UNIVERSITE PARIS OUEST NANTERRE LA DEFENSE

Comparaison des dynamiques territoriales et des dynamiques d'offre d'hébergement pour personnes âgées en perte d'autonomie en Alsace et dans le Bade-Wurtemberg

Mémoire de Master 2 Recherche Géographie, Santé, Territoires, Environnement

Tuteur universitaire : Stéphane Rican

Tuteur professionnel : Frédéric Imbert

Organisme : Observatoire Régional de la Santé Alsace

Astrid Coste

Année Universitaire 2011-2012

Remerciements

J’adresse tout d’abord mes remerciements à Stéphane Rican pour son encadrement attentif et constructif tout au long de mon stage.

Je remercie également Frédéric Imbert, directeur de l’Observatoire Régionale de la santé d’Alsace, lieu de mon stage, qui était le tuteur de la structure d’accueil. C’est grâce à lui que je me suis orientée vers le sujet passionnant des personnes âgées dépendantes dans un espace frontalier et son soutien chaleureux m’a aidée à affronter les difficultés que posait un tel sujet.

Je remercie chaleureusement Daniela Krämer, notre contact allemand qui a coencadré ce travail exploratoire avec dévouement et patience. Ses conseils m’ont permis de mieux saisir le fonctionnement du système allemand.

Mes remerciements vont aussi à toutes les personnes de l’ORS, pour leur accueil, leur aide et leur soutien, en particulier à Hervé et à Laurence, qui ont trouvé le temps de m’apporter conseils et corrections malgré un emploi du temps chargé.

Je remercie Gérard Salem et toute l’équipe enseignante du master de géographie de la santé de Paris X et Paris XII pour ces deux années de formation intenses et très enrichissantes.

A Ludovic et Aurore, merci d’avoir éclairé par votre bonne humeur et votre entrain cette dernière partie de stage.

Je remercie Thomas, ma famille et mes amis pour leur soutien et leur patience dans la période délicate de rédaction de mémoire.

Table des matières

Introduction 7

1) Etat de l'art, enjeux géographiques, méthodologie 14

1.1 Contexte général : deux pays européens face au vieillissement de la population 15

1.2 Comparaison des réponses allemandes et françaises au vieillissement de la population et au besoin croissant de prise en charge de personnes âgées dépendantes 24

1.3 Les enjeux géographiques de l'étude 48

1.4 Données disponibles et méthodologie 54

2) L'ancrage territorial des établissements d'hébergement pour personnes âgées en perte d'autonomie : deux territoires frontaliers aux dynamiques territoriales et sanitaires contrastées 58

2.1. Un portrait de la région alsaco-badoise : Espace carrefour ou espace frontière ? 59

2.2 Deux systèmes de santé avec des particularités régionales 94

2.3 Synthèse sur la comparaison des besoins en offre de prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie dans un espace frontalier 98

3) Comparaison du lien entre dynamiques territoriales et dynamiques de l'offre d'hébergement pour personnes âgées en perte d'autonomie en Alsace et dans le Bade-Wurtemberg 104

3.1 Description de l'offre d'hébergement et évolution de l'offre 105

3.2 Les liens entre situation démographique, situation socio-économique et situation de l'offre ? 123

3.3 Les liens entre évolution des politiques gérontologiques et dynamiques de l'offre ? 127

3.4 Eléments de conclusion 129

Conclusion générale et perspectives 130

Table des cartes 131

Table des tableaux 133

Table des figures 134

Bibliographie 135

Annexes 141

Introduction

Contexte de l'étude

Depuis la seconde moitié du XX^{ème} siècle, le vieillissement de la population d'Europe de l'Ouest interroge nos systèmes de santé et de sécurité sociale sur la prise en charge d'une population âgée croissante. Les Etats européens concernés par ce phénomène ont mis en place différentes réponses pour prendre en charge cette nouvelle évolution démographique.

La comparaison des dispositifs de prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie a déjà été bien abordée dans la littérature européenne, mais seulement d'un point de vue juridique, économique, sociologique ou encore médical (Henrard, 2012), (Martin, 2001).

La recherche en géographie sur le thème de la vieillesse est actuellement en plein développement, même si le thème de la prise en charge des personnes âgées reste un sujet très peu abordée dans la géographie des services et de l'offre de soins. Des travaux ont néanmoins vu le jour sur les personnes âgées et leur prise en charge menés par des géographes (Chapon, 2009), (Nader, 2011).

Pourtant, dès 1965, la géographe Renée Rochefort faisait la démonstration dans un article intitulé *La géographie sociale de la vieillesse* de l'intérêt pour un géographe de s'intéresser à ces questions, en particulier dans le domaine de la géographie sociale (Rochefort, 1965). L'auteur faisait un tour du monde de la situation des personnes âgées, en s'intéressant en particulier aux vieux pays industrialisés, qui connaissent déjà en 1965 un vieillissement important de la population. Elle montre les différences de prise en charge déjà existantes à cette époque entre tous les pays d'Europe et d'Amérique du Nord et invite « les géographes à entamer ou poursuivre leurs recherches sur les modes de vie de cette catégorie d'âge à travers l'espace. » Le géographe, selon elle, peut aider « à mieux structurer, dans l'espace local, les résidences et centres de soins des gens âgées. » Elle affirme également la nécessité d'aborder la situation de l'offre et du besoin actuel mais également d'adopter une démarche prospective.

Depuis cet article, les comparaisons au niveau mondial ou européen sont encore peu développées en géographie. Elles posent en effet de nombreuses difficultés théoriques et

techniques pour trouver des indicateurs pertinents de comparaison, souvent faute de définition commune des dispositifs et des concepts dans le domaine de la dépendance au grand âge.

Ainsi la dimension comparative de notre étude entre deux systèmes de prise en charge européens pour personnes âgées est une démarche encore relativement nouvelle pour un géographe. Nous en mesurons toute la difficulté et toute l'ampleur, c'est pour cette raison que cette étude ne se veut qu'un travail préliminaire à une recherche plus approfondie, notamment dans le cadre d'une thèse.

Nous avons centré notre sujet sur la population âgée présentant des incapacités à réaliser des actes de la vie quotidienne, à cause d'incapacités physiques ou de maladies type Alzheimer et qui était considérée de ce fait comme « en perte d'autonomie », d'après les classifications nationales et internationales de la dépendance (Grille AGGIR ou Colvez en France). Cette population a souvent recours au système de soins et de prise en charge du handicap. Elle a donc besoin de dispositifs accessibles non seulement physiquement mais aussi économiquement et socialement. Ainsi, il nous semblait pertinent d'étudier l'accessibilité de ces personnes aux dispositifs de prise en charge en priorité.

Pour la limite d'âge de notre population, nous avons pris en compte les personnes de plus de 60 ou 65 ans, selon nos indicateurs, c'est-à-dire les personnes très proches de la retraite ou déjà retraitées.

Nous avons choisi de comparer ce qu'il se passait dans deux zones frontalières d'appartenances nationales différentes : la région d'Alsace française et une partie du Bade-Wurtemberg, la région frontalière du Bade. Cette dimension comparative avait pour but d'observer des effets de frontières, de marges ou au contraire de continuité entre les deux régions dans le domaine de la prise en charge des personnes âgées dépendantes. Le choix de ces deux régions n'est pas anodin : ce sont deux régions qui vivent au cœur de la construction européenne depuis un demi-siècle et ont des projets de recherches et d'actions communs dans le cadre de projets européens comme les projets INTERREG. Cette recherche s'inscrit notamment dans le cadre d'un de ces projets, celui de la Conférence Rhin Supérieure, même si c'est l'Agence Régionale de la Santé d'Alsace qui a financé cette étude et qui en a fait la demande.

Nous pourrions donc nous attendre à ce que la prise en charge des personnes âgées dépendantes présente certaines similitudes dans cette région européenne.

Le premier objectif de cette étude est de décrire les modalités de prise en charge des personnes âgées dépendantes en Alsace et dans le Bade-Wurtemberg. Le second objectif est de poser des hypothèses sur les facteurs d'explication des disparités spatiales de prise en charge sur les deux territoires d'études.

Pour cette comparaison, nous adopterons un point de vue géographique.

Une focalisation sur les établissements d'hébergement des personnes âgées en perte d'autonomie

Nous aborderons l'ensemble des dispositifs français et allemands dans notre présentation générale de l'offre de prise en charge pour les personnes âgées. Cependant nous centrerons notre étude à échelle locale sur les établissements d'hébergement pour les personnes âgées en perte d'autonomie.

Une approche géographique de la santé

Lorsqu'un géographe étudie un phénomène de santé, il s'intéresse aux liens entre santé, environnement et territoires. Ce lien entre santé, environnement, traditions sociales et culturelles a été abordé en premier lieu par un médecin de l'Antiquité grecque, Hippocrate, dans le traité *Airs, eaux, lieux*.

Sous différentes appellations, la géographie de la santé est pratiquée par des médecins et des géographes jusqu'au XX^{ème} siècle, où la discipline commence à se conceptualiser.

En effet des géographes s'intéressant aux questions d'environnement et santé se détachent peu à peu du point de vue médical : la « géographie médicale » prend le nom de « géographie de la santé », avec des géographes comme Maximilien Sorre, qui introduit le concept de complexe pathogène ou Graham Moon, un des premiers à parler de « géographie de la santé ».

Depuis ce domaine de recherche de la géographie s'est développé et conceptualisé. Même si les définitions et les visions de la géographie de la santé sont différentes selon les auteurs, nous retiendrons celle de Gérard Salem, qui résume les principaux enjeux de la discipline : « il s'agit de caractériser une société par l'étude géographique de ses faits de santé(…) Concrètement, le géographe de la santé considérera l'espace comme une distribution spatiale de facteurs de risque avec les méthodes de la discipline, notamment statistiques : définition critique des découpages spatiaux adoptés, tendances, corrélations et

autocorrélations spatiales etc. Le système social sera étudié sous l'angle de pratiques de gestion de l'espace et de contrôle territorial en relation avec les indicateurs retenus. (…) L'objectif du géographe est de définir des sous-espaces du lieu étudié selon leur profil sanitaire, de montrer les recouvrements et discordances avec les géographies usuelles ; l'intérêt pour la santé publique est d'adapter les politiques sanitaires aux combinaisons naturels et sociaux des états de santé en des lieux données. (Salem, 1998)»

Nous suivrons cette démarche dans notre analyse en prenant comme objet d'étude la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie dans une région frontalière. Cette recherche est une géographie de services spécifiques encore non-étudiés, dans le cadre d'une comparaison européenne, ce qui est également une nouveauté.

Il va s'agir concrètement de définir des indicateurs démographiques, économiques, épidémiologiques communs afin d'identifier les besoins des populations sur les deux territoires d'études et de révéler des disparités de besoins entre les deux régions tout d'abord et entre différents sous-espaces des territoires par la suite, résultant de disparités socio-spatiales intraterritoriales. A travers les différents indicateurs évoqués, nous tenterons de comprendre la construction territoriale des deux zones d'études frontalières.

Nous ne nous contenterons pas de décrire la situation actuelle, nous évoquerons également les dynamiques des territoires en analysant les évolutions de nos indicateurs entre 1999 et 2030. L'objectif est d'également d'identifier les évolutions futures des besoins de la population.

Face à ces besoins, les acteurs de la santé et du territoire ont apporté des réponses qui forment un dispositif de prise en charge. Nous allons décrire le fonctionnement du dispositif et la distribution spatiale de cette offre, en nous focalisant sur l'offre d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Nous allons également comparer les disparités d'offre entre les deux territoires, afin d'observer si cette offre est adéquate à la demande de deux côtés et également si l'offre est organisée de la même façon sur les deux territoires d'études ou si nous observons des frontières.

Pour élaborer notre méthodologie, nous nous inspirerons de travaux de géographes de la santé ayant travaillé sur l'offre de soins comme Sébastien Fleuret, Magali Coldefy ou encore le récent travail de Guillaume Chevillard sur les maisons de santé en Bourgogne (Chevillard, 2011).

Ainsi comparer les établissements d'hébergement pour les personnes âgées en perte d'autonomie en Alsace et dans le Bade-Wurtemberg en adoptant un regard géographique, c'est chercher à expliquer une construction territoriale différenciée de ces établissements par un ancrage dans des dynamiques territoriales différentes dans nos deux espaces d'études. Nous chercherons à répondre à la double interrogation suivante :

Dans quel contexte territorial s'ancrent les établissements d'hébergement et dans quelle mesure les différentes dynamiques de l'offre d'hébergement des personnes âgées en Alsace et dans la région frontalière du Bade-Wurtemberg participent aux dynamiques territoriales de nos deux régions ?

Les hypothèses principales de notre étude sont les suivantes :

Les dynamiques démographiques, économiques, sociales et d'organisation de l'offre de soins de chacun des territoires d'étude influent sur la répartition et la densité spatiale des établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes, sur leur mode de fonctionnement et sur leur diversité.

L'ensemble de ces dynamiques forment le contexte territorial des établissements d'hébergement. Ainsi, nous formulons la deuxième hypothèse :

Nous supposons que les différences de répartition spatiale, de densité, de fonctionnement et de nature des modes d'hébergement entre les deux zones d'études sont liées aux différences du contexte territorial.

La présence ou l'absence de structure d'hébergement pour personnes âgées en perte d'autonomie influe sur l'attractivité territoriale des régions pour la population étudiée. Des mouvements de populations peuvent s'expliquer par des différences d'attractivité des territoires. Nous formulons par conséquent notre troisième hypothèse :

Les dynamiques de l'offre d'établissements d'hébergement participent à la recomposition démographique et sociale des espaces étudiés.

Afin de mettre en évidence les liens réciproques entre les dynamiques territoriales et les dynamiques d'offre des établissements d'hébergement dans nos deux régions d'études, nous mènerons notre réflexion autour deux axes :

- Nous décrirons et expliquerons les politiques des acteurs en santé publique et plus généralement de l'aménagement du territoire, qui peuvent avoir une influence sur l'organisation spatiale des infrastructures d'hébergement. Il va donc s'agir d'identifier dans un premier temps les acteurs présents dans le domaine de la prise en charge sur ces territoires, de hiérarchiser leur influence sur l'organisation spatiale des dispositifs de prise en charge et de mettre en évidence les combinaisons de facteurs (jeux d'acteurs, organisation du système de prise en charge, situation économique et démographique etc.) qui interagissent sur la mise en place d'un établissement d'hébergement.
- Inversement la dynamique de ces dispositifs d'hébergement a un impact sur les dynamiques territoriales de prise en charge et les modifie, il va s'agir de décrire également cette participation et de mesurer son poids dans l'aménagement territorial de nos deux espaces d'études.

Cette approche permet de mieux comprendre le fonctionnement des dispositifs en questionnant d'autres aspects que l'approche purement économique, sociologique ou épidémiologique, en inscrivant notamment les dynamiques de prise en charge dans un processus de dynamiques territoriales. Cette étude comparative pourrait aider les acteurs locaux à trouver des leviers pour améliorer la prise en charge des personnes âgées dépendantes et prolonger ainsi leur maintien à domicile dans de bonnes conditions.

Le lieu du stage

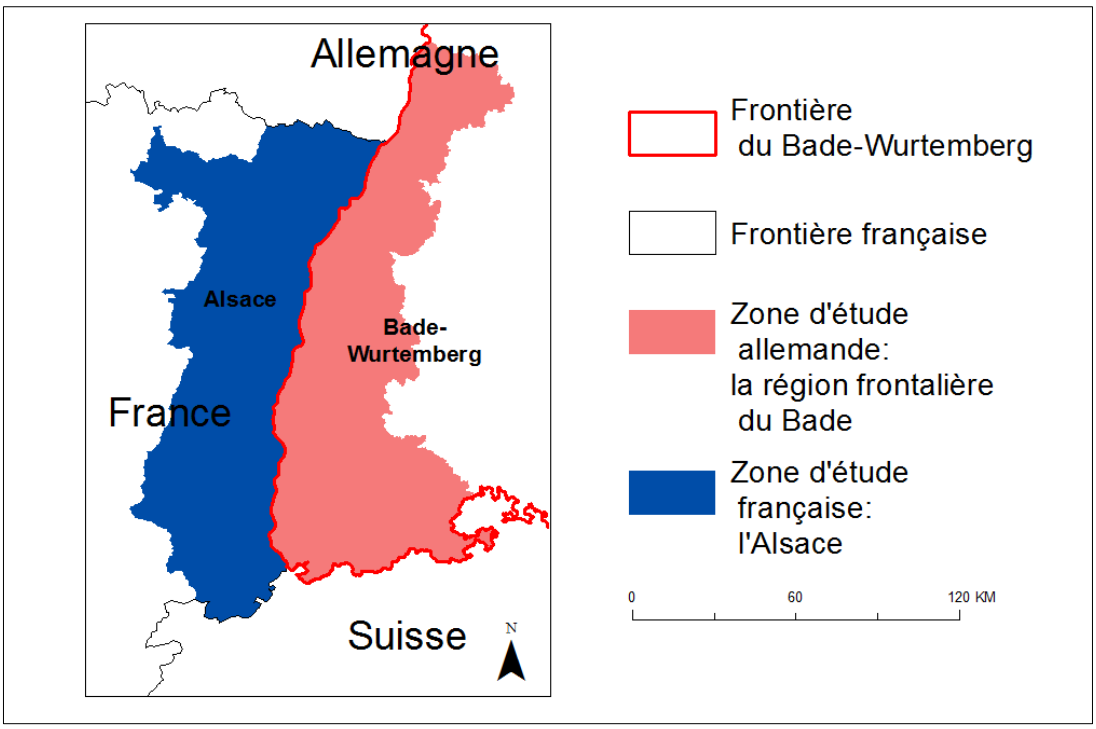
Cette étude se fait dans le cadre d'un stage à l'Observatoire Régional de la Santé Alsace. L'objectif était de répondre à une demande de l'Agence Régionale de Santé d'Alsace, qui souhaitait avoir une meilleure précision des dispositifs de prise en charge existants pour les personnes âgées en perte d'autonomie en Allemagne, en particulier sur les innovations actuelles pouvant aider au maintien à domicile des personnes dépendantes.

En adoptant un point de vue géographique, nous avons pu enrichir l'étude pour l'ARS en mettant en perspective les différences d'organisation du dispositif avec le contexte territorial des deux zones d'études.

Le territoire de notre étude comparative

Les deux territoires sélectionnés en Alsace (France) et dans la région du Bade-Wurtemberg (Allemagne) sont ceux de la **Conférence Rhin Supérieure** : ce sont des régions européennes qui travaillent ensemble depuis une vingtaine d'années avec le soutien financier de l'UE « afin de simplifier et enrichir la vie en commun des habitants du Palatinat du Sud, du pays de Bade, de l'Alsace et de la Suisse du Nord-Ouest »[1]. C'est « une plateforme de travail et d'échange »[2], qui réunit notamment des experts du domaine de la santé. L'étude présente participe au projet de la Conférence, tout en pouvant s'appuyer sur des connaissances et des réseaux de chercheurs existant.

Seules l'Alsace et la région du Bade-Wurtemberg inclus dans la Conférence Rhin Supérieur sont étudiées, car ce sont les deux régions qui soutiennent ce travail et la durée brève de notre étude ne nous permettait pas d'aborder de façon satisfaisante tous les territoires de la Conférence. Cette recherche peut cependant servir de protocole à des études ultérieures sur le sujet qui incluraient la Suisse et le Palatinat du Sud.



Carte 1: Notre zone d'étude, l'Alsace et le territoire du Bade frontalier inclus dans l'espace de la Conférence Rhin Supérieur

[1] Page d'accueil site Conférence Rhin supérieur : http://www.conference-rhin-sup.org/

[2] idem

1) Etat de l’art, enjeux géographiques, méthodologie

Objectifs de la partie :

Dans cette partie, nous présentons un état de l'art de notre sujet, en rappelant les principaux défis que posent le vieillissement de la population depuis la moitié du XX^{ème} siècle en matière de prise en charge sociale et sanitaire dans nos deux régions d'études et en comparant les réponses qui ont été apportées en matière de prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie en France et en Allemagne des années 1980 à aujourd'hui. Nous verrons ensuite en quoi une approche comparative géographique peut ouvrir de nouvelles perspectives en matière de leviers d'actions pour les acteurs locaux et quelle méthodologie nous envisageons pour répondre à nos hypothèses de départ.

1.1 Contexte général : deux pays européens face au vieillissement de la population

1.1.1 Un vieillissement de la population depuis la seconde moitié du XXe siècle similaire en France et en Allemagne

1.1.1.1 Les particularités du vieillissement actuel en Europe de l'Ouest

Le vieillissement d'une population se caractérise par l'accroissement de la proportion de personnes âgées dans la population totale. Il ne doit pas être confondu avec la gérontocroissance, qui est une augmentation de l'effectif des personnes âgées dans une population donnée.

Comme nous le rappelle Gérard-François Dumont, le vieillissement d'une population n'est pas un phénomène nouveau en Europe de l'Ouest : des périodes de guerres, de famines ou d'épidémies peuvent entraîner une disparition d'une population jeune et un vieillissement de la population, mais ces phases de vieillissement sont de courtes durées et ne résultent pas de facteurs intrinsèques à l'évolution du régime démographique (Dumont, 2006).

L'une des conséquences de la transition démographique du XIX^{ème} siècle et du début du XX^{ème} siècle en Europe est l'émergence d'un vieillissement endogène de la population, « il est inhérent aux changements intervenants dans le régime démographique à l'occasion de la transition. » (Dumont, 2006)

Ce vieillissement n'intervient que dans la seconde étape de la transition démographique. La première étape voit une baisse importante de la mortalité infantile, des

enfants et des adolescents et de la mortalité maternelle, et une légère baisse de la mortalité chez les personnes âgées, ce qui entraîne un rajeunissement de la population.

La deuxième étape présente une diminution des taux de natalité, suite d'une baisse de la fécondité. « Elle engendre un vieillissement endogène au changement de régime démographique (Dumont, 2006). » En outre, le taux de survie des personnes âgées s'accroît davantage que chez les plus jeunes.

Cette augmentation du taux de survie des personnes âgées entraîne une « gérontocroissance », c'est-à-dire une augmentation en effectif de personnes âgées en plus d'un vieillissement de la population. Cette gérontocroissance interroge les systèmes européens de sécurité sociale et sanitaire.

Ce phénomène est observé dans nos deux régions d'études à la même période, c'est-à-dire dans la deuxième moitié du XXe siècle. Cependant après cette transition, « une fois l'année atteint où la fécondité atteint le seuil de simple remplacement des générations, une population entre dans la période posttransitionnelle, période dont le régime démographique peut se révéler fort différent selon les pays (…). » Nous allons voir quelles sont les différences démographiques actuelles en France et en Allemagne, toutes deux entrées en période posttransitionnelle.

1.1.1.2 En France : une situation singulière en Europe de l'Ouest

Si la France connaît un vieillissement de sa population au début du XIX^{ème} siècle, les caractéristiques de ce vieillissement sont tout à fait remarquables.

En effet, si la France connaît une fécondité abaissée, elle reste moins importante que dans les autres pays européens voisins. D'après Gérard-François Dumont, le chiffre officiel donne une fécondité à 1,94 en 2005, ce qui est inférieur au seuil de remplacement des générations. C'est un vieillissement par le bas.

Le second facteur de vieillissement de la population possible en France est l'augmentation de l'espérance de vie des personnes âgées. « En un tiers de siècle, l'espérance de vie à 60 ans a augmenté […] de plus de 5,2 ans pour les hommes, passant de 16,2 ans en 1970 à 21,4 ans en 2005, et de 4,6 ans pour les femmes, passant de 20,8 ans en 1970 à 26,4 ans en 2005. »

Quand nous observons les taux de mortalité, la France a un niveau de mortalité prématurée élevée par rapport autres pays européens mais un niveau de mortalité après 65 ans beaucoup plus faible, ce qui est une singularité par rapport aux autres pays européens (Barnay & Sermet (s.l.d.), 2007).

Le système migratoire français limite en revanche le vieillissement de la population, avec une population migrante jeune et une faible influence de l'émigration (Dumont, 2006).

Lorsqu'on observe l'évolution théorique de la pyramide des âges française entre 2000 et 2050 (OCDE), on remarque que la population française connaît un vieillissement, avec une baisse de l'importance de toutes les classes d'âges inférieures à 55 ans et une augmentation de l'importance de toutes les classes d'âges supérieures à 55 ans ans.

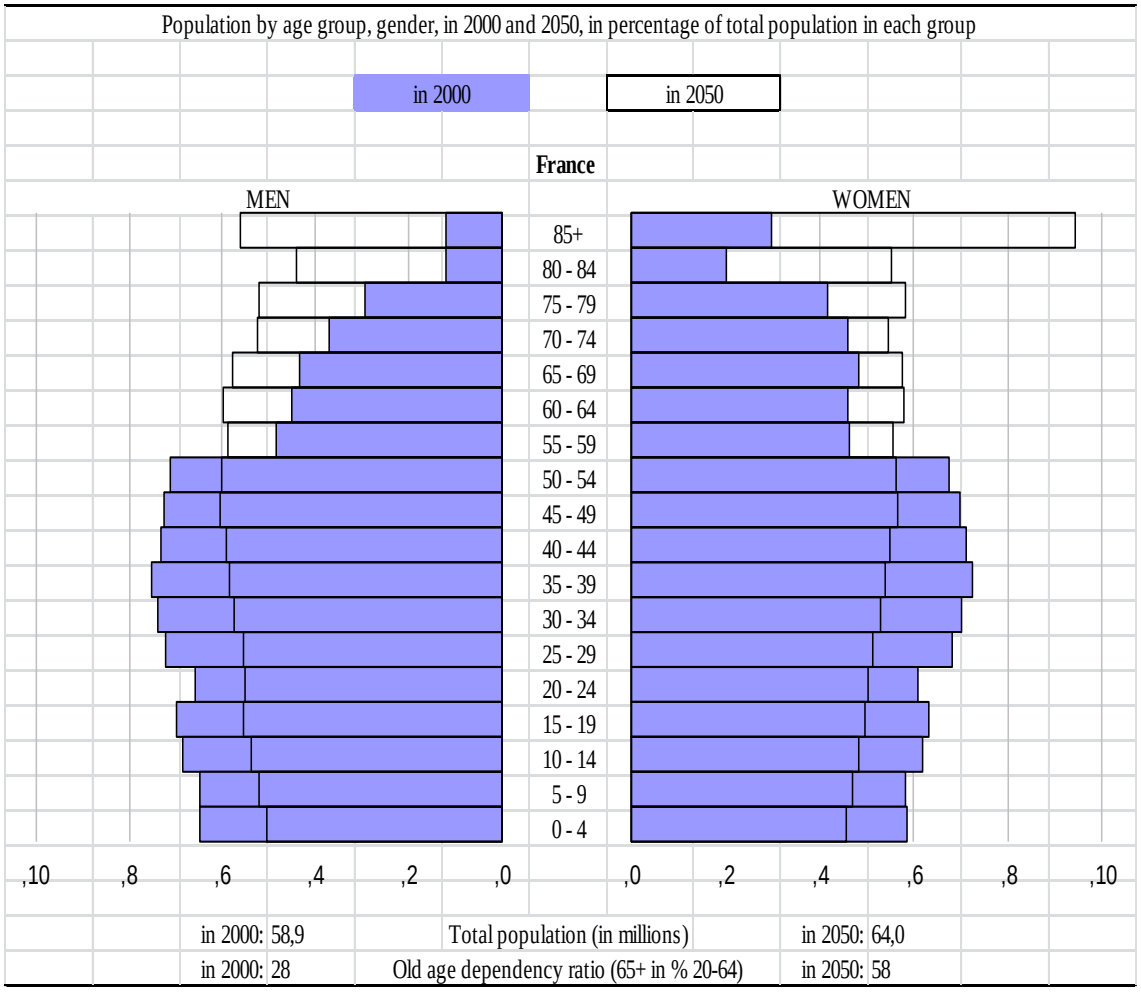


Figure 1 : Pyramide des âges française en 2000 et 2050, source OCDE

La différence d'espérance de vie entre les hommes et les femmes reste importante, mais a tendance à diminuer dans la projection de 2050, la part des femmes de plus de 85 ans

triplerait par rapport à 2000. C'est la fin de la génération du « baby-boom » qui atteint le grand âge en 2050.

Nous remarquons également des classes assez importantes en 2050 pour les 45-54 ans, qui représentent l'actuelle reprise de la fécondité. Cependant l'importance des classes baisse progressivement pour les décennies suivantes, il y a bien un vieillissement par le haut et par le bas remarquable sur cette pyramide. La forme inversée de cette pyramide interroge notre système de financement des retraites et des personnes âgées dépendantes.

Dans une publication d'Eurostat d'avril 2012, l'espérance de vie à 65 ans pour la France était de 23,4 ans pour les femmes et de 18,9 pour les hommes en 2010. Mais l'espérance de vie en bonne santé au même âge n'est que de 9,8 ans pour les femmes et 9,0 ans pour les hommes. Cette augmentation d'espérance de vie s'accompagne aussi avec une augmentation du nombre de personnes âgées malades et dépendantes.

1.1.1.3 Un vieillissement par le bas plus accentué en Allemagne

L'Allemagne connaît un vieillissement de sa population par le bas très important, avec une fécondité beaucoup plus basse qu'en France. Les données de l'INED nous indiquent que l'Allemagne passe d'un indicateur de fécondité (nombre moyen d'enfants par femme) de 1,56 en 1980 à 1,39 en 2010, alors que la France présente un indicateur de 1,95 en 1980 et après une baisse dans les années 1990 (1,78 en 1990), remonte à 2,00 en 2010 (INED).

La population allemande connaît aussi un vieillissement par le haut, avec une augmentation de l'espérance de vie des personnes âgées. D'après les données les plus récentes d'Eurostat, l'espérance de vie à 65 ans en 2010 est de 20,9 ans pour les femmes et de 17, 8 ans pour les hommes. Il y a donc un écart entre l'espérance de vie chez les hommes et les femmes, mais qui est moins prononcé qu'en France.

Lorsqu'on analyse l'évolution de la pyramide des âges de l'Allemagne entre 2000 et 2050, on observe que le vieillissement par le bas, déjà plus important en 2000 qu'en France, se poursuit en 2050.

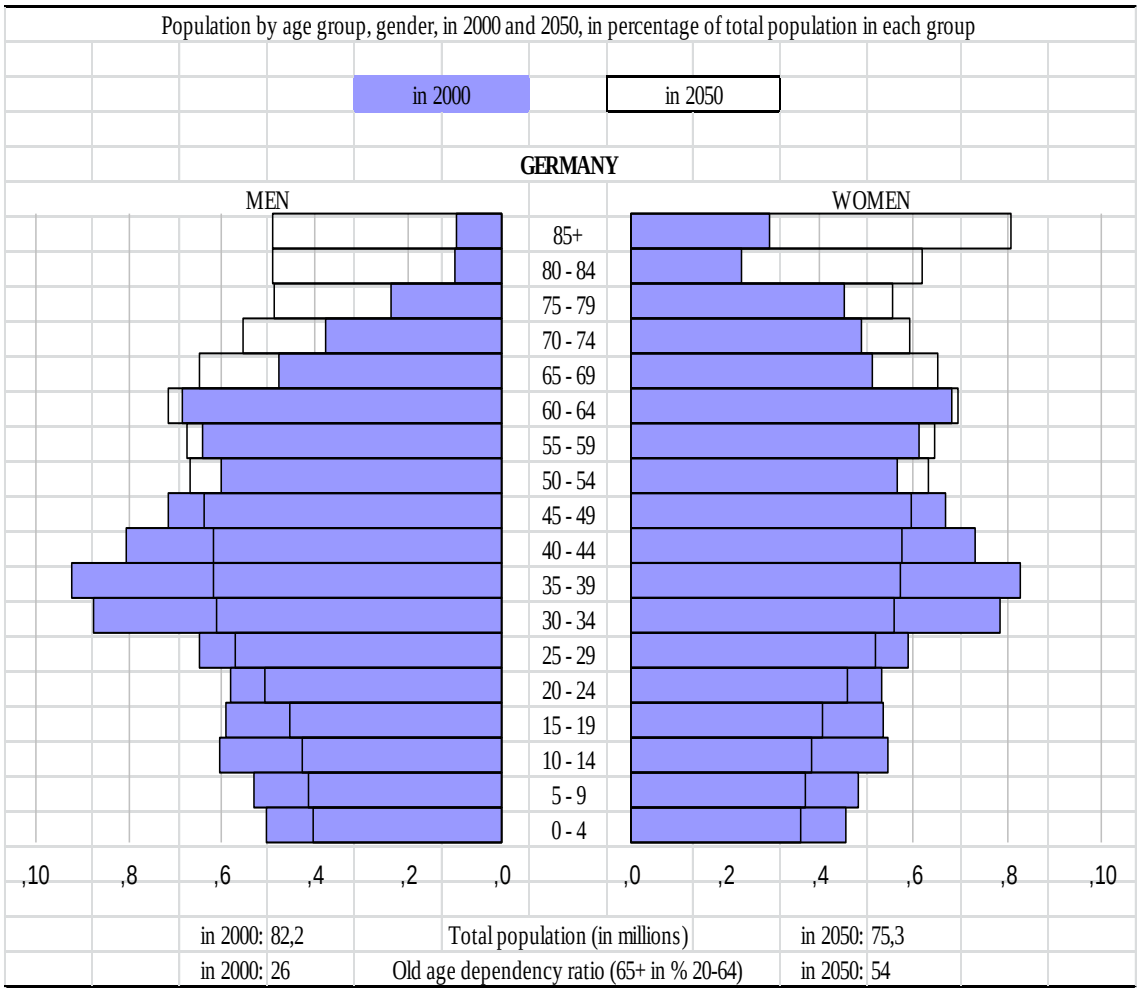


Figure 2 : Pyramide des âges allemande en 2000 et 2050, source 0CDE

Toutes les classes d'âgées à partir des 50-54 ans augmentent en 2050, en particulier les classes d'âges les plus âgées (80 ans et plus), qui correspondent au vieillissement des dernières générations du baby-boom. Les femmes sont plus nombreuses dans les classes d'âges les plus âgées, en 2000 comme en 2050, mais l'écart est moins prononcé qu'en France. Il y a donc comme en France un fort vieillissement par le haut, même si ces résultats ne sont que des projections.

Ce qui est néanmoins certain dans nos deux pays est la gérontocroissance, phénomène qui interroge déjà et qui va continuer à augmenter dans les prochaines décennies (Dumont, 2006).

Quant à l'espérance de vie en bonne santé à 65 ans, elle est de 7,1 ans pour les femmes et de 6,9 ans pour les hommes en 2010. Elle est inférieure à la France et la question de l'augmentation de l'effectif des personnes dépendantes se pose donc également, en plus de celle du financement des retraites des personnes âgées.

1.1.2 Un phénomène global qui cache des diversités de situations

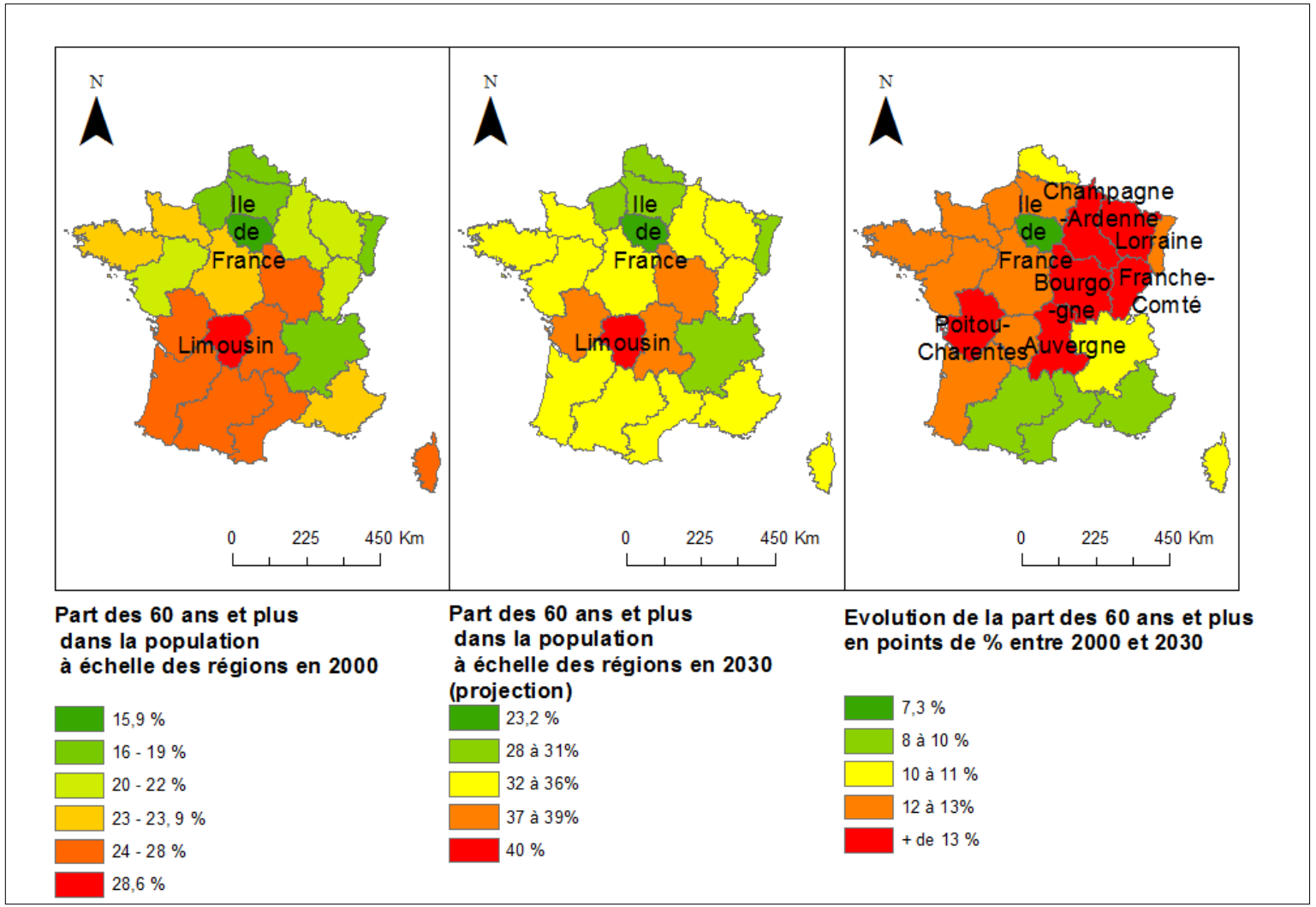
Après la présentation des grandes tendances démographiques nationales, nous allons nous intéresser aux disparités régionales du vieillissement sur les deux territoires.

