



HAL
open science

Les leviers de la lutte contre l'isolement social des personnes âgées à l'échelle locale : étude de cas de la CA Arche Agglo

Flavien André

► **To cite this version:**

Flavien André. Les leviers de la lutte contre l'isolement social des personnes âgées à l'échelle locale : étude de cas de la CA Arche Agglo. Géographie. 2019. dumas-02485671

HAL Id: dumas-02485671

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02485671v1>

Submitted on 20 Feb 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Mémoire de stage de fin d'étude

Master Géographie Aménagement Environnement Développement (GAED)

Parcours Ingénierie du Développement Territorial et de la Transition (IDT²)

Les leviers de la lutte contre l'isolement social des personnes âgées à l'échelle locale Etude de cas de la CA Arche Agglo

Présenté par Flavien André

Flavien.andre95@gmail.com

9 septembre 2019

Stage effectué à la communauté d'agglomération ARCHE AGGLO, Domaine du lac de

Champos, 26260 Saint Donat sur l'Herbasse

Sous la direction de Marielle BRUYAS

Chargée de mission du programme LEADER DDCVV

m.bruyas@archeagglo.fr

Tuteur pédagogique : Grégoire FEYT

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont aidé au cours du stage et ont contribué à la rédaction de ce mémoire.

Je remercie en premier lieu mes deux tutrices professionnelles, Madame Marielle Bruyas et Madame Véronique Sybelin, pour avoir facilité mon intégration et m'avoir guidé tout au long du stage.

Je remercie pareillement mon tuteur pédagogique, Monsieur Grégoire Feyt, pour sa disponibilité, ses conseils, et son aide dans la construction de ma réflexion.

Je souhaite également remercier Monsieur Pierre-Antoine Landel, qui m'a transmis l'offre de stage et sans qui je ne l'aurais pas effectué.

Je voudrais aussi remercier toutes les personnes qui ont pris du temps pour m'expliquer et me guider, que ce soit dans le cadre de ma réflexion ou pour ce qui est du fonctionnement d'une collectivité territoriale.

Enfin, je tiens à remercier toutes les personnes que j'ai rencontré dans le cadre des entretiens pour le temps qu'elles m'ont accordé, leur aide dans la construction de ma réflexion et, parfois, dans mon évolution personnelle.

NOTICE ANALYTIQUE Rapport de fin d'étude

M2 IDT² –Ingénierie du Développement Territorial et de la Transition

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2018-2019

OBSERVATIONS DU JURY	
<p>A : Très bon rapport de fin d'étude B : Bon rapport mais avec des faiblesses sur quelques aspects C : Rapport acceptable présentant un intérêt particulier sur certains aspects</p> <p style="text-align: center;"><i>Précisions éventuelles sur les faiblesses et les forces du mémoire</i></p>	
Signatures	

AUTEUR	NOM		PRÉNOM	
		ANDRE		Flavien
TITRE	<i>Les leviers de la lutte contre l'isolement social des personnes âgées à l'échelle locale : Etude de cas de la CA Arche Agglo</i>			
UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES & Institut de Géographie Alpine	Nom et prénom du Tuteur pédagogique		Nom de la structure dans laquelle le stage a eu lieu (et localisation)	
	Grégoire FEYT		ARCHE AGGLO (Saint-Donat-sur-l'Herbasse)	
COLLATION	Nb. de pages		Nb. de volumes	
	61		1	
MOTS-CLÉS	Nb. d'annexes		Nb. de réf. biblio.	
	5		23	
TERRAIN D'ÉTUDE OU D'APPLICATION	Communauté d'agglomération ARCHE AGGLO et Groupe d'Action Local Drôme Des Collines Valence Vivarais (Drôme/Ardèche)			
RÉSUMÉ français				
<p>L'évolution démographique de la France se dirige irrémédiablement vers un accroissement de la part des personnes âgées à moyen terme. Avec 26,2% de personnes de plus de 60 ans en 2040, de nombreux problèmes émergent aujourd'hui pour préparer demain. Dans ce contexte, les questions liées au bien vieillir et à la gestion de la dépendance doivent être traitées à la hauteur des enjeux qu'elles portent. Ce mémoire entre par la porte de l'isolement social des âgées qui est ici considéré comme la pierre angulaire de la dépendance. A travers une brève investigation géographique, démographique, ainsi qu'une enquête de terrain, il questionne les leviers d'actions possibles pour les collectivités dans la lutte contre l'isolement social des âgés. Le territoire d'étude est double, de la collectivité Arche Agglo, dans laquelle s'est déroulé le stage, au GAL (Groupe d'Action Locale) Drôme Des Collines Valence Vivarais qui le finance dans le cadre d'un programme LEADER.</p>				
RÉSUMÉ anglais				
<p>In France's near future, a surge in the elderly generation is noticeably going to impact the demographic evolution. 26,2% of people will be over 60 in 2040. It is why aging in a good way and the dependency of elderly people are major issues today. This paper address the isolation of seniors as the main problem for dependency. Through a brief geographic and demographic research and a field investigation, it presents the different ways for the local authorities to prevent the isolation of the elderly. The study takes place in two territories : from the Arche Agglo agglomeration community, in which the internship took place, to the LAG (Local Action Group) Drôme Des Collines Valence Vivarais, which finances it.</p>				

Table des matières

Remerciements	3
Introduction.....	7
Partie 1 : Contextualisation territoriale et approche conceptuelle de la gérontologie	11
I. La communauté d’agglomération et le programme LEADER.....	11
La communauté d’agglomération Arche Agglo.....	11
La programme LEADER porté par Arche Agglo	12
II. Présentation des missions du stage	14
Etat des lieux du « bien vieillir » et de la dépendance.....	14
Appui à l’initiation du volet coopération du programme LEADER	15
III. Approche du champ conceptuel de la dépendance.....	16
Les « publics fragiles » et la fragilité.....	16
La santé.....	17
La dépendance et le handicap.....	18
Les enjeux de la prévention de la dépendance	19
Partie 2 : Etat des lieux démographique et géographique : Un territoire vieillissant parmi tant d’autres	22
I. Une évolution démographique qui tend vers le vieillissement.....	22
Un nombre important de séniors sur le territoire	22
Un vieillissement démographique déjà observable	24
Des projections démographiques qui vont dans le sens du vieillissement.....	25
Gérontocroissance plutôt que vieillissement démographique ?	26
II. Une offre en hébergements médicalisés déjà inadaptée	28
Typologie des établissements d’accueil	28
Localisation des structures médicalisées sur le territoire	29
Capacité d’accueil en hébergement permanent par communes.....	30
Les établissements d’hébergement permanents face à l’augmentation de la dépendance	31
III. Le secteur du maintien à domicile amené à se développer.....	33
Typologie des structures d’accompagnement à domicile.....	33
Localisation des structures d’aide à domicile.....	33
Les avantages et les défis du maintien à domicile	35
Partie 3 : Actions et projets dans la lutte contre l’isolement social des personnes âgées	37
I. La compétence sénior sur le territoire du GAL.....	37
La politique séniors autonomie d’Arche Agglo	37

Les projets de Porte DrômArdèche	38
Valence Romans Agglo via le Conseil de Développement du Grand Rovaltain	39
II. Rencontre avec les associations d'accompagnement à domicile qui interviennent sur Arche Agglo.....	39
Méthodologie des entretiens	39
Des disparités dans l'accès aux services de maintien à domicile	40
Une multitude d'actions et des innovations	42
De nombreux besoins et insuffisances identifiés	44
III. Les projets innovants de la lutte contre l'isolement social	46
Les projets du territoire.....	46
Des projets sur d'autres territoires	47
Conclusion	49
Bibliographie.....	52
Annexes	54
Annexe 1 : Organigramme d'Arche Agglo	54
Annexe 2 : Schéma des instances du GAL	55
Annexe 3 : Schéma des objectifs et livrables du stage.....	56
Annexe 4 : Carte de la localisation des structures d'hébergement permanents selon le type	56
Annexe 5 : Grille d'entretien	58
Table des figures.....	60
Table des cartes.....	60
Table des tableaux.....	60
Table des schémas.....	60
Table des graphiques.....	60
Sigles.....	61

Introduction

Le vieillissement démographique aujourd'hui constaté dans de nombreux pays a été détecté il y a déjà plusieurs années. D'après les définitions couramment acceptées, il signifie que « *la composition par âge de la population évolue au fil du temps dans le sens de l'augmentation de la proportion de personnes âgées* » (Calot & Sardon, 1999). Il est basé sur quatre facteurs structurels qui sont une baisse de la fécondité, une augmentation de l'espérance de vie, l'émigration de populations jeunes ou la migration de populations âgées et l'héritage démographique passé (Dumont, 2010). Pour certains, cette évolution démographique est mondiale, car sous l'influence des pays du Nord c'est la population dans sa globalité qui vieillit. Certaines analyses poussent jusqu'à affirmer que le vieillissement démographique sera plus rapide et plus violent dans les pays du Sud, compte tenu de l'explosion démographique qu'ils ont connue ces dernières années et de leur niveau de développement amené à augmenter rapidement (Pison, 2009). Quoi qu'il en soit, soumise au *papy-boom*, la France est déjà touchée par ce vieillissement et le sera très rapidement dans des proportions préoccupantes. Selon le scénario moyen, la population française de 2050 sera constituée de 35% de personnes de plus de 60 ans (Brutel, 2002), avec une hausse considérable du nombre de personnes très âgées. La précision de ce genre de prévision n'est pas fiable à 100%, elle dépend de la méthodologie de calcul et de différents scénarios. Néanmoins, la tendance est, elle, inéluctable, à moins d'un événement extraordinaire comme une guerre, une pandémie majeure ou une immigration massive et spontanée, la société française fera bientôt face à un vieillissement démographique qui nécessite une adaptation économique, sociale et sociétale.

Loin d'être anecdotique, cette évolution démographique soulève de nombreux enjeux et questionnements, pour les Etats mais également pour les territoires. A l'échelle nationale, il y a évidemment les problèmes liés au financement des retraites. La population active vieillissant et l'espérance de vie à 60 ans augmentant régulièrement, le nombre de retraité sera bientôt trop important par rapport à la population active et les pensions ne pourront plus être assumées. Cet enjeu est connu mais les solutions restent à trouver. De la même manière, les allocations comme l'Aide Personnalisée à l'Autonomie (APA) ou la Prestation de Compensation du Handicap (PCH) vont augmenter considérablement, au rythme de la dépendance.

La prise en compte et la gestion de la dépendance est également un enjeu majeur pour les années à venir. L'espérance de vie en bonne santé n'est pas aussi élevée que l'espérance de vie globale. L'écart est plus ou moins important selon les catégories sociales, les classes populaires étant plus rapidement soumises à des problèmes de santé à cause de la dimension physique de leur activité professionnelle, de l'éducation et la prévention, ainsi que des difficultés à accéder à certains services de santé. Le nombre de personnes dépendantes est donc voué à augmenter, avec une augmentation considérable des personnes très dépendantes type GIR1 & GIR2. Les GIR sont issus de la grille AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressources) qui est un outil d'évaluation du degré de dépendance des personnes âgées (GIR6 = peu dépendante, GIR 1 = très dépendante). L'augmentation de la dépendance est donc directement liée à l'augmentation de l'espérance de vie mais d'autres facteurs

peuvent jouer en faveur de son augmentation. C'est par exemple l'augmentation des pathologies, ou l'apparition de nouvelles, liées à la pollution, aux modes de productions agricoles et de consommations alimentaires, etc. On a par exemple déjà observé une croissance inexplicée du nombre de personnes atteinte de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée et ce chez des patients de plus en plus jeunes. La prise en compte de la dépendance est donc l'un des enjeux capitaux du vieillissement démographique et suggère une adaptation des moyens mis en œuvre pour y répondre.

La prise en charge de la dépendance par la société peut se faire de deux manières différentes, soit la personne est maintenue à domicile, avec l'assistance quotidienne de professionnels et parfois de la famille, soit la personne est accueillie en établissement spécialisé de type EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes). Malheureusement, le nombre de place dans ces établissements est limité et déjà insuffisant, cela risque donc de devenir problématique. De plus, les établissements privés sont parfois extrêmement onéreux et réservés à une élite, tandis que les établissements publics font face au désintérêt manifeste des pouvoirs publics et perdent en qualité. L'autre solution serait celle du maintien à domicile, mais là encore les problèmes sont nombreux. Le secteur est déjà bien occupé mais toutes les personnes dans le besoin ne sont pas aidées, ce qui questionne quant à la capacité de ces structures à absorber la hausse du nombre de personnes âgées dépendantes. De plus, le secteur peine déjà à recruter tant le métier des intervenants à domiciles est précaire et n'est pas reconnu, sinon dévalorisé, par la société. Enfin, il y a également un enjeu de coordination des différents acteurs de ce secteur, afin de mutualiser les ressources, mais la bonne volonté des publics se heurte parfois aux intérêts des privés.

La solution la plus supportable pour la société serait donc peut-être d'encourager et de développer le « bien vieillir ». C'est un concept assez récent mais qui prend sa source dans les années 1960, au moment où la question se pose de définir la vieillesse. Du concept de *désengagement* (Cumming & Henry, 1961) en passant par celui de *la mort sociale* (Guillemard, 1972), de nombreux universitaires ont longtemps considéré la personne âgée comme un poids à assumer, une personne retirée de la vie active. Il faut attendre les années 1980 pour voir des théories qui s'y opposent avec *le vieillissement productif*, puis dans les années 1990, *le vieillissement actif*. Ce dernier consiste à « réussir son vieillissement », c'est-à-dire rester actif, voir productif, pour conserver une intégration sociale et une bonne santé. L'OMS le définit en 2002 comme « *le processus consistant à optimiser les possibilités de bonne santé, de participation et de sécurité afin d'accroître la qualité de vie pendant la vieillesse* ». (OMS, 2005). Le « bien vieillir » est aujourd'hui un concept relativement connu, par la société civile d'une part, grâce aux activités de préventions qui sont menées, et par les pouvoirs publics d'autre part, qui commencent à en comprendre l'intérêt économique, à minima. La définition la plus complète semble être celle-ci, « *Le « bien-vieillir » est à fois un nouveau paradigme sociétal, un nouveau référentiel pour mener sa vieillesse « à bien » et une ligne directrice pour les politiques publiques en termes de prévention sanitaire, d'aménagements et de politiques urbaines.* » (Nader, 2013).

Le stage que j'ai effectué entre avril et septembre 2019 s'est déroulé dans le cadre d'un programme LEADER. Pour le compte de la Communauté d'Agglomération Hermitage-

Tournonais-Herbasse-Pays de Saint Félicien (Arche Agglo), structure porteuse du programme LEADER, j'ai été amené à travailler sur les questions du vieillissement démographique et du « bien vieillir ». En effet, le programme LEADER souhaitant initier son volet coopération autour de ces questions, j'ai été missionné pour réaliser un état des lieux démographique et géographique à l'échelle du Groupe d'Action Locale Drôme Des Collines Valence Vivarais (GAL DDCVV). J'ai également réalisé une série d'entretiens auprès des acteurs de l'accompagnement des personnes âgées à domicile, sur le territoire d'Arche Agglo, afin d'identifier leurs besoins, attentes, ainsi que les actions innovantes qu'ils appliquent et qui sont susceptibles de participer à la lutte contre l'isolement social des âgés. J'ai également participé aux réunions du GAL ainsi qu'aux réunions de coopération afin d'apporter un appui méthodologique.

Pour toutes les raisons évoquées ici, ce stage me paraît avoir une utilité certaine, même si je ne verrai probablement pas d'effets opérationnels de mon travail car je ne reste pas assez longtemps. Le programme de financement européen LEADER, axé sur le développement rural et local, m'a toujours intéressé. C'est pourquoi j'ai vu dans cette offre de stage une opportunité de découvrir son mode de fonctionnement et ses applications concrètes. Force est de constater que, initialement, la thématique du « bien vieillir » ne m'a pas vraiment emballé, elle s'est finalement révélée être surprenante. Mais au-delà de la dimension professionnelle, cette expérience m'est apparue comme une bonne opportunité de découvrir le milieu du travail social. En allant à la rencontre des acteurs de l'accompagnement des personnes âgées, parfois bénévoles, cela me permet de relativiser et de comprendre l'aspect profondément humain de ces missions.

Les missions du stage seront détaillées dans la première partie, mais elles ont été nombreuses et différentes, tant et si bien qu'il a été indispensable de faire un choix pour déterminer la problématique. Tous les aspects du stage ne pouvaient pas être interrogés. Le choix s'est porté sur l'isolement social des personnes âgées et le rôle que tient la collectivité dans cette lutte. Cet axe de questionnement présente l'avantage de permettre une approche plus détaillée des thématiques liées au « bien vieillir », à la gérontologie et aux *territoires gérontologiques* (Frémont, 2011), ainsi qu'au vieillissement de la population et à la *gérontocroissance* (Dumont, 2010). La suite du propos tentera donc de répondre à la question suivante ; **Quels sont les leviers d'actions des collectivités territoriales pour lutter contre l'isolement social des personnes âgées ?** La réponse à cette question sera structurée autour des trois collectivités qui composent le territoire d'étude, mais une étude de cas plus précise concernera la communauté d'agglomération Arche Agglo.

Afin de répondre à la problématique, le présent document sera structuré en trois parties, allant de la présentation des généralités à une étude de cas et des projets très concrets. Dans un premier temps il sera question d'établir le contexte territorial et de présenter les collectivités, puis d'aborder les principaux concepts du champ de la gérontologie afin d'avoir toutes les clés de compréhension. La seconde partie concernera l'état des lieux démographique et géographique, résultant directement de la commande, dans l'objectif de dresser un portrait du territoire sur ces questions. Enfin, dans une troisième partie seront

abordés les leviers d'actions et projets concrets menés par les collectivités, et les acteurs du maintien à domicile, dans la lutte contre l'isolement social des personnes âgées.

Issu d'une formation en géographie et développement territorial, il m'était impossible d'introduire ce rapport sans donner cette magnifique définition de la vieillesse de Danièle Sallenave, glanée dans un article de Brigitte Nader ; « *La vieillesse est une histoire, une géographie, une terre, un continent : elle a ses odeurs, ses couleurs, sa matière, son aire, son espace. Il faut pour la comprendre se faire son historien, son géographe et le patient cartographe de ses terres* » (Nader, 2013).

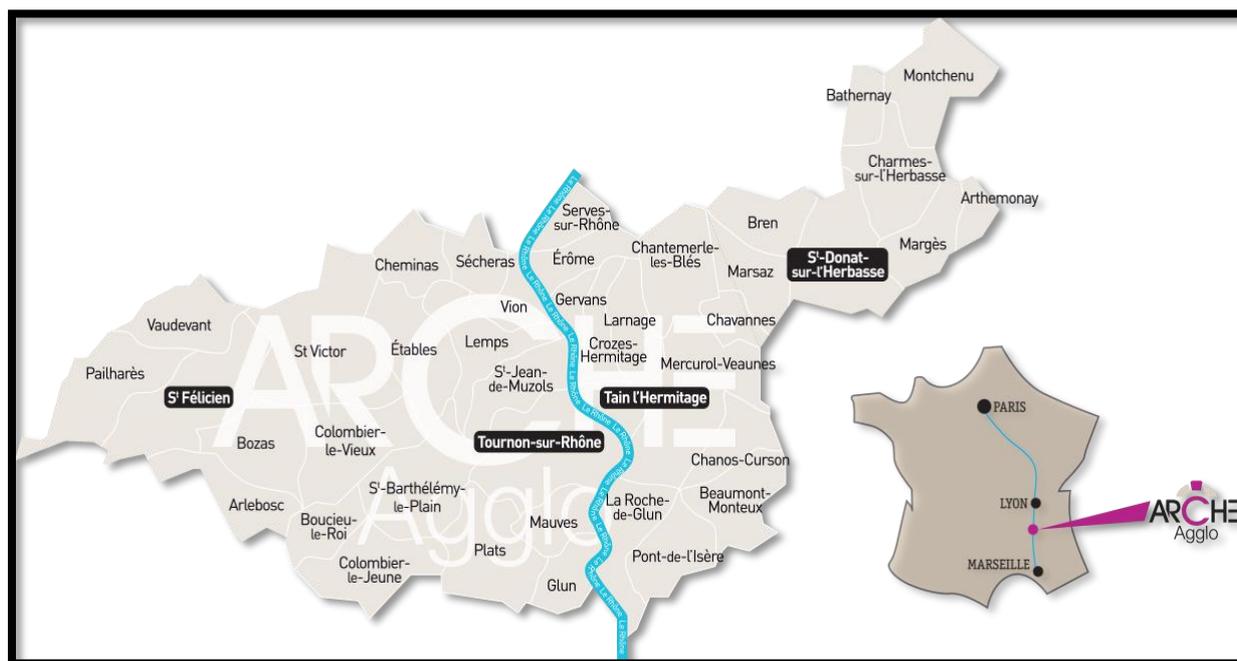
Partie 1 : Contextualisation territoriale et approche conceptuelle de la gérontologie

I. La communauté d'agglomération et le programme LEADER

La communauté d'agglomération Arche Agglo

La communauté d'agglomération Arche Agglo, Hermitage-Tournonais-Herbasse-Pays de Saint Félicien dans son nom complet, est un Etablissement Public de Coopération Intercommunale (EPCI) regroupant 41 communes. Elle est localisée le long du Rhône, au Sud de Lyon et au Nord de Valence, à cheval sur la Drôme et l'Ardèche. Elle regroupe 56 428 habitants (INSEE 2014) et son siège se trouve à Mauves (07300).

