



■ CONTEXTE NATIONAL

Selon la constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la santé est « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » et représente « l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soit sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale ».

L'ORS-CREAI publie un nouveau numéro de sa collection « Santé Observée en Normandie ». Ces publications ont pour objectif de mettre à la disposition de l'ensemble des partenaires du champ sanitaire, social et médico-social, les principales données concernant la santé de la population (indicateurs de santé disponibles, ressources régionales en matière de prévention et de soins).

Avec l'avancée en âge, les adultes même en bonne santé, deviennent plus vulnérables. Le vieillissement correspond à l'ensemble des processus physiologiques et psychologiques qui modifient la structure et les fonctions de l'organisme. Il résulte des effets intriqués de facteurs génétiques (vieillesse intrinsèque) et de facteurs environnementaux auxquels est soumis l'organisme tout au long de sa vie. Il s'agit d'un processus lent et progressif qui doit être distingué des manifestations des maladies. L'état de santé d'une personne âgée résulte habituellement des effets du vieillissement et des effets additifs de maladies passées (séquelles), actuelles, chroniques et/ou aiguës. Les capacités fonctionnelles du système biologique de l'individu se développent au cours des premières années de vie, atteignent un pic au début de l'âge adulte et déclinent naturellement ensuite. Le rythme de ce déclin est déterminé, au moins en partie, par les comportements individuels et l'exposition aux risques tout au long de la vie, qu'il s'agisse de l'alimentation, de l'exercice physique pratiqué ou de l'exposition aux risques sanitaires tels que le tabagisme, la consommation nocive d'alcool, ou l'exposition à des substances toxiques.

Avec l'augmentation de l'espérance de vie, le concept de « vieillissement actif » est apparu et on distingue aujourd'hui trois générations de personnes âgées : « les moins de 75 ans caractérisés par le début de la retraite, la grand-parentalité, l'engagement civique et les loisirs ; les personnes entre 75 et 80 ans qui connaissent davantage de problématiques de santé, notamment les maladies chroniques ; les plus de 80 ans dont les besoins appellent un appui des aidants ou des services à la personne, le recours aux dispositifs d'assistance ou la domotique, voire l'entrée dans des logements ou hébergements adaptés » (ANCT, 2019).

Les activités de l'ORS-CREAI Normandie sont soutenues par le Conseil Régional, l'Agence Régionale de Santé de Normandie et le Conseil Départemental de l'Orne.



SOMMAIRE

Les déterminants sociaux	p. 3
L'état de santé des personnes âgées	p. 12
L'offre de santé et de recours	p. 17
Témoignages	p. 24
Faits marquants en Normandie	p. 31

CONTEXTE NATIONAL (suite)

On observe aujourd'hui une approche globale du vieillissement dans le cadre des politiques publiques, qui se traduit notamment dans la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement, entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2016¹. Elle a pour objectif d'anticiper les conséquences du vieillissement (avec notamment la réforme de l'allocation personnalisée d'autonomie, le soutien des proches aidants, le soutien au secteur de l'aide et des soins à domicile...). Elle intègre les questions de prévention, de lutte contre l'isolement, de nouvelles formes d'habitat et de solidarités, afin de développer des territoires favorables au vieillissement, soutenant l'autonomie des personnes âgées, la démocratie participative et le droit de vieillir en bonne santé.

Impulsée par le plan Alzheimer (2008-2012) puis par le plan Maladies neurodégénératives 2014-2019, l'offre en établissement s'est diversifiée en particulier du fait de la mise en place et du développement des Pôles d'accueil et de soins adaptés (PASA) et des Unités d'hébergement renforcées (UHR) au sein des Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et des Unités de soins de longue durée (USLD).

¹ <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/personnes-agees/accompagnement-des-personnes-agees/article/loi-relative-a-l-adaptation-de-la-societe-au-vieillessement>

Contexte régional sur la politique régionale en matière de santé des 65 ans et plus

L'agence régionale de santé (ARS) de Normandie définit et met en œuvre la politique de santé en région. Dans son Schéma régional de santé, déclinaison opérationnelle du Plan régional de santé (PRS) élaboré pour la période 2018-2023, elle s'attache à organiser son action afin de prévenir et répondre aux ruptures identifiées dans huit parcours prioritaires, parmi lesquels le parcours "personnes âgées en perte d'autonomie".

SOMMAIRE DÉTAILLÉ

Les déterminants sociaux

- La population âgée de plus de 65 ans en Normandie p. 3
- Les conditions de vie des personnes âgées en Normandie p. 5
 - La situation de logement des personnes p. 5
 - Le niveau de ressources p. 7
 - La perte d'autonomie p. 8
 - Les aides dédiées aux personnes âgées p.10

L'état de santé des personnes âgées

- L'espérance de vie p. 12
- Les causes de morbidité p. 12
- les causes de mortalité p. 15

L'offre de santé et de recours

- L'offre de soins p. 17
- Le recours aux soins p. 19
- L'offre médico-sociale p. 20
- Ressources liées à l'information et la coordination des interventions p. 21

Témoignage : La parole d'un acteur p. 24

Témoignage : Le point de vue de sociologues p. 27

Faits marquants en Normandie p. 31



ZOOMS SUR :

- La "silver économie" p. 6
- L'activité des 65 ans et plus et leur rôle social p. 8
- La santé mentale des personnes âgées p. 14
- La maladie d'Alzheimer p. 15
- Contexte lié à l'apparition du Covid-19 p. 16
- L'accueil des personnes âgées dans les services d'urgences p. 19
- Les aidants des personnes en perte d'autonomie p. 22

LA POPULATION ÂGÉE DE PLUS DE 65 ANS EN NORMANDIE

Avec 668 000 personnes âgées de 65 ans et plus en 2016, la Normandie est une région qui vieillit

D'après les données du recensement de la population au 1^{er} janvier 2016, le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus s'établit à 668 077 en Normandie. Région jeune au début des années 2000, elle connaît un vieillissement démographique rapide et possède désormais une population légèrement plus âgée qu'au niveau national, avec 20 % de 65 ans et plus (contre 19,2 % en France métropolitaine), 9,8 % de 75 ans et plus (contre 9,4 %) et 3,3 % de 85 ans et plus (contre 3,2 %). Elle compte 82 habitants

âgés de 65 ans et plus pour 100 jeunes âgés de moins de 20 ans, ce rapport ou « indice de vieillissement » était de 57 en 1999.

Ce vieillissement résulte notamment du glissement en âge de la population, de l'augmentation de l'espérance de vie, des migrations résidentielles (départs de jeunes, étudiants ou entrants dans la vie active, combiné aux arrivées de seniors au moment de la retraite), ainsi que d'une baisse du nombre de naissances.

Un vieillissement démographique plus marqué dans les territoires ruraux et sur le littoral

A l'intérieur de la région, des disparités existent notamment entre la Manche et l'Orne plus âgés (où les 65 ans et plus représentent près d'un quart de la population) et les trois autres départements où le vieillissement est moindre.

Ainsi, l'indice de vieillissement atteint 106,9 personnes âgées de 65 ans et plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans dans l'Orne, et 103,4 dans la Manche, alors qu'il n'est que de 68,5 dans l'Eure.

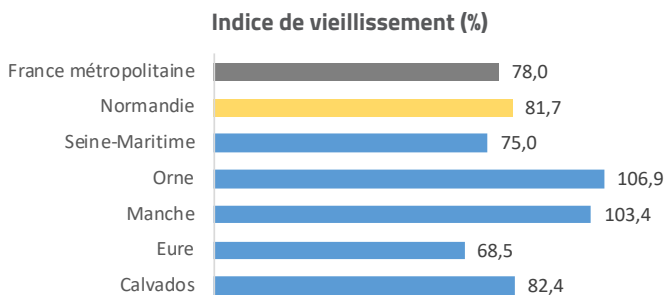
Le rapport de dépendance, qui mesure le poids relatif des moins de 15 ans et des 65 ans et plus, par rapport aux actifs (personnes âgées de 15 à 64 ans), met également en évidence ces distinctions départementales, avec des taux de 88,6 % dans l'Orne et 85,5 % dans la Manche, contre 80,2 % dans le Calvados, 78,9 % dans l'Eure et 77,3 % en Seine-Maritime.

Nombre de personnes âgées en Normandie, par tranche d'âge

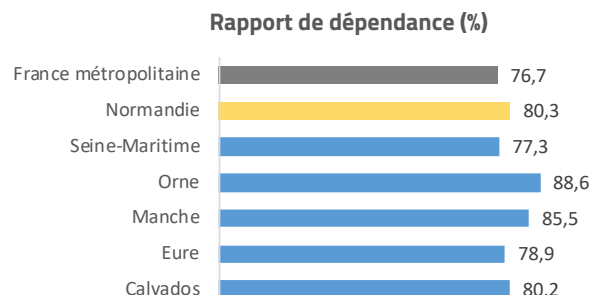
	Nombre de personnes âgées de 65 ans et plus		Nombre de personnes âgées de 75 ans et plus		Nombre de personnes âgées de 85 ans et plus	
	Nombre	Part (%)	Nombre	Part (%)	Nombre	Part (%)
Calvados	139 432	20,1*	68 005	9,8	22 982	3,3
Eure	108 034	17,9	49 829	8,3	15 902	2,6
Manche	116 777	23,4	60 241	12,1	20 439	4,1
Orne	69 228	24,3	36 030	12,6	12 644	4,4
Seine-Maritime	234 606	18,7	113 980	9,1	37 728	3,0
Normandie	668 077	20,0	328 086	9,8	109 695	3,3
France métrop.	12 376 013	19,2	6 047 130	9,4	2 036 917	3,2

Sources : Insee, Recensement de la population (RP) 2016

Note de lecture : Dans le Calvados, les personnes âgées de 65 ans et plus représentent 20,1 % de la population du département.



Source : Insee, RP 2016



Source : Insee, RP 2016

Indice de vieillissement

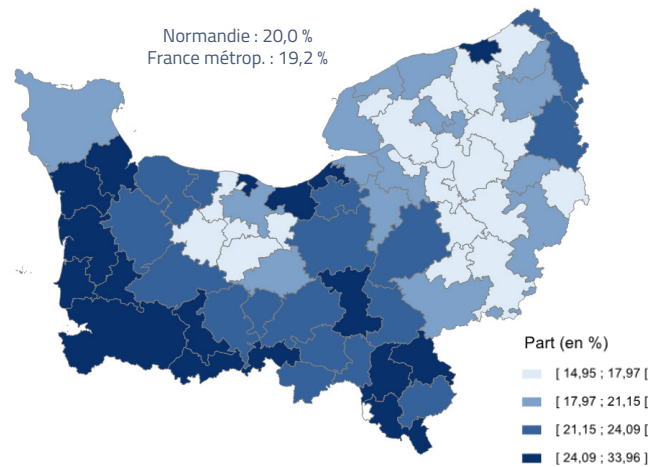
Il désigne le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus pour 100 personnes âgées de moins de 20 ans. Il permet de mesurer le degré de vieillissement de la population : plus il est élevé, plus le vieillissement est important.

Rapport de dépendance

Il s'agit du rapport entre l'effectif de la population d'âges généralement inactifs (enfants et personnes âgées) et l'effectif de la population en âge de travailler. Le résultat s'exprime en nombre de personnes âgées de moins de 15 ans et de 65 ans ou plus, pour 100 personnes âgées de 15 à 64 ans.

Des disparités territoriales s'observent aussi entre les espaces urbains et périurbains qui demeurent plutôt jeunes et les territoires ruraux et littoraux où le vieillissement a été plus rapide depuis 25 ans. A l'échelle des Etablissements publics de coopération intercommunale (EPCI, par exemple les Communautés d'agglomération, de communes...), on observe une distribution similaire quant à la localisation des personnes âgées de 65 ans et plus et des personnes âgées de 85 ans et plus : très présents sur tous les territoires manchois et ornaï, ils résident aussi sur la côte de Cabourg à Honfleur, sur le territoire dieppois et encore au Nord-Est de la Seine-Maritime.

Part des personnes âgées de 65 ans et plus en Normandie



Source : Insee, RP 2016

Une forte accélération du vieillissement projetée par l'Insee à l'horizon 2050

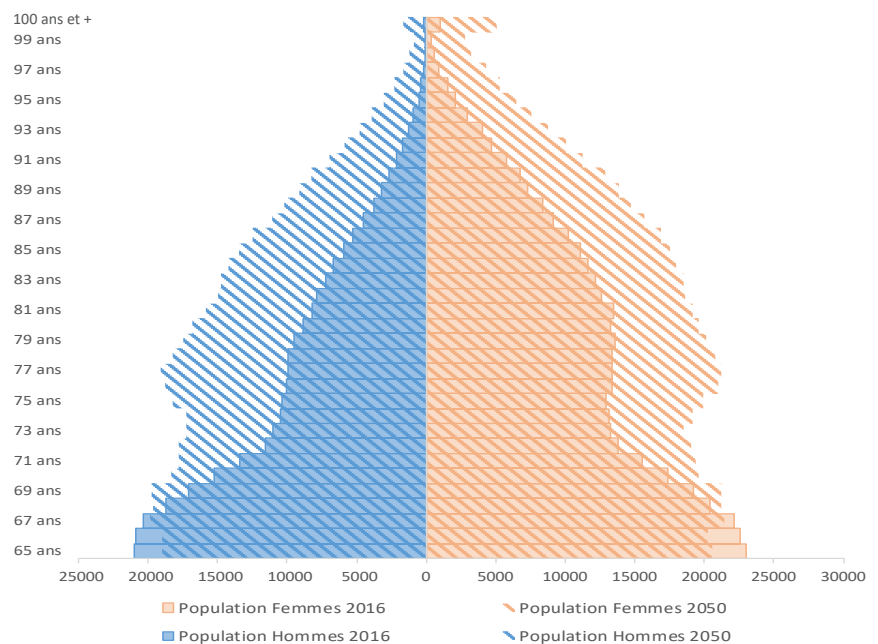
Selon les projections d'évolution de la population élaborées par l'Insee sur la base du modèle Omphale (scénario central), la population normande atteindrait 3 426 000 habitants en 2050, soit 60 000 personnes de plus qu'en 2020¹.

La population se recomposerait en faveur des plus âgés, avec un million de personnes âgées de 65 ans et plus estimées en 2050, qui représenteraient alors 30 % de la population normande (et près de 35 % dans la Manche et dans l'Orne). En 2050, les 85 ans et plus représenteraient 7 % de la population normande (contre 3,3 % en 2016).

Ces évolutions seraient soutenues par l'arrivée aux âges avancés des baby-boomers (nés entre 1945 et 1974), mais aussi par l'augmentation de l'espérance de vie et l'arrivée de nombreux seniors en provenance d'autres régions pour s'installer dans la Manche et le Calvados, puis dans une moindre mesure dans l'Orne.

Au vu de l'augmentation prévisible de la population des personnes âgées et de son poids dans la population totale, les enjeux de santé liés aux besoins de soins et d'accompagnement sont considérables.

Pyramide des âges des hommes et des femmes en 2016 et en 2050 (à partir de 65 ans - Scénario central)



Source : Insee, RP 2016 et Insee, RP 2013, Omphale scénario central

L'outil de projection Omphale de l'Insee

Le modèle Omphale permet de réaliser des projections infra-nationales en projetant d'année en année les pyramides des âges des différents territoires observés. L'évolution de la population par sexe et âge repose sur des hypothèses d'évolution de trois composantes : la fécondité, la mortalité et les migrations. Ces hypothèses d'évolution sont appliquées aux quotients observés initialement sur le territoire projeté.

Les données présentées ici sont issues d'un scénario démographique dit « central », élaboré pour la période 2013-2050, qui reproduit les tendances observées sur le passé récent. Il s'agit bien de projections (et non de prévisions).

¹ Réf. : La population normande à l'horizon 2050, Un vieillissement accéléré dans un contexte de croissance faible, Insee Analyses n°33 - Juin 2017

LES CONDITIONS DE VIE DES PERSONNES ÂGÉES EN NORMANDIE

La situation de logement des personnes

En 2016, 4,5 % des Normands âgés de 60 ans et plus et 10,1 % des 75 ans et plus vivent en institution

En 2016, les personnes âgées de 60 ans et plus sont 4,5 % à vivre en institution en Normandie comme au plan national. Parmi les 75 ans et plus, naturellement plus touchés par la dépendance, cette part passe à 10,1 % en région (soit 0,3 points de plus qu'en France métropolitaine). Ces pourcentages varient peu d'un département à l'autre, excepté dans l'Orne où la part des personnes âgées accueillies en institution est plus élevée (soit 5,7 % des 60 ans et plus et 12,2 % des 75 ans et plus).

Parmi les personnes âgées de 60 ans et plus, près de deux tiers vivent à domicile en couple ou avec leur(s) enfant(s) (63,3 % en Normandie, soit entre 62,5 % dans l'Orne et 65,2 % dans l'Eure). La vie en couple devenant moins fréquente avec l'avancée en âge, cette part passe à 47,5 % concernant les 75 ans et plus (soit entre 46,4 % en Seine-Maritime et 48,8 % dans l'Eure).

La part des personnes vivant seules à domicile passe en revanche de 29,4 % parmi les 60 ans et plus à 39,7 % au-delà de 75 ans, et il s'agit en majorité de femmes.

Chez les seniors, les femmes vivent plus longtemps que les hommes et sont majoritairement les plus jeunes au sein des couples. Elles sont donc davantage isolées ou hébergées en institution (respectivement 42 % et 7 %, contre 19 % et 4 % pour les hommes). Cependant, avant l'âge de 85 ans, lorsqu'ils ne sont pas ou plus en couple, les hommes sont plus fréquemment accueillis en institution que les femmes.