1.1.2.1 L'Île de France et le reste de la France

Les projections françaises de l'INSEE par région datant de 2001 pour 2030 permettent de revoir l'image traditionnelle du Nord-Est « jeune » et du Sud-Ouest « vieilli ». Une opposition se détache entre l'Île de France et les autres régions. « L'Île de France est déjà en 2000 la région la plus jeune de France, mais l'écart avec le Nord-Pas-de-Calais est à peine supérieur à 2 points ; en 2030, selon ce scénario, l'Île-de-France serait de 5 points moins vieillie que le Nord-Pas-de-Calais, toujours deuxième. » (Dumont, 2006)

Tableau 1 : Un vieillissement contrasté dans les régions françaises, source INSEE 2001, repris par Gérard-François Dumont

	Les régions jeunes, qui vieillissent le moins	Les régions âgées, qui vieillissent le plus
Situation en 2000 (% de population de 60 ans ou plus)	Min. 15,9% : IDF 16% à 19% : Haute-Normandie, Nord-Pas-de-Calais, Picardie, Alsace, Rhône-Alpes. 20-22% : Champagne-Ardenne, France Comté, Lorraine, Pays de la Loire	24-28% : Aquitaine, Auvergne, Bourgogne, Corse, Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées, Poitou-Charentes. Maximum 28,6% : Limousin.
Evolution 2000-2030 (accroissement de cette part, en points de pourcentage)	Min + 7,3 : IDF. 8 à 10 points : Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées, PACA 10 à 11 points : Corse, NPDC, Rhône-Alpes.	Plus de 13 points : Auvergne, Bourgogne, Champagne-Ardenne, Franche-Comté, Lorraine, Poitou-Charentes.
Situation 2030 (% de la population de 60 ans ou plus)	Min 23,2% : Île de France. 28% à 31% : NPDC, Rhône-Alpes, Alsace, Picardie, Haute-Normandie.	Plus de 37% : Bourgogne, Auvergne, Poitou-Charentes. Max. 40% : Limousin.



Carte 2: Un vieillissement contrasté dans les régions françaises, source INSEE 2001, réalisation Astrid Coste 2012

Le tableau et la carte ci-dessus montrent bien des situations contrastées. Les régions du Nord-Est restent jeunes en 2030, mais connaissent un fort accroissement du vieillissement. Les régions du centre sont les plus vieilles. Cependant la géographie du vieillissement n'est pas celle de la gérontocroissance, les départements qui connaitraient d'ici 2030 les plus fortes augmentations d'effectif de personnes âgées sont les plus densément peuplés (Ile de France, Rhône-Alpes, Côte d'Azur, Alsace…)

En outre les milieux urbains vont connaître la plus forte augmentation de la population âgée (en part de la population et en effectif), ce qui interroge les modes de prise en charge dans les villes de ces personnes âgées.

Les migrations des populations âgées dans les prochaines décennies pourront fortement jouer sur les disparités régionales en termes de vieillissement et de gérontocroissance et restent imprévisibles. Certaines régions attirent déjà fortement les retraités (sud-ouest, Côte d'Azur et Bretagne) tandis que d'autres les font fuir, comme l'Île de France. Mais ces mouvements migratoires internes peuvent évoluer.

Une approche de ces évolutions démographiques au niveau régional ou local est donc nécessaire afin de pouvoir évaluer le besoin des populations en matière de prise en charge.

1.1.2.2 Une Allemagne encore divisée par le vieillissement

Comme en France, l'évolution démographique de l'Allemagne n'est pas la même sur l'ensemble du territoire. Il existe notamment une division entre l'ex-Allemagne de l'Est et l'ex-Allemagne de l'Ouest : le vieillissement se déroule de manière plus intensive dans les Länder de l'Est, à cause de la migration de la population en âge de travailler dans les Länder de l'Ouest. Cette arrivée de population jeune à l'Ouest ralentit le vieillissement des Länder occidentaux.

Mais en analysant plus finement les disparités régionales du vieillissement, trois régions à moindre vieillissement ressortent en 1995 (part des 65 ans et plus est en dessous de 15%) : le Nord-Est avec les Länder du Mecklenbourg-Poméranie et du Brandebourg, l'Ouest avec la Basse-Saxe, le nord de Rhénanie-du-Nord-Westphalie et enfin dans le centre de la Bavière et du Bade-Wurtemberg.

Nous nous attarderons sur cette dernière région, puisqu'elle fait partie de notre territoire d'étude à échelle fine. Le Bade-Wurtemberg présente une situation socio-

économique bonne, avec des secteurs économiques divers. La population étrangère y est importante et est relativement jeune, l'accroissement naturel est positif, la fécondité est supérieure à la moyenne nationale. (Le Bade-Wurtemberg enregistrait en 2003 1,47 enfant par femme alors que la moyenne allemande est à 1,34 enfant par femme) (Dumont, 2006).

L'Allemagne reste donc divisée par le vieillissement, une analyse locale est également nécessaire afin de pouvoir évaluer des besoins de prise en charge inégalement croissants sur le territoire et pouvoir y répondre de la façon la plus adéquate possible.

Nous notons que les deux régions de notre étude sont considérées comme des régions jeunes dans les deux pays nationaux auxquels elles appartiennent.

1.1.3 Les défis que pose cette évolution démographique commune

Le vieillissement de la population dans nos deux pays s'accompagne d'une augmentation des dépenses pour financer les retraites et la prise en charge des personnes âgées fragilisées.

L'augmentation des personnes âgées s'accompagne également d'une augmentation des personnes âgées dépendantes, ainsi la question d'un financement spécifique et adapté aux situations variées des personnes dépendantes se pose à partir des années 1980.

Outre le problème du financement des retraites et des problèmes de dépendances, l'augmentation de l'effectif de personnes âgées et la baisse d'effectif des générations plus jeunes interrogent les modalités de prise en charge, notamment de mode d'hébergement de personnes âgées dépendantes. Malgré l'amélioration de la qualité des institutions de prise en charge, les personnes concernées préfèrent rester à domicile le plus longtemps possible malgré leurs incapacités. En outre les maisons de retraite restent chères et peu accessibles aux populations les plus précaires.

Ainsi un des défis de ce vieillissement de la population est de trouver à la fois de nouveaux dispositifs de prise en charge permettant une qualité, une proximité des soins et un maintien à domicile le plus longtemps possible des personnes dépendantes et de développer la qualité et la densité des établissements d'hébergement permanents pour les personnes en perte d'autonomie.

Nous allons maintenant comparer les différentes réponses que les deux pays d'étude ont tenté d'apporter à ce défi démographique et sanitaire.

1.2 Comparaison des réponses allemandes et françaises au vieillissement de la population et au besoin croissant de prise en charge de personnes âgées dépendantes

1.2.1 Rappel historique du développement d'une politique de prise en charge pour les personnes âgées en perte d'autonomie:

1.2.1.1 En France : une politique de prise en charge qui évolue beaucoup depuis les années 1990 mais reste insatisfaisante pour les aidants non-professionnels

La prise en charge des personnes âgées dépendantes a longtemps appartenu au domaine des instituts de bienfaisances, qui étaient majoritairement religieux jusqu'au XIX^{ème} siècle et ont été laïcisés au cours des XIX^{ème} et XX^{ème} siècles. Entre les années 1950-80, la prise en charge de la dépendance était gérée par l'aide sociale au niveau communal, dans les Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS), avec des aides financières comme l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP). Il n'y avait pas de branche spécifique de la Sécurité Sociale pour traiter le problème de la dépendance chez les personnes âgées. Cependant avec le vieillissement de la population française à la fin du XX^{ème} siècle et l'augmentation des maladies dégénératives et surtout neurodégénératives, certains acteurs politiques et de santé prennent conscience de l'importance de repenser et d'améliorer la politique de prise en charge de ces personnes fragilisées de plus en plus nombreuses. Cette prise de conscience se fait au même moment que la décentralisation des pouvoirs publics en France (loi Deferre en 1982). C'est donc au niveau régional et départemental que des politiques gérontologiques vont être développées en France, tout en suivant des lois cadres nationales. Nous dressons une brève chronologie des principales étapes de l'évolution de la politique de prise en charge depuis une trentaine d'années (Martin, 2001) :

1986 : La dépendance devient un problème public, avec le rapport Théo Braun de la commission nationale d'étude sur les personnes âgées dépendantes. Ce rapport propose une « assurance autonomie » pour les retraités ou l'ouverture d'une prestation en nature dans le cadre de l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP).

1989-1993 : De nombreux rapports sur cette thématique et des propositions de lois entre 1991 et 1993 portant sur deux axes, la solvabilisation des personnes âgées et la promotion d'une meilleure organisation des services.

1993-1997 : Des expérimentations locales de dispositifs se développent, et une « pseudo-politique d'emploi » (Martin, 2001) apparaît (l'effet de la solvabilisation des personnes âgées est la création de petits boulots non qualifiés parmi les aidants).

1997 : Le gouvernement soutient la création de la **Prestation Spécifique Dépendance (PSD),** sans attendre les résultats des expérimentations locales. Ce projet suscite des critiques des parlementaires et du Conseil économique et social. La loi finalement adoptée en 1997 se présente comme une réforme transitoire, en attendant une loi permanente.

La PSD est une prestation d'aide sociale attribuée à domicile et en établissement, qui remplace l'ACTP. « Les bénéficiaires de la PSD sont des personnes dépendantes de plus de 60 ans résidant en France, de toute nationalité. Les conditions de ressources sont identiques à celles de l'allocation compensatrice. Il n'y a pas d'obligation alimentaire, mais un recours sur la succession. […]La demande [de la PSD] est adressée au président du Conseil Général du département de résidence et est instruite par une équipe médico-sociale. Celle-ci apprécie à l'aide d'une grille nationale, la grille AGGIR, l'état de la dépendance et établit un plan d'aide que la personne peut refuser. […] En fonction de ce plan, la prestation est attribuée par le **Conseil Général**. Il y a un maximum départemental mais pas de minimum. La PSD à domicile doit être utilisée pour rémunérer, soit un ou des salariés que le bénéficiaire emploie pour lui venir en aide, soit un service à domicile qui a fait l'objet d'un agrément, soit encore la personne qui accueille le bénéficiaire. […] » (Martin, 2001)

1998 : « Le livre noir » de la PSD est rédigé et signé par les principales associations qui prennent en charge les personnes âgées. Ce livre noir montre que la mise en place de la PSD pour remplacer l'Aide-Ménagère à Domicile et l'ACTP a généré d'importantes pertes financières et une réduction d'aide en nature par la collectivité. Il y a également très peu de bénéficiaires de la PSD. L'enquête HID de l'INSEE montre que la PSD ne couvre les besoins que de 15% de la population éprouvant des besoins d'aide et de seulement 20% des personnes les plus dépendantes nécessitant une aide.

Décembre 1999 : Martine Aubry, ministre de l'Emploi et de la Solidarité confie une mission à Jean-Pierre Sueur pour proposer une alternative à la PSD.

Mai 2000 : La remise du rapport Sueur a lieu, où l'on trouve la proposition de la création de **l'Allocation personnalisée à l'autonomie (APA)**, pour remplacer la PSD.

Les apports de l'APA par rapport à la PSD : le rapport propose une suppression du recours à la succession et une introduction du ticket modérateur ainsi que d'une aide pour les GIR 4 (dépendance moyenne). C'est une prestation universelle, afin de couvrir 80% des personnes dépendantes et non 15%.

2001 : Mise en place du premier Plan Alzheimer, pour les années 2001-2005.

1er janvier 2002 : L'entrée en vigueur de l'APA. L'aide financière est calculée en fonction des revenus, du niveau de dépendance et du plan d'aide décidé par l'équipe médico-sociale en charge d'évaluer la dépendance de la personne demandeuse. L'aide peut se faire également en nature (paiement de services d'aides à domicile professionnels).

Canicule de l'été 2003 : Un peu moins de 15 000 morts sont imputables à la canicule. Elle a pour conséquence une surmortalité de 55%. Ce sont majoritairement les femmes et les plus de 75 ans qui sont touchés (Hémon & Jougla, 2003). Cet évènement fait prendre conscience aux acteurs politiques de santé du problème de l'isolement de certaines personnes âgées et leur manque de prise en charge. Suite à ce drame, le gouvernement Raffarin met en place une journée de solidarité.

2004 :

1) création de la **Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA)**, à la fois caisse nationale et agence d'évaluation et de recherche.

2) La maladie d'Alzheimer et autres démences sont regroupées et font partie de l'Affection Longue Durée n°15 (ALD 15), permettant une exonération du ticket modérateur.

3) Deuxième Plan Alzheimer 2004-2007.

2005 : Mise en place de la CNSA.

2006 : Les missions de la CNSA sont fixées :

1) Financer les aides en faveur des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées (ex : verse l'APA aux Conseils Généraux)

2) Garantir l'égalité de traitement sur tout le territoire et pour l'ensemble des handicaps

3) Assurer une mission d'expertise, d'information et d'animation pour suivre la qualité du service rendu aux personnes (CNSA).

2008 : Mise en place du troisième Plan Alzheimer pour la période 2008-2012.

2009 : Loi Hôpital, Patients, Santé, Territoire (HPST), qui met notamment en place les Agences Régionales de santé. L'organisation du domaine médico-social est également modifiée, il y a un partage des compétences entre les Conseils Généraux et l'ARS pour la mise en œuvre d'un plan gérontologique au niveau régional.

Situation actuelle

- L'APA est un droit universel.
- Toute personne dépendante (GIR 1 à 4) peut la toucher à partir de 60 ans, si elle réside en France de façon stable et régulière.
- L'aide est calculée en fonction des revenus (ticket modérateur), il n'y a pas de recours de succession.
- Une équipe médico-sociale s'occupe d'évaluer les besoins de la personne en remplissant la grille AGGIR, transmet le dossier à la CCAS, qui le transmet ensuite au Conseil Général.
- Les démences comme la maladie d'Alzheimer sont une priorité dans le domaine de la prise en charge des personnes âgées dépendantes.
- On assiste à un développement actuel de modes d'hébergement alternatifs pour le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes.
- La qualité des établissements d'hébergement permanent reste une priorité permanente des politiques gérontologiques

<u>Critiques et manques de la politique de prise en charge actuelle:</u>

- Il n'y a pas de réflexion suffisante sur la place des aidants non-professionnels, sur des aides éventuelles pour ces aidants et sur une reconnaissance de leur statut. (Martin, 2001)

1.2.1.2 En Allemagne : une prise en charge longtemps concentrée sur les soins pour les déficiences physiques avec des évolutions actuelles positives pour les personnes souffrant de démences

La prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie appartient traditionnellement au domaine de la « *Pflege* », dont la traduction française est « soin », mais qui désigne dans ce contexte les soins infirmiers. Les soins infirmiers étaient à l'origine prodigués dans des instituts religieux caritatifs (hospices, maisons de retraites), qui ont encore aujourd'hui une grande importance en Allemagne, contrairement à la France. Cependant ces soins infirmiers se sont professionnalisés au cours du XX^{ème} siècle (Soziales & Landesgesundheitsamt, Novembre 2006). A partir des années 1980, on assiste comme en France au début d'une réflexion sur une prise en charge spécifique des personnes dépendantes qui augmentent avec le vieillissement de la population, cependant il n'y a pas de distinction entre les personnes âgées et les autres personnes plus jeunes ayant aussi des handicaps. Les personnes en perte d'autonomie doivent jusque-là demander des aides sociales.

1989 : La Société Allemande Alzheimer (*Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.*) est fondée, et a pour but d'encourager la compréhension de la population envers les malades d'Alzheimer et d'autres démences, d'activer des politiques sociales et sanitaires favorables pour la prise en charge des démences, d'améliorer la prise en charge de la maladie et la formation des aidants, le soutien aux aidants avec des explications, un soutien émotionnel et des aides locales, d'échanger et de coopérer avec les sociétés Alzheimer des Länder, de soutenir la recherche sur ces maladies dégénératives, de proposer des réformes du soins et de la prise en charge. La société vit essentiellement des cotisations de ses adhérents et reçoit quelques fois des financements publics (DAG).

Le 1er janvier 1995 : Une nouvelle branche dans le système d'assurance sociale est instituée : l'assurance Soins de Longue Durée (*Pflegeversicherung*) devient la cinquième branche de l'assurance sociale. Elle couvre le risque général d'entrée en incapacité à tout âge pour l'aide à domicile. Toutes les personnes qui ont une assurance maladie ont également une assurance SLD.

Cette assurance verse une somme fixe à la personne qui en a besoin en fonction de son niveau d'incapacités. Il y a trois niveaux (*Pflegestufe*), le premier pour les personnes les moins « dépendantes », et le troisième pour les personnes les plus « dépendantes ». Ces niveaux ne

sont pas calculés tout à fait de la même façon que les GIR en France (voir sous partie suivante).

Cette réforme prévoit aussi un soutien aux aidants avec une reconnaissance de leur statut, un droit à l'assurance retraite, à des vacances de repos etc… (Henrard, 2012)

1er janvier 1996 : l'assurance SLD couvre aussi pour l'aide en établissement. (Henrard, 2012)

2006 : Réforme du fédéralisme *(Föderalismusreform II*) redéfinit les compétences entre la Fédération et les Länder, en redonnant des compétences aux Länder, qu'ils avaient perdues au cours du temps. Dans le domaine de la prise en charge des personnes âgées, les plans gérontologiques sont confiés aux Länder, ainsi que l'organisation des établissements d'hébergements médicalisés (ou non).

2008 : Une première réforme de l'Assurance soins longue durée est réalisée par le Ministre de la santé Ulla Schmidt, avec une augmentation de la cotisation pour l'assurance. L'assurance est financée par une cotisation sur les salaires (Henrard, 2012). Des améliorations sont également promises pour le maintien à domicile avec le développement des accueils de jour et de nuit, pour une prise en charge plus rapide de la dépendance, pour un développement de logements alternatifs et intermédiaires, des points d'informations etc…

Années 2000-2010 : Des critiques de plus en plus nombreuses sont faites à l'égard de l'assurance SLD. En effet, elle ne prend en compte que la dépendance physique et très peu, voire pas du tout les démences comme la maladie d'Alzheimer. Durant cette même période, des formes d'hébergement originaux se développent, issues d'initiatives privées, comme les « colocations » de séniors (*Senioren Wohngemeinschaften*), dépendants ou non dépendants, qui permettent de continuer à vivre à domicile en payant moins cher et en luttant contre l'isolement (Elger, 2011).

Automne 2011 : Devant les insuffisances du système de prise en charge actuel, le ministre de la santé Daniel Bahr (FDP) souhaite une réforme des soins longue durée (*Pflegereform*), en proposant notamment une meilleure couverture des malades souffrant de démence. Cette meilleure prise en charge serait financée par une augmentation de la cotisation, qui passerait de 1,95% à 2,05% du revenu brut. Par ailleurs les modèles de logement en groupe auto-organisé (ces fameuses « colocations ») pour les malades souffrant de démences devraient bénéficier de subventions. (Kandzio, 2012)

Situation actuelle

Mars 2012 : Les propositions du ministre Bahr ont été acceptées par la coalition, 500 000 malades souffrant de démences vont toucher une aide supplémentaire à partir de janvier 2013 :

- les malades sans besoin d'aides spécifiques et leurs proches vont toucher une aide pouvant aller jusqu'à 220 euros par mois.
- les malades ayant des besoins d'aides importantes toucheront 320 euros par mois
- les patients qui ont besoin de services de soins à domicile toucheront 425 euros.

Pour les autres malades dépendants mais ne souffrant pas de démences les niveaux de dépendance les plus élevés (1 et 2) toucheront également plus d'aide.

Critiques et manque de ce système de prise en charge **:**

Le SPD et les Verts trouvent que cette réforme ne va pas assez loin. Le SPD demande une réelle amélioration de la prise en charge des malades d'Alzheimer ou de maladies apparentées, avec une aide similaire à l'aide parentale (*Elterngeld*). Pour cela, la cotisation devrait augmenter de 0,6 % du revenu. Or l'augmentation actuelle de 0,1 % est insuffisante pour les critiques de la réforme. (Demenzkranke bekommen mehr Geld, 2012)

1.2.1.3 Conclusion sur l'évolution des politiques de prise en charge

Pour conclure, nous pouvons observer que les deux pays d'études connaissent des réformes sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes à peu près au même moment, la France connaissant même plusieurs réformes avant la mise en place de l'APA comme aide financière spécifique pour la dépendance des personnes âgées.

Cependant certaines questions restent en suspens et les réponses restent insuffisantes, comme l'aide aux aidants, même si l'Allemagne est plus en avance sur ce sujet que la France, en développant particulièrement des modes d'hébergement alternatifs pour soulager les aidants et permettre aux personnes dépendantes de rester à domicile. Cette avance est peut être due à un besoin plus important à cause d'une situation démographique différente dans nos deux pays.

Dans les deux pays, nous pouvons également observer l'émergence d'un domaine médico-social pour les personnes âgées et handicapées, qui se détache du domaine sanitaire et la mise en place de financements spécifiques pour prendre en charge la dépendance des personnes âgées en fonction des situations économiques et sociales des personnes (APA, Pflegeversicherung).

L'émergence de ce domaine médico-social se développe en même temps que nos deux Etats donnent plus de pouvoir aux régions pour organiser cette offre médico-sociale au niveau local.

Les différences de modalités de prise en charge peuvent également s'expliquer par une différence de conception de la dépendance des personnes âgées, comme nous allons le voir à présent.

1.2.2 La comparaison des principaux concepts de la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie : Pflege et dépendance

1.2.2.1 Les concepts de « dépendance et perte d'autonomie » : une vision franco-française de l'incapacité et de l'invalidité

En France, lorsqu'une personne présente certaines incapacités à réaliser des tâches de la vie quotidienne, elle est considérée comme « dépendante », adjectif très péjoratif qu'on ne retrouve pas en Allemagne ou dans le monde anglo-saxon.

Le sociologue Bernard Ennuyer apporte des éclaircissements sur le choix de ce mot pour désigner des personnes handicapées en France : « La première apparition, en France, du mot « dépendance » pour qualifier les personnes âgées date de 1973, et la définition en est donnée par un médecin hospitalier, travaillant en hébergement de personnes âgées, le docteur DELOMIER (1973) : « *le vieillard dépendant a donc besoin de quelqu'un pour survivre, car il ne peut, du fait de l'altération des fonctions vitales, accomplir de façon définitive ou prolongée, les gestes nécessaires à la vie* ».Dans le champ de la vieillesse, dès les années 1975, la définition médicale de la dépendance a donc connoté cette dernière négativement, comme incapacité à vivre seul et comme asservissement, au détriment de la connotation positive de solidarité et de relation nécessaire aux autres.[…]La récente loi (24 Janvier 1997) adoptée sur la prestation spécifique dépendance, officialise cette vision « incapacitaire » de la dépendance : « la dépendance mentionnée au premier alinéa est définie comme l'état de la personne qui, nonobstant les soins qu'elle est susceptible de recevoir, a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie, ou requiert une surveillance régulière. » (art.2).

La nouvelle loi (20 juillet 2001) relative à l'allocation personnalisée d'autonomie n'a pas changé cette définition. Elle a simplement rajouté de la confusion entre dépendance et perte d'autonomie (…) ». (Ennuyer, 2004)

Nous voyons que les termes français pour désigner les problèmes d'incapacités sont stigmatisants pour la population souffrant de ces problèmes malgré les évolutions récentes des concepts. C'est encore la vision d'une prise en charge médicale complète qui domine et non celle de l'accompagnement (social, médical) des personnes présentant des incapacités, même si on observe des évolutions.

Cependant il faudrait pouvoir observer si ce modèle ne varie pas selon les régions. La proximité de l'Alsace et de l'Allemagne peut faire supposer que le modèle français n'est peut-être pas suivi.

1.2.2.2 Allemagne : une vision de l'incapacité centrée sur le besoin de soins

En Allemagne, les personnes présentant des incapacités à vivre seul sont considérées comme « *pflegebedürftig* », c'est-à-dire ayant besoin de soins de longue durée. C'est une autre vision de celle de la France, beaucoup moins péjorative. Cependant cela reste une vision centrée sur le soin médical et peu sur les besoins d'accompagnement social.

Il n'y a pas de distinction entre handicapés jeunes, adultes et personnes âgées dépendantes comme en France. L'allocation perçue par les personnes âgées n'est pas différente des adultes plus jeunes.

L'état de *« pflegebedürftig »* est défini en fonction de différents outils permettant de mesurer cet état. Ces outils se centrent surtout sur les incapacités physiques pour définir un niveau de besoins de soins. Nous allons comparer les outils permettant d'évaluer le besoin de soins dans les deux pays, afin de voir si des différences sont notables.

1.2.3 Comparaison des outils d'évaluation de la dépendance/Pflegebedürftigkeit et prestations pour la dépendance

1.2.3.1 France, un nouvel outil, la grille AGGIR

La France a développé un outil de mesure spécifique pour évaluer la dépendance des personnes âgées et attribuer ainsi une aide financière, la grille Aggir, au moment de l'instauration de la PSD.(cf : **Annexe 1 : La grille AGGIR**

Cependant ce n'est pas la seule grille de référence pour évaluer la dépendance, d'autres permettent de compléter et affiner cette grille (grille Colvez, Pathos). Cependant c'est elle qui permet l'attribution de l'APA, nous nous en contenterons dans notre présentation générale.

A partir de cette grille, les équipes d'évaluation calculent un score qui permet de classer les personnes âgées dans 6 groupes.

Les six Groupes Iso-Ressources, ou niveaux de perte d'autonomie se déclinent ainsi :

Le GIR 1 correspond aux personnes âgées confinées au lit ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale, et qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants. Dans ce groupe se trouvent également les personnes en fin de vie ;

Le GIR 2 regroupe deux catégories :

- les personnes confinées au lit ou au fauteuil dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante ;

- celles dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leurs capacités motrices. Le déplacement à l'intérieur est possible mais la toilette et l'habillage ne sont pas faits ou partiellement.

Le GIR 3 regroupe les personnes ayant leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui nécessitent quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle. Ainsi la toilette et l'habillage ne sont pas faits ou partiellement. De plus, la majorité d'entre elles n'assument pas seules l'hygiène de l'élimination anale et urinaire.

Le GIR 4 comprend deux catégories de personnes :

- les personnes qui, une fois levées, peuvent se déplacer en intérieur. Elles doivent être aidées pour la toilette et l'habillage.

- celles n'ayant pas de problèmes locomoteurs, mais devant être aidées pour les activités corporelles et pour les repas ;

Le GIR 5 est composé des personnes autonomes dans leurs déplacements chez elles, s'alimentant et s'habillant seules. Elles peuvent avoir besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.

Le GIR 6 regroupe les personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes discriminants de la vie quotidienne. (CAVIMAC, 2007)

Au 1er janvier 2005, l'aide financière apportée par l'APA pour les personnes dépendantes à domicile était de :

Aide financière / Niveau de dépendance	Aide financière maximum	En Moyenne
GIR 1(niveau de dépendance le plus élevé	1.148,10 euros	887 euros
GIR 2	984,08 euros	725 euros
GIR 3	738,06 euros	555 euros
GIR 4 (niveau de dépendance moyenne)	492,04 euros	348 euros

Tableau 2 : Aide proposée par l'APA en fonction du GIR, (Association d'Aide à la Personne Âgée du Bassin Houillé Lorrain, 01/08/2005)

Nous avons repris ce tableau du Bassin Houillé Lorrain, car les chiffres sont nationaux, et sont donc valables pour l'Alsace et parce que ces chiffres datent de 2005, période proche de nos données allemandes. Ainsi la comparaison est plus précise.

Pour les personnes dépendantes en établissement, l'APA peut prendre en charge jusqu'à 100% des frais en fonction de la situation financière.

1.2.3.2 En Allemagne, une concentration sur les incapacités physiques

L'évaluation est réalisée par une équipe médico-sociale (médecins, infirmières, assistantes sociales) faisant partie de l'assurance maladie. Une grille standardisée existe pour mesurer degré de dépendance des personnes. (Cf. : **Annexe 2 : Outil d'évaluation de la dépendance en Allemagne**)

Grâce à cette grille, l'évaluateur peut définir et calculer (temps par semaine) les besoins de la personne pour les soins corporels, la nourriture, la mobilité, l'entretien ménager (ou autres) et classer son niveau de dépendance.

Il y a trois niveaux de dépendances *(Pflegestufe)*, qui sont calculés en fonction de la durée nécessaire par jour d'aides pour les différentes tâches de la vie quotidienne (Soziales & Landesgesundheitsamt, Novembre 2006).

	Soins primaires (corporels, nourriture, mobilité)	Entretien ménager	Temps de besoin
Besoin de soins (niveau 1)	Pour au moins deux aides pour un ou plusieurs domaines une fois par jour	Plusieurs fois par semaine en plus des soins primaires	>90 min./jour dont 45 min pour les soins primaires
Fort besoin de soins (niveau 2)	Au moins 3 fois par jour à différents moments de la journée	Plusieurs fois par semaine en plus des soins primaires	> 3 heures/jour dont au moins 2 heures pour les soins primaires
Très fort besoin de soins (niveau 3)	Tous les jours à toute heure, et aussi la nuit	Plusieurs fois par semaine en plus des soins primaires	> 5 heures par jour dont 4 heures minimum pour les soins primaires
Cas exceptionnel	Dans des cas particuliers, les personnes du niveau trois peuvent être classées en « Cas exceptionnels », si le besoin de soins est extraordinairement élevé et dépasse les soins prévus dans le niveau 3.		

Tableau 3: Niveau de dépendance en Allemagne, source Ministerium für Arbeit und Soziales & Landesgesundheitsamt, Novembre 2006

Les prestations de l'Assurance Soins Longue Durée dépendent du niveau de dépendance et du type de prestations.

Tant que la personne reste à son domicile, elle peut choisir entre prestations financières, prestations en nature (les soins sont pris en charge par un service de soins à domicile) ou une combinaison des deux. Comme les services de soins à domicile sont chers à cause des frais d'administration, les prestations en nature sont plus élevées que les prestations financières.

	Prestations financières	Prestations en nature
Niveau de soins 1	205 euros	384 euros
Niveau de soins 2	410 euros	921 euros
Niveau de soins 3	665 euros	1 432 euros En cas exceptionnel : 1 918 euros

Tableau 4: Prestations selon le degré de dépendance (maintien à domicile), source Ministerium für Arbeit und Soziales & Landesgesundheitsamt, Novembre 2006

Si la personne vit dans un établissement d'hébergement permanent, les prestations sont les suivantes :

Niveau de soins 1	1 023 euros
Niveau de soins 2	1 279 euros
Niveau de soins 3	1 432 euros En cas exceptionnel : 1 688 euros

Tableau 5: Prestations selon le degré de dépendance (hébergement permanent), source Ministerium für Arbeit und Soziales & Landesgesundheitamt, Novembre 2006

1.2.3.3 Comparaison des outils et des prestations

Les aides en Allemagne sont très légèrement supérieures à la France pour les cas les plus graves, la situation est inversée pour les dépendances légères. Les aides financières françaises prennent en compte la situation économique de la personne.

Nous voyons qu'une différence d'outils de mesure peut expliquer une différence de prise en charge. En Allemagne, le financement se calcule à partir du nombre d'heure de soins nécessaire par jour, ce sont donc essentiellement les incapacités physiques qui vont être prises en charge, alors qu'en France les groupes GIR sont calculés en fonction du niveau de dépendance générale, physique et psychique.

Ces différences de concepts et d'outils de mesure sont importantes pour expliquer les différences de prise en charge sur les deux territoires, car elles ont des conséquences sur le nombre et le profil social et sanitaire des bénéficiaires d'aide mais également sur la construction d'une politique gérontologique locale.

Après avoir présenté les évolutions des politiques de prise en charge, les grands concepts et outils de la dépendance, nous allons comparer l'organisation institutionnelle des politiques de prise en charge de la dépendance au grand âge, afin de trouver des éléments complémentaires d'explication des différences des dynamiques de l'offre de prise en charge sur les deux territoires.

1.2.4 Comparaison de l'organisation institutionnelle de la prise en charge et de son financement au niveau national et local

1.2.4.1 Un système médico-social éclaté en France, malgré la mise en place des ARS

Pour notre description du système français, nous reprenons le schéma que Henrard fait du secteur médico-social en 2010 dans son ouvrage déjà cité, *La perte d'autonomie.*

Niveau National

- *Les Ministères des affaires sociales et de la Sécurité sociale.*
  Missions : la législation, la réglementation et la tarification.
- *La Direction Générale de la cohésion sociale (direction administrative générale des ministères sociaux cités au-dessus)*
  Missions : Elle fixe des conventions d'objectifs et de gestion pour la Caisse Nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).
- *La CNAMTS (caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés)*
  Missions : Elle organise un Objectif National des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) pour la CNSA.
- *La caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)*
  Missions : Elle distribue l'allocation ressources régionales pour établissements et services et appui technique aux ARS et préfet, elle apporte son concours pour l'APA et la PCH et un appui technique aux Conseils Généraux.

Niveau régional

- *Les Agences régionales de la santé (avec le préfet et du Conseil Régional)*
  Missions : Elles organisent une Conférence régionale de santé et d'autonomie pour fixer les besoins et donner un avis sur les Plans régionaux de santé et les Schémas régionaux de l'offre médico-sociale (SROMS). Elles planifient l'offre, fixent les allocations des ressources et contrôlent les services et établissements.

Niveau départemental

- *Les Conseils généraux dans les départements*
  Missions : Ils s'occupent de la distribution de l'APA, de la PCH et de l'Aide sociale par les Services d'Action Sanitaire et Sociale du département. Ces aides sont versées aux personnes directement ou par le biais des établissements médico-sociaux. Les Maisons Départementales des personnes Handicapées sont également financées par le département.

Niveau communal

- *Centre communal d'action sociale*
  Missions : Administration, Gestion et financement des services, établissements et personnels médico-sociaux et sociaux.

1.2.4.2 Un rôle important du Land et des arrondissements en Allemagne

Les Länder allemands ont une liberté d'organisation beaucoup plus grande que les régions françaises. Nous ne présentons pas le système d'organisation de chaque Land, mais nous donnons l'exemple du Bade-Wurtemberg, car c'est le Land qui nous intéresse pour notre sujet. Nous tirons nos informations de nos entretiens avec les acteurs régionaux et des pages web du service de santé publique du Bade-Wurtemberg (ÖGD).

Bundesland- niveau fédéral

- *Bundesgesundheitsministerium* (Ministère fédérale de la santé)
  Missions : législation, réglementation et tarification, en accord avec les caisses d'assurances maladies.

Land (ex.: Bade-Wurtemberg)– niveau du Land

- Au sein du *Öffentlichen Gesundheitsdienst* (service de santé publique), *Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren* (ministère du travail, de l'ordre social, de la famille et des séniors) est en charge de l'organisation médico-sociale.
  Missions : législation (notamment sur les établissements), planification.
- *Landesverbände der Pflegekassen und der Krankenkassen* (union régionale des caisses de soins Longue Durée et des caisses d'assurances maladies)

Missions : mise en place des *Pflegestützpunkte* (points d'informations) dans chaque Kreis, dans les locaux d'une des caisses d'assurance maladie. Chaque caisse doit également distribuer l'assurance Soins Longue Durée aux ayants droit.

Kreis –niveau de l'arrondissement

- *Gesundheitsamt* (services d'hygiènes et de santé publique des Kreise)
  Missions : Autorisation et possibles financements des établissements, contrôle de la qualité des établissements (*Heimaufsicht*)
- *Pflegestützpunkte* (points d'informations situés dans une des caisses d'assurances de l'union régionale)
  Missions : Informer, conseiller et aider les personnes âgées mais aussi les aidants non professionnels.

Gemeinde- niveau communal

- Service social de la commune
  Missions : Distribution de l'aide sociale (*Sozialhilfe*), services de conseils et de consultation pour les séniors, participation aux contrôles et aux financements des établissements et services médico-sociaux.

1.2.4.3 Comparaison des deux systèmes

L'Allemagne laisse beaucoup plus de liberté à ses Länder pour organiser le schéma gérontologique et son offre médico-sociale. Le niveau fédéral ne donne que des directives très générales et fixe surtout le montant de l'assurance SLD.

Avec la mise en place des Agences Régionales de santé avec la loi HPST en 2009, les régions doivent suivre le même mode d'organisation dans toute la France.

En outre la mise en place des ARS ne simplifie pas dans l'immédiat l'organisation régionale de l'offre médico-sociale, car elles s'ajoutent aux Conseils Généraux, jusque-là principales institutions responsables de l'offre médico-sociale au niveau local. Il y a maintenant un partage des compétences entre les CG et les ARS, qu'il faut coordonner.

Dans le Bade-Wurtemberg l'organisation est gérée au niveau du Land, qui coordonne les différents services de santé publique des arrondissements (*Kreise*). Cette organisation locale est donc plus simple que l'organisation française.

Ces différences d'organisations institutionnelles, de concepts, d'outils, de financements et de politiques gérontologiques sont importantes à signaler pour notre étude géographique, car elle peut avoir un impact sur les dynamiques territoriales de l'offre de prise en charge, en particulier de celle de l'hébergement des personnes âgées dépendantes. Elle peut expliquer également la diversité et la nature des modes d'hébergement sur les deux territoires d'études, que nous allons détailler ci-dessous.