Le territoire d'Arche Agglo est le résultat de fusions récentes d'anciennes collectivités. En 2014, les communautés de communes du Tournonais et du Pays de l'Hermitage fusionnent et deviennent la communauté de communes Hermitage-Tournonais. Puis en 2017, ce nouvel EPCI fusionne avec deux autres communautés de communes, l'Herbasse et le Pays de Saint-Félicien, pour donner naissance à Arche Agglo.



Carte 1 : Territoire d'ARCHE AGGLO

Ces récentes fusions ont engendré un territoire hétéroclite, sans réelle cohérence, pouvant même être l'exemple d'une fracture territoriale entre des communes hyper rurales et des aires urbaines de tailles moyennes. Par exemple, la commune la moins peuplée ne compte que 201 habitants, tandis que Tournon-sur-Rhône héberge 11 175 personnes. Il y a 7

communes de plus de 2000 habitants et 13 de moins de 600 habitants. On retrouve les zones rurales aux extrémités est/ouest, mais plus particulièrement à l'ouest avec ce qu'il est d'usage d'appeler « le plateau ardéchois », tandis que l'axe Nord/Sud est nettement plus urbanisé. La « vallée », qui est parcourue par le Rhône, longée par l'autoroute « du soleil » et le réseau ferroviaire, est connectée aux autres territoires. A proximité de Valence, une ville moyenne, elle est également connectée aux plus grandes métropoles comme Lyon et Grenoble avec de nombreux flux domicile-travail.

Cette diversité territoriale est capitale pour aborder la problématique des personnes âgées et de leur isolement social, car elles ne rencontrent pas les mêmes problématiques selon qu'elles se trouvent sur le plateau ou dans la vallée. Par exemple, le lien social est plus fort dans les territoires ruraux avec « l'esprit de village » mais l'accessibilité aux services, et notamment à la santé, est de plus en plus compliqué.

En ce qui concerne les compétences, Arche Agglo dispose de quatre compétences obligatoires, qui sont respectivement :

- ✓ Le développement économique et touristique
- ✓ L'aménagement de l'espace communautaire
- ✓ L'équilibre social de l'habitat
- ✓ La politique de la ville

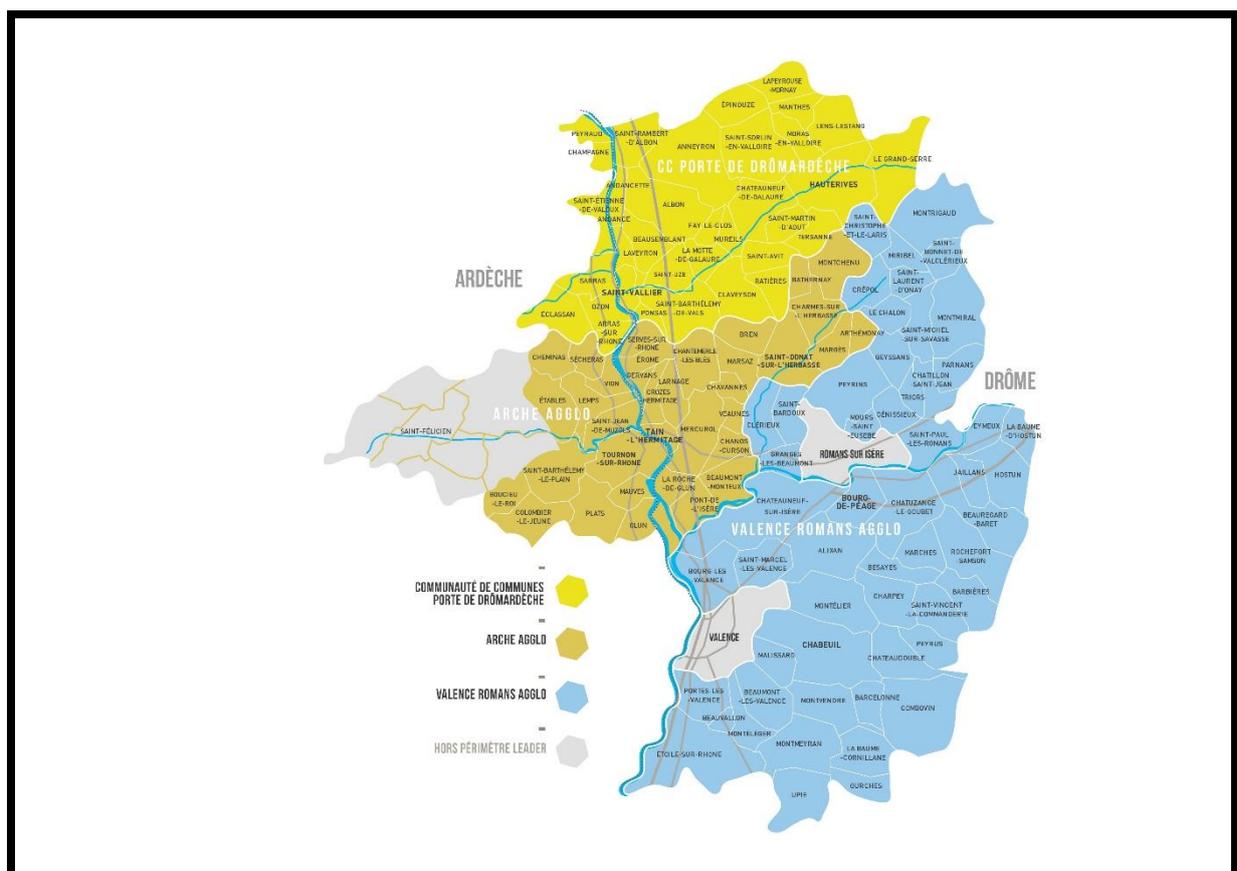
Concernant les compétences facultatives, elles sont encore en cours d'harmonisation, compte tenu des récentes fusions. Néanmoins, la communauté d'agglomération est compétente dans le domaine de l'action sociale d'intérêt communautaire. Cela comprend la petite enfance, l'enfance, la jeunesse, les personnes âgées, les personnes handicapées et la cohésion sociale. Arche Agglo dispose d'un pôle solidarité et services à la population, dans lequel s'est déroulé une partie du stage, qui vise à répondre à cette compétence. La question des seniors et de leur isolement est portée politiquement, la CA est très active dans ce domaine et fait figure de bon élève comparé à d'autres EPCI. Pour des informations plus précises, l'organigramme de la structure est disponible en annexes (Annexe 1).

La programme LEADER porté par Arche Agglo

Arche Agglo est également structure porteuse d'un programme LEADER (Liaison Entre Actions de Développement de l'Economie Rurale). Il s'agit d'un programme de subvention européen FEADER (Fonds Européen Agricole pour le Développement Rural) qui vise à soutenir le développement rural par des actions innovantes et une stratégie de territoire. La programmation LEADER 2014-2020 est la cinquième génération et concerne de nombreux territoires. Son action consiste à sélectionner et accompagner financièrement les porteurs de projets qui répondent aux critères et s'intègrent dans la stratégie territoriale et dans « l'esprit LEADER », c'est-à-dire faire preuve d'innovation, de cohérence et d'ambitions en matière de développement durable. On retrouve cet esprit dans « les 7 piliers LEADER » qui sont une stratégie locale, une approche ascendante, le partenariat public/privé, des actions intégrées et multisectorielles, l'innovation, la coopération et la mise en réseau.

Le programme porté par Arche Agglo est le LEADER Drôme Des Collines Valence Vivarais (DDCVV). Il regroupe 123 communes dans trois intercommunalités avec la CA Valence Romans Sud Rhône-Alpes et la CC Porte DrômArdèche. Néanmoins, les villes de Romans-sur-Isère et de Valence sont exclues du périmètre car la réglementation LEADER fixe un seuil de population maximum pour la constitution d'un GAL de 150 000 habitants (avec dérogations régionales pouvant aller jusqu'à 220 000 habitants pour Rhône-Alpes), ce seuil ne pouvait être respecté avec ces deux communes. De plus, la partie ouest d'Arche Agglo, anciennement CC du Pays de Saint-Félicien, n'a pas fait partie du GAL DDCVV car il a rejoint le GAL Ardèche verte au moment de la réponse faite à l'Appel à Manifestation d'Intérêt (AMI) en 2014. Cette décision a eu pour effet de découper la nouvelle CA sur deux GAL.

A l'image du territoire d'Arche Agglo, celui du GAL est irrégulier. Qualifié de péri-urbain, il regroupe néanmoins des communes aux contextes territoriaux différents. Il est organisé autour de quatre pôles urbains, de tailles variables, qui concentrent la majorité des activités. On retrouve Tournon-sur-Rhône/Tain-l'Hermitage pour Arche Agglo, Valence et Romans-sur-Isère pour Valence Romans Agglo et Saint-Vallier pour Porte DrômArdèche. Ci-dessous la carte du territoire du GAL DDCVV.



Carte 2 : Territoire du GAL Drôme Des Collines Valence Vivarais

Le GAL DDCVV dispose d'une enveloppe initiale de 1 800 000 euros et vient de bénéficier récemment d'une enveloppe complémentaire de 200 000 euros. C'est un montant très faible compte-tenu de la taille du territoire, mais il s'explique car il coexistait en 2014 avec le Contrat de Développement Durable Rhône-Alpes (CDDRA) qui s'élevait à environ 20 millions d'euros. En 2016, cette enveloppe régionale a été supprimée suite à un changement de politique régionale contractuelle, ne laissant au territoire que l'enveloppe LEADER.

Concernant les objectifs, le GAL DDCVV ambitionne de « *tisser des liens cohérents entre villes et campagnes à travers le renforcement des solidarités et la mise en œuvre d'une gouvernance alimentaire locale* ». Il s'appuie sur quatre fiches actions qui sont respectivement :

- ✓ Favoriser l'appropriation du territoire par les habitants et les acteurs
- ✓ Renforcer l'attractivité et les solidarités du territoire
- ✓ Accompagner les acteurs vers une démarche d'alimentation locale de qualité
- ✓ Susciter des projets de coopération

Pour répondre à ces objectifs, le GAL s'organise autour d'un Comité de Programmation (CoProg) qui est l'organe décisionnel. Composé à 40% d'acteurs publics et à 60% d'acteurs privés, il est soumis au double quorum et a le dernier mot sur la sélection ou non d'un projet. Pour plus de détails, le schéma d'organisation des instances est disponible en annexe (Annexe 2).

Le stage s'intègre dans le cadre de la quatrième fiche action sur les projets de coopération. Comme dit précédemment, le GAL a récemment initié son volet de coopération sur la thématique du « bien vieillir ». Ce dernier s'intègre dans la stratégie locale de développement qui comprend une orientation « vitalité sociale ». J'ai donc été recruté pour travailler sur cette question et faire un premier état des lieux.

II. Présentation des missions du stage

Le stage s'est donc articulé autour de deux missions principales, l'une centrée sur la thématique du « bien vieillir » et l'autre sur le fonctionnement d'un programme LEADER. Tandis que la première était très opérationnelle, avec notamment une partie de terrain, la seconde était plus d'observer, de participer aux réunions afin de faire profiter de mon regard nouveau et d'aider à la logistique.

Etat des lieux du « bien vieillir » et de la dépendance

La première mission est celle qui a été effectuée à Tournon-sur-Rhône, sur le site de l'Espace Famille, sous la direction de Madame Véronique Sybelin, chargée de mission Séniors-Autonomie. Cette mission peut elle-même être divisée en deux sous-missions. En effet, l'objectif général était de réaliser un état des lieux du « bien vieillir » et de la dépendance sur le territoire, pour ce faire deux directions ont été définies.

La première sous-mission était de réaliser une série d'entretiens semi-directifs auprès des acteurs de l'accompagnement des personnes âgées à domicile. Le questionnaire principal qui animait ces recherches était de savoir s'il y avait des actions d'inclusion et de mise en valeur de la vie sociale des personnes âgées qui étaient menées par des acteurs isolés. L'objectif principal étant de repérer ces actions, voire de repérer des personnes isolées, afin de permettre l'émergence de projets. L'étude devait également servir à identifier les besoins de ces acteurs, les insuffisances qu'ils auraient observées ou leurs attentes en matière de politiques publiques. Ces entretiens devaient être menés auprès d'un panel de 15 acteurs fourni par la structure, avec un objectif de 10 rencontres minimum. Tous les acteurs se situent, ou interviennent sur le secteur d'Arche Agglo, c'est donc l'échelle de cette étude, et non celle du GAL, mais certains résultats peuvent largement être extrapolés.

La deuxième partie de cette mission était de réaliser un état des lieux démographique et géographique des structures d'accompagnement. Le questionnaire sous-jacent était de savoir s'il y avait une typologie des territoires en matière d'offre de soins et d'accompagnement à domicile et si oui, est-ce qu'il y avait une articulation entre ces territoires. Initialement ambitieux, cet état des lieux avait également pour objectifs d'identifier les actions locales menées par les partenaires ainsi que de savoir s'il y a une interconnaissance entre les acteurs. Cependant, aux vues des données disponibles, ces objectifs se sont rapidement révélés difficile à atteindre et l'état des lieux s'est finalement concentré sur l'étude de la démographie et son évolution, ainsi que la localisation et l'offre en matière d'association d'aide à domicile et de structures d'hébergements. Cet état des lieux s'est lui appliqué à l'échelle du GAL DDCVV, afin d'anticiper sur les ambitions du programme de coopération. Par ailleurs, tous les travaux qui ont été réalisés sous la direction de Mme Sybelin ont potentiellement un double usage. D'une part, ils seront utiles à la CA car elle est compétente dans ce domaine, d'autre part ils pourront constituer une base de départ pour les réunions de coopération.

[Appui à l'initiation du volet coopération du programme LEADER](#)

Enfin, la deuxième mission s'est déroulée à Saint-Donat-sur-L'Herbasse, sur le site de Champos, sous la direction de Madame Marielle Bruyas, chargée de mission de programme LEADER. Cette mission consistait principalement en une immersion dans le programme LEADER, afin d'en comprendre le mode de fonctionnement pour le moins complexe. Au-delà du simple stage d'observation, l'objectif de cette mission était d'assister Mme Bruyas lors des réunions et de lancer le volet coopération du LEADER. Il s'agissait également d'appréhender l'univers des collectivités territoriales et des jeux d'acteurs afin de pouvoir mieux répondre aux objectifs de la première mission. J'ai ainsi été amené à assister aux comités de programmations et aux sélections des dossiers, aux comités techniques, aux réunions vie du GAL et aux réunions de coopération. Cette partie du stage s'est donc déroulée à une troisième échelle, plus transversale, celle de l'interGAL, puisque le volet coopération se déroule avec le GAL du Pays Voironnais. Pour plus de précisions, le schéma des objectifs et des livrables est disponible en annexe (annexe 3).

On notera ici l'enchevêtrement des échelles de travail, symptomatique du millefeuille territorial français. Il y a donc une mission à l'échelle de la CA Arche Agglo, une mission à l'échelle du GAL, dont Arche Agglo ne fait qu'à moitié partie, et une mission à l'échelle de deux GAL séparés d'environ 70 kilomètres.

Concernant les échéances, les entretiens semi-directifs devaient être réalisés avant la fin du mois de juin, tandis que l'état des lieux pouvait s'échelonner jusqu'à la fin du mois de juillet. Après la soutenance universitaire du présent mémoire, une présentation publique des résultats de l'étude aura lieu auprès de tous les acteurs rencontrés, des élus et membres du GAL ainsi que toutes personnes souhaitant venir le 26 septembre 2019.

III. Approche du champ conceptuel de la dépendance

Avant de rentrer dans le vif du sujet, il apparaît nécessaire de préciser quelques notions et concepts afin d'en faciliter la compréhension. En effet, les champs conceptuels de la gérontologie et du vieillissement sont nombreux et parfois confondus. De fait, la gérontologie est un champ d'étude qui se concentre sur le vieillissement, il implique de nombreux domaines de recherches comme la sociologie, la psychologie, l'économie, la démographie, la médecine, etc. Chacun de ces domaines sont eux-mêmes très complexes, à l'image de la gérontologie sociale qui, d'après le *Dictionnaire de la gérontologie sociale*, est impossible à définir. Toutefois, elle peut se résumer de cette manière ; « *Sur le fond, la gérontologie sociale comme science du vieillissement, s'intéresse aux origines et aux conséquences des modifications liées à l'avancée en âge, impliquant des comportements d'adaptation de l'être à la société et de la société à la personne* » (Vercauteren, 2011). Cette approche impliquant une adaptation duale de la part des personnes et de la société s'intègre parfaitement dans le propos qui sera développé par la suite.

La gériatrie est souvent confondue avec la gérontologie, or elle n'en est qu'une partie. De fait, la gériatrie est le champ de recherche gérontologique propre à la médecine et à la santé des personnes âgées. Ici, ce sont les concepts gérontologiques de la dépendance, de la fragilité et du handicap qui seront explicités pour servir la suite du propos.

Les « publics fragiles » et la fragilité

Définir les « publics fragiles » est déjà une première étape, et non la plus simple. La notion de fragilité fait débat et de nombreuses causes peuvent y être associées. La définition la plus classique, médicale, envisage la fragilité comme « *un vieillissement intermédiaire entre le vieillissement habituel et le vieillissement pathologique. Ce terme suggère un état d'instabilité avec risque de perte fonctionnelle ou de majoration de la perte fonctionnelle existante.* » (Trivalle, 2000). Bien que limitée par son aspect fonctionnel, cette définition est intéressante car elle associe directement la fragilité à la vieillesse, cela se justifie par la proportion largement majoritaire de personnes âgées parmi les « publics fragiles ». Pour aller un peu plus loin dans l'appréhension du concept, il faut regarder la définition de la Société Française de

Gériatrie et Gérontologie (SFGG) qui l'envisage comme « *Un syndrome clinique. Il reflète une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altèrent les mécanismes d'adaptation au stress. Son expression clinique est modulée par les comorbidités et des facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux. L'âge est un déterminant majeur de la fragilité mais n'explique pas à lui seul ce syndrome* » – 2011.

Néanmoins, lorsque l'on aborde le concept dans sa globalité, c'est le « modèle dynamique » qui prime et c'est comme cela que sera envisagée la fragilité dans la suite du document. Il conçoit la fragilité « *comme le risque qu'a une personne, à un moment de sa vie, de développer ou d'aggraver des limitations fonctionnelles ou des incapacités, étant donné les effets combinés de déficiences et de facteurs modulateurs* » (Ennuyer, 2011). Il ne s'agit ici donc pas d'une relation directe entre faiblesse physique et fragilité, mais un sens plus large qui englobe la totalité de l'environnement dans lequel évolue la personne (facteurs personnels, habitudes, relations, système de santé du pays...).

Selon la CARSAT (Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail), les quatre facteurs de risque qu'une personne tombe dans la fragilité sont les suivants :

- LE REVENU : le faible revenu constitue un important facteur de risque de fragilité. Il produit des effets d'ordre psychologique et augmente le risque de rupture du lien social, pouvant entraîner des difficultés d'accès aux soins et de maintien des droits sociaux. Les bénéficiaires de minima sociaux sont particulièrement ciblés.
- L'ISOLEMENT SOCIAL OU GEOGRAPHIQUE : il augmente les risques de souffrance psychique, se traduisant par du stress, de l'anxiété, voire un état dépressif. Associé à une situation de veuvage par exemple, l'isolement géographique peut démultiplier les risques de fragilité.
- L'AGE : le vieillissement augmente les risques de maladies chroniques et de poly-pathologies, facteurs de risque de fragilisation.
- LE GENRE : les risques liés à la santé, à l'isolement social peuvent évoluer différemment selon le sexe et augmenter la probabilité d'appartenance à une population à risque.

A cela, je rajouterai le milieu social d'origine. Il paraît évident que cela influe sur le risque de fragilité d'une personne. De par la dimension économique, certes, mais également par le travail physique ou non qu'a effectué une personne, son rapport au sport, son niveau d'étude et d'éducation, notamment dans le domaine de l'alimentation, son rapport à l'alcool ou au tabac, son type de logement, etc.

La santé

Les cinq éléments protecteurs de la santé identifiés dans les travaux de l'INEPS (Institut National d'Expertise en Prévention et Sécurité) :

- La participation sociale
- La mobilité et les activités physiques
- L'alimentation et les rythmes nutritionnels

- L'activation cognitive et les loisirs
- La prévention et le dépistage

D'une part, cela fait écho à ce qui est dit plus haut sur le lien entre fragilité et milieu social d'origine, d'autre part la « participation sociale » est très importante pour la suite car c'est l'objectif d'une partie des travaux réalisés, favoriser l'inclusion sociale des seniors pour prévenir les risques de fragilité, de maladies et finalement de dépendance.