Répartition des personnes de 60 ans et plus / de 75 ans et plus, selon le mode de cohabitation (%)

	Personnes âgées de 65 ans et plus				Personnes âgées de 75 ans et plus			
	Vivant seules	Ne vivant pas seules			Vivant seules	Ne vivant pas seules		
En couple / En couple ou seules avec leur(s) enfant(s)		En institution	Autres cas	En couple / En couple ou seules avec leur(s) enfant(s)		En institution	Autres cas	
Calvados	29,5	62,9	4,5	3,0	39,0	47,7	10,3	3,0
Eure	27,3	65,2	4,3	3,2	38,1	48,8	10,0	3,1
Manche	29,3	63,6	4,5	2,5	39,5	48,4	9,8	2,3
Orne	29,1	62,5	5,7	2,7	37,8	47,5	12,2	2,5
Seine-Maritime	30,4	62,8	4,2	2,6	41,7	46,4	9,5	2,4
Normandie	29,4	63,3	4,5	2,8	39,7	47,5	10,1	2,6
France métrop.	29,3	62,6	4,5	3,6	38,4	48,1	9,8	3,7

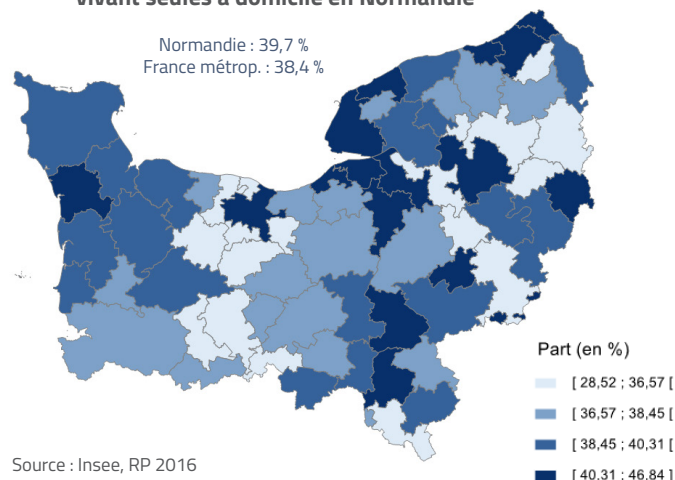
Sources : Insee, RP 2016 - Exploitation complémentaire

Champ : population au lieu de résidence, âgée de 60 ans et plus / de 75 ans et plus

Deux personnes âgées de 75 ans et plus sur cinq vivent seules à domicile

Si les personnes âgées de 75 ans et plus sont très présentes dans les départements de la Manche et de l'Orne, la part de celles vivant seules à domicile est plus élevée en Seine-Maritime : elles résident notamment dans la communauté urbaine du Havre, sur la côte jusqu'à Dieppe et encore dans l'agglomération rouennaise. Les 75 ans et plus vivant seuls à domicile sont aussi plus fortement représentés sur l'agglomération de Caen, dans le Pays d'Auge, sur les territoires de l'Aigle ou du Perche, puis dans le centre et le nord de la Manche.

Part des personnes âgées de 75 ans et plus vivant seules à domicile en Normandie



20 % des personnes âgées de 75 et plus vivant à domicile résident dans une commune dépourvue de commerce alimentaire généraliste

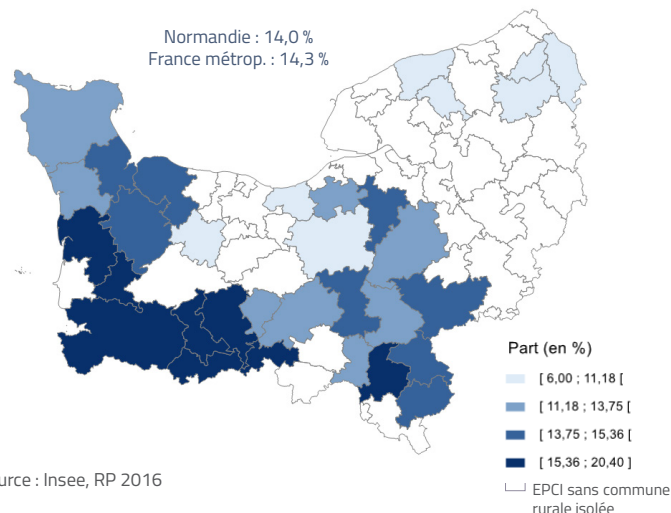
Face au vieillissement, le risque d'isolement des personnes vivant à domicile est notamment lié à leur environnement proche, qui est très inégal selon les lieux de résidence.

En Normandie, les EPCI comprenant des communes rurales isolées¹ (représentés en couleur dans la carte ci-contre) dans lesquels les personnes âgées de 75 ans et plus sont le plus représentées, se situent principalement dans les départements de la Manche, l'Orne et l'ouest de l'Eure.

Par ailleurs en Normandie, une personne sur cinq âgée de 75 ans et plus vivant seule à domicile, réside dans une commune dépourvue de commerce alimentaire généraliste : cette situation est plus fréquente dans l'Eure, l'Orne ou la Manche (avec respectivement 28 %, 24 % et 22 % de personnes concernées), qu'en Seine-Maritime ou dans le Calvados (avec 13 % et 14 %).

¹ Au sens de l'Insee : ces communes appartiennent à « l'espace à dominante rurale » qui comprend à la fois des petites unités urbaines et des communes rurales, les autres composantes étant les pôles urbains, les couronnes périurbaines et les communes multipolarisées.

Part des personnes âgées de 75 ans et plus, vivant dans des communes rurales isolées en Normandie



Source : Insee, RP 2016



LA "SILVER ÉCONOMIE"

Le vieillissement de la population entraîne l'émergence de plus en plus de produits et de services à destination des personnes âgées et représente de ce fait, un champ vaste de développement pour l'économie française et l'innovation.

Ce qu'on appelle « la silver économie » ou « économie des seniors », dont l'objectif est d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées et de garantir leur autonomie le plus longtemps possible, concerne tous les profils de personnes âgées :

- les seniors dits « actifs », autonomes et indépendants (qui voyagent régulièrement, pratiquent des activités sportives et de loisirs...),
- les seniors dits « fragiles », avec quelques limitations ou baisses de capacités (pouvant nécessiter des adaptations en termes de logement, de déplacements, des besoins d'aide à la personne...),
- les seniors dits « dépendants », qui ont besoin d'aide pour accomplir les actes de la vie courante.

La « silver économie » couvre ainsi de nombreux secteurs d'activité tels que :

- la santé : soins à domicile, médecine à distance, nutrition, objets de santé connectés...
- la sécurité et l'autonomie : téléassistance, détecteurs...
- l'habitat : logements adaptés, domotique...
- les services : services à la personne, aide ménagère, prévoyance...
- les loisirs : tourisme, sport, jeux...
- la communication : téléphones mobiles, tablettes, Internet...
- les transports : aides à la mobilité, transports adaptés.

Cette filière qui apporte une réponse économique à la transition démographique est récente (l'idée de la « silver économie » a émergé en 2012) et en expansion. En octobre 2018, Agnès Buzyn ministre des solidarités et de la santé a donné une nouvelle impulsion à « la filière silver économie ».

Le niveau de ressources

En 2017, 7,7 % des personnes âgées de 75 ans et plus vivent en dessous du seuil de pauvreté

Les revenus des personnes âgées de 65 ans et plus proviennent essentiellement des pensions de retraites (à hauteur de 87 %), puis des revenus du patrimoine, revenus d'activité et prestations sociales. Comme au plan national, on observe en Normandie que le niveau de vie des seniors est plus faible pour les générations les plus âgées : en effet, le niveau de vie médian de 22 080 € pour les 65-74 ans, chute à 19 240 € pour les 85 ans et plus. Les plus âgés sont plus souvent d'anciens agriculteurs et moins fréquemment des anciens cadres ou professions intermédiaires. Par ailleurs, ils comptent aussi davantage de femmes seules, dont les revenus sont souvent plus modestes.

En 2017, 8,3 % des personnes âgées de 60-74 ans et 7,7 % des 75 ans et plus vivent sous le seuil de pauvreté (soit avec moins de 12 492 € annuels). Ces pourcentages apparaissent plus favorables qu'au niveau national, où ils sont respectivement de 9,9 % et 9,0 %, mais varient selon les départements avec des situations plus défavorables dans l'Orne et dans la Manche, et un niveau de précarité qui tend à se renforcer après 85 ans.

Le taux de pauvreté

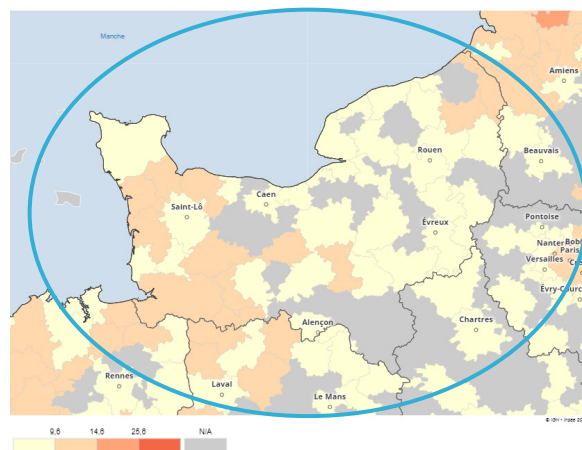
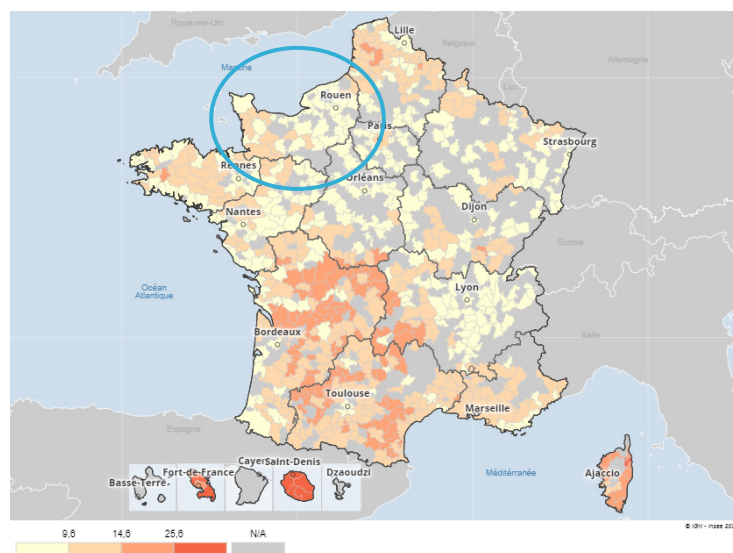
Le taux de pauvreté correspond à la part de la population dont le niveau de vie est inférieur au seuil de 60 % du niveau de vie médian de France métropolitaine (soit 20 820 € en 2017).

Taux de pauvreté des ménages, selon l'âge du référent fiscal (%)

	60-74 ans	75 ans et plus	Tous âges
Calvados	7,6	7,0	12,3
Eure	7,8	6,9	12,5
Manche	7,7	9,4	12,1
Orne	9,5	8,8	15,4
Seine-Maritime	8,9	7,3	14,5
Normandie	8,3	7,7	13,4
France métrop.	9,9	9,0	14,5

Source : Insee, Fichier localisé social et fiscal (FiLoSoFi) 2017

Taux de pauvreté des ménages dont le référent fiscal a 75 ans ou plus (%) en 2017, en France et en Normandie



Source : Insee, Fichier localisé social et fiscal (FiLoSoFi) 2017

En 2017 en Normandie, les personnes âgées de 65 ans et plus sont 72 % à être propriétaires de leur logement (soit entre 67 % en Seine-Maritime et 78 % dans l'Eure) et elles le sont plus fréquemment en milieu rural. Les ménages seniors pauvres sont aussi environ un sur deux à être propriétaires de leur logement (comme en France de province)

Les seniors propriétaires occupent alors des logements plus anciens que les générations plus jeunes, en partie parce qu'ils

les occupent depuis plus longtemps. Leur mobilité résidentielle est faible, si bien qu'au regard de leur taille, les ménages seniors normands disposent très souvent d'un logement devenu trop grand pour eux, générant des dépenses énergétiques et d'entretien lourdes au regard de leurs revenus. Après 85 ans, la part des propriétaires diminue au profit d'un choix d'habitat en locatif dans le parc privé ou social, plus adapté à leurs besoins, et notamment au sein de résidences pour personnes âgées.



L'ACTIVITÉ DES 65 ANS ET PLUS ET LEUR RÔLE SOCIAL

Contrairement à l'image de dépendance et d'isolement souvent associée aux « seniors », les 60 ans et plus sont de plus en plus actifs. Une frange de cette population poursuit une activité professionnelle, ils sont nombreux à s'investir dans le cercle familial et sur des activités d'ordre social.

Une part croissante de personnes de 65 et plus poursuivent une activité professionnelle

Depuis une douzaine d'années en France, on observe pour une frange de la population, un prolongement de la vie active après 65 ans. En effet, la part des personnes âgées de 65 à 74 ans en emploi est en forte progression, même si elle ne représente que 5 % de la classe d'âge ; leur taux d'emploi a quasiment triplé entre 2006 et 2017.

Ces actifs occupés sont le plus souvent des hommes, en bonne santé, plus diplômés et résidant dans l'agglomération parisienne : cadres salariés, mais aussi indépendants et agriculteurs sont surreprésentés dans ce groupe. Quatre profils types de personnes en emploi après 65 ans se dégagent : les employées peu diplômées à temps partiel, les très diplômés et très qualifiés urbains, les commerçants et enfin les agriculteurs âgés.

Dans 70 % de situations, ils perçoivent une pension de retraite. En dehors des déterminants financiers associés à la décision de rester en emploi au-delà de 65 ans, les facteurs identifiés sont le non salariat, l'absence de limitation dans les activités habituelles, la poursuite de l'activité du conjoint ou encore la faible différence d'âge avec le conjoint.

Un rôle social majeur joué par les citoyens âgés

Les personnes âgées jouent un rôle important dans le bénévolat, notamment dans l'exercice de responsabilités au sein d'associations, mais aussi dans d'autres instances de citoyenneté telles que les conseils municipaux. Forts de leur expérience accumulée et généralement plus disponibles, leur engagement est le plus fort entre 60 et 75 ans, il décline après 75 ans et se recentre alors principalement sur les associations du 3^{ème} âge.

Les personnes âgées et la solidarité intergénérationnelle

Aujourd'hui on est grands-parents en moyenne entre 48 et 52 ans et on l'est plus longtemps du fait de l'augmentation de l'espérance de vie, les relations avec les petits-enfants s'inscrivent donc sur le long terme. Ainsi, nombre de personnes âgées de 60 ans et plus gardent régulièrement ou ponctuellement leurs petits-enfants (d'après la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse, 85 % des grands-mères et 65 % des grands-pères gardent leurs petits-enfants de façon plus ou moins régulière) ou ont un rôle d'aidant auprès d'un proche (conjoint, parent, enfant en situation de handicap...).

Cf. Zoom sur les aidants de personnes en perte d'autonomie, page 22

La perte d'autonomie

2,5 millions de français âgés de 60 ans et plus en perte d'autonomie en 2015, près de 4 millions estimés en 2050

La perte d'autonomie se définit comme l'incapacité pour une personne de décider et d'assurer seule certains actes de la vie courante, en raison d'une altération de ses capacités physiques et/ou psychiques. Elle peut se traduire par des difficultés à se déplacer, voir, entendre, ou par des troubles de la mémoire, de l'humeur, des habitudes alimentaires par exemple. La perte d'autonomie peut être consécutive à un accident, un choc brutal, une maladie, mais également résulter du processus naturel de vieillissement.

D'après les données disponibles au plan national, 15,3 % des personnes âgées de 60 ans et plus seraient en perte d'autonomie

en 2015, soit 2,5 millions de personnes. Les estimations à l'horizon 2050 porteraient ce nombre à près de 4 millions¹.

En région, la part des 60 ans et plus en perte d'autonomie varie entre 13,6 % dans l'Eure et 16,6 % dans l'Orne en 2015. Les projections à 2050 mettent en évidence une croissance du taux de prévalence de la perte d'autonomie plus soutenue dans les départements du Calvados, de la Seine-Maritime et de l'Orne.

¹ Réf. : 4 millions de seniors seraient en perte d'autonomie en 2050, Insee Première, n°1767 - Juillet 2019

La perte d'autonomie des 60 ans et plus

	Part de personnes de 60 ans et plus en perte d'autonomie (%)		
	Observé en 2015	Estimé en 2050	Croissance estimée
Calvados	14,8	16,8	+ 2 points
Eure	13,6	14,9	+ 1,3 point
Manche	15,4	16,7	+ 1,3 point
Orne	16,6	18,3	+ 1,7 point
Seine-Maritime	15,5	17,2	+ 1,7 point
France hors Mayotte	15,3	16,4	+ 1,1 point

Source : Insee, Projections Omphale ; Drees, enquêtes EHPA et VQS 2014

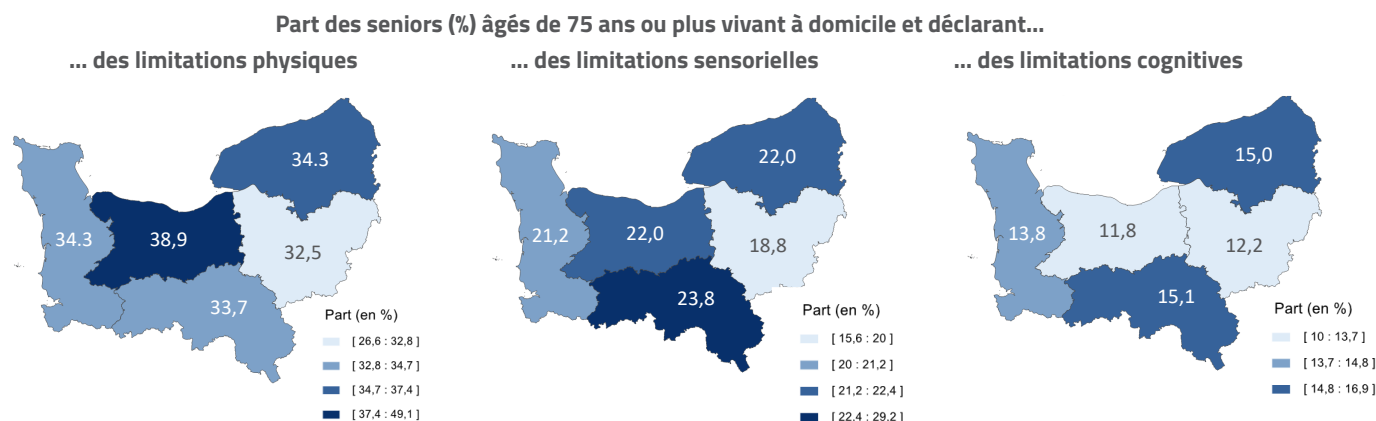
Enquête Vie Quotidienne et Santé (VQS)

Conçue par la DREES et réalisée par l'Insee en fin d'année 2014 et au début de l'année 2015, l'enquête VQS permet de décrire les difficultés rencontrées par les personnes âgées vivant à domicile pour réaliser des actes de la vie quotidienne. Elle repose sur un questionnaire court, qui couvre différentes dimensions de la perte d'autonomie : limitations fonctionnelles (physiques, sensorielles et cognitives), les restrictions dans les activités et l'aide reçue. Elle permet de « calculer un score VQS », allant du groupe I (seniors les plus autonomes) au groupe IV (seniors les plus dépendants).

