

2008-2012

SCHÉMA
DÉPARTEMENTAL
EN FAVEUR DES
PERSONNES ÂGÉES



SOMMAIRE

5 - 6 ÉDITOS

7 INTRODUCTION

8 CHAPITRE 1 : LE CONTEXTE SOCIO-DEMOGRAPHIQUE DU PAS-DE-CALAIS

- 9 Introduction : Pas-de-Calais : le 7^e département de France demeure jeune
- 11 I. Quelles évolutions des populations âgées dans le Pas-de-Calais ?
- 11 1) Les caractéristiques des évolutions entre 1999 et 2007
- 14 2) A l'horizon 2015... puis 2030
- 16 3) Des évolutions contrastées d'un territoire à l'autre
- 18 II. Le revenu des personnes âgées
- 20 III. Le logement des personnes âgées
- 21 IV. Les caractéristiques des populations âgées dépendantes dans le Pas-de-Calais
- 22 1) Le Pas-de-Calais plus touché par la dépendance
- 23 2) Les pathologies des personnes âgées
- 24 3) Une proportion d'allocataires de l'APA plus élevée que la moyenne française
- 25 4) Quatre allocataires sur cinq sont des femmes
- 26 5) Vivre à domicile ou en établissement ?
- 26 6) Les bénéficiaires du Pas-de-Calais ont des revenus relativement faibles
- 28 7) A quelle hausse du nombre de personnes âgées dépendantes peut-on s'attendre ?
- 28 8) Les personnes dépendantes de demain seront surtout des personnes très âgées

29 CHAPITRE 2 : LE PILOTAGE DU SCHEMA

- 30 I. L'élaboration d'un schéma de troisième génération dans le Pas-de-Calais
- 30 1) Qu'est-ce qu'un schéma départemental ?
- 30 2) Une élaboration bâtie sur trois grands principes directeurs
- 31 3) Une méthodologie dynamique, basée sur le partenariat avec tous les acteurs concernés
- 32 II. Piloter et territorialiser la mise en œuvre du schéma
- 32 1) Mettre en œuvre, suivre et évaluer le schéma
- 34 2) Créer des outils de connaissance et de veille stratégique
- 34 3) Territorialiser la mise en œuvre du schéma
- 37 III. Les modalités de mise en œuvre et de suivi du schéma

38 CHAPITRE 3 : ORIENTATIONS STRATEGIQUES DEPARTEMENTALES 2008-2012

39 ORIENTATION 1 : MAINTENIR L'EXERCICE D'UNE PLEINE CITOYENNETE

- 40 I. Etre citoyen âgé
- 41 II. Maintenir l'exercice d'une pleine citoyenneté : les objectifs du schéma
- 41 ● Objectif 1 : Accompagner le passage à la retraite
- 41 ● Objectif 2 : Favoriser l'expression des personnes âgées dans les débats collectifs et les soutenir dans l'exercice de leur citoyenneté
- 42 ● Objectif 3 : Ouvrir aux nouvelles technologies

44 ORIENTATION 2 : FAVORISER LE SOUTIEN DES PERSONNES ÂGÉES A LEUR DOMICILE

45 I. La population âgée à domicile dans le Pas-de-Calais et les organismes favorisant le soutien à domicile

- 45 1) La population âgée du Pas-de-Calais à domicile
- 45 2) La population âgée dépendante à domicile – Les bénéficiaires de l'APA
- 46 3) Les structures et services favorisant le maintien à domicile

53 II. Le soutien à domicile : quels enjeux pour demain ?

53 III. Favoriser le soutien à domicile : les objectifs du schéma

- 53 ● Objectif 4 : Informer l'usager et son entourage
- 54 ● Objectif 5 : Améliorer l'évaluation des besoins des personnes âgées
- 54 ● Objectif 6 : Coordonner les aides
- 55 ● Objectif 7 : Améliorer la qualité des aides offertes à domicile
- 56 ● Objectif 8 : Développer les services nouveaux
- 57 ● Objectif 9 : Soutenir les aidants

59 ORIENTATION 3 : OFFRIR UN CHEZ-SOI ADAPTE A SON DEGRE D'AUTONOMIE

OBJECTIF GENERAL : Veiller à une adéquation du logement de la personne âgée à son degré d'autonomie

62 Sous-orientation 1 : Adapter le logement aux effets du vieillissement des personnes

- 63 ● Objectif 10 : L'adaptation du logement : une condition essentielle du soutien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie
- 65 ● Objectif 11 : Le développement d'une offre graduée de logements intermédiaires
- 67 ● Objectif 12 : Le recensement et la diffusion de données sur l'habitat dédié aux personnes âgées : pour des logements accessibles et durables

67 Sous orientation 2 - Objectif 13 : Développer et soutenir un accueil familial de qualité

- 68 I. Les caractéristiques d'un mode d'accueil souple, véritable alternative à l'hébergement institutionnel
- 69 II. L'accueil familial en chiffres : une offre inégalement répartie sur les territoires
- 72 III. Les actions à mener d'ici à cinq ans

72 Sous orientation 3 : Développer quantitativement et qualitativement l'offre en établissements médico-sociaux

72 I. Des évolutions institutionnelles profondes depuis 2001 :

- 72 1) La réforme de la tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes
- 74 2) La loi du 2 janvier 2002
- 74 3) La programmation des équipements
- 74 4) La requalification des USLD

75 II - Etat des lieux et bilan du précédent schéma

- 75 1) L'accueil permanent médicalisé dans le Pas-de-Calais : un sous équipement chronique et contrasté selon les territoires
- 78 2) Des alternatives à l'hébergement complet encore faiblement développées
- 79 3) L'offre non médicalisée : une réalité départementale fortement marquée par les logements foyers

82 III - Les principes d'action et les enjeux pour le Pas-de-Calais :

- 82 ● Objectif 14 : Rattraper le niveau d'équipement en EHPAD
- 83 ● Objectif 15 : Développer une offre de proximité
- 84 ● Objectif 16 : Inscrire l'offre médico-sociale dans une culture de la qualité
- 85 ● Objectif 17 : Promouvoir les alternatives à l'hébergement permanent
- 86 ● Objectif 18 : Promouvoir le principe de coopération

88 ORIENTATION 4 : PREVENIR ET SOIGNER LES PATHOLOGIES LIEES AU GRAND AGE

- 89 ● Objectif 19 : Prévenir la maladie
- 90 ● Objectif 20 : Structurer la filière gériatrique hospitalière
- 93 ● Objectif 21 : Organiser les relations entre l'hôpital et le domicile
- 96 ● Objectif 22 : Améliorer les soins en établissement
- 97 ● Objectif 23 : La prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer

99 **ORIENTATION 5 : PROTÉGER LA PERSONNE AGÉE**

100 I. La maltraitance : de quoi parlons-nous ?

100 II. Une volonté forte à la hauteur de l'enjeu : garantir et préserver le bien-être et la dignité de nos aînés

104 III. Les axes de développement d'une politique départementale sensible au bien-être et à la dignité de nos aînés

104 • Objectif 24 : Mise en place des outils du Plan Départemental de la bientraitance

105 • Objectif 25 : Elaborer des procédures de recueil, d'évaluation et de traitement des informations préoccupantes concernant les personnes âgées vivant à domicile

105 • Objectif 26 : Promouvoir la bientraitance par l'écoute et la communication

106 **ORIENTATION 6 : ORGANISER LES DISPOSITIFS D'ACCOMPAGNEMENT A L'ECHELLE DES TERRITOIRES**

107 • Objectif 27 : Coordonner les dispositifs autour de la personne à l'échelle des territoires

107 1) Une nécessaire coordination gériatrique

108 2) Un contexte favorable à la coordination gériatrique

108 3) La coordination des services à la personne âgée par et autour des CLIC

109 4) Les perspectives ouvertes par le Plan Alzheimer : la mise en œuvre de MAIA dans le Pas-de-Calais

110 5) Le plan d'action à mettre en œuvre

111 • Objectif 28 : Faire converger l'ensemble des dispositifs au service du maintien de l'autonomie (personnes âgées et handicapées)

111 1) Etat des lieux : vers une convergence des dispositifs PA/PH

111 2) Pourquoi vouloir aller plus loin dans la convergence ?

112 3) Les actions à mettre en œuvre

113 **CHAPITRE 4 : LES FICHES ACTION**

166 **CHAPITRE 5 : LES DIAGNOSTICS GÉRONTOLOGIQUES DU PAS-DE-CALAIS**

167 I. Le diagnostic gériatrique de territoire : par qui ? pourquoi ? comment ?

168 II. Bilan et analyses prospectives : des axes d'amélioration communs à l'ensemble des territoires

171 **GLOSSAIRE**

175 **ANNEXES**



Pour un accompagnement solidaire

La population du Pas-de-Calais est l'une des plus jeunes de France. Le département est cependant concerné, comme les autres, par le phénomène d'accélération et de massification des situations liées au grand âge : chaque année nous gagnons un trimestre d'espérance de vie et, en 2015, une personne sur 5 aura plus de 60 ans.

Cette évolution est fondamentalement positive en ce qu'elle s'accompagne d'une augmentation, dans des proportions presque équivalentes, de « l'espérance de vie en bonne santé » : on vit plus longtemps et mieux. Cependant, inéluctablement, les dernières années d'existence sont marquées par la diminution progressive de certaines capacités, aboutissant à des situations de perte d'autonomie plus ou moins importantes.

A partir du constat de cette réalité duale, l'ambition du Schéma Gérontologique du Pas-de-Calais est de mobiliser les moyens de l'action publique en vue de favoriser et de garantir la qualité de vie et la dignité de la personne vieillissante. Pour la première fois, et parce que l'Assemblée départementale en a fait le choix, au-delà des situations de dépendance, le schéma aborde les différentes étapes par lesquelles passe la personne âgée, de la retraite jusqu'à la fin de sa vie.

Il s'agit d'abord d'aider chacun à profiter pleinement du temps libre nouvellement acquis, à l'issue de son parcours professionnel. La retraite est de plus en plus vécue comme l'entrée dans une période heureuse de la vie, favorable à un nouvel accomplissement personnel, familial, social. Pourtant, la « retraite heureuse » se prépare et nécessitera une posture positive, à même d'éviter les situations de repli sur soi et d'isolement social. Un soutien à l'engagement associatif et citoyen la favorisera.

Le maintien de la personne dans son environnement est une condition essentielle de la préservation de son autonomie : ce « chez-soi » qui nous rattache à notre histoire participe à notre équilibre vital. Aussi, tous les dispositifs qui permettent d'éviter ou de retarder ce déracinement doivent être développés et soutenus : la prévention des conséquences du vieillissement bien sûr, mais aussi la mise en place des aides humaines ou techniques qui pallieront la perte d'autonomie.

Lorsque le maintien à domicile n'est plus possible, des solutions d'accueil adaptées et accessibles doivent pouvoir être offertes à chacun : la couverture complète et harmonieuse des besoins du territoire constitue un objectif central du schéma.

Enfin, la survenue de la maladie, son installation dans la durée, la fin de vie, sont malheureusement une dimension du vieillissement. Des soins de qualité doivent pouvoir être apportés par l'hôpital, en institution ou à domicile, dans le cadre d'un continuum de solutions adaptées à l'environnement médico-social dans lequel évolue chaque personne. Le schéma intègre cette dimension en prenant en compte les objectifs de politique sanitaire définis par l'Etat en la matière.

Il ne s'agit pas ici d'éluder la part de tragédie et de souffrance associée à la dernière partie de la vie. Contre cela, le meilleur schéma ne peut rien et nous renvoie à notre condition humaine. L'objectif est plus modeste mais n'en reste pas moins exaltant : aider chacun à tirer le meilleur parti d'une période potentiellement riche et favorable à de nouveaux épanouissements, en lui permettant de compenser, autant qu'il est possible, les atteintes du grand âge.