La dépendance et le handicap

« *Le qualificatif « dépendant » est devenu à ce point un vocable au sens « d'appellation », que son énoncé définit complètement la personne ainsi dénommée. » [...] « De l'incapacité à faire, on en déduit l'incapacité à être » (Martin & Ennuyer, 2015). Dans son article engagé contre les gériatres et les politiques publiques en direction des personnes âgées, Bernard Ennuyer illustre la divergence qui oppose les approches médicales et sociales de la dépendance.*

Apparue dans le champ médical en 1973, et remplaçant peu à peu les termes de « grabataire » ou « sénile », la dépendance à tout de suite était envisagée au prisme de la vieillesse, « la vieillesse ratée », qui rend la personne incapable de survivre par ses propres moyens. « *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* » (Delomier, 1973). Toujours selon Bernard Ennuyer, la loi de 1997 qui instaure la PSD (Prestation Spécifique Dépendance) est un tournant dans son appréhension et place les personnes âgées dépendantes comme une catégorie sociale. En distinguant la variable « âge » dans la dépendance, la PSD fait des personnes âgées « *une « sous-catégorie des handicapés », quand ce n'est pas une « catégorie de sous-handicapés »* ». Outre ces effets sociaux ici dénoncés, la loi revient aux fondements de la définition de la dépendance, l'envisageant comme un « *besoin d'être aidé pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie, ou qui requiert une surveillance prolongée* ». Cette définition est encore aujourd'hui largement admise dans le champ de la gérontologie. Bien que vraie dans le fond, il apparaît néanmoins qu'elle occulte la dimension sociale, le poids des interactions et de l'interdépendance. De la même manière, la dépendance ne peut se résumer à une caractéristique réservée au *quatrième âge*.

L'approche sociale de la dépendance intègre le facteur humain, en ce sens elle s'éloigne de l'approche pratico-pratique purement médicale et « *l'envisage comme un fait social relationnel entre l'individu concerné et les autres individus* » (Frinault, 2005). C'est-à-dire qu'elle replace l'individu dans la structure sociale et considère le vieillissement comme un parcours qu'il faut reconnaître, dans tout ce qu'il a d'intime. Elle s'oppose à la réduction de la personne âgée à son incapacité à faire. Il y a également les notions d'interdépendance et de solidarité.

Aussi, les sociologues qui étudient la dépendance pointent une confusion qu'ils constatent trop souvent dans les approches médicales, à savoir l'amalgame entre dépendance et perte d'autonomie. Cette dernière n'implique pas les mêmes conséquences sociales et morales pour

la personne. Pour eux, « *l'autonomie désigne la capacité et le droit d'une personne à choisir elle-même les règles de sa conduite, l'orientation de ses actes et les risques qu'elle est prête à courir.* ». Et donc, à propos de la perte d'autonomie ; « *Elle ne nie pas le désavantage social. Elle souligne combien ce désavantage n'est pas une dépossession de ses facultés d'auto-gouvernement* » (Frinault, 2005).

Enfin, l'approche sociale conçoit la dépendance comme un glissement progressif dont le point de départ est l'isolement social. Ici, la dépendance n'est pas inexorablement liée à des facteurs sur lesquels il n'y a pas de moyens d'actions mais à un lent processus, même dans les cas de maladies qui impliquent une dégénérescence cognitive. Dans ces cas-là, la dépendance physique totale paraît à terme inévitable mais peut être retardée. Le schéma ci-dessous a été réalisé pour synthétiser le processus social qui conduit à la dépendance. Néanmoins, si les chutes peuvent s'apparenter à de la malchance et n'être pas toujours à la conclusion du processus, le glissement passe assurément par une phase d'isolement social et de dépression.



Schéma 1 : Le processus de glissement vers la dépendance

Concernant le handicap, il est défini comme « *toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.* » Loi du 11 février 2005, art. 14. => Dans « les chiffres clés de l'aide à l'autonomie en 2019 », CNSA.

Une personne handicapée est vue comme ré-insérable, curable ou au moins adaptable. En opposition, la personne âgée est mise hors course car il est admis qu'elle ne pourra plus se réinsérer. Il est également admis que le handicap touche un public jeune qui doit se construire un projet de vie. En ce sens, la dépendance a des effets d'exclusion sociales, la catégorie « personne âgée dépendante » est exclue de la catégorie « handicapé », ainsi on met définitivement de côté ceux qu'on envisage comme des poids sans possibilités de réinsertion sociale.

Les enjeux de la prévention de la dépendance

Le phénomène de dépendance, aussi complexe soit-il à définir et à traiter, n'est pas une fatalité. « *Tout d'abord, notre société est dépendante pour ses malades. Ceci est normal mais ne doit pas faire oublier qu'il est aussi important et efficace d'investir en amont, pour que chacun prenne conscience de soi-même, de l'importance de l'activité, d'un réseau social, d'une*

vie familiale, spirituelle, affective, sexuelle... » (Trillard, 2012). La façon la plus efficace d'aborder la dépendance est peut-être finalement de vouloir la prévenir plutôt que de la subir.

La population la plus concernée est celle des personnes fragiles, elles sont la cible de la prévention car proches de la perte d'autonomie. Prévenir la dépendance c'est prévenir *la perte d'autonomie évitable*, c'est-à-dire celle qui n'est pas liée à une pathologie lourde mais plutôt à un évènement soudain qui provoque un stress important ou à une dépression lente liée à un isolement social. Mais la prévention doit également se faire auprès des personnes déjà bien engagées dans le processus et auprès de leurs aidants, car même installé, le processus peut être ralenti.

L'intégration sociale et la vie active sont des éléments fondamentaux de ce type de prévention, comme évoqué plus haut, c'est pourquoi le stage s'est orienté dans cette direction. Mais d'autres éléments ont également leur importance. C'est par exemple le cas de la dénutrition ou de l'inactivité physique. L'un des principaux problèmes est la difficulté à toucher les personnes concernées, bien souvent le sujet est tabou et les personnes ne veulent pas en parler, comme si cela pouvait l'éloigner. Malheureusement cela le rapproche car elles n'adoptent pas les bons gestes et lorsqu'elles s'y intéressent il est déjà presque trop tard.

D'un point de vue plus global, la prévention de la dépendance porte des enjeux non négligeables pour l'avenir. Ils sont tout d'abord économiques car la dépendance à un coût important. Avec déjà plus d'un million de personnes dépendantes en France (Forette, 2012), (seulement 7% des plus de 60 ans, mais un million quand même), la dépendance coûte chère. Elle est d'abord une charge pour les personnes âgées elles-mêmes et leur famille mais également pour l'Etat. En 2014, le coût de la dépendance était estimé à 30 milliards d'euros dont 23,3 milliards provenaient de financements publics (Girard, 2018). Selon ce même article, et selon le Drees (Direction de la recherche, de l'étude, de l'évaluation et des statistiques), le nombre de personnes dépendantes pourrait atteindre 2,3 millions en 2060, soit une multiplication par 2,5. Au regard de ces chiffres, la prévention de la dépendance prend toute sa dimension.

Mais les enjeux de la prévention ne sont pas seulement économiques, ils sont également sociaux. Dans un contexte où les inégalités sociales de santé sont en augmentation, ou au moins toujours aussi importantes, mener des actions de prévention pourrait permettre de les atténuer. C'est en tout cas ce dont fait état le rapport du « comité avancé en âge, prévention et qualité de vie ». « *Le vieillissement accentue les inégalités. Ainsi constate-t-on une grande hétérogénéité des situations personnelles, à un âge identique. [...] La prévention doit pouvoir ainsi contribuer à la réduction des inégalités sociales en santé au cours de l'avancée en âge.* » (Aquino, 2013). Mais prévenir la dépendance c'est également réduire le nombre de personnes en grandes difficultés sociales dans leur vie quotidienne, oubliées ou abandonnées, ce qui est aussi le rôle des collectivités territoriales.

Enfin la prévention de la dépendance porte des enjeux sociétaux, les personnes âgées seront bientôt très nombreuses et loin d'être un poids pour la société, cela peut être une opportunité. On sait par exemple que la plupart des associations sont tenues par des retraités, que les bénévoles sont aussi souvent des retraités. Inciter ces personnes à rester actives, à

avoir des projets et à vouloir construire, cela peut être source d'innovations ou d'un développement du bénévolat, initiant peut-être une nouvelle économie basée sur plus de solidarité. Enfin, d'un point de vue éthique, et aux regards des difficultés rencontrés aujourd'hui pour prendre en charge un million de personnes dépendantes, il est souhaitable que ce nombre augmente le moins possible, sinon la société risque de s'enfoncer plus encore dans le mauvais traitement et l'exclusion de ses séniors.

Après cette brève présentation des collectivités, du programme LEADER et des principaux concepts du champ de la gérontologie, il convient de s'attarder plus précisément sur le territoire d'étude. Dans le cadre de la commande initiale, la partie suivante s'attache à présenter les dynamiques et particularités démographiques et géographiques du GAL DDCVV.

Partie 2 : Etat des lieux démographique et géographique : Un territoire vieillissant parmi tant d'autres

Le *papy-boom*, qui découle directement du *baby-boom* des années d'après-guerre, induit un vieillissement considérable de la population à l'échelle nationale, mais lorsque l'on se penche de plus près sur les territoires, tous ne sont pas égaux. Si la grande majorité fait face au phénomène, chacun peut avoir ses particularités et son intensité. L'état des lieux démographique et géographique réalisé ici répond à une partie de la commande et ambitionne de donner un aperçu, le plus complet possible, des dynamiques et particularités qui lui sont propres.

Le qualificatif « état des lieux » a été réfléchi et sciemment employé pour souligner une différence avec le diagnostic territorial. En effet, cet état des lieux a été réalisé en trois mois, uniquement par mes soins et en plus de mes autres missions, il n'a donc aucunement la prétention de revendiquer l'exhaustivité d'un diagnostic territorial. Les outils mis à disposition étaient sommaires et les données utilisées étaient exclusivement libres de droits et accessibles sur internet. Cet état des lieux est donc loin d'être complet et indiscutable, mais il s'attache néanmoins à mettre en exergue certaines tendances et à identifier quelques points importants.

L'état des lieux est organisé en trois parties distinctes. L'objectif est d'abord d'illustrer le vieillissement démographique et d'en discuter la répartition spatiale. Il s'agit ensuite de localiser les établissements d'hébergement, de déterminer leur capacité d'accueil afin de la mettre dans la perspective du vieillissement démographique. Enfin, il sera questions des structures d'accompagnements à domiciles et des enjeux qui y sont associés, notamment à travers leur capacité à absorber le nombre croissant de personnes âgées dépendantes. Initialement, la commande était à l'échelle du GAL DDCVV, mais dans un souci de cohérence territoriale, il a été décidé d'intégrer les villes de Valence et de Romans-sur-Isère ainsi que la partie ouest d'Arche Agglo. L'échelle de l'étude est donc celle du territoire du GAL élargi.

I. Une évolution démographique qui tend vers le vieillissement

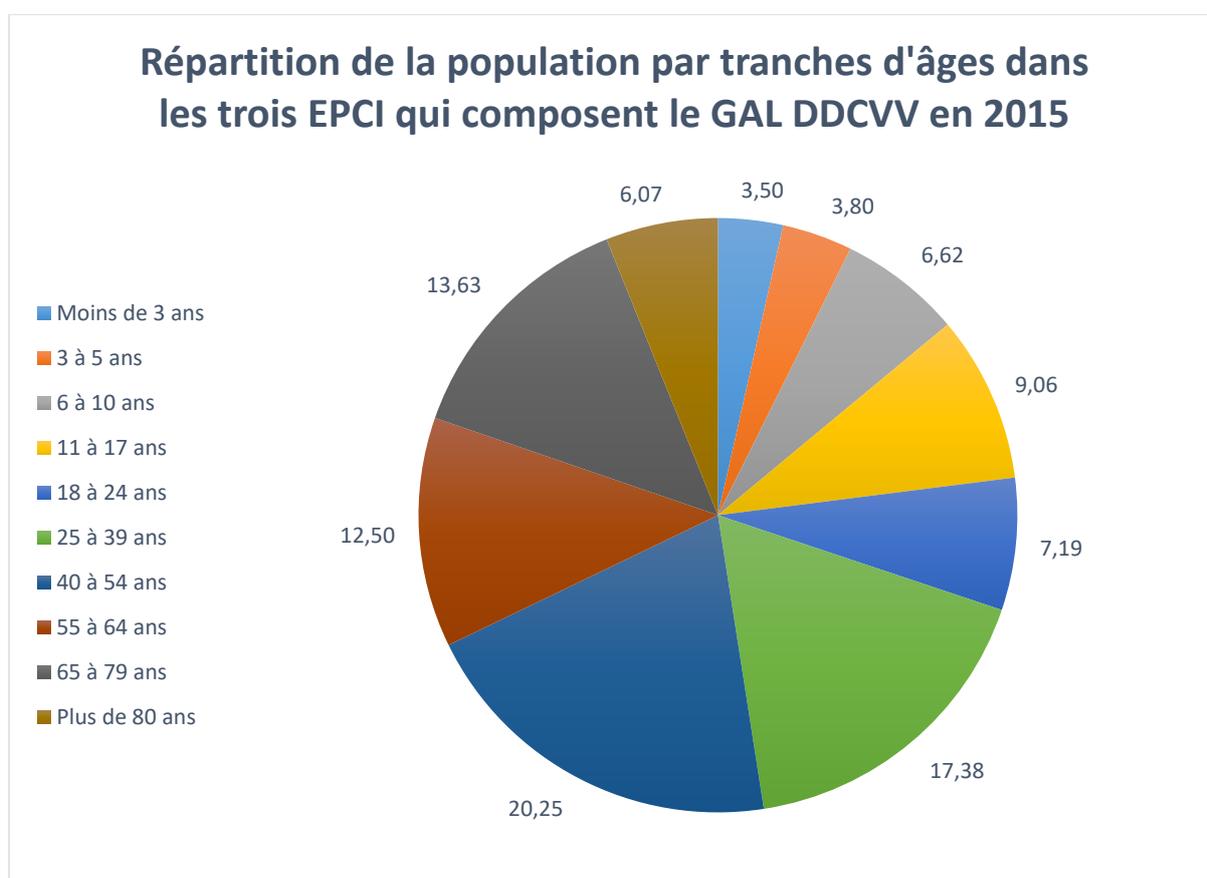
Un nombre important de séniors sur le territoire

Au premier janvier 2015, la population totale du territoire était de 321 927 habitants d'après l'INSEE. Le tableau ci-dessous montre qu'une part déjà importante de cette population est âgée de plus de 55 ans. En effet, 103 652 habitants ont plus de 55 ans, soit 32,2% de la population, la moyenne nationale étant de 29,7%. De plus, 43 872 d'entre eux ont entre 65 et 79 ans et feront bientôt leur entrée dans le grand âge, avec son lot de problèmes de santé.

Population en 2015	55 à 64 ans	65 à 79 ans	Plus de 80 ans
Effectif	40 254	43 872	19 526
Pourcentage	12,5	13,63	6,07

Tableau 1 : Nombre de personne de plus de 55 ans dans le GAL DDCVV

Le graphique ci-dessous va plus loin et illustre la répartition de la population selon 10 catégories d'âges de la vie. Ainsi, on observe que le nombre de jeunes de moins de 25 ans est de 30,2%, ce qui est très légèrement supérieur à la moyenne nationale de 29,7%. En revanche, 52,5% des habitants ont plus de 40 ans, ce qui est supérieur de 3 points à la moyenne nationale qui est de 49,3%.



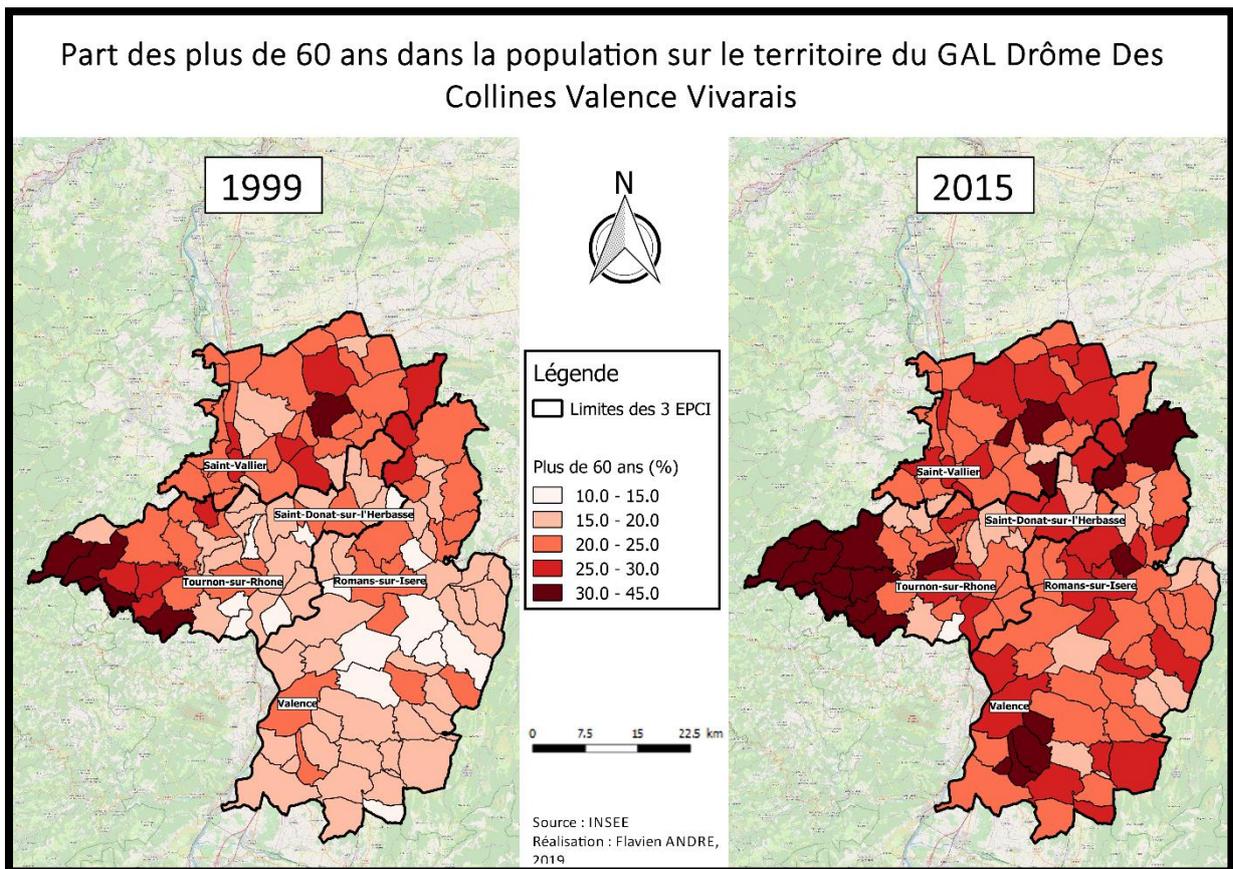
Graphique 1 : Répartition de la population par tranche d'âge selon l'INSEE

Les chiffres de la répartition démographique par âge montrent un vieillissement un peu plus prononcé qu'à l'échelle nationale, même s'il n'y a pas un écart très conséquent. Néanmoins, partant du principe qu'il y a déjà un vieillissement à l'échelle nationale, il est ici un peu plus avancé.

Un vieillissement démographique déjà observable

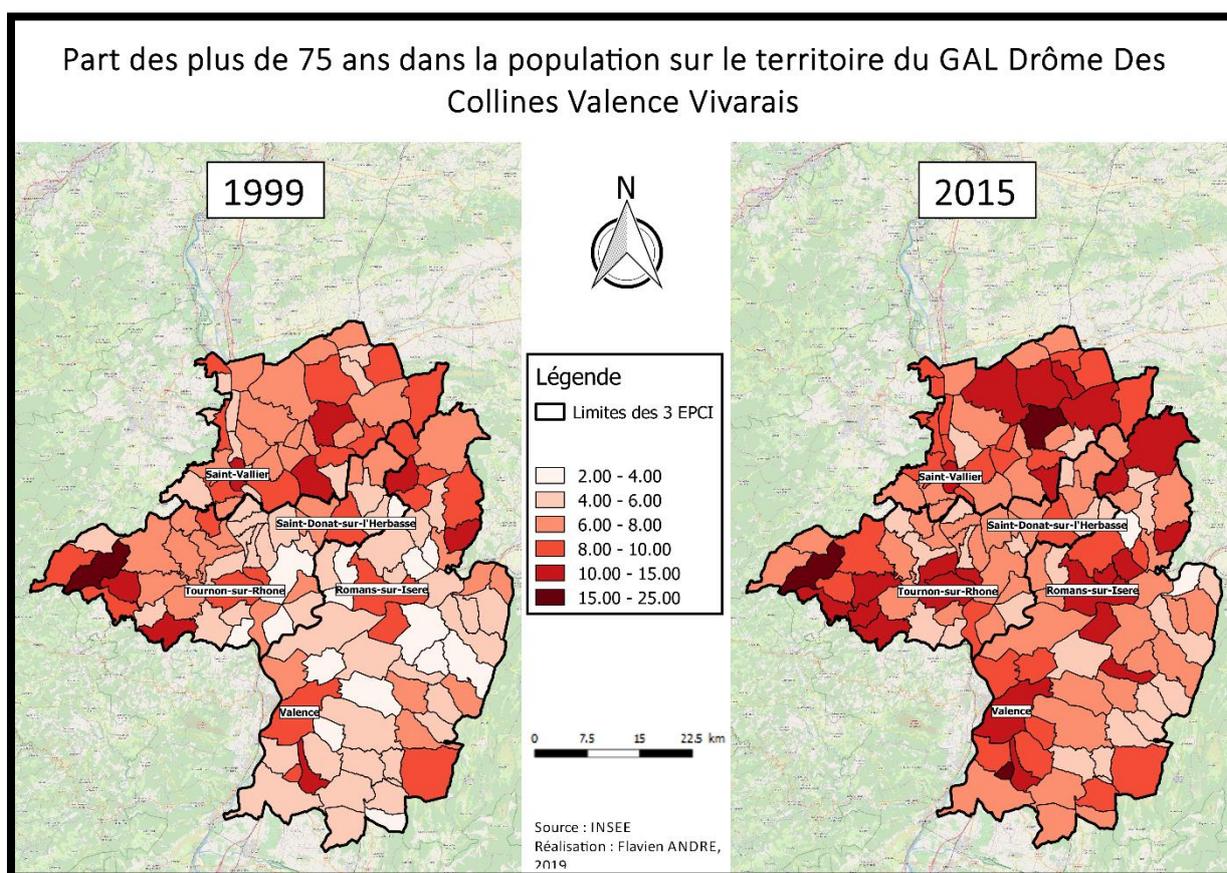
Les chiffres d'aujourd'hui ne sont pas réellement révélateurs des dynamiques, ils illustrent un état de fait, plutôt comparable à la moyenne nationale. Pour mieux appréhender ces dynamiques il faut se tourner vers les évolutions qui ont eu lieu depuis quelques années. Pour ce faire, une série de cartographies ont été réalisées à partir de données INSEE, elles représentent ces évolutions entre 1999 et 2015. Elles expriment la part des seniors dans la population en pourcentage. Bien conscient qu'elles impliquent certains biais statistiques, notamment liés à l'évolution totale de la population, aux migrations, ou soumis aux faibles populations des communes rurales, elles illustrent néanmoins une tendance globale.