Des situations contrastées en termes de profils de limitations des 60 ans et plus vivant à domicile

La perte d'autonomie concerne plus fortement les âges élevés : elle concerne 30,2 % des personnes de 75 ans ou plus, contre 6,6 % des 60-74 ans. Elle conduit à l'incapacité d'assurer seul certains actes de la vie courante : limitations physiques, sensorielles ou cognitives.

L'enquête VQS (cf. Encart page précédente) permet notamment d'identifier la part des personnes âgées de 75 ans et plus vivant à domicile, confrontées à des limitations physiques, sensorielles ou cognitives. Le détail par département met en évidence des situations différenciées selon les départements.



Source : Drees, Enquête Vie quotidienne et santé (VQS) 2014

La perte d'autonomie, l'isolement, la dégradation de l'état de santé, facteurs qui conduisent à l'entrée en établissement

A domicile, les personnes les plus autonomes sont aidées uniquement par leur entourage, conjoint ou enfants en priorité, et lorsque le besoin s'intensifie, des professionnels peuvent aussi intervenir sur des volumes d'heures variables en fonction des besoins évalués et des modalités possibles de prise en charge. L'avancée en âge s'accompagne d'un besoin d'aide plus diversifié et plus fréquent : ainsi entre 60 et 74 ans, moins d'une personne sur 10 déclare recevoir une aide humaine, contre 40 % à 75 ans et plus.

L'entrée des personnes âgées en établissement résulte en grande partie de la perte d'autonomie et de la dégradation de leur état de santé, qui ne permettent plus le maintien à domicile malgré l'aide conjointe des proches et des professionnels. Au sens du Groupe Iso-Ressources (GIR 1 à 4)¹, 86 % des personnes de 75 ans et plus résidant en institution sont dépendantes, contre 13 % des personnes vivant à domicile. Les enquêtes Capacités, Aides et Ressources des seniors (CARE) réalisées par la DREES auprès des ménages et des institutions mettent bien en évidence les différences observées quant aux limitations fonctionnelles des personnes, qu'elles vivent en institution ou à domicile.

Ainsi, parmi les personnes de 65 ans et plus vivant en institution, 91 % déclarent avoir au moins une limitation en terme de motricité, contre 34 % des personnes du même âge vivant à domicile. Elles

ont également plus souvent des limitations sensorielles (liées à la vue ou à l'audition), soit 50 % contre 21 % et beaucoup plus fréquemment des limitations cognitives (62 % contre 8 %), c'est-à-dire sur les capacités de compréhension, de concentration, de repérage dans le temps... Les personnes âgées en institution cumulent aussi plus souvent les limitations.

En revanche, certaines maladies n'entraînant pas de risque vital (cataracte, arthrose, lombalgies, cervicalgies, arthrite) sont plus fréquemment déclarées par les personnes vivant à domicile.

D'autres maladies se retrouvent autant parmi les personnes âgées vivant à domicile qu'en institution : diabète, cancer, maladies cardiaques, qui impliquent moins d'aide à la personne, mais un suivi ou des soins médicaux qui peuvent être importants.

Le maintien à domicile est plus complexe pour certaines pathologies qui entraînent une perte d'autonomie importante, parfois liée à une déficience cognitive ou des troubles psychiques. En particulier, les maladies neurodégénératives comme la maladie de Parkinson, les accidents vasculaires cérébraux (AVC) ou la maladie d'Alzheimer sont des facteurs d'entrée en institution.

¹ Cf. Définition du GIR page 11

Répartition des personnes de 60 ans et plus / de 75 ans et plus, selon le mode de cohabitation (%)

	Personnes vivant à domicile			Personnes vivant en institution		
	Femmes	Hommes	Ensemble	Femmes	Hommes	Ensemble
Limitations physiques	42	23	34	92	87	91
Limitations sensorielles	21	22	21	52	45	50
Limitations cognitives	9	6	8	64	55	62

Sources : Drees, Enquête CARE ménages, volet Seniors, 2015 et Enquête CARE institutions, volet Seniors, 2016

Les aides dédiées aux personnes âgées

Les personnes âgées en perte d'autonomie peuvent disposer d'une aide sociale du département, qu'elles vivent à domicile ou qu'elles soient hébergées en établissement. Cette aide sociale se compose essentiellement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), de l'aide sociale à l'hébergement (ASH) en établissement ou en accueil familial, et d'aides ménagères. Elle peut être complétée par des actions sociales mises en place par les communes ou les caisses de retraite.

Plus de 68 000 bénéficiaires de l'APA en Normandie, dont 58 % vivent à domicile

En Normandie, le nombre de bénéficiaires de l'APA s'établit à 68 114 en décembre 2017, soit près de 39 880 bénéficiaires à domicile et 28 234 en établissement. Parmi les 60 ans et plus, le taux de bénéficiaires s'établit à 7,4 %, avec une variation importante entre départements : plus faible dans la Manche et dans l'Eure (avec 5,4 % et 5,5 %), il atteint 8,8 % en Seine-Maritime et 9 % dans l'Orne. Concernant les 75 ans et plus, le taux de bénéficiaires atteint 21 % en région, variant entre 16,9 % dans l'Eure et 25,6 % en Seine-Maritime.

Sur les deux catégories d'âge, les bénéficiaires se répartissent globalement entre 60 % vivant à domicile et 40 % hébergés en

établissement, avec les mêmes distinctions observées entre départements, à savoir une part plus conséquente d'APA à domicile en Seine-Maritime et moins forte dans la Manche et dans l'Orne.

Les allocataires hébergés en établissement sont globalement plus dépendants que ceux qui vivent à domicile, ils sont majoritairement classés en GIR 1 ou 2, soit 46 % d'entre eux contre 21 % des personnes vivant à domicile. Ces dernières, plus autonomes, sont pour 26 % classées en GIR 3 et 53 % en GIR 4.

Nombre de bénéficiaires* des aides sociales aux personnes âgées

	Aides à domicile		Aides en établissement					Aides pour l'accueil chez des particuliers
	APA	Aides ménagères**	APA	ASH (Aide sociale à l'hébergement)			Total	
				En EHPAD	En résidence autonomie	En USLD		
Calvados	8 503	158	5 821	1 573	1	117	1 691	21
Eure	4 784	53	3 698	755	2	54	811	76
Manche	3 135	45	5 264	838	18	50	917	14
Orne	4 390	61	3 953	874	0	30	904	18
Seine-Maritime	19 0687	130	9 498	2 285	21	239	2 545	21
Normandie	39 880	447	28 234	6 325	42	490	6 868	150
France métrop.	378 331	14 678	537 245	99 121	6 198	7 871	118 293	1 953

Sources : Drees, Enquête Aide sociale 2017

* Pour l'APA, ce sont des bénéficiaires payés au titre du mois de décembre qui sont comptabilisés, alors que pour les autres prestations il s'agit du nombre de bénéficiaires (ayant des droits ouverts) au 31 décembre

** Aides ménagères pour les personnes ne bénéficiant pas de l'APA

Près de 6 900 bénéficiaires de l'ASH en Normandie, dont 92 % en EHPAD

En établissement, 6 868 personnes âgées bénéficient de l'ASH (aide sociale à l'hébergement). Il s'agit dans plus de 9 situations sur dix, de personnes hébergées en EHPAD, puis encore en Unité de soins de longue durée (USLD, 7 %) et plus rarement en résidence autonomie. Ce nombre de bénéficiaires représente 14,4 % de l'ensemble des places d'hébergement pour personnes âgées en région, soit moins qu'au plan national avec 15,8 %. Selon les départements, il varie entre 11,8 % dans la Manche et 16,5 % dans le Calvados.

Les départements financent par ailleurs des aides ménagères pour 447 personnes âgées vivant à domicile (et ne bénéficiant pas de l'APA), ainsi que des aides pour l'accueil de 150 personnes âgées chez des particuliers.

Enquête Capacités, aides et REssources des seniors (CARE)

Les enquêtes CARE, réalisées par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) avec le soutien de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), ont pour objectif de mieux connaître les conditions de vie des seniors, leurs relations avec leur entourage, leurs difficultés

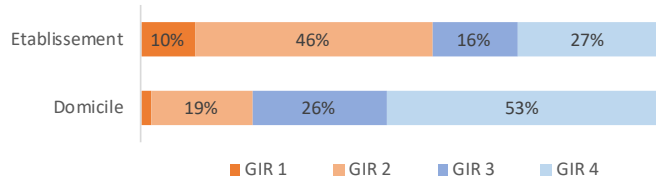
à réaliser certaines activités de la vie quotidienne et les aides financières et humaines qu'ils reçoivent pour surmonter ces éventuelles difficultés. L'enquête CARE-Ménages, a été conduite de mai à octobre 2015 auprès d'environ 15 000 seniors vivant à domicile.

Taux de bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), en décembre 2017 (%)

	Personnes âgées de 60 ans et plus			Personnes âgées de 75 ans et plus		
	Bénéficiaires de l'APA...	... dont à domicile	... dont en établissement	Bénéficiaires de l'APA...	... dont à domicile	... dont en établissement
Calvados	7,4	4,4	3,0	21,2	12,6	8,6
Eure	5,5	3,1	2,4	16,9	9,5	7,4
Manche	5,4	2,0	3,4	14,2	5,3	8,9
Orne	9,0	4,7	4,3	23,5	12,4	11,1
Seine-Maritime	8,8	5,9	2,9	25,6	17,1	8,5
Normandie	7,4	4,3	3,1	21,0	12,3	8,7
France métrop.	7,6	4,4	3,2	21,3	12,3	9,0

Sources : Drees, Enquête aide sociale 2017 ; Insee, estimations provisoires de population au 01/01/2018

Répartition des bénéficiaires de l'APA selon le GIR, à domicile et en établissement, en Normandie en 2017



Source : Drees, Enquête Aide sociale 2017

Nombre et part de bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement (ASH) en décembre 2017

	60-74 ans	75 ans et plus	Tous âges
Calvados	7,2	6,8	12,6
Eure	7,6	6,6	13,0
Manche	7,7	9,2	12,5
Orne	9,3	8,3	16,0
Seine-Maritime	8,8	7,0	14,7
Normandie	8,1	7,4	13,7
France métrop.	9,7	8,9	14,7

Source : Insee, Fichier localisé de social et fiscal (Filosi) 2016

Allocation personnalisée d'autonomie (APA)

L'allocation personnalisée d'autonomie s'adresse à l'ensemble des personnes âgées de 60 ans et plus, dépendantes ou en perte d'autonomie. Reposant sur l'élaboration d'un plan d'aide qui prend en compte tous les aspects de la situation de la personne, elle doit permettre de recourir aux aides dont elle a besoin pour accomplir les actes de la vie courante (se déplacer, se nourrir...).

A domicile, l'APA finance des aides telles que des heures d'aide-ménagère, un accueil temporaire, un service de portage de repas, une télalarme, des travaux d'adaptation du logement, des aides techniques comme un fauteuil roulant, une canne, un lit médicalisé... En établissement, l'APA permet de payer une partie du « forfait dépendance ».

Les personnes appartenant aux GIR 1 à 4 peuvent bénéficier de l'APA, sans conditions de revenu pour en bénéficier, mais le montant attribué dépend du niveau de revenus.

Aide sociale à l'hébergement (ASH)

L'aide sociale à l'hébergement, versée par le département, permet de prendre en charge tout ou partie des frais liés à l'hébergement d'une personne âgée en établissement ou chez un accueillant familial. Elle s'adresse aux personnes âgées de 65 ans et plus (60 ans et plus dans certaines conditions) ayant de faibles ressources (inférieures au montant des frais d'hébergement).

Groupe iso-ressources (GIR)

Le groupe iso-ressources correspond au degré d'autonomie d'une personne âgée, il est déterminé à partir d'une évaluation effectuée à l'aide de la grille AGGIR (utilisée en France pour définir l'éligibilité à l'allocation personnalisée d'autonomie APA). Le GIR va de 1 à 6, le GIR 1 correspond à une dépendance très forte, le GIR 6 à une autonomie complète. Les GIR 1 à 4 regroupent les personnes jugées dépendantes et pouvant bénéficier de l'APA, les personnes en GIR 5 et 6 sont considérées comme autonomes.

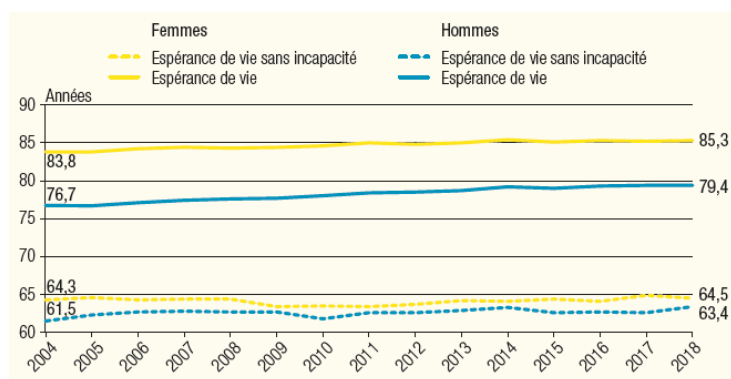
L'ESPÉRANCE DE VIE

En France, une espérance de vie sans incapacité de 63,4 ans pour les hommes et de 64,5 ans pour les femmes

En France en 2018, l'espérance de vie à la naissance atteint 79,4 ans pour les hommes et 85,3 ans pour les femmes. Elle a augmenté sur les dix dernières années, plus fortement chez les hommes (avec un gain de 1 an et 10 mois) que chez les femmes (avec un gain de 1 an), ce qui tend à réduire au fil du temps l'écart entre les deux sexes.

L'espérance de vie à la naissance s'allongeant régulièrement, posant ainsi l'enjeu de la qualité de la fin de vie. L'indicateur d'espérance de vie sans incapacité, calculé sur la base de résultats d'enquêtes, permet d'estimer le nombre d'années que peut espérer vivre une personne sans être limitée dans ses activités quotidiennes. En 2018, il s'établit à 63,4 ans pour les hommes et 64,5 ans pour les femmes. Sur la période 2008-2018, il est stable concernant les femmes, en légère hausse concernant les hommes.

Évolution de l'espérance de vie et de l'espérance de vie sans incapacité, par sexe de 2004 à 2018, en France entière



Source : Insee, Statistiques d'État civil et données issues de l'enquête SILC (Statistiques sur les revenus et les conditions de vie).

Une espérance de vie en Normandie inférieure au niveau national, particulièrement concernant les hommes

En Normandie en 2019, l'espérance de vie à la naissance s'établit à 78,3 ans pour les hommes et 84,9 ans pour les femmes (données provisoires). Comparativement aux données nationales, elle est inférieure de 1,5 année pour les premiers et de 0,8 ans pour les secondes. Entre départements normands, elle affiche aussi

quelques disparités : elle est légèrement plus faible en Seine-Maritime, dans l'Eure et dans l'Orne, pour les deux sexes. Les mêmes distinctions entre les différents échelons géographiques sont observées concernant l'espérance de vie à 60 ans, qui s'établit à 22,6 ans pour les normands et 27,2 ans pour les normandes.

Espérance de vie des hommes et des femmes, à la naissance et à 60 ans (en années)

	Espérance de vie à la naissance		Espérance de vie à 60 ans	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
Calvados	85,0	78,5	27,4	22,5
Eure	84,6	78,3	27,0	22,3
Manche	85,6	78,6	27,7	22,9
Orne	84,8	78,2	27,2	22,7
Seine-Maritime	84,6	78,1	27,0	22,5
Normandie	84,9	78,3	27,2	22,6
France métrop.	85,7	79,8	27,8	23,4

Sources : Insee - DGFIP - Cnaf - Cnav - CCMSA 2019 (données provisoires)

LES CAUSES DE MORBIDITÉ

Des taux d'Affections de longue durée (ALD) qui augmentent avec l'avancée en âge

La fréquence des maladies chroniques augmente fortement avec l'âge, et la situation régionale dans ce domaine peut être analysée à travers les données concernant les admissions en affection de longue durée.

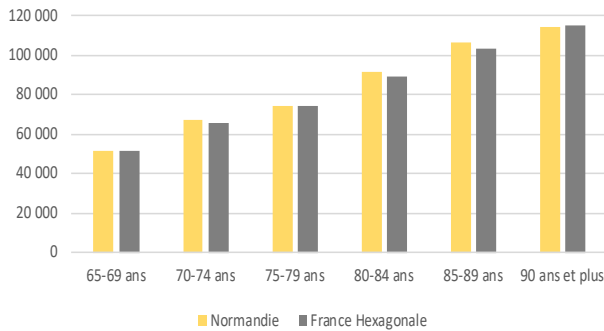
Ainsi au 31 décembre 2016, 795 420 Affections de longue durée (ALD) sont comptabilisées en Normandie, dont 60 % concernant des personnes âgées de 65 ans et plus. Le taux comparatif d'ALD est de 74 362 pour 100 000 habitants âgés de 65 ans et plus (soit

plus de 6 fois plus que chez les moins de 65 ans). Rappelons à cet égard qu'une même personne peut avoir simultanément deux reconnaissances d'ALD ou plus, l'association de deux pathologies chroniques en même temps étant notamment fréquente parmi les personnes âgées : cela se traduit par une altération de la qualité de vie des personnes, mais aussi par des prises en charge plus complexes, associant différents professionnels de santé et renforçant également les risques d'interactions médicamenteuses.

L'état de santé des personnes âgées

Le taux de reconnaissance en ALD s'accroît avec l'avancée en âge, comme le montre le graphique ci-dessous : en Normandie, il passe de près de 52 000 pour 100 000 habitants âgés de 65 à 69 ans à plus de 114 000 pour 100 000 habitants de 90 ans et plus.

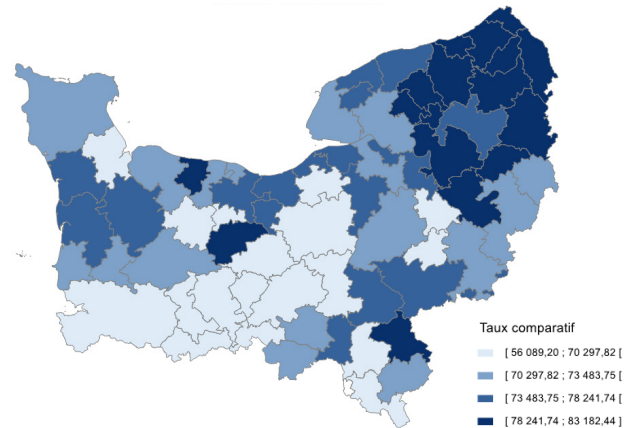
Taux brut d'Affections de longue durée (ALD) chez les 65 ans et plus (pour 100 000 personnes) selon la tranche d'âge, en 2016



Source : Cnamts, CCMSA, RSI 2016 - Exploitation ORS-CREAI Normandie

A structure d'âge comparable, la Seine-Maritime ainsi que l'Eure présentent des taux d'ALD chez les 65 ans et plus, supérieurs à ceux observés dans les autres départements.