1.2.5 Comparaison des principaux dispositifs de prise en charge

1.2.5.1 Maintien à domicile

France	***Allemagne***
Soins ambulatoires	**Soins ambulatoires**
Professionnels de santé libéraux	Professionnels de santé
➢ Médecins généralistes, ➢ Infirmiers libéraux, ➢ Centres de soins infirmiers (CSI), ➢ Services de soins à domicile (SSIAD).	➢ *Hausärzte/Allgemeinärzte/Internisten*– Médecin de famille/médecins généralistes/Internistes ➢ *Krankenschwester in den Pflegediensten*- Infirmières dans les services de soins à domicile ➢ *Pflegedienste/Häusliche Pflege /Hauskrankenpflege/Sozialstation :* Services de soins à domicile
Informer, coordonner	**Informer, coordonner**
➢ Centres Locaux d'Information et de Coordination (Clic) ➢ Espaces d'accueil séniors (ESPAS) (Bas-Rhin) et Pôles gérontologiques(Haut-Rhin) en Alsace ➢ Assistants sociaux dans CCAS des communes ➢ Services sociaux des hôpitaux ➢ Associations caritatives et entreprises privés	➢ *Pflegestützpunkte*- Centres de conseil présents dans les caisses d'assurances dépendances/*Pflegeberater in der Pflegekassen*- Conseillers dans les caisses d'assurances dépendances = équivalent des CLIC en France ➢ *Sozialbeämter*- Assistants sociaux ➢ *Altershilfeberatungsstellen in der Kommunen*- Services de consultations d'aide aux personnes âgées dans les communes ➢ *Seniorenvertretung*- Rencontres seniors

- Internet

Aide au maintien à domicile hors soins

Services sociaux + Services d'aide et de soins à domicile

- Aide-Ménagère à Domicile
- Portage de repas
- Téléalarme

Les établissements d'accueil

- Les Foyers-logements, les résidences services
- Les établissements d'hébergement temporaire,

dans les communes

- *Wohlsfahrtverbände und private Träger*- Associations caritatives et entreprises privées
- *Sozialdienste in den Krankenhäusern (Rehabilitationskliniken*)- Service social de l'hôpital (les équivalents des SSR)
- *Internet (Gelbe Seiten)*- Pages jaunes

Aides au maintien à domicile hors soins

Services sociaux+ services aides à domicile

- *Hausnotruf*- Téléalarme
- *Essen auf Rädern*- Portage de repas
- *Hauswirtschaftliche Versorgung*- Offre pour aides dans économie domestique (ménage, courses…)

Ces services sont souvent proposés par les services de soins ambulatoires, encore appelés les « stations sociales » dans les communes (*ambulante Pflegedienste/Sozialstationen*), descendants des instituts de bienfaisances religieux. Ces services peuvent être privés ou publics, religieux ou non.

Etablissements d'accueil

- *Betreutes Wohnen für Senioren*- Foyers logements pour PA, résidences services
- *Tages-und Nachtpflege*- Accueil de jour et de nuit, inclus dans la *Teilstationärepflege*, c'est-à-dire les soins

- Les accueils de jour
- Les Maisons d'accueil Rurales pour Personnes Agées (MARPA),
- Les Appartements protégés,

Les Petites Unités de Vie

- L'accueil familial

partiellement stationnaires.

- *Kurzzeitplege*- Hébergement temporaire, inclus dans la *Vollstationärepflege*, c'est-à-dire dans les soins stationnaires.
- *Betreute WG für S*- Colocation pour Personnes âgées dépendantes

Hospitalisation temporaire, de courte durée et réintégration au domicile

Etablissements hospitaliers

- Hospitalisation à domicile (HAD)
- Unités de consultation et d'hospitalisation de jour gériatrique (MCO)/ Court séjour (MCO)
- Soins de suite et de réadaptation (SSR)
- Equipe mobile gériatrique
- RAG (réseau Alsace Gérontologie)
- Equipes Mobiles de soins palliatifs

Hospitalisation temporaire, de courte durée et réintégration au domicile

Etablissements hospitaliers

Offre de soins en gériatrie (courte durée) :

- Trois niveaux au niveau d'un Land

a. Soins primaires gériatriques (*Geriatrische Grundversorgung*) dans tous les services d'urgences (*Akutkrankenhäuser*)

b. Un point gériatrie (*geriatrischer Schwerpunkt*) dans chaque Kreis, établissement de référence, qui doit remplir la tâche de qualification et de consultation pour les autres hôpitaux du Kreis, pour tous les médecins et établissements qui sont en charge de personnes âgées.

c. Centre gériatrique (*Geriatrische Zentren*), échelon supérieur, établissement de référence des points gériatrie. Ces centres sont souvent

rattachés à une université et sont les centres de recherche en gériatrie.

- Centres de « réhabilitation gériatriques » *(Geriatrische Rehabilitation*), équivalent des soins de suite et réadaptation.

1.2.5.2 Dispositifs de prise en charge en institution

France

Etablissements d'hébergement permanent

- Etablissement Hébergement Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)
- Autres maisons de retraite

Etablissements sanitaires

- Centres de longs séjours hospitaliers
- Unités de Soins Longue Durée (USLD)
- Unités de soins palliatifs

Allemagne

Etablissements d'hébergement permanent et établissements sanitaires

- *Altenpflegeheim* : équivalent des EHPAD+USLD, même si ne sont pas réservés uniquement aux personnes dépendantes. Il n'y a pas d'équivalent des services de soins de longue durée français. Tout est fait dans les *Pflegeheime*, qui sont plus ou moins médicalisés, mais aussi dans les hôpitaux pour les fins de vie (médecine palliative)

1.2.5.3 Des dispositifs à peu près équivalents, mais quelques différences dans les établissements d'hébergement à domicile

D'après les paragraphes précédents, nous retrouvons à peu près les mêmes types d'établissements pour l'hébergement permanent, les services hospitaliers.

Cependant nous observons des différences dans l'offre d'hébergements alternatifs, pour soulager les aidants et permettre de retarder l'entrée en institution des personnes dépendantes.

En effet si on retrouve l'accueil de jour et de nuit ainsi que l'hébergement temporaire dans les deux pays, certaines formes d'établissements sont particulièrement développées en Allemagne, comme les colocations pour personnes âgées, dépendantes ou non, qui ressemblent aux Petites Unités de Vie, même si la notion de partage de la vie commune est beaucoup plus forte qu'en France. D'autres modes d'hébergement sont préférés en France, comme l'accueil familial, la chambre étudiante chez une personne âgée.

Ces différences peuvent s'expliquer par des différences culturelles et sociales. Par exemple, le développement des « colocations de séniors » *(Senioren Wohngemeinschaften)* rencontre du succès en Allemagne et a inspiré les responsables de la politique gérontologique pour le développement de colocations pour personnes dépendantes, parce que la colocation est un mode de vie que presque tous les Allemands ont connue pendant leurs études et qui a un sens beaucoup plus fort qu'en France.

En effet, le mot colocation est une traduction impropre de *Wohngemeinschaft (WG)* en allemand, qui signifie réellement une communauté d'habitants. Parmi les colocations étudiantes, certaines forment de vraies communautés avec des projets de vie commun, organisent des évènements en fonction de leurs idéaux et principes. Les Allemands gardent en général une image très positive de ces années passées en colocation.

Ainsi ce nouveau modèle d'hébergement allemand pour séniors reprend le modèle de la colocation étudiante, ce qui permet aux personnes âgées n'ayant pas des ressources financières importantes de partager les factures d'énergie (très élevées en Allemagne) et le loyer. Mais cela permet également de lutter contre l'isolement social et de partager les frais de soins pour les personnes dépendantes. L'aspect communautaire est beaucoup plus fort que chez les modèles équivalents français (PUV, MARPA) et rencontre plus de succès auprès de

la population, car elle renvoie à un style de vie beaucoup plus répandu dans la population qu'en France.

Avec cet exemple, nous voyons que les politiques gérontologiques, qui poursuivent globalement les mêmes objectifs dans nos deux pays, ne vont pas être conduites et reçues de la même manière par la population, à cause de facteurs multiples (culturels, sociaux, économiques etc…). C'est la combinaison de ces facteurs socio-territoriaux qu'il nous importe d'identifier et d'expliquer dans ce mémoire, en montrant que les dynamiques territoriales de ces deux espaces influent sur les dynamiques d'offre de prise en charge et inversement que les dynamiques de prise en charge des personnes âgées ont un impact sur l'attractivité des territoires.

1.3 Les enjeux géographiques de l'étude

Dans les deux premières sous-parties, nous avons observé que la France et l'Allemagne, bien que confrontées toutes les deux à un vieillissement de la population, ne répondaient pas de la même manière aux besoins de la population, à cause d'un contexte social et territorial différent et de dynamiques institutionnelles distinctes.

Nous avons vu que cette différence de réponse avait un impact sur la nature et la diversité des établissements d'hébergement et sur le maillage territorial de l'offre d'établissements (les référents géographiques pour la planification de l'offre ne sont pas les mêmes, les pouvoirs des acteurs locaux non plus).

Or l'analyse de multiples facteurs se combinant sur un territoire particulier pouvant expliquer des disparités territoriales d'un phénomène (dans notre cas l'offre d'hébergement) est au cœur des interrogations en géographie humaine.

Des travaux américains existent déjà sur les dynamiques de la répartition des maisons de retraites aux Etats-Unis, même s'ils n'adoptent pas une démarche comparative. Par exemple l'article de Zhanlian Feng, Michael Lepore et al., paru dans la revue *Archives of internal Medicine* montre que les fermetures de maisons de retraites se concentrent dans des territoires où des communautés pauvres et des minorités vivent. Les auteurs utilisent des méthodes d'analyse spatiale et statistiques pour mettre en relation le milieu social et économique des territoires et des clusters de fermetures de maisons de retraites (Feng, et al., 2011). Nous nous inspirerons de ces travaux pour mettre en lien les dynamiques territoriales et les dynamiques d'offre d'hébergement.

Nous allons préciser dans cette partie les différents concepts que nous allons mobiliser pour répondre à nos hypothèses de départ, en nous inspirant des géographes et autres chercheurs qui se sont intéressés aux liens entre dynamiques territoriales et dynamiques d'offre de soins.

Notre étude va nous permettre de :

1.3.1 Etudier le lien entre les dynamiques territoriales et les dynamiques sanitaires

Parler de dynamique d'un territoire en géographie, c'est observer des évolutions de configurations spatiales, d'inégalités, de disparités au sein d'un espace socialisé par un groupe, le territoire. «La dynamique des territoires étudie les changements qui sont en œuvre du point de vue :

- des localisations des populations et de leurs activités,
- des aménagements et des capacités de maîtrise des territoires étudiés. » (Géoconfluences)

On entre dans un cadre spatio-temporel : il va falloir définir une période temporelle et un espace socialisé bien précis pour observer ces dynamiques. Nous avons par exemple observé les évolutions de politique de prise en charge en France et en Allemagne, deux territoires avec des systèmes de soins distincts, depuis le début des années 1980 jusqu'à aujourd'hui. La date de départ correspondait au début de l'émergence d'un secteur de prise en charge spécifique consacré au handicap et aux personnes âgées dépendantes sur ces deux territoires. Nous avons ensuite décrit les évolutions des politiques de prise en charge au niveau national et leurs conséquences sur l'organisation territoriale de l'offre de prise en charge.

Dans la suite de notre travail, nous étudierons les évolutions des dix dernières années sur deux territoires plus restreints, l'Alsace et le Bade-Wurtemberg.

Pour décrire ces dynamiques territoriales, nous allons mobiliser certains termes géographiques comme ceux de « diffusion (progression d'un phénomène, par exemple une innovation), l'expansion (accroissement des superficies ou des volumes), la fusion (de deux territoires voisins) et la fission (division d'un territoire). Les déprises (dépeuplements), les fronts (espaces de progression) et les avancées pionnières (limites atteintes par les phénomènes) sont quelques formes bien connues des dynamiques territoriales » (Merenne-Schoumaker, 1994).

Dans le cadre de notre étude, nous nous intéresserons essentiellement aux fissions, c'est-à-dire aux effets de frontières, car elles sont au cœur de notre étude comparative de deux régions frontalières, l'Alsace et le Bade-Wurtemberg.

Mais nous ne nous contenterons pas d'une description des dynamiques territoriales des deux régions d'une part, et des dynamiques de l'offre d'hébergement pour les personnes âgées en perte d'autonomie d'autre part.

Nous allons mettre en liens les dynamiques territoriales et les dynamiques de l'offre de prise en charge. Quelques travaux de géographes ont déjà montré l'intérêt de cet axe de recherche, en s'intéressant par exemple aux dynamiques territoriales et aux dynamiques sanitaires.

En effet dans l'étude sur les dynamiques sanitaires des villes françaises (Rican, Salem, & Vaillant, 2012), les auteurs mettent en relation des indicateurs de mortalité avec les dynamiques

urbaines françaises au cours de trente années (1970-2000), en montrant que les agencements urbains régionaux différenciés constituent une clé importante de lecture des disparités spatiales de santé en France.

Autre étude importante mettant en relation cette fois les dynamiques territoriales et les dynamiques d'offre hospitalières, l'observation des recompositions hospitalières par Sébastien Fleuret dans la province angevine (Fleuret, 2003). L'auteur montre que les recompositions hospitalières et sanitaires dans les environs d'Angers sont des enjeux non seulement pour les acteurs du soin mais aussi pour les élus locaux, car avoir un hôpital dans une ville a un impact sur l'organisation territoriale et sur l'attractivité de cet espace.

En nous inspirant de ces ouvrages, nous allons tenter de montrer les liens entre dynamiques territoriales et dynamiques des établissements d'hébergement dans nos deux régions d'études dans les dix dernières années (2000-2012).

Cette étude va nous permettre également de :

1.3.2 S'intéresser à l'accessibilité aux modes d'hébergement

Mesurer l'accessibilité de la population au système de soins est un axe de recherche déjà bien exploré par les géographes de la santé.

L'accessibilité est la capacité à pouvoir accéder à un service comme un hôpital, un cabinet médical ou dans notre étude à un établissement d'hébergement (alternatif, temporaire ou permanent).

Cette accessibilité peut être physique, économique, sociale, culturelle.

Pour mesurer l'accessibilité physique à des services de santé, comme les cabinets de généralistes, des chercheurs de l'IRDES ont développé certains indicateurs nouveaux et pertinents comme le temps d'accès, la densité par bassin de vie. Par exemple l'Accessibilité potentielle localisée (APL) prend également en compte le niveau d'activité des médecins pour mesurer l'offre et le taux de recours différencié par âge des habitants pour mesurer la demande (Barlet, Coldefy, Collin, & Lucas-Gabrielli, 2012).

Quelques géographes se sont penchés sur la question de l'accessibilité des personnes âgées aux services sanitaires mais aussi aux services de la vie quotidienne (centre commercial, magasins etc…) en milieu urbain, comme Pierre-Marie Chapon. Le géographe propose de

prendre en compte des critères individuels et sociétaux pour proposer des emplacements fonciers favorables pour des logements adaptés à des personnes âgées en ville (Chapon, 2009). Ces critères permettraient de proposer une bonne accessibilité aux services et besoins importants pour les personnes âgées.

De la même manière, mais à une échelle régionale, nous tenterons de proposer des indicateurs pour mesurer l'accessibilité des personnes de 65 ans et plus en perte d'autonomie aux établissements d'hébergement alternatif ou permanent, en prenant en compte le nombre de places, le type de place, la densité par zone de proximité (Alsace) ou Kreis (Bade-Wurtemberg), le coût de l'hébergement, et d'autres critères que nous présenterons.

Si des disparités d'accessibilité émergent de notre analyse, nous nous pencherons sur l'impact territorial que peuvent avoir ces disparités. La question de l'équité territoriale et de l'attractivité territoriale pour notre population cible mais aussi pour son entourage va se poser.

1.3.3 Penser l'aménagement du territoire en termes d'équité territoriale ou d'attractivité territoriale ?

L'étude des disparités d'accessibilité à des services (sanitaires, sociaux ou autres) est au cœur des réflexions actuelles des acteurs locaux de l'organisation sanitaire et de l'aménagement du territoire.

Les politiques d'aménagement du territoire ont connu deux grandes périodes en France depuis les années 1950 : dans un premier temps, l'objectif était de rééquilibrer les territoires entre eux, afin que les écarts entre « Paris et le désert français » se résorbent. Ces initiatives d'aménagement du territoire venaient de l'Etat, on avait un système très centralisé.

Dans les années 1980, avec les lois de décentralisation, les régions récupèrent de nombreux pouvoirs, et sont en partie responsables désormais du développement et de l'aménagement de leur territoire. Cela conduit à « l'instauration de relations compétitives entre les régions, qui se substituent aux relations de complémentarité qui caractérisaient le modèle précédent de développement régional. (…) La logique d'égalité des territoires passe ainsi en arrière-plan des politiques étatiques, mais des programmes de soutien aux territoires en difficulté continuent à être développés (Pasquier, Guigner, & Cole, 2011). » Ainsi une nouvelle logique de politique territoriale émerge : celle de l'attractivité du territoire, qui ne fait pas pour autant disparaître la première logique.

Dans le domaine de la santé, cette logique émerge également, en particulier depuis le début de la recomposition de l'offre de soins, en particulier hospitalière dans les années 1990. En effet, avoir un hôpital dans sa ville est un atout pour attirer des habitants, offrir des emplois. Le perdre à cause de logique de recentralisation peut provoquer une dégradation de la ville ou commune concernée, en particulier en milieu rural (Fleuret, 2003). Posséder un beau réseau sanitaire permet au territoire de se dynamiser.

Dans le domaine de la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie, on peut également observer ce tiraillement entre volonté d'équité territorial et le développement d'un marketing territorial, pour attirer ou retenir des populations âgées fragilisées. Par exemple, le développement de logements alternatifs pour personnes âgées dépendantes dans certaines communes comme les colocations pour séniors en Allemagne et dans le Bade fait partie à la fois d'une logique d'équité territoriale et de marketing territorial. Comprendre ces deux logiques peut nous aider à saisir les causes des disparités d'offre d'hébergement sur nos deux territoires d'étude et leurs dynamiques.

1.3.4 Donner une dimension géographique à la notion de parcours de vie

La notion de parcours de vie est souvent utilisée en gérontologie et en sociologie. Assurer un parcours de vie sans ruptures pour les personnes âgées en perte d'autonomie est en effet un des objectifs fondamentaux pour les professionnels de la santé et du social et également pour les acteurs responsables de la planification sanitaire et gérontologique.

Or, le changement de lieu de vie est une rupture de parcours, qui peut avoir des conséquences graves sur l'état de santé des personnes âgées souffrant d'incapacités, en particulier dans le cas des démences. Ce changement de domicile peut être ralenti par l'ensemble des dispositifs permettant le maintien à domicile des personnes, mais l'entrée en institution peut devenir nécessaire avec l'évolution des maladies ou incapacités.

Afin de prévenir une trop grande rupture pour les personnes, les acteurs du domaine médico-social ont mis en place des dispositifs pour coordonner les actions de prise en charge. Cependant avec l'émergence de multiples solutions d'hébergements alternatifs permettant de retarder l'entrée en institution, on peut se demander si ces hébergements intermédiaires ne multiplient pas les ruptures de parcours pour ces personnes en perte d'autonomie, en rajoutant des étapes entre le domicile et l'institution d'hébergement permanent médicalisée. C'est pour

cela que de nombreux établissements combinent les différents modes d'hébergement, afin de pouvoir éviter ces ruptures trop grandes de lieu de vie.

Nous pourrons étudier quelles sont les différentes politiques menées pour fluidifier les parcours de vie des personnes âgées dépendantes sur nos deux territoires.

Il serait intéressant de pouvoir suivre les parcours des personnes dépendantes dans nos deux régions, pour comparer les solutions adoptées et la gestion des ruptures de lieu de vie. En ancrant cette réflexion dans deux contextes territoriaux différents, la notion de parcours de vie prendrait une dimension géographique. Cependant nous ne pourrons pas aborder ce point dans notre étude, à cause des limites de temps et de moyen. Il nous semblait néanmoins intéressant de proposer cette piste de recherche pour des travaux futurs.

1.4 Données disponibles et méthodologie

Après avoir expliqué les concepts qui allaient nous aider à construire notre réflexion, nous présentons brièvement les données dont nous disposons pour faire notre étude comparative régionale et la méthodologie adoptée.

1.4.1 Les données disponibles : des difficultés de comparabilité

1.4.1.1 Evaluer le besoin avec des unités géographiques comparables

Pour mener une comparaison sur les dispositifs de prise en charge des personnes âgées, il nous fallait comparer les besoins de nos deux populations, à l'aide de données démographiques, sociales et économiques. Nous avons utilisé les données de l'INSEE côté alsacien de 1999 et 2008, et les données statistiques du Land de Bade-Wurtemberg côté badois de 2000 et 2009.

Cette première étape posait quelques difficultés mineures, car les classes d'âge n'étaient pas réparties de la même façon au niveau communal et les indicateurs socio-économiques n'étaient pas toujours construits de la même façon (revenu médian en France, revenu moyen en Allemagne).

La principale difficulté restait le choix des unités géographiques pour nos comparaisons : les communes françaises et allemandes ne sont pas de même taille, mais nous avons tout de même utilisé ce découpage, car c'est le maillage le plus fin pour l'Allemagne.

Pour comparer les Kreise, nous avons pris la zone de proximité comme échelle équivalente en France, car les surfaces étaient à peu près similaires et ces deux unités géographiques avaient un sens pour notre sujet, car ils étaient des référents géographiques pour les acteurs de la planification sanitaire.

De la même façon la typologie des espaces urbains et ruraux n'est pas construite de la même façon dans nos deux régions.

En France, les découpages les plus connus sont ceux que l'INSEE a développés depuis les années 1990. Ils se présentent de la façon suivante (Nicot, 2005) :

1er découpage**, les communes urbaines / les communes rurales** : le seuil est à 2000 hab.

2e découpage, **les unités urbaines** ont en principe plus de 2000 habitants (mais il existe des exceptions). Elles définissent le milieu urbain/ le milieu rural.

3e découpage, **les aires urbaines** : « une aire urbaine est un ensemble de communes, d'un seul tenant et sans enclave, constitué par un pôle urbain, et par des communes rurales ou unités urbaines (couronne périurbaine) dont au moins 40% de la population résidente ayant un emploi travaille dans le pôle ou dans les communes attirées par celui-ci. Un pôle urbain est une agglomération de communes offrant 5000 emplois ou plus. » (ZAU) Les communes dont 40% des actifs occupés vont travailler non pas dans une mais dans deux ou plusieurs aires urbaines sont des communes multipolarisées.» Ce nouveau découpage définit l'espace urbain.

4e découpage, **l'espace rural** (ZAUER) : 3 catégories de communes : celles qui appartiennent à un pôle d'emploi de l'espace rural (communes avec 1500 emplois hors espace urbain), celles qui forment les couronnes des pôles d'emploi de l'espace rural (40% des actifs travaillent hors commune mais dans l'air d'emploi, hors espace à dominante urbaine), et enfin les autres communes de l'espace rural.

Pour l'Allemagne, nous reprenons le découpage proposé par le Land du Bade-Wurtemberg comme exemple et parce que c'est notre espace d'étude. Le plan de développement du Land (LEP) de 2002 du Bade-Wurtemberg définit trois grands espaces géographiques:

- **Die Verdichtungsräume** : espaces urbains (littéralement espace dense)
- **Randzonen um die Verdichtungsräume** : équivalent des espaces périurbains (zones périphériques des espaces denses)
- **Ländlicher Räume :** les espaces ruraux, eux-mêmes découpés en deux sous-espaces :
  - *Verdichtungsbereiche im Ländlichen Raum*: les espaces denses dans des espaces ruraux.
  - *Ländlichen Raum im engeren Sinn* : l'espace rural dans le « sens strict du terme »

La classification des communes est fondée sur la densité de population et le nombre d'emplois pour 100 habitants chez les 15-65 ans. C'est une combinaison de plusieurs variables pour former un indicateur :

- le taux de surface urbanisé (35%) : surface de l'espace de circulation routière et le taux d'urbanisation,

- densité de population (35%) : Habitants au km² sur les surfaces urbanisées sans compter les espaces de circulation routière,

- densité d'emploi par Habitants (15%) : Somme Habitants et actifs soumis à l'assurance sociale par km²,

- le niveau du prix du terrain à bâtir (15%) : valeur moyenne du terrain constructible (en DM).

Nous reprendrons les typologies des deux pays dans un premier temps et nous tenterons ensuite de proposer un indicateur pertinent commun aux deux espaces afin d'avoir une typologie commune pour différencier des espaces.

Il serait intéressant de pouvoir poursuivre cette recherche d'indicateurs pertinents pouvant différencier les espaces dans deux pays transfrontaliers qui ne présentent pas la même organisation du maillage urbain dans des études ultérieures.

1.4.1.2 Comparer l'offre d'hébergement

Pour évaluer l'offre française, nous avons utilisé des données issues de la base FINESS de l'ARS Alsace, en prenant des données de 2008 et de 2012, afin d'observer d'éventuelles recompositions spatiales après la mise en place des ARS avec les réformes de la loi HPST de 2009.

Du côté allemand, les données n'étaient pas disponibles au niveau communal dans les statistiques officielles, à cause du secret statistique. Nous ne traiterons ces données qu'au niveau des Kreise.

Pour les deux régions, nous avons calculé des densités brutes d'offre. Nous souhaitons faire des densités lissées au niveau communal dans le cadre d'une thèse par exemple, où nous aurions le temps de récupérer les données au niveau communal en Allemagne.

Nous avons comparé des indicateurs comparables, c'est-à-dire essentiellement les places en maisons de retraite, en hébergement temporaire, en accueil de jour et de nuit.

1.4.2 Des visites dans les établissements alsaciens et badois

Afin d'obtenir des informations complémentaires sur les critères de localisation des établissements, sur leur fonctionnement, leur histoire, nous avons fait des visites dans ces structures en France et en Allemagne.

Ces visites sont de l'information qualitative qui permet de compléter l'information statistique et cartographique présentée précédemment. Cependant au moment de la soutenance de ce mémoire, nous n'avons pas encore achevé notre stage et donc nos visites. Nous nous contenterons des premiers résultats du côté badois, car les visites françaises commencent après notre soutenance.

Nous avons construit une grille bilingue d'entretien (Cf **Annexe 3**). Pour sélectionner nos établissements, nous avons choisi des espaces comparables et les établissements en fonction de l'offre proposée. Nous avons ensuite retenu les premiers qui nous répondaient positivement ou ceux que les acteurs des services de santé publique nous conseillaient.

1.4.3 Une bibliographie dans les deux langues et des entretiens avec les acteurs des plans gérontologiques

Pour constituer notre bibliographie française et allemande, nous avons consulté des ouvrages généraux, les plans gérontologiques régionaux et départementaux, des articles de presse pour l'Allemagne.

Afin d'identifier les bonnes sources d'informations, nous avons pris contact avec des acteurs de la planification gérontologique en France et en Allemagne (ARS, CG, Landesgesundheitsamt). Nous avons également fait relire nos textes par les acteurs ressources, afin d'être sûr de la fiabilité de nos informations.

2) L’ancrage territorial des établissements d’hébergement pour personnes âgées en perte d’autonomie : deux territoires frontaliers aux dynamiques territoriales et sanitaires contrastées

Objectifs de la partie

Dans cette partie, nous replaçons notre objet d'étude, les établissements d'hébergements des personnes âgées en perte d'autonomie en Alsace et dans le Bade-Wurtemberg, dans leur contexte territorial. Nous allons décrire les deux espaces d'études à l'aide de différents indicateurs.

Cette description nous permettra d'identifier les dynamiques territoriales majeures dans cet espace frontalier, et de mettre en évidence des effets frontières ou au contraire des évolutions communes aux deux territoires.

Nous nous concentrerons sur une comparaison des dynamiques démographiques et sanitaires des personnes âgées afin de comparer les besoins en matière de prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie sur ces deux espaces d'études.

2.1. Un portrait de la région alsaco-badoise : Espace carrefour ou espace frontière ?

2.1.1 La formation de nos deux territoires au sein de « l'espace rhénan »

L'Alsace et le Bade font partie d'un espace culturel et historique commun, que l'on nomme « l'Europe rhénane », et qui a une réalité physique : le bassin fluvial du Rhin . Cet espace regroupe non seulement l'Alsace et le Bade, mais également des régions suisses, allemandes (Rhénanie Palatinat, Rhin du Nord Westphalie) et hollandaises. (Juillard, 1968)

Cet espace est à la fois un carrefour d'échanges commerciaux depuis le Moyen-Âge et une frontière entre plusieurs Etats qui se sont formés à partir de la fin du Moyen-Âge (Royaume de France) et surtout à l'époque moderne et contemporaine (Confédération germanique, Allemagne réunifiée en 1871).

Il a été le théâtre de nombreux conflits entre les nations européennes jusqu'à la fin de la Seconde Guerre mondiale.

Le Rhin forme aujourd'hui une frontière physique entre les deux régions, même si le tracé de la frontière entre France et Allemagne a beaucoup évolué en quelques siècles. (Juillard, 1968)

L'Alsace a longtemps été sous influence allemande et autrichienne pendant le Moyen-Âge (Saint-Empire Romain Germanique et Empire des Hasbourgs). Elle était divisée en trois

grandes sous-régions : La Basse-Alsace (actuel Bas-Rhin), la Haute-Alsace (une partie du Haut-Rhin et Territoire de Belfort aujourd'hui) et la République de Mulhouse (Sud du Haut-Rhin).Le sud de l'Alsace a été rattaché à la France en 1648 par le traité de Westphalie et la fin de l'annexion française s'est faite en 1681, sous le règne de Louis XIV.

La région a cependant connu plusieurs périodes de domination allemande entre 1681 et 1945, avant la fin des conflits franco-allemands. (Brun, 2010)

La région frontalière allemande que nous étudions (**Carte 3**) correspond à peu près au « pays de Bade », si nous ôtons l'espace au nord de Karlsruhe, qui ne fait pas partie de notre étude.

Elle a été sous influence allemande ou autrichienne depuis le Moyen-Âge, hormis de courtes périodes d'occupation française (période napoléonienne, après la Seconde guerre mondiale).

Cette région historique a appartenu à plusieurs royaume et fait partie d'un ensemble régional plus vaste depuis 1952: le Land de Bade-Wurtemberg. Elle a définitivement perdu son unité politique après la Seconde Guerre mondiale.

Malgré les conflits franco-allemands répétitifs et la présence d'une frontière nette, mais pas « naturelle », tracée par le Rhin, ces deux territoires gardent des caractéristiques culturelles communes : la langue alsacienne, ainsi que d'autres éléments du folklore régional comme la gastronomie alsacienne rappellent les influences allemandes que la région a connues.

En outre, de par son histoire, l'Alsace conserve certaines particularités institutionnelles et juridiques datant de la période de domination allemande : le concordat de l'Alsace-Moselle, le système de santé et d'assurance maladie et d'autres éléments qui constituent le droit local alsacien.

Par ailleurs, ces deux territoires forment un espace qui a une unité physique : le massif des Vosges en Alsace et la Forêt Noire dans le Bade sont apparus au même moment et sont des surélévations résultant de l'effondrement du fossé rhénan à l'époque tertiaire. Ces massifs gardent un socle hercynien commun. Nous trouvons ainsi le même type d'espace dans ces deux régions : une vallée du Rhin très urbanisée et des espaces ruraux et montagnards. (**Carte 4**)

Les deux territoires d'étude issus des limites territoriales de l'espace concerné par la Conférence Rhin Supérieur sont de surfaces à peu près égales : 8 281 km² pour l'Alsace et 8 147 km² pour le Bade. Ce sont des régions densément peuplées, malgré la présence des massifs vosgiens et de la Forêt Noire. Cependant la densité de population est supérieure dans la région allemande que dans la région française : seulement 222 hab/km² en Alsace contre 299 hab/km² en 2008 (Rhin Supérieur).

Ces divers éléments nous montrent que nos deux territoires forment un espace carrefour cohérent, avec des influences communes et une unité géographique, même s'ils appartiennent à des Etats différents. Le Rhin ne serait donc pas une réelle frontière entre nos deux territoires en ce qui concerne les influences culturelles, historiques et le milieu naturel. (Juillard, 1968)

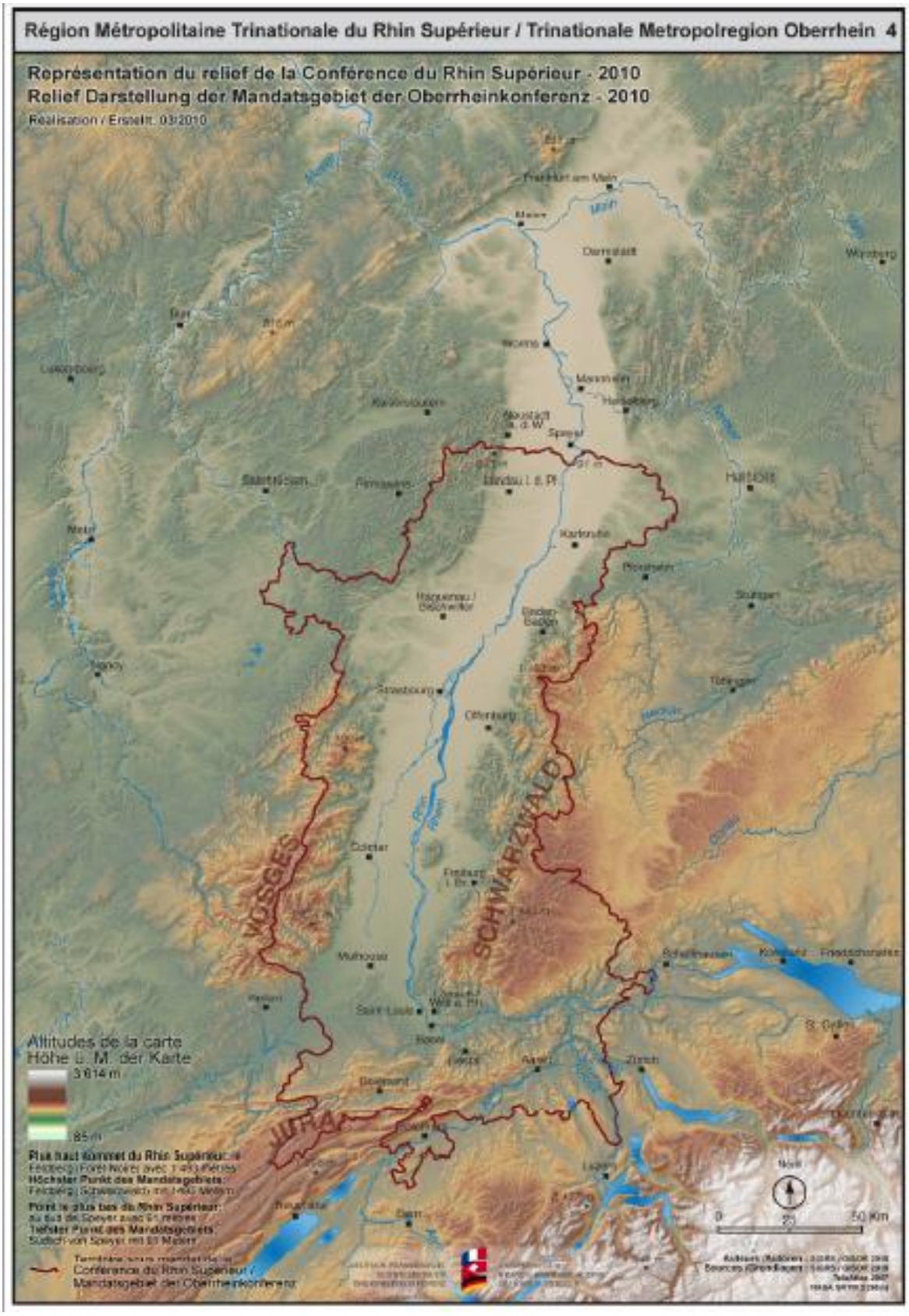
La construction européenne fait également renaître cet espace carrefour depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale et efface partiellement la frontière étatique entre nos deux territoires. Avec la création de la Communauté Européeene du Charbon et de l'Acier (CECA) en 1952, puis de la Communauté Economique Européeene (CEE) en 1957 et enfin de l'Union Européenne en 1992, les échanges économiques et culturels se font plus intenses dans cet espace frontalier au cœur de l'Europe. Strasbourg devient l'une des capitales européennes avec Bruxelles et Luxembourg et accueille le Parlement Européen régulièrement dans le quartier de l'Europe dans le nord est du pôle urbain.

