les

avoir en tête , sachant que certains phénomènes mis en évidence restent pour partie d'actualité. Une enquête quantitative sur un échantillon de près de 300 personnes âgées avait été réalisée et complétée par une enquête quantitative . Cinq thèmes avaient été abordés : les activités pratiquées, la vie sociale, les déplacements dans la ville, l'environnement, l'habitat et le logement ; la vie domestique, l'environnement et l'information. Certains éléments seront repris dans les points suivants.

## **2- Les rapports d'Analyse des Besoins Sociaux du CCAS**

Réglementairement le CCAS est soumis à l'obligation annuelle de réaliser une Analyse des Besoins Sociaux. Deux rapports ont été étudiés.

- Le rapport 2007

Dans sa première partie, "les actions sociales grand public", une demi page est consacrée aux seniors. L'essentiel des données vient des acteurs associatifs (ARDOPA, ORRPA et centres sociaux). La seule information provenant directement des activités du CCAS est consacrée à la carte vermeil dont on sait qu'il y a une baisse de 1.45% par rapport à 2006 et que les dépenses sont en hausse de 3.61%. Les autres données traitées notamment sur la pauvreté et la précarité ne donnent pas d'information sur les usagers seniors.

- Le rapport 2008

Il est structuré de la même manière et accorde la même place aux seniors. Les chiffres pour la carte vermeil sont de + 0.52% par rapport à 2007 et une augmentation des dépenses de 3.9%.

Ces deux rapports ne nous permettent pas vraiment d'identifier des besoins sociaux spécifiques des personnes âgées sur Reims. Les ressources statistiques disponibles, en lien avec les aides apportées, sont ici peu mobilisées. D'autre part elles ne sont pas recueillies pour pouvoir être territorialisées. Nous y reviendrons dans la dernière partie.

## **3- Le projet associatif de l'ORRPA**

En mars 2009 l'ORRPA a organisé un séminaire, réunissant 70 personnes, autour de la question : quel projet associatif pour demain ? Au delà des interventions introductives l'objectif était de réfléchir sur les actions et les réponses possibles dans les cinq domaines suivants : la perte d'autonomie, les loisirs , la culture et la consommation; les relations avec les partenaires et la place dans la ville ; la communication et la formation interne et externe ; la précarité et l'isolement intergénérationnel.

Les discussions ( encadré 6) ont surtout porté sur l'image de l'ORRPA et sa communication externe. Néanmoins on peut souligner trois points forts : la vigilance à la précarité, la réaffirmation du principe de solidarité et la dimension intergénérationnelle.

L'ORRPA reste quand même une grosse institution. Elle est connue par le bouche à oreille. On vient à l'ORRPA quand on est confronté à une situation délicate ou besoin d'un renseignement (besoin d'aide, conseil etc....)

Proposition : faire un questionnaire pour mieux connaître les besoins des personnes et faire ressortir le côté familial et intergénérationnel.

Pour les participants L'ORRPA doit toujours intégrer dans ses missions la détection de la précarité.

L'ORRPA doit rester attentif dans toutes ses activités et services à **garder la dignité des personnes, à veiller à la concertation et à l'éloignement possible du principe fondateur de la sécurité sociale : la solidarité.**

**L'aspect intergénérationnel** peut être développé :

- avec l'aide des retraités plus jeunes qui agissent à l'ORRPA par l'action sociale
- par l'aide au développement de logements intergénérationnels
- par l'organisation de réunions conviviales à thèmes regroupant différentes générations
- reconnaissance des aidants

Aujourd'hui, on peut relever **que deux tranches d'âge** bénéficient des services et activités de l'ORRPA ;

**Pour les retraités actifs**, l'ORRPA et surtout le centre d'animation de la rue Marteau reste le lieu où ils peuvent se retrouver pour des activités de loisirs (sports, réalisations manuelles et artistiques, repas, jeux, gymnastique, voyages...). Certains participants aux groupes loisirs, culture, activités et consommation ont souvent exprimé des demandes d'activités mais peu se sont placés en adhérent actif de l'association, laissant cela à l'organisation des professionnels.

L'autre public bénéficiaire de l'ORRPA est **la population plus âgée et leur entourage** utilisateurs des conseils et services proposés pour accompagner la perte d'autonomie mais aussi la dignité et le respect (association ALMA par exemple).

### ***B. La question de la pauvreté***

Nous venons de l'évoquer à partir des travaux de l'ORRPA qu'en est-il de la situation des retraités au regard de la pauvreté ? Quelles sont les projections qui peuvent être faites dans ce domaine pour les années à venir. Trois points peuvent être évoqués : quelle est la situation en termes statistiques ? Comment

<sup>31</sup> - Ces éléments sont extraits du document produit à l'issue de ce séminaire.

les situations sont perçues par les acteurs de terrain? Quelles ont les projections qui peuvent être faites ?

## 1- Les données statistiques

Sur ce sujet il est difficile d'avoir une approche locale précise. Nous avons cependant constaté que les secours proposés par le CCAS étaient mobilisés. En l'état il ne nous est pas possible de dire si ce recours a tendance , ou non, à augmenter , faute d'éléments de comparaison temporelle.

Au niveau national les dernières données disponibles sur la pauvreté chez les personnes âgées nous donne les indications suivantes. Tout d'abord qu'en est il pour les bénéficiaires des minima sociaux (tableau 15) ?

**Tableau 14 : Evolution des bénéficiaires des minima sociaux de 2006 à 2008**

	Au 31 décembre 2006	Au 31 décembre 2007	Au 31 décembre 2008	Evolution en % 2008/2006
Allocation supplémentaire vieillesse (ASV) et allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA)	598 500	586 700(a) 585 600(b)	575 200	- 3.9 %
Allocation équivalent retraite de remplacement	60 000	68 500 (a) 68 400 (b)	67 300	+ 12.2%
Allocation veuvage	6 200	5 400 (a) 5 300 (b)	5 100	- 17.7%
	664 700	660 600 (a) 659 300 (b)	647 600	- 2.6%

(a) données 2009 (b) données 2010. Sources : MATHERN, S. (2010). Les allocataires de minima sociaux en 2008. Etudes et résultats, 727, mai. DREES . MATHERN, S. (2009). Les allocataires de minima sociaux en 2007. Etudes et résultats, 680, février. DREES

Au 31 décembre 2008 , dernier chiffre disponible, près de 650 000 personnes âgées de plus de 60 ans<sup>32</sup> bénéficient d'un minimum social, ce qui représenterait à peu près 4.4% de cette tranche d'âge. Pour l'essentiel il s'agit des allocations du minimum vieillesse. Sur la base des ces indications le nombre de bénéficiaires est en baisse entre 2006 et 2008. Sur une longue période quelle est la tendance ? *"L'amélioration continue des régimes de retraite et des droits acquis ont permis que le nombre de bénéficiaires soit divisé par quatre depuis 1960. cette baisse s'est toutefois ralentie depuis 2004 (...) Les effets générationnels ayant joué fortement par le passé tendent en effet à s'amenuiser"* (Mathern, 2010, p 7).

Si l'on s'intéresse maintenant aux taux de pauvreté que constate-t-on ? . *« Pour la première fois depuis de nombreuses années le nombre de personnes pauvres de plus de 60 ans augmente, et de façon non négligeable : + 100 000 personnes entre 2005 et 2007 selon les données de l'INSEE en utilisant le seuil de pauvreté à 50% du revenu médian. En 2007 le taux de pauvreté serait de 3.4% pour les 60-69 ans, de 4.0% pour les 70 à 79 ans et de 4.6% pour les*

<sup>32</sup> - Deux choses doivent être précisées : l'allocation équivalent retraite (AER), créée en 2002, est une allocation chômage qui constitue un revenu de remplacement (AER-R) au profit des demandeurs d'emploi qui totalisent 160 trimestres de cotisations à l'assurance vieillesse avant l'âge de 60 ans. Seule l'AER-R constitue un minimum social. Par ailleurs les allocations du minimum vieillesse s'adressent aux personnes âgées de plus de 65 ans ( 60 ans en cas d'invalidité au travail.

personnes de 80 ans et plus »<sup>33</sup>. Si l'on intègre la différence de sexe , les écarts se creusent puisque le taux de pauvreté féminin, après 75 ans , est de 5.7 % contre 2.8% pour les hommes.

Ces deux résultats ne sont pas contradictoires dans la mesure où le seuil pour bénéficier du minimum vieillesse est au premier avril 2010 de 8507.49 € ( soit 7108.96 € par mois). Le seuil de pauvreté est quant à lui selon le taux retenu de 757€ (à 50 %) et de 908 € ( à 60 %). Ainsi selon l'INSEE 990 000 personnes de 65 ans et plus vivaient sous le seuil de pauvreté en 2007.

## 2- Le point de vue des acteurs

Ces données statistiques se traduisent dans des situations individuelles et des constats d'acteurs de terrain. Ainsi le témoignage entendu, fin 2009, au Crédit Municipal de Paris, l'ancien mont de Piété : *« Un ancien ingénieur de 68 ans est venu chercher une solution d'urgence à ses problèmes d'argent (...) Je viens de me déclarer en faillite personnelle à la Banque de France . Ca a commencé par des difficultés pour régler une prothèse dentaire. Ma retraite n'a pas suffi. J'ai pris des crédits pour rembourser ma dette puis des crédits pour rembourser mes crédits. J'ai fini par vendre tout ce que j'avais. Il me reste quelques livres. Et cette chevalière...»*<sup>34</sup>

Le collectif Alerte, focalisé sur les questions de pauvreté et d'exclusion, s'est récemment inquiété de la paupérisation des personnes âgées<sup>35</sup> . Pour ces organisations le phénomène est notamment rendu visible par le fait que la précarisation croissante des personnes âgées en conduit de plus en plus à la rue ou dans les accueils de jour des associations de solidarité, voire les distributions d'aide alimentaire. D'autres n'arrivent plus à payer leur logement, leur assistance à domicile, leurs soins de santé ou leur hébergement en maison de retraite. Pour ce collectif il est donc nécessaire de se donner les moyens *"d'offrir aux aînés les conditions d'un accompagnement et d'une prise en charge accessible à tous"*, De manière générale, nombre de seniors voient leur situation financière se détériorer par rapport aux années précédentes, avec un *"reste à vivre qui ne suffit plus à couvrir les dépenses de première nécessité"* (alimentation ou santé), d'après le secrétaire général des Petits Frères des pauvres,

Au-delà la précarisation des aînés est, pour Alerte, également indissociable de la question des retraites en raison du poids du chômage dans la société actuelle. Est souligné l'impact des périodes d'inactivité subies par les salariés sur la constitution de leurs droits à la retraite, avec une baisse de rémunération liée aux niveaux d'indemnisation qui entraînera mécaniquement le calcul de pensions inférieures.

---

<sup>33</sup> - Observatoire des inégalités (2010). La pauvreté augmente chez les jeunes et les seniors, 27 avril. Le taux moyen est de 7.2% et les trois taux cités sont les plus faibles de toutes les catégories d'âge.

<sup>34</sup> - Le Monde. Au Crédit Municipal de Paris, on vient déposer ses bijoux et sa misère. 9 décembre 2009, p 16.

<sup>35</sup> - Actualités Sociales Hebdomadaires (2010). La paupérisation des personnes âgées inquiète le collectif Alerte? n° 2655, 16 avril, p 15.

Commence également à se poser la question de l'accès aux structures pour les personnes âgées dépendantes ? Dans certains cas les systèmes d'aides deviennent "*inaccessibles*" pour les plus pauvres. Sans doute des formules originales de services ou d'accueil seront nécessaires telles que la création de petites structures adaptées à des publics spécifiques, comme le sont les maisons d'accueil pour personnes âgées marginalisées (MAPAM).

### **3- Les projections en termes de revenus**

Quelle sont les projections en termes de revenu ? Un article a fait le point sur ses questions en 2009 ( AUGRIS, BAC, 2009). IL nous montre surtout la complexité de la projection tant au regard de l'évolution des règles d'attribution des retraites que des phénomènes démographiques ( allongement de l'espérance de vie) et des phénomène sociologiques ( durée de vie des couples).

#### **Encadré 6 : Perspectives pour les personnes âgées et la pauvreté**

« Si l'on se projette dans l'avenir, et malgré la hausse de 25% d'ici 2012 du minimum vieillesse pour les personnes seules, il est difficile d'établir un diagnostic sur la situation des personnes âgées vis-à-vis de la pauvreté. En effet le niveau de vie des personnes âgées dépend de l'ensemble des ressources du ménage pendant la durée de la retraite, notamment de la situation vis-à-vis du logement. Plusieurs tendances se conjuguent par ailleurs ayant des effets opposés sur le niveau de vie des retraités dans le futur. Les réformes de 1993 puis de 2003, dont l'objectif était de garantir l'équilibre financier des systèmes de retraite face au vieillissement de la population, ont rendu le calcul des pensions plus contributif, se traduisant par une baisse progressive des taux de remplacement. Par ailleurs la diminution de l'écart d'espérance de vie entre les hommes et les femmes rend la durée de vie commune des couples plus longue. Parallèlement la durée de veuvage (avec l'éventuelle baisse de niveau de vie qui lui est associée) est plus courte. De plus les femmes ont acquis plus de droits pendant leur carrière et leur pension est plus importante au sein du ménage. Il est cependant difficile de dire comment cette tendance évoluera avec l'effet des réformes et des règles d'indexation des pensions qui en résultent. En outre l'augmentation du nombre de ruptures conjugales peut avoir un effet négatif en augmentant la proportion de personnes âgées isolées ». ( Augris, Bac, 2009).

### ***C. La santé***

Dans ce domaine nous disposons de deux diagnostics territoriaux réalisés dans le cadre du dispositif Ateliers Santé Ville (ASV)<sup>36</sup>. Le premier a été réalisé en 2006 sur le quartier d'Orgeval; le second en 2007 sur Croix Rouge. Nous sommes là dans une logique de territoire et non de population cible ( les personnes âgées). Certaines problématiques peuvent leur être spécifique, d'autres non .

Pour Orgeval quatre problématiques ont été identifiées et hiérarchisées : 1 le bien être et la santé mentale ; 2 le maintien à domicile des personnes âgées et des personnes handicapées ; 3 L'accès aux soins ; 4 le diabète, la nutrition et le surpoids.