La carte ci-dessous représente la part des plus de 60 ans dans la population de chaque commune pour les années 1999 et 2015. Volontairement conçu pour être visuelle et interpeller, elle met en exergue une augmentation considérable de la part des seniors sur le territoire ces 16 dernières années. La partie ouest d'Arche Agglo, très rurale, héberge désormais entre 30% et 45% de personnes de plus de 60 ans. L'agglomération valentinoise est également soumise à un vieillissement rapide et conséquent. Globalement, le vieillissement était déjà plutôt avancé dans les communes rurales en 1999, du fait de l'exode rural, mais on constate aujourd'hui qu'il se généralise à l'ensemble du territoire et touche les aires urbaines.



Carte 3 : Part des plus de 60 ans dans la population

La carte suivante illustre la part des plus de 75 ans dans la population pour les mêmes années 1999 et 2015. Bien que moins flagrante, l'évolution est tout de même notable. La tendance est la même, à quelques exceptions micro-locales. Cela est probablement due à l'augmentation de la dépendance et au placement des séniors dans des hébergements permanents localisés dans quelques communes. Au regard des évolutions, on peut aisément envisager que la tendance illustrée par la carte précédente se déplace à celle-ci, autrement dit, le nombre important de jeunes séniors actuel fera bientôt exploser la population du *quatrième âge*. Afin de compléter l'analyse, il faut également aborder la question des projections démographiques.



Carte 4 : Part des plus de 75 ans dans la population

Des projections démographiques qui vont dans le sens du vieillissement

Le plus pertinent aurait été d'établir des scénarios de projection sur le territoire, malheureusement, et malgré des tentatives, le problème de l'accessibilité des données s'est à nouveau posé. En conséquence, les projections dont il sera question ici ont été élaborées par l'INSEE à l'échelle nationale.

D'après l'étude *Insee Première* n° 1619, novembre 2016, la population française devrait croître de 11 millions de personnes d'ici à 2070 selon le scénario central. En regardant

l'évolution par catégories d'âge, il apparaît clairement dans cette étude que la quasi-totalité de l'augmentation de la population concernera les plus de 65 ans, avec une augmentation effective de 10,4 millions. Plus encore, parmi les 75 ans ou plus, l'augmentation prévue est de 7,8 millions, soit pratiquement les trois quarts de l'augmentation démographique. Cette augmentation portera leur nombre à 13,7 millions, soit deux fois plus qu'en 2013. Ces chiffres n'ont pas valeur de prophéties et peuvent être remis en cause par une hausse inattendue de la fécondité, de l'immigration, ou par un événement extraordinaire, mais ils alertent sur l'évolution à long terme.

L'augmentation du nombre de personnes de plus de 65 ans devrait se concentrer sur les deux prochaines décennies puis augmenter moins fortement jusqu'en 2070. Cette hausse est due principalement aux évolutions démographiques passées et notamment au *baby-boom* qui a pris fin en 1975. Cette hausse est donc inéluctable, elle est « *inscrite dans l'actuelle pyramide des âges* ». Ainsi, la part des plus de 65 ans en France devrait passer de 17,5% en 2013 à 26,2% en 2040, toujours selon le scénario central.

Concernant les personnes très âgées, la France hébergeait 21 000 centenaires en 2016, contre 1100 dans les années 1960 – 1970. La grande majorité d'entre eux sont des femmes, même s'il y a de plus en plus d'hommes. Selon le scénario central, le nombre de centenaires pourrait atteindre 270 000 personnes en France en 2070, soit une augmentation de 1186% par rapport à aujourd'hui.

Les prévisions tendent donc clairement vers un vieillissement à l'échelle nationale. Si tous les territoires ne sont pas égaux face à ce phénomène, peu iront à contre-sens, les disparités viendront surtout de l'intensité du vieillissement. Malheureusement, il n'existe pas de prévisions à l'échelle du territoire du GAL et comme dit précédemment, les élaborer nécessite des données trop difficilement accessibles. La société va donc devoir s'adapter à sa population, mais ce vieillissement programmé n'est pas nécessairement un handicap, c'est simplement une évolution, un changement de la composition démographique.

Gérontocroissance plutôt que vieillissement démographique ?

Dans son article « La géographie des territoires gérontologiques » (2010), Gérard-François Dumont introduit le concept de *gérontocroissance* qu'il différencie du vieillissement démographique classique. Si le second est « *une modification de la composition par âge de la population due à une augmentation de la proportion des personnes âgées* », la gérontocroissance est une « *augmentation des effectifs de personnes âgées dans une population donnée* », autrement dit, une hausse démographique par le haut de la pyramide des âges. Cette augmentation des effectifs peut résulter d'une évolution du taux de survie des personnes âgées ou d'un solde migratoire positif mais déséquilibré, rapportant une arrivée massive de populations âgées.

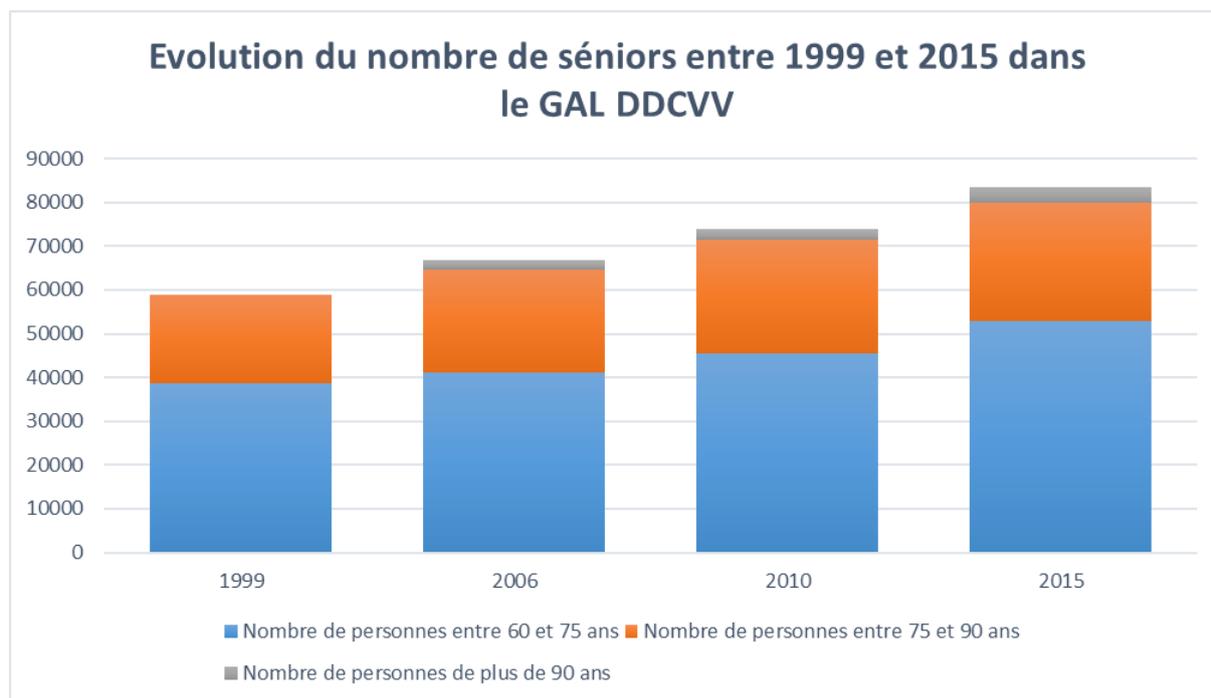
Selon lui ces deux phénomènes sont à distinguer car le premier analyse les évolutions de la population de manière structurelle, tandis que la gérontocroissance se concentre sur les flux. En effet, un vieillissement de la population identifié est inéluctable et se poursuivra sur un

temps long jusqu'à ce que le taux de fécondité reparte à la hausse, sauf en cas d'évènement majeur comme une guerre ou une pandémie. Au contraire, un phénomène de gérontocroissance peut être plus ponctuel et s'atténuer, voir s'inverser, ce qui est qualifié de *gérontodécroissance*, à court ou moyen terme. Cette distinction est importante car elle peut être déterminante des enjeux d'un territoire, et donc des politiques publiques adaptées pour y répondre.

Le phénomène de gérontocroissance intègre selon lui trois facteurs dont l'un est commun avec le vieillissement de la population :

- L'évolution du taux de survie des personnes âgées (espérance de vie à 60 ans et à 65 ans)
- La composition par âge des migrations
- La prise en compte de l'héritage démographique

En plus d'être soumis à un vieillissement de la population comme la majorité des territoires français et européens, le territoire du GAL Drôme Des Collines Valence présente des signes de gérontocroissance. Le graphique ci-dessous illustre l'évolution effective du nombre de séniors entre 1999 et 2015. On observe une augmentation de cette population de 41,9% sur la période, avec une forte hausse du nombre de personnes de plus de 90 ans.



Graphique 2 : Evolution de l'effectif des séniors

Sur la période, la population des 60 – 75 ans passe de 38 634 à 52 796, soit une augmentation de 14 162 personnes (+ 36,7%). Le nombre total de personnes de plus de 60 ans passe de 58 864 à 83 521 (+ 41,9%). Dans le même temps, la population totale du territoire augmente

de 38 968 personnes (283 159 → 321 927), ce qui représente une hausse de 13,7%. Pour une augmentation de la population égale à 100, le nombre de plus de 60 ans progresse de 36 sur la période 1999 – 2015. On observe donc une hausse effective du nombre de séniors. En considérant la part des plus de 60 ans sur le territoire en 2015 (25,9%), l'augmentation effective du nombre de séniors par rapport à l'augmentation totale de la population atteste d'une gérontocroissance. Cela montre que la population évolue en partie par le haut de la pyramide des âges, mais dès-lors, il s'agit d'en identifier les causes.

Une nouvelle fois, identifier la nature précise du phénomène requiert des données qui ne sont pas accessibles. Il est alors impossible de le prouver statistiquement. En revanche, certaines observations empiriques peuvent l'appuyer. C'est par exemple le cas de la composition des migrations, le territoire bénéficiant d'un léger héliotropisme, compte tenu de sa localisation géographique, il n'est pas exclu que certaines communes attirent une population de retraités ex-citadins venus passer leurs vieux jours à la campagne.

Le taux de survie, matérialisé par l'espérance de vie à 60 ans en Drôme-Ardèche, est stable depuis le début des années 2000, mais il a connu une augmentation considérable dans la deuxième moitié du XXème siècle. Il reste néanmoins élevé avec en moyenne 23 ans pour les hommes et 27 ans pour les femmes en 2013.

Quoi qu'il en soit, il a ici été fait état d'une augmentation, effective et proportionnelle, du nombre de personnes âgées depuis le début du millénaire. Ajouté à cela, les projections abordées font état d'une poursuite et d'un renforcement du phénomène dans les 20 prochaines années. Le questionnement se porte alors sur les moyens qu'ont les territoires pour y faire face.

II. Une offre en hébergements médicalisés déjà inadaptée

Typologie des établissements d'accueil

L'une des solutions envisagée pour répondre à l'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes est l'accueil, et non le placement, la différence est importante, en établissements d'hébergement permanents. Il en existe plusieurs types, selon les niveaux de dépendances, qu'il convient de resituer brièvement.

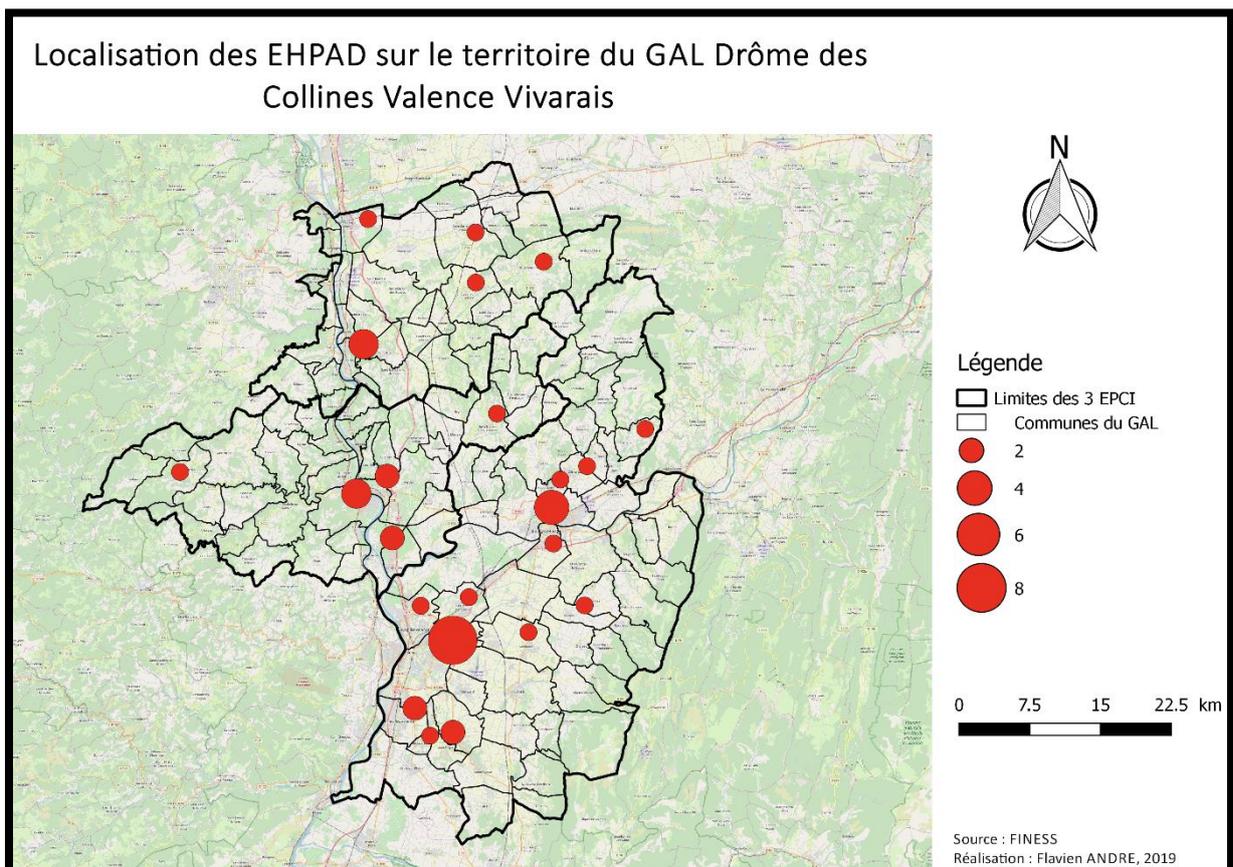
- ✚ Les Maisons d'accueil rurales pour personnes âgées (Marpa) accueillent des personnes totalement indépendantes dans des appartements individuels avec des espaces de vie collectifs.
- ✚ Les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées (EHPA). Ce sont des maisons de retraites non médicalisées et des résidences autonomie. Ils accueillent des personnes non dépendantes ou en légère perte d'autonomie et sont plutôt destinés aux personnes seules mais qui peuvent encore se débrouiller au quotidien.
- ✚ Les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD). Ce sont des établissements médicalisés qui accueillent des personnes dépendantes avec des besoins de soins au quotidien. En France, la plupart des établissements

d'hébergements sont aujourd'hui des EHPAD. Ils accueillent également souvent des Unités de soins spécifiques Alzheimer et parfois des Unités de Soins de Longue Durée (USLD) qui hébergent des personnes extrêmement dépendantes (GIR1).

Sur le territoire du GAL DDCVV élargi, on compte 43 établissements de type EHPAD pour une capacité d'accueil de 3279 places. Les cartographies présentées ci-dessous situent les EHPAD et leurs capacités d'accueil sur le territoire du GAL. Elles ont été réalisées à partir de données libres disponibles sur le FINESS (Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux). Le choix a été fait de se concentrer sur les EHPAD car ils représentent la grande majorité des établissements du territoire et répondent à la problématique dépendance, mais il ne faut évidemment pas négliger les autres types d'établissements.

Localisation des structures médicalisées sur le territoire

La localisation des EHPAD sur le territoire est assez peu homogène, en témoigne la carte ci-dessous. Sans surprise, les principaux pôles urbains que sont Valence, Romans-sur-Isère, Saint-Vallier et Tain-l'Hermitage/Tournon-sur-Rhône regroupent la majorité des établissements.



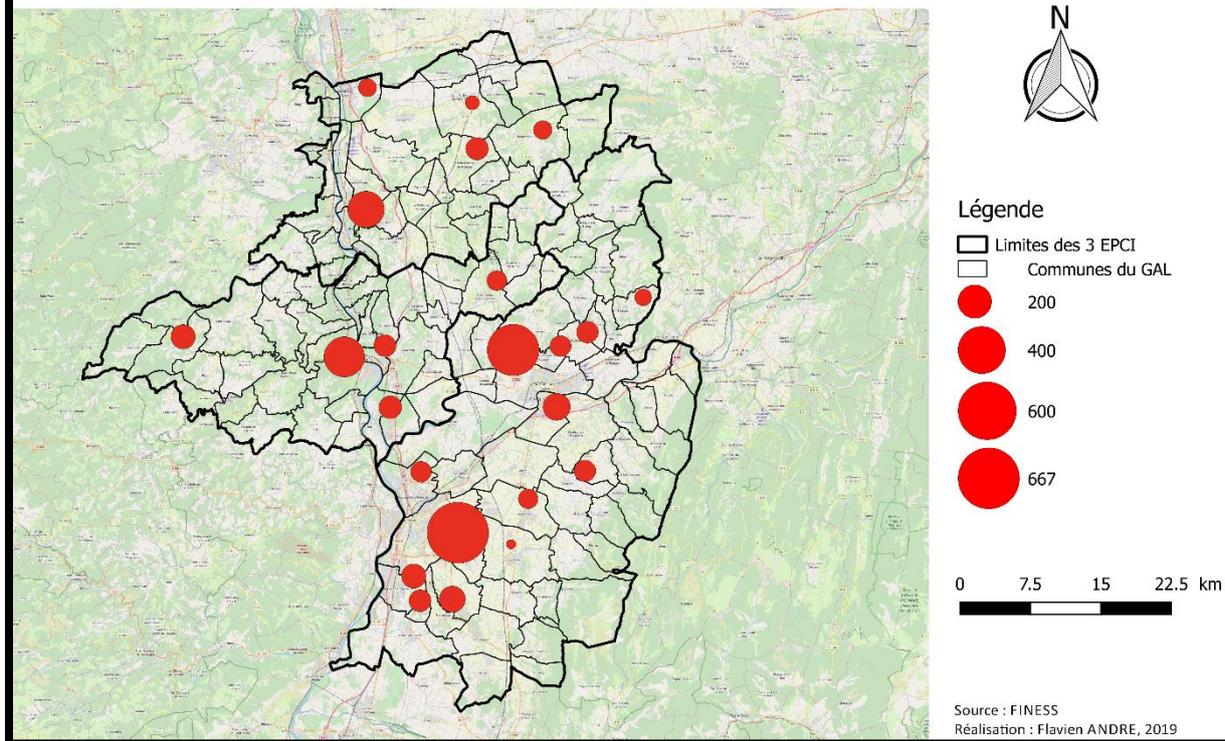
Carte 5 : Localisation des EHPAD

La Communauté d'Agglomération Valence Romans Agglo compte le plus d'établissements, et de loin, avec 16 établissements dans l'aire urbaine de Valence et 7 dans celle de Romans-sur-Isère. La Communauté de Communes Porte DrômArdèche compte déjà moins de structures mais est connectée avec le reste du territoire et dépend moins des établissements locaux. Sur le territoire d'Arche Agglo, la partie Est s'inscrit dans la même dynamique que les autres territoires mais la partie ouest, plus rurale, ne compte qu'un seul établissement. Certes, la population de ces communes est faible, mais elles concentrent une part considérable de personnes âgées et très âgées. De plus, ces personnes ont passé leur vie dans le même village, on imagine alors le choc psychologique qu'elles subissent lorsqu'elles sont forcées de déménager dans la vallée. Enfin, il faut garder à l'esprit que le territoire du GAL n'est pas une île, ce n'est qu'un découpage administratif, ses frontières sont invisibles sur le terrain. Il y a donc très probablement des flux avec l'extérieur, avec par exemple des personnes résidant initialement sur le territoire qui sont accueillies dans des communes extérieures. Néanmoins, le principal flux supposé doit concerner les établissements de l'aire urbaine de Valence qui doivent attirer de nombreux pensionnaires originaires de la Communauté de Communes Rhône Crussol, localisée juste au Sud.