Cette renaissance économique permet également la mis en place de réseaux de transports transfrontaliers, comme l'aéroport binational Bâle-Mulhouse-Fribourg (**Carte 5**) et le développement de projets communs soutenus par des finacements européens comme celui de l'eurodistrict PAMINA ou celui de la Conférence Rhin Supérieur, organe transfrontalier d'information et de coordination, qui réunit des experts des différents territoires de cette région. (Rhin Supérieur)

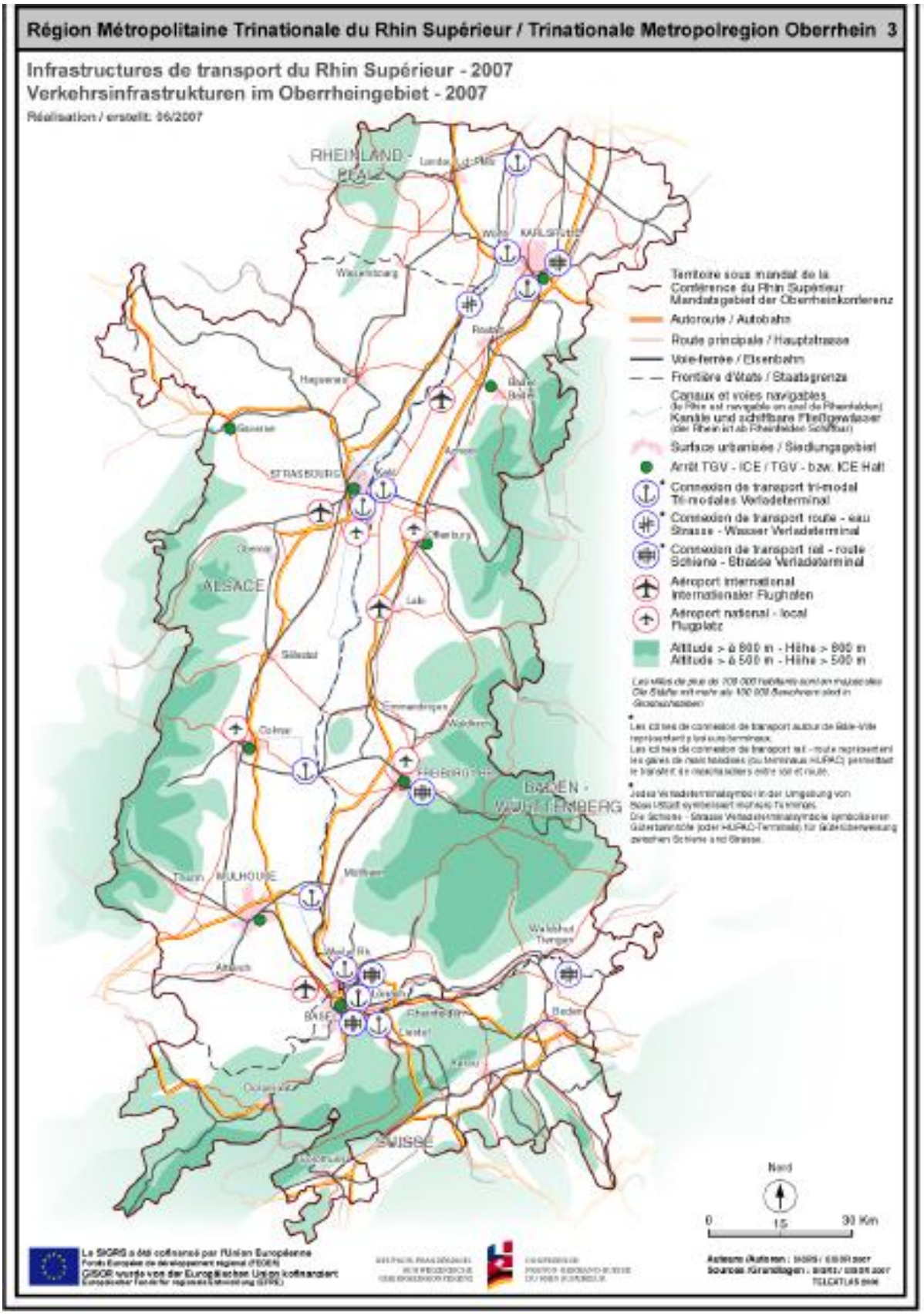
Ainsi les projets européens permettent d'effacer les frontières entre les Etats-Nations européens. Cependant, en observant des indicateurs démographiques et socio-économiques, nous allons voir que l'influence de ces coopérations transfrontalières doit être nuancée.



Carte 3: Notre espace d'étude: deux territoires de la Conférence Rhin Supérieure, sources site de la Conférence Rhin Supérieur



Carte 4: Un espace physique commun issu de la formation du fossé rhénan, sources site de la Conférence Rhin Supérieur



Carte 5: Un réseau de transports dense avec un aéroport binational, sources site de la Conférence Rhin Supérieur

2.1.2 Comparaison des évolutions démographiques : une frontière nette entre les deux territoires en ce qui concerne le vieillissement de la population

2.1.2.1 Objectifs et méthodes pour observer les dynamiques démographiques de la zone d'étude

Afin d'étudier la structure par âge de nos deux populations et d'étudier leurs dynamiques, nous avons utilisé plusieurs méthodes de représentation et divers indicateurs.

Nous avons tout d'abord construit des pyramides des âges de nos deux régions d'études, en 1999, 2008-9 et 2030, afin d'observer les grandes évolutions démographiques et de voir si ces deux régions d'études frontalières présentaient des particularités démographiques communes ou si au contraire on observait un effet frontière.

Ensuite nous avons présenté des profils démographiques à échelle régionale et à échelle plus fine : celle des *Kreise* allemands et des zones de proximité française et celle des *Gemeinde* et des communes, dans le but d'observer cet effet frontière de manière plus fine, et d'observer d'éventuelles phénomène de marges, de coupures ou de gradients.

Les *Kreise* sont des unités géographiques administratives, mais ils ont un grand rôle dans la planification sanitaire, surtout concernant la prise en charge des personnes âgées, c'est pour cela que nous les avons choisis. Les zones de proximité alsaciennes sont également calculées par l'Agence Régionale de santé d'Alsace en fonction de divers indicateurs qui prennent en compte l'offre et le recours aux soins des populations. Ainsi ces deux échelles intermédiaires nous semblaient les plus pertinentes pour notre étude.

Nous avons également présenté l'indice de vieillissement, le ratio aidants/aidés et les soldes naturels et migratoires à échelle régionale.

Pour notre analyse cartographique, nous n'avons pas réécrit à chaque fois les régions auxquelles nous faisions référence. Nous renvoyons le lecteur à la carte dépliante présentant les Kreise et les zones de proximité à la fin du mémoire, avant les annexes.

2.1.2.2 Résultats

Nous présentons tout d'abord nos pyramides des âges des deux régions d'études en 1999, en 2008-9 et en 2030. Nous précisons nos méthodes de calcul en annexe (Cf : **Annexe 4**).

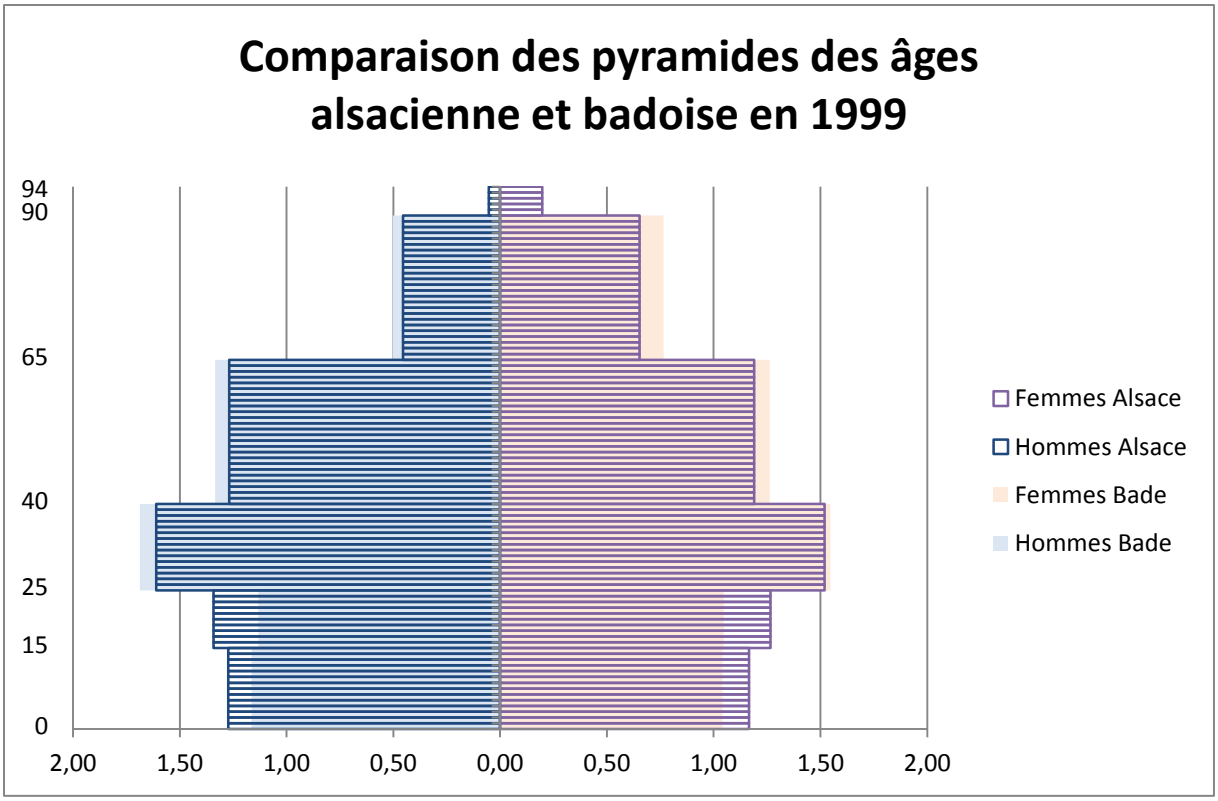


Figure 3: Pyramide des âges Alsace/Bade 1999, sources INSEE 1999 et Statistisches Landesamt BW 1999

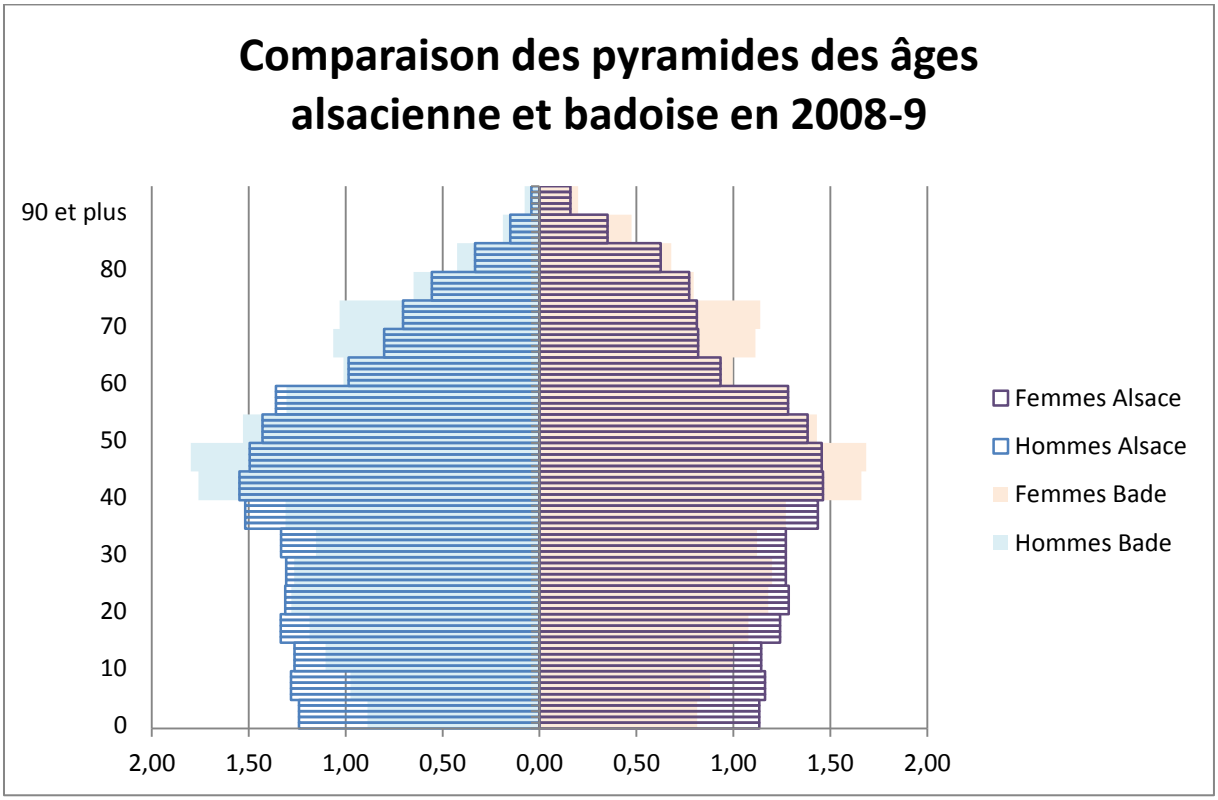


Figure 4: Pyramides des âges Alsace/Bade 2008-9, sources INSEE 2008 et Statistisches Landesamt BW 2009

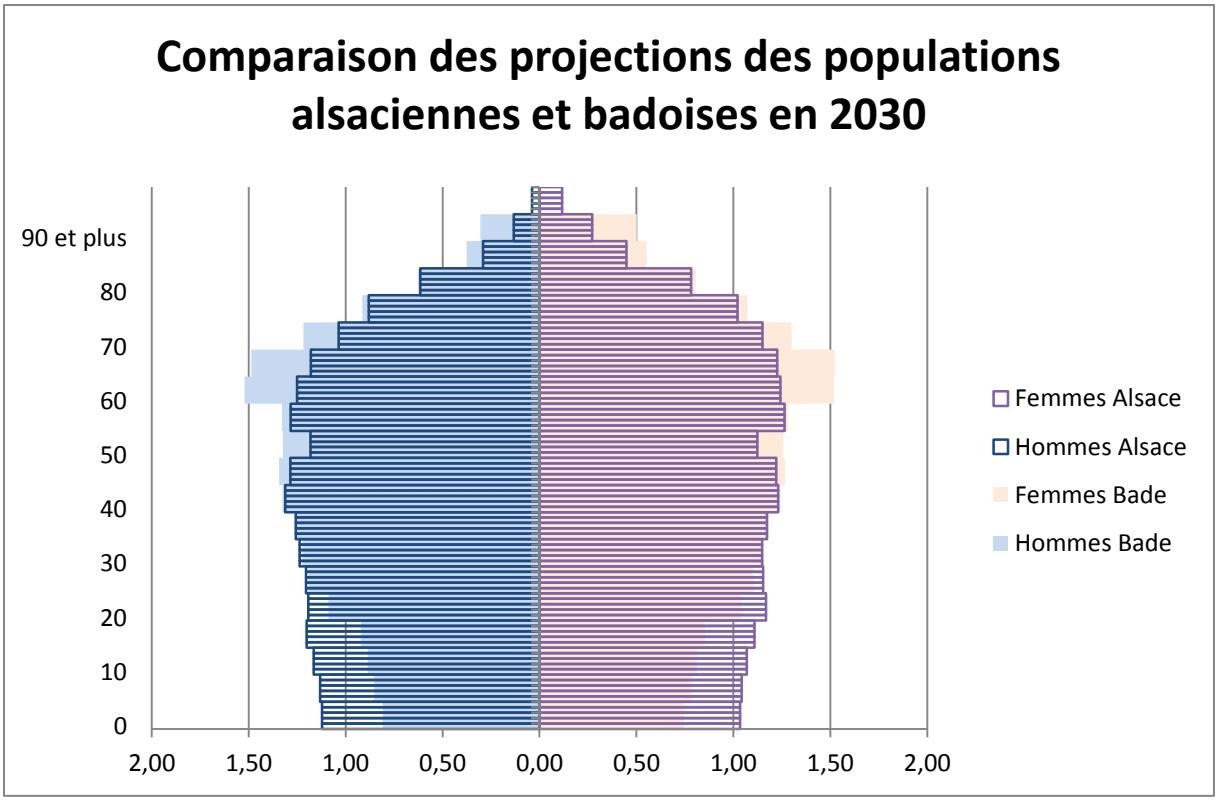


Figure 5: Pyramides des âges Alsace/Bade 2030, sources INSEE et Statistisches Landesamt BW

En 1999, nous remarquons déjà des différences de structure démographique dans les deux régions. Les 0-25 ans représentent une plus grande part de la population en Alsace alors que les 40-65 ans et les 65 ans et plus sont plus importants dans la région frontalière du Bade qu'en Alsace.

Cependant on observe dans les deux régions un même phénomène : les 0-25 ans, nés après 1975, représentent une part moins importante de la population que les 25-40 ans nés lors de la période du « baby-boom », ce qui pose des problèmes de renouvellement de génération dans nos deux régions.

En 2009, nous observons globalement un vieillissement de la population dans ces deux régions d'études, la génération du baby-boom se trouve maintenant dans les classes d'âge des 35-60 ans, alors que les moins de 35 ans représentent une part moins importante de la population.

Nous observons néanmoins que les classes de moins de 35 ans en Alsace restent relativement importantes, alors que nous remarquons une baisse de la part des 10-20 ans et des 0-10 ans dans la région du Bade.

En 2030, nous observons une différence de structure par âge de la population encore plus nette entre les deux espaces. Les moins de 20 ans représentent une part beaucoup moins importante que les 20-75 ans dans la région frontalière du Bade. En Alsace, la part des moins de 20 ans est un peu moins importante que les générations précédentes.

Nous en déduisons que le vieillissement de la population par le bas est plus fort dans le Bade qu'en Alsace, mais également par le haut car la part des 65 ans et plus est également plus importante dans le Bade qu'en Alsace. Il faut cependant nuancer ces observations, car ce ne sont que des projections et la fécondité des femmes des générations futures peut connaître de grandes fluctuations.

Nous voyons donc que l'évolution de la pyramide des âges de l'Alsace ressemble plus à celle de la France (**Figure 1**) que celle de la région frontalière du Bade-Wurtemberg. Et réciproquement l'évolution de la pyramide des âges du Bade ressemble plus à celle de l'Allemagne (**Figure 2**) qu'à celle de l'Alsace. Il y a donc bien un effet frontière observable à partir des données démographiques de la population.

Afin de préciser cet effet frontière, nous ajoutons des indicateurs supplémentaires pour mesurer cet effet frontière.

Nous ajoutons tout d'abord un tableau récapitulatif pour chaque territoire avec les profils démographiques des deux populations avec les effectifs et l'accroissement de la population par tranche d'âge entre 1999, 2008-9 et 2030.

Indicateurs / Âge (Années)	Alsace 1999 Effectif	Alsace 1999 %	Alsace 2008 Effectif	Alsace 2008 %	Alsace 2030 Effectif	Alsace 2030 %	Accrois-sement 1999-2008 (%)	Accrois-Sement 2008-2030 (%)
0-15	316 800	18,3	331 681	18,1	325 718	16,4	4,7	-1,8
15-25	225 959	13,0	237 519	12,9	231 780	11,7	5,1	-2,4
25-40	406 765	23,5	373 465	20,3	356 014	17,9	-8,2	-4,7
40-65	532 333	30,7	612 071	33,3	615 152	31,0	15	0,5
65-90	240 830	13,9	272 983	14,9	429 145	21,6	13,4	57,2
90 et plus	11 045	0,6	9 367	0,5	27 920	1,4	-15,2	198,1
65 et plus	251 875	14,5	282 350	15,4	457 065	23,0	12,1	61,9
total	1 733 732	100	1 837 087	100	1 985 729	100	6	8,1

Tableau 6: Profil démographique de l'Alsace, source INSEE

Indic. / Âge (Années)	Bade 1999 Effectif	Bade 1999 %	Bade 2009 Effectif	Bade 2009 %	Bade 2030 Effectif	Bade 2030 %	Accr. 1999-2009 (%)	Accr. 2009-2030 (%)
0-15	387 507	16,5	344 818	14,1	250 722	12,2	-11	Pas possible[3]
15-25	255 495	10,9	288 010	11,8	200 126	9,8	12,7	Pas possible
25-40	568 623	24,2	446 681	18,3	364 057	17,8	-21,5	Pas possible
40-65	762 004	32,5	882 114	36,1	687 249	33,5	15,8	Pas possible
65-90	-	-	462 504	18,9	507 051	24,7	-	Pas possible
90 et plus	-	-	17 029	0,7	41 488	2,0	-	Pas possible
65 et plus	374 477	15,9	479 533	19,6	548 539	26,7	28,1	Pas possible
total	2 348 106	100	2 441 156	100	2 050 693[4]	100	4	Pas possible

Tableau 7: Profil démographique du Bade, source Statistisches Landesamt

[3] Projection pour les villes de plus de 5000 habitants, donc seulement 85% de la population.
[4] Projection pour les villes de plus de 5000 habitants, donc seulement 85% de la population.

D’après ces deux tableaux, nous observons que la population du Bade est beaucoup plus nombreuse que celle de l’Alsace, et qu’entre 1999 et 2008-9, la population par les tranches d’âges sélectionnées évolue plus fortement dans le Bade qu’en Alsace.

Les deux régions connaissent néanmoins une baisse commune des moins de 25-40 ans et une forte croissance des 40-65 ans et 65 ans et plus.

L’Alsace connaît en revanche une augmentation des moins de 15 ans et des 15-25 ans, alors que le Bade connaît une baisse de ces tranches d’âges. Le vieillissement de la population par le bas de l’Alsace est donc moins important que dans le Bade.

Nous voyons qu’en 2030, l’Alsace connaît une faible baisse des moins de 15 ans et 15-25 ans et des 25-40 ans et une très forte hausse des plus de 65 ans. Nous ne pouvons pas comparer avec le Bade à cause de données incomplètes.

L’Alsace connaît donc pour l’instant un vieillissement moindre de sa population par rapport au Bade, les 65 ans et plus ne représentent que 15% de la population contre presque 20% dans le Bade. La part des 65 ans et plus en 2008-2009 est significativement différente après un test de Chi2 à 5% entre l’Alsace et le Bade. Il y a donc bien un effet frontière, même si les deux populations connaissent un vieillissement entre 1999 et 2030.

Afin d’évaluer les conséquences de ces évolutions démographiques en terme de vieillissement de la population et mesurer les besoins, nous avons calculé l’indice synthétique de vieillisse de ces deux territoires à nos trois périodes sélectionnées et le ratio aidants/aidés.

Nous avons utilisé l’indice synthétique de vieillesse, qui calcule la population de 65 ans et plus pour 100 personnes de moins de 15 ans plutôt que l’indice de vieillissement, qui calcule la population des plus de 60 ans et plus pour 100 personnes de moins de 20 ans, car le premier est aussi utilisé en Allemagne, alors que le second est plutôt un indicateur utilisé en France. Cependant ces deux indicateurs mesurent la même chose : le vieillissement de la population.

Le ratio aidants/aidés mesure le rapport entre les 55-65 ans, génération en âge et en capacité d’aider leurs parents âgées et les 85 ans et plus, part des personnes âgées qui ont un risque élevé de développer une dépendance. Nous avons ajouté un nouvel indicateur, le ratio aidants féminin/ aidés, qui calcule le rapport entre les femmes de 55-65 ans et les 85 ans et

plus, car d'après la littérature, ce sont souvent des femmes qui réduisent leur temps de travail ou arrêtent de travailler pour s'occuper d'un parent âgé dépendant (Martin, 2001).

Indicateurs / Années	Alsace ISV	Bade ISV	Alsace Ratio aidants/ aidés	Bade Ratio Aidants/ aidés	Alsace Ratio aidants f/ aidés	Bade Ratio aidants f/ aidés
1999	79,5	96,6	5,0	-	2,5	-
2008-9	85,1	139,1	6,4	4,9	3,2	2,5
2030	140,3	218,8	3,9	3,2	2,0	1,6

Tableau 8: indicateurs d'évaluation du besoin d'offre de prise en charge pour personnes âgées, INSEE et Statistisches Landesamt BW

Nous observons que l'Alsace présente encore en 2008 un indice synthétique de vieillesse positif, c'est-à-dire que pour 100 personnes de moins de 15 ans, il y a 85 personnes de plus 65 ans. Le Bade présente en revanche une évolution beaucoup plus rapide de son indice de vieillissement : les moins de 15 ans et les plus de 65 ans représentent à peu près la même proportion en 1999, mais ensuite en 2009, les plus de 65 ans dépassent les moins de 15 ans.

En 2030, l'indice indique même que les plus de 65 ans représentent un peu plus du double que les moins de 15 ans dans le Bade. Les plus de 65 ans dépassent également les moins de 15 ans en Alsace, mais à une échelle moindre. Cet indicateur nous montre donc également que le vieillissement de la population, commun aux deux populations entre 1999 et 2030, est cependant beaucoup plus important dans le Bade et pose déjà des défis de prise en charge, alors que l'Alsace est encore relativement épargnée par le phénomène.

Le ratio aidants/aidés nous montre une évolution un peu différente de la situation en Alsace : en effet le ratio aidants/aidés est actuellement plus élevé qu'en 1999. En revanche le ratio baisse presque de moitié en 2030. Il en va de même pour le Bade entre 2009 et 2030, le ratio étant déjà beaucoup plus faible qu'en Alsace.

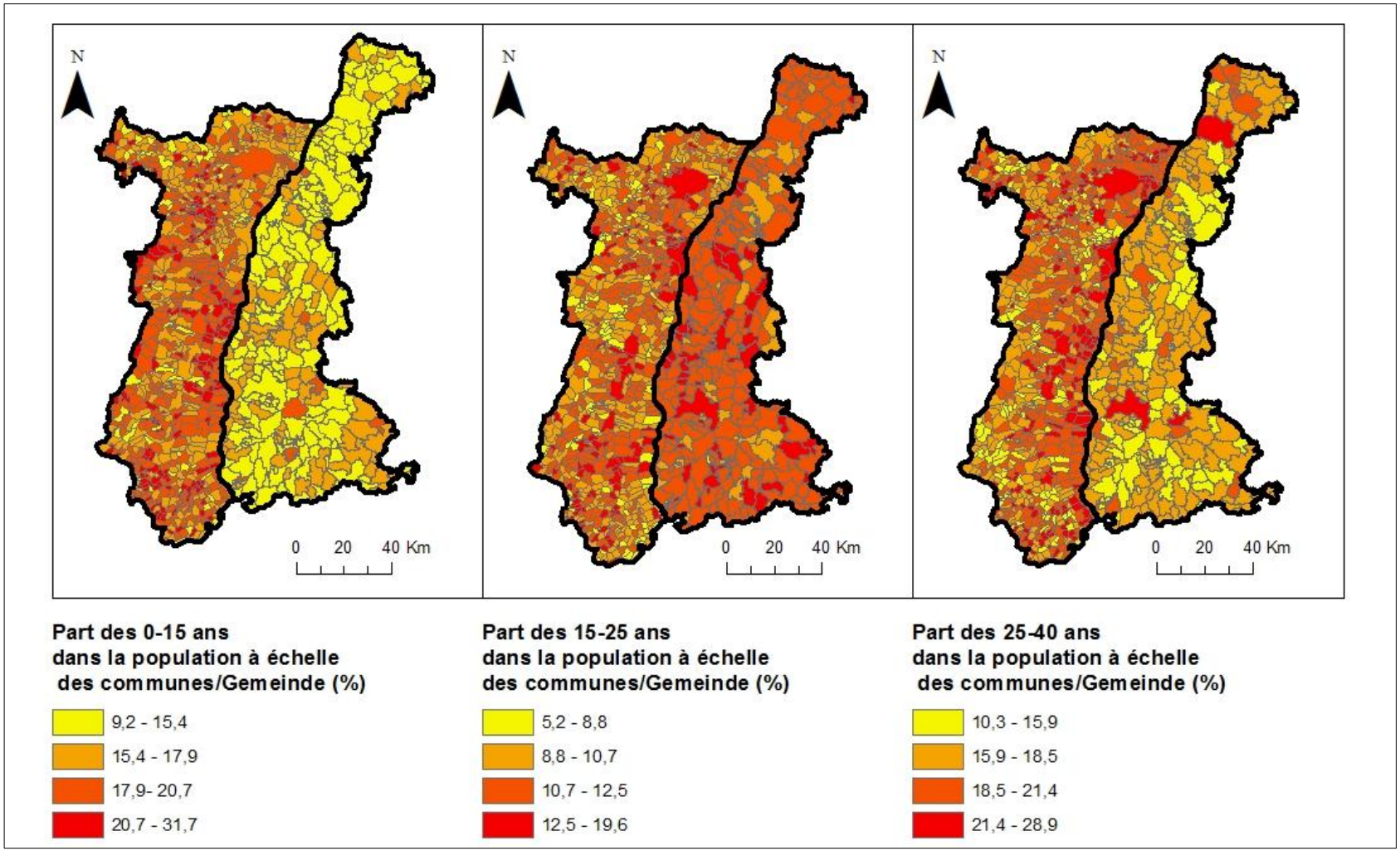
Ainsi la situation n'est pas encore si préoccupante en Alsace, même en ne considérant que les aidants féminins. Pour les deux régions aucun ratio n'est inférieur à 1, même en 2030, ainsi même si les aidants familiaux potentiels diminuent, ils restent présent dans le système de

prise en charge des personnes âgées de plus de 85 ans, la plus sensible aux problèmes de dépendance.

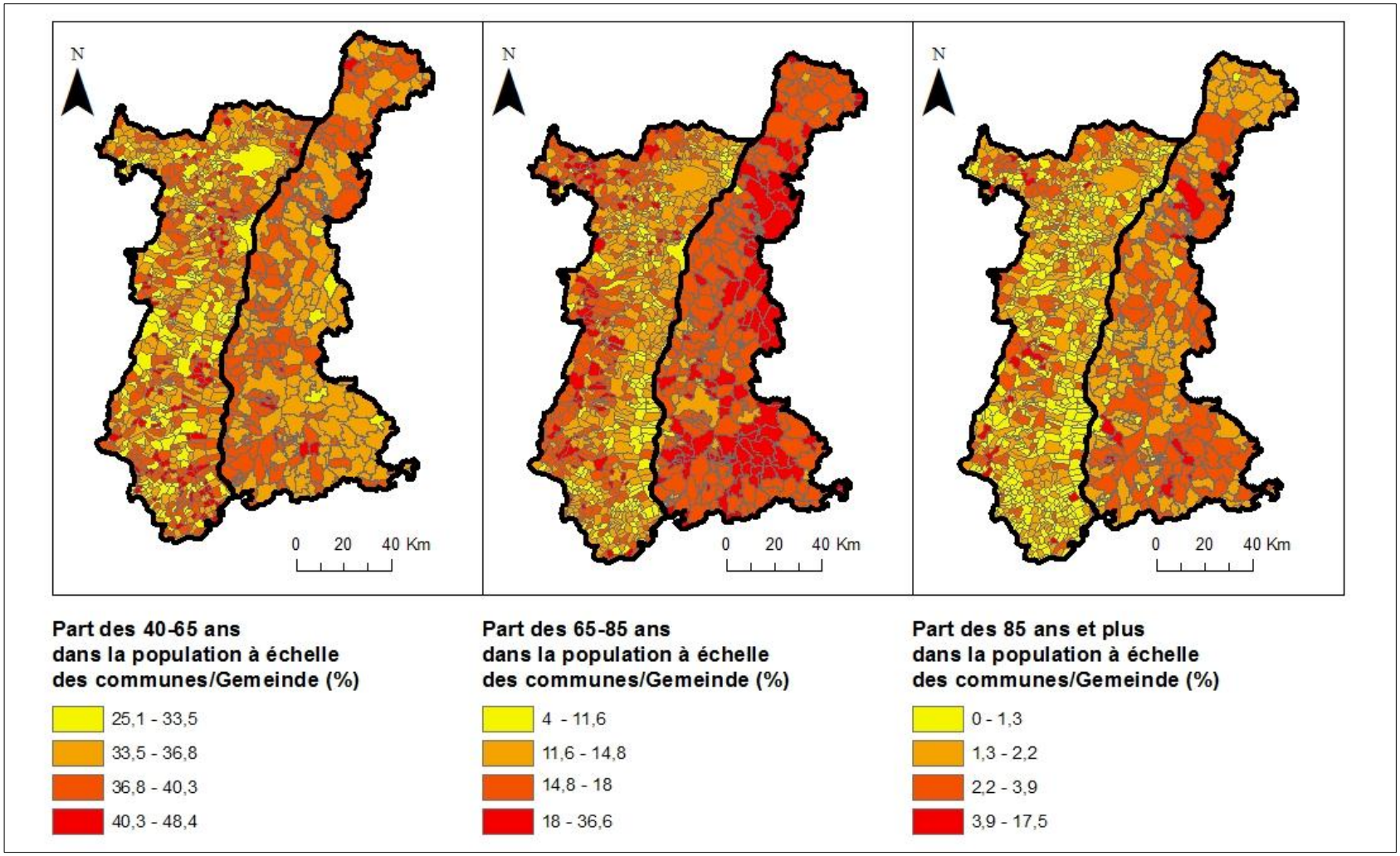
Pour observer la forme de l'effet frontière de ces dynamiques démographiques et identifier d'éventuels marges ou gradients, nous allons présenter les profils démographiques à échelle des communes/*Gemeinde* et des zones de proximité/*Kreise* dans les cartes suivantes. Nous avons représenté les classes d'âge suivantes : 0-15 ans, 15-25 ans, 25-40 ans, 40-65 ans, 65-85 ans et 85 ans et plus, car c'étaient les seules classes d'âges disponibles au niveau communal dans le Bade. Nous avons donc adapté les données françaises aux données allemandes.

Pour la discrétisation de nos cartes, nous avons utilisé la méthode de Jenks, afin de faire ressortir les différences interclasses et minimiser les différences intra-classes.

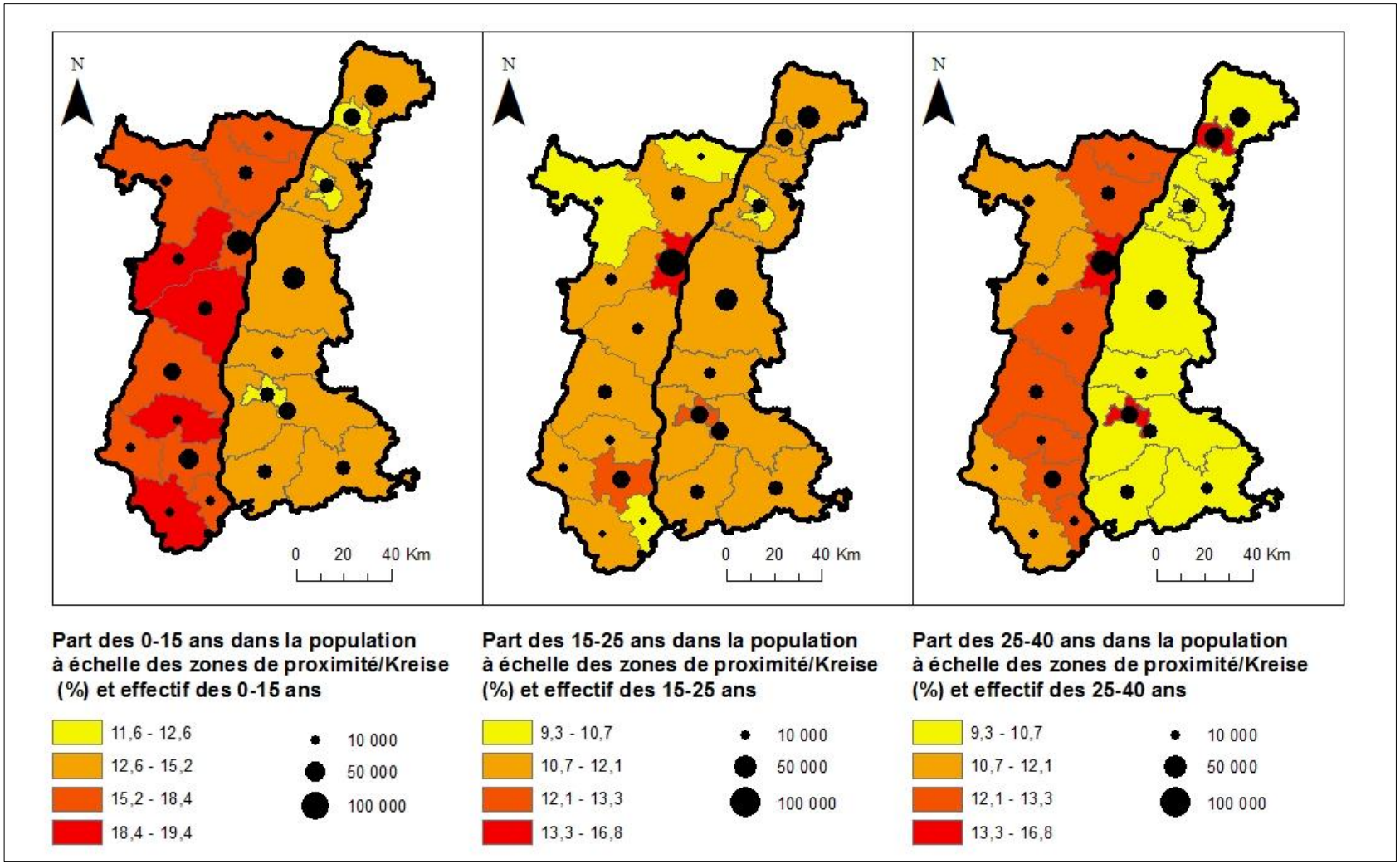
Nous avons découpé notre distribution en 4 classes, afin de synthétiser l'information en ne multipliant pas le nombre de classes.