Le Département du Pas-de-Calais, soucieux de rapprocher son action des citoyens, a engagé un profond effort de territorialisation de ses activités. C'est donc à l'échelle de chacun des 9 territoires que la plupart des objectifs du schéma seront déclinés. Ainsi, toute personne pourra trouver une solution de proximité aux problèmes posés par l'avancée en âge et la perte d'autonomie qui en découle.

Les élus du Conseil Général ont souhaité associer tous les acteurs non seulement du champ gérontologique mais également de la vie citoyenne de notre Département, à l'élaboration, la rédaction et au suivi du schéma. Je tiens à insister sur la qualité des interventions de l'ensemble des acteurs qui ont permis d'élaborer un schéma au plus proche des préoccupations des habitants du Département.

Avec la publication de ce schéma, débute une nouvelle phase, et il faut bien le dire, elle ne sera pas la plus facile : celle de la mise en œuvre. Là encore, le Conseil Général compte sur la mobilisation de l'ensemble de ses partenaires, qui, j'en suis convaincu, ne manqueront pas de répondre présent.

Dominique DUPILET
Président du Département
Membre honoraire du Parlement

Le vieillissement, et plus particulièrement l'entrée massive d'une part de plus en plus importante de nos concitoyens dans le «grand âge», s'accompagne d'une fragilisation des populations concernées et se traduit par l'apparition de besoins sanitaires et sociaux nouveaux. Cette évolution démographique constitue un défi majeur pour les pouvoirs publics.

L'intrication forte des dimensions sanitaires et sociales des problèmes associés au vieillissement font rentrer ceux-ci de plein droit dans le champ «médico-social». En effet, en matière gériatrique, toute démarche visant à séparer durablement accompagnement social et démarche curative est illusoire.

Les institutions compétentes dans ces différents domaines sont donc amenées à coopérer étroitement : le Département en tant que chef de file de la politique gériatrique, l'État et l'Assurance Maladie plus spécialement compétents dans le domaine du soin.

Le Conseil général du Pas-de-Calais a engagé les travaux de révision du précédent schéma gériatrique 2000/2007 et a souhaité le faire dans le cadre d'un partenariat institutionnel fort. C'est tout naturellement que l'État et plus spécialement les services de la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales ont collaboré à sa réalisation.

Cette participation s'est appuyée sur une réflexion stratégique menée à l'échelle régionale. L'évolution des prises en charge sanitaires et médico-sociales des personnes âgées a été prise en compte par le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) arrêté en février 2006 par l'ARH qui contient un volet «gériatrique» particulièrement développé ; le Programme Régional et Interdépartemental d'Accompagnement des personnes en perte d'autonomie (PRIAC) trace les perspectives de développement de l'offre d'établissements et services à trois ans.

Le schéma 2008-2012 du Pas-de-Calais innove par rapport aux schémas des précédentes générations en mettant fortement l'accent sur la dimension territoriale. En ce sens, il renforce la cohérence et, donc l'efficacité, des politiques à mettre en œuvre.

Dans ce troisième schéma, l'engagement de l'État est fort. Ainsi, le développement des services auprès des personnes âgées, hébergement permanent ou temporaire, soins à domicile, se traduira par la création de 500 à 600 places par an. L'objectif ambitieux de faire bénéficier les personnes âgées du Pas-de-Calais de la même quantité et qualité de service que sur le plan national y est inscrit.

Dans ce vaste effort, la prise en charge de la maladie d'Alzheimer sera une priorité dans tous les projets.

Parallèlement, l'état poursuit le développement de la médicalisation des foyers logements et maisons de retraite existantes. Au cours des prochaines années environ 1000 nouveaux postes d'infirmiers et aides soignants seront créés et financés par l'Assurance maladie. Dans la mise en place de ces nouveaux équipements, les services de l'État seront vigilants quant à l'équité de répartition entre les territoires du département.

Aussi, confortés par le climat de confiance et de respect mutuel qui a présidé à l'élaboration du schéma, les services de l'état s'impliqueront activement dans sa mise en œuvre.

Pierre DE BOUSQUET
Préfet du Pas-de-Calais



La loi du 13 Août 2004 désigne le Département comme étant le chef de file de l'action sociale. A ce titre, il est chargé d'établir le schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale. La prise en charge sociale et médico-sociale des personnes âgées est une des principales compétences départementales. Le schéma gérontologique est un volet du schéma départemental.

La loi et les projets de réforme en discussion invitent à une convergence des dispositifs d'aide aux personnes âgées et aux personnes handicapées, aujourd'hui séparés. Aussi, le schéma gérontologique 2008-2012 est probablement le dernier exercice de planification autonome, celui-ci cédant la place, demain, à un schéma départemental de l'autonomie englobant les deux champs. Ces évolutions ont d'ores et déjà été prises en compte dans notre démarche.

La prise en charge institutionnelle des effets du vieillissement ne concerne pas exclusivement le Département, en charge de l'Aide Sociale et de l'aide à l'autonomie à travers la délivrance de l'APA. En effet, la dimension sanitaire des prises en charge relève des compétences respectives du Préfet et de l'ARH. Par ailleurs, les caisses de retraite gardent un rôle essentiel dans le suivi social de leurs bénéficiaires. Le schéma gérontologique a donc été élaboré dans le cadre d'un partenariat institutionnel étroit réunissant Département, DDASS, ARH et organismes d'assurance vieillesse. Cette coopération sera poursuivie durant la phase de mise en œuvre du schéma. En effet, les objectifs fixés, dans la mesure où ceux-ci concernent des champs de compétence variés, ne pourront être pleinement atteints que si nos partenaires institutionnels sont coresponsables de l'effort à engager.

Si le Pas-de-Calais reste un département relativement jeune, on continue à y vivre moins longtemps qu'ailleurs et les situations de dépendance des personnes âgées y sont plus fréquentes. A cette situation particulière ne correspond pas une capacité d'accueil suffisante en établissements pour personnes âgées dépendantes. Si un effort de rattrapage est engagé depuis deux ans, le taux d'équipement du Pas-de-Calais ne pourra atteindre la moyenne nationale avant plusieurs années. Le schéma fixe en ce domaine des objectifs crédibles sur le moyen terme.

La variété et la technicité des aides qui peuvent être apportées à la personne âgée sont aujourd'hui très développées. Cette dernière et son entourage sont difficilement en mesure de s'informer, de solliciter et de coordonner ces prestations. Si la mise en place de l'APA et le développement des CLIC ont constitué des étapes importantes dans l'amélioration de l'accessibilité des dispositifs, la coordination des acteurs de la prise en charge gérontologique constitue un enjeu central pour les années à venir. Le schéma offre des perspectives qui permettront de simplifier l'accès et l'usage de dispositifs de plus en plus complexes.

Le vieillissement et la prise en charge de ses conséquences sont trop souvent vécus comme un déracinement familial, social, physique. Rendre possible le maintien de la personne dans son environnement impose de mettre à sa disposition des réponses de proximité variées et adaptées. La dimension territoriale est certainement l'élément le plus novateur du schéma 2008-2012. L'élaboration du document s'est appuyée sur la participation active des acteurs de la prise en charge gérontologique sollicités sur chaque territoire. C'est également à l'échelle territoriale que l'essentiel de la mise en œuvre du schéma sera organisée à travers la mise en place de projets gérontologiques de territoire.

CHAPITRE 1

LE CONTEXTE SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE DU PAS-DE-CALAIS



Ce chapitre présente les données démographiques de la population du Pas-de-Calais provenant principalement des études de l'INSEE, tant pour le recensement de population que pour les projections démographiques. Le diagnostic ici présenté s'appuie sur les données du recensement 1999 et sur les résultats provisoires établis par l'Insee au 1er janvier 2005 et 1er janvier 2007. Il est ensuite complété par des projections 2015-2030 (modèle Omphale), établies dans le cadre d'une étude spécifique confiée à l'INSEE par le Conseil Général du Pas-de-Calais.

Contexte d'administration du recensement de la population française

Le recensement permet de mieux connaître la population résidant en France. Il fournit des statistiques sur le nombre de logements, le nombre d'habitants et sur leurs caractéristiques (âge, profession exercée, conditions de logement, modes de transport, déplacements quotidiens, etc.).

Le recensement est une photographie régulière des territoires qui reflète fidèlement les réalités. La succession des recensements permet de mesurer les évolutions démographiques et les mutations, facilitant ainsi la mise en œuvre des politiques prospectives de gestion. Il décompte les populations légales de chaque circonscription administrative.

Depuis **janvier 2004**, le **recensement** de la population résidant en France est **annuel**. Une nouvelle méthode de recensement remplace le comptage traditionnel organisé tous les huit ou neuf ans. Le recensement général de la population de **1999 aura été le dernier recensement concernant toute la population en même temps**.

Mais tous les habitants ne sont pas recensés la même année.

Les communes de moins de 10 000 habitants réalisent désormais une enquête de recensement exhaustive tous les cinq ans, à raison d'un cinquième des communes chaque année.

Les communes de 10 000 habitants ou plus réalisent tous les ans une enquête par sondage auprès d'un échantillon de 8 % environ de leur population.

En 2008, l'ensemble des habitants des communes de moins de 10 000 habitants et 40 % de la population des communes de 10 000 habitants ou plus auront donc été pris en compte dans le cadre du nouveau recensement. À partir de la **fin de l'année 2008**, à l'issue des cinq premières enquêtes de recensement, l'Insee publiera pour la première fois la population légale de chaque commune, puis, **à partir de 2009**, les **résultats statistiques complets** sur les habitants et leurs logements.

Les populations légales issues du nouveau recensement seront authentifiées chaque année à partir de 2008 par un décret publié au Journal officiel. D'ici là, ce sont les populations légales issues du recensement de 1999 qui sont toujours en vigueur.

Cependant, **avant la sortie des données définitives fin 2008**, l'Insee diffuse des résultats provisoires issus des enquêtes annuelles de recensement.

Pas-de-Calais : Un département qui demeure jeune

Quelques données sur le Pas-de-Calais :

- Superficie en km² : **6671**
- Population 1^{er} janvier 2005 : **1 455 875**
- Densité au 01/01/2005 en hab/ km² : 218 hab/km² Moyenne nationale : 112 hab/km²
- Taux de natalité en 2005 : **13,3** Moyenne nationale : 12,7
Naissances domiciliées pour 1000 hab
- Taux de mortalité en 2005 : **9,6** Moyenne nationale : 8,6
Décès domiciliés pour 1000 hab
- Taux de fécondité en 2005 : **56** Moyenne nationale : 53,5
Naissances pour 1000 femmes de 15 à 49 ans
- Indice de vieillissement au 01.01.2005 : **55,7** Moyenne nationale : 65,9
Nombre de personnes âgées de 65 ans et plus pour 100 personnes de - de 20ans

Source : Drass –répertoire FINISS-SAE STATISS –Janvier 2005



Densité en hab./km²

- 500 et plus
- de 200 à moins de 500
- de 100 -à moins de 200
- moins de 100

Avec une densité de 219 habitants au km², le Département du Pas-de-Calais est parmi les départements les plus denses de France.

A l'intérieur du Département, les contrastes de densité sont toutefois marqués entre l'ex-bassin minier et les zones rurales (Montreuillois, Ternois, Audomarois, Arrageois).



Le Pas-de-Calais était le 7^e département français avec 1,46 millions d'habitants en 2005. Il compte 894 communes dont 84 % ont moins de 2000 habitants. Sa densité est élevée.

Notre département se classe toujours parmi les plus jeunes de France : les 0/19 ans représentent 30% de la population départementale, soit 4 points de plus que la moyenne nationale. Cependant, la tendance s'infléchit, la part des moins de 20 ans continuant de décroître (- 10 % depuis 1962). Un niveau de fécondité élevé caractérise également le Pas-de-Calais, toutefois, là encore, on observe une tendance au rapprochement de la moyenne nationale.