Sur le bien être, le mal être et la santé mentale, un lien est alors fait entre le sentiment d'insécurité, les problèmes d'insécurité et le bien ou le mal être. Cela contribue alors à une réduction de l'espace public, celui où l'on peut rencontrer

<sup>36</sup> - Voir la fiche IV-A dans le rapport annexe.

les autres , avoir des relations et favoriser le lien social et à une forme de renfermement sur son propre espace privé, son logement. L'isolement social est alors un résultat possible. Cela a aussi des répercussions sur un investissement très relatif dans le quartier. Le centre social peut proposer des activités intéressantes si y accéder est perçu comme dangereux , même si cela ne l'est pas objectivement, les personnes ne viendront pas . Cet exemple nous montre aussi comment la question de la santé est très fortement liée à celle de la sécurité et du lien social. Dans certains cas ce mal être peut aller jusqu'à la souffrance psychique.

Il ressort alors sur ce point que " les professionnels libéraux médicaux, les travailleurs sociaux , les associations caritatives et autres structures de proximité sont souvent en première ligne de la souffrance mentale du fait du manque de ressources (Institut Renaudot, 2006, p 30)

Pour le maintien à domicile les deux problématiques évoquées, non spécifiques à Orgeval, étaient : la difficile prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées et le manque de solidarité autour de ces personnes.

Cette difficile prise en charge renvoie tant à des questions de coordination et de "transferts de charge" entre professionnel que d'organisation des prises en charge d'un point de vue administratif et financier.

Dans le travail mené sur Croix Rouge trois thématiques sont apparues : l'hygiène de vie, la santé mentale et le vieillissement .

L'hygiène de vie est associée à la fois aux questions qui touchent la nutrition (déstructurations alimentaires, dysfonctionnements nutritionnels....) et les activités notamment physiques ( ou du moins son manque) .... La santé mentale est fortement associée aux souffrances psychiques ( toutes les formes d'affection psychique et de situations anxiogènes associées aux conditions de vie - problématiques liées aux voisinages dans les grands ensembles, précarisation, ruptures vécues, déstructuration des rapports sociaux...). La thématique du vieillissement est explicitée de la manière suivante: "*outre la question de l'adaptation et de l'accessibilité des logements en habitat collectif occupés par des personnes vieillissantes, se posent également les problèmes de bien être, de dépendances, de mobilité, d'accessibilité, des problématiques de santé mentale liées à l'avancée dans l'âge, à l'affaiblissement cognitif des personnes âgées, aux troubles associés à la maladie d'Alzheimer*". ( ELS Concept, 2007, p 13.)

Au delà de ces deux diagnostics, à l'objectif plus large, des indications complémentaires sont fournies par les entretiens réalisés avec les différents acteurs. Elles permettent d'identifier des thématiques propres à ce champ de la santé.

- la question de la nutrition : identifiée dans le diagnostic sur Croix Rouge, elle n'a pas vraiment été évoquée par les uns et par les autres. Est-ce que pour autant qu'elle n'a pas d'intérêt ? Certes non. Et ce d'autant que cela vient de faire l'objet d'une définition de priorité nationale. Ce décalage peut être du , en partie, à une invisibilité du phénomène de dénutrition, caractéristique des comportements alimentaires des personnes âgées. Cette invisibilité renverrait pour partie à la division du travail qui structure notamment les interventions au domicile : parmi les différents intervenants qui a en charge de s'assurer que le repas a été effectivement pris ? la personne qui amène le repas au domicile,

l'intervenante au domicile, l'infirmière, le médecin traitant ..... Pour partie cela peut aussi renvoyer à une méconnaissance. C'est ce qui est souligné dans un rapport récent de l'IGAS, sur lequel nous allons revenir : *"Sujet peu connu tant du grand public que des professionnels de santé et des accompagnants des personnes âgées, il n'en demeure pas moins un véritable enjeu de santé publique. Sa prise en compte spécifique chez le sujet âgé, bien qu'identifiée, n'a pas donné lieu à une action résolue, particulièrement pour les personnes âgées vivant à leur domicile, pourtant les plus nombreuses. La prise en charge une fois l'état dénutri avéré en est rendue plus difficile"*<sup>37</sup>.

Cet extrait s'inscrit dans l'évaluation nationale du Programme National Nutrition Santé (PNNS). Celle-ci conclue que "la lutte contre la dénutrition des personnes âgées demeure insuffisante. (...) qu'il faut renforcer la connaissance sur la dénutrition des personnes âgées. (...) qu'il faut identifier clairement un programme spécifique prévention, dépistage et prise en charge de la dénutrition des personnes âgées à domicile et en établissement"<sup>38</sup>.

- des pathologies particulières : dans les deux diagnostics ont été évoquées les notions, très utilisées aujourd'hui, de mal être, de souffrance psychique. Sans trancher par rapport à ces différentes dénominations, on peut relever que des pathologies particulières ont été évoquées. Par exemple il a été fait référence aux interpellations du service social pour "des personnes âgées qui visiblement vont pas bien". Il peut s'agir de l'errance de personnes âgées désorientées, d'une dame qui ne veut plus rentrer chez elle, d'une femme qui passe sa journée à l'église, d'une autre qui ne veut plus rentrer chez elle, ou qui ne peut plus y rentrer que par la fenêtre, les autres entrées ayant été progressivement obturées .... Dans ce dernier cas cela fait penser au syndrome de Diogène. Celui-ci a été *"décrit en 1975 par Clark pour caractériser, chez la personne âgée, un trouble du comportement associant une négligence extrême de l'hygiène corporelle et domestique ainsi qu'une sylogomanie (accumulation d'objets hétéroclites) qui conduisent à des conditions de vie insalubres. Le diagnostic est clinique et nécessite la visite de l'habitat"*<sup>39</sup>.

## **D. Les services**

Ce quatrième point est plus large. En effet la notion de services est volontairement ouverte. C'est bien le sens du passage de la notion d'aide à domicile aux services aux personnes. Nous nous centrerons dans un premier temps sur le domicile puis sur des services au sens large, souvent assurés dans d'autres lieux que le domicile

### **1- les services à domicile**

Sur la question des services à domicile nous sommes là sur un point complexe. En effet il y a deux niveaux qui ont parfois tendance à se confondre : les besoins et les problématiques des personnes et les besoins et les problématiques des associations. Certes les uns ont à voir avec les autres mais il

---

<sup>37</sup> - IGAS. Conseil Général de l'Alimentation, de l'Agriculture et des Espaces Ruraux. (2010). Evaluation du programme national nutrition santé. PNNS2 2006-2010. Rapport IGAS RM2010-057P/CGAAER N° 2016, avril.

<sup>38</sup> - Actualités Sociales Hebdomadaires. (2010) Programme nutrition santé : les personnes défavorisées et les personnes âgées doivent être des cibles prioritaires, 2659, 14 mai, p 8.

<sup>39</sup> - Voir la fiche IV-C consacrée au syndrome de Diogène dans le rapport annexe.

est dangereux de les confondre. La tendance est d'ailleurs aujourd'hui à bien les séparer y compris dans les mécanismes de financement : subventions aux associations ou aides aux personnes<sup>40</sup>.

Du point de vue des associations d'aide à domicile on peut se demander si nous n'avons pas trois logiques en présence :

- une logique des besoins
- une logique de l'offre
- une logique de la régulation

Dans la première il s'agit de repérer et de tenter de répondre aux besoins prioritaires des personnes accompagnées. Formellement c'est la logique de l'évaluation et du plan d'aide. Dans ce domaine les besoins sont surtout ceux des personnes isolées et des aidants.

Pour les aidants plusieurs points sont soulignés : la nécessité de créer une dynamique par la prévention, l'aménagement du logement, l'achat d'un lit médicalisé...*"avant que l'aidant soit obligé de s'arrêter parce qu'il s'est cassé le dos"* . La sensibilisation des aidants aux services de confort ( téléassistance, de bien être ...) L'aide aux aidants qui là aussi ne va pas de soi : *"même si elles n'en peuvent plus ,elles culpabilisent"*. Pour les personnes aidées elles-mêmes les besoins sont réels et importants : transport, aide aux courses, les animaux, bien être (coiffure...).

Dans la seconde il s'agit de développer une offre de services qui permettent de générer de nouvelles demandes. Il peut s'agir de gardes itinérantes de courte durée, de telle ou telle prestation spécifique ( bas de contention, aide au lever...). Il s'agit de se positionner au regard d'autres prestataires dans le cadre d'une concurrence, qui est vécue au quotidien. Ceci a été favorisé par la loi Borloo de 2005. Cela oblige alors à engager de nombreuses démarches, à *"user et abuser des outils de gestion"*, ce qui a pour première conséquence d'augmenter les coûts.

Dans la troisième logique il s'agit de la régulation, notamment par les collectivités publiques et les administrations. Cela couvre à la fois la question complexe de la répartition et de la mise en œuvre des compétences : qui fait quoi ? et comment passe t on d'un système à un autre lorsque le GIR passe de 5 à 3 par exemple? Cela renvoie aussi aux règles du jeu, là aussi complexes : procédures d'autorisation, d'agrément....Cela renvoie également aux moyens accordés : nombre d'heures par mois, montant horaire... et par suite à l'hybridation des financements entre les collectivités publiques, les caisses de retraite et les personnes elles-mêmes. Ces derniers mois on a vu des réductions d'heures, des plans d'aides qui ne sont pas mis en place, des difficultés à prendre en charge, par les personnes elles-mêmes, la part leur incombant en lien avec les situations de précarité et de pauvreté déjà évoquées.

On se doute que ces trois logiques vont se confronter et qu'elles vont donner lieu à différentes tensions et faire émerger des problématiques : par exemple lors de l'assemblée générale de 2009 des Aides Ménagères Rémoises le Président fait état "des incertitudes, vis à vis d'une concurrence de plus en plus incisive et

---

<sup>40</sup> - Nous reviendrons sur ce point en dernière partie puisque c'est l'une des innovations dans les interventions du CCAS.

parfois à la limite du hors jeu". D'un autre point de vue cela veut dire que la prise en charge est appréhendée non pas de manière globale mais comme composée de différentes prestations. On va décomposer l'action, ou le plan d'aide, en un nombre de prestations qui vont pouvoir être réalisés parfois indépendamment l'une de l'autre. Qu'en est-il pour la personne aidée ?

Cela veut dire aussi que cela amène à redéfinir ce qui relève des besoins sociaux, pris en charge par les collectivités publiques, et par suite soit à renvoyer à des réponses marchandes plus ou moins solvabilisées selon les revenus des personnes soit à renoncer à répondre à ces mêmes besoins.

## **2- Les autres activités et services**

Les services en direction de seniors ne peuvent se limiter aux services à domicile qui ont souvent un lien avec l'action sociale. Ils peuvent être proposés dans d'autres lieux et à d'autres publics et de manière plus collective. On peut penser à la préparation à la retraite, aux voyages.... De nombreuses activités sont également proposées dans le cadre d' "animation et de la prévention du vieillissement"<sup>41</sup>. Les activités physiques ( gymnastique extérieur ; natation et aquagym) sont celles qui "drainent" le public le plus important<sup>42</sup>.

Comme évoqué dans la partie précédente on peut aussi avoir la constitution d'une nouvelle offre de services . C'est ce qu'a lancé ,l'ORRPA, avec le soutien de la ville de Reims, la carte avantage seniors. *"Elle s'inscrit dans le cadre de l'action sociale souhaitée par la ville de Reims en mettant en relation les différents acteurs au cœur d'un dispositif défié aux retraités ou personnes de plus de 60 ans résidant à Reims ou dans sa communauté d'agglomération. La carte donne accès plus simplement à des loisirs, des services..."*<sup>43</sup>

## ***E. Le logement et les autres problématiques***

### **1- le logement et l'hébergement**

Qu'en était-il de la situation du logement des personnes âgées à Reims en 2006. L'enquête de l'agence d'urbanisme, déjà citée, apportait les éléments suivants :

- 93% des personnes interrogées considèrent que leur logement répond à leurs attentes et leurs besoins.
- Parmi les 7% qui considèrent que leur logement n'est pas adapté à leurs besoins ce sont surtout les problèmes d'adaptation du logement en fonction de leur handicap ou de leur perte d'autonomie qui sont cités. On note également la question de la surface du logement.
- En même temps, près de 20% des personnes interrogées seraient prêtes à déménager pour un appartement plus adapté à leurs besoins. (...) Certains émettent cependant des conditions à leur déménagement, il faut que le nouveau logement soit de plain pied (69%), adapté à leur handicap

<sup>41</sup> - Dénomination utilisée par l'ORRPA dans son rapport d'activités 2009.

<sup>42</sup>- Respectivement 1321, 2248 et 2357 fréquentations en 2008 (ORRPA, 2009 , p 15).

<sup>43</sup> - Extraits du communiqué de presse lors du lancement de la carte le 9 janvier 2010.  
<http://www.poivreetselavantages.com/>

(52%), proche des commerces (47%) ou proche des transports en commun (40%).

Qu'en est-il aujourd'hui du point de vue d'un organisme logeur ? Les personnes âgées, là comme ailleurs, étaient considérées comme des locataires (ou des usagers) lambda, selon un principe de non discrimination. Depuis peu la vision s'est modifiée sous l'influence des modèles de gestion et de management. La prise en compte de la personne, la démarche qualité et la satisfaction du client deviennent prioritaires. Se sont alors développées des pratiques d'adaptation des logements avec des professionnels spécialisés ( ergothérapeute) et des procédures formalisées<sup>44</sup>. 300 adaptations auraient été faites.

D'autres pratiques peuvent avoir lieu, qu'il s'agisse des mutations , *"très complexes"*, ou des plans de relogement dans le cadre des opérations de renouvellement urbain, sachant que là aussi *" cela devient vite compliqué"*. Cela pose une question particulière : comment accompagner les personnes âgées dans de gros programmes de réhabilitation ? Le travail avec d'autres partenaires est alors nécessaire.

Un organisme logeur est lui aussi confronté aux autres questions liées à toutes les maladies (syndrome de Diogène déjà évoqué) à l'isolement. *"Il est par exemple arrivé qu'une personne soit découverte décédée après plusieurs semaines. Ce n'est plus rare que l'alerte se fasse par les odeurs, c'est une forme d'invisibilité sociale et l'un des angles morts du maintien à domicile"*.