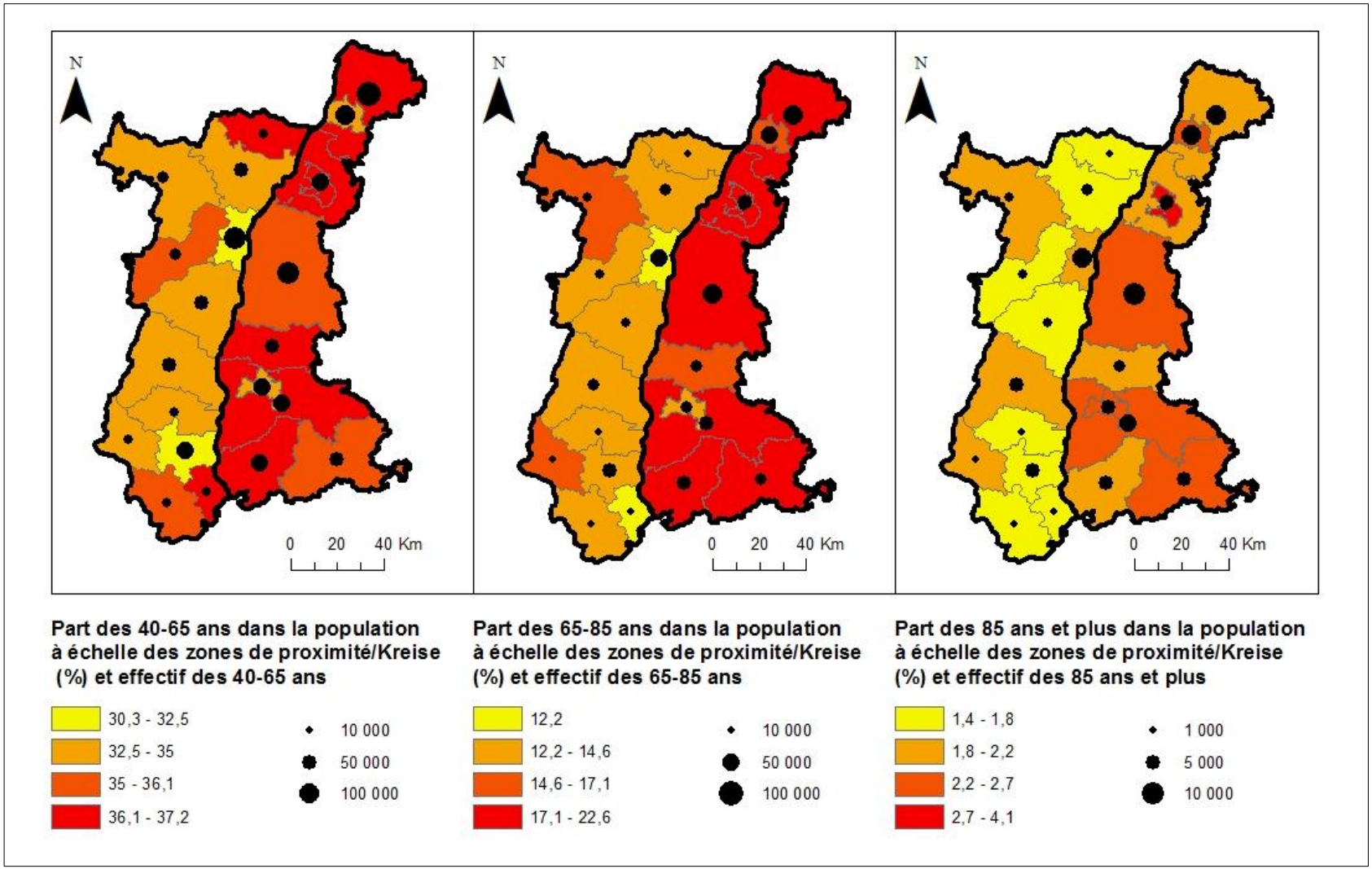
Carte 6: Structure par âge de la population à échelle communale en Alsace et dans le Bade en 2008-2009, sources INSEE 2008 et Statistisches Landesamt BW 2009, réalisation Astrid Coste 2012



Carte 7: Structure par âge de la population à échelle communale en Alsace et dans le Bade en 2008-2009 II, sources INSEE 2008, Statistisches Landesamt BW 2009, réalisation Astrid Coste 2012



Carte 8: Structure par âge de la population à échelle des zones de proximités et des Kreise en Alsace et dans le Bade en 2008-2009, sources INSEE 2008 et Statistisches Landesamt BW 2009, réalisation Astrid Coste 2012



Carte 9: Structure par âge de la population à échelle des zones de proximité et des Kreise en Alsace et dans le Bade en 2008-2009, sources INSEE 2008 et Statistisches Landesamt BW 2009, réalisation Astrid Coste 2012

L'analyse des quatre volets de trois cartes confirme certaines de nos affirmations précédentes, mais montre également des disparités de structure par âge de nos populations à l'intérieur de chaque région d'études.

L'étude de la structure par âge à échelle des communes doit être observée avec prudence (**Carte 6, Carte 7**), car la comparabilité des unités géographiques pose problèmes : les communes alsaciennes sont beaucoup nombreuses et plus petites en moyenne (904 communes) que les *Gemeinde* badoise (251 communes) pour une surface totale à peu près équivalente. En outre certaines communes ne sont pas très peuplées, nos taux ne sont pas toujours significatifs. Cependant ces cartes nous permettent de voir des tendances spatiales plus précises que sur nos cartes à plus petite échelle.

Nous observons qu'une frontière nette se dessine entre le Bade et l'Alsace sur la carte des 0-15 ans, des 25-40 ans et des 65-85 ans à échelle communale mais aussi des *Kreise*/Zone de proximité **(Carte 6, Carte 7, Carte 8, Carte 9).** On observe également moins de contrastes entre les communes ou *Kreise* allemands qu'entre les communes et zones de proximités alsaciennes.

En ce qui concerne les moins de 15 ans, les communes alsaciennes et les zones de proximité présentent globalement des taux et des effectifs plus importants (plus de 17% à échelle communale et plus de 15% à échelle des zones de proximité) que les communes et *Kreise* badois. Cependant la carte à échelle communale des moins de 15 ans montre des zones alsaciennes avec des taux faibles au Nord Est de la région et au contraire, des taux relativement équivalents dans des communes frontalières au niveau de Baden-Baden et Hagenau.

Pour les classes 15-25, nous observons plus de disparités intraterritoriales qu'interterritoriales à la fois à échelle communale et *Kreise*/ Zone de Proximité. En Alsace, les taux brut de la population sont très disparates, on remarque seulement que les taux les plus élevés sont dans les grandes aires urbaines, comme Strasbourg ou Mulhouse. Dans le Bade, la situation est plus homogène, avec des taux plutôt élevés surtout dans les pôles urbains comme Fribourg.

La part des 25-40 ans à échelle communale met bien en évidence des régions très urbaines qui présentent les taux les plus forts dans les deux régions (environ 30% de la population) : la vallée du Rhin du côté alsacien et certains pôles urbains du côté badois,

comme Karlsruhe et Fribourg. Dans les zones plus rurales et montagnardes de l'Alsace, les taux sont moins importants ainsi que dans presque tout le Bade sauf les pôles urbains cités.

Concernant la classe des 40-65 ans, on n'observe pas de frontière nette entre les deux régions, le Bade est cependant très homogène avec plus des 40-65 ans qui représentent plus de 35% dans tous les *Kreise*, alors qu'en Alsace, nous observons des taux moins importants, notamment à Strasbourg et à Mulhouse, même si en effectif, cette classe d'âge est nombreuse dans ces pôles urbains.

La part de 65-85 ans par communes et Zones de proximité/*Kreise* présente des contrastes forts entre le Bade et l'Alsace : les taux sont plus élevés dans le Bade (entre environ 14 et 22% sauf pour Fribourg) qu'en Alsace (entre 12 et 17%). Nous observons donc une frontière qui confirme nos résultats à échelle régionale. La situation est très homogène dans le Bade, avec seulement Fribourg, Karlsruhe qui présentent des taux moins élevés. En Alsace, les zones de proximité de Strasbourg et Saint-Louis présentent les taux moins élevés (mais pas les effectifs les plus faibles) et les zones de Saverne et Thann présentent les taux les plus élevés, qui restent cependant plus faibles que la plupart des *Kreise* allemands.

Pour les plus de 85 ans, on observe des taux plus élevés dans le Bade, mais avec cette fois-ci des contrastes plus importants entre les *Kreise* du Bade (entre 1,8 et 4,1%) qu'entre les zones de proximités de l'Alsace (entre 1,4 et 2,2%). En effet, les pôles urbains du Bade présentent les taux les plus élevés, en particulier à Baden-Baden.

Nous concluons de cette analyse qu'on observe bien des structures de populations contrastées entre les deux régions, avec une population de plus de 65 ans plus importante et nombreuse dans le Bade. Cependant on observe également des situations différentes au sein même de ces territoires, avec notamment des contrastes entre les pôles urbains et les zones rurales et montagnardes.

Ainsi pour évaluer le besoin de la population en termes de prise en charge des populations âgées, une bonne connaissance de la situation démographique est nécessaire, non seulement à échelle régionale mais également infra-régionale. Deux éléments sont à retenir : l'existence d'une frontière nette entre les deux régions pour les plus de 65 ans, avec un Bade plus âgé ; et une population plutôt jeune ou en âge de travailler dans les grands pôles urbains en Alsace (Strasbourg, Mulhouse), alors que dans les pôles urbains du Bade, les moins de 25 ans sont peu importants, au contraire des 25-65 ans et également des plus de 65 ans.

L'exemple le plus frappant est celui de Baden-Baden, qui présente des taux de plus de 65 ans très élevés et une population de moins de 25 ans peu élevé.

En ce qui concerne le solde migratoire et naturel, nous avons repris les statistiques publiés par la Conférence Rhin supérieur de 2008 : le solde naturel est positif en Alsace (+ 8 552 personnes) et négatif dans le Bade (- 1 771 personnes), ce qui confirme notre effet frontière et l'opposition entre l'Alsace avec un vieillissement par le bas et par le haut moins important que dans le Bade. En revanche, la situation est différente pour le solde migratoire : il est seulement de 948 personnes en Alsace contre 2 410 nouvelles personnes dans le Bade en 2008.

Ainsi la région du Bade semble être une région très attractive pour la population, plus que la région Alsace.

2.1.2.3 Conclusion de l'analyse des dynamiques démographiques de notre région

Pour conclure cette analyse démographique, nous observons que la situation des deux régions est très différente et que chaque région présente plus de points communs en termes de vieillissement de la population avec l'ensemble nationale dont elle fait partie qu'avec la région frontalière comparée, alors que nous avions vu en première partie que ces deux régions étaient des régions plutôt jeunes par rapport à leur ensemble national.

Cette situation nous fait prendre conscience de l'importance de tenir compte de cette différences de situation pour monter un indicateur de besoin de la population pertinent. En effet avoir 65 ans et plus dans un milieu où les personnes de cette tranche d'âge sont très nombreuses n'a pas les mêmes conséquences sur l'organisation territoriale de prise en charge des personnes âgées et surtout sur la place qu'on accorde aux aînés dans les politiques locales (sanitaires ou sociales).

Par ailleurs, cet effet frontière marqué interroge le poids des comportements locaux et des politiques nationales de politique familiale, d'emploi et également de migrations. Les politiques nationales semblent avoir plus de poids sur la structure démographique de la population des deux régions d'études que d'hypothétiques « comportements régionaux » communs en ce qui concerne la fécondité ou le lieu de vie (milieu rural/milieu urbain).

2.1.3 Comparaison des situations socio-économiques : deux régions au contexte économique favorable

2.1.3.1 Méthodes et données utilisées

Afin d'évaluer et de comparer le besoin des personnes âgées dépendantes en matière de prise en charge, nous allons présenter quelques indicateurs socio-économiques, tout d'abord de la population générale, puis des personnes âgées.

Il s'agit tout d'abord d'observer des effets frontières entre les deux territoires mais également des disparités intrarégionales, afin de cibler des territoires avec des populations plus fragilisées, ce qui pourrait avoir des conséquences sur l'état de santé des populations âgées et donc sur leurs besoins de soins.

L'environnement social et économique a également des conséquences en termes d'attractivité du territoire pour les personnes âgées.

La difficulté majeure de cette partie est de trouver des indicateurs socio-économiques communs et comparables dans les deux régions d'études. A l'échelle des deux régions, nous avons repris les indicateurs publiés par la Conférence Rhin Supérieure.

A échelle plus fine, nous avons présenté des données sur le chômage (à échelle des *Kreise* et des zones d'emploi).

Concernant les personnes âgées, nous n'avions pas de données précises dans le Bade, nous avons présenté des données valables pour le Land entier du Bade-Wurtemberg grâce au Mikrozensus de 2009 (microrecensement fait sur 1% de la population, avec un échantillon représentatif des divers profils socio-économiques). Pour la France, nous avons utilisé les données INSEE issues du recensement de 2008.

Nous souhaitions replacer les personnes âgées dans leur environnement en essayant de comparer la part des personnes âgées vivant dans une commune urbaine, périurbaine et rurale sur nos deux territoires, car la présence de personnes âgées en milieu rural ne pose pas les mêmes défis d'aménagement du territoire qu'en milieu urbain.

Nous n'avons pas trouvé d'indicateurs satisfaisants à échelle fine pour reconstruire une typologie commune à nos deux territoires. En effet, nous souhaitions recréer des catégories d'espaces en étudiant le type d'établissements ou entreprises sur le territoire d'une

commune, mais nous ne possédions pas ces données à échelle fine du côté allemand. Nous avons donc repris pour chacun des deux territoires les typologies communales déjà établies dans chaque pays, ce qui limite fortement la comparaison de cet indicateur.

2.1.3.2 Résultats

Contexte socio-économique régional

Au niveau régional, nous reprenons les statistiques publiés par la conférence Rhin Supérieur en 2008.

Peu d'indicateurs socio-économiques sont présentés car peu sont comparables dans les trois pays participants à cette conférence.

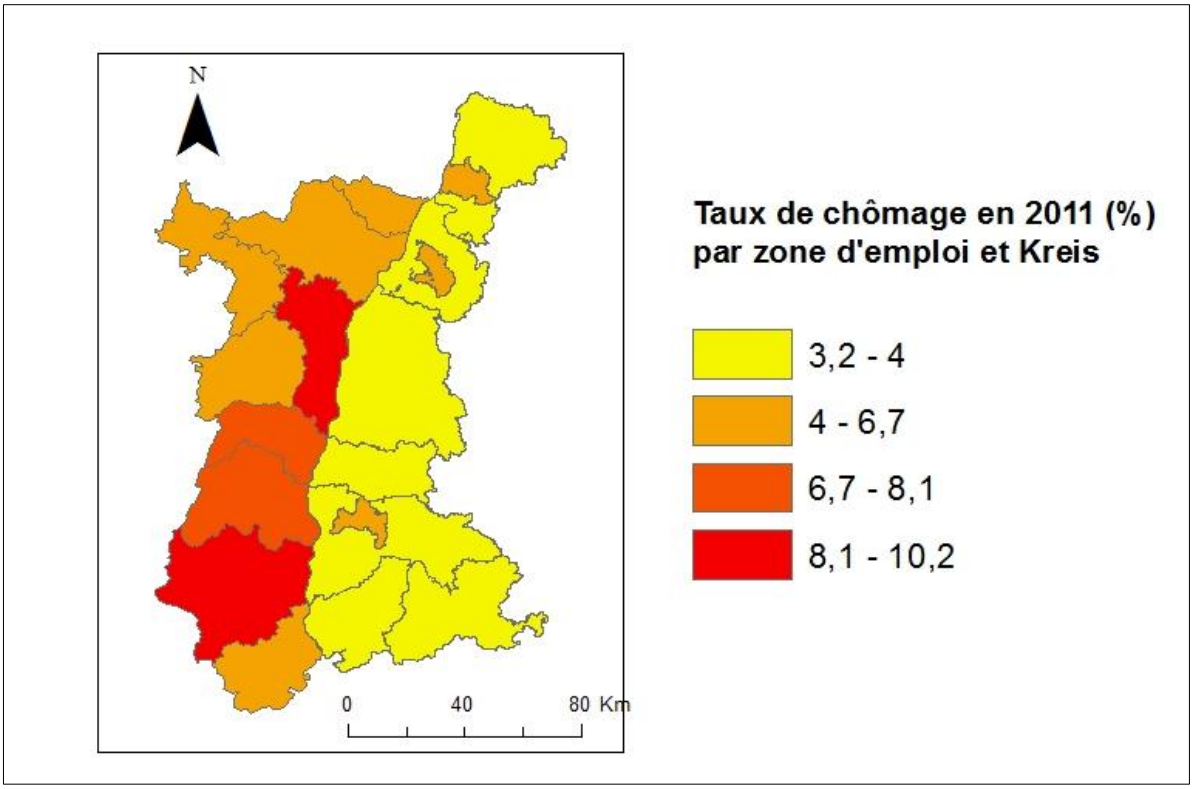
En ce qui concerne la population active, le taux d'activité est de 73% en Alsace et de 77,5 % dans le Bade, et le taux de chômage est de 6,9% en Alsace et de 4,3% dans le Bade. Ainsi la situation de l'emploi est plutôt favorable dans les deux régions, le chômage est inférieur aux moyennes nationales, même si l'Alsace présente un taux de chômage plus élevé.

Cependant depuis la crise économique de 2008, la situation est moins avantageuse pour la région française, l'Alsace a un taux de chômage de 8,5% au 4ème semestre de 2011 (INSEE) et le Bade-Wurtemberg dans son ensemble reste avec un taux très faible : 3,8% en mai 2012 (site de l'Agence du travail allemand).

La production économique est également élevée, avec un PIB par habitants de 28 500 euros en Alsace et de 32 300 euros dans le Bade en 2008.

L'Alsace, qui présentait des conditions économiques un peu moins favorables que le Bade, semble avoir été touchée par la crise alors que le Bade a une situation stable. Cependant les deux régions présentent de bons indicateurs par rapport aux indicateurs nationaux.

A échelle locale, nous présentons le chômage pour identifier d'éventuelles disparités intrarégionales.



Carte 10 : Disparités socio-économiques intrarégionales en Alsace et dans le Bade, sources INSEE 2008-2011 et Statistisches Landesamt 2009-2011, réalisation Astrid Coste 2012

La carte du taux de chômage **(Carte 10)** montre une situation plus critique en Alsace, en particulier pour les zones d'emplois du centre et nord du Haut-Rhin (Mulhouse, Colmar) et du Sud du Bas-Rhin et dans la zone d'emploi de Strasbourg. La situation est bien meilleure dans le Bade. Cependant les taux les plus élevés se trouvent dans les pôles urbains comme Karlsruhe, Baden-Baden et Fribourg (entre 4 et 6,7%).

Cette première brève présentation des disparités socio-économiques nous montre un contexte relativement favorable dans les deux régions, cependant l'Alsace présente plus de difficultés économiques, surtout depuis la crise économique de 2008, alors que le Bade ne semble pas touché par le phénomène mondial.

Nous remarquons également de moins grandes disparités intrarégionales du taux de chômage dans le Bade qu'en Alsace. Cependant notre faible nombre d'indicateurs comparables ne nous permet de conclure sur ce sujet.

Les personnes âgées : bénéficiaires d'une assurance soins longue durée ou de l'Aide personnalisée pour l'autonomie

En ce qui concerne la situation sociale et économique des personnes âgées dépendantes, nous possédons quelques indications sur le nombre de bénéficiaires de l'aide personnalisée à l'autonomie (APA) dans les deux départements de l'Alsace, Haut-Rhin et Bas-Rhin et des plus de 60 ans bénéficiaires de l'assurance soins longue durée dans le Bade-Wurtemberg dans son ensemble (notre région d'étude et le reste du Land du Bade-Wurtemberg.) Nous n'avons pas de données plus précises pour les deux régions concernant l'aide sociale pour les personnes dépendantes.

Le Bade-Wurtemberg dans son ensemble compte 2 638 572 personnes de plus de 60 ans le 31 décembre 2009 et parmi elles 209 188 bénéficient de l'assurance soins longue durée (*Pflegeversicherung*) en 2009, ce qui représente 7 928 personnes bénéficiaires pour 100 000 habitants de 60 ans et plus. (Statistisches Landesamt Baden-Württemberg)

Sur ces 209 188 bénéficiaires de plus de 60 ans, 79 842 vivent en institution, ce qui représente 38% des personnes bénéficiaires.

Parmi les bénéficiaires de l'assurance pris en charge en institution, cette fois-ci pour tout âge confondu, car nous n'avons pas les données par tranche d'âge, 38% sont au niveau 1 de dépendance (niveau le plus faible), 42% sont au niveau 2 et 18% au niveau 3.

Pour les bénéficiaires se faisant soigner par un établissement de soins ambulatoires, 53% sont en niveau 1, 35% en niveau 2 et 12% en niveau 3. Le degré de dépendance semble donc influer sur le mode de vie des personnes dépendantes.

En Alsace, l'aide personnalisée pour l'autonomie (APA) est versée par le département à partir de 60 ans, ainsi nous avons des données à échelle départementale. La région compte 370 453 personnes de plus de 60 ans, 214 846 dans le Bas-Rhin et 155 607 dans le Haut-Rhin en 2008, d'après l'INSEE. Parmi cette population alsacienne, 29 825 sont bénéficiaires de l'APA au 31 décembre 2009 d'après la DREES. A titre comparatif avec le Bade-Wurtemberg, cela représente 8 051 personnes bénéficiaires de l'APA pour 100 000 personnes âgées de 60 ans et plus en Alsace, 8 561 pour 100 000 dans le Bas-Rhin et 7 347 pour 100 000 dans le Haut-Rhin. Ainsi les bénéficiaires de l'APA sont un peu plus nombreux en Alsace que dans le Bade-Wurtemberg, dans la mesure de la comparabilité de nos données, dont nous avons évoquées les limites en première partie.

Les bénéficiaires sont moins nombreux dans le Haut-Rhin que dans le Bas-Rhin, le nombre de bénéficiaires pour 100 000 habitants de plus de 60 ans est même moins élevé dans le Haut-Rhin que dans l'ensemble du Bade-Wurtemberg. Ces premiers résultats nous montrent l'importance d'accéder à des données plus précises des deux côtés du Rhin, car il semble y avoir d'importantes disparités à l'intérieur des régions en termes de bénéficiaires d'une assurance soins longue durée.

Il faudrait pouvoir comparer ce nombre d'assurés avec le nombre total de personnes dépendantes pour réellement comparer la couverture de la population dépendante par une assurance soins longue durée, ce dont nous ne disposons pas à notre échelle. En outre nous avons vu que les personnes de 85 ans et plus sont plus nombreuses dans le Bade qu'en Alsace, ce qui peut expliquer une plus grande part de la population qui serait dépendante parmi les 60 ans et plus, car le risque de développer une incapacité ou une démence augmente avec l'âge. Ainsi, nous aurions pu attendre un résultat contraire à celui exposé plus haut en termes de bénéficiaires entre l'Alsace et le Bade-Wurtemberg. Il faut chercher d'autres facteurs d'explications pour expliquer ces différences transfrontalières.

En ce qui concerne la répartition des bénéficiaires entre domicile et institution, 13 597 personnes vivent dans un établissement dans la région, ce qui fait 46% des bénéficiaires vivent en Alsace. C'est un taux plus élevé que dans le Bade-Wurtemberg. Cependant le Bas-Rhin ne présente que 42% bénéficiaires en établissement contre 50% dans le Haut-Rhin. Cette différence est importante à retenir, car nous allons pouvoir croiser ces informations avec les politiques gérontologiques départementales dans notre dernière partie, qui pourraient influer sur cette répartition en développant certains types d'hébergements alternatifs ou intermédiaires ou au contraire en favorisant le rôle des maisons de retraites et des EHPAD dans la prise en charge des personnes dépendantes.

Même s'il est impossible de comparer le degré de dépendance des bénéficiaires de l'assurance ou aide dans le Bade et en Alsace, car le découpage des niveaux de dépendance n'est pas construit de la même façon, nous donnons néanmoins quelques données françaises : 4 % des personnes vivant à domicile sont en GIR 1, 24% en GIR2, 25% en GIR 3 et 48% en GIR 4 en 2009. C'est-à-dire que les moins dépendants (GIR 4) sont très souvent à domicile, alors que les plus dépendants (GIR 1) sont très peu soignés à domicile.

Pour les bénéficiaires de l'APA en établissement, nous ne possédons pas les données complètes pour l'Alsace, car les données du Bas-Rhin ne sont pas totalement renseignées.

Nous présentons celle du Haut-Rhin : 18% sont en GIR1, 32 % en GIR 2, 22% en GIR3 et 29% en GIR 4. Nous remarquons que même les moins dépendants représentent une part importante de la population en établissement, comme dans le Bade-Wurtemberg.

Les modes de vie et les ressources des personnes âgées

Nous avons choisi de nous intéresser aux personnes âgées vivant seules à domicile dans les deux régions, car ce sont les plus susceptibles de devoir changer de mode de vie si un problème de santé grave arrivait et entraînait une forte dépendance.

Les données que nous présentons sont difficilement comparables, car les catégories de nos classes d'âges ne sont pas faites de la même façon et les données françaises de l'INSEE ne différencient pas les personnes vivant seules par genre.

Pour le Bade-Wurtemberg, d'après le microrecensement de 2009, la part des personnes de plus de 60 ans vivant seules est de :

Âge	Hommes seuls	Femmes seules
60-64 ans	15%	21%
70-74 ans	15%	35%
80 et plus	25%	65%

Tableau 9: les personnes âgées vivant seules dans le Bade-Wurtemberg, source Statistisches Landesamt BW, Mikrozensus 2009

Les femmes de plus de 70 ans sont plus d'un tiers à vivre seules dans le Bade-Wurtemberg, ce qui favorise le risque de devoir déménager en établissement en cas de problème. Cette situation est essentiellement due à l'espérance de vie plus longue de la population féminine, que ce soit en France ou en Allemagne.

En Alsace, d'après les données INSEE, les part des personnes de plus de 55 ans vivant seules est de :

Âge	Personnes vivants seules
55-64	15,6%
65-79	25,3%
80 et plus	48,9%

Tableau 10: Les personnes âgées vivant seules en Alsace, source INSEE 2008

La comparaison entre les deux régions est impossible, car nous n'avons que des pourcentages de population et non des effectifs et les classes ne sont les mêmes.

Néanmoins nous observons une importante part des personnes de 80 ans et plus vivant seules à domicile dans nos deux régions. Ce sont donc les populations les plus à risque de devoir déménager en établissement si un problème de dépendance survenait.

En ce qui concerne les ressources financières et richesses personnelles des personnes âgées, nous avons présenté deux indicateurs à échelle du Bade-Wurtemberg dans son ensemble : la part des propriétaires du logement des 60 ans et plus et le revenu mensuel par ménage des 65 ans et plus, en nous référant à des données déjà anciennes d'un rapport sur les personnes âgées paru en 2006. (Ministerium für Arbeit und Soziales & Landesgesundheitsamt, Novembre 2006)

Dans ce rapport, le nombre de propriétaires dans la population de plus de 60 ans est de 63% en 2003. Quant aux revenus bruts par ménage de séniors, presque la moitié vivait avec moins de 1 500 euros par mois, 20% de la population sénior touchait entre 900 et 1 500 euros par mois et 20% entre 1500 et 2000 euros par mois en 2003.

Les données françaises de l'INSEE dont nous disposons datent également et viennent d'un rapport de la Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de la santé de France. Elles ne sont pas directement comparables avec les données allemandes, mais nous les présentons néanmoins. (FNORS, septembre 2008)

Le revenu fiscal médian des 75 ans et plus est de 13 347 euros en Alsace en 2005, ce qui est supérieur à la moyenne nationale (12 600 euros).

Quant au statut d'occupation du logement, il est de 55,8% des 75 ans et plus en Alsace, ce qui est inférieur à la moyenne nationale (61%).

Nous avons donc une population âgée relativement aisée en Alsace par rapport à l'ensemble de la France, mais avec moins de propriétaires.

Le milieu de vie des personnes âgées

Ce bref aperçu de la situation sociale et économique des personnes âgées dans notre région frontalière mériterait d'être approfondie dans le cadre d'une thèse, afin d'obtenir plus

de données et de réfléchir à la construction d'indicateurs pertinents avec des données disponibles pour construire une nouvelle classification entre espace urbain, rural et périurbain.

En effet, nous n'avions pas assez de données socio-économiques équivalentes des deux côtés pour appliquer une des méthodes de découpages à l'autre région d'étude.

Nous avions pensé faire une nouvelle classification en fonction du type d'équipements présents à échelle communale ou des *Kreise*/zones de proximité, car nous avions les données françaises de l'INSEE (Base permanente des équipements) pour le faire.

Nous n'avons pas trouvé à ce jour de données disponibles sur les types d'équipements présents à échelle fine (industriels, services, agricoles), mais ces données sont disponibles sur le site de statistiques du Land de Bade-Wurtemberg à une échelle moins fine, on peut donc supposer que les données initiales sont à échelle plus fine et seraient peut être accessibles dans le cadre d'un projet de recherche mené conjointement avec le Bade.

A défaut, nous avons repris les classifications des communes par appartenance géographique des deux pays (voir partie 1) en regroupant certaines classes dans chaque pays, afin d'avoir trois classes à peu près cohérentes et similaires : une classe « espace urbain », une classe « périurbain » et une classe « espace rural ».

Pour ce faire nous avons regroupé dans la classification ZAUER de l'INSEE de 1999 les classes 2 et 3 pour former une classe «espace périurbain » et les classes 4,5 et 6 pour former une classe « espace rural ». Pour le découpage allemand, nous avons réuni les deux classes qui formaient l'espace rural en une seule, sinon la classe 2 correspond au « périurbain » et la classe 1 à « l'espace urbain. »

Ensuite nous avons étudié à l'échelle des régions, puis des Kreise et zones de proximité, la part des 65 ans et plus vivant dans une commune classée en zone urbaine, périurbaine et rurale en 2008-2009.

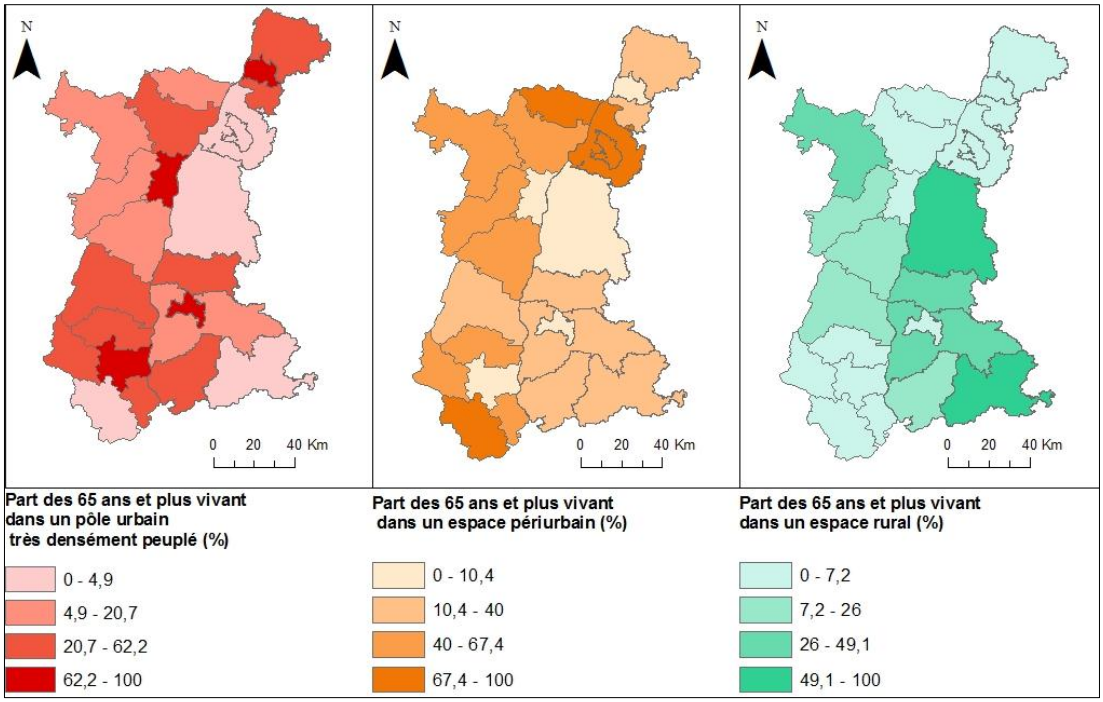
Nous obtenons avec cette nouvelle classification le résultat suivant au niveau régional :

Région d'étude	Part des 65 ans et plus vivant dans une commune urbaine	Part des 65 ans et plus vivant dans une commune périurbaine	Part des 65 ans et plus vivant dans une commune rurale
Alsace	54,2	37,7	8,2
Bade	39,2	28,1	32,7

Tableau 11: Répartition des plus de 65 ans par type d'espace, source LEP 2002 BW et INSEE 1999

Ces résultats sont à prendre avec prudence, notamment le fait que les personnes de plus de 65 ans vivent plus en milieu urbain en Alsace que dans le Bade, car les classifications sont différentes. Il est plus intéressant de comparer les disparités à l'intérieur des zones d'études.

A échelle des Kreise et des zones de proximité, nous obtenons la carte ci-dessous. Nous avons utilisé la méthode de Jenks pour notre discrétisation, afin de minimiser les différences intraclasses et maximiser les disparités interclasses.



Carte 11: La répartition des personnes de 65 ans et plus dans l'espace urbain, périurbain ou rural à échelle des Kreise et zones de proximité, 2008-2009, sources Statistisches Landesamt BW 2009, INSEE 2008, LEP 2002 BW, INSEE 1999

Nous observons que les deux régions partagent les mêmes tendances : les plus de 65 ans vivant majoritairement dans une commune urbaine se situent au Nord et au Sud de la zone d'étude, ainsi que dans les grands pôles urbains (Strasbourg, Fribourg, Karlsruhe, Mulhouse). Seule la zone de proximité d'Altkirch au Sud de l'Alsace et Waldshut au Sud du Bade échappent à la tendance.

Au contraire les *Kreise* et zones de proximité présentant la plus grande part des 65 ans et plus vivant dans une commune rurale se situent plutôt au centre de la région, sauf pour le Bade, avec le Kreis de Waldshut et Brisgau-Haute-Forêt-Noire (*Breisgau Hochschwarzwald*), qui abritent une grande partie du massif de la Forêt-Noire. En Alsace également, les zones de proximité présentant une part importante des 65 ans en zone rurale sont les zones abritant une partie du massif des Vosges (Colmar, Obernai-Sélestat, Saverne).

Malgré ses grandes limites, cette carte présente un intérêt pour la planification du besoin de prise en charge des personnes âgées : en effet, le maintien à domicile d'une personne dépendante vivant dans un milieu rural isolé et difficile d'accès pose des problèmes particuliers de prise en charge pour les acteurs professionnels mais aussi les aidants familiaux.

Nous allons maintenant étudier des indicateurs sanitaires afin d'identifier des zones où la population aurait un état de santé moins bon, afin de mettre en parallèle et d'observer l'existence de liens par la suite ces profils défavorables avec la répartition de l'offre sur le territoire.

2.1.4 Comparaison des profils sanitaires des deux régions frontalières

2.1.4.1 Méthodes et données

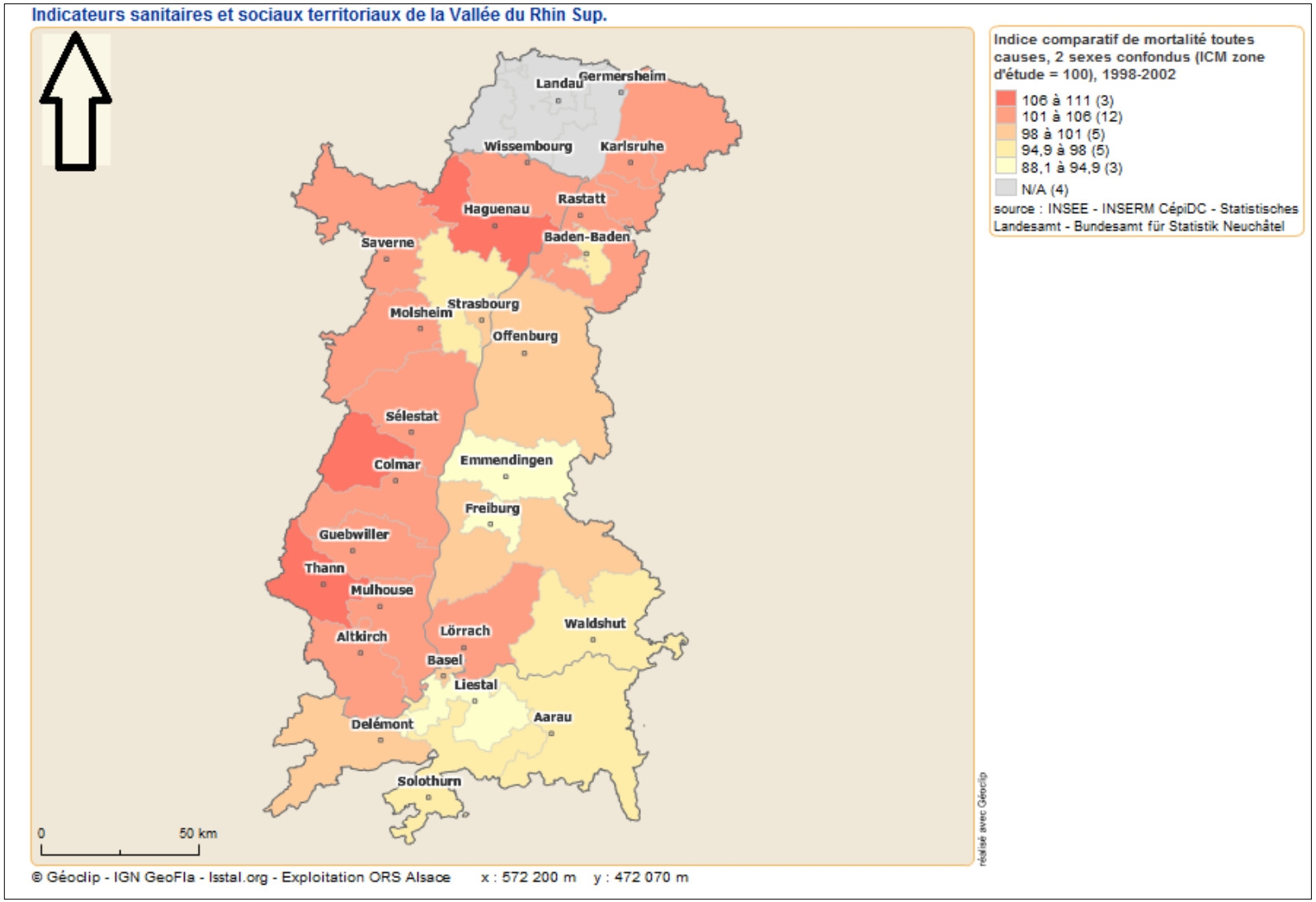
Afin de faire une comparaison des profils sanitaires des deux régions, nous avons utilisé les données des études déjà menées par l'ORSAL et le ministère de la santé du Bade-Wurtemberg sur la mortalité de cette région frontalière. Ces données ne sont plus très récentes (1998-2002), nous ne pourrons donc pas observer des dynamiques sanitaires dans ce mémoire. Cela pourrait être l'objet d'une étude ultérieure afin d'observer les évolutions sanitaires de cette région, qu'il faudrait mettre en parallèle.