Capacité d'accueil en hébergement permanent par communes

Lorsque l'on se penche sur les capacités d'accueil en établissement médicalisé par commune, la différence est significative. On distingue très clairement quatre points équivalents aux quatre pôles d'activités du territoire, tandis que les établissements localisés en dehors de ces pôles disparaissent, signe qu'ils ne disposent que de peu de places. En effet, ces établissements sont parfois des PUV (Petites Unités de Vie) qui sont qualifiées d'EHPAD car elles sont médicalisées mais qui n'accueillent qu'une dizaine de résidents. L'offre d'accueil en établissement est donc concentrée, ce qui force les personnes issues des territoires plus ruraux à « s'exiler ». Cela peut avoir de lourdes conséquences et entraîner très rapidement de la dépendance, notamment à cause de *la déprise* dont il sera question dans la suite du propos.

Capacité d'accueil en EHPAD sur le territoire du GAL Drôme des Collines Valence Vivarais (tous types d'hébergements)



Carte 6 : Capacité d'accueil des EHPAD

La catégorie établissements d'hébergement permanent intègre également les unités spécialisées pour Alzheimer et autres maladies apparentées. Compte tenu de la progression considérable de la maladie chez les séniors, et même chez les cinquantenaires, l'offre d'accueil en unités spécialisées porte de plus en plus d'enjeux. On peut observer une relative bonne répartition de ces unités spécialisées sur le territoire, même si on ne parle encore que de quelques centaines. Une carte illustrant la répartition territoriale selon le type d'hébergement est disponible en annexe (annexe 4).

Les établissements d'hébergement permanents face à l'augmentation de la dépendance

Considérant les données de la dépendance à l'échelle nationale, à savoir environ 1,2 million de personnes pour 14 231 948 séniors de plus de 60 ans, le taux de dépendance est de 8,4%. Si l'on applique cette proportion à l'échelle du territoire on arrive au résultat de 7 015 personnes en situation de dépendance. Ce chiffre n'est évidemment en aucun cas une exactitude car il s'agit d'une moyenne et qu'il faut tenir compte des particularités territoriales mais il donne déjà un premier aperçu. Ainsi les 3 279 places en établissements médicalisés répertoriées sur le territoire ne couvriraient pas la moitié des besoins. En ce sens, les

structures d'accompagnement à domicile ont un rôle fondamental à jouer avec la prise en charge de la seconde moitié des personnes dépendantes.

La hausse annoncée de la dépendance dans les 20 prochaines années va donc poser des problèmes dans ces établissements, en terme de places mais également de traitement des patients. La problématique du manque de moyens financiers dans les EHPAD n'est plus nouvelle, les accidents se multiplient et les témoignages rapportent des conditions de travail et de traitement des personnes âgées toujours plus compliquées. Compte tenu des difficultés économiques actuelles, la solution de l'accueil en établissement semble être financièrement intenable pour l'Etat.

De plus, l'arrivée en EHPAD est parfois une étape extrêmement difficile pour les personnes âgées. Il faut souligner ici que les personnes qui sont accueillies ne sont pas toutes « folles », certaines ont toutes leurs facultés cognitives et ne souffrent que de légères pathologies qui nécessitent des soins quotidiens. Or, la symbolique autour de ces établissements est forte et le qualificatif de « mouvoir » y est souvent associé, cela peut déjà être une première difficulté pour les personnes qui comprennent ce que leur arrivée signifie. Ensuite, le déménagement est également une étape compliquée pour une personne qui a passé sa vie dans sa maison, qui est y est parfois née et n'a jamais vécu ailleurs. Ce qu'il faut comprendre ici, c'est qu'à partir de son arrivée, une personne se retrouve coupée de toutes les interactions sociales qu'elle avait avec d'autres personnes de son village, parfois depuis l'enfance. C'est un choc psychologique énorme, un déracinement, une fracture personnelle qui entraîne vulnérabilité, fragilité et, à terme, accentue la dépendance. Cette *fracture personnelle* peut également entraîner le processus de *déprise* (Nader, 2013), c'est-à-dire « *le processus de réaménagement de l'existence qui se produit au fur et à mesure que les personnes qui vieillissent doivent faire face à des circonstances nouvelles* ». Il faut alors apporter une attention particulière à la situation sociale de la personne, or à son arrivée, elle se retrouve entourée de personnes qu'elle ne connaît pas, parfois souffrants de pathologies lourdes à dégénérescence cognitive, ce qui demande une capacité d'adaptation qu'elle n'est peut-être plus capable d'avoir. Si l'on y est contraint et forcé, ce n'est pas de l'inclusion sociale que d'être avec d'autres personnes. L'exclusion est plus complexe, psychologique et souvent associée à la dépression.

Il faut également s'interroger sur la société que nous voulons être, ce que l'on veut pour nos séniors, ceux qui nous ont élevé. Certes, à partir d'un certain stade dans la dépendance, l'accueil en établissement spécialisé est une nécessité, mais il faut y mettre les moyens. Le manque de moyens financiers pour les EHPAD est symptomatique d'une société en proie à l'individualisme. Comment ne pas prioriser la santé et la dignité des personnes qui nous ont nourries quand nous étions enfant ? Le problème est celui de la reconnaissance sociétale, de la considération que nous avons pour les personnes âgées, comme le disait une personne rencontrée lors des entretiens « *La personne âgée dérange, la personne âgée malade fait fuir, malheureusement [...]. Mais ça c'est un problème sociétal, avant la personne âgée c'était le savoir, c'était l'acquis, il y a beaucoup d'autres populations et civilisations qui ont encore cet attachement, chez nous non, aujourd'hui si on parle de maisons de retraite ça dérange* ».

Quoi qu'il en soit, les établissements d'hébergement permanents ne semblent pas en mesure d'absorber la hausse de la dépendance. La solution se trouve alors peut être dans le maintien à domicile qui présente de nombreux avantages.

III. Le secteur du maintien à domicile amené à se développer

Typologie des structures d'accompagnement à domicile

Le secteur de l'accompagnement à domicile est occupé par plusieurs types d'acteurs. La majorité sont des associations publiques, la plus connue étant l'ADMR (Aide à Domicile en Milieu Rural) qui est un réseau national de 2700 associations à but non lucratif. D'autres acteurs privés à but commerciales sont positionnés sur le marché. En effet, l'aide à domicile ne concerne pas que les personnes âgées, même si c'est la population majoritaire (80 à 90%), mais également les personnes en situation de handicap, la garde d'enfants, etc. Il existe trois types de structures d'aide à domicile.

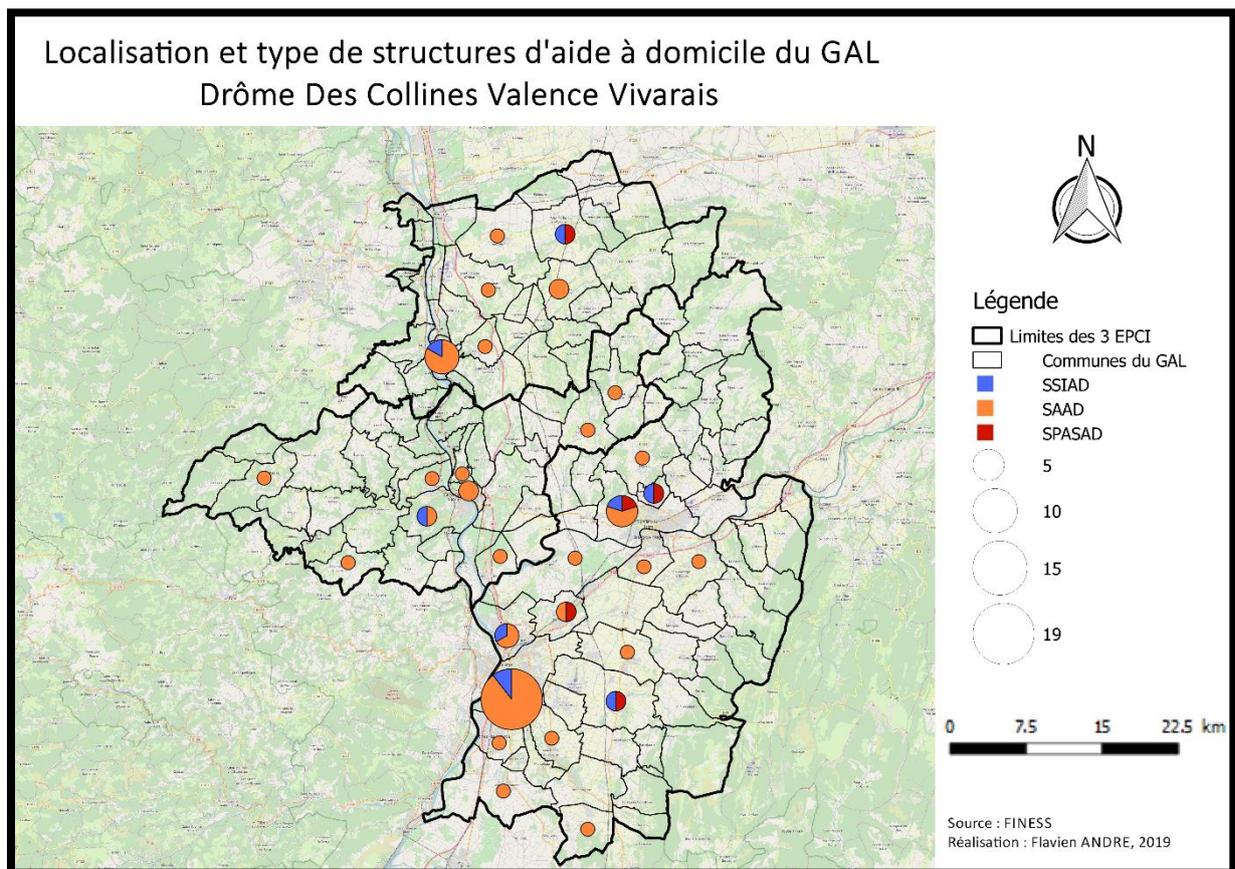
- ✚ Les SAAD (Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile) sont surtout destinés aux personnes âgées en perte d'autonomie et proposent un accompagnement non médicalisé. Il s'agit de l'entretien du logement, de l'aide aux courses, aux repas, aux soins d'hygiène non médicalisés, etc. Ils peuvent également proposer des services de compagnie pour les personnes isolées ou les emmener dans diverses activités sociales.
- ✚ Les SSIAD (Services de Soins Infirmiers A Domicile) dispensent des soins infirmiers. La population auprès de laquelle ils interviennent est plus diversifiées, mais ils prennent en charge de nombreuses personnes âgées dépendantes et contribuent à leur maintien à domicile.
- ✚ Les SPASAD (Services Polyvalents d'Aide et de Soins A Domicile) sont des structures qui assurent à la fois les missions d'un SAAD et les missions d'un SSIAD. Principalement à destination des personnes âgées dépendantes, ils leur permettent de rester à domicile en ne faisant appel qu'à une structure.

Le territoire du GAL élargit compte 66 structures d'accompagnement à domicile dont 52 SAAD, 9 SSIAD et 5 SPASAD. A l'instar des cartographies réalisées sur les EHPAD, celles sur les structures d'accompagnement à domicile ont été réalisées à partir des données du FINESS. Malheureusement cette banque de données paraît légèrement incomplète, notamment pour la partie ardéchoise. Néanmoins, la partie qui suit tente d'analyser leur répartition spatiale ainsi que le rôle qu'elles peuvent jouer à l'avenir.

Localisation des structures d'aide à domicile

La localisation des structures d'accompagnement à domicile sur le territoire du GAL élargi est assez homogène. Comme pour les EHPAD on voit apparaître les quatre principaux pôles d'activités avec de nombreuses structures sur Valence, Romans-sur-Isère et Saint-Vallier. La commune de Tournon-sur-Rhône n'en abrite pas beaucoup mais son aire urbaine en concentre une dizaine. Toutefois, dans le cas des structures qui interviennent à domicile, ce

n'est pas tant la localisation du siège qui importe mais surtout la zone d'intervention. Malheureusement ces données ne sont pas disponibles à l'échelle du GAL, mais en supposant que la zone d'intervention englobe les communes autour du siège, la carte ci-dessous permet de donner une idée. La partie ouest d'Arche Agglo se distingue à nouveau, bien que l'on y trouve deux SAAD, il n'y a pas de SSIAD dans cette zone et quelques recherches complémentaires ont montré qu'il n'y en a pas non plus à proximité immédiate en dehors des frontières d'Arche Agglo. C'est donc probablement des infirmiers de Tournon-sur-Rhône qui interviennent dans ces territoires, avec toutes les contraintes de distance, de temps et de coût que l'on imagine.



Carte 7 : Localisation des structures d'accompagnement à domicile

Les entretiens qui ont été menés dans le cadre du stage, dont il sera question dans la suite du propos, ont concerné neuf associations qui interviennent directement à domicile. Elles ont presque toutes leur siège sur le territoire d'Arche Agglo. D'après les déclarations de ces différentes associations, il apparaît que 2207 personnes âgées sont d'ores et déjà accompagnées régulièrement. Une petite partie d'entre elles sont en situation de dépendance mais la majorité ne doit souffrir que d'une légère perte d'autonomie, voire bénéficier d'un accompagnement préventif pour ceux qui ont les moyens de faire appel à ces services sans

l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie). Cependant, même si ce chiffre est à manier avec précaution, la marge d'erreur se situant probablement entre 5 et 10%, il est néanmoins surprenant par son envergure, d'autant que certaines des neuf associations rencontrées sont de petite taille, même si d'autres accompagnent plus de 400 personnes. Si l'on généralise ce chiffre à l'ensemble du GAL élargi, en tenant compte de la répartition de la population de seniors, on peut aisément imaginer que 10 000 personnes bénéficient d'une aide régulière.

Les avantages et les défis du maintien à domicile

Comme il a été démontré jusqu'ici, l'effectif de la population de seniors est amené à augmenter considérablement dans les deux prochaines décennies. En tenant compte de la capacité d'accueil des EHPAD, il ne fait pratiquement aucun doute que le maintien à domicile est l'avenir de la prise en charge de la dépendance.

Au-delà de l'aspect purement comptable lié au nombre de place, le maintien à domicile offre d'autres avantages. Par exemple, le coût est beaucoup moins élevé pour la personne et pour la société. Tenant compte du loyer mensuel moyen des EHPAD (entre 1800 et 2600 euros selon le statut de l'établissement), le coût moyen d'une heure d'accompagnement ou de soins à domicile de 25 euros paraît nettement plus abordable. De plus, à domicile la personne bénéficie du soutien de ses aidants familiaux, ce qui représente autant un avantage social pour l'aidé qu'économique pour les conseils départementaux qui accordent les allocations APA. En revanche, le maintien à domicile présente également des inconvénients et des limites. D'abord, si la personne est trop dépendante il faut adapter son logement (escaliers, douche, WC, etc.), ce qui représente un coût important chiffrable en dizaines de milliers d'euros. Aussi, la personne est certes plus indépendante, mais est donc plus vulnérable aux accidents et chutes qui entraînent souvent de lourdes pathologies, d'où l'intérêt de combiner le maintien à domicile avec des campagnes de prévention de grande ampleur. Enfin, passé un certain stade, quand la personne est en GIR1, complètement alitée, le maintien à domicile devient trop compliqué et l'accueil en établissement apparaît alors comme la solution la plus adaptée.

Cela étant, pour les personnes en perte d'autonomie ou modérément dépendantes, le maintien à domicile permet d'éviter le déracinement territorial induit par l'accueil en établissement. Il permet d'empêcher une fracture psychologique évitable, de prévenir *la déprise*, en préservant l'univers socio-territorial de la personne. L'univers socio-territorial est fait de toutes les interactions, du facteur qui passe tous les matins depuis 30 ans à l'ami d'enfance qui vient boire le café, en passant par le buraliste qui est le fils du boucher, etc. Le maintien à domicile présente l'avantage social d'assurer une continuité dans le passage vers la dépendance et donc, en partie, de ralentir sa progression et d'échapper au glissement. Les personnes âgées coulent leurs vieux jours dans leur environnement, le domicile protecteur de leur identité, « *repère et repaire* » (Veysset, 1989). Le domicile est également le dernier lieu de pouvoir de la personne âgée, celui sur lequel elle a autorité et prend les décisions. « *Ainsi, être chez soi permet de demander à l'intervenant professionnel – auxiliaire de vie, aide ménagère, infirmière – ou au proche aidant – famille, voisin, amis – de sortir. Le domicile permet de sélectionner les aidants que l'on souhaite avoir à ses côtés et d'en refuser certains.*

Dans le discours des personnes âgées, il est ainsi opposé à l'institution dans laquelle « on est à la merci de tout le monde ». » (Balard, 2010).

Le maintien à domicile est donc un secteur qui est amené à se développer, que ce soit à cause des enjeux démographiques et économiques globaux ou des avantages socio-territoriaux qu'il représente pour les personnes aidées. Toutefois, pour que le secteur soit réellement en capacité d'assumer la hausse de la dépendance, il faut que les structures de types SPASAD se multiplient. En effet, elles combinent soins et accompagnement, elles peuvent ainsi participer au maintien à domicile de personnes très dépendantes, ce qui n'est pas le cas des SAAD. Or, en l'absence de SPASAD, il est à parier que de nombreuses personnes n'ont plus d'autres choix que l'emménagement en établissement spécialisé à partir d'un certain stade, ce qui posera rapidement un problème. La loi ASV 2015 (Adaptation de la Société au Vieillissement) a prévu une expérimentation pour encourager les fusions entre SAAD et SSIAD sur la période 2015 – 2020. Initialement l'expérience devait se dérouler entre 2015 et 2017, mais elle a rencontré des difficultés à démarrer, les premiers contrats n'ont été signés qu'en 2017, son évaluation a donc été repoussée. Quoi qu'il en soit, elle arrivera bientôt à son terme et livrera ces résultats. S'ils sont concluants tous les SSIAD/SAAD seront à terme encouragés, sinon dans l'obligation, de devenir SPASAD. En outre, compte tenu des enjeux et de la réussite de certaines structures dans cette entreprise, il est à parier que la réforme du secteur ne tardera pas. De plus, la loi Grand Age à venir s'appuie sur le Rapport Grand Age qui soutient les fusions SPASAD. L'objectif est de lutter contre les ruptures de parcours des personnes âgées, c'est par exemple une meilleure gestion de la sortie d'hôpital ou une connaissance des pathologies chroniques. L'hypothèse la plus probable, pour l'heure, est que les fusions en SPASAD soient financièrement encouragées.

Enfin, le développement du secteur du maintien à domicile nécessite une reconnaissance sociétale et pécuniaire du travail accompli par ces structures et par les salariés qui interviennent directement sur le terrain. En effet, les conditions de travail sont encore trop compliquées pour que le secteur se développe à la hauteur des enjeux. Les salariés sont sous-payés, les kilomètres effectués pas toujours pris en charge, les horaires sont coupés et contraignants, les personnes aidées doivent également l'être les dimanches et jours fériés, etc. Ce rapport salaire/conditions de travail très défavorable fait déjà apparaître des difficultés aujourd'hui avec de plus en plus de structures qui déclarent avoir du mal à recruter. De plus, elles souffrent d'un important turn-over, ce qui a un impact direct sur les personnes aidées et sur la qualité de l'accompagnement dispensé.

Après ce bref état des lieux démographique et géographique de la vieillesse et de la dépendance, l'intérêt est désormais de focaliser le propos à l'échelle des collectivités territoriales. A travers la rencontre avec les acteurs de l'accompagnement à domicile et les projets mis en œuvre sur le territoire, il sera question du rôle de ces collectivités dans la lutte contre l'isolement social des personnes âgées.

Partie 3 : Actions et projets dans la lutte contre l'isolement social des personnes âgées

Etonnamment, alors que les individus sont de plus en plus interconnectés, ils sont également de plus en plus isolés. Ce constat est vrai pour toutes les strates de la population, mais il l'est d'autant plus chez les personnes âgées qui ne maîtrisent pas les outils de communication numériques. Dans un passé pas si lointain, lorsque les parents vieillissaient à proximité, sinon au domicile de leurs enfants, l'isolement social était moins courant car le cercle familial avait une force et une importance plus marquée. Aujourd'hui la vie professionnelle des enfants ou leur nouvelle vie familiale les éloignent souvent de plusieurs centaines de kilomètres et laissent seuls leurs parents.