Taux comparatifs* d'Affections de longue durée (ALD) chez les 65 ans et plus (pour 100 000 personnes) en Normandie en 2016



Source : Cnamts, CCMSA, RSI 2016 - Exploitation ORS-CREAI Normandie
* Standardisation sur l'âge et le sexe (référence France métropolitaine)

Note méthodologique :

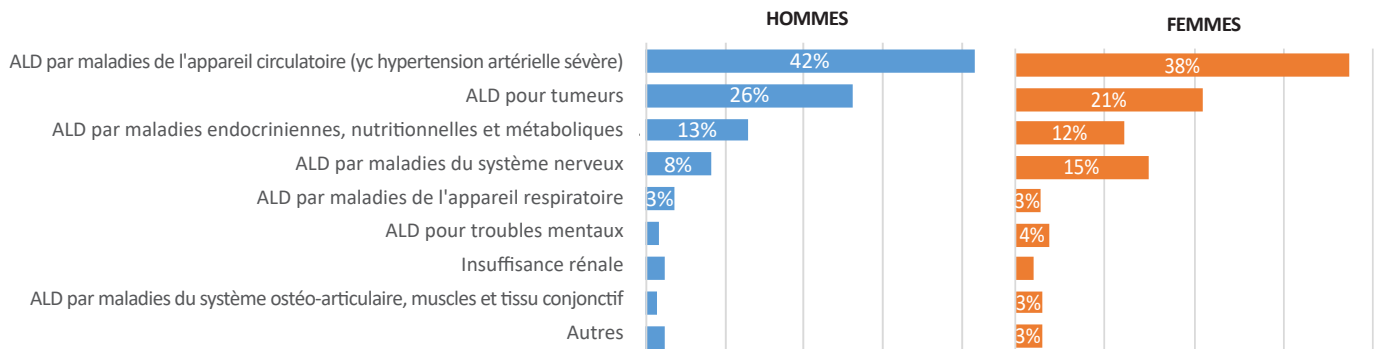
Le calcul de taux comparatifs permet de comparer les territoires en éliminant l'effet de la structure par sexe et par âge de la population.

De nouvelles ALD par maladie de l'appareil circulatoire et des tumeurs plus fréquentes chez les hommes de 65 ans et plus, des ALD par maladies du système nerveux plus fréquentes chez les femmes

La répartition des nouvelles admissions en ALD chez les personnes âgées de 65 ans et plus selon la cause, mettent en avant les maladies de l'appareil circulatoire et les tumeurs, qui concernent respectivement 42 % et 26 % de l'ensemble des nouvelles ALD chez les hommes, contre 38 % et 21 % parmi les

femmes. Les maladies endocriniennes représentent la 3^{ème} cause d'ALD chez les hommes et la 4^{ème} chez les femmes, après les maladies du système nerveux qui touchent plus fortement ces dernières.

Répartition des nouvelles admissions en ALD des 65 ans et plus par cause, en 2014 en Normandie



Source : Cnamts, CCMSA, RSI 2016 - Exploitation ORS-CREAI Normandie



LA SANTÉ MENTALE DES PERSONNES ÂGÉES

Selon la définition de l'OMS, la santé mentale ne se restreint pas à l'absence de trouble psychique ou de maladie mentale, elle est "un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté". Certains troubles mentaux sont dus à des causes biologiques (facteurs génétiques, par exemple), certains profils psychologiques peuvent prédisposer aux troubles mentaux, mais la santé mentale est aussi directement impactée par des facteurs liés à l'environnement familial, social, culturel ou professionnel.

Parmi les personnes âgées de 60 ans et plus, 16 % seraient en risque d'isolement relationnel

Selon une étude menée en 2019 par les Petits Frères des Pauvres¹, plus de 4,6 millions de français âgés de 60 ans et plus ressentent de la solitude : cela concerne 27 % des personnes de cette tranche d'âge, et même 30 % en Normandie, où 16 % des seniors seraient en risque d'isolement relationnel.

Des différences territoriales sont observées quant à l'isolement des personnes âgées. En zone urbaine, l'isolement est aggravé par des solidarités et des relations de voisinage affaiblies, tandis qu'en zone rurale, les solidarités sont plus fortes, mais le manque de services du quotidien et de transports renforce l'isolement : manque de commerces et de services de proximité, faiblesse des transports en commun, des réseaux téléphoniques et internet et de l'offre de soins (accès géographique).

Des troubles dépressifs répandus parmi les 65 ans et plus, particulièrement chez les femmes et chez les personnes vivant en établissement

Concernant les personnes âgées, bien que le vieillissement soit un processus normal, il peut souvent s'accompagner de souffrance psychique liée notamment à la perte d'amis ou de proches, la perte d'acuité auditive ou visuelle, la baisse de la mobilité, l'angoisse de la mort... D'après l'Insee², les éléments qui influent le plus sur la santé mentale des personnes âgées sont la déclaration de limitations fonctionnelles (limites physiques, sensorielles et cognitives) et un bien-être psychologique moindre, lié à des relations sociales peu fréquentes.

Elle se traduit notamment par des troubles dépressifs, plus fréquemment observés parmi les femmes que parmi les hommes,

Mortalité des personnes âgées de 65 ans et plus, pour cause de troubles mentaux ou de suicide (période 2013-2015)

	Normandie		France hexagonale	
	Nb annuel moyen de décès	Taux standardisé	Nb annuel moyen de décès	Taux standardisé
Troubles mentaux				
Femmes	439	173,9*	7 240	150,3
Hommes	768	146,4*	13 137	137,1
Ensemble	1207	158,7*	20 377	143,8
Suicides				
Femmes	146	56,6*	2 085	42,7
Hommes	52	14,2*	741	10,7
Ensemble	198	30,7*	2 826	23,4

Sources : Inserm-CépiDC, Insee - Exploitation ORS-CREAI Normandie

* Différence significative avec la France hexagonale - Taux standardisés pour 100 000 habitants

Mortalité pour troubles mentaux (codes Cim-10 F00 à F99) / par suicide (codes Cim-10 X60 à X84)

et beaucoup plus répandus parmi les personnes vivant en établissement, que parmi les personnes vivant à domicile. D'après une étude sur la santé mentale et le vieillissement³, on estime que dans la population âgée de 65 ans et plus, 60 à 70 % des symptômes dépressifs seraient sous-traités voire non traités, ce défaut de prise en charge renforçant la perte d'autonomie et la dépendance, ainsi que le risque suicidaire.

La souffrance psychique peut aussi se traduire par des troubles anxieux, des troubles addictifs (alcoolisme, consommation de médicaments psychotropes), des troubles cognitifs ou des troubles du sommeil. Notons que si des problèmes de santé renforcent le risque de dépression chez une personne bien-portante, une bonne santé mentale a aussi un impact positif sur le vieillissement.

En 2017, 2,9 % des hommes et 3,7 % des femmes âgés de 65 à 75 ans déclarent avoir pensé à se suicider au cours des 12 derniers mois

La France présente un des taux de suicide les plus élevés d'Europe. En 2017, en France métropolitaine, 4,7 % des personnes de 18-75 ans déclaraient avoir pensé à se suicider au cours des 12 derniers mois (les femmes plus que les hommes) et les personnes âgées ne sont pas exclues de ce phénomène : 2,9 % des hommes et 3,7 % des femmes âgées de 65 à 75 ans sont concernés⁴ et évoquent comme principal motif de ces pensées suicidaires, des raisons de santé.

En 2017, le taux de recours en hospitalisation pour tentative de suicide du public âgé de 65 ans et plus s'établit à 6,8 pour 10 000 habitants en Normandie, contre 5,4 pour 10 000 en France métropolitaine, ce qui place notre région au 2^{ème} rang après les Hauts-de-France et au même niveau que la Bretagne.

On enregistre une surmortalité pour cause de troubles mentaux ou de suicides des personnes de 65 ans et plus, en région comparativement à la France métropolitaine

En Normandie, on enregistre 1 200 décès annuels moyens de personnes âgées de 65 ans et plus (sur la période 2013-2015) pour cause de troubles mentaux, soit un taux standardisé de 158,7 décès pour 100 000 habitants de cette tranche d'âge en région, contre 143,8 au plan national (avec une différence significative sur le plan statistique).

On enregistre également près de 200 décès annuels moyens de personnes âgées de 65 ans et plus pour cause de suicide, soit un taux standardisé de 30,7 décès pour 100 000 habitants de cette tranche d'âge en région, contre 23,4 au plan national (avec une différence significative sur le plan statistique).

Si les pensées suicidaires concernent davantage les femmes, la mortalité par suicide touche beaucoup plus fortement les hommes.

¹ Réf. : Solitude et isolement des personnes âgées en France, Quels liens avec les territoires ? Rapport des Petits Frères des Pauvres - Septembre 2019

² Réf. : France, Portrait social, édition 2018 - Eclairage - Etat de santé et dépendance des seniors

³ Réf. : Psychom, « Santé mentale et vieillissement » - Avril 2018

⁴ Réf. : BEH3-4 Santé publique France, Suicide et tentatives de suicide : données épidémiologiques récentes - Février 2019



LA MALADIE D'ALZHEIMER

La maladie d'Alzheimer est une affection neurodégénérative, qui entraîne une détérioration progressive et définitive des cellules nerveuses, provoquant la forme la plus commune des démences. L'âge est le principal facteur de risque de la maladie (même si elle touche aussi des personnes jeunes) mais cette dernière n'est pas une conséquence du processus normal du vieillissement.

L'association France Alzheimer et maladies apparentées compte 1,2 million de personnes malades en France et 3 millions de personnes directement touchées par la maladie si l'on prend en compte les proches aidants. La maladie progresse, 225 000 nouveaux cas sont diagnostiqués chaque année, sachant toutefois que seulement une personne sur deux serait diagnostiquée (et une sur trois au stade précoce). Seuls 3 % des malades sont âgés de moins de 65 ans, 40 % sont des hommes, et 60 % vivent à domicile.

En Normandie au 31 décembre 2016, 21 203 Affections de longue durée (ALD) pour maladie d'Alzheimer étaient comptabilisées, dont 97 % chez des personnes âgées de 65 ans et plus, soit un taux

standardisé d'ALD inférieur à celui observé en France métropolitaine.

Il existe des dispositifs de soins et d'accompagnement spécifiques à la prise en charge des troubles du comportement de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées. Ces dispositifs se trouvent en Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou en Unités de soins de longue durée (USLD) au sein d'Unités d'hébergement renforcées (UHR). Ils se composent des Pôles d'activités et de soins adaptés (Pasa), des Unités d'hébergement renforcée (UHR) et Unités de vie protégées (UVP), des Unités cognitivo-comportementales (UCC), des dispositifs d'accueil de jour et des Équipes spécialisées Alzheimer (Esa) rattachées à des Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)¹.

Pour en savoir plus sur ces dispositifs : consulter l'Atlas de la Santé Mentale en France, IRDES, Mai 2020, page 110.

¹ Cf. définitions des EHPAD, USLD page 20 et des SSIAD page 18.



LES CAUSES DE MORTALITÉ

Des taux de mortalité des personnes âgées de 65 ans et plus différenciés selon les territoires normands

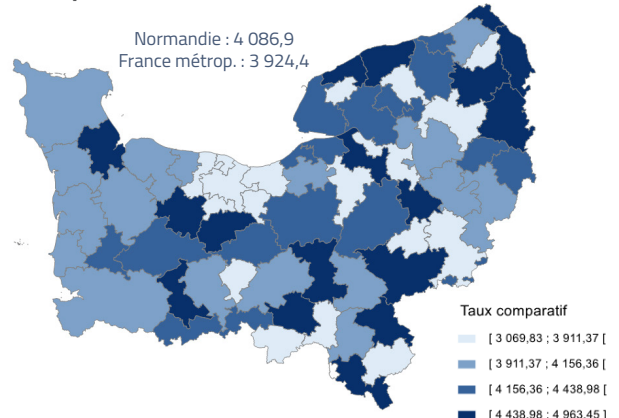
Les données de mortalité enregistrées sur la période récente (2009-2015) font état de 24 938 décès annuels de personnes âgées de 65 ans et plus en Normandie. Les décès sur cette tranche d'âge représentent ainsi 79,5 % de l'ensemble des décès de la région, contre 80,9 % au plan national (sachant que la région enregistre un taux de mortalité prématurée -avant 65 ans- supérieur à ce qui est observé en France métropolitaine).

Les taux comparatifs de mortalité par EPCI mettent en évidence des résultats différenciés selon les territoires.

Maladies de l'appareil circulatoire et tumeurs sont les deux principales causes de décès des personnes âgées, mais concernent différemment les hommes et les femmes

Deux causes principales sont à l'origine de plus de la moitié des décès de personnes âgées de 65 ans et plus : il s'agit des maladies de l'appareil circulatoire (28 %) et des tumeurs (26 %),

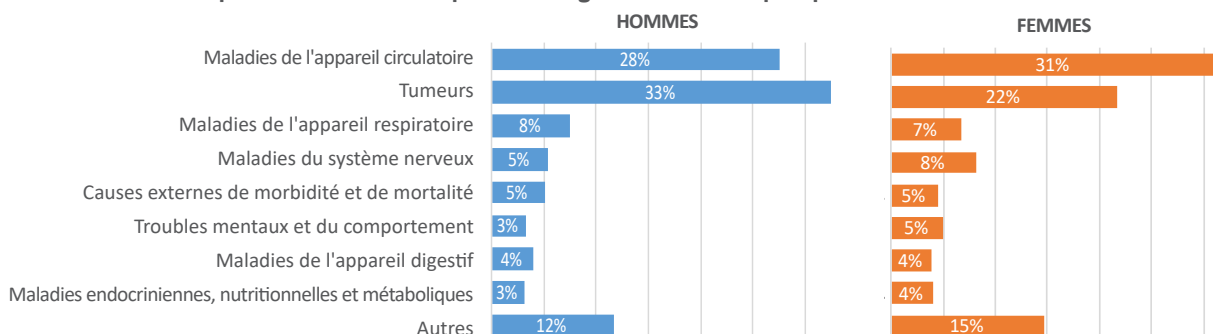
Taux comparatifs* de mortalité des 65 ans et plus (pour 100 000 habitants) en Normandie



Source : Inserm-CépiDC, 2009-2015 - Exploitation ORS-CREAI Normandie
* Standardisation sur l'âge et le sexe (référence France métropolitaine)

qui touchent différemment les hommes et les femmes. En effet, les maladies de l'appareil circulatoire concernent davantage les femmes (avec 31 % de décès attribués à cette cause contre 28 %

Répartition des décès de personnes âgées de 65 ans et plus par cause, en Normandie



Source : Inserm-CépiDC 2009-2015 - Exploitation ORS-CREAI Normandie

chez les hommes) tandis que les tumeurs concernent majoritairement les hommes (avec 33 % des décès attribués à cette cause, contre 22 % chez les femmes). La 3^{ème} cause de décès est liée aux maladies de l'appareil respiratoire et concerne 8 % des hommes et 7 % des femmes. Les maladies du système nerveux, qui comprennent notamment la maladie d'Alzheimer et autres affections dégénératives, constituent la 4^{ème} cause de décès chez les hommes, mais la 3^{ème} chez les femmes (à l'origine de 8 % des décès). Viennent ensuite les causes externes (dont les chutes, accidents de transport, suicides...), les troubles mentaux et du comportement, les maladies de l'appareil digestif, les maladies endocriniennes, qui sont à l'origine de 4 à 6 % des décès.

Les causes décès sont différenciées selon le sexe, certaines le sont également en fonction de l'âge. Ainsi, les tumeurs constituent (tant parmi les hommes que parmi les femmes) une cause de mortalité plus importante aux âges jeunes : à l'origine de 27 % des décès de personnes âgées de 65 ans et plus, elles sont la cause de 48 % des décès des 65-74 ans et encore 32 % des 75-85 ans. A l'inverse, les maladies de l'appareil circulatoire ou de l'appareil respiratoire notamment sont des causes de décès plus fréquentes aux âges avancés.

Répartition des décès de personnes âgées de 65 ans et plus par cause, en Normandie

	65-74 ans	75-84 ans	85-94 ans	95 ans et plus	65 ans et plus
Maladies de l'appareil circulatoire	19 %	28 %	34 %	35 %	30 %
Tumeurs	48 %	32 %	17 %	8 %	27 %
Maladies de l'appareil respiratoire	5 %	7 %	8 %	10 %	7 %
Maladies du système nerveux	4 %	7 %	8 %	6 %	7 %
Causes externes de morbidité et de mortalité	5 %	5 %	5 %	5 %	5 %
Troubles mentaux et du comportement	2 %	3 %	5 %	7 %	4 %
Maladies de l'appareil digestif	5 %	4 %	4 %	3 %	4 %
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	3 %	4 %	4 %	4 %	4 %
Autres	10 %	11 %	15 %	22 %	13 %
Toutes causes	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Sources : Inserm-CépiDC 2009-2015 - Exploitation ORS-CREAI Normandie



CONTEXTE LIÉ À L'APPARITION DU CORONAVIRUS

L'épidémie de Covid-19 touche particulièrement la population âgée

Le virus identifié en janvier 2020 en Chine est un nouveau coronavirus, nommé SARS-CoV-2. Depuis, l'OMS qualifie la situation du COVID-19 de pandémie puisque l'épidémie est désormais mondiale. Les coronavirus sont une famille de virus qui provoquent des maladies allant d'un simple rhume à des pathologies plus sévères (comme les détresses respiratoires). La population des personnes âgées constitue le public le plus vulnérable à l'épidémie de Covid-19. En effet, les formes graves et sévères du Covid-19 touchent tout particulièrement la population âgée.

Une surveillance épidémiologique constante¹

Les Agences Régionales de Santé en lien avec Santé publique France assurent le suivi épidémiologique de diffusion du COVID-19 au niveau régional et départemental. Des points hebdomadaires sont communiqués par Santé Publique France sous diverses formes :

- Dashboard : les chiffres clés dans le Monde et en Europe (nombre de cas, de décès, de personnes hospitalisées, de retours à domicile, de personnes hospitalisées en réanimation et cas de résident en ESSMS et décès dans les ESSMS),
- Points épidémiologiques hebdomadaires nationaux,
- Points épidémiologiques hebdomadaires régionaux (surveillance en ville, dans les ESSMS et les Ehpad, à l'hôpital et surveillance de la mortalité),

¹ <https://www.normandie.ars.sante.fr/coronavirus-covid-19-dossier-complet> consulté le 5 novembre 2020

L'ARS Normandie réalise très régulièrement des points d'information pour faire état de l'évolution de la situation dans la région.