Le taux de mortalité de la population du Pas-de-Calais est supérieur à celui de la France. Comme dans les autres départements, l'allongement de l'espérance de vie se poursuit mais demeure inférieur de deux ans pour les femmes et de trois ans et demi pour les hommes aux moyennes nationales.

I : Quelles évolutions des populations âgées dans le Pas-de-Calais ? (A partir des données définitives du RP 99 et des données provisoires 1^{er} janvier 2007)

1) Les caractéristiques des évolutions entre 1999 et 2007

a) Une croissance modeste de la population du Pas-de-Calais depuis 1999

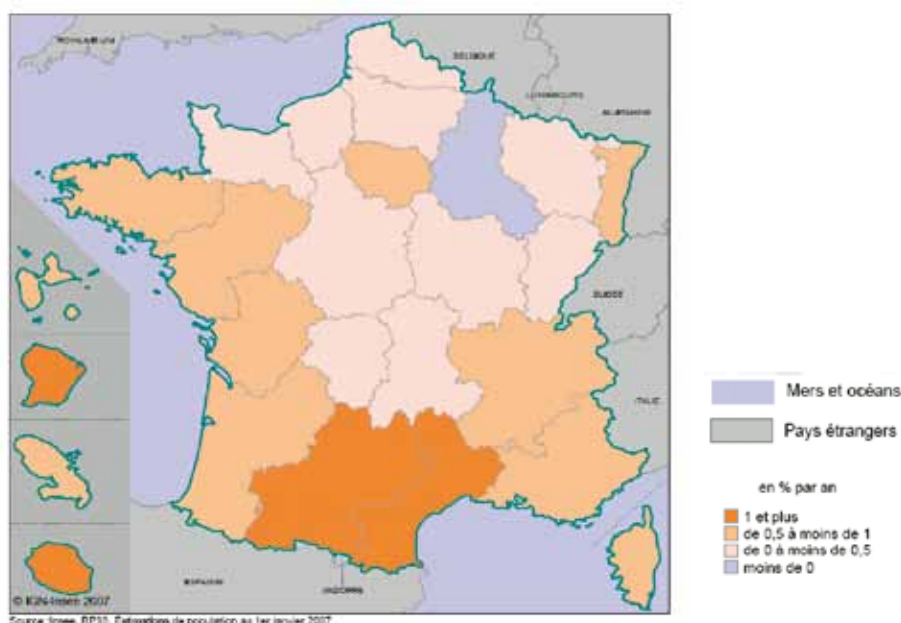
Les estimations de population réalisées par l'INSEE pour la France au 1er janvier 2007 permettent de mesurer les évolutions depuis le dernier recensement ayant eu lieu en 1999.

La population du Pas-de-Calais croît modestement entre 1999 et 2007 (+1,3 %), alors que la moyenne nationale est de 5,1 %.

⇒ **1 460 895** personnes peuplaient le Pas-de-Calais au 1^{er} janvier 2007 (estimation provisoire).



Evolution de la population Taux d'évolution annuel moyen de la population entre 1999 et le 1^{er} janvier 2007





b) Un vieillissement global moins marqué qu'en 1999 et une géronto-croissance négative...

Viellissement = part de la population de 60 ans et plus par rapport à la population totale
Géronto-croissance = évolution du nombre de personnes âgées de 60 ans et plus

Au 1^{er} janvier 2007, 280 562 personnes avaient 60 ans et plus dans le Pas-de-Calais, soit 19,2 % de la population totale départementale. Ce taux est inférieur à celui de 1999 qui était alors de 20 %, ce qui montre un léger recul du vieillissement dans notre département.



Part des 60 ans et plus

Population des ménages en 2005



Source : Insee, Démographie annuelle de 2004 à 2005 - Explications principales

La population des plus de 60 ans pour le Pas-de-Calais diminue même de 2,4 %, alors qu'en moyenne nationale, elle augmente de + 5,3 % (géronto-croissance négative). Ce phénomène atypique doit s'expliquer principalement par l'arrivée à 60 ans de « classes creuses » nées lors de la seconde guerre mondiale.

La population âgée est moins représentée dans le Pas-de-Calais qu'en France : Comparativement, la population des personnes âgées est un peu plus importante en France : 21 % de la population nationale ont 60 ans et plus. Cet écart s'explique principalement par :

- une espérance de vie à la naissance plus faible dans la région : En 2004, elle était estimée à 73,6 ans pour les hommes et 82,1 ans pour les femmes vivant dans le Pas-de-Calais, contre respectivement 76,7 et 83,6 années en France métropolitaine

- un nombre proportionnellement plus important de population jeune qui place notre Département parmi les plus jeunes de France. Cette tendance s'infléchit toutefois depuis plusieurs décennies.

c) Une évolution globale contrastée par une géronto-croissance plus marquée pour les 75 ans et plus...

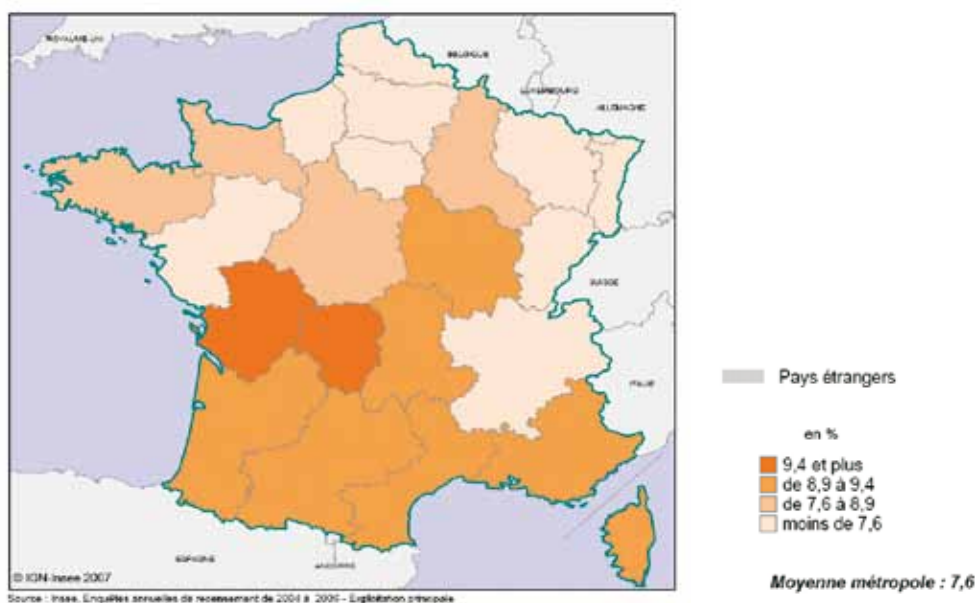
Si on observe plus précisément la population des **75 ans et plus**, on constate par contre qu'elle **augmente de 15,5 %** entre 1999 et 2007 ; cette évolution départementale est semblable à la tendance nationale (+15 %).

112 288 personnes étaient âgées de **75 ans** et plus au 1^{er} janvier 2007, soit **7,7 %** de la population. (6,74% en 1999).



Part des 75 ans et plus

Population des ménages en 2005



Entre 1990 et 1995, le nombre de personnes âgées de 60 à 75 ans a particulièrement augmenté dans le Pas-de-Calais. Après cette période, de 1995 à 2007, la croissance a davantage concerné la classe d'âge des 75 ans et plus, compte tenu de l'avancée en âge de la génération des 60-74 ans.

C'est l'évolution du nombre des **75 ans et plus** qui est prépondérante de 1999 à 2007.

2) A l'horizon 2015... puis 2030

Le Conseil général du Pas-de-Calais a travaillé avec l'INSEE sur une étude portant sur les évolutions de la population du Pas-de-Calais, par territoire, pour les années à venir.

Méthodologie : Les projections de population totale sont réalisées à partir de 2005 jusqu'à l'année 2030. Elles sont effectuées pour les 9 territoires du département.

Les hypothèses de la projection correspondent au scénario dit « central » qui reconduit les tendances, on peut parler d'une évolution « au fil de l'eau ».

Sont prises en compte les hypothèses suivantes :

- La fécondité de 1999 est maintenue sur la période de projection
- La mortalité continue à évoluer de façon tendancielle parallèlement à la tendance française
- Les comportements migratoires observés sur la période 1990-1999 sont reconduits. Cette hypothèse peut selon les zones sembler audacieuse. Notamment pour le Calaisis qui avait connu sur cette période de référence un attrait (effet tunnel) qui ne se maintiendra sans doute pas.

Afin de rafraîchir les projections, il est procédé à un calage avec les estimations de population sur le département du Pas-de-Calais au 1^{er} janvier 2005.

a) 2015 : Des projections de croissance de la population globale modestes

La population totale du Pas-de-Calais estimée en 2007 est de **1 460 895 habitants** (+1,35 % / 1999). En 2015, elle atteindrait **1 475 218 habitants** (+1 % / 2007).

L'Insee projette une **évolution** de l'ordre de 3,6 % pour la **France métropolitaine** sur cette même période (2007-2015), on resterait donc pour le Pas-de-Calais en deçà de la moyenne nationale.

b) Reprise très marquée de la croissance du nombre des 60 ans et plus entre 2007 et 2015

La population totale du Pas-de-Calais n'évoluera que très faiblement sur la période dans le département, par contre, le nombre de personnes âgées de plus de 60 ans augmentera de manière marquée. La **géronto-croissance est généralisée**.

Le nombre de personnes âgées de **60 ans** ou plus serait dans le Pas-de-Calais de **333 557 en 2015**, soit une progression de 18,9% par rapport 2007. **Bien que très importante pour notre département, cette évolution demeure modeste en comparaison de la progression de la moyenne nationale qui dépasse les 63 % d'augmentation des publics âgés.**

Cette croissance s'observe surtout sur la période 2007-2015, alors qu'entre 1999 et 2007, le nombre de séniors évolue peu.

Le vieillissement de la population du Pas-de-Calais s'accroît passant de 19, 2 % à 22, 6% mais reste lui aussi inférieur au vieillissement global français qui s'élève à 33,7 %.

c) Evolution globale moins marquée que sur la période 1999-2007 pour les 75 ans et plus

Les personnes âgées de 75 ans et plus augmentent plus modestement entre 2007 et 2015 que sur la période précédente (1999-2005).

Il faut se souvenir qu'il y a un déficit des naissances pendant la deuxième guerre mondiale de 1939 à 1945, et que la tranche d'âge des « **baby boomers** », nés après 1945 jusqu'en 1975, contribuera à la population de **plus de 75 ans à partir de 2021**, et des plus de 80 ans dès 2026.

Le nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus serait dans le Pas-de-Calais de 112 288 en 2007 (+15,5 % / 1999).