La question de l'isolement social des personnes âgées apparaît comme étant de plus en plus importante, par le nombre croissant de personnes qui y font face mais également par les enjeux qu'il soulève. De fait, l'isolement social est un facteur favorisant de la dépendance, dans de nombreux cas il est même le facteur déclencheur du *glissement*. Lorsque l'on analyse ses enjeux au prisme de l'augmentation future de la dépendance et des problématiques soulevées, la lutte contre l'isolement social devient un axe majeur de la prévention de la dépendance.

Face à cette problématique d'envergure, la réponse des territoires est variable selon les collectivités. Il s'agit donc d'aborder en premier lieu la compétence sénior dans les différentes EPCI du GAL. Dans un second temps, c'est le cas d'Arche Agglo qui sera présenté, à l'aide des entretiens menés auprès des acteurs de l'accompagnement à domicile. Pour finir, une série de projets innovants dans le domaine, en cours sur le territoire d'Arche Agglo et ailleurs, seront présentés afin de donner des pistes d'actions pour les collectivités.

I. La compétence sénior sur le territoire du GAL

La politique séniors autonomie d'Arche Agglo

Arche Agglo est une collectivité très active dans le domaine des séniors et de leur isolement social. Compétente dans le domaine de l'action sociale d'intérêt communautaire, la CA est un acteur important de l'accompagnement du public sénior à travers sa politique Séniors Autonomie. Cette politique est entrée dans sa phase opérationnelle depuis la dernière fusion, en 2017, avec un budget initial de 180 000 euros, elle a depuis été renforcée car son budget s'élève désormais à 220 000 euros.

La politique Séniors Autonomie de l'agglo s'articule autour de trois axes distincts.

- ✓ L'amélioration de la coordination autour de la personne âgée et/ou handicapée. Il s'agit notamment de créer et de participer à des réseaux (réseau sénior qui regroupe tous les acteurs du secteur sur le territoire). L'objectif est également d'améliorer la coordination entre ces acteurs.

- ✓ L'implication dans l'adaptation du cadre de vie, avec notamment l'implication dans le PLH ou le soutien et l'accompagnement des projets d'habitat intermédiaire.
- ✓ Le soutien des actions de prévention et de lutte contre l'isolement. Cet axe implique notamment le développement d'une animation territoriale pour les seniors, le développement de solutions de répit pour les aidants et le soutien financier aux usagers du service de portage de repas à domicile.

Arche Agglo fait donc figure de bon élève dans le domaine, avec de réelles ambitions d'accompagnement des seniors portées politiquement et financièrement. Ces moyens ont déjà permis l'émergence de nombreux projets qui seront détaillés plus bas. On citera néanmoins le programme Olà seniors qui propose des activités, LISA pour Lieu d'Information Seniors Autonomie, les ateliers thématiques dans les EHPAD, une aide financière de 50 centimes par repas porté à domicile, etc.

Les projets de Porte DrômArdèche

La Communauté de Communes Porte DrômArdèche ne porte pas pour l'heure de politique senior, c'est-à-dire qu'elle n'a pas la compétence à proprement parler. En effet, la compétence action sociale d'intérêt communautaire est plutôt tournée vers l'enfance, la jeunesse et la santé d'une manière générale. En revanche, elle a tout de même des ambitions et agit dans ce domaine à travers d'autres compétences, et notamment les compétences santé et mobilité.

Concernant la mobilité, la Communauté de Communes a pour objectif de mettre en place un bus pour favoriser l'accès à la santé pour les seniors. Afin de lutter contre l'isolement géographique, ce bus conduirait les personnes qui vivent dans des communes où il n'y a pas de médecin afin qu'elles soient soignées. Le projet n'en est pour l'instant qu'à son stade premier et il n'est pas encore certain qu'il puisse voir le jour.

Dans le cadre de la compétence santé, la CC Porte DrômArdèche a été amenée à rédiger un Contrat Local de Santé en 2019. Ce CLS n'évoque que très peu les seniors, mis à part dans les deux dernières pages. On y apprend que la collectivité a pour ambitions « *d'accompagner les personnes âgées en favorisant leur maintien à domicile* » et de « *Favoriser l'émergence d'un pôle senior sur le territoire* ». Le pôle senior dont il est question est un pôle gérontologique, une mutualisation immobilière de deux acteurs afin d'adapter l'offre en hébergement sur la commune de Saint-Vallier, de proposer un espace répit, des ateliers, etc. Malheureusement, ces axes ne sont pas aujourd'hui prioritaires pour la collectivité même si l'ARS (Agence Régionale de Santé) souhaiterait qu'elle aille plus loin.

Néanmoins, Porte DrômArdèche fait preuve d'innovation avec la création très prochaine d'un centre de santé. Comptant déjà 5 Maison de Santé Pluriprofessionnelles (MSP), le centre de santé se base sur un concept similaire, sauf que tous les salariés travaillent pour le compte de la collectivité. A travers ce centre de santé, la CC aurait pour ambition de créer une antenne pour les personnes âgées, cela permettrait également de faire rayonner le centre à l'échelle du territoire.

La CC Porte DrômArdèche affiche donc quelques ambitions dans l'accompagnement des séniors, mais c'est d'avantage le domaine de la santé dans sa globalité qui est au cœur des préoccupations.

Valence Romans Agglo via le Conseil de Développement du Grand Rovaltain

La CA Valence Romans Agglo ne mène pas de politique à destination des séniors sur son territoire car elle n'est pas compétente en la matière. De fait, la compétence action sociale d'intérêt communautaire ne comprend que la petite enfance et l'enfance/jeunesse. De plus, cette compétence peut être confiée pour tout ou partie à un Centre Intercommunale d'Action Sociale (CIAS), bien qu'il n'existe pas sur le territoire. En revanche, la collectivité est acteur dans ce domaine à travers le Conseil de Développement (CoDev) du Grand Rovaltain créé fin 2017.

Conformément à la loi NOTRe du 7 août 2015, les EPCI de plus de 20 000 habitants doivent mettre en place un Conseil de Développement. Le CoDev du Grand Rovaltain est une instance consultative informelle qui réunit trois EPCI. La Communauté de Communes Porte DrômArdèche n'en fait pas partie. On retrouve donc deux des EPCI membre du GAL, à savoir Arche Agglo et Valence Romans Agglo, ainsi que la CC Rhône Crussol qui est située au Sud de Valence et qui regroupe des communes comme Guilhaud-Granges, Saint-Péray ou Cornas. Le CoDev ne dispose pas non plus d'une personnalité juridique ou d'une autonomie budgétaire et son fonctionnement n'est pas régi par des statuts mais par un règlement intérieur. Force de proposition, le CoDev est consulté *sur l'élaboration du projet de territoire, les documents de prospective et de planification résultant de ce projet, ainsi que sur la conception et l'évaluation des politiques locales de promotion du développement durable.*

Pour l'année 2019, les travaux du CoDev sont organisés en sept ateliers dont l'un concerne les personnes âgées. Appelé « Bien Vivre » plutôt que « Bien Vieillir », cet atelier s'est déroulé le 13 mai dernier. Il n'en a pas moins pour objectif d'accompagner les personnes âgées, les publics en situations de handicap, ainsi que d'améliorer l'offre de soins.

II. Rencontre avec les associations d'accompagnement à domicile qui interviennent sur Arche Agglo

Méthodologie des entretiens

La collectivité la plus engagée sur la thématique sénior dans le GAL DDCVV est donc Arche Agglo. C'est d'ailleurs en partie pour cela qu'elle porte le stage avec le LEADER. L'une des missions principales du stage était de réaliser une série d'entretiens auprès des acteurs de l'accompagnement des personnes âgées à domicile, les objectifs étaient multiples. Il s'agissait de repérer les actions innovantes menées sur le territoire, de repérer les personnes âgées isolées, dans la mesure du possible, et d'identifier les besoins de ces structures. Le postulat de départ était que les différents acteurs seraient plus enclins à se confier à un stagiaire portant un regard extérieur. A terme, ces entretiens devaient ponctuellement servir à faire

émerger de nouveaux projets, à attirer de nouveaux acteurs dans les réunions du réseau sénior afin d'améliorer la coopération et la coordination.

Afin d'atteindre ces objectifs, une liste de 15 acteurs a été fournie au début du stage avec l'ambition d'en rencontrer au moins 10. Finalement, la plupart des acteurs se sont montrés très coopératifs puisque 12 entretiens physiques ont été réalisés, 1 par envoi du questionnaire par mail et qu'une autre structure a accepté de fournir des renseignements sur sa zone d'intervention. Les acteurs rencontrés peuvent se classer en trois types distincts :

- + Les structures d'accompagnement à domicile qui représentent 9 entretiens sur 12. Ce sont les acteurs de terrain, ceux qui interviennent directement chez les personnes âgées et qui sont des acteurs majeurs de l'accompagnement à domicile.
- + Les associations de sensibilisation, d'information et de prévention de la maladie d'Alzheimer et autres maladies apparentées qui représentent 2 entretiens sur 12. Ce sont des acteurs qui proposent des activités à destination des malades mais également des aidants afin de leur offrir un moment de répit.
- + Le centre socioculturel de Tournon-sur-Rhône qui est une association porteuse de projets inscrite dans une démarche de long terme avec son projet sénior. En collaboration étroite avec l'agglo, le projet sénior comporte de nombreux objectifs comme lutter contre l'isolement social, soutenir les aidants familiaux ou faire des séniors des acteurs du territoire.

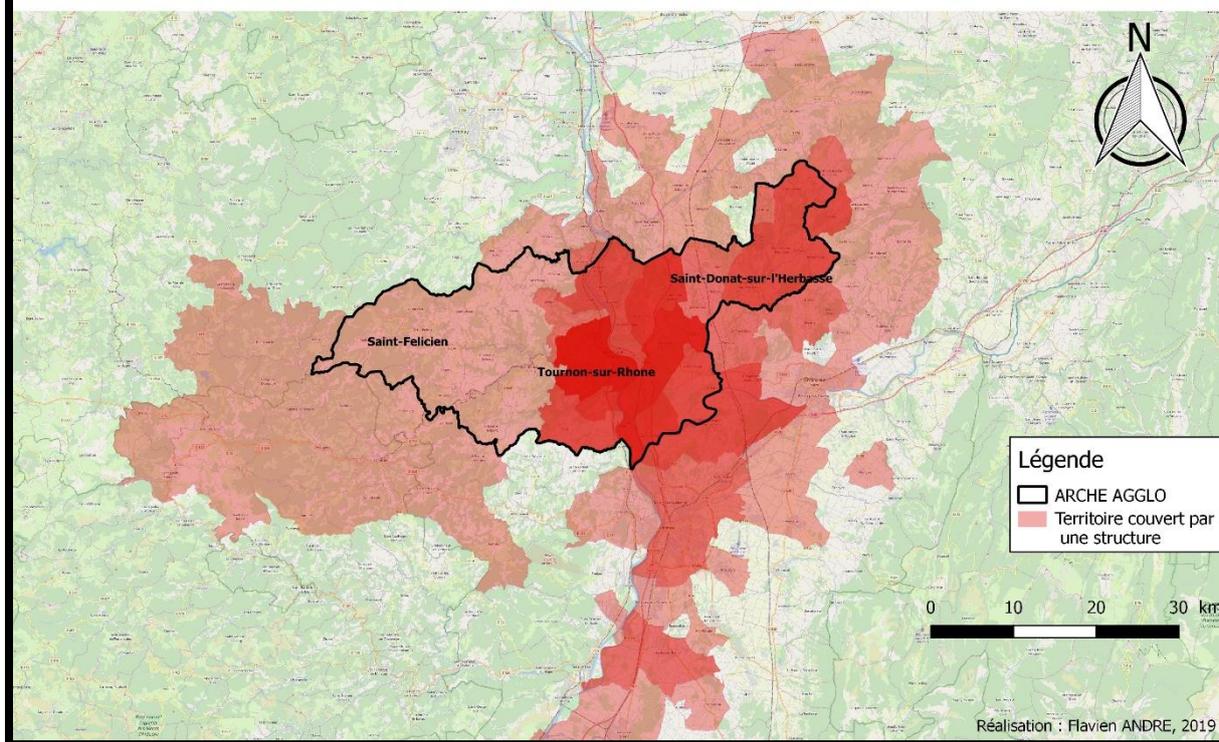
Les entretiens se sont tous déroulés de la même manière, autant que faire se peut, en suivant une grille préalablement établie qui est disponible en annexe (annexe 5). Au fil des entretiens, ce questionnaire a montré ses limites, notamment la deuxième partie qui posait des questions statistiques précises ou des questions trop fermées qui ne favorisaient pas la discussion. La partie la plus intéressante s'est révélée être la dernière, plus ouverte, car elle donnait la possibilité aux acteurs de s'exprimer librement sur les insuffisances et les problèmes auxquels eux et les personnes âgées font face.

Pour des raisons évidentes de préservation de l'anonymat, aucune des structures rencontrées lors des entretiens ne sera citée. Les informations complètes et détaillées seront transmises en interne.

Des disparités dans l'accès aux services de maintien à domicile

Les entretiens ont permis de glaner des données précises sur les zones d'interventions des différentes structures, à la commune près. Ces renseignements ont apporté la possibilité de dresser une cartographie illustrant la répartition de l'offre. La carte ci-dessous a été réalisée à partir de la zone d'intervention de 12 structures d'accompagnement à domicile dont 9 ont été rencontrées. Pour les 3 autres, les données ont été obtenues via un échange mail ou sur le site de l'association. Toutes les associations n'ont pas leur siège sur le territoire d'Arche Agglo mais interviennent sur au moins une commune de la CA.

Superposition des zones d'intervention des structures d'accompagnement à domicile rencontrées



Carte 8 : Zones d'intervention des structures d'aide à domicile

Tout d'abord, la carte montre que toutes les communes du territoire sont couvertes, il n'y a pas de zone blanche. En revanche, la représentation spatiale des zones d'intervention illustre une forte disparité territoriale dans l'offre de soins et d'accompagnement à domicile. En effet, il y a une forte concentration d'associations qui interviennent dans la vallée du Rhône, autour de Tournon-sur-Rhône, ainsi que dans le bassin de vie de Saint-Donat-sur-l'Herbasse. Au contraire, il n'y en a qu'une qui intervient dans toutes les communes rurales de l'ouest du territoire, la zone d'intervention de cette association va même bien au-delà du périmètre d'Arche Agglo. Toutefois, il convient de nuancer ce constat car encore une fois, le territoire de la CA n'est pas une île. Il y a possiblement une ou deux autres associations, dont une est basée en dehors de l'agglomération (Lamastre, Colombier-le-Jeune), qui sont susceptibles d'intervenir dans ces communes. Cependant, même en considérant la possible intervention de ces associations, l'offre reste extrêmement faible. De plus, la densité de personnes âgées dans ces communes est la plus élevée du territoire, même si le nombre effectif reste évidemment plus faible que dans les zones urbaines.

Cette limitation de l'offre dans les territoires ruraux s'explique probablement par la difficulté des interventions. En effet, la zone d'intervention élargie pour toucher le plus de personnes possibles et la topographie du territoire engendre des contraintes. Le problème est d'abord financier, pour la structure mais également pour les salariés car le mode de remboursement

des kilomètres est parfois étonnant. L'intervention en milieu rural entraîne également une perte de temps en déplacements.

Une multitude d'actions et des innovations

Les services de maintien à domicile proposent de nombreuses prestations diverses et variées. Globalement toutes les structures offrent les mêmes types de services, ce que l'on peut rapidement définir comme « *tout ce qui n'est pas du soin* ». Evidemment cette définition ne s'applique que pour les structures SAAD. Les prestations classiques couvrent tout ce qui est de l'aide à la vie quotidienne, c'est-à-dire l'aide au lever/coucher, à la préparation et à la prise des repas, toilette, entretien du logement, portage de repas, aide administrative, jardinage, bricolage, transport accompagné, etc. Certaines structures proposent également des services de socialisation ou de compagnie mais ce type de prestation est déjà moins courant et beaucoup plus variable selon les structures.

Les entretiens ont permis d'approcher la thématique de la prise en compte de l'aspect relationnel et affectif dans le maintien à domicile. Force est de constater que tous les acteurs n'en sont pas au même stade, on pourrait parler d'un secteur à deux vitesses, entre les structures très concernées qui essaient de mettre des choses en place et celles qui ne sont pas encore capables ne serait-ce que d'en imaginer les bénéfices potentiels pour les personnes.

Quand pour certains la socialisation est une manière de stimuler les personnes âgées et de les maintenir intégrées dans un système social, pour d'autres elle se résume à un accompagnement chez le médecin ou à la grande surface du coin. Quand certains cherchent désespérément des bénévoles pour mettre en place des visites de courtoisies basées sur l'intergénérationnel, d'autres crient au manque de subventions publiques qui mettent les personnes dans l'incapacité de se payer des heures de courtoisie. Quand certains mettent en place des activités qui regroupent tous les aidés, les aidants et les intervenants, avec transport gratuit pour les plus dépendants, d'autres invoquent le manque de moyens et la difficulté logistique pour se rendre aux activités mises en place sur le territoire par la collectivité. Quoi qu'il en soit, ces quelques exemples sont réels et illustrent de fortes disparités quant à la prise de conscience de l'importance des relations sociales pour les aidés. La coopération souhaitée devra d'abord passer par une sensibilisation de certains même s'ils ne représentent pas la majorité.

Enfin, dernier fait, plus amusant que pertinent mais néanmoins révélateur d'un état d'esprit, l'adjectif utilisé pour qualifier les personnes prises en charge est très variable. Certains s'extraient des classiques « personnes aidées » ou « usagers » pour parler de « bénéficiaires » quand d'autres poussent même jusqu'à « client » car « *on est pas dans le médical* ».

Si certains entretiens n'ont pas permis d'obtenir beaucoup d'informations, d'autres se sont révélés très riches. Certaines associations ont énormément d'idées, qu'elles essaient ou pas de mettre en place, selon leurs moyens. D'autres mènent déjà des actions très intéressantes, au moins novatrices si elles ne sont pas innovantes. Le tableau ci-dessous tente de dresser un portrait le plus complet possible de 10 idées/projets/actions qui ont été abordées au cours

des entretiens. Les lignes en bleu représentent des actions qui sont déjà menées par une ou plusieurs structures, les lignes orange correspondent à des projets, tandis que les lignes grises sont des idées ne semblent pas avoir d'équivalent sur le territoire.

Nom de l'action	Objectif(s)	Mise en œuvre
Les référents métier	Assurer le niveau de compétence de l'intervenants à domicile	Action mise en œuvre par de nombreuses associations Accueil de « référents » formés aux dernières techniques et méthodes Suivi des salariés sur leur temps de travail et mise à jour des bonnes pratiques
Le « chemin du souvenir »	Impliquer les personnes dans un projet et leur proposer une activité stimulante	Action mise en œuvre par l'ADMR Peyrins Réunion avec les personnes âgées afin de définir un parcours de visite touristique / de souvenir Mobilisation d'un bus, des bénévoles et des salariés pour accompagner la sortie sur une journée ou une demi-journée
Le spectacle de fin d'année	Favoriser la convivialité et créer du lien entre l'aidé, la famille et les intervenants	Action mise en œuvre par l'ADMR Peyrins Création d'un spectacle convivial avec participation de tous les parties Transport domicile-spectacle pris en charge par l'association pour les plus dépendants
Le réseau social sénior	Favoriser les liens sociaux et lutter contre l'isolement	Action mise en œuvre par le centre socio-culturel de Tournon via le projet sénior Création d'une série d'activités destinées aux séniors (Olà sénior) Encourager les séniors à revenir pour d'autres activités afin qu'il s'intègre dans un réseau social
Le fichier de recensement	Recenser et connaître le maximum de personnes isolées afin de prévenir ou d'intervenir	Action mise en œuvre par la commune de Saint-Péray Recensement des personnes âgées isolées sur inscription (d'elle-même ou par un tiers) Action peu coûteuse mais qui ne touche pas les plus isolés
Le bus spécialisé	Favoriser la mobilité et lutter contre l'isolement géographique	Projet de la CC Porte DrômArdèche Investissement dans un bus adapté au transport spécialisé Mise en place d'un moyen de transport du domicile aux activités quotidiennes (notamment jusqu'au futur centre de santé)
Les Petites Unités de Vie (PUV) en milieu rural	Eviter le déracinement et favoriser le lien social entre séniors	Projet de l'ADMR 3 Rivières Rénovation d'anciennes fermes avec des subventions publiques ou par des acteurs privés Adaptation des bâtiments pour accueillir six personnes en perte d'autonomie Passage quotidien d'intervenants à domicile

La base de données collective	Favoriser la coopération et la coordination entre les acteurs	Diffusion d'une enquête (courrier/mail/téléphone) Les structures diffuses auprès de leurs usagers Les communes diffuses selon le recensement
Le « pont » transitoire	Favoriser une transition douce pour l'aidant après le décès de l'aidé	Organisation d'un évènement éphémère au domicile de l'aidant après le décès de l'aidé Invitation des salariés, des amis, de la famille, etc.
« L'interface humaine »	Faire le lien entre tous les parties afin de mieux répondre aux besoins de chacun	Trouver une personne capable de considérer les besoins de chacun et d'arbitrer (un bénévole par exemple)

Tableau 2 : Idées/projets/actions novatrices ou innovantes

De nombreux besoins et insuffisances identifiés

Outre les actions innovantes qui sont menées, les entretiens ont également permis de mettre au jour un certain nombre de problèmes, de dysfonctionnements et d'incohérences. La plus grande valeur de ses entretiens, au-delà d'une quelconque analyse plus ou moins scientifique, réside dans le fait qu'ils ont permis de donner la parole aux acteurs directement concernés afin de faire remonter leurs observations. Cependant, la plupart des problèmes identifiés ici sont d'ores et déjà bien connus, mais le fait est qu'aucune solution n'y sont apportées. Ci-dessous, le tableau répertorie les principaux problèmes en les regroupant en cinq grandes catégories.