Depuis le début de la pandémie, 721 décès recensés à l'hôpital, dont 83 % de personnes âgées de plus de 70 ans

En Normandie au 4 novembre 2020, 1 196 patients sont hospitalisés pour Covid-19, dont 147 en réanimation. Les 3/4 des patients en réanimation ont plus de 60 ans.

Dans son point de situation au 3 novembre 2020, l'ARS indique que l'incidence continue d'augmenter, très largement au-dessus du seuil d'alerte, avec un taux régional de 328,74 pour 100 000 habitants au cours des 7 derniers jours. Une personne sur 5 qui se fait dépister est positive à la Covid-19.

Depuis le début de l'épidémie, 721 personnes sont décédées du Covid à l'hôpital. Les plus de 70 ans représentent 83 % des décès enregistrés. (Données au 4 novembre 2020)

Diverses enquêtes mises en place sur l'épidémie de Covid-19¹

Des travaux et enquêtes réalisées régulièrement, au plan international, national ou régional, sont des sources d'informations mobilisables pour disposer d'une approche prospective sur les effets de l'épidémie de Covid-19 pour les publics les plus vulnérables.

[Lien vers la liste des enquêtes recensées](#)

¹ <https://www.santepubliquefrance.fr/publications> et Lettre d'info NEO de juin 2020 : http://pf2s.fr/normandie/images/Lettre_Info_NEO/NEO_3_Juin_2020.pdf

L'OFFRE DE SOINS

L'offre de soins de premier recours repose en premier lieu sur les médecins généralistes, les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes et les chirurgiens-dentistes. Parallèlement, des services spécialisés sur le public âgé répondent au besoin de soins et d'accompagnement à domicile (via les SSIAD, les SPASAD, voire l'HAD - Cf. définitions page suivante). Face à la fragilité de certaines personnes âgées, un suivi gériatrique peut permettre de maintenir ou restaurer leur autonomie fonctionnelle et limiter les risques de dépendance.

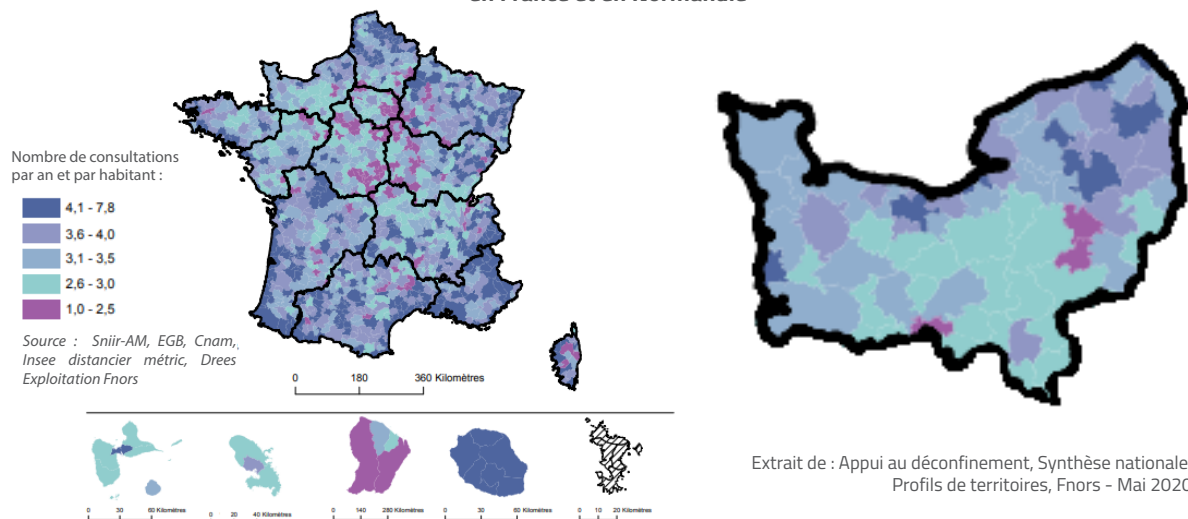
Des densités de professionnels de santé globalement inférieures en région qu'au plan national, mais contrastées selon les territoires

Les médecins généralistes libéraux ou mixtes sont des acteurs essentiels du suivi médical et de la prise en charge plus globale des personnes âgées. Début 2019, près de 2 700 professionnels sont installés dans la région, mais selon des densités très variables qui vont de 64,2 médecins pour 100 000 habitants dans l'Eure à 93,3 dans le Calvados (contre 88,8 en France métropolitaine) ; dans une vingtaine d'EPCI, la densité est même inférieure à 60 pour 100 000 habitants.

En complément de ces données, la cartographie de l'accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes¹ met en évidence un accès plus difficile pour les habitants d'EPCI en milieu rural (notamment dans l'Orne, l'Eure ou le sud du Calvados), contre un accès facilité pour les zones urbaines, périurbaines et les territoires côtiers.

¹ L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) a été développé par la DREES et l'IRDES pour mesurer l'adéquation spatiale entre l'offre et la demande de soins de premier recours à un échelon géographique fin.

Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes en 2018, en France et en Normandie



En Normandie, l'offre de soins infirmiers libéraux ou mixtes repose sur plus de 5 000 professionnels au 1^{er} janvier 2019, qui représentent une densité de 151 infirmiers pour 100 000 habitants, nettement inférieure à la densité nationale (188 en France métropolitaine). Elle varie fortement d'un département à l'autre, entre 113 pour 100 000 habitants dans l'Eure et 208 pour 100 000 habitants dans la Manche.

Concernant d'autres professionnels médicaux tels que les masseurs-kinésithérapeutes ou les chirurgiens-dentistes, l'offre libérale et mixte régionale est également inférieure à l'offre nationale, et les mêmes tendances sont observées entre départements (l'Eure et l'Orne affichant des densités plus faibles, le Calvados une densité plus forte).

Offre médicale régionale

	Médecins généralistes*		Infirmiers*		Masseurs-kinésithérapeutes**		Chirurgiens-dentistes*	
	Nombre	Densité	Nombre	Densité	Nombre	Densité	Nombre	Densité
Calvados	647	93,3	1 085	156,4	545	78,6	276	39,8
Eure	387	64,2	680	112,3	318	52,7	191	31,7
Manche	374	75,0	1 036	207,9	340	68,2	173	34,7
Orne	184	64,5	428	150,0	160	56,1	91	31,9
Seine-Maritime	1 095	87,2	1 852	147,5	820	65,3	485	38,9
Normandie	2 687	80,5	5 081	150,7	2 183	64,5	1 218	36,5
France métrop.	57 224	88,8	121 094	187,8	66 310	102,8	35 897	55,7

Sources : Répertoire Adeli, Insee, 1^{er} janvier 2019 (*) et Drees / ASIp - Santé - RPPS au 1^{er} janvier 2016 (**). - Exploitation ORS-CREAI Normandie
L'offre médicale comprend les professionnels libéraux ou mixtes ayant une activité standard de soins. / Densité pour 100 000 habitants.
Possibilité d'accéder à une cartographie de l'offre médicale par EPCI ("Autour des soins") via le lien : <https://calcul2.or2s.fr/opendatanormandie/>

Une offre de services dédiés aux personnes âgées équivalente au niveau national

Concernant les SSIAD et les SPASAD, on comptabilise 124 services en 2018 pour un total de 6 682 places. Cette offre correspond à un taux d'équipement de 20 places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus, équivalente au niveau national et relativement homogène d'un département à l'autre (soit entre 18 et 22 places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus).

L'offre de gériatres en région repose quasi-exclusivement sur des professionnels salariés. Au plan régional, elle correspond à une

densité de 31,1 professionnels pour 100 000 personnes âgées de 75 ans et plus, soit légèrement inférieure à l'équipement national (qui s'établit à 33,8 pour 100 000). Elle est très variable selon les départements et notamment liée à l'implantation des établissements hospitaliers : elle varie entre une densité inférieure à 20 pour 100 000 personnes âgées de 75 ans et plus dans l'Orne et la Manche, à 46,2 pour 100 000 dans l'Eure.

Offre de soins de santé spécialisés pour les personnes âgées

	Gériatres (libéraux, mixtes et salariés)		SSIAD et SPASAD		
	Nombre	Densité*	Nb de services	Nb de places	Taux d'équipement*
Calvados	17	25,0	20	1 225	18,0
Eure	23	46,2	17	1 011	20,0
Manche	12	19,9	33	1 296	22,0
Orne	6	16,7	13	748	21,0
Seine-Maritime	44	38,6	41	2 402	21,0
Normandie	102	31,1	124	6 682	20,0
France métrop.	2 045	33,8	2 094	124 341	20,0

Sources : Drees / ASIp - Santé - RPPS 2019 (gériatres) et Drees / Finess, SAE 2018 (SSIAD et SPASAD)

* Densité de gériatres et taux d'équipement en services pour 100 000 personnes âgées de 75 ans et plus

Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)

Sur prescription médicale, les SSIAD interviennent à domicile pour dispenser des soins (soins infirmiers, soins de nursing...) aux personnes âgées et aux personnes handicapées et assurer la coordination des autres intervenants médicaux ou paramédicaux. Leurs actions contribuent au maintien des personnes à leur domicile, notamment en prévenant la perte d'autonomie, en évitant une hospitalisation, en facilitant le retour à domicile après hospitalisation ou encore en retardant l'entrée dans un établissement d'hébergement.

Services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD)

Les SPASAD sont des services assurant à la fois des soins infirmiers (missions d'un SSIAD, réalisés sur prescription médicale) et celles d'un service d'aide à domicile. Ils s'adressent aux personnes âgées de plus de 60 ans (ou en situation de handicap). Ils présentent l'avantage d'un accompagnement fluide et sécurisant, avec un interlocuteur unique pour la mise en place et le suivi de l'intervention, qui sont assurés par une même équipe.

Hospitalisation à domicile (HAD)

L'HAD est une forme d'hospitalisation qui permet d'assurer des soins médicaux et paramédicaux importants au domicile du patient, pour une période limitée mais renouvelable en fonction de l'évolution de son état de santé.

Elle assure des soins non réalisables en ville car trop complexes, trop intenses ou trop techniques, pour des personnes qui ont besoin de continuité des soins et d'une équipe de coordination pluridisciplinaire (infirmier, rééducateur, assistante sociale, psychologue, diététicienne...) et médicalisée (il y a toujours un médecin coordonnateur en HAD).

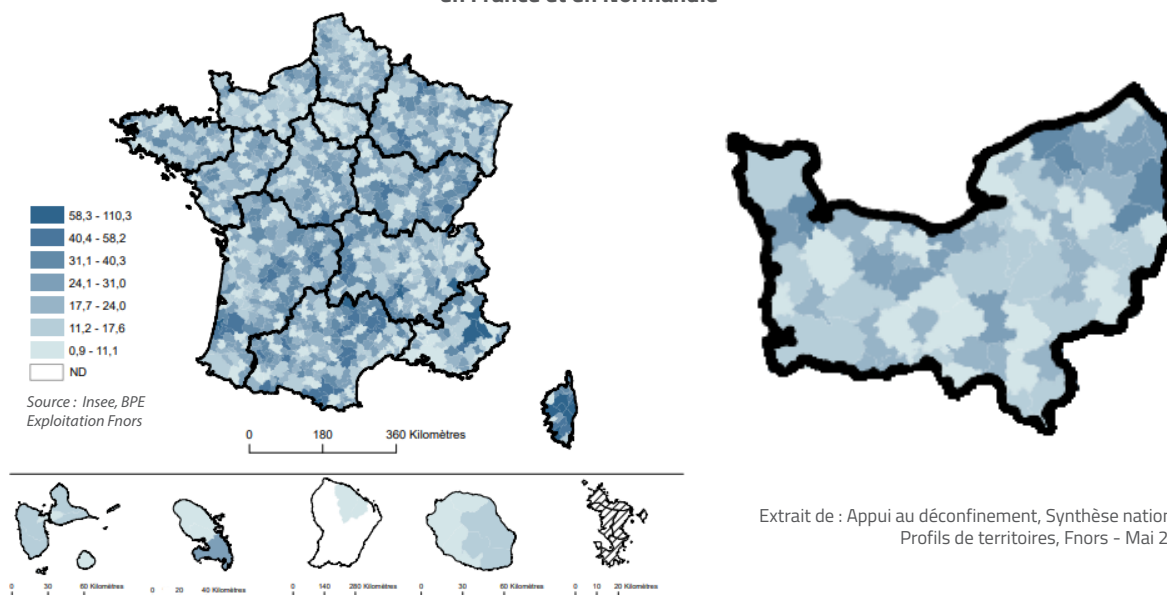
L'ensemble du territoire normand est couvert par une offre d'hospitalisation à domicile, organisée autour de 23 dispositifs. (Cf. Carte : Aires géographiques d'intervention des établissements d'HAD).

Un accès aux urgences plus fréquent pour les personnes âgées

Les services d'urgence font aussi partie de l'offre de soins pour l'ensemble de la population. Au plan national, le temps moyen d'accès au service d'urgences le plus proche s'élève à 14 minutes.

En Normandie comme dans d'autres régions, d'importantes disparités entre EPCI sont observées. L'accessibilité aux services

d'urgence est plus importante dans les zones urbaines où les établissements de santé sont le plus souvent installés et moindre dans les territoires ruraux isolés. Au plan régional, 91% des EPCI (63 sur 69), qui représentent 96 % de la population régionale, sont situés à moins de 30 minutes d'un service d'urgence.

Taux moyen d'accès aux services d'urgence en 2019 (en minutes)
en France et en Normandie

L'ACCUEIL DES PERSONNES ÂGÉES DANS LES SERVICES D'URGENCES

La prise en charge des personnes âgées en service d'urgences, plus fréquente que sur les autres tranches d'âge (surtout après 85 ans), présente des spécificités. L'admission aux urgences survient la plupart du temps à la suite d'un état de crise ayant pour origine des causes médicales, mais aussi sociales (isolement social, manque de ressources, perte de mobilité...). La prise en charge doit ainsi répondre à la complexité des problèmes de santé, accrue du fait de polyopathologies, mais également au risque

de perte d'autonomie. D'après une publication de la DREES en 2017¹, la probabilité d'hospitalisation des 75 ans et plus à la sortie des urgences est 2,6 fois plus élevée que celle des 15-74 ans : ainsi, 56 % des patients âgés sont hospitalisés dans un autre service, 38 % retournent à leur domicile et 5 % dans leur établissement d'hébergement pour personnes âgées.

¹ Les personnes âgées aux urgences : une patientèle au profil particulier, Etudes et résultats, DREES - Mars 2017

LE RECOURS AUX SOINS

Si le vieillissement n'est pas un processus homogène, les personnes âgées sont globalement plus fragiles et plus consommatrices de soins médicaux que les tranches d'âge plus jeunes.

Les personnes âgées ont une consommation de soins globalement plus importante, excepté sur les soins dentaires

Dans l'ensemble de la population, les personnes âgées de 60 ans et plus représentent 26,6 % de la population métropolitaine, mais ils représentent 29,0 % des bénéficiaires de soins des médecins généralistes, 42,3 % des bénéficiaires de soins de masseurs-kinésithérapeutes, 58,4 % des bénéficiaires de soins infirmiers : ils sont donc plus fortement consommateurs de ces soins que les plus jeunes. Parmi l'ensemble des actes réalisés par ces professionnels médicaux, les 60 ans et plus représentent aussi des parts importantes : ils concernent de 38,0 % des actes des généralistes, 51,9 % des actes des masseurs-kinésithérapeutes et jusqu'à 83,2 % des actes infirmiers. On observe également des consommations moyennes d'actes par an plus élevées parmi les 75 ans et plus que parmi les 60-74 ans (par exemple, 94,3 contre 35,1 concernant les soins infirmiers).

En revanche les personnes âgées de 75 ans et plus sont moins consommatrices de soins dentaires : tandis qu'elles représentent 9,8 % de la population, elles ne représentent que 7,9 % des bénéficiaires des actes et 8,5 % des actes consommés.

Conformément à la structure par âge de la population normande, la consommation de soins de généralistes par les personnes âgées de 75 ans et plus apparaît plus soutenue dans les 3 départements de l'ex Basse-Normandie excepté sur l'agglomération caennaise, puis sur le littoral et l'est de la Seine-Maritime.

Recours aux soins de médecins généralistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et chirurgiens-dentistes en Normandie en 2018

	60-74 ans	75 ans et plus	60 ans et plus
Part de ce public dans l'ensemble de la population	16,8 %	9,8 %	26,6 %
Consommation de soins de médecins généralistes			
Part des bénéficiaires des actes	18,2 %	10,8 %	29,0 %
Part des actes consommés	21,5 %	16,5 %	38,0 %
Consommation moyenne d'actes	5,2	6,8	
Consommation de soins infirmiers			
Part des bénéficiaires des actes	31,2 %	27,2 %	58,4 %
Part des actes consommés	24,9 %	58,3 %	83,2 %
Consommation moyenne d'actes	35,1	94,3	
Consommation de soins de masseurs-kinésithérapeutes			
Part des bénéficiaires des actes	23,9 %	18,4 %	42,3 %
Part des actes consommés	25,9 %	26,0 %	51,9 %
Consommation moyenne d'actes	22,8	29,8	
Consommation de soins de chirurgiens-dentistes			
Part des bénéficiaires des actes	19,6 %	7,9 %	27,5 %
Part des actes consommés	22,4 %	8,5 %	30,9 %
Consommation moyenne d'actes	2,8	2,6	

Sources : Atlas santé, SNDS

L'OFFRE MÉDICO-SOCIALE

Lorsque la vie à domicile n'est plus possible, les personnes âgées peuvent être accueillies en institution, soit en EHPAD lorsqu'elles ont besoin d'aide et de soins quotidiens, soit en résidence autonomie lorsqu'elles bénéficient encore d'un bon niveau d'autonomie mais ne peuvent plus ou n'ont plus envie de vivre chez elles (ex : sentiment d'isolement ou d'insécurité, baisse de revenus...). Les personnes âgées très dépendantes et dont l'état de santé nécessite une surveillance médicale constante peuvent être accueillies en USLD.

Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

Anciennement appelés « maisons de retraites », les EHPAD sont des structures médicalisées qui accueillent des personnes âgées d'au moins 60 ans et dépendantes, c'est-à-dire ayant besoin de soins et d'aide quotidiens pour effectuer les actes de la vie courante.