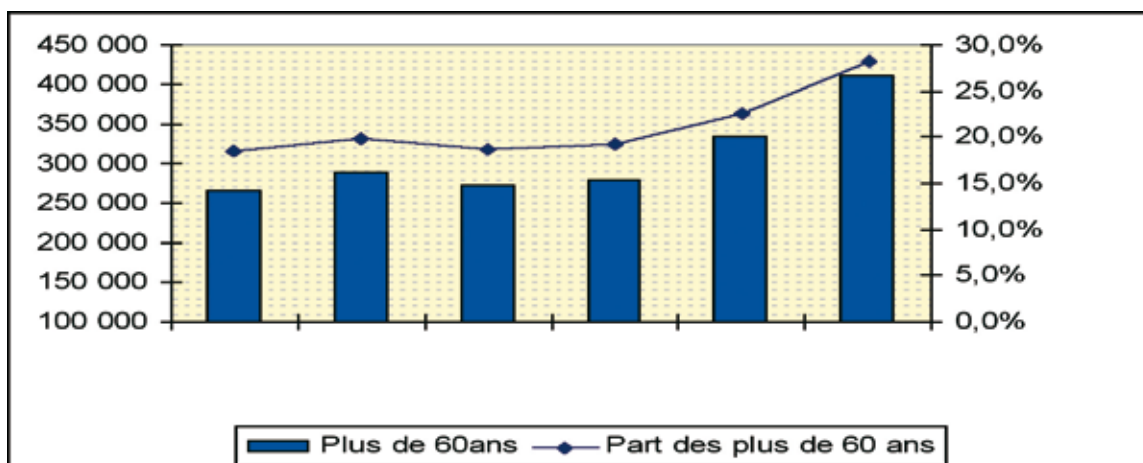
d) En 2030, les + de 60 ans représentent une personne sur quatre partout dans le Pas-de-Calais

En 2030, les publics âgés représenteront plus de 25 % de la population.

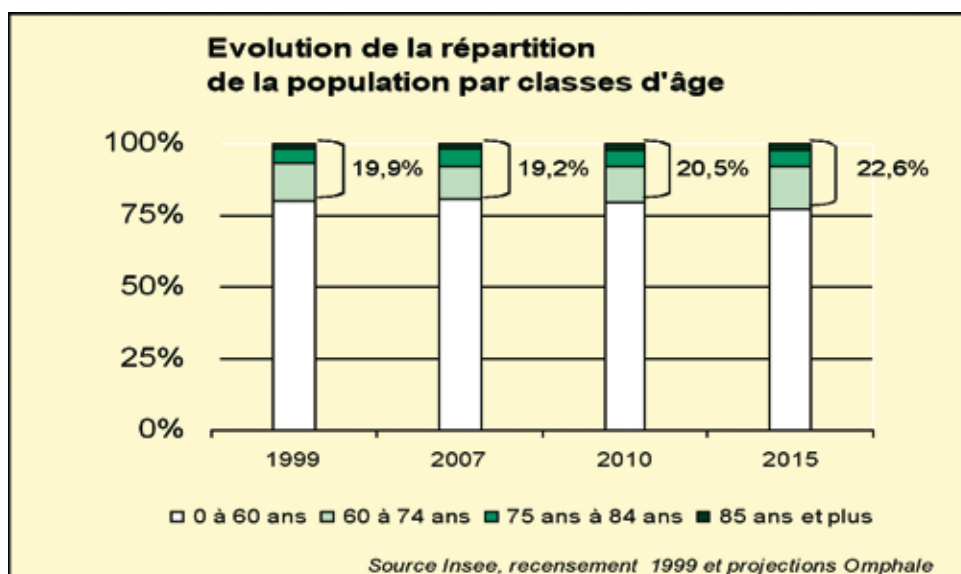
Cependant la progression de la part des séniors dans la population n'est pas linéaire jusqu'à 2030. Elle évolue peu en début de période. Ainsi en 2007, cette part avoisine le niveau de 1999 dans tous les territoires du Pas-de-Calais.

Le graphique ci-dessous illustre, pour le Pas-de-Calais, le nombre de personnes âgées de plus de 60 ans (échelle à gauche), et la part que représentent ces personnes dans la population totale, de 1990 à 2030.

Source : Insee recensements 1990 et 1999, et Insee projections Omphale



Le nombre de personnes de 80 ans ou plus augmenterait plus rapidement et par pallier. En effet, leur effectif aurait quasi doublé dans tous les territoires du Pas-de-Calais d'ici 2015. Ils se stabiliseraient ensuite jusque 2026, puis progresseraient très fortement par la suite, en raison toujours de l'arrivée des générations du «baby boom ». En 2007, les 80 ans et plus représentent de 3,5 à 5,4 % selon les territoires du département, cette population monterait de 5,2 % à 7,6 % en 2030.



En résumé :

De 2007 à 2015 : Une géronto-croissance forte et un vieillissement marqué

⇒ En 2015, dans le département du Pas-de-Calais, une personne sur cinq aura plus de 60 ans.

Le tiers de ces personnes aura plus de 75 ans...

La période 1999-2005 a connu une forte croissance des 75 ans et plus (+9,7 %), et négative des 60 ans et plus (-5 %).

Sur la période 2007-2015, la tendance est contraire : forte croissance des 60 ans et plus (+ 22 %) et diminution du taux de croissance des 75 ans (+7,8 %) comparée à celui de la période précédente 1999-2005 (+9,7 %), mais qui reste cependant toujours positif.

En 2015, par rapport à 2007, le Pas-de-Calais aura gagné en population totale 14 300 habitants, mais

⇒ 53 000 personnes âgées de 60 ans et plus

⇒ 8 700 personnes âgées de 75 ans et plus.

Quelles que soient les hypothèses retenues par les statisticiens de l'INSEE, aucun scénario ne remet en cause le **vieillissement** de la population du Pas-de-Calais au cours des douze prochaines années.

C'est un changement démographique **inélucltable** à l'horizon 2030, en raison de l'arrivée aux grands âges des générations nombreuses nées pendant les trente glorieuses.

La population du département n'échappera pas au vieillissement, faisant une place plus importante aux séniors. Toutefois, tant en termes de géronto-croissance, qu'en terme de vieillissement de la population, le département du Pas-de-Calais demeure largement en dessous des valeurs nationales.

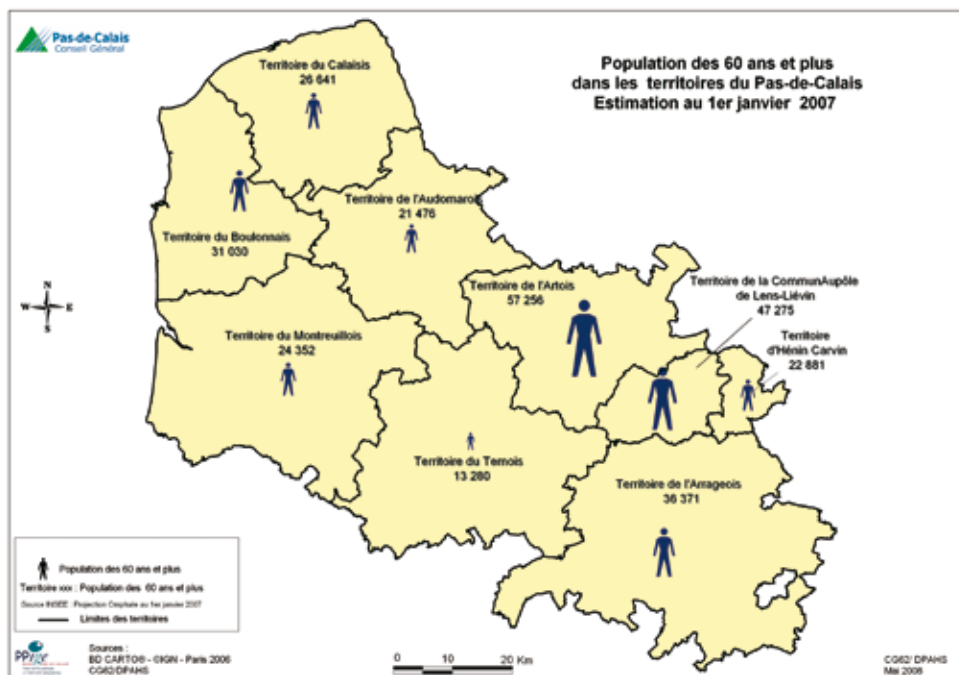
La connaissance du changement démographique qui attend le département doit impérativement être prise en compte, dans sa déclinaison territoriale, dans le cadre de la mise en œuvre du Schéma Départemental en faveur des personnes âgées 2008-2012.

3) Des évolutions contrastées d'un territoire à l'autre

a) La répartition des personnes âgées sur le département suit celle du peuplement

Au 1^{er} janvier 2007, près de **50 % des personnes âgées de 60 ans et plus du Pas -de-Calais se répartissent sur trois territoires : Artois, Lens-Liévin, Arrageois**. Ces territoires sont aussi les territoires les plus peuplés du département.

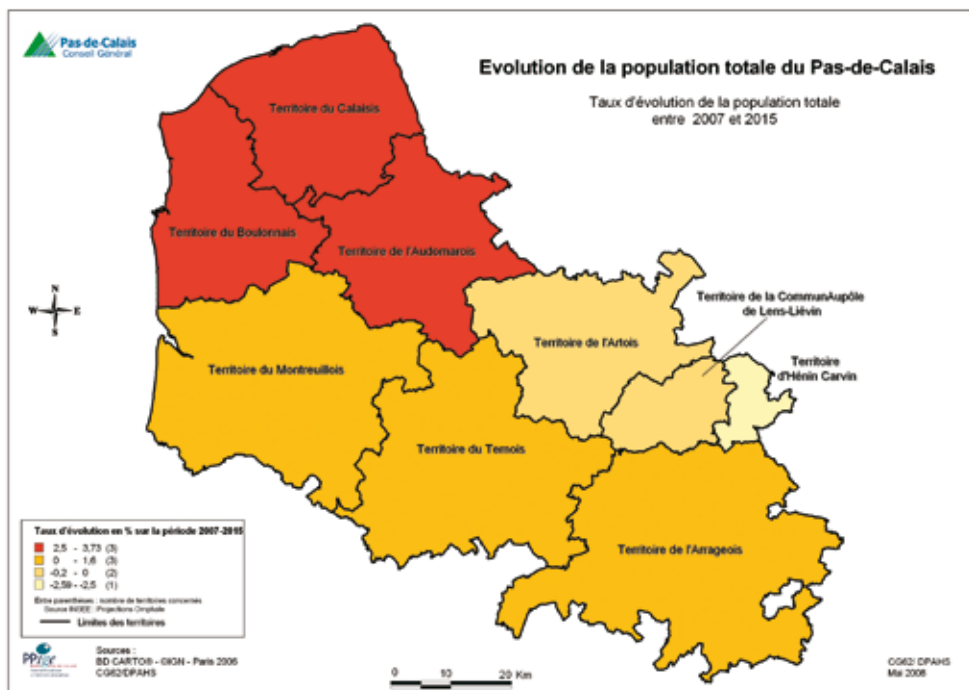
Les projections populations en 2015 font apparaître une répartition des populations âgées en volume quasiment identique à aujourd'hui.



b) Une géronto-croissance généralisée mais à un rythme différent selon les territoires

A l'intérieur du département, les évolutions globales de population sont contrastées suivant les territoires, avec une variation d'environ 2,6 à + 3,7% entre 2005 et 2015.