Nous rappelons que l'indice comparatif de mortalité est une méthode de standardisation indirecte des taux bruts de mortalité (générale et par cause) qui permet d'éliminer l'effet de la structure par âge de la population, qui, comme nous l'avons constaté précédemment, varie beaucoup dans ce petit espace transfrontalier.

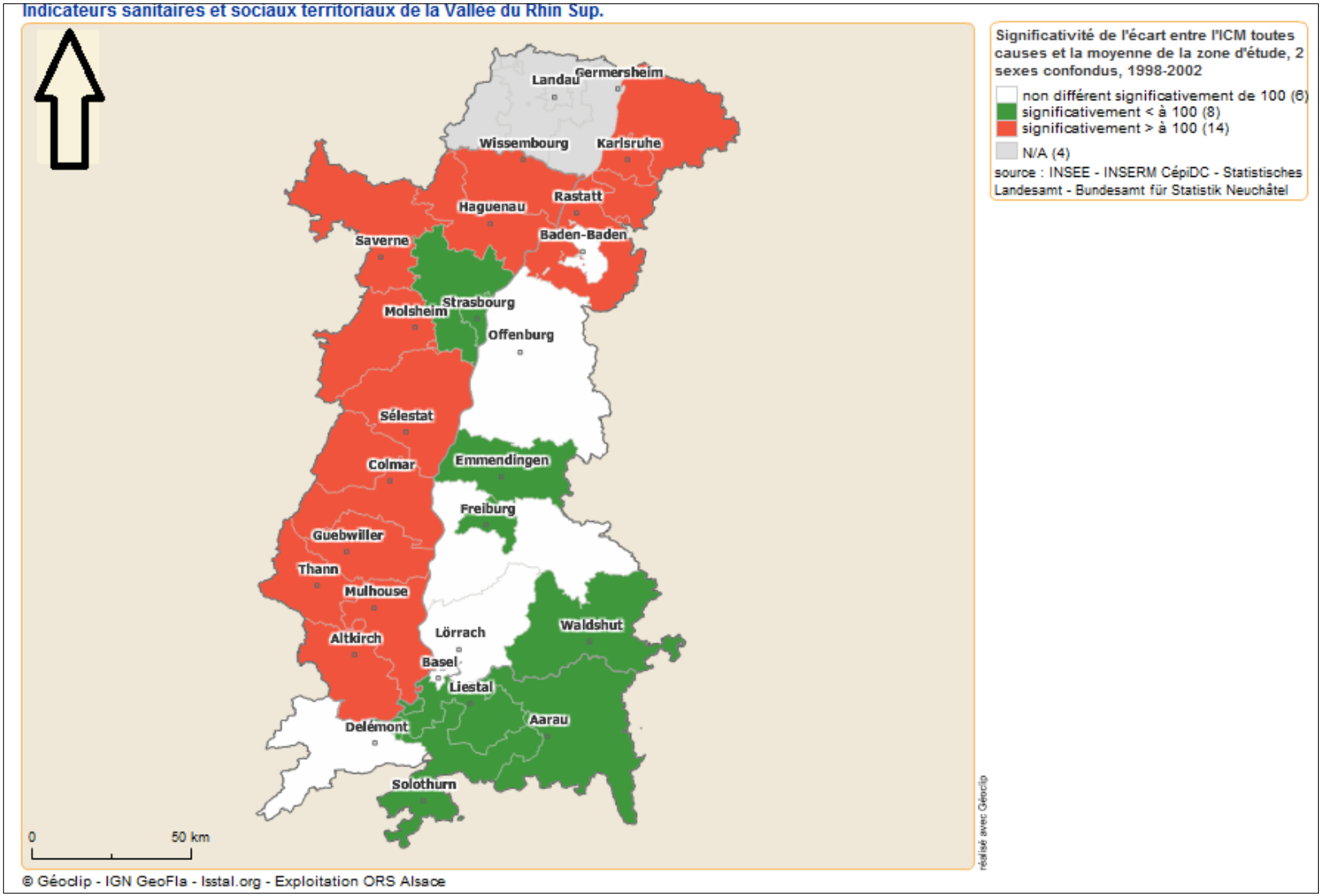
2.1.4.2 Résultats

Nous présentons le résultat de l'indice comparatif de mortalité dans la région de la Conférence Rhin Supérieure, à l'échelle des *Kreise* et arrondissements pour l'Allemagne et la France. Les noms des arrondissements alsaciens sont indiqués sur les cartes suivantes, nous n'avons pas jugé nécessaire de rajouter une carte avec les arrondissements à la fin de notre mémoire.

Nous étudions dans ces cartes la mortalité générale dans la région. La première carte représente le résultat de l'indice comparatif de mortalité entre les différentes régions de la vallée Rhin supérieure, la deuxième montre si l'écart à la mortalité générale moyenne de l'unité géographique choisi est significative ou pas et dans quel sens va cet écart. La première carte présente une discrétisation selon la méthode de Jenks.



Carte 12 : Indice comparatif de la mortalité générale dans la Vallée Rhin Supérieure 1998-2002 à échelle des *Kreise* et arrondissements, sources INSEE-INSERM, Statistisches Landesamt-Bundesamt für Statistik Neuchâtel, exploitation ORSAL



Carte 13: Significativité de l'écart à l'ICM générale 1998-2002, sources INSEE-INSERM, Statistisches Landesamt- Bundesamt für Statistik Neuchâtel, Exploitation ORSAL

Les deux cartes montrent une surmortalité générale chez les Alsaciens, par rapport aux Badois du Sud et aux cantons suisses participants. Seul Strasbourg et sa région présente une sous-mortalité, alors que la région nord du Bade présente une surmortalité (Karlsruhe, Rastatt).

Cependant, lorsque nous observons la mortalité par causes, nous trouvons d'autres résultats : l'ICM par maladies cardiovasculaires montre une surmortalité badoise par rapport à l'Alsace et l'ICM par cancers montrent l'inverse. (Schmitt, Enderlin, Krämer, Ammann, & Imbert).

Ces résultats interrogent bien sûr les comportements de santé, qui peuvent varier d'une région à l'autre, mais également le système de soins et de prise en charge, notamment des personnes âgées. Ces différences sanitaires sont donc à prendre en compte pour notre étude du besoin d'offre de soins ou d'hébergement des populations âgées en perte d'autonomie.

Pour conclure cette sous-partie de présentation générale des deux territoires et de ces grandes dynamiques territoriales, nous observons que malgré l'ouverture européenne de la région et des échanges économiques et de populations frontaliers, les indicateurs démographiques et sanitaires nous montrent une frontière nette entre les deux territoires, avec des comportements très différents en termes de vie familiale et de comportements de santé.

Après cette présentation du contexte démographique, économique, sociale et sanitaire, nous allons nous attarder sur les dynamiques des politiques de santé et leurs déclinaisons au niveau local dans les deux régions d'étude, afin d'éclairer le contexte territorial des établissements d'hébergements pour personnes âgées en perte d'autonomie.

2.2 Deux systèmes de santé avec des particularités régionales

2.2.1 Un système de santé fédéral dans le Bade-Wurtemberg : conséquences pour la prise en charge des personnes âgées dépendantes

2.2.1.1 Le rôle du Land et des caisses d'assurances maladies

Le Land prépare le plan gérontologique régional, mais il est beaucoup moins précis que le dernier Schéma Régional de l'offre médico-sociale (SROMS) fait par l'Agence Régionale de Santé d'Alsace. Il a pour objectif de donner les grandes lignes générales pour les *Kreise* et les *Gemeinde*. C'est notamment au niveau du Land que la loi sur l'installation et le fonctionnement des établissements d'hébergements pour personnes âgées est mise en place.

Cependant ce n'est pas le Ministère de la santé du Land qui établit le besoin en places d'hébergement et qui surveille les établissements.

Au niveau régional, les caisses d'assurances maladies se réunissent pour organiser la mise en place des points d'informations et de coordinations au niveau local (*Pflegestützpunkte*). Ce sont également elles qui organisent les visites à domicile des personnes demandant une assurance soins longue durée afin d'évaluer le niveau de dépendance de la personne.

2.2.1.2 Le rôle prépondérant des *Kreise* dans la planification de l'hébergement pour personnes âgées

C'est au niveau de l'administration du *Kreis* que la planification de l'offre d'hébergement pour personnes âgées est gérée. Ce sont les services de santé publique du *Kreis* qui autorisent l'installation de nouveaux établissements, en fonction des besoins de la population mais également de la qualité du projet de l'institution.

C'est également le service de contrôle des maisons de retraites qui s'occupe de visiter tous les établissements du *Kreis* une fois par an, afin de vérifier la qualité des soins et de l'hébergement. Même les hébergements intermédiaires ont besoin de passer par ce service pour faire reconnaître la qualité de la structure.

Des variations existent entre les différents *Kreise* notamment en termes de politiques de développement d'hébergements alternatifs pour séniors, comme nous avons pu le constater lors de nos visites dans les structures.

2.2.2 Un système plus centralisé en Alsace mais avec des particularités régionales historiques : conséquences sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes

2.2.2.1 Un partage des compétences entre ARS et CG

L'offre d'hébergement pour personnes âgées est depuis la création des ARS en 2009 gérée à la fois au niveau régional et au niveau départemental. Il y a un partage des compétences entre l'ARS et les Conseils généraux du Haut-Rhin et Bas-Rhin.

L'ARS est plutôt en charge d'évaluer l'offre en places d'hébergement, mais également en services de soins infirmiers à domicile, alors que le département reste en charge de l'offre

des services à domiciles, des foyers-logements et autres types d'hébergements intermédiaires non ou peu médicalisés.

La région suit les lois nationales en termes d'autorisation d'installation des établissements : avant la loi HPST, c'était le Conseil Régional d'Offre médico-sociale qui autorisait les installations. Cette institution regroupait des acteurs de tout le domaine médico-social et chaque demande d'installation était étudiée en fonction de certains critères (besoins et qualités du projet).

Cette démarche est encore valable pour les prochaines années, mais ensuite, la procédure va changer (prévue en 2016 pour le Haut-Rhin) : les autorisations fonctionneront par une procédure d'appel d'offres, que les CG et l'ARS établiront en fonction des besoins estimés de la population. Cette démarche nécessite une bonne évaluation du besoin pour les 5 ans du plan gérontologique région ou départemental. (CNSA)

Cependant les Conseils Généraux continuent à évaluer le besoin en termes de prise en charge des personnes âgées dans des structures d'hébergement médicalisées et financent certaines places avec l'ARS.

Les Conseils généraux sont également responsables de la distribution de l'Aide personnalisée à l'autonomie et de l'évaluation de la dépendance des personnes avec l'aide d'équipes du secteur médico-social.

Il y a un réel partage des compétences entre les deux institutions et chaque département garde son plan gérontologique spécifique, ce qui ne simplifie pas la tâche de l'ARS à organiser un plan régional commun.

2.2.2.2 Des particularités régionales pour le système d'assurance maladie

Les conséquences des alternances d'occupation allemande ou française en Alsace-Moselle au XIX^{ème} ou XX^{ème} siècles sont la conservation de certaines institutions et formes d'organisations allemandes encore aujourd'hui. Ces formes d'organisation constituent le droit local d'Alsace-Moselle, qui est parfois difficilement compatible avec le droit général français.

Depuis 1985, afin d'éclairer certaines situations juridiques, un Institut du Droit Local Alsacien-Mosellan existe. Ses missions sont avant tout l'information et le renseignement juridique.

Les différences entre le droit local et le droit général concernent notamment le système d'assurance maladie. En effet les salariés et retraités Alsaciens et Mosellans doivent s'affilier au régime local d'assurance maladie, qui demande une cotisation plus élevée que dans le régime général mais avec des prestations spécifiques en plus. Ce régime est géré par une institution autonome (caisse régionale d'assurance maladie) depuis 1995, qui est responsable de son équilibre financier, comme les caisses d'assurances maladies en Allemagne. Le régime local offre en effet un complément de remboursement par rapport au régime général. En 2009, le nombre de cotisants étaient de 1 613 303 et le nombre de bénéficiaires de 2 508 934. (Régime local d'assurance maladie)

Outre le système d'assurance maladie, les aides sociales diffèrent du système général. Pour les personnes les plus démunis et qui ne peuvent pas toucher le RSA (personnes de 16 à 25 ans), les communes peuvent verser une aide sociale dont elles fixent le seuil. Cette aide sociale ressemble beaucoup à la *Sozialhilfe* allemande, qui est également gérée au niveau communal. (Institut du droit local Alsacien-mosellan)

Les communes alsaciennes et mosellanes ont également une plus grande autonomie que les communes françaises.

L'application de ce droit local est cependant complexe dans les faits, sauf pour le système d'assurance maladie. (Institut du droit local Alsacien-mosellan)

Pour l'assurance vieillesse des retraités, les Alsaciens-Mosellans ont également une caisse régionale d'assurance vieillesse (CRAV) avec des particularités locales depuis les années 1960.

En avril 2012, la Caisse régionale d'assurance maladie (CRAM) et la caisse régionale d'assurance vieillesse fusionnent et deviennent la Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail d'Alsace-Moselle (CARSAT), pour se mettre en accord avec la loi HPST de 2009, qui prévoyait ce remplacement des CRAM avec la mise en place des Agences Régionales de Santé. (CARSAT Alsace-Moselle)

Cependant cette réforme ne change rien au régime local. L'étude approfondie des prestations spécifiques que peuvent toucher les personnes âgées dépendantes dans le cadre de ce régime local serait une piste de travail pour une recherche ultérieure.

2.3 Synthèse sur la comparaison des besoins en offre de prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie dans un espace frontalier

2.3.1 Indicateurs disponibles et comparables pertinents pour créer un indicateur de besoin

Dans cette partie descriptive du contexte territorial des structures d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, nous avons constaté qu'une frontière nette se dessinait entre les deux régions du point de vue de la structure démographique de la population. Le Bade connaît un vieillissement de sa population plus important que l'Alsace.

Ainsi pour évaluer les disparités de modes d'hébergement et de niveau d'offres de prise en charge des personnes âgées dépendantes, il est nécessaire de prendre en compte la structure par âge de la population, afin de comparer l'offre entre nos deux régions à niveau de besoin comparable.

Les deux régions vont connaître un vieillissement de la population d'ici 2030, il est également nécessaire d'introduire une dimension dynamique du besoin et de l'offre, afin de mieux prévoir les évolutions démographiques au niveau des acteurs locaux.

Nous avons vu que ces deux régions présentaient un contexte social et économique globalement favorable, même si nous manquons d'indicateurs pour évaluer les disparités intrarégionales, que nous pouvons déjà observer avec le taux de chômage. La situation est actuellement plus favorable dans le Bade, qui ne semble pas avoir été touché par la crise économique mondiale actuelle, contrairement à l'Alsace.

Le Bade présente également de meilleurs indicateurs de santé, si nous observons les données de mortalité générale de la population.

Comme nos indicateurs socio-économiques sont insatisfaisants pour des problèmes de comparabilité des données, nous avons tenté de proposer un indicateur de besoins pour la période actuelle par *Kreis* et zone de proximité en ne tenant compte que des indicateurs démographiques évoqués et de la dynamique de ces indicateurs.

Cet indicateur de besoin porte sur l'ensemble de la population âgée de plus de 65 ans risquant de développer une dépendance. Nous ne pouvions pas ne prendre que la population présentant des incapacités par manque de données à échelle locale.

Nous retiendrons les variables suivantes pour construire un indicateur de besoin de 2008-2009 à échelle locale :

- l'indice synthétique de vieillesse en 2008-2009

- le ratio aidants/aidés en 2008-2009

- le ratio aidants féminins/aidés en 2008-2009

- part des 65 ans et plus dans la population

- accroissement de la population des 65 ans et plus entre 1999 et 2008

(- accroissement de la population des 65 ans et plus entre 2008 et 2030, que nous indiquons mais qu'on ne peut pas prendre en compte, car il nous manque des données dans le Bade. Néanmoins, il serait idéal de pouvoir compléter ces données pour avoir un indice prospectif)

Cet indicateur de « besoin » présente des limites, car la concentration des plus de 65 ans dans certains espaces plutôt que d'autres peut être liée à la présence d'une offre pour personnes âgées plus importante. Cependant, nous travaillons à petite échelle (zone de proximité et Kreis), ce sont des territoires suffisamment vastes et peuplés pour que ce biais ne soit pas trop important.

2.3.1 Méthodes possibles

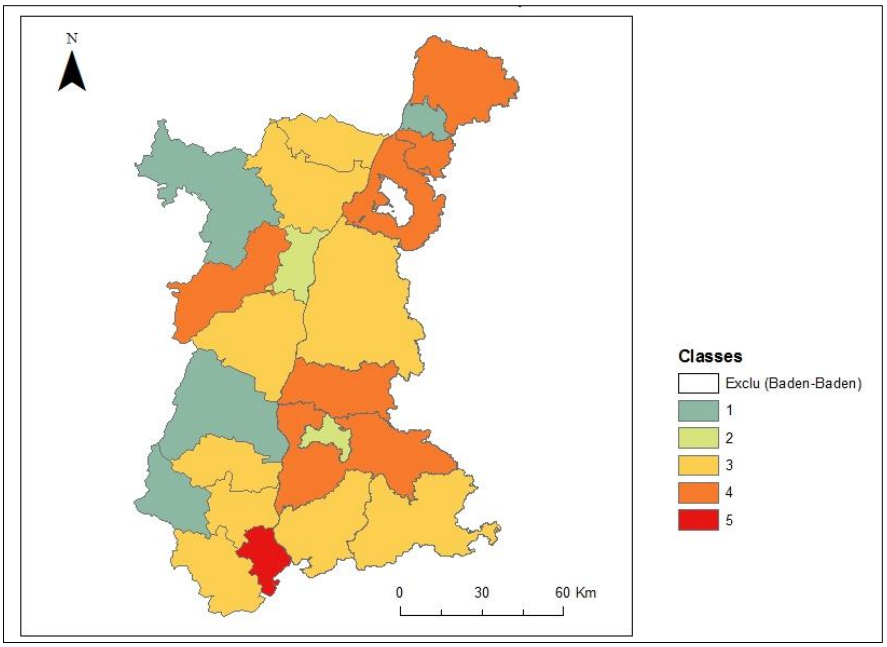
Nous avons choisi de faire une analyse en composante principale et de calculer une classification ascendante hiérarchique à partir de nos indicateurs, afin d'identifier les zones présentant une population de plus de 65 ans importante et ayant peu d'aidants familiaux et un indice synthétique de vieillesse supérieur à 100 ou au contraire des zones présentant une population de plus de 65 ans moins âgée ou avec des aidants familiaux potentiels nombreux.

Cependant, comme les résultats de nos indicateurs démographiques sont très différents des deux côtés de la frontière, comme nous avons pu le voir en première sous-partie, nous avons décidé de ne pas prendre les résultats bruts de nos variables pour faire notre analyse.

Nous avons construit un **indicateur relatif de besoin** en calculant par variable l'écart à la moyenne de l'Alsace pour chaque zone de proximité et à la moyenne du Bade pour chaque *Kreis.* Ainsi nous nous affranchissons des différences trop importantes entre les deux régions d'études pour identifier des zones présentant des besoins relatifs plus importants ou moins importants en termes d'offre de prise en charge pour personnes âgées dépendantes par zone de proximité et Kreis. Nous avons retiré le Kreis de Baden-Baden de notre CAH, car il

perturbait trop la distribution de nos variables. Les étapes de notre analyse se trouvent en annexe **(**Cf : **Annexe 5).**

Nous présentons le résultat de notre CAH sous forme de carte.



Carte 14: Typologie du besoin relatif de prise en charge des personnes âgées selon des indicateurs démographiques à échelle des zones de proximité et *Kreise*, sources INSEE 1999-2008 et Statistisches Landesamt BW, réalisation Astrid Coste 2012

La classe 1 regroupe les zones de Karlsruhe (centre urbain) côté Bade, de Saverne, Colmar et Thann côté Alsace et présente un ISV et une part des plus de 65 ans plus importants que leur moyenne régionale. En revanche le ratio aidants féminins/aidés, aidants/aidés et l'accroissement des 65 ans et plus entre 1999 et 2008-9 sont inférieurs à la moyenne de chaque région. Ces zones auraient donc un besoin actuel en structure pour personnes âgées plus important que les autres zones, mais avec une évolution des plus de 65 ans plus faible plus faible que la moyenne, et donc par conséquent du besoin.

La classe 2 regroupe Strasbourg et Fribourg, deux pôles urbains, qui sont en-dessous de la moyenne de chaque région pour tous nos indicateurs, qui ont en particulier un ratio aidants féminins/aidés plus faible que la moyenne régionale. Ainsi il y a un vieillissement moins important de la population mais avec aussi un potentiel d'aidants plus faible.

La classe 3 regroupe de nombreux territoires : du côté allemand les Kreise de Ortenaukreis, Waldshut et de Lörrach, du côté français les zones de proximité de Wissembourg, Haguenau, Obernai-Sélestat, Guebwiller, Mulhouse et Altkirch. Ce sont les

zones qui sont très proches de la moyenne de chaque région pour toutes nos variables, avec quelques variables légèrement en dessous de la moyenne.

La classe 4 regroupe du côté allemand les Kreise de Karlsruhe Landkreis, Rastatt, Emmendingen et Breisgau-Hochschwarzwald et du côté français la zone de proximité de Molsheim-Schirmeck. Ce sont également les zones proches de la moyenne, mais avec des variables légèrement supérieures à la moyenne.

La classe 5 ne compte que la zone de Saint-Louis, qui a un profil très particulier. Elle présente un accroissement des plus de 65 ans beaucoup plus important que la moyenne alasacienne, et des ratios aidants/aidés et aidants féminins/ aidés également très élevés, mais au contraire un ISV beaucoup plus faible que la moyenne et une part des 65 ans et plus moins importante que dans les autres zones de proximité alsaciennes.

Cette classification est à mettre en perspective avec le contexte socio-économique mais aussi avec le type d'espace (rural, urbain, périurbain). En effet la classe 2 regroupe deux pôles urbains importants dans les deux régions, qui présentent un vieillissement de la population moins important que la moyenne de chaque région mais aussi une aide potentiel plus faible. La classe 1 du côté français regroupe des espaces où l'on trouve des zones rurales importantes, même si des pôles urbains régionaux sont également présents.

Cette carte permet également de cibler des zones avec un vieillissement et une part des plus de 65 ans plus importants ainsi qu'une aide potentielle plus faible pour les plus de 85 ans par rapport aux moyennes régionales, comme les espaces dans la classe 1 mais également des espaces avec un besoin relatif qui semble faible (classe 5) mais qui présente un fort accroissement des 65 ans et plus entre 1999 et 2008-9, ce qui peut poser problème sur l'organisation de l'offre de soins et d'hébergement pour personnes âgées.

Il serait intéressant de construire un indicateur relatif de besoin prospectif dans une étude ultérieure, en s'intéressant par exemple à l'état de santé de la tranche des 40-60 ans, qui développera des maladies ou incapacités entraînant des dépendances dans une trentaine d'années.

Nous aurions pu utiliser d'autres méthodes statistiques pour tenter de rendre comparable nos données démographiques, en transformant et en normalisant les données des deux territoires par exemple. Ces méthodes statistiques seraient à approfondir dans le cadre d'une thèse.

Nous allons voir dans la partie suivante comment les acteurs et habitants des deux territoires répondent à cette inégale répartition du besoin, tout en prenant compte des dynamiques démographiques de la population.

3) Comparaison du lien entre dynamiques territoriales et dynamiques de l'offre d'hébergement pour personnes âgées en perte d'autonomie en Alsace et dans le Bade-Wurtemberg

Objectifs de la partie

Dans cette partie, nous tenterons de répondre notre double problématique :

Dans quelles dynamiques territoriales s'ancrent les établissements d'hébergement ?

Dans quelle mesure les différentes dynamiques de l'offre d'hébergement des personnes âgées participent aux dynamiques territoriales en Alsace et dans la région frontalière du Bade-Wurtemberg?

Pour cela nous comparerons le lien entre les dynamiques territoriales analysées dans la partie précédente et les dynamiques de l'offre d'hébergement pour personnes âgées en perte d'autonomie dans les deux régions.

3.1 Description de l'offre d'hébergement et évolution de l'offre

Nous décrirons tout d'abord l'offre d'hébergement dans les deux régions, en nous appuyant sur notre bibliographie et sur nos premières visites de structures allemandes. Nous décrirons ensuite la répartition spatiale de ces établissements d'hébergements, c'est-à-dire leur lieu d'implantation, le nombre de places disponibles, afin d'évaluer l'offre sur l'ensemble des territoires.

3.1.1 Typologie de l'offre en hébergement pour personnes âgées dépendantes, selon la région

Nous avons déjà présenté une liste des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes dans les deux pays en première partie, nous allons décrire maintenant chaque type d'établissements. Nous retiendrons seulement les principaux modèles, qui sont reconnus et soutenus par les acteurs de la planification gérontologique. Rappelons néanmoins qu'il existe de multiples formes d'hébergement pour personnes âgées, qui peuvent être dépendantes.

3.1.1.1 Tableau introductif des établissements d'hébergement

Type d'hébergement		Alsace	Bade
Permanent	Classique	EHPAD USLD	*Altenpflegeheim*
	Alzheimer	Dans les EHPAD et USLD : PASA UHR UVP	Dans les *Altenpflegeheime, des activités sont organisées pour les personnes souffrant de maladies type Alzheimer*
Courte durée	Classique	Hébergement temporaire et accueil de jour	Hébergement temporaire et accueil de jour et de nuit
	Alzheimer	Places réservées en hébergement temporaire et accueil de jour	Pas de places particulièrement réservées pour les Alzheimer, dans le même système que les autres
Alternatif	Classique	Foyers-logements, résidences services	Betreutes Wohnen, Senioren WG
	Alzheimer	PUV	Betreute WG

3.1.1.2 Les établissements alsaciens

HEBERGEMENT PERMANENT

1. Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

Les maisons de retraite obtiennent le statut d'EHPAD lorsqu'elles ont signé une convention tripartite valable pour 5 ans avec le Conseil Général et l'Agence Régionale de la Santé (depuis 2009). Avec ce statut, elles peuvent accueillir des personnes âgées dépendantes et prendre en charge la dégradation du niveau de dépendance de la personne. Elles doivent avoir un équipement adapté pour s'occuper de personnes souffrant de maladies dégénératives ou neurodégénératives, ainsi qu'un personnel spécialisé.

Dans un EHPAD, on trouve en général un médecin coordinateur, qui coordonne les soins, mais ne fait pas de soins, sauf exceptions. Les soins sont assurés par des médecins généralistes externes. Il y a en permanence un système de garde pour les urgences. (CNSA)

Ces établissements offrent une bonne qualité de soins et de prise en charge, mais restent relativement chers. L'étude du cabinet KPMG de 2012 sur les EHPAD montre que sur l'échantillon étudié, le prix de l'hébergement par résident, qui n'est pas pris en charge par l'APA ou l'assurance maladie, est d'en moyenne 1 279 euros par mois avec une médiane à 1 269 euros). (EHPAD, 2012)

Les établissements reçoivent trois sources de financements : une première partie est prise en charge par les régimes d'assurance maladie pour les « soins », la tarification est fixée par l'ARS. Une deuxième partie est financée par le Conseil Général du département, qui verse l'APA aux bénéficiaires de l'établissement. La dernière partie est versée par les résidents pour l'hébergement (Destais, Ruol, & Thierry, 2011). En outre certains résidents démunis peuvent toucher une aide sociale ou au logement dans les EHPAD.

L'autorisation d'installation est jusqu'à présent donnée par le Conseil régional de l'Offre Médico-Sociale, qui examinait le projet d'installation de l'établissement en fonction de sa qualité et du besoin. La démarche va s'inverser dans quelques années (2016 pour le Haut-Rhin) avec la loi HPST, la demande viendra de l'ARS ou des CG sous la forme d'appels à projet, les établissements ou les acteurs souhaitant créer un nouvel établissement pourront y répondre.

2. Les Unités de soins longue durée (USLD)

Les USLD sont des établissements sanitaires, généralement rattachées à l'hôpital. Elles sont destinées aux personnes dépendantes ayant besoin de soins médicaux lourds et constants que les EHPAD ne peuvent pas assumer.

Nous observons souvent, en particulier dans les grandes villes, des établissements qui font à la fois EHPAD et USLD, ce qui permet aux résidents nécessitant un transfert de ne pas perdre leurs habitudes.

Le financement des USLD est similaire à celui des EHPAD, avec trois sources de financement, les régimes d'assurance maladie pour les soins, les Conseils Généraux pour la dépendance, les résidents pour l'hébergement.

L'autorisation d'installation suit le même principe que celui des EHPAD. (CNSA)

Logements et activités spécialisés pour personnes ayant un Alzheimer ou autres maladies apparentées au sein des EHPAD et USLD

La création des Pôles d'activités et de Soins Adaptés et des Unités d'Hébergements Renforcés fait partie du dernier plan Alzheimer français (2008-2012) (DGAS, 2009).

3. Les Pôles d'Activités et de Soins Adaptés (PASA)

Les PASA permettent d'accueillir dans la journée 12 à 14 personnes avec des troubles du comportement modérés au sein d'un EHPAD. Ces pôles permettent à ces personnes de faire des activités sociales ou thérapeutiques adaptées au projet de vie de chaque résident avec l'accord de la famille et un personnel qualifié (DGAS, 2009).

4. Les Unités Hébergements Renforcées (UHR)

Les UHR permettent un hébergement de 12 à 14 personnes avec des troubles du comportement sévères, au sein d'un EHPAD ou d'une USLD. Ces unités permettent des soins et des activités pour les personnes ayant un Alzheimer ou une maladie apparentée, avec un personnel qualifié, la participation de la famille et des équipements adaptées (DGAS, 2009).

5. Les Unités de vie protégées

Pour les personnes atteintes d'Alzheimer ou de troubles apparentés, ces unités au sein d'un EHPAD proposent une prise en charge adaptée dans un lieu de vie dédié. (OHAS, 2012)

6. Des places pour personnes handicapées vieillissantes

Des places spécifiques pour personnes handicapées vieillissantes existent également dans certains EHPAD. (OHAS, 2012)

HEBERGEMENT POUR UNE COURTE DUREE

Les deux types de structures suivantes sont gérés par l'ARS et les Conseils Généraux, ils ont besoin d'une autorisation d'installation comme les EHPAD.

1. Hébergement temporaire

L'hébergement temporaire se fait généralement dans un EHPAD ou une maison de retraite. Ce sont des personnes qui vivent encore à domicile d'ordinaire, et passent une courte période (quelques semaines) en maison de retraite parce que les services ou les aidants non professionnels ne peuvent pas assurer le maintien à domicile pendant cette période.

Les places en hébergement temporaire servent cependant parfois à de l'hébergement permanent, quand la demande en hébergement permanent est trop forte.

On trouve également des centres assurant exclusivement l'hébergement temporaire. (ARS, Janvier 2012)

2. Accueil de jour

L'accueil de jour peut également être rattaché à un EHPAD ou à un établissement autonome. Ce mode d'hébergement permet d'accueillir des personnes âgées dépendantes vivant encore à domicile pendant la journée, si les aidants familiaux ou professionnels ne peuvent pas assurer les soins de la personne pendant la journée. Cela donne un moment de répit aux aidants. (ARS, Janvier 2012)

Formes d'hébergements intermédiaires ou alternatifs

1. Les foyers logements et résidences services

Ces deux types d'hébergement permettent un intermédiaire entre le domicile et la maison de retraite. (CG67) Indépendants de l'ARS ou les Conseils Généraux, ces établissements n'ont pas besoin de demander une autorisation pour s'installer. Ils sont souvent gérés par des sociétés commerciales.

Le logement-foyer est apparu dans les années 1960-70 mais est actuellement en perte de vitesse, même si cette forme d'hébergement reste répandue en Alsace. Le foyer regroupe des appartements autonomes, et fournit un certain nombre de services selon les établissements. Dans certains foyers, le résident peut toucher l'aide sociale, si l'établissement a reçu une habilitation. Cependant la personne vivant dans cet établissement ne doit pas être dépendante.

Les résidences services fonctionnent sur le même principe que les foyers-logements, mais un service de surveillance médicale est assuré. Ainsi des personnes semi-valides peuvent y vivre, si leur état ne se dégrade pas.

Cependant la distinction est rarement faite entre les deux types de logements, certains foyers ayant aussi une surveillance médicale. En Alsace, les deux types de logements existent.

2. Les Maisons d'accueil rural pour Personnes Âgées

Les maisons d'accueil rural sont également pour personnes autonomes ou semi-valides, implantées dans des zones rurales. Un professionnel de maison est présent 24H/24, les résidents vivent dans des logements individuels autour d'un espace collectif. : « Le locataire a la possibilité de prendre ses repas soit dans le restaurant collectif soit dans son appartement. En ce qui concerne l'aide et les soins à la personne, ceux-ci sont assurés par des professionnels libéraux et des services d'aide et de soins à domicile (Observatoire Haut-Rhinois des Actions Sociales, 2012). » Ces établissements sont gérés par les Conseils Généraux.

3. L'accueil familial

Cette formule alternative est très règlementée par les Conseils Généraux. « Il s'agit d'un dispositif mixte permettant l'accueil de personnes âgées ou handicapées. Des personnes agréées par le Président du Conseil Général peuvent, moyennant rémunération, accueillir à leur domicile des personnes âgées ou handicapées et leur offrir un cadre de vie sécurisant et chaleureux. Il permet à l'accueillant d'exercer son activité dans un cadre légal et offre aux accueillis la garantie d'être hébergés dans de bonnes conditions et de bénéficier d'un suivi médico-social. L'agrément est limité à l'accueil de 3 personnes maximum (Observatoire Haut-Rhinois des Actions Sociales, 2012). »

Dans le Haut-Rhin par exemple, la majorité des accueillants étaient au début des années 2000 plutôt des anciens assistant familiaux agréés au titre d'aide sociale à l'enfance qui participaient, en continuant à accueillir l'enfant devenu adulte qui vivait chez eux. Mais par la suite, d'autres profils d'accueillants sont arrivés, souhaitant offrir une vie familiale à autrui tout en ayant une activité rémunérée. (Observatoire Haut-Rhinois des Actions Sociales, 2012)

Pour les personnes dépendantes ayant un Alzheimer ou une maladie apparentée

4. Les petites unités de vie (PUV)

Une petite unité de vie est un appartement regroupant plusieurs chambres individuelles pour des personnes en perte d'autonomie physique et/ou psychique nécessitant la présence d'un professionnel 24h/24. On retrouve dans le Bade une forme d'hébergement voisine : la colocation pour séniors Alzheimer. C'est une offre qui se développe lentement en Alsace, plutôt dans le Bas-Rhin, d'après nos conversations avec les acteurs responsables des plans gérontologiques.

3.1.1.3 Les établissements badois

Hébergement permanent

1. Altenpflegeheim

Dans le Bade, il n'y a pas de distinction entre EHPAD et USLD : ce qui ne peut pas être géré dans les « maisons de soins de longue durée pour personnes âgées» doit être pris en charge à l'hôpital, dans les services de soins longue durée. Mais de nombreux centres offrent une prise en charge de pathologies lourdes, le recours à l'hôpital n'est pas plus fréquent qu'en France, d'après nos observations.

Les maisons de soins reconnues par le service de surveillance des maisons de soins de longue durée (*Heimaufsicht*) du Kreis où se situe l'établissement doivent être capables de prendre en charge des personnes âgées dépendantes.

Les établissements doivent avoir un nombre suffisant de personnel pour soigner les résidents. Ce personnel doit être composé d'au moins 50% de personnel soignant (aide-soignante, infirmière spécialisée en gériatrie), d'après la loi fédérale sur les établissements de soins longue durée. Le nombre de personnes nécessaires pour soigner les résidents est calculé en fonction du degré de dépendance des résidents. Plus le nombre de résidents ayant un degré important est grand, plus le personnel doit être nombreux.

Les établissements tirent leur financement de deux sources principales. La première est constituée des aides pour la dépendance et les soins pris en charge par les caisses d'assurances soins longue durée, que touchent les résidents via l'établissement. La seconde source est le résident lui-même, qui doit payer le reste à charge. Le résident peut toucher l'aide sociale s'il est démuni, afin de payer son hébergement.

Pour les rénovations, constructions ou extensions, d'autres sources de financement peuvent être sollicitées ponctuellement (organisme privé, commune, arrondissement etc.).

En guise d'exemple concernant les prix d'hébergement, nous donnons les prix des deux maisons de retraites que nous avons visitées, qui présentaient des tarifs très élevés d'hébergement, en atteignant presque le maximum du prix autorisé par les services de santé publique :

Niveau de dépendance	Total du prix par mois	Part financée par CAM	Reste à charge
0	**1 972,74 euros**	**0 (car pas dépendant)**	**1972,74 euros**
1	**2576,57 euros**	**1 023 euros**	**1 553,57 euros**
2	**3 023,75 euros**	**1 279 euros**	**1 744,75 euros**
3	**3 565,22 euros**	**1 510 euros**	**2 055,22 euros**

Tableau 12: prix d'hébergement d'une maison de retraite dans le Bade (1)

Niveau de dépendance	Total du prix par mois	Part financée par CAM	Reste à charge
0	**1 891,21 – 2 253,21 euros**	**0**	**1 891,21 – 2 253,21 euros**
1	**2 691,26 euros**	**1 023 euros**	**1 668,26 euros**
2	**3 146,04 euros**	**1 279 euros**	**1 867,04 euros**
3	**3 731,62 euros**	**1 550 euros**	**2 181,62 euros**
Cas exceptionnel	**4 099,70 euros**	**1 918 euros**	**2 181, 70 euros**

Tableau 13: prix d'hébergement d'une maison de retraite dans le Bade (2)

Les autorisations d'installation des établissements sont données au niveau du service de santé publique du Kreis (pour rappel, c'est l'équivalent de l'arrondissement français). Ces autorisations sont calculées en fonction du besoin de places estimé par les services de santé et de surveillance des « maisons de retraites » et de la qualité du projet, qui doit répondre à certains critères fixés par la loi du Land de Bade-Wurtemberg.