Résidence autonomie

A mi-chemin entre le domicile et l'accueil en EHPAD, les résidences-autonomie proposent une solution d'hébergement pour les personnes âgées de plus de 60 ans qui jouissent encore d'une bonne autonomie. Elles doivent proposer un certain nombre de services dans leurs locaux, notamment un accès à un service de restauration sur place, un service de sécurité, l'entretien et le lavage du linge, ainsi que des activités visant à maintenir au maximum l'autonomie des résidents.

Instaurées par la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement de la population qui est entrée en application le 1^{er} janvier 2016, les résidences-autonomie remplacent progressivement les « foyers logement ».

Unités de soins de longue durée (USLD)

Les USLD sont des structures hospitalières s'adressant à des personnes âgées de plus de 60 ans et très dépendantes, dont l'état nécessite une surveillance médicale constante. Les moyens médicaux mis en œuvre y sont plus importants que dans les EHPAD.

Un taux d'équipement en EHPAD plus élevé en Normandie qu'en France, particulièrement dans l'Orne

En Normandie, l'offre en EHPAD repose sur 387 établissements et un total de 34 200 places installées (qui comprend également 708 places en accueil temporaire et 794 places en accueil de jour). Elle correspond à un taux d'équipement de 104 places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus, supérieur au taux d'équipement national qui s'établit à 100. L'analyse départementale met en

évidence des différences importantes en terme de distribution de l'offre, plus faible dans l'Eure et la Seine-Maritime (avec 95 et 98 pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus) et nettement plus élevée dans le Calvados (112) et surtout dans l'Orne (131).

Un taux d'équipement en résidences autonomie plus élevé dans les départements les moins dotés en EHPAD

L'offre d'accueil en résidence autonomie repose sur 234 établissements en région, pour un total de 12 528 places, soit un taux d'équipement de 38,2 places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus. Ce taux est également très variable selon les départements : en l'occurrence, il est plus élevé dans l'Eure et en Seine-Maritime, c'est-à-dire dans les départements offrant un faible taux d'équipement en EHPAD.

Les 25 USLD recensées en Normandie offrent une capacité de 1 566 lits, soit un taux d'équipement de 4,8 lits pour 1 000 habitants âgés de 75 ans et plus, qui varie entre 3,6 dans la Manche et 6,2 en Seine-Maritime.

Offre d'accueil en hébergement pour personnes âgées

	EHPAD			Résidence Autonomie			USLD		
	Nb établs	Nb places installées*	Taux** équipement	Nb établs	Nb places installées*	Taux** équipement	Nb unités	Nb lits	Taux** équipement
Calvados	93	7 724	112,0	44	2 241	33,0	6	306	4,5
Eure	45	4 906	95,0	32	2 124	42,6	5	202	4,1
Manche	84	5 921	100,0	31	1 599	26,5	4	215	3,6
Orne	54	4 658	131,0	23	1 055	29,3	2	140	3,9
Seine-Maritime	111	10 991	98,0	104	5 509	48,3	8	703	6,2
Normandie	387	34 200	104,0	234	12 528	38,2	25	1 566	4,8
France métrop.	7 453	607 212	100,0	2 285	119 544		583	30 627	

Sources : Drees, Finess, SAE 2018 - Exploitation : Fnors - Score Santé

* Y compris en accueil temporaire et en accueil de jour

** Taux d'équipement pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus

Dans l'offre d'accueil en hébergement pour les personnes âgées, on identifie également les MARPA, Maisons d'accueil et de résidence pour l'autonomie (qui sont classifiées dans les résidences autonomies ou les EHPAD). Afin de répondre à une forte attente exprimée par les aînés du milieu rural de "continuer à habiter au pays, comme chez eux, en toute sécurité", la MSA imagine au milieu des années 80, les MARPA. Ces maisons d'accueil et de résidence pour l'autonomie s'adressent aux personnes âgées retraitées. Elles leurs permettent de vivre dans leur bassin de vie,

dans des logements adaptés au sein de "petits établissements pour personnes âgées" et de bénéficier de services d'accompagnement dédiés tout en continuant à participer à la vie locale.

En Normandie, on compte 9 Marpa, soit 1 dans le Calvados et dans l'Eure, 2 dans l'Orne et la Seine-Maritime, 3 dans la Manche.



LES AIDANTS DE PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE

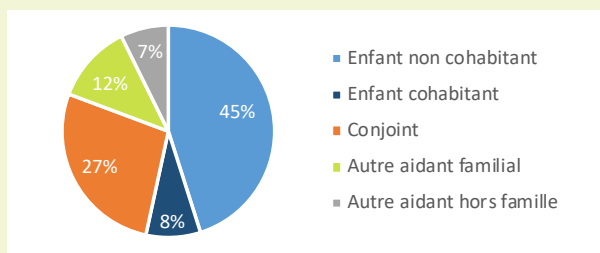
En France, on compte 3,9 millions d'aidants de personnes âgées de 60 ans et plus

Un proche aidant est une personne non professionnelle, qui aide régulièrement et sur le long terme, une personne en perte d'autonomie liée à l'âge, à une maladie ou à un handicap. D'après l'enquête CARE en 2015, près de 3,9 millions de français aident une personne âgée de 60 ans et plus ; le nombre personnes aidées est quant à lui estimé à 2,7 millions.

59 % des aidants sont des femmes

Les aidants sont pour plus de moitié (53 %) le(s) enfant(s), puis le conjoint (27 %) de la personne âgée, ou encore un autre membre de la famille (12 %) ou un aidant hors famille (ami ou voisin, pour 7 %). Ce sont plus souvent des femmes (59 %) et en fonction de leur âge, les aidants sont retraité(s) (49 %) ou en activité professionnelle (37 %), voire en recherche d'emploi (5 %) ou homme/femme au foyer (4 %).

Répartition des aidants selon leur lien avec la personne aidée



Source : Drees, Enquête CARE des seniors, ménages - Volet aidant (CARE-M) 2015

L'aide au proche prend des formes multiples et peut avoir des conséquences sur sa santé

L'aide apportée consiste prioritairement dans la réalisation des tâches de la vie quotidienne (dans 9 situations sur 10) : activités liées à la sphère domestique telles que le ménage, la préparation des repas, une aide pour se lever/s'habiller, mais également des aides telles que faire les courses, du bricolage, gérer les démarches administratives, accompagner les sorties et les rendez-vous médicaux... Les aidants jouent également un rôle de coordinateur auprès des différents intervenants professionnels, dont les professionnels de santé et les prestataires de services à domicile.

L'aide se traduit aussi par un soutien moral, identifié dans plus d'une situation sur 2 selon la personne âgée et dans 8 situations sur 10 selon l'aidant. Elle prend parfois aussi la forme d'une aide financière (dans environ une situation sur 10).

Dans le cadre de l'enquête CARE, près de la moitié des aidants déclarent au moins une conséquence négative sur leur santé : les conjoints aidants sont les plus fortement concernés, avec 73 % des femmes et 54 % des hommes. Parmi les enfants aidants, 44 % déclarent également un impact négatif sur leur santé, les femmes plus souvent que les hommes.

Selon le baromètre des aidants (réalisé par BVA et la Fondation April, 5^{ème} vague, sept 2019¹), l'investissement en temps des aidants augmente et un quart d'entre eux consacrerait 20h et plus par semaine à aider leur proche. Endosser un rôle d'aidant implique donc un engagement important pouvant affecter à la fois leur vie professionnelle et personnelle.

¹ Pour en savoir plus : <https://www.bva-group.com/sondages/aidants-5eme-barometre-de-fondation-april/>

Un droit au répit pour les aidants a été mis en place au 1^{er} mars 2016

Afin de soutenir les proches aidants des personnes âgées en perte d'autonomie, un droit au répit a été créé dans le cadre de la loi d'adaptation de la société au vieillissement votée en décembre 2015, afin de leur permettre de se reposer ou de dégager du temps.

Sous certaines conditions et suite à une évaluation multidimensionnelle de la situation, le droit au répit peut alors financer dans la limite de 500 € par an, un accueil de jour ou de nuit, un hébergement temporaire en établissement ou en accueil familial, ou un relais à domicile.

Des plateformes d'accompagnement et de répit pour les aidants

Les plateformes d'accompagnement et de répit ont été créées pour accompagner les aidants s'occupant d'un proche en perte d'autonomie, quelle que soit sa maladie. Elles ont pour objectif de prévenir les risques d'épuisement et de diminuer le stress et l'anxiété des aidants, en proposant de l'information (ex : comprendre la maladie et ses conséquences), un soutien individuel ou collectif, ainsi que des solutions de répit pour donner du temps libre au proche.

En Normandie, 9 plateformes sont actuellement identifiées : 2 dans le Calvados (Biéville-Beuville, Lisieux), une dans l'Eure (Bernay), une dans la Manche (Martinvast, 2 dans l'Orne (Flers et Mortagne-au-Perche) et 3 en Seine-Maritime (Criquetot-L'Esneval, Grugny, Saint-Etienne-du-Rouvray)².

Illustration à Flers (Orne) :

La première maison des aidants de France à Flers

Dans le cadre de sa politique active pour l'accompagnement, le répit et la prévention, l'Union Nationale de l'Aide, des soins et des services à domicile (UNA) du Bocage Ornais a ouvert dès 2012 un accueil de jour et un café des aidants, puis en 2015 un service de répit à domicile, des ateliers de prévention contre l'isolement social (mémoire, nutrition, équilibre, numérique, bien-être, jeux de société).

En 2017, l'UNA obtenait grâce à la mobilisation de multiples financements une « Plateforme pour une offre innovante de Répit » et tous les services proposés sont aujourd'hui réunis au sein de « la maison des aidants », en plein centre-ville, avec des équipements très innovants (cuisines connectées et domotisées, nombreux équipements numériques, technologies pour les activités physiques et de loisirs...).

Pour en savoir plus : <https://www.flers-agglo.fr/maison-aidants-a-flers-premiere-de-france/>

² Quelques références :

- Plateforme d'accompagnement et de répit (Ehpad La Madeleine - Bernay) : <https://www.ehpad-maison-retraite-madeleine.fr/plateforme-daccompagnement-de-repit/>

- Plateforme de répit et de soutien aux aidants (Fondation Bon Sauveur - Martinvast) : <https://www.fbs50.fr/personnes-agees/plateforme-de-repit-et-de-soutien-aux-aidants/>

RESSOURCES LIÉES À L'INFORMATION ET LA COORDINATION DES INTERVENTIONS AUPRÈS DES PERSONNES ÂGÉES

Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC)

Les CLIC sont des points locaux d'information dédiés aux personnes âgées, pour obtenir tous renseignements nécessaires face à une situation de perte d'autonomie : aides financières, maintien à domicile, amélioration de l'habitat, structures d'hébergement, mesures de protection, loisirs, vie sociale et relationnelle... Mis en œuvre par les départements, ils s'adressent aux personnes âgées et leur entourage, mais sont aussi des lieux d'information, de formation et de coordination pour les professionnels de la gérontologie, les services et les établissements accueillant des personnes âgées.

Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA)

Afin d'accompagner les personnes âgées de 60 ans et plus en perte d'autonomie et leurs aidants, le dispositif MAIA a été mis en place pour mieux organiser les ressources nombreuses mais fragmentées du territoire, à travers une intégration des différents services d'aide et de soins. Pour les personnes âgées, l'objectif est de permettre la continuité du parcours, la prise en charge de toutes les situations même complexes, le soutien à domicile aussi longtemps que possible et dans les meilleures conditions.

Plateforme territoriale d'appui (PTA)

Un des enjeux de la loi de modernisation de notre système de santé est de recentrer le système de santé sur les soins de proximité, à partir du médecin généraliste. Dans cette perspective, elle prévoit la mise en place de fonctions d'appui pour la coordination des parcours de santé complexes qui visent à apporter une réponse aux professionnels, et en particulier aux médecins traitants, dans la prise en charge des situations complexes (ex : patients présentant plusieurs pathologies, elles-mêmes associées à des problèmes sociaux, psycho-sociaux ou économiques, face auxquels un soutien est nécessaire).

Cette réponse se décline à travers 3 types de services :

- Information et orientation vers les ressources sanitaires, sociales et médico-sociales du territoire (ex : identifier une aide à domicile pour un patient, orienter vers une place en EHPAD...)
- Appui à l'organisation des admissions et des sorties d'établissements (ex : aide pour coordonner les interventions des professionnels sanitaires, sociaux et médico-sociaux autour du patient)
- Soutien aux pratiques et initiatives professionnelles en matière d'organisation et de sécurité des parcours, d'accès aux soins et de coordination, en apportant un appui opérationnel et logistique aux projets des professionnels.

Réseaux de santé en soins palliatifs et équipes mobiles de soins palliatifs

La démarche palliative consiste à repérer tôt les besoins en termes de soins palliatifs et à en faciliter le recours pour les personnes approchant de leur fin de vie. Ces soins, dont l'objectif est d'améliorer la qualité de vie du patient, ne sont pas uniquement réservés à des unités et espaces dédiés, ils peuvent aussi être mis en œuvre sur le lieu de vie du patient.

Les réseaux de soins palliatifs coordonnent animent sur un territoire défini, la dynamique palliative entre tous les acteurs impliqués (qu'ils soient salariés, libéraux, institutionnels, associatifs ou bénévoles du champ sanitaire ou social).

L'équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) est une équipe multidisciplinaire (médecins, infirmières, psychologues...) rattachée à un établissement de santé qui se déplace au lit du malade et auprès des soignants, à la demande des professionnels de santé.

Équipes mobiles

Composées de professionnels de santé spécialisés, les équipes mobiles interviennent au plus près des usagers, au domicile ou en institution médico-sociale, en complémentarité avec les autres intervenants auprès de la personne. Il existe des équipes mobiles d'intervention gériatrique, des équipes mobiles psychiatriques, des équipes mobiles de soins palliatifs.

La parole d'un acteur...

La coordinatrice d'un Centre Local d'Information et de Communication (CLIC)

Monique Turquetil

Coordinatrice du CLIC du Sud Manche

Présentation du CLIC, son activité, son cadre d'intervention

Le CLIC du Sud Manche (issu de la fusion du CLIC du Mortainais et du CLIC de l'Avranchin) couvre le périmètre de la communauté d'agglomération Mont-Saint-Michel-Normandie, soit **un territoire étendu en milieu rural**.

Ses principales missions sont :

- Un accueil de proximité pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap sans condition d'âge, afin de les conseiller ou les orienter en fonction de leur situation. Si le département de la Manche privilégie l'accueil dans les centres médico-sociaux (CMS), le CLIC du Sud Manche continue de proposer un accueil physique sur le site de Ducey, ainsi qu'un accueil téléphonique, et renvoie tant que de besoin vers les lieux de proximité du domicile.
- La mise en œuvre d'actions collectives de prévention santé, sur la base des besoins remontés par les secteurs d'actions gérontologiques (SAG), services portés par des associations de retraités des petites communes.
- La coordination des acteurs médico-sociaux du territoire (SAAD, SSIAD, assistants sociaux de l'APA ou des sorties d'hôpitaux, infirmiers...). Des réunions mensuelles permettent d'échanger sur les nouvelles législations, les actualités du territoire, et différents groupes de travail sont mis en place en fonction des besoins identifiés.

Les principaux motifs justifiant la prise de contact avec le CLIC

Les principales demandes des usagers portent sur :

- la demande d'aide à domicile : formulées par la personne âgée, son conjoint ou ses enfants...
- la constitution de dossiers APA, la communication des listes de structures d'hébergement, d'accueil de jour, de nuit, d'urgence...
- la recherche d'hébergement d'urgence (notamment en sortie d'hôpital),
- l'information sur l'amélioration du logement...

Les demandes sont portées pour moitié par des personnes âgées, pour moitié par des familles.

Les principales difficultés rencontrées par les personnes âgées vivant à domicile en milieu rural

Le Sud Manche est caractérisé par une population vieillissante, avec beaucoup de personnes âgées de plus de 75 ans ayant une santé de plus en plus précaire.

Face à cela, différentes difficultés sont identifiées, parmi lesquelles :

- l'accès aux soins,
- l'éloignement géographique,
- la fracture numérique,
- l'isolement et la solitude des personnes âgées,
- l'isolement des aidants.

La santé des personnes âgées se précarise et l'accès aux soins est de plus en plus difficile

Les services médicaux s'éloignent de plus en plus, les médecins généralistes vieillissent, certains partent en retraite sans être remplacés, les nouveaux médecins privilégient une patientèle jeune... et il apparaît de plus en plus difficile pour les personnes âgées de retrouver un médecin. L'offre sanitaire sur le territoire étant tendue, les rendez-vous médicaux sont plus difficiles à obtenir et certaines personnes renoncent aux soins. Les personnes vieillissent à domicile, avec un accès insuffisant à des soins de premier recours, si bien que leur état de santé se dégrade.

Les sorties d'hôpital sont de plus en plus rapides, la recherche de solutions adaptées se fait dans l'urgence, le manque de personnel ou de services d'aide à domicile conduisent à des retours à domicile sans les aides nécessaires. Cela se traduit par des situations de maintien à domicile fragiles, avec des allers-retours aux services d'urgences plus fréquents.

L'isolement géographique et l'isolement social des personnes âgées tendent à se renforcer

Avec le vieillissement, certaines personnes âgées ne conduisent plus, d'autres conduisent mais seulement sur des trajets habituels, « sécurisés ». L'accès aux différents services et notamment de santé, n'est parfois plus possible. **Ainsi, la perte d'autonomie et l'isolement des personnes âgées sont d'abord consécutifs à l'impossibilité de se déplacer (renforcée en milieu rural par l'absence de transports en commun sur une partie du territoire).**

L'éloignement géographique des familles est de plus en plus important : même lorsque les personnes âgées sont en contact avec leurs enfants, ces derniers sont partis dans les plus grandes villes pour leurs études et leur activité professionnelle, ils sont à distance et ne reviennent que ponctuellement. Dans les plus petites communes, les commerces de proximité, les bureaux de Poste ferment... certaines personnes âgées passent des jours sans voir personne. Il existe toutefois une forme de solidarité sans doute plus développée en milieu rural, avec des voisins présents et vigilants.

Par ailleurs, certaines personnes âgées sont dans le déni de leurs difficultés et ne souhaitent pas bénéficier de prises en charge : par peur de devoir quitter leur domicile, elles cachent parfois leur perte d'autonomie (ex : des problèmes de vue, d'équilibre...) et se retrouvent dans une situation de santé dégradée.

La fracture numérique contribue à l'isolement des personnes âgées

La plupart des démarches administratives sont aujourd'hui à réaliser sur Internet (demandes d'aides, accès à Via trajectoire¹...). En l'absence d'enfants ou de proches pouvant réaliser ou accompagner ces démarches, cela constitue une difficulté importante, particulièrement pour les personnes âgées de 80 à 100 ans (de plus en plus nombreuses sur le territoire). Faire appel à une assistante sociale suppose de prendre un rendez-vous en amont, éventuellement de se déplacer (si la personne âgée n'a pas d'accès internet à son domicile), autant de freins de plus en plus difficiles à lever avec l'avancée en âge.