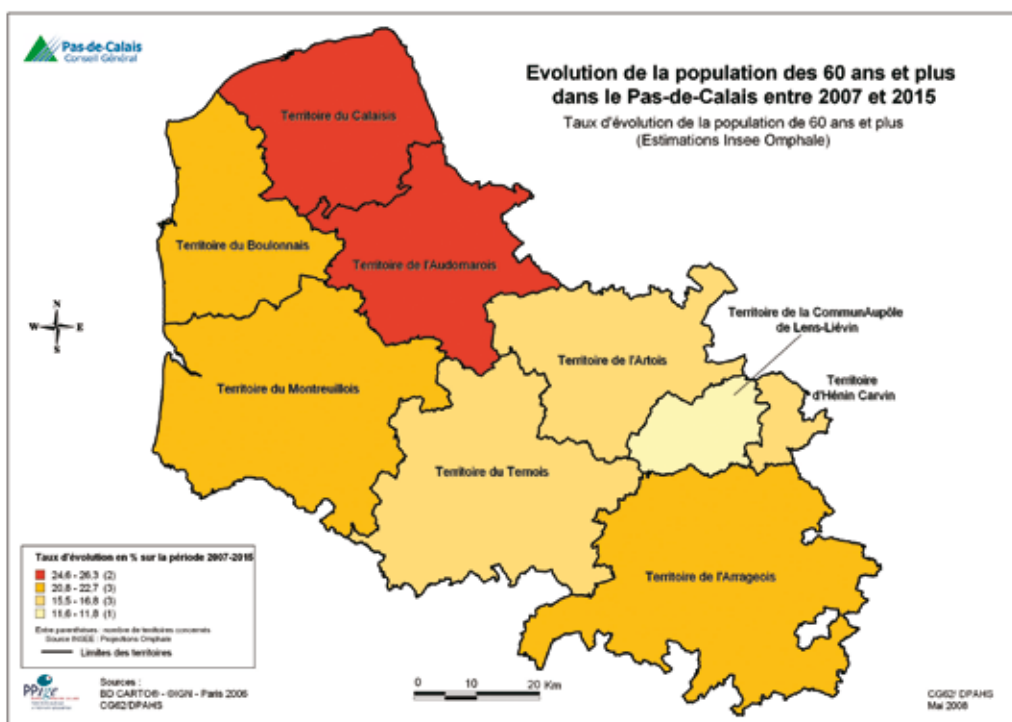
Le Calaisis, le Boulonnais et l'Audomarois gagneraient continuellement des habitants (respectivement +3,7%, +2,7% et + 2,5%). Le territoire d'Henin-Carvin perdrait des habitants (-2,6 %). Pour les autres territoires, les variations seraient plus réduites (-0,2 à + 1,6 %).



Si la population n'évolue pas uniformément dans tout le département, le nombre de personnes de plus de 60 ans augmenterait partout, la **géronto-croissance est généralisée à l'horizon 2015**.

Les rythmes de croissance sont toutefois contrastés d'un territoire à l'autre : L'accroissement du nombre de personnes de plus de 60 ans serait très marqué sur les territoires côtiers (Boulonnais, Montreuillois et Calais), l'Arrageois et tout particulièrement sur l'Audomarois.

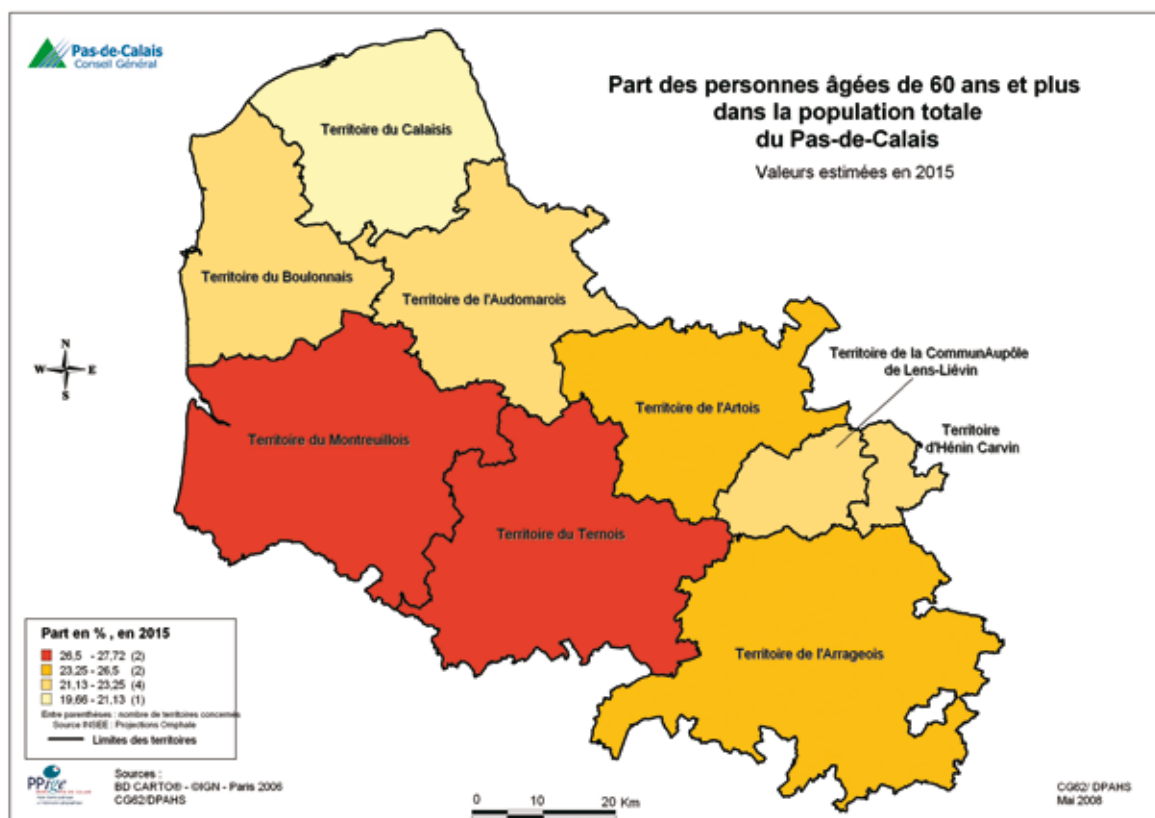
Les autres territoires connaîtront une évolution moindre que la moyenne départementale (18,9%), Lens Liévin se situant près de 7 points en dessous.



c) Vieillesse de la population : Trois profils de territoire

La part des personnes âgées de 60 ans et plus dans la population totale permet de comparer le degré de vieillissement des territoires. A l'horizon 2015, elle sera de 22,6 % à l'échelle du département mais varie sensiblement d'un territoire à l'autre.

Trois profils de vieillissement se révèlent : Le Montreuillois et le Ternois sont les territoires où la part des 60 ans sera la plus forte avec respectivement près de 28% et 26,5 % se rapprochant ainsi de la moyenne nationale ; ces deux territoires affichent donc un caractère nettement vieillissant. A l'inverse, le territoire du Calaisis présente un vieillissement plus faible que les autres (19,7%) et demeure un territoire jeune. Un dernier groupe se distingue comprenant le plus grand nombre de territoires ; ceux-ci affichent un vieillissement variant plus ou moins légèrement autour de la moyenne départementale.



II : Le revenu des personnes âgées

Sur le plan national, le **nombre total des retraités** de droit direct est estimé à 14 millions au 31 décembre 2006. Il **augmente** de 3,8 % par rapport à 2005. Le montant moyen de l'avantage principal de droit direct de ces retraités (tous régimes confondus) est estimé à 1 069 euros par mois fin 2006, soit 1,8 % de plus qu'en 2005 en euros constants (hors tabac).

La disparité hommes-femmes rencontrée au niveau des salaires durant la vie active se retrouve également au **niveau des retraites** aussi bien en termes de niveau de pension que d'âge de liquidation. En 2004, les femmes retraitées perçoivent en effet une pension inférieure de 46% à celle des hommes retraités*, même si les écarts semblent se réduire lentement pour les générations de retraités les plus jeunes.

* Drees, *Echantillon interrégimes de retraités 2004*.

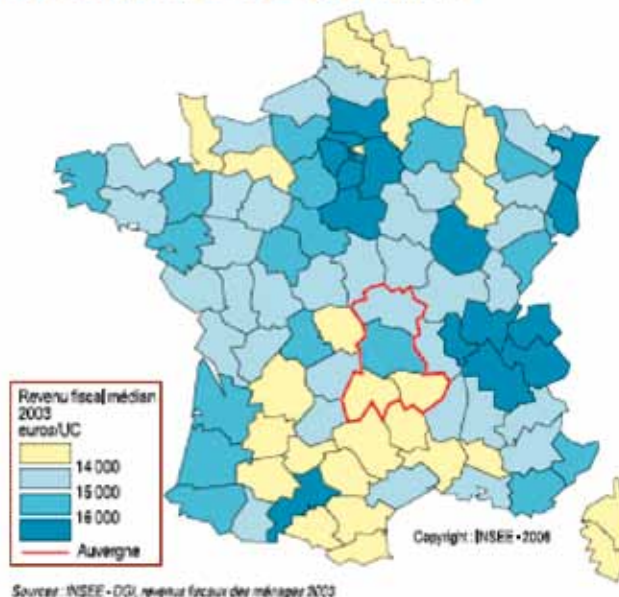
Au 31 décembre 2006, 598 500 personnes bénéficiaient de l'allocation du minimum vieillesse. Créée en 1956, elle a pour objet de garantir un revenu minimal à toutes les personnes âgées d'au moins 65 ans (d'au moins 60 ans en cas d'invalidité au travail) et dont les ressources sont inférieures à certains seuils. En 2006, le montant du minimum vieillesse s'élevait à 610 euros par mois pour une personne seule et 1 095 euros par mois pour un couple, soit respectivement 7 323 euros et 13 140 euros sur l'année. **Depuis le début des années 60, le nombre de bénéficiaires n'a cessé de diminuer en lien avec l'amélioration progressive des retraites.** Toutefois, après 20 ans de recul significatif (- 4,7 % en moyenne annuelle entre 1983 et 2003), la baisse des effectifs se tasse autour de 2 % pour la troisième année consécutive.

L'évolution en Nord-Pas-de-Calais a été similaire, et s'est aussi accentuée sur les deux dernières décennies : en 1984, 61 000 personnes âgées touchaient l'ASV (Allocation supplémentaire du minimum vieillesse) dans la région ; en 1994, 37 400 personnes, et en 2004, environ 25 800. Parmi les habitants du Nord-Pas-de-Calais âgés de plus de 65 ans, la part des allocataires du minimum vieillesse est ainsi passée de plus de 10,0% en 1984 à environ 4,5% en 2004*.

Dans la région, 16 600 allocataires du minimum vieillesse, soit les deux tiers, **sont des femmes,** une proportion comparable à la situation France entière. Plusieurs phénomènes sont à l'œuvre pour expliquer ce constat. Un aspect démographique tout d'abord : les femmes, de par leur espérance de vie plus grande, sont surreprésentées dans l'ensemble de la population âgée. Parmi les retraités allocataires du minimum vieillesse dans la région, près de 16 100 résident dans le département du Nord, et 9 700 dans le département du Pas-de-Calais. Tandis que 62% des allocataires du Nord sont des femmes, dans le département du Pas-de-Calais, cette proportion monte à 68%. Cet écart départemental peut correspondre au poids historiquement plus important des activités agricoles dans le Pas-de-Calais, reflété par la **proportion plus élevée des allocataires sous le régime des mutualités sociales agricoles** : 13% des allocataires du minimum vieillesse dans le Pas-de-Calais sont sous le régime de la MSA, contre 5% dans le Nord. Le modèle économique sous-jacent à une exploitation agricole était peu favorable à une activité séparée de la conjointe, d'où l'importance des situations de pauvreté rencontrées chez les femmes retraitées.

Dans les banlieues résidentielles et les conurbations industrielles, comme les territoires de l'ancien bassin minier, l'Arrageois, le Boulonnais, les plus de 65 ans perçoivent moins souvent le minimum vieillesse. La population âgée ouvrière ou employée bénéficie en effet de retraites supérieures au seuil de ce minimum. Il faudra cependant examiner à l'avenir, sur les espaces tels que l'ancien bassin minier qui compte aujourd'hui un nombre important d'adultes bénéficiaires du Revenu Minimum d'Insertion ou de l'Allocation Solidarité Spécifique, l'évolution des ressources des personnes âgées. Une activité professionnelle insuffisante ou irrégulière pourrait en effet conduire à un moindre niveau de retraite par rapport à des aîeux qui furent moins confrontés au chômage.