2. Logements et activités spécialisés pour les personnes âgées ayant un Alzheimer ou autres maladies apparentées

D'après nos entretiens avec les directrices des deux établissements, il existe dans la loi sociale fédérale allemande un paragraphe (87b) qui précise les modalités de prise en charge des personnes souffrant de démences type Alzheimer (Bundestag, SGB 11, § 87 b). Une personne spécialisée (ou plusieurs selon la taille de l'établissement) doit organiser des

activités spécifiques pour les personnes âgées très dépendantes avec des maladies type Alzheimer ou autres. Ces activités ont pour but de les accompagner, de les soutenir et de retarder les effets de leurs troubles dans le cas d'Alzheimer par des exercices de mémoires quotidiens. Les personnes encadrantes sont formées et ont des ouvrages de référence contenant des protocoles pour les aider.

Hébergement de courte durée

1. Hébergement temporaire

L'hébergement temporaire fonctionne de la même façon qu'en France, nous ne nous étendons donc pas sur ce sujet. Il est géré et contrôlé comme l'hébergement permanent. (Cf : paragraphe 1 de l'hébergement de courte durée en Alsace)

2. Accueil de jour et de nuit

L'accueil de jour fonctionne comme en France, sa gestion et son contrôle est le même qu'en hébergement permanent. (Cf : paragraphe 2 de l'hébergement de courte durée en Alsace)

L'accueil de nuit est très répandu dans le Bade, alors que la France commence tout juste à le développer. Il s'agit des mêmes services qu'en accueil de jour, mais adaptés pour la nuit.

Hébergements intermédiaires ou alternatifs

1. Betreutes Wohnen – les logements foyers

Ces structures fonctionnent comme les logements foyers, sauf que certains logements sont rattachés à des maisons de retraite, ce qui est moins courant en France.

Les deux maisons de retraite que nous avons visitées présentaient par exemple une partie foyer et une partie maison de retraite. Les personnes peuvent y entrer en tant que résidents dans un logement autonome et si leur état se dégrade, elles ont la possibilité de rester dans l'établissement, mais en passant en hébergement permanent.

Ces établissements sont gérés par des organismes, privés ou publiques. Il n'y a pas de contrôle particulier des services de santé publique de l'arrondissement, contrairement aux maisons de retraites médicalisées.

Pour les personnes dépendantes ayant un Alzheimer ou une autre maladie apparentée

2. Betreute Wohngemeinschaften - Les colocations de séniors dépendants

Comme nous l'avions déjà évoqué dans la première partie de présentation générale, ce mode d'hébergement est en pleine expansion et connaît de plus en plus de succès en Allemagne.

Nous avons pu visiter une colocation pour séniors ayant un Alzheimer ou une maladie apparentée. Nous tirons nos informations de cette visite.

Ces colocations se sont d'abord développées à Berlin au début des années 2000, mais en tant que colocations pour personnes autonomes.

Des premières colocations pour personnes âgées dépendantes d'initiatives privées se sont développées, menées par des aidants familiaux, qui souhaitaient offrir un cadre chaleureux pour leurs parents à un prix moins élevé que dans les maisons de retraites, tout en garantissant une qualité des soins.

Les colocations pour personnes dépendantes ont eu des débuts mitigés, avec une qualité des soins qui variait beaucoup d'une colocation à une autre.

Au fur et à mesure du temps et du développement de ces établissements, des concepts et des modèles se sont mis en place, afin d'offrir à la fois la dimension chaleureuse et conviviale d'une colocation et garantir une bonne qualité des soins permettant aux personnes de rester dans la colocation jusqu'à leur mort.

Les colocations pour séniors ayant un Alzheimer sont aujourd'hui reconnues et encouragées par le gouvernement fédéral et par celui des Länder. Il y a maintenant un contrôle de ces colocations médicalisées par le service de surveillance des maisons de retraites de l'arrondissement.

Il n'y a pas encore d'obligation de demander une autorisation à l'arrondissement pour l'installation de la colocation, mais la structure doit passer un accord avec l'arrondissement,

où il assure une garantie de la qualité des soins. Cet accord lui permet d'être reconnu et les résidents peuvent ainsi toucher l'assurance soins longue durée.

Cependant ces établissements sont encore en phase de légalisation dans le Bade, les résidents ne peuvent pas encore toucher l'aide sociale lorsqu'elles vont y vivre. Les démarches pour obtenir ce droit sont en cours, selon notre interlocuteur.

Les prix d'hébergement mensuels de la colocation visitée sont moins élevés que dans une maison de retraite : 750 euros de loyer, 150 euros pour le ménage et l'entretien et 1100 euros environ pour les soins, qui sont remboursés par l'assurance soins longue durée.

Dans la colocation que nous avons visitée, la famille participe à l'organisation de la structure en participant à des réunions régulières. Toute augmentation de prix pour améliorer la prise en charge doit être approuvée par les familles pour être appliquée.

Pour la structure visitée, les habitants engagés dans le projet ont fait appel à un investisseur immobilier pour l'installation de cette nouvelle colocation. Une grande maison a été aménagée pour accueillir la colocation **(Figure 6**).

Dans une colocation pour séniors ayant une démence, on trouve généralement parmi les aidants une personne qui a le statut de directeur (*Geschäftsführer*) et une personne qui a en charge toute l'intendance de la colocation (*Hausleitung*). Dans le cas de la colocation visitée, ces deux personnes ont une formation spécialisée en gériatrie, et en soins palliatifs. L'une est une ancienne infirmière.

La colocation visitée souhaite se démarquer de la maison de retraite classique, les résidents, même s'ils ont tendance à fuguer et à ne plus retrouver leur chemin, sont libres de sortir. Ils peuvent circuler librement et sortir de la maison. Un système de sonnerie et un personnel conséquent et en permanence présent empêchent les personnes de partir sans pouvoir revenir. Tout dans la conception de l'espace était fait pour que les personnes puissent circuler, qu'il n'y ait aucune barrière.

Ce type d'hébergement demande cependant un encadrement conséquent, 50 personnes travaillaient, la plupart à temps partiel, dans la colocation visitée, qui comptait deux étages avec 40 personnes âgées dépendantes au total.



Figure 6: Colocation pour séniors avec un Alzheimer ou une maladie apparentée à Emmendingen, source Astrid Coste, photographie prise le 31/01/2012

3.1.2 La répartition de l'offre sur nos deux territoires

3.1.2.1Méthodes et description des indicateurs

Afin d'évaluer des disparités de répartition de l'offre en hébergement, nous nous sommes essentiellement concentrée sur trois indicateurs : les places en hébergement permanent, en hébergement temporaire et en accueil de jour et de nuit, car nous possédions les informations pour les deux territoires d'étude à échelle des *Kreise* et des zones de proximité, qui sont les unités géographiques utilisées pour planifier l'offre dans les deux régions d'étude.

Pour l'Alsace, nous disposions des données FINESS de l'ARS Alsace de 2012, qui donnentdes informations sur chaque établissement. Nous n'avons pas pu obtenir de données plus anciennes, l'ARS ayant tardé à répondre à notre demande d'extraction.

Pour le Bade, nous avions des données de 2009 provenant des statistiques du Land de Bade-Wurtemberg, ainsi il faudra être prudent dans nos comparaisons, car si le Bade présente un nombre de places pour 1000 habitants inférieur à l'Alsace, c'est peut-être à cause de ce décalage dans le temps. Nous n'avions pas les données à échelle des établissements pour l'Allemagne, ainsi nous n'avons pas pu faire une carte de densité lissée d'offre comme nous l'avions prévu au départ.

Un autre biais dont nous n'avons pas pu nous affranchir : les données allemandes concernent à la fois les établissements pour personnes âgées et pour handicapés adultes ou enfants. Cependant les établissements d'hébergement sont majoritairement pour un public âgé, nous supposons que ce biais est limité.

Nous avons également présenté la répartition des établissements entre organismes privés, publiques, privés à but non lucratif, privé à but lucratif, mais seulement à échelle du Bade-Wurtemberg dans son ensemble pour le côté allemand, car nous n'avions pas de données plus fines.

Pour les autres structures d'hébergement, nous n'avions pas d'informations précises sur le nombre de places disponibles, nous nous contentons de donner le nombre d'établissements présents.

3.1.2.2 Résultats

La répartition de l'offre d'hébergement médicalisée pour personnes âgées dépendantes

Pour comparer l'offre sur nos deux territoires, nous avons pris comme indicateur le nombre de places installées en hébergement permanent, temporaire et en accueil de jour et de nuit pour 1000 personnes de 65 ans et plus, car en effectif, les structures sont plus nombreuses dans le Bade, où le besoin est aussi plus fort, comme nous l'avons en deuxième partie.

Pour calculer l'offre en hébergement permanent en Alsace, nous avons regroupé les places installées en hébergement permanent pour personnes dépendantes et pour personnes avec un Alzheimer en EHPAD, USLD, en ajoutant également les places en maisons de retraites non médicalisées, qui peuvent accueillir des personnes dépendantes. Ces places non-médicalisées étaient peu nombreuses et ne changeaient pas le résultat des cartes.

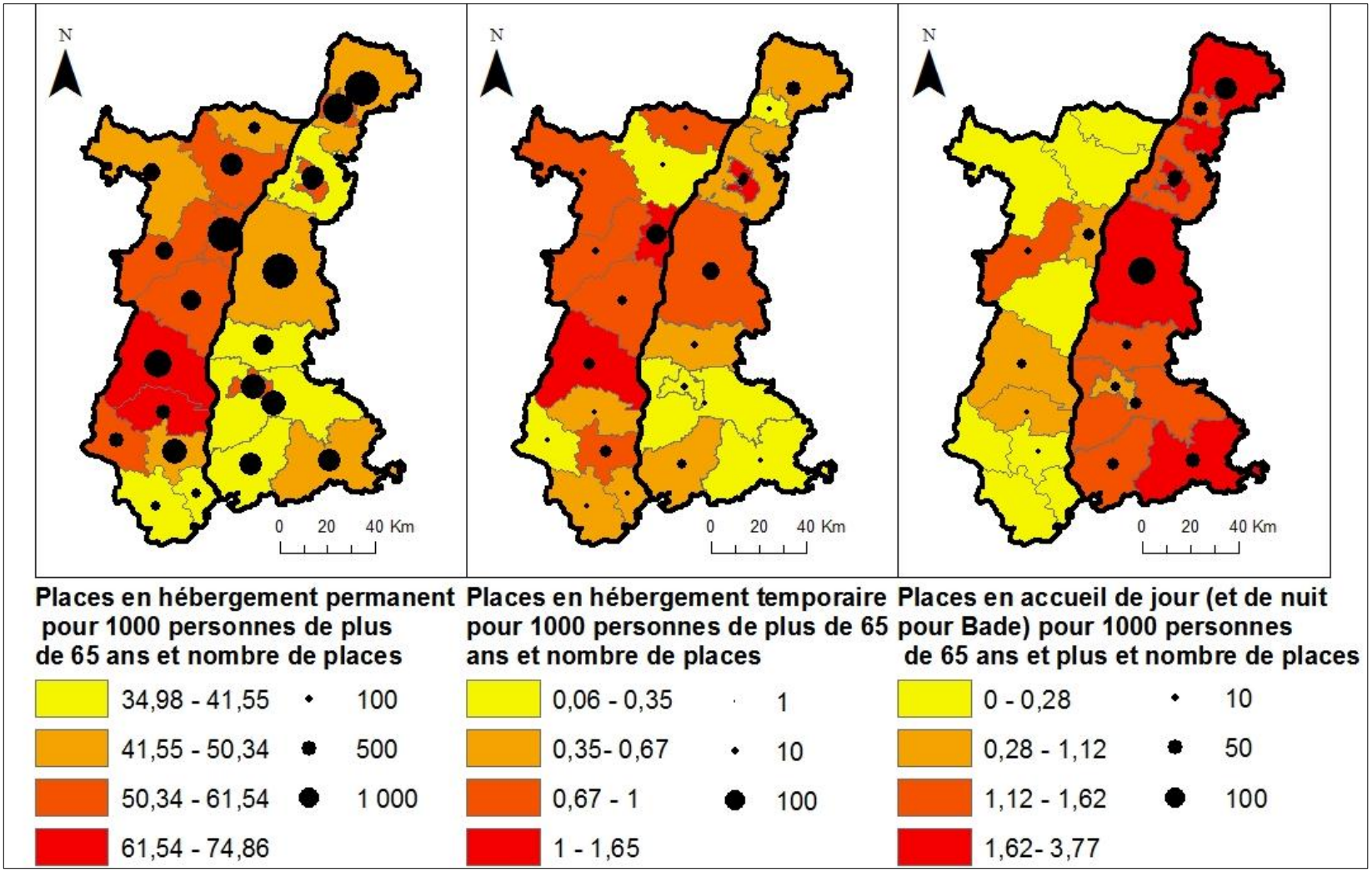
Pour le Bade, nous avons repris les places installées classées « hébergement permanent » (*Vollstationnäre Plätze*), qui représentent toutes les personnes vivant en permanence dans les maisons de soins médicalisées, même si elles ne reçoivent pas de soins.

Pour l'offre en hébergement temporaire, nous avons regroupé les places installées en hébergement temporaire pour personnes dépendantes et Alzheimer en EHPAD. Nous avons procédé de même pour l'accueil de jour. A échelle régionale, nous obtenons les résultats suivants :

Zones d'étude	Places en hébergement permanent pour 1000 65 ans et plus	Places en hébergement temporaire pour 1000 65 ans et plus	Accueil de jour/nuit pour 1000 65 ans et plus
Alsace	57,4	0,9	0,5
Bade	47,5	0,5	2

Tableau 14: Offre d'hébergement dans le Bade et l'Alsace, sources Pflegestatistik BW 2009, FINESS 2012

A échelle locale, au niveau des *Kreise* et des zones de proximité, nous obtenons la carte suivante :



Carte 15: Comparaison de l'offre d'hébergement en Alsace et dans le Bade à échelle des zones de proximité et des Kreise en 2009-2012, une organisation de l'offre différente, sources Pflegestatistik BW 2009, FINESS 2012, réalisation Astrid Coste 2012

Nous avons pris la méthode de Jenks pour la discrétisation de nos cartes, afin de faire ressortir les différences entre classes et réduire les différences intraclasses.

Afin de bien suivre les commentaires suivants, nous renvoyons le lecteur une nouvelle fois à la carte dépliante en fin de mémoire présentant le nom des *Kreise* et zones de proximité pour suivre la répartition de l'offre.

Le résultat observé nous montre deux organisations de l'offre d'hébergement très différentes des deux côtés de la frontière.

Les places en hébergement permanent sont importantes dans les deux régions, mais légèrement moins nombreuses dans le Bade, mais cela est peut-être dû au décalage temporel de nos données. En outre, nous remarquons que la répartition des places n'est pas homogène pour les deux zones : les extrêmes Nord (Wissembourg, Saverne) et Sud (Altkirch, Saint-Louis) de l'Alsace présentent des taux plus faibles que les zones de proximité du centre. Dans le Bade, les pôles urbains comme Fribourg, Baden-Baden et Karlsruhe sont bien pourvus, alors que les *Kreise* avec des zones plus rurales sont moins bien dotés. Nous avons une opposition urbain/rural dans le Bade alors que ce n'est pas le cas en Alsace.

Les places en hébergement temporaire par habitant de plus de 65 ans sont inférieures dans le Bade, tout en restant très peu importantes dans les deux régions par rapport au permanent et à l'accueil de jour. Nous remarquons qu'elles semblent plus développées dans les zones de proximité très urbaines comme Strasbourg et Mulhouse. Du côté badois, seule Baden-Baden semble en avoir un nombre important.

En revanche, la situation est inversée pour l'accueil de jour et de nuit : le Bade a une offre beaucoup plus importante que l'Alsace, la moyenne régionale est quatre fois supérieure à la région française. La répartition de cette offre est à peu près homogène sur le territoire allemand, alors que seules quelques zones de proximité comme Strasbourg, Molsheim, Colmar et Guebwiller ont des taux supérieurs à la moyenne régionale.

Il apparaît donc que l'offre médicalisée pour personnes âgées dépendantes n'est pas organisée de la même façon sur nos deux territoires. Le Bade semble favoriser les hébergements alternatifs comme l'accueil de jour et de nuit, en particulier dans les *Kreise* avec des zones rurales. Ce type d'établissement peut aider le maintien à domicile des personnes très dépendantes, en permettant aux aidants de se reposer.

En revanche, l'Alsace est bien pourvue en hébergement permanent, mais il existe de disparités intrarégionales : les zones nord et sud sont moins bien dotées. Nous observons le même phénomène pour les autres formes d'hébergement, les zones nord et sud sont souvent moins bien pourvues que les zones du centre, comme Strasbourg, Colmar, Molsheim et Obernai-Sélestat. Ces différences peuvent avoir de nombreuses causes, nous allons tenter dans la sous-partie suivante de faire des hypothèses sur les facteurs expliquant ces disparités.

La part des organismes privés et publics dans l'offre d'hébergement

Nous n'avons pu obtenir que des données régionales sur les maisons de retraites allemandes, nous allons donc comparer les données alsaciennes sur les EHPAD et USLD et maisons de retraites et les données de l'ensemble du Bade-Wurtemberg pour les Pflegeheime pour personnes âgées.

Nous obtenons les résultats suivants :

Régions	% d'établissements publics	% d'établissements privés à but non lucratif	% d'établissements Privés à but commercial
Alsace	46,4	48,5	5,1
Bade-Wurtemberg	7,2	59,5	33,3

Nous observons que le privé est beaucoup plus important dans le Bade-Wurtemberg, en particulier le privé à but commercial. Le privé à but non lucratif est majoritaire dans le Bade et reflète l'importance des organismes religieux dans la prise en charge des personnes âgées.

Le public est beaucoup plus important en Alsace, mais il reste légèrement inférieur au privé non lucratif, qui reflète également l'importance des organismes religieux en Alsace, point commun que la région partage avec le Bade.

Les autres structures offres d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

Nous n'évoquerons pas les structures qui ne sont pas conçues pour des personnes dépendantes, même si elles peuvent en accueillir, comme les logements-foyers.

En Alsace, nous comptons 3 Petites Unités de Vie (CG67) dans le Bas Rhin et 4 dans le Haut-Rhin (OHAS, 2012), qui peuvent accueillir des personnes souffrant d'Alzheimer.

Dans le Bade, nous comptons 13 colocations pour personnes souffrant d'Alzheimer.

Nous voyons que dans le domaine de la prise en charge des malades d'Alzheimer dans des hébergements alternatifs, la région du Bade semble en avance sur l'Alsace.

Après cette description de l'offre, nous allons mettre en relation les indicateurs démographiques et socio-économiques de la deuxième partie avec notre carte d'offre, afin d'identifier des liens entre structures démographiques et densité de l'offre d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

3.2 Les liens entre situation démographique, situation socio-économique et situation de l'offre ?

Nous n'avons malheureusement pas pu analyser les dynamiques de l'offre de soins, par manque de données disponibles dans les deux régions à différentes périodes temporelles. Nous ne pouvons donc pas mettre en lien les dynamiques démographiques et les dynamiques de l'offre. Nous mettons donc en lien la situation actuelle de l'offre avec le contexte territorial.

Cependant ces données peuvent être récupérées dans un délai plus long et l'étude de ces dynamiques pourraient se faire dans le cadre d'un travail plus approfondi.

Lorsque nous mettons en perspective la situation de l'offre actuelle avec les données démographiques et socio-économiques des deux régions, nous observons l'existence de certains liens qui pourraient être des facteurs explicatifs de la différence d'organisation d'offre d'hébergement que nous avons mise en évidence dans la sous-partie précédente.

3.2.1 Les liens entre contexte démographique et offre d'hébergement

Nous allons mettre en parallèle notre distribution de l'offre avec la carte du besoin relatif présentée en partie 2. **(Carte 14)**

Nous observons que la classe 1, qui regroupait des zones avec une situation démographique plus critique que les moyennes régionales, avec des aidants potentiels moins importants et un ISV plus élevé, présente globalement une bonne offre d'hébergement permanent pour les 65 ans et plus, sauf pour la zone de proximité de Saverne, qui est en

dessous de la moyenne régionale. Cette classe 1 regroupait, rappelons-le, Karlsruhe, Colmar, Thann, Saverne et Molsheim.

En revanche, en termes d'offre d'hébergement temporaire et d'accueil de jour ou de nuit, la situation est moins bonne, sauf pour la zone de proximité de Colmar, qui présente des taux élevés dans tous les types d'hébergement. Le maintien à domicile des personnes dépendantes n'est donc pas favorisé dans ces zones, surtout que comme nous l'avons souligné, le rapport aidants/aidés est inférieur aux moyennes régionales.

Pour la classe 2, qui correspond à Strasbourg et Fribourg, les deux territoires présentaient un vieillissement moins important que les moyennes régionales, mais avec aussi un potentiel d'aidants plus faible. En ce qui concerne l'offre d'hébergement, les deux zones présentent de très bons taux en hébergement permanent, mais moins bons pour l'accueil de jour ou de nuit. Fribourg ne présente pas un bon taux pour l'hébergement temporaire non plus. On peut supposer que le maintien à domicile des personnes âgées est également plus difficile dans ces centres urbains, qui n'ont pas des ratios aidants/aidés très bons par rapport à la moyenne régionale.

Concernant les classes 3 et 4, qui présentaient des valeurs proches moyennes en termes de besoin relatif, toutes les situations sont possibles en termes d'offre d'hébergement, nous ne notons pas tendances globales.

Pour la classe 5, représentée par la zone de proximité de Saint-Louis, nous observons que cette zone présente des taux faibles en hébergement permanent, moyen en hébergement intermédiaire et faible en accueil de jour. Elle a un profil de besoin relatif plutôt faible, mais nous avions observé que son taux d'accroissement des 65 ans et plus entre 1999 et 2008 était un des plus élevés pour la région. Ainsi cette augmentation peut poser des problèmes en termes de planification de l'offre d'hébergement.

Afin d'approfondir notre analyse, nous présentonsles coefficients de corrélations entre les variables démographiques que nous avions sélectionnées pour notre indicateur relatif de besoins et les taux d'offre d'hébergement des plus de 65 ans.

Lorsque nous ne prenons que les données alsaciennes, nous trouvons les deux corrélations significatives suivantes avec le nombre de places en hébergement permanent pour les 65 ans et plus :

- Le ratio aidants/aidés, avec un coefficient de – 0,6 significatif avec un $p< 0,05$

- L'accroissement des 65 ans et plus entre 1999 et 2008, avec un coefficient à -0,7 significatif avec un $p<0,02$, sachant que les deux variables ratio aidants/aidés et accroissement sont très fortement corrélées entre elles.

Ainsi il y a une relation négative entre le nombre de places en hébergement permanent et l'accroissement des 65 ans et plus et le ratio aidants/aidés.

Cela pourrait montrer un décalage entre la dynamique démographique et sa prise en compte dans la planification de l'offre d'hébergements.

Nous ne trouvons pas d'autres corrélations pour l'Alsace.

Lorsque nous nous intéressons aux données badoises, nous trouvons deux corrélations significatives de l'hébergement permanent avec les mêmes variables qu'en Alsace :

- Le ratio aidants/ aidés avec un coefficient à -0,9 significatif à $p< 0,001$

- L'accroissement des 65 ans et plus avec un coefficient à -0,7 significatif à $p<0,02$

Nous en tirons les mêmes conclusions que pour l'Alsace.

Nous trouvons deux corrélations significatives avec l'hébergement temporaire :

- La part des 65 ans et plus avec un coefficient à 0,7 significatif à $p< 0,02$

- L'indice synthétique de vieillesse avec un coefficient à 0,7 significatif à $p<0,05$

Nous trouvons une corrélation significative avec l'accueil de jour/ de nuit :

- La part des 65 ans et plus avec un coefficient à 0,7 significatif à $p<0,02$

D'après ces résultats, nous pouvons émettre l'hypothèse que la part des 65 ans et plus aurait une influence dans l'organisation de l'hébergement temporaire ou de l'accueil de jour/de nuit. Cependant ces résultats ne montrent que des liens statistiques entre deux variables, et il faudrait faire des modèles statistiques plus complexes afin de voir si ces corrélations subsistent lorsqu'on prend d'autres facteurs démographiques ou socio-économiques en compte.

Nous voyons que les liens statistiques entre les différentes variables ne sont pas les mêmes dans les deux territoires, sauf pour l'hébergement permanent. Nous pouvons en déduire que les facteurs de répartition de l'offre d'hébergement ne sont pas les mêmes sur les deux territoires.

Nous avons également croisé nos variables avec l'ensemble des entités géographiques de la région frontalière d'étude.

En résultat, nous trouvons des corrélations significativement négatives entre l'hébergement permanent/ l'hébergement temporaire et l'accroissement des 65 ans et plus.

Pour l'accueil de jour/de nuit, nous trouvons également deux corrélations positives avec l'indice synthétique de vieillesse/ la part des 65 ans et plus; et deux corrélations négatives avec le ratio aidants/aidés et le ratio aidants féminins/aidés. C'est-à-dire que si les 65 ans et plus sont importants dans la population et les aidants peu nombreux, alors l'accueil de jour est plus important. Nous ne trouvions pas du tout ces résultats en comparant les deux cartes précédentes.

Avec cette étude, nous voyons l'importance d'analyser la répartition de l'offre d'hébergement à plusieurs échelles, afin d'identifier des facteurs communs et des facteurs différents de répartition et d'implantation de l'offre en hébergement dans une région frontalière.

3.2.2 Les liens entre contexte socio-économique et offre d'hébergement

Il ne nous semblait pas pertinent de croiser le taux de chômage avec l'offre d'hébergement sachant que nous nous intéressons à une population retraitée, en outre nous avions le taux de chômage par zone d'emploi, ce qui compliquait la comparaison.

Nous avons seulement comparé le type d'offre avec le milieu de vie des personnes âgées de 65 ans et plus. **(Carte 11)**

Pour les zones où la majorité des 65 ans et plus vit en milieu urbain, nous avons observé que l'offre en hébergement permanent, temporaire ou accueil de jour était plutôt élevé par rapport à la moyenne régionale.

Pour les zones, où la majorité des 65 ans et plus vit en milieu périurbain, aucune tendance quant à l'offre d'hébergement se dessine.

Pour les zones, où la majorité des 65 ans et plus vit en milieu rural, l'offre d'hébergement permanent ou temporaire est plutôt bon en Alsace et moins bon dans le Bade. Pour l'accueil de jour, c'est l'inverse : il est plutôt bon dans le Bade est moins bon en Alsace.

Nous voyons que l'étude de ce milieu de vie des personnes âgées montre que les stratégies des politiques gérontologique ne sont pas les mêmes pour le Bade et l'Alsace : en milieu rural, le Bade présente plutôt une bonne offre d'hébergement alternatif, l'Alsace une bonne offre d'hébergement permanent.

Il faudrait approfondir cette étude, notamment en essayant de construire des indicateurs réellement comparables pour les milieux de vie des personnes âgées.

Nous allons maintenant tenter de mettre en perspective ces résultats avec les politiques gérontologiques menées par les acteurs sur chaque territoire.

3.3 Les liens entre évolution des politiques gérontologiques et dynamiques de l'offre ?

Les plans gérontologiques se font au niveau du Land pour le Bade-Wurtemberg et au niveau départemental pour l'Alsace. L'échelle française est donc plus fine que l'échelle du Land. Ceci explique sans doute que les plans du Land donnent avant tout des lignes directrices pour ce qui est des formes d'hébergement alternatifs (MfAS, 2006). Cependant en ce qui concerne l'organisation des maisons de retraites, la réglementation juridique est définie au niveau du Land dans la *Heimgesetz* (loi pour les maisons de retraites et pour handicapées) et la planification des services hospitaliers gériatriques est beaucoup plus précise.

Ce sont les *Kreise* qui planifient l'offre à échelle fine et mènent des politiques gérontologiques locales.

Les deux régions frontalières souhaitent toutes deux développer des hébergements alternatifs et intermédiaires pour favoriser le maintien à domicile, tout en gardant une bonne offre en institution et en améliorant sa qualité (Observatoire Haut-Rhinois des Actions Sociales, 2012), (Conseil Général 67, 2012), (MfAS, 2006).

Néanmoins l'application de ces mesures diffère et est parfois problématique.

Dans le Haut-Rhin, d'après nos conversations avec un acteur du Conseil Général, la mise en place de MARPA ou de PUV lors du dernier plan gérontologique du Haut-Rhin (2006-2011) n'a pas été à la hauteur des espérances, notamment à cause d'un budget

insuffisant et des ouvertures d'établissements qui ne suscitaient pas tout de suite l'arrivée de nombreux résidents.

Le mode d'hébergement qui a le plus séduit, dans toute la région, est l'accueil familial. En effet, même si cela ne permet de prendre en charge qu'un faible nombre de personnes dépendantes, cette forme d'hébergement a eu beaucoup de succès et continue à croître.

Ce mode d'hébergement n'existe pas du tout dans le Bade, mais le succès de la formule a suscité l'intérêt des Badois qui ont invité des représentants du Haut-Rhin à venir exposer ce type de logement en Allemagne.

Ces échanges, même s'ils ne sont pas réguliers et intenses, existent tout de même entre les acteurs de l'Alsace et ceux du Bade.

Les échanges sont peu fréquents même au sein de l'Alsace, entre les deux départements, malgré l'instauration de l'ARS qui coordonne l'offre médico-sociale avec les départements.

Les schémas gérontologiques départementaux ne sont pas présentés de la même manière, les découpages géographiques ne sont pas les mêmes : le Haut-Rhin travaille à l'échelle des bassins de vie, qui sont plus petits que les zones de proximité (11 bassins de vie constituent les 6 zones de proximité du Haut-Rhin), afin d'évaluer l'offre et le besoins. Le Bas-Rhin et l'ARS travaillent au niveau des zones de proximité. Ces différences peuvent poser problème pour construire un plan régional de gérontologie cohérent (ARS, Janvier 2012), (Observatoire Haut-Rhinois des Actions Sociales, 2012).

La mise en pratique du plan gérontologique ne pose pas seulement des problèmes en Alsace. En effet, au cours de nos visites en Allemagne, les acteurs nous ont fait part de la tension qui pouvait exister entre les établissements d'hébergement permanent classique et les établissements alternatifs : certaines places ont été supprimées dans le permanent classique pour favoriser la création d'établissements alternatifs comme les colocations pour personnes âgées dépendantes.

En outre, certains acteurs des établissements d'hébergement classique considèrent ces nouveaux établissements comme de qualité inférieure en termes de soins.

Nous voyons que la mise en place de nouveaux modèles d'hébergement ne se fait pas sans difficultés dans les deux régions. Cela peut expliquer le relatif retard de l'Alsace en

termes d'établissements d'accueil de jour ou en PUV ou MARPA par rapport au Bade, même si des tensions existent aussi de ce côté de la frontière. .

Cette étude devrait être approfondie pour apporter des résultats plus précis que ceux que nous présentons déjà.

3.4 Eléments de conclusion

Nous avons vu que l'étude des liens entre le contexte démographique, social, économique et culturel et l'offre d'hébergement pour personnes âgées en perte d'autonomie pouvaient expliquer les différences d'organisation et de répartition de l'offre d'hébergement. En effet, lorsque nous observons les liens entre indicateurs démographiques et offre d'hébergement, les liens significatifs ne sont pas tous les mêmes entre les deux régions.

Cette étude reste cependant inachevée, notamment sa partie qualitative, car le rendu de ce mémoire se fait avant la fin du stage de master 2, toutes les visites dans les établissements n'ont pas pu être faites.

Nous notons tout de même une nette différence culturelle dans la formation d'hébergements alternatifs comme les colocations pour séniors dépendants dans le Bade ou les petites unités de vie en Alsace. L'initiative est d'abord venue des habitants dans de nombreux cas dans le Bade, les autorités de santé ont ensuite légalisé le cadre de ces colocations pour assurer une qualité des soins. C'est plutôt le cas inverse qui se produit en Alsace, avec des formes nouvelles d'hébergement initiées par les responsables de la planification gérontologique, comme les PUV, qui ont plus ou moins de succès dans la population, sauf pour l'accueil familial.

Quant aux formes d'hébergement aidant au maintien à domicile comme l'accueil de jour ou de nuit, en offrant un répit aux aidants familiaux, nous avons observé qu'elles sont davantage développées dans le Bade qu'en Alsace, ce qui est sans doute dû à une politique gérontologique précoce en faveur du maintien à domicile en Allemagne par rapport à la France. Cette précocité peut s'expliquer par un vieillissement plus important de la population badoise qu'alsacienne.

Conclusion générale et perspectives

Cette étude exploratoire a montré l'intérêt d'analyser les modes d'hébergement des personnes âgées en perte d'autonomie en adoptant une démarche comparative et une approche géographique. Nous avons pu mettre en évidence des effets de frontières entre nos deux régions à travers des indicateurs démographiques : si les deux régions connaissent un vieillissement de la population entre 1999 et 2030, le vieillissement du Bade est plus avancé et plus important que celui de l'Alsace.

Cette région frontalière est globalement aisée, mais le Bade connaît actuellement une situation plus favorable d'après nos indicateurs économiques et d'emploi.

Concernant le système de santé, les deux régions présentent certaines similitudes d'assurances maladie, notamment avec la persistance du droit local alsacien.

Ainsi nous avons pris conscience de la difficulté de construire un indicateur de besoin commun aux deux régions, notamment à cause de problème de comparabilité des données.

Il faudrait par la suite réfléchir à des méthodes statistiques plus fines (standardisation…) pour permettre de faire des comparaisons de besoins de la population âgée dépendante, toutes choses égales par ailleurs. Même avec ces méthodes, nous resterons néanmoins tributaires des données existantes et disponibles des deux côtés de la frontière.

Nous avons pu également observer que les liens entre contexte territorial et répartition et organisation de l'offre en hébergement n'étaient les mêmes dans les deux régions. Nous en concluons que les facteurs jouant sur l'implantation de structures d'hébergement ne sont pas les mêmes dans les deux régions.

Il s'agira dans une étude ultérieure d'approfondir ces observations et d'identifier plus précisément les facteurs jouant sur la répartition et l'implantation de l'offre d'hébergement.

Table des cartes

Carte 1: Notre zone d'étude, l'Alsace et le territoire du Bade frontalier inclus dans l'espace de la Conférence Rhin Supérieur 13
Carte 2: Un vieillissement contrasté dans les régions françaises, source INSEE 2001, réalisation Astrid Coste 2012 21
Carte 3: Notre espace d'étude: deux territoires de la Conférence Rhin Supérieure, sources site de la Conférence Rhin Supérieur 62
Carte 4: Un espace physique commun issu de la formation du fossé rhénan, sources site de la Conférence Rhin Supérieur 63
Carte 5: Un réseau de transports dense avec un aéroport binational, sources site de la Conférence Rhin Supérieur 64
Carte 6: Structure par âge de la population à échelle communale en Alsace et dans le Bade en 2008-2009, sources INSEE 2008 et Statistisches Landesamt BW 2009, réalisation Astrid Coste 2012 74
Carte 7: Structure par âge de la population à échelle communale en Alsace et dans le Bade en 2008-2009 II, sources INSEE 2008, Statistisches Landesamt BW 2009, réalisation Astrid Coste 2012 75
Carte 8: Structure par âge de la population à échelle des zones de proximités et des Kreise en Alsace et dans le Bade en 2008-2009, sources INSEE 2008 et Statistisches Landesamt BW 2009, réalisation Astrid Coste 2012 76
Carte 9: Structure par âge de la population à échelle des zones de proximité et des Kreise en Alsace et dans le Bade en 2008-2009, sources INSEE 2008 et Statistisches Landesamt BW 2009, réalisation Astrid Coste 2012 77
Carte 10 : Disparités socio-économiques intrarégionales en Alsace et dans le Bade, sources INSEE 2008-2011 et Statistisches Landesamt 2009-2011, réalisation Astrid Coste 2012 83
Carte 11: La répartition des personnes de 65 ans et plus dans l'espace urbain, périurbain ou rural à échelle des Kreise et zones de proximité, 2008-2009, sources Statistisches Landesamt BW 2009, INSEE 2008, LEP 2002 BW, INSEE 1999 90
Carte 12 : Indice comparatif de la mortalité générale dans la Vallée Rhin Supérieure 1998-2002 à échelle des *Kreise* et arrondissements, sources INSEE-INSERM, Statistisches Landesamt-Bundesamt für Statistik Neuchâtel, exploitation ORSAL 92

Carte 13: Significativité de l'écart à l'ICM générale 1998-2002, sources INSEE-INSERM, Statistisches Landesamt- Bundesamt für Statistik Neuchâtel, Exploitation ORSAL 93
Carte 14: Typologie du besoin relatif de prise en charge des personnes âgées selon des indicateurs démographiques à échelle des zones de proximité et *Kreise*, sources INSEE 1999-2008 et Statistisches Landesamt BW, réalisation Astrid Coste 2012 100
Carte 15: Comparaison de l'offre d'hébergement en Alsace et dans le Bade à échelle des zones de proximité et des Kreise en 2009-2012, une organisation de l'offre différente, sources Pflegestatistik BW 2009, FINESS 2012, réalisation Astrid Coste 2012 120

Table des tableaux

Tableau 1 : Un vieillissement contrasté dans les régions françaises, source INSEE 2001, repris par Gérard-François Dumont 20
Tableau 2 : Aide proposée par l'APA en fonction du GIR, (Association d'Aide à la Personne Âgée du Bassin Houillé Lorrain, 01/08/2005) 35
Tableau 3: Niveau de dépendance en Allemagne, source Ministerium für Arbeit und Soziales & Landesgesundheitsamt, Novembre 2006 36
Tableau 4: Prestations selon le degré de dépendance (maintien à domicile), source Ministerium für Arbeit und Soziales & Landesgesundheitsamt, Novembre 2006 37
Tableau 5: Prestations selon le degré de dépendance (hébergement permanent), source Ministerium für Arbeit und Soziales & Landesgesundheitamt, Novembre 2006 37
Tableau 6: Profil démographique de l'Alsace, source INSEE 69
Tableau 7: Profil démographique du Bade, source Statistisches Landesamt 70
Tableau 8: indicateurs d'évaluation du besoin d'offre de prise en charge pour personnes âgées, INSEE et Statistisches Landesamt BW 72
Tableau 9: les personnes âgées vivant seules dans le Bade-Wurtemberg, source Statistisches Landesamt BW, Mikrozensus 2009 86
Tableau 10: Les personnes âgées vivant seules en Alsace, source INSEE 2008 86
Tableau 11: Répartition des plus de 65 ans par type d'espace, source LEP 2002 BW et INSEE 1999 89
Tableau 12: prix d'hébergement d'une maison de retraite dans le Bade (1) 113
Tableau 13: prix d'hébergement d'une maison de retraite dans le Bade (2) 113
Tableau 14: Offre d'hébergement dans le Bade et l'Alsace, sources Pflegestatistik BW 2009, FINESS 2012 119

Table des figures

Figure 1 : Pyramide des âges française en 2000 et 2050, source OCDE 17
Figure 2 : Pyramide des âges allemande en 2000 et 2050, source 0CDE 19
Figure 3: Pyramide des âges Alsace/Bade 1999, sources INSEE 1999 et Statistisches Landesamt BW 1999 66
Figure 4: Pyramides des âges Alsace/Bade 2008-9, sources INSEE 2008 et Statistisches Landesamt BW 2009 66
Figure 5: Pyramides des âges Alsace/Bade 2030, sources INSEE et Statistisches Landesamt BW 67
Figure 6: Colocation pour séniors avec un Alzheimer ou une maladie apparentée à Emmendingen, source Astrid Coste, photographie prise le 31/01/2012 117

Bibliographie

Ouvrages

Bundesministerium für Familie, S. F. (Août 2010). *Auf der Suche nach der passenden Wohn- und Betreuungsform, Ein Wegweiser für ältere Menschen.*

Dumont, G.-F. (2006). *Les territoires face au vieillissement en France et en Europe* . Paris: Ellipses

Henrard, J.-C. (2012). *La perte d'autonomie, Un nouvel enjeu de société.* Paris: L'Harmattan.