Pour l'hébergement on doit souligner que Reims serait la première ville de France pour son nombre de foyers logement . Ce parc est un parc ancien, même s'il fait l'objet de réhabilitations se font soit vers une, maison de retraite ( . En effet les 15 foyers logements d'aujourd'hui ont tous été construits entre 1963 (Ponsardin) et 1979 ( Apollinaire). Cinq l'ont été dans les années 60; tous les autres dans les années 70. Cela pourrait amener à se demander si cette forme d'hébergement est encore adaptée aujourd'hui . les chiffres sont clairs : le taux de remplissage est de 98%, l'âge moyen est de 82.5 ans ; l'âge moyen des entrants est de 78.5 ans. Les départs (hors mutations) se font essentiellement vers les maisons de retraite ( 46.9%) ou par décès. Ils représentent 14% de l'effectif total (ARFO, 2009, 20-23).

Les besoins et demandes qui peuvent s'exprimer dans ce domaine sont divers : il peut y avoir des demandes qui sont des retours à Reims pour des gens qui sont allés dans le sud au moment de leur retraite. Il y aussi des demandes de pavillons. Cela peut sembler discutable, compte tenu de la moyenne d'âge et des risques croissants de dépendance. Ceci est conforté par le fait qu' *"on en revient à ce que les gens s'intéressent de nouveau aux voisins"*. Le foyer logement pourrait jouer un rôle de communauté<sup>45</sup>, une forme de refuge, où l'on fait des choses ensemble dans un univers très féminin (82%).

---

<sup>44</sup> - Reims Habitat. Comment effectuer une demande d'aménagement de logement ?

<sup>45</sup> - Comme toute communauté elle se caractériserait alors par une forme de "fermeture sociale" ou d'entre soi. On pourrait peut être interpréter de la sorte le fait que la possibilité donnée aux personnes âgées des quartiers de venir aux animations soit très peu utilisée.

## 2- Les autres problématiques

D'autres problématiques seraient à prendre en compte. Par exemple celle des transports et de la mobilité<sup>46</sup>.

L'enquête de 2006 s'était intéressée à cette question . Il en ressortait qu'un titulaire sur deux du permis de conduire utilisait son véhicule régulièrement , que la pratique du covoiturage était très répandue chez les plus de 60 ans et que la marche à pied était la pratique la plus importante (85%). Dans cette perspective les souhaits portaient sur l'amélioration de la qualité des trottoirs, des abaissements de trottoirs aux embranchements et des haltes urbaines dans la ville.

La mobilité pose donc la question de l'adaptation des environnements que ce soit l'accessibilité des transports en commun ou l'aménagement urbain. Cependant un autre aspect est à prendre en compte : *"l'usage de la ville par les plus âgés pose la question de la légitimité à s'exposer dans l'espace public lorsqu'on a atteint un certain âge. Cette présence parmi les autres, hors de son domicile propre, ne va pas de soi aux yeux de bien des vieilles personnes, et les difficultés de mobilité au sens strict (liées à des incapacités qui ne seraient que physiques) sont souvent le prétexte à venir de moins en moins se confronter aux autres dans l'espace public". (Clément, 2006)*. Cela rejoint le processus, pas encore évoqué, de la déprise<sup>47</sup>. Cette notion désigne le processus de réorganisation des activités qui se produit au cours de l'avancée en âge, au fur et à mesure que les personnes qui vieillissent doivent faire face à des contraintes nouvelles (une santé défaillante et des limitations fonctionnelles croissantes, une fatigue plus prégnante, une baisse de leurs « opportunités d'engagement », une conscience accrue de leur finitude) dont la probabilité d'apparition s'accroît au fil de l'âge. Mais ce processus ne se limite pas, pour en revenir à la mobilité, au remplacement de certaines activités par d'autres ( se déplacer autrement) mais c'est aussi, face aux regards des autres, lorsqu'il est stigmatisant, éviter la confrontation en sortant de moins en moins de son domicile. Cela a donc à voir avec un réaménagement identitaire.

Une autre problématique évoquée à plusieurs reprises est celle de l'isolement. elle est présentée par beaucoup d'interlocuteurs comme la problématique principale dans la mesure où elle est présente dans beaucoup de situations, notamment au domicile, mais aussi parce qu'elle est difficile à prendre en compte, et qu'on ne peut construire facilement, si tant est que cela soit possible, une prestation adaptée.

Les travaux portant sur ces questions sont nombreux . Il est clair que la canicule de 2003 est venue interpeller notre société dans son fonctionnement mais aussi dans son mode d'analyse. Réduire la canicule à un problème de santé publique est plus que discutable : *"ce n'est que lorsqu'il y a rupture dans l'équilibre environnemental des personnes fragilisées que l'on observe le recours aux urgences et à l'hôpital. Elles constituent alors un problème de santé publique. (...). La vraie question est celle de la solitude vécue ou ressentie comme telle, de l'isolement ainsi que des souffrances physiques et morales qui en découlent. La vraie question est en fait celle du lien social au travers des*

---

<sup>46</sup> - La compétences transports en commun relève de la communauté d'agglomération ; elle n'a donc pas été appréhendée ici.

<sup>47</sup> - Cette notion est utilisée notamment par Vincent Caradec.

*solidarités, de la solitude et de l'isolement" (Pitaud, 2010, p8). Ces éléments sont actualisés et objectivés par une étude publiée par la Fondation de France en juillet 2010 ( encadré 8).*

#### **Encadré 7 : Les solitudes en France en 2010**

Source : Fondation de France , 2010.

Le premier enseignement qui nous frappe, c'est l'ampleur du phénomène : les chiffres nous donnent à voir une société profondément marquée par la solitude. 4 millions de personnes sont objectivement isolées, 2 millions en souffrent de manière aigüe.

La souffrance dont il est question n'est pas un simple spleen et elle est d'autant plus aigüe que les personnes concernées sont jeunes.

Or, loin des représentations communes qui font rimer isolement, grand âge et grands ensembles, la solitude frappe hommes et femmes dès 40 ans, dans les grandes villes comme dans les villages et les campagnes.

Tout se passe comme si les réseaux de socialisation - famille, amis, collègues, voisins, vie associative - ne parvenaient plus à entretenir des liens solides et durables.

Ce phénomène est d'autant plus préoccupant qu'une part importante de la population (23%) n'a de relations qu'au sein d'un seul réseau. Si ce dernier se rompt - un déménagement peut y suffire -, les personnes tombent dans l'isolement total.

Dans un tel contexte, les plus fragiles économiquement sont les plus concernés : les statistiques révèlent une corrélation forte entre précarité économique et isolement relationnel.

Qu'il s'agisse de santé, d'accompagnement vers l'emploi, de vie de quartier, d'habitat, de handicap, de retraite ou de fin de vie ... la plupart des soutiens accordés par nos comités d'experts visent, entre autres, à rendre possible l'existence de relations sociales vivantes et adaptées.

Selon la Fondation de France, une telle visée implique quelques fondamentaux :

☞ assurer un équilibre entre l'autonomie de la personne et des solutions de vie collectives qui respectent l'individu ;

☞ redonner un sentiment d'utilité aux personnes seules en leur permettant d'être des contributeurs et pas seulement des « bénéficiaires » ;

☞ s'adapter en permanence aux individus et ouvrir des « possibles » en respectant les choix de vie de chacun.

La question de l'isolement et de la solitude n'est pas le privilège de l'âge. Elle est intergénérationnelle, même si l'enquête confirme que les plus de 75 ans sont nettement plus touchés par ce phénomène que les autres catégories d'âge (16% des plus de 75 ans sont en situation d'isolement objectif contre 9% en moyenne). D'une autre manière cela veut qu'il est nécessaire de s'interroger sur les phénomènes de déliaison intergénérationnelle. : quels sont les processus qui vont délier, séparer les générations ? Ceci vaut pour le champ de la famille, mais aussi pour le voisinage, pour l'organisation de l'habitat....pour l'organisation des activités culturelles et sportives ...Dit de manière un peu "pompeuse" : comment notre société produit du lien social au quotidien ? Si l'on constate qu'elle produit de plus en plus des déliaisons, il ne faut pas alors s'étonner que l'on observe, en 2010, que plus de 4 000 000 de Français se trouvent dans une situation d'isolement objectif.

C'est sur la base d'une telle approche que la réflexion sur le "développement de l'intergénérationnel" pourra prendre sens .

## V- LES PERSPECTIVES DEMOGRAPHIQUES

Avant d'en venir aux perspectives d'action politique, il est nécessaire d'intégrer les perspectives démographiques. Avant toute chose il est nécessaire de rappeler que nous intéressons à la période 1990-2030 autour de la date pivot de 2010. Si on décline ce calendrier pour quelques générations, cela nous permet d'avoir des repères plus précis.

**Tableau 15 : L'évolution des âges par générations de 1990 à 2030**

	Génération 1945	Génération 1950	Génération 1955	Génération 1960	Génération 1965
1990	45 ans	40 ans	35 ans	30 ans	25 ans
2000	55 ans	50 ans	45 ans	40 ans	35 ans
2010	65 ans	60 ans	55 ans	50 ans	45 ans
2020	75 ans	70 ans	65 ans	60 ans	55 ans
2030	85 ans	80 ans	75 ans	70 ans	65 ans

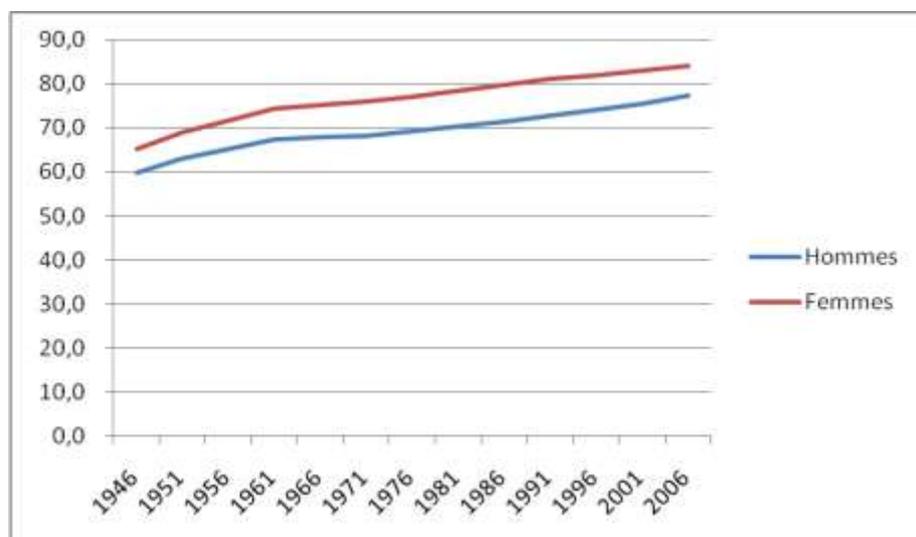
Les perspectives démographiques se déclinent d'abord de manière générale puis pour la dépendance.

### A- La démographie générale

Un premier indicateur influent sur les perspectives démographiques est l'espérance de vie.

En 1946 l'espérance de vie des hommes était inférieure à 60 ans ; celle des femmes un peu supérieure à 65 ans, soit un écart de 5.3 ans. Depuis lors les espérances de vie des uns et des autres n'ont fait qu'augmenter avec un écart qui atteindra son maximum au début des années 90, puisqu'il sera de 8.3ans (graphique 1). Dans les vingt dernières années, durée symétrique de celle qui nous sépare de 2030, l'espérance de vie des hommes a augmenté de 5.7 ans ; celle des femmes de 4.5 ans.

**Graphique 3 : Evolution de l'espérance de vie des hommes et des femmes depuis 1946.**



Comment cette augmentation de l'espérance de vie influe sur le vieillissement ? Tout d'abord il faut rappeler que le vieillissement en termes démographiques est *"l'accroissement de la part des personnes âgées dans la population, lié au fait que les effectifs des grands groupes d'âge ne progressent pas au même rythme au fil des décennies"* (Alternatives économiques, 2010, p 26). Sur ce point tous les indicateurs retenus "confirment l'extrême rapidité des évolutions qui nous attendent en matière de vieillissement démographique". Pour autant il peut prendre des formes différentes.

#### **Encadré 8 : Les quatre formes du vieillissement**

Source : HERAN, F L'inexorable privilège du vieillissement in Alternatives économiques, 2010, 2631.

- le vieillissement par le haut: il est induit par l'allongement de la vie: un étage supplémentaire vient couronner la pyramide des âges. C'est là une cause majeure de l'accroissement de la population.
- le vieillissement par le bas : il repose sur une réduction durable de la fécondité sous le seuil de remplacement ( il est actuellement de 2.07 enfants par femme). Il a pour effet direct de creuser la base de la pyramide des âges et par contrecoup de gonfler la part des groupes intermédiaires ou âgés.
- Le vieillissement lié à un épisode de fécondité : le meilleur exemple en est la montée en âge des baby-boomers. C'est là un épisode de haute fécondité qui s'interrompt au bout de quelques années . dans un premier temps il rajeunit la pyramide des âges ; on aura alors un "gonflement" tout au long du vieillissement de cette génération même si la fécondité atteint le seuil de remplacement.
- Le vieillissement par l'immigration : c'est la forte émigration des jeunes qui va contribuer au vieillissement de la population

Ces quatre formes vont jouer de manière différente selon le territoire retenu, notamment sur le dernier point. On voit bien comment en Champagne-Ardenne les effets d'une fécondité élevée sont largement annulés par des émigrations importantes. Pour le département de la Marne les projections donnent les résultats suivants : « A l'horizon 2015, la Marne pourrait compter 137 600 personnes de plus de 60 ans, soit une progression de 28 % par rapport à 2005. C'est le nombre des plus de 85 ans qui augmenterait le plus en passant de 9 000 en 2005 à 16 000 en 2015, soit une hausse de 78 %. Les plus de 60 ans représenteraient alors 24% de la population marnaise contre 18,5 % en 2005. » (HULIN, 2006).

Pour Reims, comme pour le reste du territoire national, deux formes s'imposent : l'augmentation de l'espérance de vie et les effets du baby-boom. Par contre l'évolution de la fécondité et des migrations est sans doute plus susceptible de jouer sur le poids du vieillissement dans les années à venir.

Comment la France se situe au regard des autres pays européens ? A la naissance, les Françaises ont une espérance de vie de 84,8 ans, contre 76,9 ans pour les Roumaines, selon les données collectées par Eurostat (année 2007). Les Néerlandais peuvent espérer vivre 78 ans, contre 69,4 ans pour les Hongrois. A l'intérieur de l'Europe, les populations des pays les mieux lotis ont une longévité supérieure d'environ 8 ans aux pays les moins bien lotis. Au sein de chaque pays, les écarts sont marqués entre hommes et femmes : c'est ainsi que les hommes français ont une espérance de vie à peine supérieure aux femmes roumaines. Mais les disparités entre les sexes ne sont pas équivalentes partout : de 4 ans en Grèce et en Suède, on passe à 7 et 9 ans respectivement en France et en Pologne.