Revenu fiscal médian par département

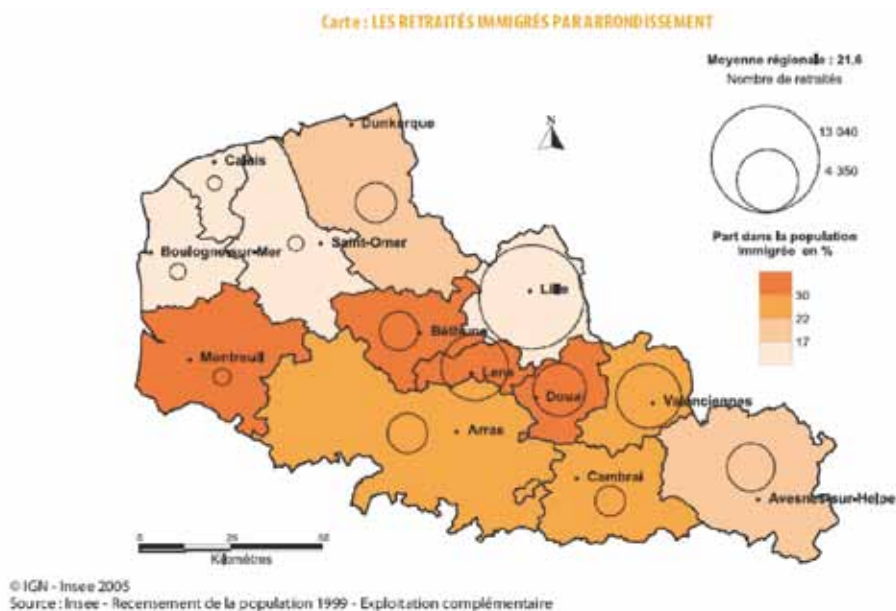


*Les dossiers de Profils n°82, juin 2006, Territoires et pauvreté en Nord-Pas-de-Calais

Les publics âgés immigrés

En 1999, plus de 10 350 personnes immigrées sont à la retraite dans le Pas-de-Calais ; elles représentent près de 29 % de cette population à l'échelle régionale.

Les immigrés à la retraite sont proportionnellement plus nombreux dans l'ancien bassin minier.



La proportion des retraités varie selon le pays d'origine. Ainsi, les personnes à la retraite sont fortement présentes au sein des populations d'immigration ancienne. C'est notamment le cas d'un Polonais sur deux et d'un Italien sur trois. Plus généralement, les immigrés venus d'Europe sont près d'un tiers à être à la retraite. A contrario, les immigrés d'origine africaine, asiatique ou américaine, dont l'arrivée en France est plus récente, sont encore souvent actifs. La part des retraités parmi ces derniers est de l'ordre de 12%.

Les retraités immigrés sont plus souvent d'anciens ouvriers que dans la population régionale (68% contre 41%) et moins souvent d'anciens cadres ou professions intermédiaires (9% contre 18%).

Une récente enquête du Comité National des Retraités et des Personnes Âgées rendue publique en février 2008, identifie les difficultés des immigrés vieillissants : l'accès aux droits compte tenu d'une méconnaissance des dispositifs et des difficultés linguistiques de compréhension, l'isolement des individus du fait de rupture avec la cellule familiale restée dans le pays d'origine et le manque d'intégration dans les réseaux nationaux, des logements en foyers de travailleurs qui ne sont pas adaptés à l'accueil des retraités qui connaissent des signes de vieillissement et de dépendance.

III : Le logement des personnes âgées

D'une manière générale, les conditions de logement des personnes de 65 ans et plus se sont améliorées depuis les trente dernières années en France et également dans le Nord-Pas-de-Calais. Néanmoins, certaines caractéristiques distinguent les personnes âgées du reste de la population.

Les personnes de 60 ans et plus sont massivement des propriétaires. En 2003*, 67% des personnes âgées de plus de 60 ans sont propriétaires. Même si la proportion de ménages âgés propriétaires diminue avec l'âge suite à la transmission ou à la vente du bien immobilier, la hausse du niveau de vie, le développement des services d'aide et de soins infirmiers à domicile ainsi que l'augmentation de l'espérance de vie sans incapacité ont permis à un nombre croissant des propriétaires de plus de 60 ans de se maintenir dans leur logement.

*Source Filocom

La proportion des propriétaires augmente avec l'âge de référence mais décline après 70 ans tandis qu'augmente la proportion de locataires et de logés gratuitement. Les locataires se répartissent, quant à eux, de manière équilibrée entre le secteur locatif social à 52,1% et le secteur locatif privé à 47,9% en 2003*. A noter que le secteur locatif régional accueille davantage de personnes âgées que le secteur locatif social à l'échelle nationale.

Les personnes âgées de la région résident davantage en maison individuelle que leurs homologues à l'échelle nationale. Ce constat s'explique par l'importance de l'habitat individuel dans le parc privé et le parc locatif social du Nord-Pas-de-Calais. Néanmoins, **cette tendance diminue avec l'âge**, ceci pouvant être corrélé au statut des personnes de plus de 80 ans, celles-ci étant plus nombreuses que leurs cadets à être locataires. Or les logements locatifs restent majoritairement des logements collectifs.

L'inconfort sanitaire demeure relativement important dans le Pas-de-Calais et s'explique, en grande partie, par l'ancienneté des logements dans lesquels vivent les plus de 60 ans. La grande majorité des logements sans confort sanitaire sont antérieurs à 1948 et les personnes âgées occupent souvent ces logements. De plus, on constate que la proportion de personnes vivant sans le confort minimum s'élève avec l'âge, ainsi 21,4%** des 60-74 ans sont dans ce cas, contre 28% pour les personnes de 80 ans et plus ; cette situation s'explique par le fait qu'à chaque âge, les générations les plus récentes occupent moins souvent des logements sans confort sanitaire que les générations qui les ont précédées, ce que confirme la dernière enquête logement menée en 2006. **Les logements au confort insuffisant ou sans confort sont plutôt des maisons individuelles, anciennes, en zone rurale.** Les maisons représentent en effet plus de 80% des logements construits avant 1949, qui sont les plus touchés par le manque de confort. Les personnes concernées sont souvent des femmes âgées vivant seules.

*Source Filocom

** CRESGE ORHA Nord-Pas-de-Calais : les personnes âgées et la ville Mai 2007

IV : Les caractéristiques des populations âgées dépendantes dans le Pas-de-Calais

La grille nationale Aggir (Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources) mise en place en 1997 constitue un outil destiné à évaluer le degré de perte d'autonomie ou le degré de dépendance, physique et psychique des personnes dans l'accomplissement de leurs actes quotidiens.

La dépendance y est définie comme le besoin d'aide pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne ou le besoin d'une surveillance régulière.

Cette grille sert également de critère pour l'attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie, elle permet aux experts médico-sociaux de mesurer le degré de dépendance en se fondant sur les activités que les personnes peuvent effectuer seules.

L'évaluation se base sur la capacité de la personne à avoir certains comportements et à réaliser un certain nombre d'activités (avoir un discours cohérent, s'orienter, faire sa toilette et s'habiller soi-même, se déplacer, ...). Les personnes sont classées dans les six groupes iso-ressources que compte la grille nationale, en fonction des aides à la personne ou techniques commandées par leur état. Selon leur niveau de dépendance, elles sont classées en six groupes iso-ressources (Gir). Sont qualifiées de dépendantes les personnes des Gir 1 à 4 décrits ci-dessous, les personnes de Gir 5 et 6 étant très peu ou pas dépendantes (et non concernées par l'APA). Ainsi :

GIR1 : Personnes confinées au lit ou au fauteuil ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale, qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.

GIR2 : Personnes confinées au lit ou au fauteuil dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante ou celles dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leurs capacités motrices.

GIR3 : Personnes ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui nécessitent quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle.

GIR4 : Personnes qui n'assument pas seules leur transfert mais qui, une fois levées peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent être aidées pour la toilette et l'habillement.

GIR5, GIR6 : Personnes très peu ou pas dépendantes

Sont qualifiées de **dépendantes les personnes des GIR 1 à 4**, les personnes des GIR 5 et 6 étant très peu ou pas dépendantes.

1) Le Pas de Calais plus touché par la dépendance

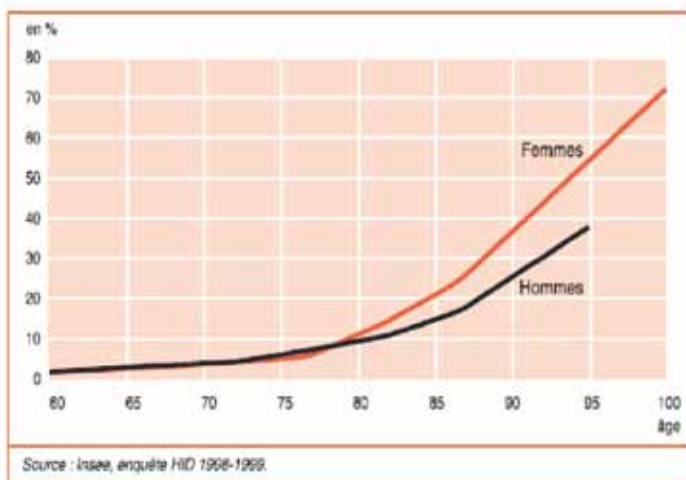
L'un des enjeux majeurs liés à l'augmentation prévisible du nombre de personnes âgées dans le Pas-de-Calais au cours de la prochaine décennie, réside dans sa prise en charge sanitaire et médico-sociale pour répondre aux besoins nés de la dépendance des personnes âgées.

On définit la dépendance comme l'impossibilité partielle ou totale pour une personne d'effectuer sans aide les activités de la vie, qu'elles soient physiques, psychiques ou sociales, et de s'adapter à son environnement.

L'enquête « Handicaps-Incapacités-Dépendance » (HID), réalisée de **1998 à 2001** en France, à domicile et en institution, a permis de dénombrer **795 000 personnes âgées dépendantes en France**. Elle a permis, entre autres, de mesurer le taux de dépendance par âge et la cartographie de la dépendance en France.

Le taux de dépendance par âge se définit par le rapport entre le nombre de personnes dépendantes et le nombre total de personnes par tranche.

⇒ Courbe du taux de dépendance par âge :

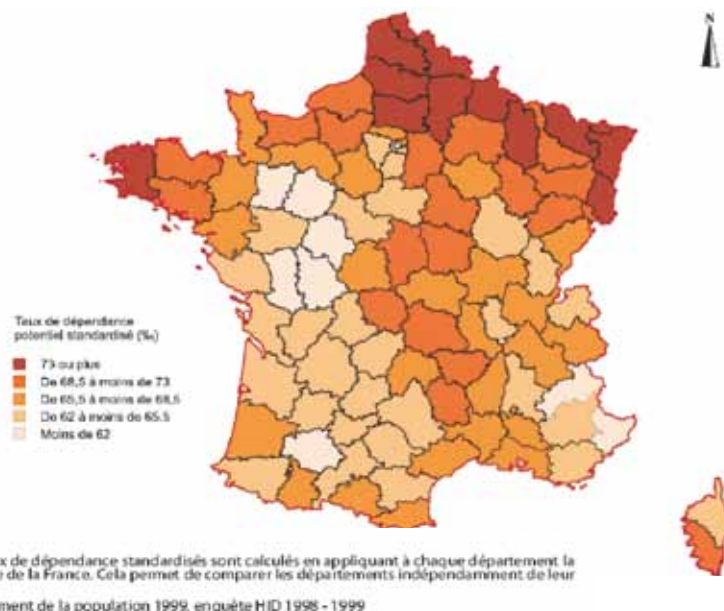


C'est vers 80 ans que l'on observe une augmentation très rapide du taux de dépendance

Entre 60 et 75 ans, les incapacités sévères concernent peu de personnes. Les taux de prévalence de la dépendance lourde croissent ensuite fortement avec l'âge. Dès 80 ans et encore plus nettement à partir de 85 ans, cette population est largement touchée par la dépendance. Chez les femmes la prévalence de la dépendance est plus importante.