Juillard, E. (1968). *L'Europe Rhénane. Géographie d'un grand espace.* Paris: Armand Colin.

Ministerium für Arbeit und Soziales & Landesgesundheitsamt. (Novembre 2006). *Gesamtbericht Altern und Gesundheit in Baden-Württemberg (Teil 1 und Teil 2)* . Stuttgart: MfAuS.

Pasquier, R., Guigner, S., & Cole, A. (2011). *Dictionnaire des politiques territoriales.* Paris: SciencesPo.Les Presses.

Rican, S., Salem, G., & Vaillant, Z. (2012). *Les dynamiques sanitaires des villes françaises.* La documentation française.

Salem, G. (1998). *La santé dans la ville.* Paris: Editions Karthala/ORSTOM.

Rapports/Etudes

Agence Régionale de Santé Alsace. (Janvier 2012). *Projet régional de santé d'Alsace 2012-2016, Plan Stratégique Régional de Santé, Etat des lieux.*

Agence Régionale de Santé Alsace (Janvier 2012). *Projet régional de santé d'Alsace 2012-2016, Schéma Régional d'Organisation Médico-sociale (SROMS) et Programme Interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC).*

Brun, M.-G. (2010). *Histoire de l'Alsace.* Centre Régional de Documentation Pédagogique d'Alsace (CRDP).

Conseil Général du Haut-Rhin (2006) *Schéma départemental gérontologique du Haut Rhin 2006-2011*

Conseil général du Bas-Rhin (2009) *Schéma départemental gérontologique du Bas-Rhin 2010-2014*

Destais, Ruol, & Thierry. (2011). *Financements des soins dispensés dans les EHPAD, évaluation de l'option tarifaire dite globale (IGAS).* La documentation française.

Direction Générale des Affaires Sociales. (2009). *Cahier des charges relatif aux PASA et UHR*

FNORS. (septembre 2008). *Vieillissement des populations et état de santé dans les régions de France.* Paris: FNORS/DGS.

MfAS. (2006). *Neue Wohnformen für ältere Menschen.*Stuttgart :MfAuS

Observatoire Haut-Rhinois d'Actions Sociales (2012). *Schéma départemental Gérontologique 2012-2016 Haut-Rhin (en préparation).*

Articles

Demenzkranke bekommen mehr Geld. (2012, Mars 28). Consulté le Mars 30, 2012, sur SpiegelOnline: http://www.spiegel.de/politik/deutschland/0,1518,824377,00.html

Barlet, M., Coldefy, M., Collin, C., & Lucas-Gabrielli, V. (2012, Mars). L'Accessibilité potentielle localisée (APL): une nouvelle mesure de l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux. *Questions d'économie de la santé*, pp. 1-7.

Chapon, P.-M. (2009). Planification urbaine et vieillissement . *Retraite et société*, pp. 206-216.

Elger, K. (2011, septembre 19). *Das Demenz Dilemma.* (Spiegel, Éd.) Consulté le Mars 30, 2012, sur SpiegelOnline: http://www/spiegel.de/speigel/print/d-80450987.html

Ennuyer, B. (2004, 12 29). *Colloque vieillissement et citoyenneté.* Consulté le Mars 10, 2012, sur Centre de ressources en Sciences Médico-Sociales : http://rnrsms.ac-creteil.fr/idf/formation/colloque04/ennuyer.htm

Feng, Z., Lepore M. et al. (2011), Geographic concentration and correlates of Nursing Home Closures: 1999-2008, *Archives of Internal Medicine*, pp. 806-813.

Fleuret, S. (2003). Recomposition du paysage sanitaire: quand les exigences territoriales rejoignent les enjeux sanitaires. *Géocarrefour*, pp. 239-245.

Kandzio, K. (2012, février 02). *Allemagne: Réforme de l'assurance dépendance.* Consulté le mars 30, 2012, sur Arte Journal.

Martin, C. (2001). Les politiques de prise en charge des personnes âgées dépendantes. *Travail, genre et sociétés*, pp. 83-103.

Merenne-Schoumaker, B. (1994). Les disparités et les dynamiques territoriales. *Bulletin de la Société géogrpahique de Liège*, pp. 5-14.

Nicot, B. (2005). *Urbain-rural: de quoi parle-t-on?* . Paris: Université Paris 12.

Rochefort, R. (1965). Géographie sociale de la vieillesse. *Revue de géographie de Lyon*, pp. 5-33.

Schmitt, J., Enderlin, P., Krämer, D., Ammann, N., & Imbert, F. *Analyse de données de mortalité dans la vallé Rhin Supérieur.*

Mémoires/ Thèses

Chevillard, G. (2011) *Dynamiques territoriales et dynamiques d'implantation des maisons de santé en France*, Mémoire de master 2

Nader, B. (2011). *Les territoires de vie des personnes âgées à Paris. Quel environnement urbain pour une qualité de vie durable?,* Thèse soutenue en décembre 2011

Documents électroniques

Association d'Aide à la Personne Âgée du Bassin Houillé Lorrain. (01/08/2005). *L'Allocation Personnalisée pour l'Autonomie (APA).*

CARSAT Alsace-Moselle. (s.d.). Récupéré sur http://www.carsat-alsacemoselle.fr

CAVIMAC. (2007, 01 08). *grille AGGIR.* Consulté le 05 11, 2012, sur http://www.cavimac.fr: http://www.cavimac.fr/aggir.pdf

CG67. (s.d.). *Personnes âgées*. Consulté le 06 2012, sur Bas-Rhin.fr: http://www.bas-rhin.fr/solidarites/personnes-agees

CNSA. (s.d.). *Caisse Nationale de solidarité pour l'autonomie - 1. Les missions - Page :*. Consulté le Mars 30, 2012, sur CNSA: http://www.cnsa.fr/rubrique.php3?id_rubrique=14

DAG. (s.d.). *Deutsche Alzheimer Gesellschaft*. Consulté le 05 11, 2012, sur Deutsche Alzheimer Gesellschaft: http://www.deutsche-alzheimer.de/index.php?id=2

EHPAD, O. d. (2012, 01 31). *Observatoire des EHPAD.* Consulté le 06 10, 2012, sur KPMG: http://www.kpmg.com/FR/fr/IssuesAndInsights/ArticlesPublications/Documents/Observatoire-des-EPHAD-2012.pdf

Géoconfluences. (s.d.). *Géoconfluences notions*. Consulté le 05 10, 2012, sur Géoconfluences: http://geoconfluences.ens-lyon.fr/notions/index.htm

INED. (s.d.). *Indicateurs de fécondité*. Consulté le Mai 6, 2012, sur INED: http://www.ined.fr/fr/pop_chiffres/pays_developpes/indicateurs_fecondite/

Institut du droit local Alsacien-mosellan. (s.d.). Consulté le juin 9, 2012, sur http://www.idl-am.org/index.asp

OCDE. (s.d.). *Organisation de coopération et de développement économiques*. Consulté le 05 13, 2012, sur OCDE: http://www.oecd.org/home/0,3675,fr_2649_201185_1_1_1_1_1,00.html

ÖGD. (s.d.). *ÖGD-Startseite.* Consulté le 05 13, 2012, sur ÖGD: http://www.gesundheitsamt-bw.de/oegd/Seiten/startseite.aspx

Régime local d'assurance maladie. (s.d.). Consulté le juin 9, 2012, sur http://www.regime-local.fr

Rhin Supérieur, C. (s.d.). *Conférence Rhin Supérieur, Projets et travaux pour les citoyens Allemands, Français et Suisses*. Consulté le 03 05, 2012, sur Conférence Rhin Supérieur: http://www.conference-rhin-sup.org/fr/accueil/

Sitographie

CNSA :

http://www.cnsa.fr/

CG67 :

http://www.bas-rhin.fr/

CG68 :

http://www.cg68.fr/

INSEE :

http://www.insee.fr/fr/

INED :

http://www.ined.fr/

Ministerium für Arbeit, Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren :

http://www.sm.baden-wuerttemberg.de/

OCDE :

http://www.oecd.org/home/0,3675,fr_2649_201185_1_1_1_1_1,00.html

Statistisches Landesamt Baden-Württemberg :

http://www.statistik.baden-wuerttemberg.de/

Zone d'étude:
l'Alsace par zone de proximité
et le Bade par Kreise



Sources: ORSAL

Astrid Coste 2012

Annexes

Annexe 1 : La grille AGGIR

GRILLE AGGIR

A : Fait seul(e), totalement, habituellement, correctement

B : Fait partiellement, non habituellement, non correctement

C : Ne fait pas

COHERENCE :

Converser et/ou se comporter de façon sensée

ORIENTATION :

Se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux

TOILETTE DU HAUT DU CORPS :

Concerne le visage (incluant le rasage et le coiffage), le tronc, les membres supérieurs et les mains

TOILETTE DU BAS DU CORPS :

Concerne les régions intimes, les membres inférieurs, les pieds

HABILLAGE HAUT :

Le fait de passer des vêtements pat la tête et/ou les bras

HABILLAGE MOYEN :

Le fait de boutonner un vêtement, de mettre une fermeture éclair ou des pressions, une ceinture et des bretelles

HABILLAGE BAS :

Le fait de passer des vêtements par le bas du corps, y compris les chaussettes, les bas et les chaussures

ALIMENTATION : SE SERVIR

Couper la viande, ouvrir un pot de yaourt, peler un fruit, remplir un verre

ALIMENTATION : MANGER

Porter les aliments et les boissons à la bouche et les avaler

ELIMINATION URINAIRE :

Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire

ELIMINATION FECALE :

Assurer l'hygiène de l'élimination fécale

TRANSFERTS :

Se lever, se coucher, s'asseoir

DEPLACEMENTS A L'INTERIEUR :

Avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant

DEPLACEMENT A L'EXTERIEUR :

A partir de la porte d'entrée sans moyen de transport

COMMUNICATION A DISTANCE :

Utiliser les moyens de communication, téléphone, sonnette, alarme

Annexe 2 : Outil d'évaluation de la dépendance en Allemagne

Ci-dessous, nous présentons un extrait du dossier d'évaluation de l'équipe médico-sociale en charge des caisses d'assurances SLD :

1. « Etat général (alimentation, forces physiques, état de soins)
2. Description des dommages, incapacités des activités, motricité, organes internes, sens, systèmes nerveux et état psychique
3. Diagnostics des besoins de soins
4. Dépistage et évaluation des personnes ayant des capacités réduites pour la vie quotidienn

   4.a. 4 cases : Non / Oui : Fortes incapacités ; Oui : Augmentation des incapacités déjà présentes

   4.b. La recommandation d'allocation pour les incapacités reste-elle inchangée ? Oui/Non

   4.c. Y-a-t-il des dysfonctionnements de capacités liés à une démence, un handicap mental ou une maladie psychique ? Oui/Non

   4.d. Tableau d'évaluation

	Normal	Problème
Orientation		
Force motrice/ Activité		
Moral		
Mémoire		
Rythme Jour/nuit		

Perception et raisonnement		
Communication/langue		
Adaptation à une situation		
Perception de l'environnement social de la vie		

4. e. Y-a-t-il au moins un problème mentionné sur le tableau qui demanderait une prise en charge régulière et permanente ? Oui/Non

4. g. Si non, quelles sont les raisons ?

Si besoin spécifique à cause d'incapacités pour la vie quotidienne, la grille d'évaluation du degré de dépendance est la suivante :

Tendance à fuguer du domicile	Oui	Non
Sous-estimation ou provocation de situations dangereuses	Oui	Non
Comportements inadaptés avec des objets dangereux et des substances potentiellement dangereuses	Oui	Non
Agressions physiques ou verbales en méconnaissance de la situation	Oui	Non
Un comportement inadapté dans une mise en situation	Oui	Non

Incapacité de percevoir les émotions et les besoins physiques et psychiques	Oui	Non
Incapacités à une coopération nécessaire à des mesures thérapeutiques ou de prévention comme suite d'une dépression d'une résistance thérapeutique ou de troubles anxieux	Oui	Non
Altération des fonctions cérébrales supérieure (atteinte de la mémoire/ troubles des capacités de jugement)	Oui	Non
Altération du rythme nuit/jour	Oui	Non
Incapacité de planifier soi-même son emploi du temps du jour et de le structurer	Oui	Non
Méconnaissance de situation de la vie quotidienne et réaction inadéquate à la vie de quotidienne	Oui	Non
Instabilité aiguë et comportement émotionnel incontrôlé	Oui	Non
Abattement, inertie, impuissance et désespoir réguliers à cause d'une dépression résistante à la thérapie	Oui	Non

Annexe 3 : méthodologie visite de terrain

Comparaison des dispositifs de prise en charge des personnes âgées dépendantes en Alsace et dans le Bade Wurtemberg/ Sorties de terrain Mai 2012/fin Juin/Juillet

Objectif : Comparaison par type d'établissements et par type d'espace

Etablissement d'hébergement/Maintien à domicile	
France	**Allemagne**
Foyers-logements Maison d'accueil rurale pour PA (MARPA) Appartements protégés (PUV) Accueil de jour Hébergement temporaire Famille d'accueil (Haut-Rhin) Maisons intergénérationnelles	Betreutes Wohnen für Senioren Betreute WG Tages- und Nachtpflege Kurzzeitpflege (déjà dans les maisons de retraites/Angebot der Pflegeheime, die gepflegte Person lebt aber dauerhaft noch "zuhause") Mehrgenerationenhaus
Etablissement d'hébergement permanent	
EHPAD USLD Autres maisons de retraites	Pflegeheime

Espace urbain, structures à visiter dans villes comparables par nombres d'habitants :

Par nombre d'habitants :

Environ 250 000 habitants :

- Strasbourg/Karlsruhe
- Mulhouse/Freiburg

Environ 60 000 habitants :

- Colmar/ pôle Weil-am-Rhein et Lörrach

Méthode :

1) Visite avec photos des structures et équipements (mais pas des personnes)
2) Entretien avec personnel (directeur ou secrétaire), voir Grilles pages suivantes

Remarque :

Pour les entretiens avec les responsables des établissements, nous reprenons la grille d'entretien élaborée par l'ORSAL au cours de l'étude :

L'entrée en institution des personnes âgées en Alsace, réalisée en 2010.

Grille pour responsable de structures d'hébergement intermédiaire

Valable pour : les foyers-logements, les accueils de jour, les MARPA, maisons intergénérationnelles, les PUV, maison d'accueil familiale (Haut-Rhin)/ Betreutes Wohnen, Betreute WG, Tagespflege, Nachtpflege

Présentation professionnelle/ *Berufliche Selbstdarstellung*

Explicitation de la fonction ? *Nähere Erläuterung/Beschreibung Ihrer Aufgaben ?*

Formation suivie pour tenir un tel poste? *Welche Berufsausbildung war Voraussetzung, um diese Aufgabe/Arbeitsplatz überzunehmen?*

Connaissance du milieu gériatrique? *Welche Erfahrung(en) haben Sie in der Geriatrie?*

Présentation de l'établissement/ *Darstellung/Beschreibung der Einrichtung*

Date de création? *Datum der Eröffnung ?*

Qui a demandé? *Wer hat die Einrichtung gefordert?*

Qui a eu l'initiative? Initiative locale ou autorité administrative supérieure ? *Wer hat die Initiative zur Eröffnung der Einrichtung ergriffen? Lokale Initiative oder Initiative von einer übergeordneten Behörde?*

Quelle autorisation exigée pour l'installation? Auprès de qui? *Braucht man eine Betriebserlaubnis? Von wem?*

Critères de localisation? Planification spécifique ? *Kriterien für die Auswahl des Ortes? Gab es eine Planung?*

Pour répondre à quels besoins? *Welchen Bedarf soll die Einrichtung decken?*

Nombre de places? *Anzahl der Plätze?*

Nombre de résidents ? *Anzahl der Bewohner?*

Nombre de salariés ? *Anzahl der Arbeitskräfte/Beschäftigten ?*

Nombre de membres du personnel soignant ? *Anzahl der Pflegekräfte ?*

Autres intervenants non professionnels ? *Andere Pflegende ohne Pflegeausbildung?*

Contrôle possible (sur hygiène, performances etc..)? *Gibt es eine Kontrolle der Einrichtung?* Die Frage sollte hier eher lauten: Welche Erfahrungen haben Sie mit der Heimaufsicht? Wie ist die Zusammenarbeit mit der Heimaufsicht?

Fonctionnement général ? *Allgemeiner Betrieb der Einrichtung ?*

Les résidents/ die Bewohner

Caractéristiques générales des résidents ? *Allgemeine Charakteristika der Bewohnern ?*

Y a-t-il des activités communes organisées ? Si oui sous quelle forme ?

Gibt es Angebote für gemeinsame Aktivitäten? Wenn ja, in welcher Form?

Les causes les plus fréquentes d'entrée dans l'établissement ? *Die häufigsten Gründe für den Eintritt/Aufnahme in die Einrichtung ?*

Lieu de vie avant l'entrée dans l'établissement? *Wo hat die Person vor dem Eintritt/zuvor gewohnt?*

Niveau de dépendance influe-t-il sur l'entrée dans la structure? *Hat der Grad der Pflegebedürftigkeit einen Einfluss auf den Eintritt/die Aufnahme in der Einrichtung?*

Financements/ Finanzierungen

Qui finance l'établissement (public ou privé) ou statut ? *Wer finanziert die Einrichtung (nach öffentlichen/privaten Trägern), gibt es eine Satzung? Wer ist der Träger? Ist es ein privater oder öffentlicher Träger?*

Les aides perçues par l'établissement? *Welche finanziellen Unterstützungen bekommt die Einrichtung?* Habilitation aide sociale ? *Erhält die Einrichtung öffentliche Zuschüsse?*

Les aides perçues par les patients? Welche finanziellen Unterstützungen (z.B.*Sozialhilfe, Grundsicherung usw.)* bekommen die Bewohner?

Liste d'attente/ Warteliste

Existe-t-il une liste d'attente ? *Gibt es eine Warteliste?*

Quelle est sa longueur ? *Wie lange ist sie ?*

Qui gère? *Wer ist dafür verantwortlich?*

Critères de sélection? *Was sind die Aufnahme-/Auswahlkriterien?*

Nombre de demande en moyenne, part des refus ? *DurchschnittlicheAnzahl der Anfragen ?* Wie hoch ist der *Anteil der Ablehnungen?*

Causes des refus ? *Gründe für eine Ablehnung?*

Coopération, coordination/ Koordination, Kooperation

Lien entre les différentes structures: coopération, concurrence? *Sind Sie mit anderen Pflegeeinrichtungen in Kontakt (für Verlegungen)? Gibt es einen Wettbewerb unter den Einrichtungen/Konkurrieren Sie miteinander?*

Grille pour responsable structures d'hébergement permanent

Valable pour : EHPAD, USLD, (+ hébergement temporaire si se trouve dans un EHPAD?)/ *Pflegeheime mit Dauerpflege und Kurzzeitpflege (Vollstationäre Pflege)*

Présentation professionnelle/ *Berufliche Selbstdarstellung*

Explicitation de la fonction ? *Nähere Erläuterung/Beschreibung Ihrer Aufgaben ?*

Formation suivie pour tenir un tel poste? *Welche Berufsausbildung, um diese Aufgabe überzunehmen?*

Connaissance du milieu gériatrique ? *Welche Erfahrung haben Sie in der Geriatrie?*

Présentation de l'établissement/ *Darstellung der Einrichtung*

Date de création? *Datum der Eröffnung ?*

Qui a demandé? *Wer hat die Einrichtung gefordert?*

Qui a eu l'initiative? Initiative locale ou autorité administrative supérieure ? *Wer hat die Initiative zur Eröffnung der Einrichtung ergriffen? Lokale Initiative oder Initiative von einer übergeordneten Behörde?*

Quelle autorisation exigée pour l'installation? Auprès de qui? *Braucht man eine Betriebserlaubnis? Von wem?*

Critères de localisation? Planification spécifique ? *Kriterien für die Auswahl des Ortes? Gab es eine Planung?*

Pour répondre à quels besoins? *Welchen Bedarf soll die Einrichtung decken?*

Nombre de places? *Anzahl der Plätze?*

Nombre de résidents ? *Anzahl der Bewohner?*

Nombre de salariés ? *Anzahl der Arbeitskräfte/Beschäftigten ?*

Nombre de membres du personnel soignant ? *Anzahl der Pflegekräfte ?*

Autres intervenants non professionnels ? *Andere Pflegende ohne Pflegeausbildung?*

Contrôle possible (sur hygiène, performances etc..)? *Gibt e seine Kontrolle der Einrichtung?* Die Frage sollte hier eher lauten: Welche Erfahrungen haben Sie mit der Heimaufsicht? Wie ist die Zusammenarbeit mit der Heimaufsicht?

Fonctionnement général ? *Allgemeiner Betrieb der Einrichtung ?*

Spécificités de l'établissement ? *Spezifische Besonderheiten der Einrichtung?*

Les résidents/ Die Bewohner

Caractéristiques générales des résidents ? *Allgemeine Charakteristika der Bewohnern ?*

Y a-t-il des activités communes organisées ? Si oui sous quelle forme ?

Gibt es Angebote für gemeinsame Aktivitäten? Wenn ja, in welcher Form?

Les causes les plus fréquentes d'entrée dans l'établissement ? *Die häufigsten Gründe für den Eintritt/Aufnahme in die Einrichtung ?*

Lieu de vie avant l'entrée dans l'établissement? *Wo hat die Person vor dem Eintritt/zuvor gewohnt?*

Niveau de dépendance influe-t-il sur l'entrée dans la structure? *Hat der Grad der Pflegebedürftigkeit einen Einfluss auf den Eintritt/die Aufnahme in der Einrichtung?*

Quelles sont les principales difficultés avec les personnes hébergées? *Was sind die Hauptschwierigkeiten mit den Bewohnern ?*

Avec l'entourage ? *Mit der Umgebung ?*

Les causes de l'entrée dans l'établissement/ *Die Gründe für den Eintritt in die Einrichtung*

Qui a effectué la demande d'entrée? *Wer hat den Eintritt gewünscht/ den Auftrag auf Aufnahme ausgefüllt?*

Le consentement de la personne? *War die ältere Person einverstanden?*

Lieu de vie avant l'entrée dans l'établissement? *Wo hat die Person vor dem Eintritt gewohnt?*

Niveau de dépendance influe-t-il sur l'entrée dans la structure? *Hat der Grad der Pflegebedürftigkeit einen Einfluss auf den Eintritt in der Einrichtung?*

Qu'est ce qui rend l'entrée inévitable? *Was macht den Eintritt unvermeidbar?*

Qu'est ce qui rend le maintien à domicile inefficace? *Was macht das Leben "in den eigenen vier Wänden" unmöglich?*

Qu'est ce qui pourrait rendre l'entrée en institution plus facile? *Was könnte den Eintritt in ein Heim verbessern/erleichtern?*

Financements/ Finanzierugen

Qui finance l'établissement (public ou privé) ou statut ? *Wer finanziert die Einrichtung (nach öffentlichen/privaten Trägern), gibt es eine Satzung? Wer ist der Träger? Ist es ein privater oder öffentlicher Träger?*

Les aides perçues par l'établissement? *Welche finanziellen Unterstützungen bekommt die Einrichtung?* Habilitation aide sociale ? *Erhält die Einrichtung öffentliche Zuschüsse?*

Les aides perçues par les patients? *Welche finanziellen Unterstützungen (z.B.Sozialhilfe, Grundsicherung usw.) bekommen die Bewohner?*

Liste d'attente/ Warteliste

Existe-t-il une liste d'attente ? *Gibt es eine Warteliste?*

Quelle est sa longueur ? *Wie lange ist sie ?*

Qui gère ? *Wer ist dafür verantwortlich?*

Critères de sélection? *Was sind die Aufnahme-/Auswahlkriterien?*

Nombre de demande en moyenne, part des refus ? *Durchschnittliche Anzahl der Anfragen ? Wie hoch ist der Anteil der Ablehnungen ?*

Causes des refus ? *Gründe für eine Ablehnung ?*

Coopération, coordination/ Koordination, Koopération

Lien entre les différentes structures: coopération, concurrence? *Sind Sie mit anderen Pflegeeinrichtungen im Kontakt (für Verlegungen)? Konkurrieren Sie miteinander?*

Annexe 4: Méthode de calcul pour les pyramides des âges :

Méthode générale :

Nous avons construit des pyramides des âges en calculant des taux de population par classe d'âge et par genre, afin de pourvoir comparer nos deux populations qui ont des effectifs très différents.

Pyramide des âges 1999 :

Pyramide de la région frontalière du Bade :

Pour 1999, nous avons dû prendre des classes larges, car les données allemandes n'étaient pas plus précises. En effet, nous avions 5 classes : les 0-15 ans, les 15-25 ans, les 25-40 ans, les 40-65 ans et les 65 ans et plus.

Nous n'avons pas pu obtenir d'informations sur l'âge le plus élevé dans la classe des 65 ans et plus, nous avons donc limité la classe à 90 ans pour obtenir une amplitude de classes pas trop importante et une pyramide des âges cohérente, sachant que la population de plus de 90 ans représente une part très peu importante de la population.

Nous n'avons pas de classes d'âge supérieures à 90 ans pour la pyramide du Bade en 1999.

Pyramide de l'Alsace :

Nous avions des données plus précises qu'en Allemagne, nous avons pu calculer une classe d'âge des 90 et plus. Cependant dans cette classe d'âge, nous avons décidé de limiter l'âge le plus élevé à 95 ans, car la population de plus de 95 ans est vraiment très faible, cela n'avait pas de sens de prendre une amplitude plus importante pour cette dernière classe.

Pyramides des âges 2009 (recensement 2008 pour l'Alsace et données du 31.12.2009 pour le Bade) :

Pyramide de la région frontalière du Bade :

Nous avions des classes beaucoup plus petites qu'en 1999, par tranche quinquennale, et pour la dernière classe, nous avons fait comme pour la pyramide de l'Alsace en 1999.

Pyramide de l'Alsace :

Nous avons choisi la même méthode que pour celle du Bade.

Pyramides des âges en 2030(Projections)

Pyramide de la région frontalière du Bade :

Les données démographiques du Bade-Wurtemberg ne présentent pas des données complètes de projections pour 2030 : seules les projections des communes de plus de 5000 habitants sont calculées et aucune projection au niveau des Kreise existe.

Nos données ne représentent donc qu'environ 85 % de la population.

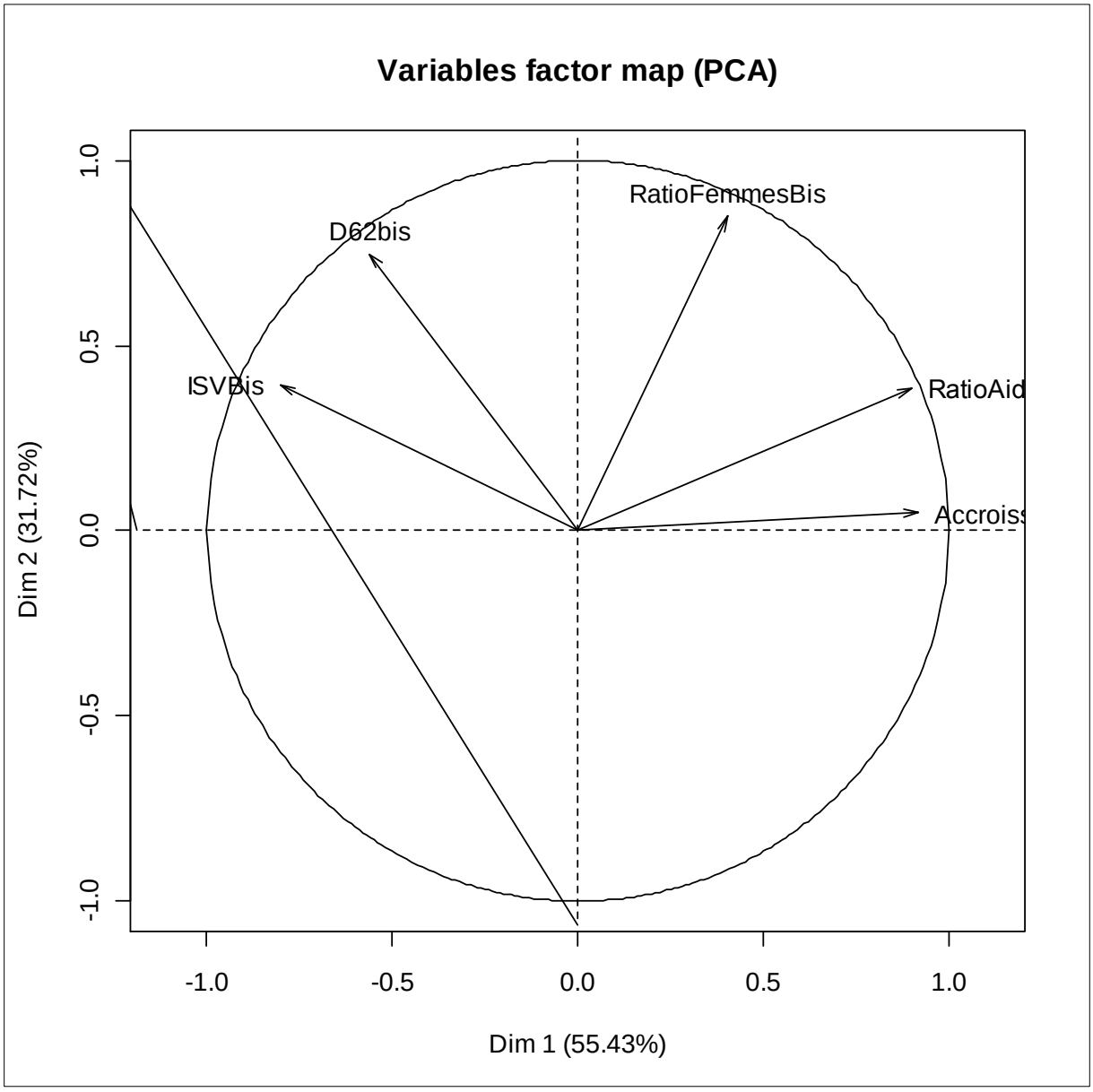
Nous avions des classes d'âges quinquennales et une classe des 90 et plus, nous avons procédé comme pour la pyramide des âges de 2009.

Pyramide de l'Alsace :

Nous avions des tranches d'âges quinquennales et une classe des 95 ans et plus. Dans cette classe d'âge, nous avons décidé de limiter l'âge le plus élevé à 100 ans, car la population de plus de 100 ans est vraiment très faible, cela n'avait pas de sens de prendre une amplitude plus importante pour cette dernière classe.

Annexe 5 : Analyse en composante principale et classification ascendante hiérarchique de notre indicateur relatif de besoin

Nous avons calculé une ACP avec le logiciel R et nous avons obtenu les résultats suivants pour notre cercle des corrélations :



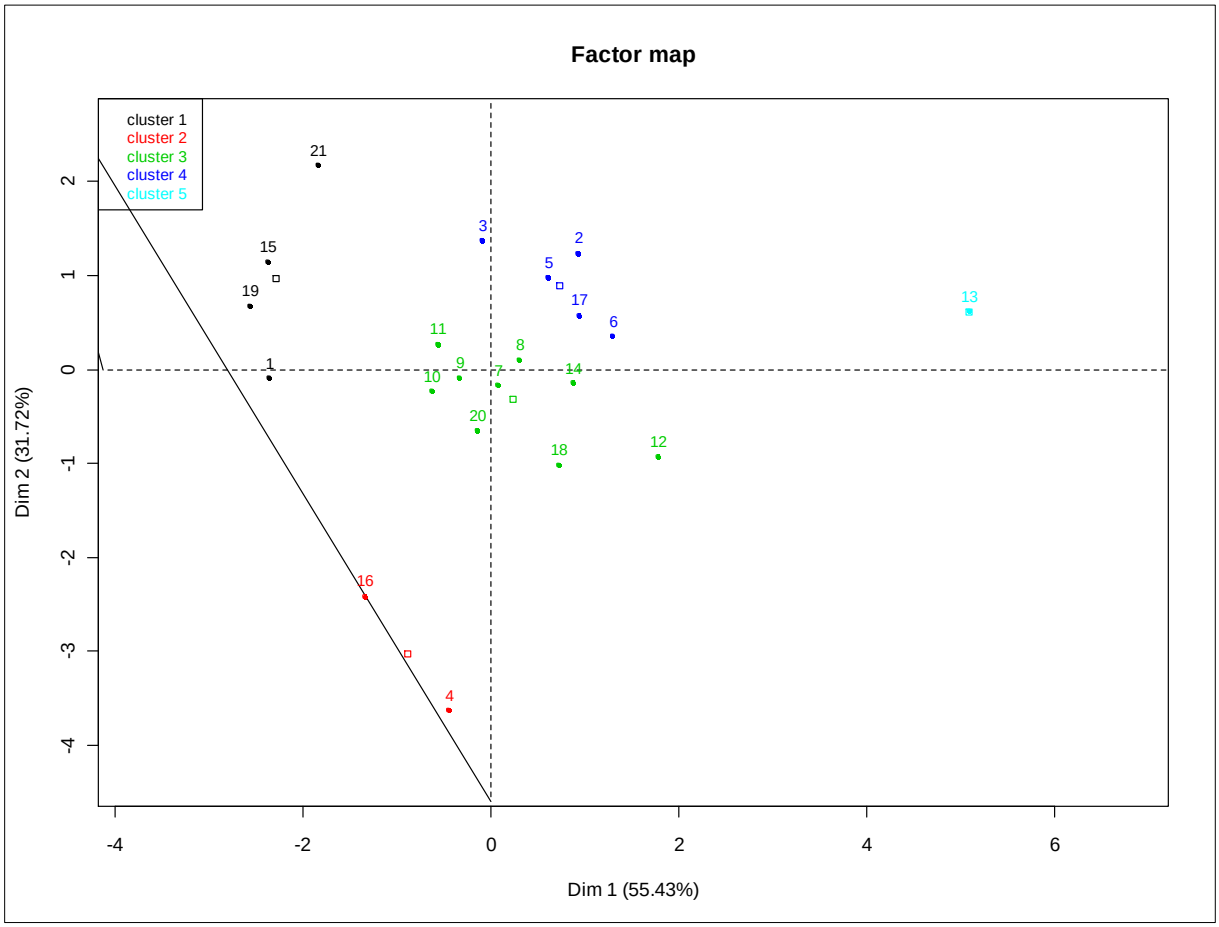
Nos deux axes représentent 87,15% de l'information, ce qui nous semble suffisant pour notre analyse.

Nous observons que nos variables sont toutes proches du cercle, elles sont donc toutes corrélées. Cependant la variable part des 65 ans et plus (D62bis) est située au milieu des deux axes, elle est donc annulée.

L'axe 1 présente une opposition entre l'accroissement des 65 ans et plus entre 1999 et 2008-9 et le ratio aidants/aidés d'un côté et l'indice synthétique de vieillesse de l'autre.

L'axe 2 est essentiellement expliqué par le ratio aidants féminins/aidés.

Lorsqu'on observe notre plan factoriel après cette analyse du cercle des corrélations, on obtient le résultat suivant.



La description des différentes classes est donnée dans notre partie 2, nous ne revenons pas dessus.