On sait en réalité assez mal expliquer ces écarts. L'espérance de vie tient à de très nombreux facteurs, où se mêlent l'accès aux soins, les conditions et la durée du travail, les modes de vie (consommation de tabac et alcool), ainsi que des éléments génétiques. La qualité du système de soins ne joue que très partiellement, ce qui explique par exemple que l'espérance de vie des Polonaises soit proche de celle des Danoises, alors que le système de santé de leur pays y est bien moins développé.

Tableau 16 : Espérance de vie selon le sexe en 2007

	Femmes	Hommes	Ecart
France	84.8	77.6	7.2
Espagne	84.3	77.8	6.5
Autriche	83.1	77.5	5.6
Finlande	83.1	76	7.1
Suède	83.1	79	4.1
Allemagne	82.7	77.4	5.3
Belgique	82.6	77.1	5.5
Pays Bas	82.5	78.1	4.4
Portugal	82.2	76	6.2
Irlande	82.1	77.4	4.7
Grèce	81.8	77.1	4.7
Danemark	80.6	76.2	4.4
Pologne	79.8	71	8.8
Hongrie	77.8	69.4	8.4
Roumanie	76.9	69.8	7.1

Source : Eurostat

De manière complémentaire on peut relever, en 2008, que <sup>48</sup> :

- l'Estonie était le pays le plus jeune avec une moyenne d'âge de 33 ans,
- l'Allemagne était le pays le plus vieux avec 44 ans de moyenne d'âge mais le plus peuplé,
- en France, la moyenne d'âge était de 38 ans.

La projection d'Eurostat pour 2010-2030 prévoit :

- une diminution des jeunes de 12%, des jeunes adultes de 16% et des adultes de 10%,

<sup>48</sup> BOULMIER, M. (2010). Bien Vieillir à domicile - Enjeux d'habitat, enjeux de territoires". Rapport remis à Benoist Apparu, Secrétaire d'État au logement et à l'Urbanisme, juin.

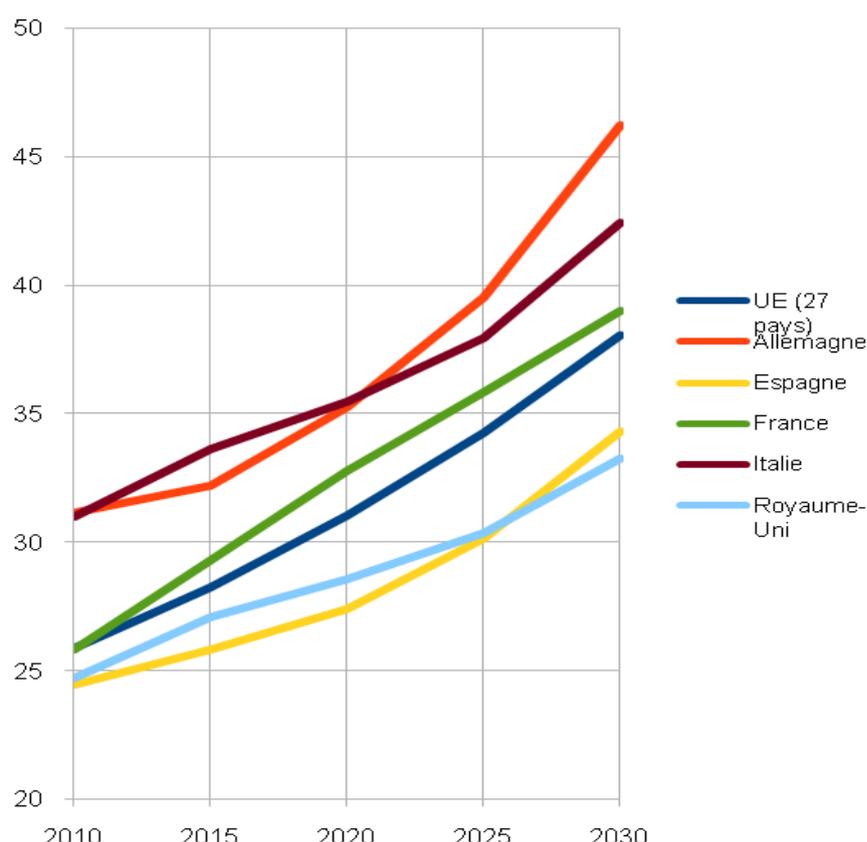
- une augmentation des seniors entre 65 et 79 ans de 38% et des très âgés de 57%.

Enfin, à horizon 2050-2060,

- la Slovaquie et la Pologne seraient les pays les plus vieux d'Europe avec une moyenne d'âge de 55 ans,
- le Royaume Uni deviendrait le pays le plus jeune, avec une moyenne d'âge de 33 ans et le plus peuplé,
- la France resterait en 2ème position en termes de population,
- l'Allemagne passerait en 3ème position, avec une baisse très sensible du nombre de ses habitants,
- de la même manière la Pologne, la Roumanie, la Lituanie, la Lettonie et la Bulgarie, perdraient de 18 à 38% de leur population.

Un autre indicateur utilisé par Eurostat est la taux de dépendance projeté qui correspond au rapport entre le nombre de personnes âgées de 65 ans ou plus et le nombre de personnes de 15 à 64 ans. Cela nous permet de voir les perspectives pour les principaux pays européens. (tableau 17).

**Tableau 17 : Perspectives européennes pour les taux de dépendance vieillesse**



Source <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&init=1&plugin=1&language=fr&code=tsdde511>

La situation de la France est médiane et son taux de dépendance augmente de manière linéaire et progressive entre 2010 et 2030.

Une chose est l'augmentation du nombre de personnes âgées de plus de 80 ans, une autre est celle de leur dépendance.

## ***B- La dépendance***

Quelles sont les principales caractéristiques de la dépendance en termes socio-démographiques ? Quelles sont les projections qui peuvent être faites ? Deux enquêtes nationales nous apportent des éléments de réponse.

### **1- Les caractéristiques de la dépendance :**

L'enquête « Handicaps-Incapacités-Dépendance » (HID), réalisée de 1998 à 2001 à domicile et en institution avait permis de dénombrer 795 000 personnes âgées dépendantes en 1999. Parmi ces personnes deux tiers sont des femmes. Ceci s'explique pas seulement par le fait qu'elles ont plus nombreuses – au regard de l'espérance de vie- mais aussi qu'elles sont plus souvent dépendantes que les hommes à âge égal. Le taux de dépendance reste faible jusqu'à 75 ans, puis il augmente rapidement avec l'âge. Les autres caractéristiques qui influent sont les études longues (en avoir fait diminuer significativement le risque de dépendance) ; il en est de même pour les femmes ayant deux ou trois enfants encore vivants.

L'enquête sur l'approche de l'autonomie chez les adultes et les personnes âgées<sup>49</sup> publiée par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) nous indique que près de six personnes sur dix âgées de 80 ans ou plus vivant à leur domicile, soit 1,5 million de personnes, sont « relativement autonomes malgré quelques difficultés d'audition et de motricité générale ».

L'objectif de cette analyse est d'évaluer le degré d'autonomie des adultes et des personnes âgées vivant à domicile en mettant en relation les limitations fonctionnelles et les restrictions d'activité<sup>50</sup> entre quatre groupes d'âge (20-39 ans, 40-59 ans, 60-79 ans et 80 ans et plus). S'il est indéniable que la perte d'autonomie et « **les limitations fonctionnelles, qui mesurent les difficultés à accomplir des actes mobilisant les fonctions physiques ou cognitives** », s'aggravent avec l'âge et sont plus importantes chez les personnes de 60 ans ou plus, cette analyse privilégie une approche plus large de l'autonomie et de la dépendance (au-delà du seul « **handicap** ») et met en évidence des types de limitations spécifiques aux plus jeunes (les 20-39 ans) et aux plus âgés (les 80 ans ou plus). À partir de 40-59 ans, quatre profils – autonomes, modérément autonomes, dépendants, fortement dépendants - ont été établis pour décrire des profils-types d'autonomie et de dépendance dans les différents groupes d'âge.

---

<sup>49</sup>- Elle repose sur l'enquête nationale Handicap-Santé en ménages ordinaires (HSM), réalisée en 2008 par l'Insee et la Drees et actualise les résultats de l'étude Handicaps-Incapacités-Dépendance (HID), menée en 1999 dans les ménages ordinaires. 28 500 personnes de tous âges vivant en ménages ordinaires en 2008 ont été interrogées. Les personnes hébergées en structure spécialisée dans l'accueil de personnes âgées, handicapées ou en grandes difficultés sociales ont également été interrogées fin 2009.

<sup>50</sup> - Le détail de ces limitations fonctionnelles et restrictions d'activités est repris dans la fiche IV-D du rapport annexe.

Ainsi, il ressort de cette enquête que les personnes âgées de 60 à 79 ans sont 83 % à être autonomes contre 59,4 % pour les plus de 80 ans signalées comme relativement autonomes. La dépendance concerne 2,7 % des personnes âgées de 60 à 79 ans contre 11,2 % des 80 ans. La forte dépendance touche quant à elle 0,6 % des individus âgés de 60 ans et plus et 2,5 % des personnes âgées de 80 ans et plus et vivant à leur domicile.

D'une façon générale, après 60 ans, les situations de dépendance couplent limitations physiques absolues et troubles cognitifs graves. 90 % connaissent au moins une limitation physique absolue et 60 % des restrictions dans les activités instrumentales (IADL) notamment le fait de faire ses courses, de se déplacer et les démarches administratives. Seuls 30 % de ces personnes présentent des troubles dans les activités essentielles comme faire sa toilette.

Chez les personnes de 80 ans et plus, 60 % sont « relativement autonomes » soit 1,5 million de personnes malgré quelques limitations physiques absolues comme le fait d'entendre ce qui se dit dans une conversation à plusieurs, de se baisser ou de se déplacer. Plus d'un quart (661 000 personnes) souffrent d'une perte modérée d'autonomie caractérisée par des altérations importantes dans la motricité générale (pour 80 %) et des restrictions absolues dans les activités instrumentales, en particulier les courses ou les tâches ménagères.

La dépendance chez ces personnes âgées de 80 ans et plus se caractérise par l'incapacité totale d'utiliser les fonctions motrices avec au moins une restriction absolue dans les activités instrumentales et des difficultés cognitives graves sont aussi observées pour 80 % de ces profils. Concernant les activités essentielles de la vie quotidienne, 53 % rencontrent au moins une restriction absolue le plus souvent pour se laver ou s'habiller.

Enfin, les personnes de plus de 80 ans souffrant de forte dépendance sont environ 62 000 à cumuler différents types de difficultés : incapacité totale d'utiliser les fonctions motrices inférieures et plus d'un quart les fonctions de motricité fine, restriction totale dans la quasi-totalité des tâches de la vie courante, à l'exception de l'alimentation auxquelles s'ajoutent des limitations cognitives graves.

Au total environ 673 000 personnes entre 60 et 80 ans et plus déclarent connaître une situation de dépendance, un chiffre qui se révèle être du même ordre de grandeur que le nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile au 30 juin 2009<sup>51</sup>.

## **2- les projections pour la dépendance**

Un premier travail de projection a été réalisé au début des années 2000 sur la base de l'enquête HID déjà citée. (Bontout, Colin, Kerjosse, 2002). Trois scénarios avaient été définis:

- Une extension de la morbidité : l'âge d'apparition de la dépendance se décale moins vite que l'âge du décès, conduisant à une augmentation de la durée de vie en dépendance

---

<sup>51</sup> - Voir Etudes et résultats, n° 710, L'APA se stabilise, la PCH explose.

- Un maintien de la morbidité : l'âge d'apparition de la dépendance et l'âge du décès se décalent parallèlement : la durée de vie en dépendance demeure alors stable
- Une réduction de la morbidité : l'âge d'apparition de la dépendance est davantage retardé que l'âge du décès.

C'est le scénario central qui a été privilégié, au regard des dernières données disponibles. Dans cette perspective le nombre de personnes dépendantes entre 2000 et 2040 pourrait augmenter de 50 % passant à 1 230 000 personnes (entre 1.1 et 1.5 selon les autres scénarios). Cette augmentation se ferait surtout à partir de 2030.

Ces premiers résultats ont été confortés par une étude plus récente (Duée, Rebillard, 2006). Les tendances sont résumées de la manière suivante :

*"En 2040, le nombre de personnes âgées dépendantes mais aussi l'âge de l'entrée en dépendance seront plus élevés qu'en 2000. À âge donné, l'évolution du nombre de personnes dépendantes résulte de la diminution du taux de dépendance et du renouvellement des générations (en 2040, les générations du baby-boom auront entre 65 et 95 ans). Avant 80 ans, la diminution du taux de dépendance prévaut, aboutissant à une baisse du nombre de dépendants pour les femmes. Au contraire, après 80 ans, l'effet génération est prédominant et provoque le doublement du nombre des personnes dépendantes aux âges élevés. L'âge moyen des personnes dépendantes augmenterait fortement entre 2000 et 2040, passant de 78 à 82 ans pour les hommes, et de 83 à 88 ans pour les femmes. Cette augmentation s'explique tout d'abord par l'augmentation de 3 ans de l'âge moyen de l'ensemble des personnes de 60 ans et plus (de 71 à 74 ans pour les hommes, et de 73 à 76 ans pour les femmes). L'augmentation des âges moyens des dépendants est supérieure à celle liée au simple vieillissement de la population en raison du décalage des courbes de dépendance vers les âges plus élevés".*

Un dernier travail cherche à savoir "comment les personnes dépendantes seront-elles entourées en 2030 ?" sur la base de projections européennes (GAYMU, 2008). Ici vont jouer les transformations relatives au couple : "A l'avenir, l'entourage familial des personnes âgées est amené à changer en raison de deux tendances de fond : la baisse du veuvage et la proportion croissante de divorcés. Mais ces évolutions devraient varier selon le sexe et l'âge.