Moyens humains et financiers	Statut et salaire des intervenants trop bas (conditions de travail difficiles, problèmes de recrutement)	Fonctionnement à l'heure inadapté aux besoins ponctuels des personnes (Une dotation globale de fonctionnement serait plus adaptée)	Plans d'aides trop longs et aides trop restrictives	Désintéressement sociétal
Coordination et coopération	Manque de coordination des acteurs	Manque de communication, d'information, besoin de regrouper les informations	/	
Sensibilisation et formation	Améliorer la formation des intervenants professionnels (notamment aux maladies particulières)	Sensibiliser, « éduquer » les aidants et les familles	Sensibiliser les âgés aux aides auxquelles ils sont éligibles	Sensibiliser les communes et les départements

Suivi et accompagnement	Manque de suivi sur les bénéficiaires de l'APA	Manque de repérage des personnes seules	Besoin de lutter contre l'isolement géographique	
Socialisation des âgés	Besoin d'activités de socialisation plus locales et accessibles	Besoin de développer l'intergénérationnel		
Autres problèmes	Manque d'anticipation de l'évolution démographique, ignorance des politiques publiques	Manque de structures d'hébergement type EHPAD	Besoin de favoriser la mobilité des âgés	Conséquence : Des traitements parfois proche de la maltraitance

Tableau 3 : Insuffisances et besoins sur le territoire

La première catégorie, celle qui est inlassablement revenue dans chaque entretien, est celle du manque de moyens humains et financiers. Beaucoup pointent en premier lieu la non reconnaissance sociétale, donc pécuniaire, du travail des intervenants à domicile. C'est un problème majeur qui entraîne des conditions de travail difficiles, donc un turn-over importants avec en plus des problèmes de recrutement et au bout de la chaîne, un accompagnement de moins bonne qualité pour les personnes âgées. De plus, beaucoup évoquent également le système de fonctionnement des prises en charge. Trop formalisé sur le long terme, il est en inadéquation avec les besoins en temps réel de la personne. Par exemple, en sortie d'hôpital une personne a besoin d'un accompagnement renforcé et le mode de fonctionnement actuel s'avère inadapté. La solution serait pour certains une dotation globale de fonctionnement annuelle plutôt qu'une allocation en nombre d'heure pour chaque personne.

Viennent ensuite les problèmes de coordination et de coopération, pas imaginés par certains mais évoqués par ceux qui s'en soucient. Le problème réside en partie ici, tous les acteurs ne semblent pas prêts à coopérer, certains ne sont pas encore capables de simplement envisager les bienfaits potentiels. Pour les autres, il y a un besoin de coordination inter-structure, d'information et de centralisation de l'information. Ce dernier point pourrait être porté par l'agglo.

La formation et la sensibilisation sont également l'un des problèmes les plus fréquemment cités. A destination de quatre publics distincts, tous les acteurs ont besoins d'être sensibilisés. Les intervenants ont besoins d'être formés aux maladies particulières comme Alzheimer tandis que les aidants et les familles doivent être « éduqués », c'est-à-dire avoir conscience des besoins relationnels de leur proche. Les aidés eux même doivent être sensibilisés aux aides dont ils peuvent bénéficier, notamment ceux qui sont isolés et qui n'ont pas de compétences informatiques. Enfin, il faut sensibiliser les communes, les départements et les EPCI à la question de l'isolement social des personnes âgées.

Directement en lien avec la catégorie précédente, certains pointent également un manque de suivi des âgés. Avec par exemple le problème des bénéficiaires de l'APA qui peuvent rester de nombreuses années en GIR 4 alors que leur situation a évolué, qu'ils sont peut-être passé en GIR2. L'accompagnement n'est donc plus adapté à cause de ce mauvais suivi.

Enfin, certains évoquent la nécessité de renforcer la socialisation des âgées, avec notamment des activités plus locales pour faciliter la logistique aux services d'accompagnement. De fait, certains déclarent être dans l'incapacité de faire bénéficier leurs seniors de ces activités car ils ne peuvent pas les y emmener, notamment pour des raisons financières.

III. Les projets innovants de la lutte contre l'isolement social

Les projets du territoire

Au cours des entretiens et recherches, de nombreux projets dont l'ambition est de lutter contre l'isolement social ont été identifiés. L'objectif est ici de tracer un panorama non exhaustif de ce qui se fait, de resituer les principales actions et moyens de mises en œuvre les plus intéressants. Certains sont portés par Arche Agglo, d'autres se déroulent sur le territoire plus ou moins indépendamment de la collectivité. Enfin il sera question de quelques projets menés à l'échelle nationale et qui présentent un intérêt particulier pour le territoire.

Le programme LISA, pour Lieux Information Senior Autonomie, est un programme porté par Arche Agglo dans le cadre du LEADER. Financé à 80% par des fonds européens, il s'agit d'un camping-car itinérant qui parcourt les villages les plus isolés de l'agglomération à la rencontre des seniors. Piloté par une salariée de la collectivité, le lieu propose de nombreuses activités comme des formations aux outils numériques, un appui aux tâches administratives ou simplement un moment d'échange pour des personnes souvent en demande. L'intérêt du projet est double, d'une part il lutte contre l'isolement géographique des seniors en proposant un service de proximité, d'autre part il initie aux outils de communication informatique. Cette initiation leur donne accès à internet et permet de multiplier les possibles pour des populations souvent difficiles à informer, elles peuvent alors être alertées par mail pour de futures activités. LISA peut également être une porte d'entrée pour les seniors qui, grâce à LISA, vont tomber sur un prospectus faisant la publicité d'autres activités leur étant destinés.

L'agglo porte également une action d'ateliers thématiques dans les EHPAD. Les personnes ciblées par ce projet sont plus dépendantes. Cela peut être les résidents ou des usagers d'un SAAD/SPASAD accompagnés. Ces rendez-vous mensuels ont plusieurs objectifs et impacts sur les seniors. Tout d'abord, il s'agit de leur offrir un moment divertissant, un instant de convivialité et de partage, de socialisation. Il permet également aux accompagnateurs des différentes structures de se connaître, ce qui paraît important puisqu'il faut aller vers plus de coopération, cela peut initier un dialogue entre les structures. Enfin, ces ateliers permettent de stimuler la réflexivité et la créativité de personnes dépendantes, parfois touchées par des maladies à dégénérescence cognitive, ce qui retarde la progression de la maladie. Bien d'autres actions sont menées par Arche Agglo, comme la future maison du répit, la journée des

séniors ou l'animation du réseau séniors, mais tout détailler ici serait fastidieux et pas forcément pertinent.

Le centre socio-culturel de Tournon est également un acteur majeur du territoire dans le domaine. A la suite d'un partenariat avec Arche Agglo, le projet sénior a été amorcé en 2017. Porté par le centre et financé par l'agglo, il affiche de nombreux objectifs.

- ⇒ Favoriser le lien social et lutter contre l'isolement
 - Développer un réseau intercommunal des associations de club de troisième âge
 - Proposer un programme d'animation autour du bien-être, des sorties et des vacances (Où sénior)
- ⇒ Développer une aide au quotidien
 - Aide à appréhender les outils informatiques, réseaux sociaux, gestion des dossiers administratifs
 - Les soins alternatifs bien-être
 - Gym prévention, atelier cuisine, atelier discussion, etc.
- ⇒ Soutenir les aidants familiaux
 - Le café associatif le point commun
- ⇒ Faire des séniors des acteurs du territoire
 - Temps d'échanges ponctuels en mode projet

L'un des objectifs était également d'encourager la cohabitation intergénérationnelle, à travers le projet Cohabitions qui a été repris par l'agglo à la rentrée 2019.

Enfin, d'autres projets sont menés directement par les acteurs de terrain rencontrés dans les entretiens. Par exemple, une association a déclaré mener des expériences de prévention à la dénutrition après avoir été sensibilisé par l'agglo sur ce sujet. Cette même association prévoit également de créer un service de garde itinérante, c'est-à-dire des passages quotidiens rapides chez les personnes les plus isolées afin de s'assurer que tout va bien. Une autre association a, quant à elle, une ambition plus importante. En effet, elle projette de construire un foyer logement à Saint-Félicien, un peu sur le modèle des PUV rurales discutées plus haut. Grâce à la rénovation d'un ancien bâtiment, elle espère pouvoir loger des personnes en perte d'autonomie et leur faire bénéficier d'un accompagnement de qualité car l'association est basée à proximité.

Des projets sur d'autres territoires

De plus en plus de territoires prennent conscience des enjeux de la lutte contre l'isolement social des personnes âgées, si bien qu'il existe une multitude de projets. Tous les présenter est impossible et ne serait pas forcément pertinent. En revanche, certains d'entre eux pourraient être intéressants à expérimenter selon les particularités territoriales.

L'association « Solidarité HABITATS » met en relation des jeunes et des personnes âgées pour mettre en place des colocations intergénérationnelles sur les départements de la Drôme et de l'Ardèche. L'association a de nombreux relais dont l'un d'eux est LISA, donc Arche Agglo est plus ou moins indirectement impliquée. Cette idée n'est pas nouvelle, elle est mise en place

sur beaucoup d'autres territoires comme par exemple à Nantes grâce à l'association « Nantes Renoue ». Cette cohabitation présente de nombreux avantages pour les personnes âgées mais aussi pour les jeunes. En effet, trouver un logement proche de son lieu d'étude peut être très cher et cette colocation atypique ne l'est pas, il s'agit le plus souvent d'une simple participation aux frais quotidiens. Pour les séniors, cela présente de nombreux aspects positifs. Tout d'abord, cela permet de diversifier leur réseau social et d'y apporter l'intergénérationnalité qu'ils réclament si souvent. De plus, même s'il est préalablement établi que le jeune n'a pas vocation à remplacer les services d'accompagnement à domicile, sa présence favorise le maintien à domicile car il peut réagir en cas d'urgence. Enfin, ce type de cohabitation est un moyen très efficace pour lutter contre l'isolement social des séniors, dans la mesure où cela se passe bien. Cela permet d'avoir un contact quotidien, quelques moments d'échanges et de partage.

SOS urgence maman est un projet né en 1978, il n'est pas du tout récent mais répond à de réels besoins. Basé à Paris, le projet est développé sur la région Ile de France, à Lyon et dans l'Ouest de la France à travers 500 bénévoles. Il avait pour objectif de créer un réseau de « mamies » de confiance disponibles pour garder occasionnellement de jeunes enfants ou des bébés et offrir un peu de répit aux parents, initialement aux parents isolés. Ce projet présente de nombreux intérêts dont celui de la solidarité intergénérationnelle. Pour les parents, c'est un moyen gratuit de se dégager un peu de temps pour se livrer à d'autres activités. Pour les « mamies », c'est l'occasion de retrouver un contact avec les enfants. Cela permet de lutter activement contre l'isolement social en proposant des activités hebdomadaires aux personnes âgées. Ce projet peut présenter plusieurs intérêts sur un territoire comme celui d'Arche Agglo. De fait, en milieu rural il n'est pas toujours évident de trouver une personne de confiance pour faire garder ses enfants, ou alors il faut faire appel à un SAAD mais cela a un coût économique plus important.

Le projet des « passeurs de mémoire » porté par l'association Unis-Cité mobilise des jeunes en service civique pour collecter la mémoire des séniors. Lancé en 2008 le programme est d'envergure nationale. Il présente de nombreux intérêts, là encore, pour les séniors et pour les jeunes. Pour les premiers, il leur permet de valoriser leurs mémoires, de raconter leur histoire, celle d'une personne qui a vécu dans un autre temps, bien avant la révolution numérique. Pendant ce temps, les seconds changent leur regard sur les personnes âgées, cela recrée du lien entre les générations. Au-delà de cet aspect, la récolte des mémoires permet dans le même temps de réduire la fracture numérique car l'association en profite pour dispenser des initiations aux TIC. Un projet comme celui-ci peut être réellement intéressant à mettre en place sur un territoire comme celui d'Arche Agglo. En effet, la partie ardéchoise rurale ne s'est développée que très récemment, lentement au cours de la deuxième moitié du XXème siècle. De ce fait, les modes de vies de nos grands-parents sont profondément différents de ceux qui sont les nôtres aujourd'hui. Une rencontre entre les générations peut permettre aux jeunes de comprendre comment marchait la vie avant, de ce qui a changé et de la chance qu'ils ont, ou pas, de vivre à leur époque. Dans le même temps, les séniors qui ont lâché le fil de l'évolution technologique depuis longtemps se feront un plaisir de parler « d'avant » tout en apprenant un peu plus ce qu'est « aujourd'hui ».

Conclusion

C'est dans un contexte de vieillissement démographique généralisé que se tient le présent rapport. Bien que ce soit un phénomène relativement connu, il a été démontré que sa force et ses impacts étaient bien réels. Au-delà des preuves statistiques, le travail réalisé a aussi des ambitions pédagogiques. A travers des cartes visuelles qui marquent l'esprit, des graphiques évocateurs et des chiffres clés effrayants, ce rapport s'est attaché à faire prendre conscience de la réalité du vieillissement. Toutefois, il est important de nuancer la première approche que l'on peut en avoir. En effet, l'une de ses causes principales est l'augmentation de l'espérance de vie. De ce point de vue, le vieillissement démographique d'une population est heureux, il est le signe que les individus vivent mieux, à l'abri du besoin et donc plus longtemps. Ce n'est pas une crise ou une catastrophe, c'est un état de faits qui appelle des réponses adaptées de la part des politiques publiques afin de le gérer de la meilleure des manières.

Le vieillissement démographique apparaît en revanche inéluctable, bien qu'aucunes prévisions fiables n'aient été réalisées sur le territoire d'étude, il va probablement aller en s'accroissant, sauf changements majeurs extraordinaires. Dans le même temps, par corrélation logique, le nombre de personnes dépendantes augmente également. L'état des lieux réalisé sur les structures d'hébergement et les associations d'accompagnement à domicile qui gèrent la dépendance a montré que le territoire ne semblait pour le moment pas suffisamment préparé. Alors que trouver une place en hébergement est aujourd'hui déjà compliqué, la solution la plus viable économiquement et socialement semble être de développer le secteur du maintien à domicile. Or, le secteur n'est pas suffisamment reconnu et peine à recruter. Un changement de regard s'impose sur le travail de ces personnes qui accompagnent les seniors dans leur perte d'autonomie, avec le plus de décence possible, parfois jusqu'à la fin. Il faut parler de ce métier, le montrer, le revaloriser socialement et financièrement.

L'état des lieux sur le vieillissement démographique a été réalisé sur un territoire précis, avec ses particularités, mais il y a fort à parier que le même constat s'applique à de nombreux territoires français et peut être européens. Toutes les pistes d'actions et les besoins identifiés s'appliquent très probablement à d'autres territoires. D'ailleurs, si les pistes d'actions et projets sont souvent locaux, les besoins vont presque exclusivement en direction des politiques publiques nationales. Cela emmène à se questionner sur le rôle des collectivités et les leviers d'actions à leur disponibilité.

Le questionnement principal de ce mémoire tournait donc autour des collectivités territoriales et du rôle qu'elles ont à jouer dans la lutte contre l'isolement social des personnes âgées. A travers l'expérience acquise en stage sur les actions menées par Arche Agglo et les besoins identifiés lors des entretiens, plusieurs pistes d'actions peuvent se dégager.

- **Favoriser la coopération et la coordination** entre les différents acteurs du secteur de l'accompagnement à domicile. Toutes les structures ont des informations particulières et mettent en place des choses. Améliorer la coordination permettrait d'avoir une connaissance plus exhaustive et de peut-être faire des économies

d'échelles. La coopération peut aussi se mettre en place entre les territoires, à l'image de la coopération interGAL initiée par le programme LEADER.

- **Produire de la donnée et centraliser l'information**, c'est-à-dire mener des enquêtes sur les personnes âgées et rendre ces données accessibles aux acteurs qui en ont besoin, toujours dans un esprit de coopération et de mutualisation des forces.
- **Prévenir et sensibiliser tous types d'acteurs** sur tous types de sujets. La sensibilisation est probablement le levier d'action le plus important car d'après les entretiens, c'est un gros besoin qui touche tous les acteurs. C'est par exemple proposer des formations pour les professionnels qui interviennent, comme l'a fait Arche Agglo sur la dénutrition, sensibiliser les personnes âgées aux aides auxquelles elles sont éligibles, sensibiliser les aidants aux besoins sociaux des aidés, etc.
- **Organiser et animer un réseau sénior** avec le maximum d'acteurs du secteur. Arche Agglo le fait déjà, cela permet à tous les acteurs de se rencontrer, de savoir ce qui se fait sur le territoire. Pour la collectivité cela permet de rencontrer et de connaître les acteurs afin de leur proposer des choses selon leurs besoins.
- **Animer et organiser des évènements ponctuels** comme la journée des séniors, les ateliers thématiques dans les EHPAD, etc. Cela fait vivre le territoire et les personnes âgées.
- **Informer, communiquer et relayer** tous types d'informations auprès des acteurs qui en auront une utilité.

Finalement, les collectivités peuvent profiter de leur échelle d'intervention locale pour être à l'initiative et mettre en place des projets innovants. C'est par exemple le cas du programme LISA qui a été présenté plus haut. Cet échelon territorial permet plus de proximité avec les administrés, il doit servir à identifier plus précisément les besoins et à adapter les réponses mises en places.

Pour terminer, il convient de tirer un bilan, à un mois de la fin du stage, en abordant brièvement une partie un peu plus scolaire concernant les apports professionnels et personnels du stage. Il s'agit d'une petite autoréflexion qui interroge la façon dont je me suis emparé des missions afin qu'elles apportent quelque chose à la structure ainsi qu'à mon développement personnel.

Au niveau professionnel, les objectifs avaient été fixé en début de stage dans une « feuille de route » et devaient me permettre de progresser dans quatre domaines de compétences. A savoir, la conduite d'entretiens en autonomie, la production cartographique en autonomie, la conduite de réunion sous la supervision d'un encadrant et la communication. Globalement, j'ai progressé dans tous ces domaines, même si certaines échéances importantes restent à venir, comme la restitution publique des résultats de l'enquête de terrain le 26 septembre.

Ayant conscience des limites du travail accompli, que ce soit par mes compétences et connaissances limitées dans le sujet à mon arrivée, ou par la temporalité plutôt réduite sur laquelle se sont déroulées les missions, je pense quand même qu'il a une certaine utilité. En

toute modestie donc, je pense avoir permis à la structure d'accéder à des connaissances de terrain difficiles à connaître lorsque l'on a la casquette officielle. La naïveté du stagiaire a ici été un atout important pour amener les acteurs à se confier et à exprimer librement leurs attentes et besoins. De l'autre côté, la structure m'a permis d'approcher concrètement l'ingénierie du développement territorial. A travers la découverte de l'animation d'un programme LEADER, c'est tout un cadre légal et administratif accompagné de son lot de jeux d'acteurs qu'il m'a fallu appréhender.

Bibliographie

- Aquino, J.-P. (2013). *Anticiper pour une autonomie préservée : un enjeu de société*, Comité avancé en âge prévention et qualité de vie, 132p.
- Balard, F. (2010). Quels Territoires Pour Les Personnes Agees Fragiles ? *Gérontologie et Société*, 33(n°132), p.177–186. Retrieved from <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2010-1-page-177.htm>
- Brutel, C. (2002). La population de la France métropolitaine en 2050 : un vieillissement inéluctable. *Economie et Statistique*, (n°355-356), p.57–71.
- Calot, G., & Sardon, J. (1999). Les facteurs du vieillissement démographique. *Population*, 54 année(n°3), p.509–552. <https://doi.org/10.2307/1534988>
- Cumming, E., & Henry, W. (1961). *Growing Old: The Process of Disengagement*. Basic Books, 293p.
- Delomier, Y. (1973). Le vieillard dépendant : Approche de la dépendance. *Gérontologie*, (n°12), 9p.
- Dumont, G. (2010). La géographie des territoires gérontologiques. *Gérontologie et société*, 33 / n°132, p.47-62.
- Ennuyer, B. (2011). Les politiques publiques et le soutien aux personnes âgées fragiles. *Gérontologie et Société*, 27 / n° 10(2), 141p. <https://doi.org/10.3917/g.s.109.0141>
- Forette, F. (2012). Les enjeux de la prévention. *Gérontologie et Société*, 35(HS n°1), p.27-40.
- Frémont, A. (2011). À Propos Des Territoires Gérontologiques. *Gérontologie et Société*, 33 / n° 132(1), 25p. <https://doi.org/10.3917/g.s.132.0025>
- Frinault, T. (2005). La dépendance ou la consécration française d'une approche ségrégative du handicap. *Politix*, 4(n°72), p.11-31.
- Girard, D. (2018). Le financement de la dépendance, un enjeu majeur. *Le Monde*. Retrieved from https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2018/10/04/le-financement-de-la-dependance-un-enjeu-majeur_5364672_4355770.html
- Guillemard, A. M. (1972). *La retraite : une mort sociale. Sociologie des conduites en situation de retraite*. La Haye, 304p.
- Insee Première* n° 1619, novembre 2016
- Insee Première* n° 1620, novembre 2016.
- Martin, C., & Ennuyer, B. (2015). *La dépendance des personnes âgées : Quelles politiques en Europe ?* Presses universitaires de Rennes, 372p.
- Nader, B. (2013). "Bien vieillir" sous l'approche de la géographie de la santé. *Pollution Atmosphérique*, (n°219), p.1–9.
- OMS. (2005). *CINQUANTE-HUITIEME ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE Plan d'action*

international sur le vieillissement, p.1-6.