Le taux de dépendance standardisé est défini comme le taux que l'on observerait dans le département s'il avait la même structure par âge que la population française. Les taux standardisés (ou comparatifs) éliminent les effets de structure par âge et autorisent les comparaisons entre les sexes, entre les périodes et entre les départements.

⇒ La carte de France ci-contre est représentative des taux de dépendance potentielle standardisée en ‰ établis par département lors de cette enquête



Le Pas-de-Calais, et plus généralement les départements de l'extrême Nord Est de la France font partie des départements au taux de dépendance standardisé les plus élevés.

Ce constat n'est pas sans lien avec l'état de santé des personnes âgées du département. L'espérance de vie à 60 ans, indicateur qui résume en partie l'état de santé des personnes âgées d'un territoire, y est réduite de 2,7 ans par rapport à la moyenne française pour les hommes, de 2,0 ans pour les femmes. Le diagnostic est d'ailleurs similaire dans plusieurs départements du Nord et de l'Est de la France. Des facteurs comme les emplois tenus au cours de la vie professionnelle et les modes de vie peuvent être invoqués. Comme l'a montré l'enquête Santé 2002, les habitudes alimentaires, la consommation de tabac et d'alcool des Nordistes, mais aussi le niveau de pratique sportive contribuent à un moins bon état de santé dans la région.

2) Les pathologies des personnes âgées

a) L'incidence des pathologies croît avec l'âge

Le nombre d'affections s'accroît avec l'âge. C'est notamment le cas des pathologies cardiovasculaires, cancéreuses, diabétiques et des troubles démentiels. Ce constat se vérifie dans la région Nord /Pas-de-Calais où :

- 56% des nouveaux cas de cancer concernent les plus de 60 ans
- 80% des insuffisants cardiaques ont plus de 70 ans
- Les AVC sont la deuxième cause de décès pour les plus de 85 ans
- 18% des plus de 75 ans sont atteints de démences dont seulement 20% sont diagnostiquées.

Ces données sont confirmées par les statistiques d'activité hospitalières (PMSI 2002) :

- 55% de journées d'hospitalisation et 49% des séjours pour cancer concernaient des personnes de 75 ans et plus ;
- 85% des journées et 83% des séjours pour insuffisance cardiaque concernaient des personnes de 75 ans et plus ;
- 67% des journées et 59% des séjours pour des infarctus du myocarde concernaient des personnes de 75 ans et plus ;
- 91% des journées d'hospitalisation et 94% des séjours pour démence concernaient des personnes de 75 ans et plus.

Les études montrent qu'une évolution de 5 à 20% des hospitalisations pour ces pathologies est à prévoir dans les 10 ans.

b) Des facteurs de risque de dépendance importants

Les enquêtes nationales montrent que :

- 30% des personnes de plus de 65 ans chutent au moins une fois par an ;
- 30% des personnes de plus de 75 ans ont un problème de nutrition ;
- 5 à 10% des causes d'hospitalisation des plus de 75 ans sont dues à une pathologie iatrogène ;
- 6% des personnes de plus de 60 ans déclarent un trouble de vision.

Ces données nationales sont confirmées par les données statistiques régionales d'activité hospitalières (PMSI 2002) :

- 88% des journées d'hospitalisation et 86% des séjours pour fracture du col du fémur concernaient des personnes de 75 ans et plus ;
- 20% des journées d'hospitalisation pour intoxication médicamenteuse concernaient des personnes de 75 ans et plus ;
- 58% des journées d'hospitalisation et 46% des séjours pour complication d'actes chirurgicaux concernaient des personnes de 75 ans et plus ;
- 32% des journées d'hospitalisation et 16% des séjours concernaient des personnes de 75 ans et plus.

c) Les maladies d'Alzheimer et apparentées

La maladie d'Alzheimer est un ensemble de symptômes qui touchent le fonctionnement intellectuel et comportemental et génère des pertes de mémoire, une diminution des facultés de jugement et de raisonnement, des changements d'humeur qui s'aggravent progressivement. Elle évolue vers une démence affectant l'autonomie de la personne.

La maladie d'Alzheimer n'est pas une conséquence du vieillissement mais une maladie neurologique dont la prévalence augmente du fait de la hausse de l'espérance de vie. Elle représente environ 70% des démences dégénératives mais elle n'est pas la seule : démences fronto-temporales, maladie à corps de Lewy, dégénérescences focales, troubles cognitifs légers et autres pathologies cognitives. Les démences vasculaires sont également fréquentes et peuvent s'associer aux causes dégénératives.

La maladie d'Alzheimer touche en France 850 000 personnes. Elle peut s'observer dès 45 ou 50 ans mais sa fréquence augmente avec l'âge (5% des plus de 65 ans, 18% des plus de 75 ans et 40% chez les plus de 90 ans). Les 2/3 sont des femmes. Avec 165 000 nouveaux cas par an, sa prévalence devrait doubler d'ici 2020.

Rapportée à la population départementale, le nombre de personnes atteintes dans le Pas-de-Calais doit s'établir autour de 15 000.

80% des malades vivent à domicile et la surmortalité des aidants familiaux est de 63%.

d) Les grands syndromes gériatriques non démentiels

Les chutes représentent le principal accident de la vie courante chez les personnes âgées. Elles sont parmi les premiers motifs d'arrivée aux urgences hospitalières et causent chaque année la **mort de 8000 personnes de plus de 75 ans. Dans 40% des cas, l'hospitalisation pour chute est suivie d'une entrée en institution.**

La dénutrition **touche plus du tiers des sujets âgés. Elle entraîne une sur morbidité infectieuse** et une surmortalité.

Sa prévalence est de 4% à domicile mais de 20 à 40% en institution et 50% à l'hôpital.

Le mauvais état dentaire participe à cette dénutrition. Une enquête récente de la CRAM montre que les personnes hébergées en EHPAD dans la région ont en moyenne 7 dents.

La douleur, fréquemment sous estimée chez le sujet âgé, est chronique en institution pour 45 à 70% des personnes.

Les pathologies iatrogènes médicamenteuses sont responsables de plus de 20% des motifs d'hospitalisation après 80 ans. Leur gravité augmente avec l'âge.

Incontinence (estimée à 32% en institution) et troubles sensoriels (visuels et auditifs) croissent fortement avec l'âge.

Parmi les maladies psychiatriques, la dépression est celle qui guette le plus la personne âgée. Sa prévalence croît avec l'âge. Elle est estimée à 15% pour les personnes âgées vivant à domicile et 20% en institution.

Les personnes âgées constituent un groupe à risque au regard du suicide.

3) Une proportion d'allocataire de l'APA plus élevée que la moyenne française

La partie qui suit portant sur Dépendance et A.P.A. s'inspire largement du travail mené dans le cadre de la parution du Pages de Profils n°35 de l'INSEE Nord /Pas-de-Calais « Dépendance des personnes âgées : état des lieux et perspectives dans le Pas-de-Calais ».

Au 31 décembre 2007, **32 500 personnes bénéficiaient de l'allocation personnalisée d'autonomie dans le Pas-de-Calais, soit 11% environ des personnes âgées de plus de 60 ans.** En proportion, le département est donc plus concerné que la moyenne : en France métropolitaine, la part des personnes de plus de 60 ans qui sont allocataires de l'APA est de 8%.

Le Pas-de-Calais présente donc une proportion d'allocataires de l'APA plus élevée que la moyenne française.

Données au 31 décembre 2007 :

Il y avait en France 1.060 370 bénéficiaires de l'APA.

La moyenne française était de 210 bénéficiaires pour 1000 habitants de 75 ans ou plus.

Pour le Pas-de-Calais, on en comptait 296.

L'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE (APA)

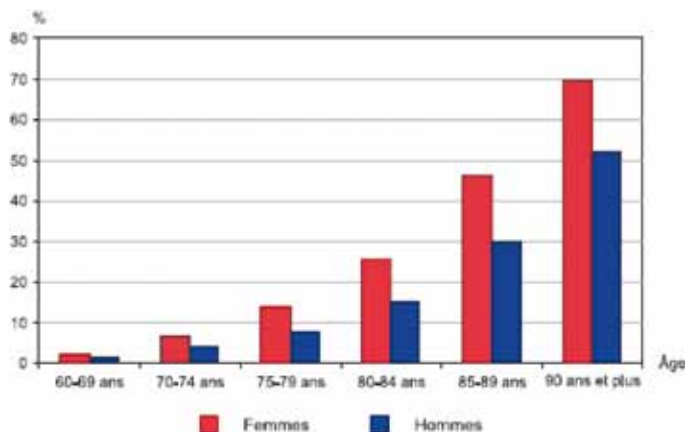
L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) est allouée aux personnes de plus de 60 ans qui sont dépendantes, c'est-à-dire aux personnes ayant besoin d'aide pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne ou besoin d'une surveillance régulière.

À domicile, l'APA est versée aux personnes âgées dépendantes qui en font la demande. L'allocation est attribuée ou non, après visite d'une équipe médico-sociale selon des critères précis. Selon les mesures d'aide jugées nécessaires pour le maintien à domicile, un plan d'aide est proposé et une allocation est versée à la personne âgée en fonction du degré de dépendance. Selon les ressources de la personne âgée, l'APA finance de 10% à 100% du plan d'aide.

En établissement, l'allocation peut également être versée. Toutefois, si l'établissement a signé une convention avec l'État et le Conseil Général, l'APA est versée directement en rapport avec le niveau moyen de perte d'autonomie de ses résidents. Dans cette étude, le nombre et les caractéristiques des personnes hébergées en établissement sous dotation globale font l'objet d'une estimation.

4) Quatre allocataires sur cinq sont des femmes

Les femmes constituent 78% des allocataires de l'APA. Tout concourt en effet à ce qu'elles soient très majoritaires. Les femmes représentent 60% de l'ensemble des personnes âgées de plus de 60 ans car elles vivent en moyenne plus longtemps que les hommes. L'écart hommes-femmes est d'ailleurs plus marqué dans le Pas-de-Calais qu'en France. De plus, parmi les personnes de plus de 60 ans, la proportion de bénéficiaires de l'APA est plus forte chez les femmes que chez les hommes. Plus de 14% des femmes de plus de 60 ans sont bénéficiaires de l'APA, contre 6% des hommes. Les enquêtes Handicaps-Invalidités-Dépendance 1998-1999 menées au plan national ont montré qu'elles sont plus fréquemment en état de dépendance que les hommes à partir de 80 ans. Il est probable également que les femmes soient plus souvent contraintes de recourir à l'APA que les hommes, en particulier parce qu'aux âges, élevés, elles sont plus souvent seules. Pour les hommes comme pour les femmes, l'âge apparaît comme un facteur essentiel de risque de dépendance. La proportion des personnes qui sont allocataires de l'APA s'accroît fortement, et rapidement, avec l'âge. Jusqu'à 75 ans, moins d'une personne âgée sur dix bénéficie de l'APA. Deux personnes sur dix parmi les 80-84 ans, et plus de la moitié au-delà.



Source : Conseil général du Pas-de-Calais - Base administrative des allocataires de l'APA au 30 juin 2007, Insee - Omphale

5) Vivre à domicile ou en établissement ?

Pour attribuer ou non l'APA, le Conseil Général se fonde sur les critères de la grille Aggir. La moitié des bénéficiaires de l'APA souffre d'incapacités de niveau Gir 4, le degré de dépendance le plus faible. À l'autre extrême, les personnes classées en Gir 1, qui ont besoin d'une présence indispensable et continue d'intervenants, ne représentent que 6% des allocataires.