Des aidants en grande fragilité

Les aidants de personnes âgées sont parfois en situation de grande fragilité. Notamment face aux personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer, de plus en plus nombreuses, les conjoints sont en vigilance permanente, sans possibilité de sortir, de se déplacer ou de bénéficier de temps de répit. Les enfants ou autres proches aidants sont également fortement exposés, ainsi que les professionnels, qui sont aussi en difficulté sur certaines situations.

Des personnes avec de faibles niveaux de ressources, mais souvent propriétaires de leur logement

Sur le territoire du CLIC, particulièrement rural, la majorité des personnes âgées perçoivent de petites retraites et ont des revenus modestes. Ils sont souvent propriétaires de leur maison, mais n'ont pas forcément les moyens pour les entretenir, si bien que certains vivent dans des logements qui se dégradent. Par ailleurs, le fait d'être propriétaires les exclut parfois du bénéfice de certaines aides financières, pour accéder à des services d'aide à domicile notamment. Les professionnels du CLIC observent aussi que certaines personnes ont quelques réserves financières, mais ils se refusent les à utiliser pour améliorer leur quotidien.

¹ Via Trajectoire est un portail internet permettant (pour les particuliers) d'effectuer les démarches pour la recherche d'une structure d'accueil pour personnes âgées.

Les 60 ans et plus ont un rôle social important et en évolution

Certains jeunes retraités s'occupent de leurs petits-enfants et sont très présents dans le cercle familial, d'autres s'occupent de leurs parents très âgés et se retrouvent eux-mêmes progressivement confrontés à des difficultés de santé. Les retraités font également des voyages, du sport, diverses activités ou s'impliquent dans la vie municipale ou associative... Toutefois, on observe qu'il est de plus en plus difficile de trouver des bénévoles pour s'impliquer sur du long terme, la notion d'engagement s'affaiblit. A titre d'illustration, les clubs du 3^{ème} âge qui proposaient auparavant des animations très diversifiées, rassemblent aujourd'hui un public plus âgé autour d'activités plus réduites.

Des projets mis en place sur le territoire pour favoriser le bien-être et la santé des personnes âgées

Le travail en réseau et la mission de coordination du CLIC sont essentiels pour pouvoir mettre en commun et partager avec la multiplicité des acteurs de terrain, les besoins des publics. Dans le cadre de ce travail partenarial, des actions et des projets très diversifiés sont portés et voient le jour.

Solidarité transports

Soutenu par la MSA, le dispositif **Solidarité transport permet à des personnes dépourvues de moyen de locomotion, isolées et non imposables sur le revenu, de se déplacer grâce à un réseau de chauffeurs bénévoles.** C'est par exemple une réponse au besoin de déplacement pour des rendez-vous médicaux ponctuels.

Réseaux de visiteurs

Afin de lutter contre l'isolement des personnes âgées, des groupes de visitants solidaires sont mis en place (actuellement 10 réseaux de visiteurs sur le Sud Manche, également soutenus par la MSA). Il s'agit de groupes de bénévoles, organisés autour de coordinateurs, qui vont à la rencontre des personnes âgées, à leur demande ou celle des familles. L'objectif est de donner à des personnes âgées qui ne sortent pas ou peu de chez elles, la possibilité de rencontrer d'autres personnes.

L'épidémie de Covid-19 et le confinement de la population ont interrompu les activités habituellement proposées aux publics âgés (et certaines ne vont pas reprendre) renforçant encore l'isolement d'une frange de population. Un travail a été mené avec les visiteurs pour garder le contact, une grille d'entretien a été élaborée, un jeu concours mis en place, un livret d'activités proposé...

Ateliers à destination des personnes âgées

Diverses actions de prévention santé sont mises en place par le CLIC (sur l'arthrose, le mal de dos, l'ouïe, la nutrition, les arnaques...) et des ateliers sont proposés : ateliers mémoire, ateliers de relaxation (relaxation sonore, relaxation par le rire, yoga...) en réponse à une situation de grande anxiété observée chez les personnes âgées. Afin d'encourager la participation à cette activité, deux ateliers gratuits ont été proposés sur tout le territoire pour les faire découvrir et un projet d'atelier fixe doit être créé (sur l'Avranchin).

Espace Ressource Itinérant pour les Aidants (ERA)

Après près de trois années de travail, un service itinérant d'aide aux aidants (familiaux et professionnels) va être mis en place début 2021. Partant du constat que les aidants ne peuvent pas toujours se déplacer, le service viendra à eux grâce à un véhicule aménagé qui pourra accueillir aidants et personnes aidées, sur des activités mixtes (mises en œuvre par une personne du CLIC et différents intervenants professionnels).

L'objectif de ce projet expérimental est de lutter contre l'isolement et l'épuisement des aidants, en favorisant les relations et la création de liens, tout en valorisant leur rôle et leurs compétences.

Cet espace ressources dédié aux aidants proches et professionnels sera à la fois un lieu de rencontre entre pairs, un lieu d'information, d'animation, de formation, mais aussi un lieu de répit.

Parmi les autres actions du CLIC, des cellules maltraitance ont été créées afin d'aider au repérage des signes de maltraitance (des proches ou aidants pouvant devenir maltraitants auprès de personnes vieillissantes dont les comportements sont difficiles à gérer) et informer sur ce qu'il faut faire.

Un autre sujet actuellement à l'étude porte sur les besoins d'aide de personnes âgées anglaises, ne maîtrisant pas bien le français. Un travail est en cours avec les travailleurs sociaux sur les moyens de lever la barrière de la langue, avec notamment la traduction de certains outils.

Les enjeux liés à la santé et au bien-être des personnes âgées

Le travail de diagnostic des besoins, de mise en réseau des acteurs et de coordination sont déterminants. Sur le territoire du Sud Manche, le CLIC est bien identifié, tant par les professionnels que par les habitants, qui savent trouver auprès de cet acteur une ressource et une écoute.

Des enjeux sont donc identifiés en matière d'offre et de réponse sanitaire et médico-sociale, en terme d'offre de services de proximité et de lieux d'échanges, mais également en terme d'habitat. L'adaptation des logements, ainsi que des réflexions sur les nouvelles façons d'habiter sont en cours : elles répondent aujourd'hui à une aspiration de la population, qui privilégie un habitat individuel associé à des services adaptés ; le territoire porte notamment un projet de MARPA (à Isigny-le-Buat) ainsi qu'un projet d'habitat inclusif (à Juvigny-les-Vallées).

Malheureusement, la mise en œuvre des différents projets se heurte à la difficulté d'obtenir des financements. Aussi, il est déterminant que les élus aient pleinement conscience des enjeux liés à la prise en compte du public âgé.

Le point de vue de sociologues...

Daniel Réguer, Sociologue, Professeur des Universités

Célia Broussard, Docteure en sociologie

IDEES Le Havre (CNRS 6266) Université Le Havre Normandie

VIEILLISSEMENTS ET RURALITÉS

La science trouble le conformisme, échappe à la norme, interroge les évidences, en premier lieu le sens de la question posée, avant de chercher à y répondre. Elle appuie les raisonnements sur des définitions, précises sans être normatives, à la différence des indicateurs. Suivant les positions sociales et focales d'observation, les deux termes Vieillissements et ruralités peuvent être associés pour constater ou prédire une désertification rurale qui n'accueillerait plus qu'une population âgée, assistée et démunie de services. Des prédicateurs nostalgiques d'autres temps, pourraient faire de la ruralité un « retour aux sources », quand d'autres y percevraient l'espoir d'un nouveau modèle de développement durable, localiste, écologique, équitable et solidaire prémuni des extensions urbaines. Nous montrerons, au contraire, la pluralité des vieillissements et des ruralités, autant que leur caractère mouvant. Près de 60 ans après le rapport Laroque, une brève approche historique des politiques du vieillissement précédera quelques résultats d'enquête réalisée en Normandie, en Seine Maritime, limitrophe de la Somme, de l'Oise et de l'Eure - le pays de Bray - en extrayant des contenus d'entretiens d'une thèse (Broussard C., 2020), soutenue à l'université Le Havre Normandie en septembre 2020. Enfin, productrices de changements sociaux, quelques politiques publiques du vieillissement seront observées, sans omettre les MARPA¹, pour les mettre en perspectives avec le caractère pluriel des vieillissements et des ruralités.

Brève histoire d'une ruralité pour des définitions complexes

Ruralités et urbanités n'ont pas toujours été aussi opposées qu'il n'y paraît. La « villa » romaine, qui a donné naissance aux nombreuses terminaisons patronymiques en « ville » (Marchal et Stébé, 2008, p. 5) des communes normandes, représentait plus souvent une demeure en dehors des cités, tout en étant en synergie. Les départements français sont également définis par l'accès à la ville-centre d'une majorité d'habitants. La conscience de ruralité se renforce, en miroir d'une conscience d'urbanité à l'air de l'industrialisation. La naissance et le développement de la sociologie est concomitante d'une période de densification des habitats autour des « fabriques » et des transformations des modalités d'exercice des solidarités, d'une forme mécanique vers une forme organique (Durkheim E., 1893). Votée le 5 avril 1910, la dénomination de la première loi générale sur les retraites, - Retraites Ouvrières et Paysannes - illustre le lien indéfectible entre deux éléments d'un même ensemble social : les activités rurales et urbaines. De l'autre côté du Rhin, dans une posture épistémologique opposée, Max Weber en 1891 s'intéresse au capitalisme agraire (Aldenhoff-Hübinger R., Bruhns H., 2018).

Les travaux empiriques de ce qui deviendra l'École de Chicago (Thomas W. I., Znaniecki F., 1919), illustrent les changements à l'œuvre, vécus par une même population, paysanne et ouvrière. Ainsi, un territoire rural ne peut être défini seulement comme non urbain. Les frontières sont poreuses, mouvantes et multifactorielles.

Des stéréotypes persistants sur l'urbain et un rural pluriel et mouvant

L'urbain peut être défini par la densité de population et la proximité spatiale des commerces et services. Le rural, qui s'est globalement vu définir dans l'opposition à l'urbain, est alors un espace abritant moins d'habitants et doté de moins de commerces et services (Insee). Nous nous garderons, d'un côté, du stéréotype convenu selon lequel le monde rural serait plus solidaire que les populations urbaines. Nous nous garderons autant de généraliser un point de vue démographique sociétal selon lequel une automaticité serait établie entre le nombre des individus, leur densité et l'importance des relations sociales. « Celles-ci seront encore plus nombreuses si, en outre, le chiffre total des membres de la société devient plus considérable » (Durkheim E., 1991, p. 242). Durkheim précise que « ceci peut servir à mesurer cela ». Comme le nuance Isabelle Mallon, l'isolement physique n'est pas automatiquement ressenti comme un isolement social (Mallon I., 2010).

Les travaux indiquant les changements dans le monde rural ne sont pas récents. Pour limiter notre regard historique aux 50 dernières années, on citera Henri Mendras (Mendras H., 1970). D'une part, même si le nombre d'exploitants agricoles a considérablement diminué en 1/2 siècle, ils se rappellent parfois au bon souvenir de la population à Rouen, à la porte de la préfecture de Région, ou à Paris en cortège de tracteurs au centre de la capitale française. D'autres revendiquent de nouvelles formes d'agriculture, durables, écologiques, solidaires et... « paysannes » notamment par la parole de la Confédération éponyme. D'autre part, la ruralité est de moins en moins associée à l'agriculture. Le mouvement pluriel des gilets jaunes ne saurait être réduit à une origine rurale, mais l'augmentation du litre de diesel a constitué le catalyseur d'une population habitant loin des villes, contrainte plus ou moins choisie, d'effectuer de nombreux kilomètres pour des déplacements pendulaires vers les villes ou leurs banlieues industrielles.

Entre l'extension urbaine pavillonnaire sur des terres agricoles et les ruraux migrants à la ville, les rurbains ont été désignés, mais nous pourrions aussi néologiser des « urbairaux », ruraux migrants quotidiennement vers le secteur tertiaire aux portes des villes sans nier aussi une population quasi exclusivement rurale, souvent experte dans l'usage des outils numériques de leur modernité notamment pour des exigences de communications.

¹ Fédération nationale des Maisons d'Accueil et de Résidence Pour l'Autonomie, Revue politique et parlementaire n° 1081 27 février 2017

Aussi, il convient de se prémunir des catégories statistiques qui construisent les zones urbaines et les zones rurales. Des retraités anciens salariés d'une usine située en zone urbaine ou des jeunes familles qui accèdent à la propriété en zone rurale pourront se sentir ruraux par leur résidence mais urbains par leurs fréquentations et habitudes de vie. Entre ruraux des villes et urbains des champs, de nombreuses configurations sociales cohabitent dans un monde mouvant. Aussi, certains pourront alternativement se sentir ruraux ou urbains suivant le contexte et l'objet de la parole recueillie. Il en ressort, sur le plan méthodologique, de savoir définir comme rurale ou comme urbaine, une personne qui dit se percevoir comme telle. C'est en réalité ces représentations que recueillent les questionnaires auto déclaratifs, souvent de façon plus utile scientifiquement que les mises en catégories aussi invisibles pour les uns que la précision illusoire d'indicateurs pour le chercheur extérieur à son objet d'étude.

Bref, entre « la fin des paysans », la baisse considérable du nombre d'agriculteurs, et une population rurale dont la part dans la population totale continue de baisser entre 2006 et 2018, de 2,6 points soit de 22,6 % à 20 % (Moyou E. 2020), la ruralité, ou plus exactement les ruralités, constituent un mode de vie revendiqué.

La France rurale n'est donc pas seulement le stéréotype dominant, agricole et âgée en voie de désertification et supposément sans changement. Elle peut au contraire constituer une focale grossissante des transformations plurielles, y compris urbaines, de nos sociétés contemporaines. Il en est de même des vieillesse.

Des stéréotypes persistants sur une catégorie « vieillesse » qui n'existe pas

Loin « d'être l'ensemble des processus physiologiques et psychologiques qui modifient la structure et les fonctions de l'organisme » nous adoptons, pour les recherches en sciences sociales la définition selon laquelle « la vieillesse constitue la dernière grande étape du cycle de vie » (Guillemard A.M. 1999). D'une part cette définition se distingue d'une juxtaposition d'indicateurs normatifs : âge, statut professionnel de « retraité », génération (grand parentalité), allocataire de caisses de sécurité sociale, résident ou pensionnaire, sans oublier les sémantiques administratives des GIR qui ont remplacé les 3^{ème} et 4^{ème} âge des années 70 et 80. D'autre part, cette définition induit une conception plurielle de la vieillesse qui résulte de toute une vie professionnelle (Guillemard A.M, 1972) avec ses parts de déterminisme mais également ses stratégies d'acteurs aptes à mobiliser des ressources financières, culturelles ou sociales. Étape, la vieillesse est aussi une période mouvante, dynamique du cycle de vie : aujourd'hui comme hier et demain, ne sera pas comme aujourd'hui. Ces changements peuvent se produire par ruptures successives, tel le décès du conjoint cohabitant, souvent lourd de conséquences sociales pour le survivant, plus souvent la survivante, d'autant plus en habitat isolé, loin des bourgs, sans nier aussi parfois le sentiment de solitude dans la foule urbaine comme dans les centres bourgs.

La Vieillesse n'est pas le stéréotype essentialiste dominant, homogénéisé, naturalisé, biologisé, sur le critère arbitraire d'un âge (65 ans) pour être « confiné » ou « maintenu à domicile » par

mesure de protection d'un cumul de faiblesses et d'incapacités. Elle n'est pas nostalgie d'un « passé révolu », dans lequel les personnes souhaitent être maintenues.

Bref La vieillesse se conjugue au pluriel pour devenir Les Vieillesse et dans une perspective dynamique pour devenir Les Vieillessements.

Au croisement de la vieillesse et du rural : deux mondes pluriels en mouvement

Après avoir montré la pluralité des milieux ruraux d'une part et des vieillissements d'autre part, il convenait de croiser ces deux variables : ruralités et vieillissements. Nous l'observerons par un regard sur les politiques publiques et en attachant de l'importance à la parole des personnes âgées.

Discours publics

Pour ce qui est de la parole publique, le rapport Laroque¹ (1962), consacre spécifiquement deux pages (p. 39 et 40), qui montrent la diversité des modes de vie en milieu rural. Il mentionne que « l'accueil des personnes âgées par un ménage plus jeune est particulièrement pratiqué en milieu rural », tout en notant dans des études monographiques que « la situation des vieillards, isolés dans des villages d'activité strictement agricole, est souvent dramatique ». Il constate en outre qu'existent « des zones rurales dont le taux de vieillissement élevé s'explique par l'installation de retraités ; il s'agit évidemment des régions situées dans la périphérie des zones urbanisées ». Il note enfin, que « dans les régions dont le taux de vieillissement demeure faible... la condition des vieux est, dans l'ensemble, nettement plus favorable parce qu'ils y conservent le cadre de vie auxquels ils sont habitués, que la cohabitation familiale est la règle et que, dans les zones à prédominance agricole, les exploitants âgés conservent... une activité ralentie mais efficace ». Ainsi, au-delà des représentations sur une ruralité homogène, Le rapport Laroque identifie au moins quatre « modes de vie », en fonction du secteur d'activité (agricole), de la densité des territoires, des configurations familiales (cohabitation), de l'utilité sociale du vieillard et de la proximité avec des espaces urbains. Il s'agit d'une époque dans laquelle la ruralité, notamment agricole, apparaissait moins minoritaire quantitativement, qu'elle ne l'est désormais. Surtout, déjà en 1962 la ruralité est un ensemble hétérogène, souvent aux frontières poreuses avec le monde urbain, de surcroît si on y ajoute l'exode rural des jeunes générations vers la ville, qui engendre des influences réciproques, jardins familiaux d'un côté, produits de consommation et vacances de l'autre, pour ne citer que ces deux exemples.

Le colloque historique de la revue « Esprit » en 1963 accueille une contribution sur le « milieu rural » (Romatif F, 1963). Les premières lignes du chapitre de François Romatif, nous frappent par l'actualité de son questionnement : « Y a-t-il vraiment un problème de la vieillesse en milieu rural, qui soit distinct des problèmes de la vieillesse que connaissent actuellement les milieux urbains ? ».

¹ Commission d'étude des problèmes de la vieillesse du Haut Comité Consultatif de la population et de la famille, Rapport Laroque, Ed. L'Harmattan coll. Efficiences 2016.