*Chez les femmes, la montée des divorces sera plus que contrebalancée par le recul très marqué du veuvage dû à la baisse de la mortalité et au rapprochement des espérances de vie entre hommes et femmes. Elles pourront ainsi compter plus fréquemment sur la présence d'un partenaire pour faire face à leur dépendance et ceci dans tous les pays. La tendance est particulièrement soutenue chez les Européennes de 85 ans et plus : à ces âges, la présence d'un conjoint sera, quasiment partout, trois fois plus fréquente en 2030 qu'en 2000 (22 % contre 9 %).*

*Du côté des hommes de 85 ans et plus, la baisse du veuvage jouera dans le même sens et leur assurera plus souvent le soutien d'un partenaire en cas de dépendance (53 % en 2030 contre 42 % en 2000). Ceux de 75-84 ans seront également moins souvent veufs (13 % en 2030 contre 21 % en 2000) mais aussi*

plus fréquemment divorcés (13 % contre 3 %). À ces âges, il y aura donc moins d'hommes en couple.

Au final "hormis les hommes de 75 à 84 ans, les Européens âgés en situation de dépendance verront leur environnement familial s'étoffer, sans qu'on sache dans quelle mesure cet entourage sera réellement désireux et capable de faire face à la dépendance du conjoint, des parents ou des beaux-parents. Par ailleurs, la forte croissance attendue de la population âgée risque d'entraîner, en nombres absolus, une augmentation de la population sans famille, même si, proportionnellement, elle doit reculer".

## **VI- LES AXES D'UNE POLITIQUE EN DIRECTION DES SENIORS**

Dans cette dernière partie nous allons aborder les différents axes de ce que pourrait être une politique en direction des seniors . tous ne sont pas de même nature . le premier est strictement politique, d'autres sont plus en lien avec les pratiques , d'autres encore plus méthodologiques.

### **A. Un positionnement clair au milieu de nombreux acteurs institutionnels et acteurs de terrain**

En tant que collectivité publique, la ville de Reims doit pouvoir se situer au regard des autres collectivités et des établissements publics concernés par ces questions. Ce positionnement vise simplement à éviter des effets de substitution ( d'une collectivité publique à une autre) et des "blancs" ( au sens où certains domaines ne relèverait d'aucune collectivité publique). Cela suppose de rappeler brièvement les compétences des uns et des autres.

#### **1- La répartition des compétences entre les institutions**

La répartition des compétences dans ce secteur est souvent évoquée comme complexe , voire éclatée. C'est notamment la cas de la Cour des Comptes en 2005 , comme en 2009<sup>52</sup> qui " *constatait l'éclatement des procédures de régulation entre procédure d'autorisation par le président du conseil général , procédure d'agrément par la direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DDTEFP), procédure d'habilitation à l'aide sociale gérée par le département et procédure de conventionnement par les caisses de retraite pour les services prestataires qui interviennent auprès des bénéficiaires de l'aide ménagère de ces caisses. La Cour soulignait la juxtaposition de ces dispositifs, l'absence de partage d'information entre les différents acteurs et en définitive, malgré la multiplication des démarches administratives, l'absence de véritable outil de structuration et de contrôle de la qualité des prestations à domicile*".

---

<sup>52</sup> - Cour des Comptes. (2009). La prise en charge des personnes dépendantes in Rapport public annuel 2009. 255-303.

La décentralisation de 2004, la réforme générale des politiques publiques, les dernières réformes en date relatives au champ sanitaire, social et médico-social sont venues modifier le paysage institutionnel (tableau 22).

**Tableau 18 : Les collectivités publiques et leurs établissements publics**

Etablissements Publics ou G.I.P	Collectivités Publiques		Etablissements Publics ou G.I.P
	Etat	Collectivités territoriales	
ANAP, ANESM, HAS	DGCS		
CNAM, CNAF, CNAV, CNSA			
ARS CRAM, CRAV	DRJSCS	Conseil Régional	
Délégation Territoriale de l'ARS	DDCSPP	Conseil Général	MDPH
		Commune	CCAS Communauté d'agglomération

ANAP	Agence Nationale d'Appui à la Performance (Groupement d'Intérêt Public-GIP)
ANESM	Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des Etablissements et des Services Sociaux et Médico-sociaux (GIP)
ARS	Agence Régionale de Santé (Etablissement Public Administratif-EPA )
C.A	Communauté d'Agglomération (Etablissement Public de Coopération Intercommunale)
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CNAF	Caisse Nationale d'Allocations Familiales
CNAM	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CNAV	Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (EPA)
DDCSPP	Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la Protection des Populations
DGCS	Direction Générale de la Cohésion Sociale
DIRECCTE	directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi). Entrée en vigueur
DRJSCE	Direction Régionale de la Jeunesse et des Sports et de la Cohésion Sociale
HAS	Haute Autorité de Santé (Autorité Indépendante)
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées

Trois phénomènes particuliers sont à relever :

- le développement d'une forme d'externalisation de mission jusque là assurées par l'Etat et son administration . La multiplication des agences en est un bon exemple. Cela modifie la donne pour les collectivités territoriales qui doivent alors développer des interactions avec ces nouvelles entités<sup>53</sup>.
- l'encadrement des activités des caisses nationales par les conventions d'objectifs et de gestion.
- la redéfinition des compétences des collectivités territoriales en lien avec le développement de l'intercommunalité.

<sup>53</sup> - Voir par exemple le rôle des ARS dans le dispositif caniculaire de l'été 2010.

Pour autant les compétences actuelles ne sont pas stabilisées. Divers travaux menés et divers projets de loi de ces derniers mois visent à modifier les règles actuelles :

- le projet de loi de réforme des collectivités territoriales
- le rapport de Mme ROSSO-DEBORD fait une proposition visant à "*renforcer la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie dans ses prérogatives d'opérateur principal des politiques médico-sociales, affirmer sa gouvernance de la gestion de la couverture du risque de la perte d'autonomie et la doter des moyens nécessaires à ses missions.*" ( proposition 17, p 93).

## 2- Le positionnement de la ville de Reims

Comme évoqué dès le début du travail nous sommes dans une logique de complémentarité au regard de l'exercice des compétences des autres acteurs institutionnels. Le Conseil Général, l'Agence Régionale de Santé, la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse et les caisses de retraites ont chacun leur champ d'intervention en direction des personnes âgées.

Le positionnement de la ville de Reims peut se décliner de deux manières en référence à l'action sociale et en référence aux environnements et aux territoires. Pour le premier point il faut rappeler la définition et les missions du CCAS (encadré 10).

### Encadré 9 : Définition et mission du CCAS

Source : Article R 123-1 et 123-2 du CASF, ex décret du 6 mai 1995

Les centres communaux et intercommunaux d'action sociale procèdent annuellement à une analyse des besoins sociaux de l'ensemble de la population qui relève d'eux, et notamment de ceux des familles, des jeunes, des personnes âgées, des personnes handicapées et des personnes en difficulté. Cette analyse fait l'objet d'un rapport présenté au conseil d'administration.

- Les centres d'action sociale mettent en œuvre, sur la base du rapport mentionné à l'article R. 123-1, une action sociale générale, (...) et des actions spécifiques.

Le centre communal d'action sociale anime une action générale de prévention et de développement social dans la commune, en liaison étroite avec les institutions publiques et privées. Il peut intervenir sous forme de prestations remboursables ou non remboursables. Il participe à l'instruction des demandes d'aide sociale dans les conditions fixées par voie réglementaire. Il transmet les demandes dont l'instruction incombe à une autre autorité. L'établissement du dossier et sa transmission constituent une obligation, indépendamment de l'appréciation du bien-fondé de la demande.

Le centre communal d'action sociale peut créer et gérer en services non personnalisés les établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés à l'article L. 312-1.

Dans l'obligation d'analyse des besoins sociaux, sur laquelle nous reviendrons, référence explicite est faite aux personnes âgées. Dans la définition du CCAS il est fait référence à une action générale de prévention et de développement social, en liaison étroite avec les institutions publiques et privées. Ces deux éléments légitiment pleinement la place du CCAS pour piloter la politique en direction des personnes âgées.

Pour le second point il s'agit de partir des environnements des personnes aidées. En effet classiquement on distingue les interventions centrées sur les personnes elles-mêmes, ce que font la plupart des institutions évoquées précédemment, des interventions centrées sur les environnements. ceux ci

concernent aussi bien les environnements familiaux, les environnements matériels, le quartier, la ville .... Nous sommes là dans une logique de territoires et de développement social. On ne vise pas spécifiquement les personnes âgées mais on sait que si l'on développe des environnements favorables cela contribuera au bien vieillir des uns et des autres.

### ***B. Une plus forte visibilité avec des partenariats diversifiés***

Ce positionnement clair de la ville devrait permettre d'avoir une plus forte visibilité de la politique de la ville en direction des personnes âgées et un portage de cette politique.

Néanmoins portage n'est pas monopole... Les partenariats diversifiés ont alors toute leur place. Pour ce faire cela supposera de clarifier les relations aux associations. Entre confier tout aux associations avec peu de regard et un faible contrôle et considérer les associations comme des sous-traitants il y a une grande marge qui doit permettre de confirmer des relations équilibrées dans le cadre de conventionnements permettant de préciser les termes des échanges. Par exemple quelle est la mission de prévention des SSIAD ? Si l'on considère que l'économie sociale et solidaire a toute sa place dans ce champ d'intervention, compte tenu de ses valeurs et de ses postures, il ne faut pas non plus oublier que certains savent aujourd'hui utiliser les règles de droit pour dénoncer des ruptures de concurrence.

#### **Encadré 10 : La création du Fonds d'Aide aux Personnes âgées**

Dans une logique de mise en place d'une politique dynamique en direction des personnes âgées, la Ville de Reims a décidé de créer un Fonds d'Aide aux Personnes Agées, confié au CCAS et destiné au financement d'heures d'aide à domicile au bénéfice des personnes âgées.

L'objectif de cette aide est de prendre en charge une partie des frais liés à des prestations d'aides à la personne permettant à un plus grand nombre de personnes âgées d'accéder à ce type de prestations.

Les populations ciblées sont les personnes retraitées, résidant depuis au moins 3 mois sur la commune de Reims qu'elles soient locataires ou propriétaires occupantes de leur logement à l'exception de celles qui cumulent des revenus d'activité en complément de leur retraite.

Les critères à retenir pour pouvoir être éligible à cette aide sont basés sur le critère du « Reste à Vivre » du CCAS de Reims applicable avec certains aménagements, afin de tenir compte de la spécificité de ce public. L'ensemble des ressources de toutes les personnes vivant sous le même toit est pris en compte.

Sont déduits de ces ressources :

- l'ensemble des charges liées au logement (loyer de base, charges locatives, charges eau, loyer garage, contrat chaudière, énergie, assurance habitation, plan d'apurement loyer,

- la pension alimentaire si elle existe,

- le plan d'apurement Banque de France si il existe

- les charges liées à la dépendance

L'instruction du dossier est effectuée par l'ORRPA via le CLIC.

CLIC (Centre Local d'Information et de Coordination Gérontologique)

45 rue Chabaud - BP 2089 - 51073 REIMS Cedex

Tél : 03.26.88.40.86 Fax : 03.26.40.55.20

La création et la mise en œuvre du Fonds d'Aide aux Personnes Agées constitue une bonne expérimentation de cette question .

De la même manière des partenariats diversifiés seront entretenus avec les acteurs publics ( Conseil Général, CHU de Reims) et les autres acteurs ( caisses de retraite ...)

### ***C. Un effort d'observation et d'information***

Nous l'avons vu à plusieurs reprises l'observation des situations des personnes âgées et de leurs besoins peut largement être améliorée. Sur le principe cela relève de l'analyse des besoins sociaux, évoquée dans un point précédent. Cependant cela ne peut être la seule affaire du CCAS . Les différents acteurs concernés doivent pouvoir contribuer à cette observation collective<sup>54</sup> , à la condition qu'elle soit organisée. Cette préoccupation est partagée par d'autres acteurs et d'autres institutions. Le directeur de la CNSA affirmait , en juin 2010, que « *La connaissance des personnes concernées par une situation de handicap ou de perte d'autonomie, la description de leurs difficultés et l'évaluation de leurs besoins sont des préoccupations majeures des acteurs et décideurs locaux et nationaux. Répondre précisément à ces questions est un véritable enjeu* »<sup>55</sup>.

Au delà de la mobilisation des acteurs cela suppose aussi de faire des choix de méthodes qui traduisent une volonté politique. La territorialisation des données en constitue un bon exemple<sup>56</sup>.

Cet effort d'observation a son équivalent dans le champ de l'information. Des outils existent déjà , notamment le livret au service des retraités de l'ORRPA, sous forme papier tous les deux ans. Des formes plus en temps réel sont possibles pour améliorer l'information des seniors rémois.

### ***D. Une meilleure prise en compte des territoires***

Pour répondre à la demande initiale nous avons intégré l'approche territoriale dans l'analyse. Elle a permis de mettre en évidence de fortes différences que ce soit en termes d'offre d'hébergement ou d'usage des dispositifs d'aide. Cela nécessite de voir comment cette approche territoriale, en termes d'analyse, est reprise ou non en termes politique.

En effet on peut gérer les questions en terme global pour l'ensemble de la ville. Dans ce cas on ne prend que peu en compte le territoire vécu des personnes. Pour ce faire il faut avoir un autre niveau d'appréhension des phénomènes et des questions. Territoire peut alors se décliner en terme de plus grande proximité voire en termes de lien social. Cela veut dire aussi qu'on raisonne alors en termes d'habitat et non plus simplement en termes de

---

<sup>54</sup> - Pour éviter l'inflation du vocabulaire nous nous gardons bien d'employer le terme d'observatoire. Il est clair, également, que ce qui est dit là n'est pas spécifique aux personnes âgées.

<sup>55</sup> - A l'occasion du lancement d'un *Guide pour la valorisation des données locales dans le champ du handicap et de la perte d'autonomie*. Voir la fiche V-F du rapport annexe.

<sup>56</sup> - Voir la fiche I-D du rapport annexe . Voir aussi sur ce point la partie intitulée "Des outils pour cerner les besoins" EYNARD,PIOU,VILLEZ, 2009.

logement) en termes d'espace public, de mémoires des lieux<sup>57</sup>, d'attachement symbolique ..... Mais comme toujours dans ces questions le risque est aussi symétrique, celui de l'enfermement. Un minimum d'ouverture, de brassage, d'inter... est nécessaire, au risque sinon de constituer des territoires mono....ce qui rend par suite très difficile tout projet de mixité, d'intergénérationnel.