Pison, G. (2009). Le vieillissement démographique sera plus rapide au Sud qu'au Nord. *Population et Sociétés*, (n°457), p.2–5.

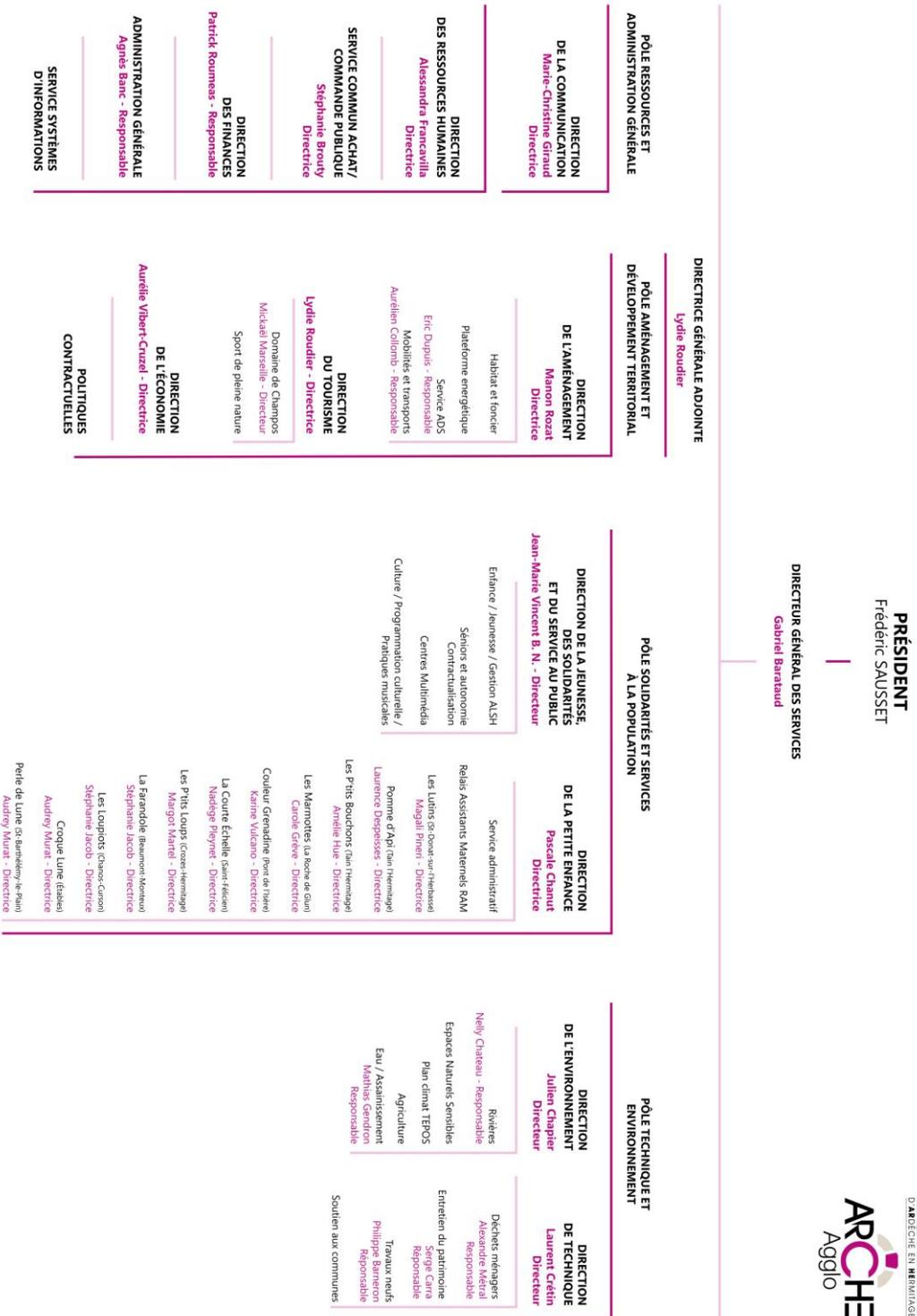
Trillard, A. (2012). Penser les mesures de prévention en faveur du “bien vieillir.” *Gérontologie et Société*, 35(HS n°1), p.19-25.

Trivalle, C. (2000). Le syndrome de fragilité en gériatrie. *Médecine & Hygiène* (n°2323), p.2312-2314.

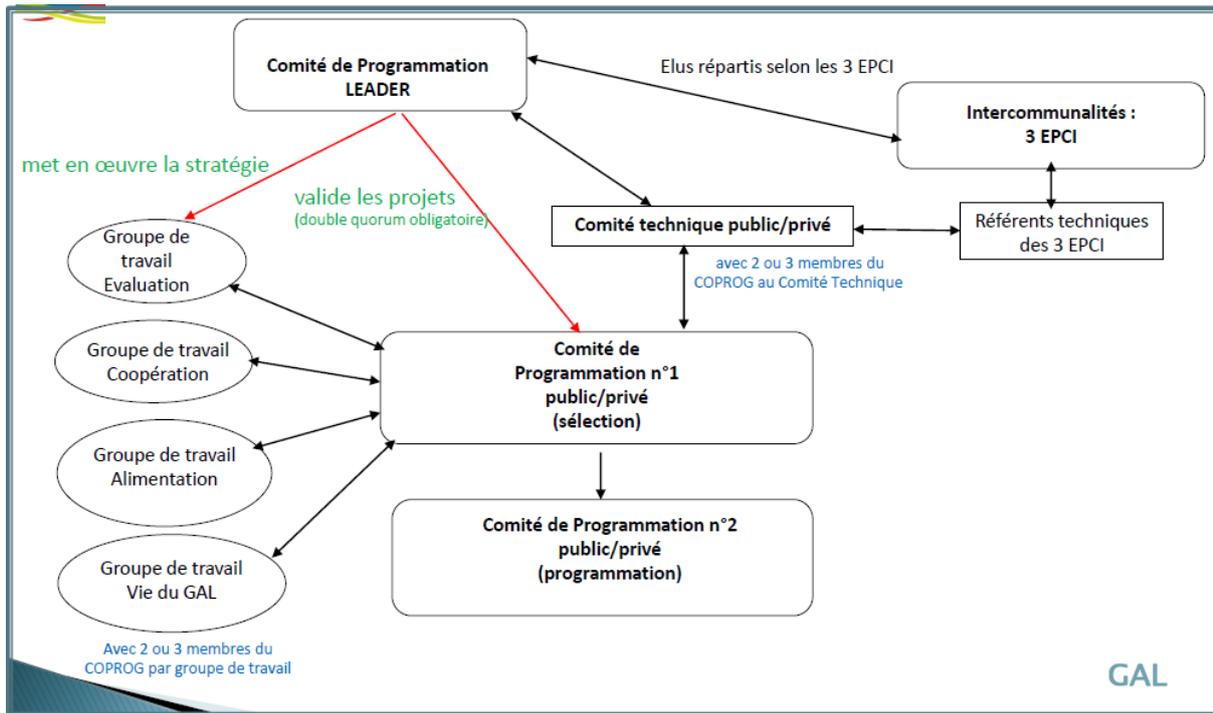
Vercauteren, R. (2011). *Dictionnaire de la gérontologie sociale* (Pratiques gérontologiques). ERES, 280p.

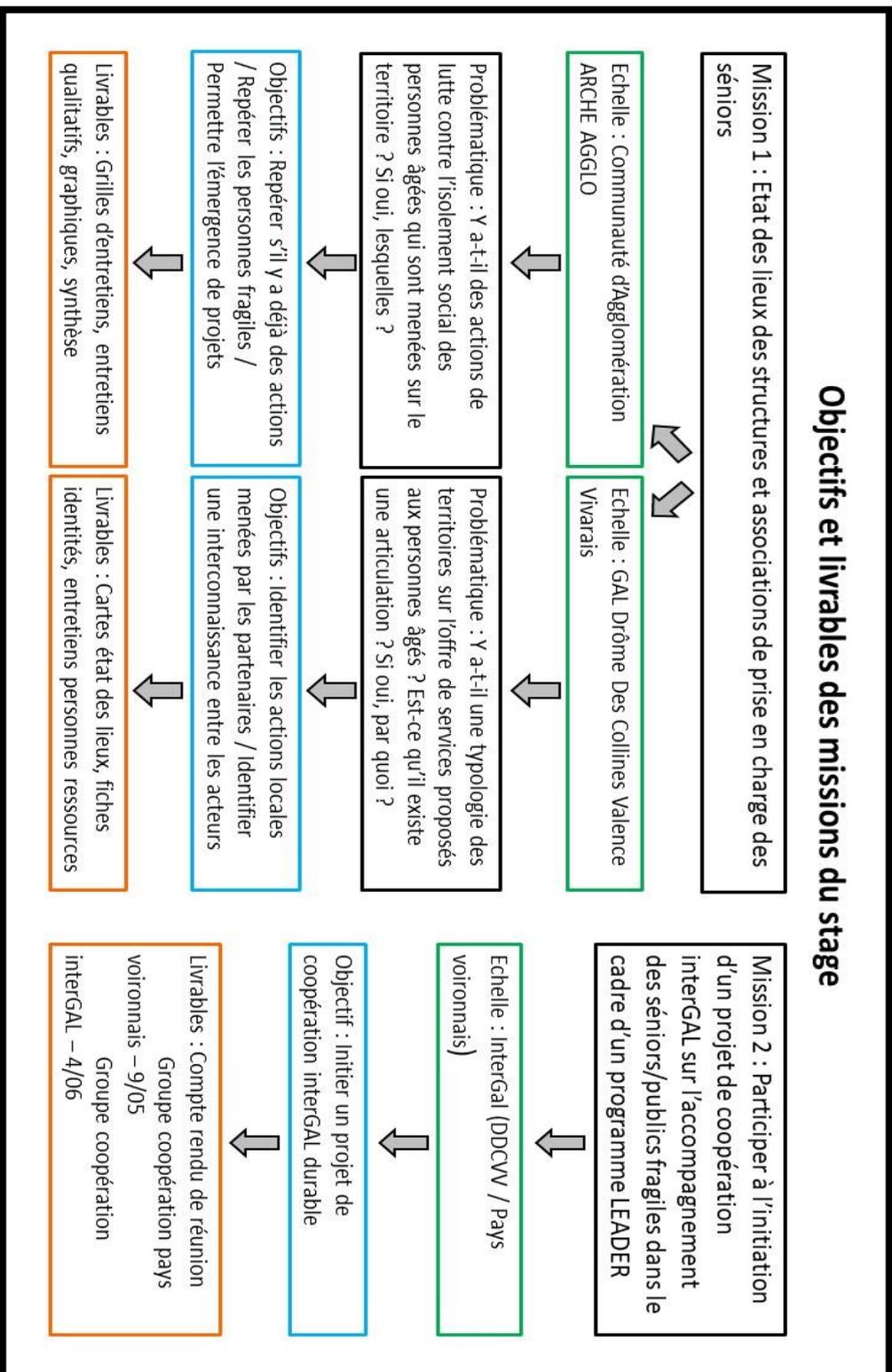
Veysset, B. (1989). *Dépendance et vieillissement* (Logiques sociales). L'Harmattan, 171p.

Annexe 1 : Organigramme d'Arche Agglo

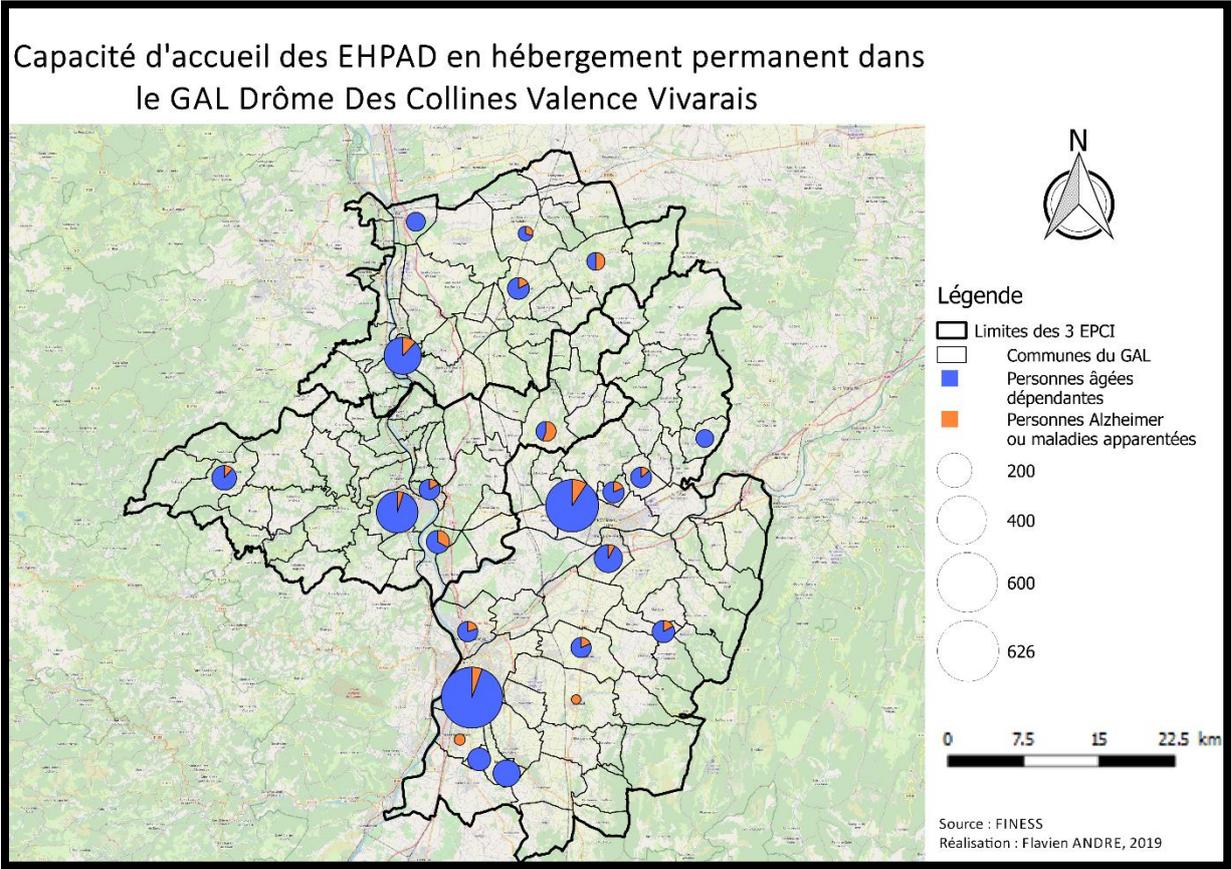


Annexe 2 : Schéma des instances du GAL





Annexe 4 : Carte de la localisation des structures d'hébergement permanents selon le type



Présentation de l'étude

Je suis stagiaire pour la communauté d'agglomération ARCHE AGGLO et je travaille sur la thématique du « bien vieillir ». Madame Véronique SYBELIN est mon tuteur sur cette mission. Compte tenu des enjeux démographiques liés au vieillissement de la population, notamment à cause de l'arrivée en retraite de la génération « baby-boom », la collectivité s'intéresse aux conditions des personnes âgées « fragiles » et à la question de leur isolement social.

Dans ce contexte, je mène une enquête auprès des acteurs qui prennent en charge et qui accompagnent ces populations. L'objectif est d'identifier les actions qui sont faites pour améliorer ou maintenir leur intégration sociale afin de favoriser le bien vieillir.

Thématiques

1. Informations sur la structure

- Quel est le statut de votre structure ? Quelle est la composition du bureau ?
- Combien de personnes travaillent dans le cadre de votre structure ? Combien sont salariées ? Combien sont bénévoles ?
- Combien de personnes âgées (plus de 60 ans) sont prises en charge par votre structure ? Quel est la proportion par rapport au nombre total de personnes prises en charge ?
- Quelle est la zone d'intervention de votre structure ? Quelle est la répartition des personnes âgées prises en charge par commune ?

2. Informations sur les personnes âgées

A. Profil sociologique des personnes prises en charge

- Combien de personnes sont prises en charge en fonction de ces catégories d'âges ? (60-75, 75-85, 85+)
- Combien de femmes seules sont prises en charge ? Combien d'hommes seules ?
- Y-a-t-il beaucoup de couples qui sont pris en charge ?
- Les personnes seules prises en charge ont elles généralement une famille (enfants/petits enfants) ? Quel est généralement le positionnement de la famille vis-à-vis de la personne ? Et vis-à-vis de vos interventions ?
- De quel milieu social (quels anciens corps de métiers) sont généralement issues les personnes prises en charge ?

B. Niveau de dépendance des personnes prises en charge

- Quelle est la répartition des GIR des personnes prises en charge ?
- Sont-elles généralement confrontées à des problèmes de santé importants ?
- Quel est le niveau moyen de mobilité de ces personnes ? Y en a-t-il qui sont encore capables de conduire ? Peuvent-elles se déplacer à pied pour des trajets liés aux besoins quotidiens (administration, courses...)
- Combien sont incapables de sortir de leur domicile seul ?

3. Les actions qui sont menées auprès des personnes âgées

- Quels types de prestations/services proposez-vous aux personnes âgées ?
- Quels sont vos partenaires ? Quel niveau de coordination avec ces partenaires ?
- Quelles sont vos actions en matière d'accompagnement et d'inclusion sociale ?
- Quelles sont les actions de formations que vous menez auprès de vos salariés pour favoriser la prise en compte du bien vieillir ?
- Etes-vous au courant des projets qui sont menés sur le territoire d'ARCHE AGGLO dans ce domaine ? (LISA, programme « Olà ! », ateliers thématiques dans les EHPAD). *Si oui*, proposez-vous aux séniors de les accompagner à ces activités ?
- *Si la structure propose des services de socialisation*, comment y associez-vous les personnes âgées ? Comment sont décidées les activités qui sont proposées ?
- Etes-vous informé sur la thématique de la prévention de la dépendance ? Si oui, comment faites-vous pour informer les séniors ?
- Est-ce que vous avez des projets qui favorisent la rupture de l'isolement ?
- Réfléchissez-vous à transformer votre structure en SPASAD Services Polyvalents d'Aides et de Soins A Domicile) ? Si oui, à quelle échéance ?

4. Connaissances empiriques des structures

- Avez-vous repéré des besoins/insuffisances sur le territoire ?
- Selon vous, de quoi les personnes chez qui vous intervenez ont le plus besoin ?
- Qu'attendez-vous de la part des politiques publiques dans le domaine de l'accompagnement des personnes âgées ?
- Avez-vous des remarques et autres suggestions ?

Table des figures

Table des cartes

Carte 1 : Territoire d'ARCHE AGGLO.....	11
Carte 2 : Territoire du GAL Drôme Des Collines Valence Vivarais.....	13
Carte 3 : Part des plus de 60 ans dans la population	24
Carte 4 : Part des plus de 75 ans dans la population	25
Carte 5 : Localisation des EHPAD.....	29
Carte 6 : Capacité d'accueil des EHPAD.....	31
Carte 7 : Localisation des structures d'accompagnement à domicile.....	34
Carte 8 : Zones d'intervention des structures d'aide à domicile.....	41

Table des tableaux

Tableau 1 : Nombre de personne de plus de 55 ans dans le GAL DDCVV.....	233
Tableau 2 : Idées/projets/actions novatrices ou innovantes	44
Tableau 3 : Insuffisances et besoins sur le territoire.....	45

Table des schémas

Schéma 1 : Le processus de glissement vers la dépendance	20
--	----

Table des graphiques

Graphique 1 : Répartition de la population par tranche d'âge selon l'INSEE.....	23
Graphique 2 : Evolution de l'effectif des séniors	27

Sigles

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

CA : Communauté d'Agglomérations

CARSAT : Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail

CC : Communauté de Communes

CoDev : Conseil de Développement

CoProg : Comité de Programmation

DDCVV : Drôme Des Collines Valence Vivarais

EHPA : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EPCI : Etablissement Public de Coopération Intercommunale

FEADER : Fond Européen Agricole pour le Développement Rural

FEDER : Fond Européen de Développement Régional

FINESS : Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux

GIR : Groupe Iso-Ressources

LEADER : Liaisons Entre Actions de Développement de l'Economie Rurale

Marpa : Maison d'Accueil Rurale des Personnes Agées

PCH : Prestation de compensation du handicap

SAAD : Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile

SPASAD : Services Polyvalents d'Aides et de Soins à Domicile

SSIAD : Services de Soins Infirmiers à Domicile

USLD : Unité de Soins Longue Durée