Pour répondre rapidement à cette question, les travaux publiés dans deux numéros spéciaux de la revue *Gérontologie et Société* apportent un éclairage : le n° 18, en 1981 portait sur « Les aînés ruraux », le n° 146 en 2013 prenait pour titres : « Vieillesse et espaces ruraux ».¹

Dans le n°18, Paul Paillat « confessait » en 1981 au sujet des transformations en œuvre dans le monde rural (Paillat P., 1981), que les résultats de l'étude géo-démographique qu'il avait conduite (Paillat P., Parant A., 1980) avaient « surpris par leur ampleur et par leur diffusion en dépit de ce que nous croyions en savoir auparavant ».

Mickaël Blanchet constate pour sa part que les transformations des modes de production agricole « conjuguées à l'étalement des villes depuis une vingtaine d'années débouchent sur une pluralité de configurations spatiales » (Blanchet 2013).

Isabelle Mallon identifie également des modes de vie différents sur un même territoire rural suivant les mobilités résidentielles antérieures : « Les natifs n'ayant jamais quitté « le pays » se distinguent ainsi des natifs ayant migré plus ou moins loin pour des raisons professionnelles et revenus « au pays » à la retraite, ainsi que des retraités installés sur le tard, arrivant le plus souvent de zones urbaines parfois géographiquement très éloignées de ces lieux d'implantation » (Mallon I., 2013). Cette distinction illustre aussi le rapport différencié à la sociabilité pendant le vieillissement. L'autrice expose en effet des relations sociales multiples suivant que la personne est « native » ou qu'elle soit nouvellement installée sur le territoire. Cette catégorisation participe à diversifier les représentations du vieillissement en zone rurale.

Catherine Guchet, pour sa part, constate que « Différents groupes de population se côtoient désormais sur des territoires plus ou moins ouverts ou enclavés : des populations urbaines, cherchant essentiellement dans des espaces ruraux à proximité des zones urbaines, où se trouvent leurs emplois, un espace foncier accessible à la construction ou plus généralement un lieu de vie abordable économiquement, des retraités qui se tournent vers des territoires ruraux - soit pour retourner s'installer dans leur territoire d'origine, les revenus au pays -, soit pour rechercher un lieu de vie imaginé plus amène et plus propice au vieillissement, pour des raisons économiques et de sociabilité (Lépicier & Sencébé, 2007), mais aussi des populations en situation de fragilité sociale et de précarité, imaginant trouver loin de la ville, un lieu de vie économiquement plus accueillant (Gatien, Popelard & Varnier, 2010) », (Guchet C., 2013, p. 16).

Ainsi, loin des stéréotypes, les interfaces « ville/campagne » sont prégnants et les habitants les plus âgés ne sont pas les témoins passifs d'un passé sans historicité. Ils y participent en transformant et en inventant de nouvelles orientations culturelles, qu'ils soient « natifs », « revenus au pays », installés à la retraite en quête d'une ruralité « hors les murs » plus ou moins imaginaire de leurs propres régions d'origine, ex-touristes extrapolant en retraite des vacances éternelles et tant d'autres configurations, conscientes ou inconscientes, souvent personnelles et intimes auxquelles le chercheur et le travailleur social doivent accéder.

C'est donc désormais au pluriel qu'il faut parler des vieillissements dans les milieux ruraux.

Un matériau empirique en Pays de Bray

Après avoir montré à partir de quelques auteurs, la pluralité des milieux ruraux, d'une part, et des vieillissements, d'autre part, il convenait de le vérifier empiriquement, en donnant la parole à des personnes vieillissantes en milieux ruraux. Pour ce faire, nous prenons le parti d'une posture méthodologique qui attache de l'importance à la parole des acteurs. Cette parole est considérée comme révélatrice de pensées, elles-mêmes fondatrices de l'action. Aussi, il importe de dépasser l'expression d'une parole immédiate, superficielle, révélatrice d'une pensée convenue, voire d'une domination des idées, manières de penser et d'agir. Au contraire, nous devons accéder à une pensée plus profonde, plus intime, au sens de Georges Gurvitch (Gurvitch G., 1950, p. 51 et sq.) afin d'atteindre des paliers en profondeur, « paliers qui vont de la surface morphologique de la société aux états mentaux et psychiques des individus » (Marcel J.-C., 2001, pp. 97-119). Ainsi, au-delà de l'entretien de narration auto déclarative des comportements des personnes, en plus des caractéristiques qu'elles se donnent, il s'agit d'approfondir les entretiens pour considérer les personnes comme des acteurs, aptes à une analyse de leurs propres comportements. Pour ce faire, comme annoncé en introduction, nous mobilisons un travail empirique construit et réalisé par Célia Broussard. La focale d'observation retenue ici est la mobilité, qui nous permet d'évoquer un continuum de territoires de densités diverses.

La mobilité résidentielle constitue un thème majeur dans le domaine gérontologique, où s'est établi un consensus sur un malentendu sémantique, relatif à l'objectif de politiques publiques de « maintien à domicile ». Même si, ainsi énoncé, l'objectif ne garantit pas un maintien dans une vie sociale, encore moins un soutien à une recomposition d'une vie sociale (Réguer D. 2001), il ne crée pas de limite à l'exercice d'un droit à disposer d'un domicile jusqu'à la fin de vie. De glissements sémantiques en refondations des objectifs de politiques publiques, une nouvelle formulation s'est peu à peu imposée : « maintien à domicile le plus longtemps possible » dans l'illusion généralisée d'un accroissement de l'inclusion des personnes vieillissantes. Cette limitation à un « plus longtemps possible » d'un droit à un domicile, n'a d'autres équivalents sémantiques que l'affectation d'un espace particulier pour des personnes devenues les plus malades, les plus handicapées, les plus seules... des femmes en général. Si « la ségrégation peut être analysée de manière objective comme une division sociale de l'espace » (Avenel C., 2010.), alors la limitation d'un droit à disposer d'un domicile, à un plus longtemps possible constitue une maltraitance par ségrégation contraire à l'objectif fondateur du rapport Laroque qui « condamne de la manière la plus formelle toute solution qui conduirait de quelque manière que ce soit à une ségrégation des personnes âgées ». 1962 (Laroque 1962, p. 262).

La proximité spatiale, élément initialement lié à l'environnement urbain, séduit aussi les ruraux âgés. Ces derniers, souvent pour des raisons sociales ou de santé, actuelles ou projetées, suite à des conseils de proches aidants, d'amis et familles, de médecins, acceptent ou envisagent de quitter une proximité sociale pour une proximité spatiale avec les aménités. Certains ruraux âgés font alors le choix de déménagement anticipé, en quittant un domicile physiquement isolé et de superficie habitable ou extérieure devenue lourde à entretenir.

¹ La revue a publié en outre de nombreux articles dans d'autres numéros portant sur la ruralité.

« Certaines personnes interrogées en zone à dominante rurale envisagent effectivement de se rapprocher des centres bourgs ; pour ces enquêtés, la proximité spatiale primerait alors sur la proximité sociale » (Broussard 2020, p. 347). Au-delà d'une proximité physique avec les commerces et services certaines personnes quittent leur maison, voire leurs anciennes exploitations, pour faciliter la venue des enfants et proches aidants. Lors d'une observation de terrain dans un appartement de centre-bourg, une personne âgée a confié avoir quitté sa maison car : « elle n'était plus rassurée et cela faisait de nombreux trajets pour ses enfants qui intervenaient : pour l'aider dans ses déplacements, pour l'entretien de la maison et du terrain. L'installation dans cet appartement a été faite à la fois pour avoir moins d'entretien à faire, mais aussi pour que les trois enfants aient moins de distance à parcourir pour venir voir leur mère » (Broussard 2020, p. 160). Ces situations s'ajoutent à de nombreuses autres qui interrogent la notion de « maintien ». Même lorsque des personnes peuvent être attachées à leur maison, elles peuvent privilégier un déménagement pour se rapprocher d'un membre de la famille, d'amis ou de facilités matérielles et sociales, ce que nous suggérons de dénommer « recomposition d'une vie sociale ». En déménageant, des personnes gagnent en autonomie notamment dans les déplacements de proximité, qui se réalisent généralement à pied : ainsi, depuis son déménagement, une personne âgée explique se déplacer deux fois par semaine ; une fois pour aller chercher du pain, puis un autre jour pour aller rendre visite à sa belle-sœur (Broussard 2020, p. 160), ce qui n'aurait pas été possible en demeurant dans une maison isolée, certes habitée de longue date et emplie de souvenirs. La peur, voire l'angoisse peut s'installer subrepticement avec la conscience des faiblesses. Ainsi, le « maintien » de la quiétude peut engager une stratégie de « changement résidentiel ».

D'autres personnes peuvent avoir des stratégies différentes. Les « natifs » et les enquêtés ayant réalisé un « retour au pays », qui sont les plus attachés à leur logement, ont une plus grande difficulté à envisager la mobilité résidentielle. (Broussard 2020, p. 347). L'attachement au logement ne signifie pas l'acceptation d'une limite au maintien à domicile, qui d'ailleurs se faisant plus tardivement conduirait à des EHPAD ou « résidences senior » plus spécialisés dans l'accueil personnes en GIR 1 et 2.

D'autres « personnes vieillissantes en zone à dominante rurale sont conscientes de la dualité de leur situation : d'une part elles sont pour la plupart, attachées à leur logement historique ; d'autre part, elles sont conscientes que sans voiture, sans mode de transport indépendant, elles ne peuvent pas rester vivre dans leur hameau ou village » (Broussard 2020, p. 311). Ainsi, des personnes demeurent sans solution explicitée, tout en ayant conscience des difficultés qu'engendrent leur mode et lieu d'habitat.

Après avoir contribué à une triple réflexion, sur le caractère pluriel et dynamique des vieillissements d'une part, des ruralités d'autre part et enfin sur le continuum des usages des territoires entre urbanité et ruralité, nous ne saurions clore sans évoquer les MARPA, initiées par la Mutualité Sociale Agricole à la fin des années 80, devenues Maisons d'accueil et de résidence pour l'autonomie. Parmi d'autres réalisations qui concilient les principes de « domicile personnel » et de « services collectifs facultatifs », où les personnes « font le choix de déménagement... [pour] se rapprocher des centres bourgs », les MARPA constituent "Un vrai « chez soi » : les logements privatifs de type T1 bis et T2..., dotés d'une kitchenette, d'un accès privatif extérieur... Les MARPA proposent un mode de vie « comme à domicile » qui permet aux résidents de vivre de

façon indépendante". Elles ambitionnaient de constituer des sortes de foyers logements de dimension modeste au cœur de centres bourgs. « Etablissements médico-sociaux d'hébergement et de services, les MARPA sont ouvertes aux personnes âgées fragilisées, autonomes ou en perte d'autonomie ». « La continuité des soins est donc garantie dans les MARPA, par le biais de l'intervention continue des services de soins et infirmiers ». Mais certaines de ces MARPA rurales, comme les foyers logements urbains, conçus comme alternatives au « placement en institution » n'ont-ils pas été peu à peu détournés de leurs missions pour devenir « intermédiaires » entre domicile et institution, reproduisant une ségrégation spatiale des personnes devenues plus âgées, plus malades, plus handicapées, contraire aux recommandations de la circulaire du 7 avril 1982 selon laquelle les logements-foyers « doivent permettre d'accueillir des personnes dépendantes conformément au décret n°80 637 du 4 août 1980 ».

Bibliographie

- ALDENHOFF-HÜBINGER R., BRUHNS H., « Enquêtes rurales et industrielles : le chemin de Max Weber vers la sociologie », *Les Études Sociales*, vol. 167-168, no. 1, 2018, pp. 333-362
- AVENEL C., *Sociologie des quartiers sensibles*, Ed. Armand Colin, 2010, 128 p
- BLANCHET M., « Le vieillissement des campagnes : éléments d'introduction démographique et géographique, *Gérontologie et société*, n° 146 - Vol. 36, Sept. 2013
- BROUSSARD C., *Mobilités locales des retraités désignés comme fragiles bénéficiant d'une aide de l'action sociale de la Cnav*, Sept. 2020
- DURKHEIM E., *De la division du travail social*, Paris, Félix Alcan, 1893 ; réimpression Quadrige/P.U.F, Juin 1991
- GUCHET C., « Le vieillissement de la population et des territoires au prisme d'une ruralité transformée, *Gérontologie et société*, n° 146 - Vol. 36, Sept. 2013
- GUILLEMARD A.M., *La retraite une mort sociale*, Paris, Mouton 1972
- GUILLEMARD A. M., *Dictionnaire de sociologie*, le Robert Seuil 1999
- GURVITCH G., *La vocation actuelle de la sociologie*, Paris, PUF, 1950, p. 51 et sq
- MALLON I., *Le milieu rural isolé isole-t-il les personnes âgées ?*, *Espace populations sociétés*, 2010/1, p. 109-119
- MALLON I. « Vieillir en milieu rural isolé : une analyse au prisme des solidarités », *Gérontologie et société*, n° 146 - Vol. 36, Sept. 2013
- MARCEL, J. C. « Georges Gurvitch : les raisons d'un succès », *Cahiers internationaux de sociologie*, vol. 110, no. 1, 2001, pp. 97-119
- MARCHALI H. et STEBE J.M., *La ville : Territoires logiques et défis*. ELLIPSES, 2008
- MARECY, REGUER D., (Sous la direction) *De l'hospice au domicile collectif, La vieillesse et ses prises en charge de la fin du XVIII^{ème} siècle à nos jours*, Presses universitaires de Rouen et du Havre, Février 2013 p. 389 - 405
- MENDRAS H., *La fin des paysans. Changements et innovations dans les sociétés rurales françaises*. Paris, A. Colin, 1970
- MOYOU E., *Part de la population rurale dans la population totale en France de 2006 à 2018*, Statista, 18 Sept. 2020
- PAILLAT P., Parant A., « Le vieillissement de la campagne française », *Cahiers de l'INED* n°88, Paris, PUF, 1980
- PAILLAT P., « La France verte prend des rides » *Gérontologie et société*, n°18 les ruraux âgés, Octobre 1981
- REGUER D., « Recomposition d'une vie sociale », in LEGRAND M. (sous la direction) *La retraite une révolution silencieuse*, Editions ERES, Sept. 2001
- RROMATIF, *En milieu rural, Esprit, N° spécial Vieillesse et vieillissement*, N°5, Mai 1963, p. 769-778
- THOMAS W.I., ZNANIECKI F., *Le paysan polonais en Europe et en Amérique. Récit de vie d'un migrant Chicago, 1919*

LES DÉTERMINANTS SOCIAUX

LA POPULATION ÂGÉE DE PLUS DE 65 ANS EN NORMANDIE

- Avec 668 000 personnes âgées de 65 ans et plus en 2016, la Normandie est une région qui vieillit.
- Un vieillissement démographique plus marqué dans les territoires ruraux et sur le littoral.
- Une forte accélération du vieillissement projetée par l'Insee à l'horizon 2050.

LES CONDITIONS DE VIE DES PERSONNES ÂGÉES EN NORMANDIE

La situation de logement

- En 2016, 4,5 % des Normands âgés de 60 ans et plus et 10,1 % des 75 ans et plus vivent en institution.
- Deux personnes âgées de 75 ans et plus sur cinq vivent seules à domicile.
- 20 % des personnes âgées de 75 et plus vivant à domicile résident dans une commune dépourvue de commerce alimentaire généraliste.

Le niveau de ressources

- En 2017, 7,7 % des personnes âgées de 75 ans et plus vivent en dessous du seuil de pauvreté.

La perte d'autonomie

- 2,5 millions de français âgés de 60 ans et plus en perte d'autonomie en 2015, près de 4 millions estimés en 2050.
- Des situations contrastées en termes de profils de limitations des 60 ans et plus vivant à domicile.
- La perte d'autonomie, l'isolement, la dégradation de l'état de santé, facteurs qui conduisent à l'entrée en établissement.

Les aides dédiées aux personnes âgées

- Plus de 68 000 bénéficiaires de l'APA en Normandie, dont 58 % vivent à domicile.
- Près de 6 900 bénéficiaires de l'ASH en Normandie, dont 92 % en EHPAD.

L'ÉTAT DE SANTÉ DES PERSONNES ÂGÉES

L'ESPÉRANCE DE VIE

- En France, une espérance de vie sans incapacité de 63,4 ans pour les hommes et de 64,5 ans pour les femmes.
- Une espérance de vie en Normandie inférieure au niveau national, particulièrement concernant les hommes.

LES CAUSES DE MORBIDITÉ

- Des taux d'Affections de longue durée (ALD) qui augmentent avec l'avancée en âge.
- De nouvelles ALD par maladie de l'appareil circulatoire et des tumeurs plus fréquentes chez les hommes de 65 ans et plus, des ALD par maladies du système nerveux plus fréquentes chez les femmes.

LES CAUSES DE MORTALITÉ

- Des taux de mortalité des personnes âgées de 65 ans et plus différenciés selon les territoires normands..
- Maladies de l'appareil circulatoire et tumeurs sont les deux principales causes de décès des personnes âgées, mais concernent différemment les hommes et les femmes.

L'OFFRE DE SANTÉ ET DE RECOURS

L'OFFRE DE SOINS

- Des densités de professionnels de santé globalement inférieures en région qu'au plan national, mais contrastées selon les territoires.
- Une offre de services dédiés aux personnes âgées équivalente au niveau national.
- Un accès aux urgences plus fréquent pour les personnes âgées.

LE RECOURS AUX SOINS

- Les personnes âgées ont une consommation de soins globalement plus importante, excepté sur les soins dentaires.
- Un taux d'équipement en EHPAD plus élevé en Normandie qu'en France, particulièrement dans l'Orne.
- Un taux d'équipement en résidences autonomie plus élevé dans les départements les moins dotés en EHPAD.

Copyrights
© Adobe InDesign
© Adobe Illustrator

Crédit image couverture
Shutterstock



Association ORS-CREAI Normandie
Observatoire régional de la santé

Espace Robert Schuman
3 place de l'Europe
14 200 Hérouville-Saint-Clair
Tél : 02 31 75 15 20 - Mail : contact@orscreainormandie.org
Site Internet : www.orscreainormandie.org

Directeur de la publication
M. Pierre-Jean LANCERY, Président de l'ORS-CREAI Normandie

Coordination de la publication
Annabelle YON, ORS-CREAI Normandie

Réalisation et maquettage de la publication
Marine GUILLON, ORS-CREAI Normandie
Sylvie LE RETIF, ORS-CREAI Normandie
Noémie LEVEQUE-MORLAIS, ORS-CREAI Normandie

Pour en savoir plus
s.leretif@orscreainormandie.org