### ***E. Une adaptation accrue des logements et une diversification de l'offre d'hébergement***

La question du logement et de l'hébergement des personnes âgées n'est pas seulement une préoccupation locale. Ces derniers mois deux rapports y ont été consacrés et des propositions ont été faites ( encadré 12).

#### **Encadré 11 Des propositions pour adapter l'habitat au vieillissement**

Source : BOULMIER 20069 , BOULMIER 2010.

Le premier rapport ( octobre 2009) intitulé « L'adaptation de l'habitat au défi de l'évolution démographique », propose « 32 mesures pour relever le défi de l'accompagnement du vieillissement à domicile. Parmi les propositions du rapport :

- l'adaptation des logements neufs à tous les âges, dès leur conception, pour faire face aux besoins futurs
- l'aménagement du prêt viager hypothécaire, du microcrédit, du financement des services à la personne.
- la prévention de ces accidents domestiques passe par une adaptation des logements et un soutien à domicile
- la qualification et la professionnalisation du secteur des services à la personne
- la valorisation les emplois liés aux nouveaux besoins ».

Le second rapport (juin 2010) préconise, sur la base de douze propositions, à la fois, une politique de prévention et des dispositifs d'accompagnement visant à adapter l'habitat au vieillissement de la population.

- s'attaquer, en priorité, au repérage des difficultés avec la mobilisation de réseaux informels de proximité (réseaux consulaires de l'artisanat et des services de proximité, artisans du bâtiment Cette mission sera confiée à l'Agence nationale de l'habitat (ANAH). L'alerte de ces réseaux informels sera, ensuite, relayée aux professionnels du travail social (PACT, Habitat & Développement, CCAS, MSA, CLIC). Le premier diagnostic pourra s'appuyer sur « une grille d'évaluation des risques au domicile » (proposition n° 2).
- la structuration d'une offre de travaux, au financement des travaux d'adaptation et à la levée des obstacles réglementaires
- Transférer le crédit d'impôt ouvert aux personnes âgées (25 % pour les travaux favorisant l'autonomie), à leurs descendants ou collatéraux qui financent les travaux de « maintien à domicile ».
- Aménager le prêt viager hypothécaire.
- Développer et diffuser le microcrédit-adaptation du domicile des personnes âgées.
- Assouplir et adapter les règles de décisions des copropriétés pour l'adaptation des parties communes au vieillissement des occupants et à leur sécurité.

<sup>57</sup> - SEDRATI-DINET , C. (2010). Bien vieillir dans les quartiers défavorisés. Actualités Sociales Hebdomadaires, 2633, 20 novembre.

Plusieurs axes peuvent être évoqués dans ce domaine, sachant que certains croisent des propositions faites ailleurs.

- l'adaptation des logements : ce point est vital pour les organismes de logement social, des procédures ont été établies. La question est plus complexe dans l'habitat privé ancien.

- le changement de logement est aussi une solution voire une nécessité parce que le logement est devenu inadapté (taille, accessibilité, coût ...) ou que des opérations de renouvellement urbain ont lieu. Des processus d'accompagnement interinstitutionnel doivent alors être mis en place pour éviter des effets secondaires traumatiques.

- l'adaptation du logement en termes de santé. Emerge depuis quelque temps la notion de *domo médecine*. L'idée est *"qu'il est possible d'élaborer un système de santé qui permette de soigner un patient à domicile en recevant les soins de la même qualité ou de qualité supérieure à celle de l'hôpital. (...) Les termes télésanté, télé médecine ou médecine ambulatoire ne correspondent pas exactement à ce concept. François GUINOT propose d'utiliser le mot « domo médecine » qui serait bien l'exercice de la médecine au domicile du patient. La relation patient-médecin traitant est fondamentale et le traitement peut impliquer des actes complexes"*<sup>58</sup>. Une expérimentation est en cours.

- le logement intergénérationnel est souvent évoqué. Des initiatives existent dans plusieurs villes françaises depuis plusieurs années. Par exemple le réseau COSI (cohabitation solidaire intergénérationnelle) existe depuis 2004, s'étant inspiré d'exemples espagnols<sup>59</sup>. Le Réseau COSI, en s'occupant de rapprocher seniors et jeunes souhaite : Créer ou retisser le lien social et intergénérationnel, Prévenir l'isolement des seniors. Augmenter la sécurité des personnes âgées, et ainsi contribuer à leur maintien à domicile le plus longtemps possible. Pour certains leur offrir un complément de revenus. Faciliter l'accès à un logement, pour les jeunes, dans de bonnes conditions financières, en offrant une alternative nouvelle et solidaire, à la pénurie de logements de courts séjours (10 mois environ). Plusieurs acteurs rémois ont évoqué aussi cette possibilité. Cela suppose qu'il y ait une mobilisation et qu'une initiative associative se prenne. Dans d'autres villes cependant les porteurs de projets peuvent être le CCAS.

- l'hébergement sous la forme de foyers logements est aujourd'hui important, nous l'avons vu. Pour autant son attractivité peut donner à penser qu'il pourrait encore être développé. Est-ce que d'autres formes sont à développer ? Des unités de petite taille, des domiciles collectifs, des familles gouvernantes relèvent de ce registre. Cela nécessiterait une analyse plus approfondie car on est souvent dans le champ de l'expérience. Est-elle toujours transférable et transformable en innovation<sup>60</sup>?

---

<sup>58</sup> - CARINNA (2009). Synthèse de la journée du 4 novembre 2009. Voir les liens dans la fiche IV-E du rapport annexe. Une table ronde sur le sujet est prévue le 01/09/2010 à la Foire de Chalons en Champagne. Voir aussi l'étude menée par l'agence CARINNA sur le thème de « la recherche et l'innovation dans le domaine de la longévité et du vieillissement » et présentée le 10 novembre 2010.

<sup>59</sup> - Voir la fiche II-A du rapport annexe qui reprend la charte de ce réseau. Un téléfilm a récemment présenté cette situation. A deux c'est plus facile. Arte, mai 2010. Film d'Emilie Deleuze 2010, 78 mn avec Michel Galabru.

<sup>60</sup> - Dans le numéro de Gérontologie et société consacré aux innovations, il n'y a pas vraiment d'expériences d'hébergement. 126, septembre 2008.

## ***F. Des pratiques accrues de prévention***

Aborder ce point est complexe pour plusieurs raisons. Faire référence à la prévention peut passer pour un passage obligé dans ce genre de travail. A l'inverse on sait aujourd'hui toutes les difficultés rencontrées par les projets de prévention, que ce soit pour des raisons culturelles (une tradition française de politiques plus réactives qu'anticipatrices) et techniques (la mise en œuvre effective de pratiques de prévention<sup>61</sup>).

Pour autant il est important d'y faire référence et de voir dans quelle mesure des actions peuvent être menées. Avant toute chose il est important de bien identifier ce que l'on veut prévenir. S'il s'agit de prévenir le vieillissement, cela semble pour le moins difficile...Par contre s'il s'agit de prévenir - ou de ralentir la survenue- les différentes formes de la dépendance, de repli sur soi, d'isolement cela semble plus possible...Il est aussi important de voir comment il est possible de positiver ce type d'approche<sup>62</sup>. Cette volonté est déjà affichée dans l'organisation politique de la ville de Reims par la dénomination d'une des délégations : santé et prévention. Néanmoins cette préoccupation peut être encore plus transversale. Sans être exhaustif on peut identifier plusieurs domaines où des initiatives ont déjà été prises ou pourraient être prises ou développées.

### **1- La prévention des troubles psychiques**

Cette intention est déjà concrétisée. En effet, dans le cadre des ateliers santé ville et suite aux diagnostics, a été mis en place un conseil local autour de la souffrance psychique en juin 2009 (encadré 13). Il n'est pas spécifique aux personnes âgées, mais elles sont largement prises en compte de deux manières.

#### **Encadré 12 : Le Conseil Local autour de la souffrance psychique**

Source : Comité de pilotage du 16 décembre 2009.

Définition : c'est un espace de concertation et de coordination entre les acteurs, d'échanges et de réflexion pour l'élaboration de projets interdisciplinaires.

Objectifs : fédérer les professionnels et associatifs autour d'une démarche commune ; Privilégier le travail en réseau à l'échelle de la ville.

Groupes thématiques :

- souffrance psychique des personnes âgées avec deux sous-groupes (relogement et prévention de l'isolement et de la solitude)
- santé mentale et logement
- commission des "cas complexes"

<sup>61</sup> - Voir sur ce point MOATTI, JP. PERETTI-WATEL, P. (2009). Le principe de prévention. Le culte de la santé et ses dérives. Seuil, La république des idées  
PERETTI-WATEL, P. SEROR, V. et alii. (2009). La prévention en question : attitudes à l'égard de la santé, perception des messages préventifs et impact des campagnes. Evolutions, INPES, 18, juillet.

<sup>62</sup> - Ce point est complexe car on doit "naviguer" entre la stigmatisation potentielle et la vision angélique ou bien encore éviter le "politiquement correct" ou l'euphémisation du vocabulaire. Prenons deux exemples plus larges. Doit-on parler de prévention de l'exclusion ou de la promotion de l'égalité des chances ? De même le passage de la notion de maltraitance à la notion de bientraitance. En 2008 la revue Gériatrie et société 2008 a titré l'un de ses numéros "prévenir les maladies et promouvoir la santé".

- souffrance psychique des jeunes
- participations à des événements

C'est d'abord, dans le cadre du groupe thématique sur la souffrance psychique des personnes âgées, le travail mené sur le relogement dans le cadre des Opérations de Renouvellement Urbain(ORU) Un projet d'accompagnement a été élaboré et un protocole pour le suivi des personnes repérées comme présentant des problèmes spécifiques.

## 2- La prévention de la vulnérabilité

A un premier niveau cette prévention est faite par la tenue du répertoire que nous avons analysé. Cependant deux questions restent en suspens. Dans quelle mesure ce recensement est exhaustif<sup>63</sup> ? Est-ce que la réalisation, de ce recensement est suffisante pour qu'il y ait prévention des situations extrêmes (canicule ou autres) ?

Pour aborder ces deux questions on peut prendre appui sur une autre expérience, celle de la ville de Grenoble<sup>64</sup>. Cette ville " se targue d'une politique modèle de suivi des seniors en période caniculaire, fondée notamment sur un service d'aide à domicile et une permanence téléphonique destinée aux personnes âgées vivant seules (...) Chaque été à Grenoble, une permanence téléphonique est assurée sept jours sur sept par des assistantes sociales qui se rendent également régulièrement auprès des seniors vivant seuls.

*Sur 30.000 Grenoblois âgés de plus de 60 ans, le service social de la mairie dispose d'un « point de contact certain » avec 7.000 d'entre eux, parmi lesquels un millier a été identifié comme des personnes fragiles".*

Les Rémois de plus de 60 ans sont un peu plus qu'à Grenoble ( 31744 en 2007) ; par contre le nombre d'inscrits sur le registre est de 558. Sur Grenoble 7000 ont "un point de contact certain" ( il ne s'agit pas strictement d'une inscription sur le registre<sup>65</sup> ).

Deux points seraient à améliorer :

une couverture plus forte des personnes fragiles. Ceci repose à la fois sur le service porteur ( c'est aujourd'hui celui de l'hygiène et de la santé) et sur les réseaux qui sont en lien . Serait-il préférable que cela soit plus marqué "social" et donc pris en charge par le CCAS, ce qui se fait dans de nombreuses communes ?

Une prévention plus forte qui aille au delà de la seule inscription. Une initiative est déjà allée dans ce sens puisqu'un contact téléphonique était pris une fois par semaine auprès des gens isolés, afin d'instaurer un véritable échange. Est-ce que devra être plus régulier que pendant les mois d'été ? Est-ce

<sup>63</sup> - Sachant que nous sommes là dans un paradoxe fort : par définition un recensement est exhaustif, mais dans la mesure où il concerne prioritairement des personnes isolées, cela le rend d'autant plus difficile à faire.

<sup>64</sup> - Cette ville d'un peu plus de 150 000 habitants a été présentée dans la troisième partie du rapport. La fiche V-D du rapport annexe présente l'expérience.

<sup>65</sup> - En effet on sait, par ailleurs, que, fin 2007, 930 personnes âgées étaient inscrites au registre des personnes fragiles. Source : CCAS de Grenoble. Analyse des besoins sociaux, 2008, p 31.

que cela pourrait se faire en prenant appui sur des associations ? Sur Grenoble on souligne le fait que cette politique particulièrement dynamique, est fondée sur une équipe de centaines d'agents, d'aide à domicile et de lieux d'accueil associatifs dédiés aux personnes âgées, autrement dit sur un maillage d'acteurs sociaux<sup>66</sup>.

### 3- La prévention de la dénutrition

La question de la dénutrition a déjà été évoquée dans une partie précédente, en lien avec l'évaluation du PNNS . Les villes ont une place particulière dans ce dispositif. En effet a été définie une charte des villes actives du PNNS<sup>67</sup> et est constitué un réseau des villes associées au PNNS, auquel la ville de Reims appartient depuis septembre 2007<sup>68</sup>. Cette implication des villes contribue à *"des actions susceptibles de modifier l'environnement dans un sens plus favorable à l'adoption de bons comportements : par exemple, des actions sur l'offre alimentaire pour améliorer la qualité nutritionnelle de certains aliments, des actions de formation à l'intention des professionnels de santé ou des personnes relais ou des actions d'incitation à des démarches collectives (ex : villes actives PNNS)"* (IGAS, 2010).

Selon les orientations données dans le cadre du prochain PNNS, une implication renouvelée de la ville de Reims dans ce réseau pourrait se faire en lien avec la dénutrition des personnes âgées qui a vocation à devenir un axe prioritaire.

### 4- La prévention de la "fracture numérique"

Avec le développement et la généralisation de l'usage des technologies de l'information et de la communication s'est développée depuis plusieurs années une analyse en termes de fracture numérique<sup>69</sup>. Une enquête réalisée en 2009 par le CREDOC montre que deux français sur trois sont équipés d'internet à domicile. Le taux passe à 58% pour les 60-69 ans et à 18% pour les 70 ans et plus<sup>70</sup>. Dans ce domaine des associations spécialisées se constituent pour *"initier les seniors et les handicapés aux nouvelles technologies de la communication, avec l'objectif multiple de réduire la fracture numérique entre générations, désenclaver les seniors de leur situation d'isolement et de faciliter l'accès à la formation et à l'information, tout en ouvrant de nouvelles perspectives pour mieux profiter du « temps libre »"*<sup>71</sup>. De même des initiatives locales existent telles que école du net de l'ORRPA : 33 adhésions ont eu lieu sur cette activité d'animation ( pour 264 fréquentations) en 2008. Il serait nécessaire de voir si d'autres initiatives peuvent être prises sachant qu'au delà de l'aspect

<sup>66</sup> - Voir également la fiche V-B du rapport annexe relative à un dispositif de veille mis en place à Champigny sur Marne.

<sup>67</sup> - [http://www.mouveat.com/fichiers/charte\\_pnns.pdf](http://www.mouveat.com/fichiers/charte_pnns.pdf)

<sup>68</sup> - <http://www.villesactivespnns.fr/>. Un colloque national a eu lieu à Nancy le 25 novembre 2009 sur le thème : « Villes actives du PNNS : la concrétisation de l'action des communes pour la nutrition » .

<sup>69</sup> - Voir par exemple . Cohendet, P. Stojak, L. (2005). La fracture numérique en Europe. Futuribles, 305, février.

<sup>70</sup> - Un accès inégal aux technologies de l'information. [http://www.inegalites.fr/spip.php?article467&var\\_recherche=nouvelles%20technologies&id\\_mot=98](http://www.inegalites.fr/spip.php?article467&var_recherche=nouvelles%20technologies&id_mot=98)

<sup>71</sup> - Association E-seniors : <http://www.e-seniors.asso.fr/>

ludique cette pratique est de plus en plus nécessaire pour accéder à l'information et rester en relations avec des administrations et des organismes ( la banque à distance par exemple) , notamment lorsque la mobilité devient plus complexe.

#### 5- La prévention de la maltraitance

Dans les différentes dimensions de la prévention il faut également évoquer la question de la maltraitance . Elle a rarement été évoquée dans les entretiens , si ce n'est une fois en lien avec les politiques hospitalières et la réduction des effectifs, ayant une conséquence immédiate non seulement sur la qualité de l'écoute , mais sur son existence même. Cette préoccupation est prise en compte par d'autres organismes. Des recommandations de bonnes pratiques sont faites par l'ANESM.

L'implication sur ce point est peut être moins forte mais la préoccupation doit être néanmoins présente.

Ces cinq thèmes privilégiés ici n'épuisent pas le sujet de la prévention de la dépendance est loin d'être exhaustive, on pourrait aussi évoquer l'exercice physique, la mémoire, le mal endettement .... Le rapport récent de Mme Rosso-Debord souligne aussi cet aspect.L'un des objectifs est " *d'accroître l'efficacité des actions de prévention des pertes d'autonomie en mettant en place une consultation gratuite de prévention, assurant un suivi du PNNS au sein des établissements d'hébergement pour personnes âgées et en prévenant les accidents indésirables évitables*".

Il s'agit donc bien d'une posture générale qui peut ensuite être déclinée dans différents domaines . Néanmoins cela doit constituer une priorité politique affichée, portée et soutenue.

### ***G. Un développement des pratiques de liaison et de réseau***

De manière transversale la question de la liaison et du réseau est revenue à plusieurs reprises. Les différents acteurs rencontrés font état tant de la complexité que de leur isolement . En effet les problématiques rencontrées sont complexes et multidimensionnelles. Un seul intervenant, une seule institution a souvent du mal à faire face. Pour ce faire cela suppose que des pratiques de liaison et de réseau se mettent en place. Le principe de base étant que l'articulation entre deux champs, deux univers est difficile . Cela peut concerner le rapport santé/social, hôpital/médecine de ville ; logement / social.....

Ce constat n'est pas nouveau car les premières pratiques de réseau datent de la fin des années 80, les pratiques de liaison de la fin des années 90. Au regard de cela deux points sont à examiner .

Ces pratiques se sont développées et se sont institutionnalisées. De nombreux domaines sont aujourd'hui couverts par des réseaux ( dont les personnes âgées), le plus souvent avec une structuration régionale. Cependant ils montrent très rapidement leurs limites dans l'abord des situations quotidiennes de travail, même s'ils peuvent constituer une ressource en terme de réflexion, de formation, de représentation. Le réseau pour être un plus dans la réponse aux besoins des personnes doit reposer sur de la proximité et de l'interconnaissance .

Le deuxième point porte aujourd'hui sur l'actualité des réseaux. Sont ils encore d'actualité ? Formellement oui , l'appel au réseau reste d'actualité. Cependant on doit aussi constater que d'autres formes de coopération entre les établissements et les services sont aujourd'hui promues. On peut penser notamment aux groupements de coopération , voire même aux fusions. La Cour des Comptes dans son rapport déjà cité dit : "*la Cour encourageait également le regroupement des services, aujourd'hui très nombreux et très éclatés. Les réalisations en ce sens ont été peu nombreuses*". (Cour des comptes, 2009, p 257). Dans ce cas il s'agit plus d'injonctions institutionnelles dans une logique de gestion que d'une amélioration de la qualité de la réponse aux besoins.

Néanmoins et en écoutant les acteurs la mise en réseau et sa structuration restent nécessaires. L'Equipe Mobile d'Intervention Gériatrique du CHU, le conseil local autour de la souffrance psychique, le CLIC constituent chacun à leur manière des réponses. Elles ne sont sans doute pas suffisantes et elles nécessitent alors la création de nouveaux liens . Cependant un réseau ne se constitue pas "naturellement", même si des réseaux informels existent. Il est nécessaire de prendre l'initiative, de contribuer à la structuration, d'entretenir .... Dans les domaines où c'est nécessaire il serait important d'aider à cette structuration. IL est nécessaire aussi de voir dans quelle mesure certains acteurs en marge de ces réseaux pourraient être plus présents . Le cas des maisons de quartier a été plusieurs fois évoqué. En effet de par leur agrément les centres sociaux ont une vocation intergénérationnelle. Ils devraient de ce point de vue constituer une ressource dans ce domaine, le tout étant d'en définir, plus précisément les modalités selon les territoires .

Il faut aussi rappeler que le réseau ne se limite pas aux professionnels et aux institutions. Chaque individu a lui même son propre réseau, plus ou moins développé et mobilisé. Ils peuvent être à base familiale ou extrafamiliale, sur la base du voisinage par exemple. Pour les professionnels cela veut dire que ces réseaux doivent être connus et mobilisés. Le travail sur l'intergénérationnel si l'on veut qu'il ne soit pas qu'un gadget ou mot d'ordre doit aussi prendre appui sur ces réseaux.

## **CONCLUSION**

Que conclure au terme de ce travail ? Nous avons répondu à la question posée au départ : quels sont les axes de la politique à mettre en place par la ville de Reims pour faire face au vieillissement de sa population ?

Pour y répondre nous avons constaté que les éléments d'aide à la décision ne sont pas simples à rassembler dans la mesure où ils n'existent pas forcément. Trois éléments d'incertitude sont à souligner .

Les projections démographiques générales, celles sur la dépendance et les projections sur l'évolution des revenus ....existent au niveau national, avec des variations importantes selon les hypothèses retenues. Ai niveau local c'est beaucoup plus compliqué.

L'identification des besoins émergents ou non couverts n'est pas simple non plus, nous l'avons constaté. Les acteurs rencontrés, et c'est logique, sont beaucoup

plus dans le fonctionnement actuel de leurs organisations que dans le repérage des besoins pour demain. Cela pose un problème dans l'aide à la décision et c'est l'un des points qui doit être structuré prioritairement puisqu'il conditionne le reste

Un troisième élément d'incertitude est également à souligner c'est l'organisation politique et les changements législatifs. On voit bien comment il est impossible de prévoir dans ce domaine. Qui aurait pu dire il y a moins de cinq ans que l'organisation territoriale et les finances locales allaient être modifiées de la sorte.

Ces limites étant posées nous avons pu proposer un positionnement pour la ville. En effet la compétence du Conseil Général et de l'Etat dans le domaines des personnes âgées n'interdit pas pour autant toute action d'une ville. Une nouvelle partition émerge : *"aux départements de rentrer dans une logique de production industrielle de décisions pour faire face à la progression de la demande d'accès aux droits ( APA, PCH, RSA...), ce qui vient réinterroger leur compétence générale d'accompagnement. (...)L'action sociale des communes incarne davantage le champ des possibles. Elle traverse des logiques de développement local d'animation de réseau et constitue via notamment leurs CCAS, un creuset important en termes d'expérimentation"*<sup>72</sup>. Sur cette base la ville peut affirmer sa politique en faveur des seniors, en prenant appui sur une organisation qui la personnalise et sur un partenariat diversifié et des réseaux structurés.

Il est important cependant de dire que cette politique ne peut pas être spécifique, ceci de deux manières. L'action de la ville ne peut se limiter à l'action sociale même si elle constitue un point important. En effet on a pu voir comment les choses sont imbriquées : voirie, logement, déplacement, services à domicile, services dans le quartier. Il doit donc s'agir d'une préoccupation partagée pour ne pas dire transversale...De la même manière la question des seniors doit être intégrée dans une politique des âges et des générations. Une partie des difficultés renvoie bien à la relation entre les générations : est-ce que les unes chassent les autres de certains lieux ? est-ce que les unes bénéficient d'attentions et d'autres pas ? ....Comme le dit le thème de la semaine bleue 2010 : "A tout âge : acteurs, proches et solidaires". D'une autre manière une ville contribue de par sa politique à la construction de l'intergénération ou au maintien des logiques de distinction voire de ségrégation.

---

<sup>72</sup> BARON, A. (2010). Action sociale : la dérive des continents . La lettre du cadre territorial, 406, 1 septembre , 20-22.

## ***Bibliographie***

### 1. Articles, ouvrages, revues.

- ALTERNATIVES ECONOMIQUES (2010). Générations. Hors série, n° 85, 3° trimestre.
- AMYOT, JJ. ( 2008). Travailler auprès des personnes âgées. Dunod, 3° édition, 402 p.
- ARGOUD, D. (2001). Vieillesse et territoires : vers un renouveau de l'action publique ? Vie Sociale, n° 4,
- AUGRIS, N. BAC, C. (2009). Evolution de la pauvreté des personnes âgées et minimum vieillesse. Retraite et société, 56, janvier .
- BAS THERON, F. MICHEL, M. (2002). Rapport sur les immigrés vieillissants. IGAS, novembre, 152 p.
- BEAUD, S. CONFAVREUX, J. LINDGAARD, J. (2008). Vieux pauvres in La France invisible. La Découverte, poche. 1 ° édition 2006, pp443-455.
- BENALLAH, S. LEGENDRE, F. (2009). Une projection de l'âge de départ à la retraite. En 2020. *Connaissance de l'emploi*, 61, janvier.
- BERBERI, C. (2010). L'aide aux personnes âgées en perte d'autonomie. Informations sociales.2010/3. Politiques sociales et familiales en Grande Bretagne, n° 159, 138-146.
- BILLE, M. (2010). A tout âge : acteurs, proches et solidaires. Réunion des comités départementaux de la Semaine bleue, 26 mars, 6 pages.
- CLEMENT, S. (2006). Transports urbains et vieillissement. Innovations toulousaines Informations sociales, 2006/2 , N° 130, 72-79.
- D'AUTUME, A. BETBEZE, JP. HAIRAUT, JB. (2005). Les seniors et l'emploi en France. Centre d'Analyse économique.
- EYNARD, C. PIOU, O. VILLEZ, A. (2009). Conduire le changement en gérontologie. Dunod, 272 p.
- FONDATION DE FRANCE . (2010). Les solitudes en France en 2010, juillet, 28 pages.
- FOURDRIGNIER, M. (2009b). Réaliser l'analyse des besoins sociaux in CCAS et CIAS, éditions WEKA.
- FOURDRIGNIER, M. (2009a). Personnes âgées, services et associations: transformations sociétales et projet associatif. Séminaire ORRPA du 20 mars.
- GERONTOLOGIE ET SOCIETE.(2008). Prévenir les maladies et promouvoir la santé, juin, n° 125.
- GERONTOLOGIE ET SOCIETE.( 2008). Les innovations, septembre, n°126.

GUILLEMARD, AM. (2007) Une nouvelle solidarité » entre les âges et les générations dans une société de longévité, in PAUGAM, S. (Dir). Repenser la solidarité. PUF, le lien social, pp 355-375.

GUINCHARD KUNSTLER P. (1999). Vieillir en France : enjeux et besoins d'une nouvelle orientation de la politique en direction des personnes âgées en perte d'autonomie : rapport à M. le Premier ministre. Septembre , 169 p.

HERBERT, B. (2010). La convergence des politiques publiques du vieillissement et des politiques locales de l'habitat. Réalités et perspectives. ANIL Habitat actualité, avril, 123 p.

HULIN, J. (2006). Personnes âgées. 8400 marnais dépendants à l'horizon 2015. INSEE Flash Champagne-Ardenne, octobre

MANAGEMENT ET AVENIR. (2009). La personne âgée : de nouvelles frontières pour comprendre et agir. 2009/6, n° 26, 128219.

MARTIN, C LE BIHAN, B. (2008) Comment comparer les politiques de prise en charge des personnes âgées dépendantes en Europe ? in GUILLEMARD, AM. (2008). Où va la protection sociale ? PUF, 289-311.

PAQUET, M. (2010). Le vieillissement , un défi pour les territoires. Actualités Sociales Hebdomadaires, 2668-2669, 16 juillet, 30-33.

PITAUD, P. (Dir) (2010). Solitude et isolement des personnes âgées. l'environnement solidaire. Editions Erès, 270 p ( 1° édition : 2004).

RECHERCHES ET PREVISIONS. (2003). Familles, vieillissement, et générations. 71, mars.

SANTE DE L'HOMME (LA). (2009). Promouvoir la santé des personnes âgées. Mai-juin.

SEVE, L. (2010). Reconsidérer le "bien vieillir". le Monde diplomatique, janvier, p 3.

TERRITOIRES 2030, revue de la DATAR.

VIRIOT-DURANDAL, JP. (2007). Politiques de la vieillesse et solidarités sous pression in PAUGAM,S. (Dir). Repenser la solidarité. PUF, le lien social, pp 335-353.

## 2. Données statistiques

BLANCHET, D et alii. (2009). La nouvelle version du modèle de microsimulation dynamique Destinie. Journées de Méthodologie Statistique, 24 mars.

BONTOUT, O. COLIN, C. KERJOSSE, R. ( 2002). Personnes âgées dépendantes et aidants potentiels : une projection à l'horizon 2040. Etudes et résultats, 160, février.

DEBOUT, C. (2010). La durée de perception de l'APA : 4 ans en moyenne. Etudes et résultats, DREES, n° 724, avril .

DEBOUT, C. LO, SH. (2009). L'allocation personnalisée d'autonomie et la prestation de compensation du handicap au 31 décembre 2008. Etudes et résultats, DREES, n° 690, mai.

DOS SANTOS, S. MAKDESSI, Y. (2010). Une approche de l'autonomie chez les adultes et les personnes âgées. Etudes et résultats, DREES, n° 718 , février.

DUEE, M. REBILLARD, C. (2006). La dépendance des personnes âgées : une projection en 2040. Données Sociales, INSEE, 613-619.

GAYMU, J. (2008). Comment les personnes dépendantes seront elles entourées en 2030? Projections européennes. Populations et sociétés, 444.

MATHERN S. (2010). Les allocataires de minima sociaux en 2008. Etudes et résultats, 727, mai. DREES .

MATHERN, S. (2009). Les allocataires de minima sociaux en 2007. Etudes et résultats, 680, février. DREES

PREVOT, J. (2009a). L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007. Etudes et résultats, DREES, n° 689, mai, 8 pages.

PREVOT, J. (2009b). Les résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007. Etudes et résultats, DREES, n° 699, août , 8 pages.

TUGORES, F. (2006). La clientèle des établissements d'hébergement pour personnes âgées. Situation au 31 décembre 2003. Etudes et résultats, DREES, n° 485, avril.

### 3. Les politiques en direction des personnes âgées

#### - Politique nationale :

BOULMIER, M. (2009). L'adaptation de l'habitat à l'évolution démographique : un chantier d'avenir. Rapport à Monsieur le Secrétaire d'Etat au Logement et à l'Urbanisme, octobre, 82 p.

BOULMIER, M. (2010). Bien vieillir à domicile : enjeux d'habitat, enjeux de territoires. Rapport à Monsieur le Secrétaire d'Etat au Logement et à l'Urbanisme, juin, 82 p

COURTIAL, E. (2010). Vieillir partout en sécurité, l'affaire de tous. Rapport confié par Mr Fillion , Premier Ministre, à la demande de Mr Brice Hortefeux, ministre de l'intérieur,, de l'outremer et des collectivités territoriales sur les besoins de, sécurité liés au vieillissement de la population, mai, 113 pages.

FRANCO, A (2010). Vivre chez soi. Rapport de la mission Vivre chez soi. Rapport à Madame Nora Berra, secrétaire d'Etat- en charge des Aînés, juin, 98 p.

KERGUERIS,J. (2010). L'avenir des services à la personne. Rapport d'information, n° 589, Sénat, 30 juin, 280 p.

ROSSO-DEBORD, V.(2010). La prise en charge des personnes âgées dépendantes. Rapport d'information, Commission des affaires sociales, Assemblée nationale, 23 juin, 128 p

CNAV-UNCCAS. (2008). Convention cadre entre l'Union Nationale des CCAS et la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse, 20 février, 8 p.

Ministère délégué à la Sécurité Sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille (2007). Plan national "Bien vieillir" 2007 - 2009

Plan « Alzheimer et maladies apparentées ». 2008-2012. 1 février 2008, 84 pages.

CIRCULAIRE N°DGAS/DSS/DHOS/2009/195 du 06 juillet 2009 relative à la mise en oeuvre du volet médico-social du plan "Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012"  
Date d'application: 6 juillet 2009

#### - Politique départementale

Conseil Général de la Marne. (2006). Schéma gérontologique départemental.

Conseil Général de la Marne. (2009). Les Grandes politiques du Conseil Général de la Marne.

- Politique européenne ;

COMMISSION DES COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES (2009). Communication de la Commission au Parlement Européen et au Conseil concernant une initiative européenne sur la maladie d'Alzheimer et les autres démences. COM(2009) 380 final, 1041. 22 juillet, 10 pages.

#### 4. Les principaux sites web

Dénomination	Adresse
Agevillage.com	<a href="http://www.agevillage.com">www.agevillage.com</a>
Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse	<a href="http://www.cnav.fr">www.cnav.fr</a>
Centre de Liaison d'Etude, d'Information et Recherche sur les Problèmes des Personnes Agées (CLEIRPPA)	<a href="http://www.cleirppa.asso.fr">www.cleirppa.asso.fr</a>
Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie	<a href="http://www.cnsa.fr">www.cnsa.fr</a>
Fédération Nationale de Gérontologie	<a href="http://www.fng.fr">www.fng.fr</a>
Fondation de France	<a href="http://www.fdf.org">www.fdf.org</a> / <a href="mailto:personnesagees@fdf.org">personnesagees@fdf.org</a>
INSEE	<a href="http://www.insee.fr">www.insee.fr</a>
Maison de l'autonomie	<a href="http://www.lamaisondelautonomie.com/">http://www.lamaisondelautonomie.com/</a>
UNA (Union Nationale de l'Aide, Des Soins et des Services aux Domiciles)	<a href="http://www.una.fr/">http://www.una.fr/</a>
UNCCAS	<a href="http://www.unccas.org/">http://www.unccas.org/</a>

## ***Liste des cartes, encadrés, graphiques et tableaux***

Carte 1 : Part des plus de 60 ans et des plus de 75 ans par quartiers en 2006 .....	25
Carte 2 : Les hébergements pour personnes âgées par quartiers.....	27
Carte 3: Ratio des secours par rapport à la population de + 60 ans en 2006.....	31
Encadré 1 : Le label "bien vieillir ensemble" .....	10
Encadré 2 : La sécurité des personnes âgées.....	11
Encadré 3 : L'évolution récente de la population rémoise .....	19
Encadré 5 : La prévention canicule à Reims.....	32
Encadré 6 : Les réflexions des membres de l'ORRPA.....	35
Encadré 7 : Perspectives pour les personnes âgées et la pauvreté.....	38
Encadré 8 : Les solitudes en France en 2010 .....	45
Encadré 9 : Les quatre formes du vieillissement .....	47
Encadré 10 : Définition et mission du CCAS.....	55
Encadré 11 : La création du Fonds d'Aide aux Personnes âgées .....	56
Encadré 12 Des propositions pour adapter l'habitat au vieillissement .....	58
Encadré 13 : Le Conseil Local autour de la souffrance psychique .....	60
Graphique 1 : Evolution de la population de Reims de 1968 à 2006.....	18
Graphique 2 : Part des ménages non imposables selon les quartiers en 2007 .....	23
Graphique 3 : Evolution de l'espérance de vie des hommes et des femmes depuis 1946. ....	46
Tableau 1 : Frise chronologique 1990-2030 .....	12
Tableau 2 : Le contenu des comités de pilotage.....	14
Tableau 3 : La population des plus de 60 ans selon le sexe et l'âge en 1999 .....	19
Tableau 4 : La population des plus de 60 ans selon le sexe et l'âge en 2006 .....	19
Tableau 5 : Comparaison générale des villes .....	20
Tableau 6 : Comparaison des villes selon la part des personnes âgées en 1999 et 2006 .....	21
Tableau 7 : La part des plus de 60 ans en 2006 dans les 12 villes .....	22
Tableau 8 : Evolution démographique des quartiers de Reims de 1999 à 2006. ....	22
Tableau 9 : La répartition des personnes âgées par quartiers .....	24
Tableau 10 : Typologie des quartiers selon la part des personnes âgées .....	26
Tableau 11 : La place des personnes âgées dans un organisme de logement social .....	26
Tableau 12 : Répartition des aides par quartiers.....	30
Tableau 13 : Répartition des personnes inscrites dans le répertoire "canicule" par quartiers.....	33
Tableau 14 : Evolution des bénéficiaires des minima sociaux de 2006 à 2008 .....	36
Tableau 15 : L'évolution des âges par générations de 1990 à 2030 .....	46
Tableau 16 : Espérance de vie selon le sexe en 2007 .....	48
Tableau 17 : Perspectives européennes pour les taux de dépendance vieillesse .....	49
Tableau 18 : Les collectivités publiques et leurs établissements publics .....	54

## ***Annexe 1 : Les sigles utilisés***

ACSE	Agence Nationale pour la Cohésion Sociale et l'Egalité des Chances
AGGIR	Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressources
ANAH	Agence Nationale pour l'Amélioration de l'Habitat
ANIL	Agence Nationale d'Information sur l'Habitat
ANRU	Agence Nationale de Rénovation Urbaine
ANSP	Agence Nationale de Services à la Personne
APA	Allocation Personnalisée d'Autonomie
ARADOPA	Association Régionale de l'Aide à la Personne
ARS	Atelier de Recherche Sociologique
ASSAD	Association Soins et Services à Domicile
ASV	Ateliers Santé Ville
AUDRR	Agence d'Urbanisme et de Développement de la Région de Reims
CAE	Conseil d'Analyse Economique
CAR	Communauté d'Agglomération de Reims
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CCMSA	Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole
CCP	Cahier des Clauses Particulières
CESU	Chèque Emploi Services Universel
CLIC	Centre Local d'Information et de Coordination
CNAM	Caisse nationale d'Assurance Maladie
CNAV	Caisse Nationale Assurance Vieillesse
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CRAM	Caisse Régionale d'Assurance Maladie
CSD	Circonscription de la Solidarité Départementale
CSTB	Centre Scientifique et Technique du Bâtiment
DDASS	Direction Départementale de l'action Sanitaire et Sociale
DGAS	Direction Générale de l'Action Sociale
DRESS	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
EPCI	Etablissement Public de Coopération Intercommunale
FNAU	Fédération Nationale des Agences d'Urbanisme
FPC	Fédération des Promoteurs Constructeurs de France
IRIS	Ilots Regroupés pour des Indicateurs Statistiques
MSA	Mutualité Sociale Agricole
PNNS	Programme National Nutrition Santé
PSD	Prestation Spécifique Dépendance
RPA	Résidence pour Personnes Âgées
UNCCAS	Union Nationale des Centres Communaux d'Action Sociale
VRI	Ville de Reims Informations
ZUS	Zone Urbaine Sensible

## ***Annexe 2 : Les documents utilisés***

AGENCE d'URBANISME ET DE DEVELOPPEMENT DE LA REGION DE REIMS. (2008). Données de cadrage 2008, 8 p.

A.M.R. (Aides Ménagères Rémoises). (2009). Assemblée générale, 23 juin.

ARADOPA. (s.d.) Livret d'accueil.

ARADOPA(2009). Aradopa Infos. La lettre aux clients et partenaires, n° 3, septembre .

ARFO (Association des Résidences Foyers) (2009). Rapport d'activité 2008, assemblée générale du 25 juin 2009, 28 p.

CCAS de Reims. (2008). Analyse des besoins sociaux. Synthèse. Service études documentation. Juin 2008, 25 p.

CCAS de Reims. (2009). Analyse des besoins sociaux. Synthèse. Service études documentation. Mai, 24 p.

E.L.S. Concept (2007). Enquête ASV. Diagnostic participatif auprès des habitants des quartiers Croix Rouge et Maison Blanche. Analyse qualitative des données Bien-être et santé, septembre , 80 p.

E.L.S. Concept (2007). Rapport final. Ateliers Santé Ville, ville de Reims, septembre , 56 p.

Equipe Mobile d'Intervention Gériatrique (EMIG). Document de présentation. CHU de Reims, Service médecine interne et gériatrie clinique, 20 p.

INSTITUT RENAUDOT. (2006). Résultats du diagnostic/action santé participatif. Quartier Orgeval, ville de Reims, juillet, 63 p + annexes.

ORRPA. (2009A). L'ORRPA et sa portée ! Rapport d'activités 2008. Assemblée générale du 19 juin .

ORRPA (2009B). Quel projet associatif pour l'ORRPA de demain ? Actes du séminaire du

Ville de Reims (2009). Personnes âgées. Hébergement et services à domicile. Constat et prospective. Cahier des clauses particulières. 13 p.

### ***Annexe 3 : Composition du Comité de Pilotage***

- Mr Stéphane JOLY, adjoint en charge des solidarités, vice président du CCAS
- Mme Mireille WOJNAROWSKI, adjointe en charge de la santé et des préventions
- Mr Bertrand BOUSSAGOL, président de l'ORRPA l'Office Rémois des Retraités et des Personnes Agées
- Mr Francis GABREAU, directeur de la Direction des Solidarités et de la Santé Publique (DSSP)
- Mme Lucile VERCOUTERE, directrice adjointe de la DSSP
- Mr Serge ANSELIN, chef du service des solidarités, DSSP
- Mme Geneviève ROBIN, directrice du CCAS
- Mr Sylvain LAMOUREUX, directeur adjoint du CCAS
- Mme Francine FOULQUIER, Responsable de la CSD Pont de Laon, Conseil Général de la Marne
- Mr Marc FOURDRIGNIER, sociologue.

Ont participé à l'une des séances du comité de pilotage :

- Mme Muriel MARTIN-DUPRAY, Directrice Générale Adjointe pôle développement social et services aux citoyens
- Mme Nassima ZAIMECHE, Cabinet de Madame la Maire

### *Annexe 4 : Les entretiens réalisés*

1	ANCELIN	Serge	Chef du service des solidarités
2	VERCOUTERE	Lucile	Directrice adjointe de la Direction des Solidarités et de la Santé Publique (DSSP)
	BERTRAM	Dominique	Chef de projet santé
3	ROBIN	Geneviève	Directrice du CCAS
	LAMOUREUX	Sylvain	Directeur adjoint du CCAS
4	BRISION	Corinne	Directrice de l'association Aides ménagères rémoises
5	LE BŒUF	Sylvia	Directrice de l'ORRPA
	DELAISSE	Laurie	Chef de projets à l'ORRPA
6	LEMAIRE	David	Directeur de l'ARADOPA
7	MORAUX	Jean-Jacques	Président de l'Union locale des Centres de soins
8	FOULQUIER	Francine	Conseil Général de la Marne . Coordinatrice des CSD. responsable de la CSD Pont de Laon
9	KARIGER	Eric	Vice Président du Conseil général de la Marne
10	CHATEL	Marie-Christine	Responsable service développement social . Reims Habitat
	BREJARD	Philippe	Directeur Location proximité. Reims Habitat
11	WOJNAROWSKI	Mireille	Maire adjointe , santé et prévention
12	DEBART	Anne	Equipe Mobile de Soins CHU Reims
13	GUELARD	Nicole	Association Générale de Retraite par répartition (AG2R)
14	MAHUET	Martine	Association de Résidence Foyers Logements pour Retraités (ARFO)