Les bénéficiaires de l'APA vivent très largement à domicile* (79 %) et seuls 21% des bénéficiaires sont accueillis en établissements d'hébergement médicalisés. Le recours à l'hébergement en établissement augmente très fortement avec le degré de dépendance. Parmi les allocataires dont les incapacités sont les plus faibles (Gir 4), 10% résident en établissement. Cette proportion s'accroît avec le degré de dépendance, jusqu'à atteindre, chez les plus dépendants (Gir 1), 60% chez les hommes et 73% chez les femmes.

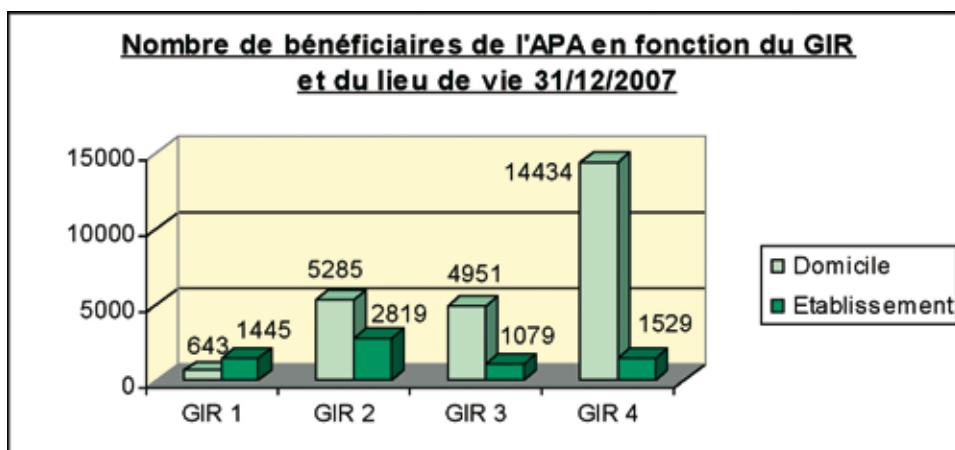
À degré de dépendance donné, le contexte familial joue fortement sur le recours à l'hébergement en établissement. Disposer de l'aide d'un conjoint facilite le maintien à domicile ou incite tout du moins à rester vivre dans son logement. Ainsi, 36% des hommes bénéficiaires de l'APA qui n'ont pas de conjoint vivent en établissement, contre 9% chez ceux qui sont en couple. De même, 25% des femmes sans conjoint vivent en établissement, contre 8% des femmes ayant un conjoint. Même aux âges élevés, dans un état de dépendance souvent plus fort, l'effet de la situation familiale sur le mode d'hébergement n'est pas négligeable.

À titre d'illustration : parmi les hommes seuls de 85 à 89 ans qui sont allocataires, 31% vivent en institution, contre 12% des hommes qui sont allocataires et vivent en couple.

* dans le domicile est comptabilisé l'habitat en foyer-logement et en MARPA.

Degré de dépendance	Lieu de vie					
	Domicile		Etablissement		Ensemble	
	En Nombre	En %	En Nombre	En %	En Nombre	En %
GIR 1	643	2,5%	1445	21,0%	2088	6,5%
GIR 2	5285	20,9%	2819	41,0%	8104	25,2%
GIR 3	4951	19,6%	1079	15,7%	6030	18,7%
GIR 4	14434	57,0%	1529	22,2%	15963	49,6%
Ensemble	25313	100,0%	6872	100,0%	32185	100,0%

Source : Etablissement : Comptabilité, domicile : Gros système



6) Les bénéficiaires du Pas-de-Calais ont des revenus relativement faibles

A domicile, dans le Pas-de-Calais, 42 % des bénéficiaires de l'APA ont des ressources mensuelles appartenant à la tranche la plus faible, c'est-à-dire, moins de 658 euros pour les personnes seules et moins de 1316 euros pour les couples.

En établissement, aussi dans le Pas-de-Calais, 42 % des bénéficiaires de l'APA ont des ressources mensuelles appartenant à la tranche la plus faible.

Au niveau national, 34 % des bénéficiaires de l'APA qui ont des ressources mensuelles appartenant à la tranche la plus faible. **Les bénéficiaires du Pas-de-Calais ont globalement des revenus plus modestes.**

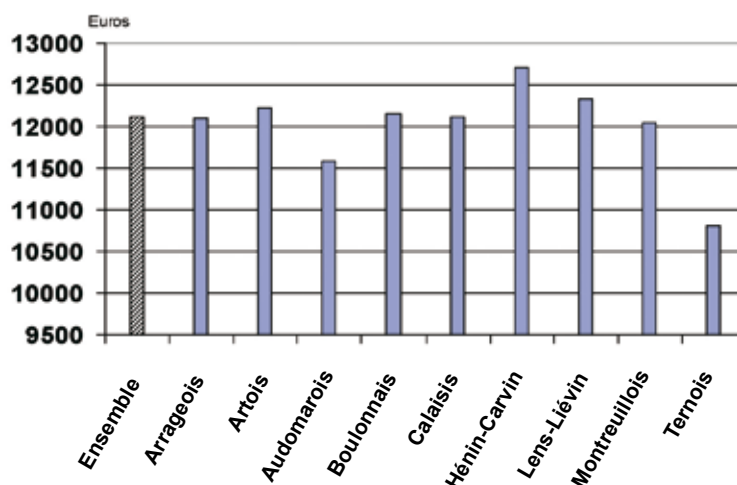
Revenus des allocataires de l'APA

Concernant les ressources des allocataires de l'APA, il faut garder à l'esprit les limites de la source utilisée :
1/ Les ressources se limitent au périmètre des revenus déclarés. Il ne s'agit donc pas d'un revenu disponible.
2/ Il s'agit des revenus déclarés à la date d'entrée dans le dispositif (soit de 2002 à 2007 selon les personnes).
3/ Il s'agit des ressources de l'ensemble du foyer, qui ne peuvent être interprétées comme un niveau de vie.

La médiane des ressources du foyer déclarées par les allocataires de l'APA à la date de leur entrée dans le dispositif est de 12 230 euros par an. Les allocataires ne sont toutefois pas logés à la même enseigne : les 10% d'allocataires disposant des revenus les plus faibles vivent dans un foyer dont les ressources sont inférieures à 6 360 euros, quand les 10% d'allocataires disposant des revenus les plus élevés vivent dans un foyer qui dispose au moins de 21 710 euros.

En termes de revenus déclarés par le foyer de l'allocataire, les ressources des allocataires de l'APA varient sensiblement selon les territoires (graphique 6). La médiane des revenus est plutôt élevée sur les territoires de Hénin-Carvin, Lens-Liévin et dans l'Artois ; plutôt faible dans le Ternois, voire dans l'Audomarois.

Ressources annuelles médianes des allocataires de l'APA, par territoire



Source : Conseil Général du Pas-de-Calais, fichier des allocataires APA ; Insee, RP99, Omphale

Un regard croisé sur la répartition des allocataires par régime de retraite et les revenus correspondants est éclairant, bien qu'il ne soit pas possible de réaliser des projections de revenus.

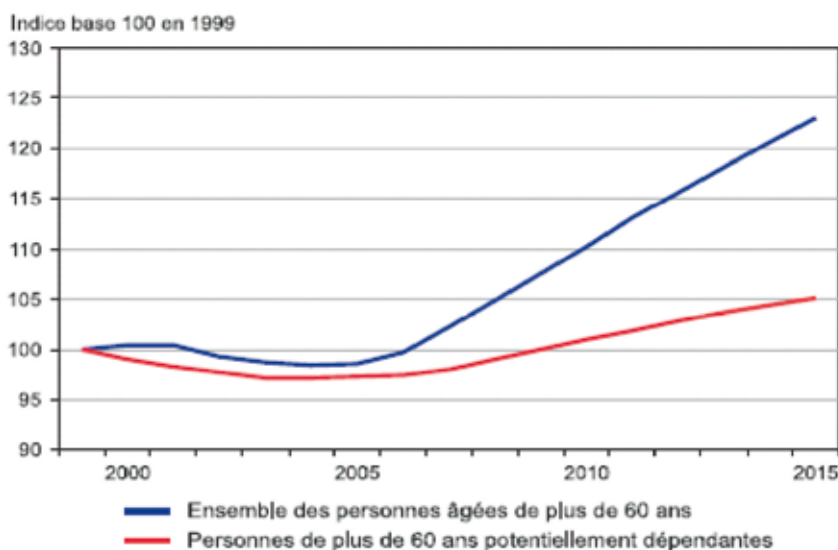
Dans le Pas-de-Calais, plus de 6 200 allocataires de l'APA perçoivent une retraite de la caisse minière (plus de la moitié des allocataires de l'APA des territoires de Lens-Liévin et Hénin-Carvin perçoivent une pension de cette caisse). Ils ont rarement des revenus très faibles. En effet, la médiane des ressources des allocataires retraités dépendant de la caisse minière est supérieure à la médiane pour l'ensemble des allocataires (12 319 euros contre 12 111 euros). Surtout, le premier décile des revenus des retraités de la caisse minière se situe aux alentours de 8 360 euros par an, bien supérieur au premier décile de l'ensemble des allocataires de l'APA (6 150 euros). La population concernée va néanmoins s'amenuiser au fil du temps : en effet, les trois quarts des allocataires concernés ont plus de 80 ans (contre 66% de l'ensemble des allocataires), et sont issus d'un secteur d'activité qui a disparu.

Les 3 750 allocataires dépendant de la MSA sont plus âgés en moyenne que l'ensemble des allocataires. Leur nombre diminuera probablement au fil des ans (même si de nouveaux retraités prendront en partie la relève) : près des trois quarts d'entre eux ont plus de 80 ans. Ils déclarent des ressources souvent plus faibles que les autres : la moitié des foyers concernés déclare moins de 10 650 euros par an (contre 12 111 pour l'ensemble des allocataires), 10% d'entre eux déclarant moins de 5 700 euros par an (la barre étant à 6 150 euros pour l'ensemble des foyers d'allocataires).

7) A quelle hausse du nombre de personnes âgées dépendantes peut-on s'attendre ?

L'Insee a développé une méthode de projection du nombre de personnes potentiellement dépendantes, fondée sur les projections démographiques et l'enquête Handicaps-Invalidités-Dépendance. Cette méthode est un outil pour la prospective, sans toutefois être assimilable à une prévision du nombre de bénéficiaires de l'APA.

Le nombre de personnes potentiellement dépendantes de plus de 60 ans augmenterait de 8% environ de 2006 à 2015. Dans le même temps, la population des personnes âgées de plus de 60 ans s'accroîtrait en effet de près d'un quart, en prenant en compte un accroissement tendanciel de l'espérance de vie, soit environ deux ans d'espérance de vie supplémentaire de 2006 à 2015.



Source : Insee - Omphale - Enquête Handicaps-Invalidités-Dépendance 1998-1999

Graphique illustrant l'évolution projetée du nombre de personnes de plus de 60 ans potentiellement dépendantes dans le département du Pas-de-Calais :

L'écart entre les évolutions attendues pour le nombre de personnes potentiellement dépendantes d'une part, et l'évolution attendue du nombre de personnes de plus de 60 ans d'autre part, tient en partie à l'amélioration tendancielle de l'état de santé. Il s'explique également du fait de la composition par âge de la population. Ce sont essentiellement les sexagénaires qui seront plus nombreux d'ici 2015. Or ils sont moins souvent concernés par la dépendance que les personnes plus âgées.

8) Les personnes dépendantes de demain seront surtout des personnes très âgées

Dans l'hypothèse d'une amélioration tendancielle de l'état de santé, c'est aux âges les plus élevés que le nombre de personnes potentiellement dépendantes augmenterait le plus fortement. Or les personnes les plus âgées sont aussi celles qui sont le plus souvent hébergées en établissement.

Dans ces conditions, si les pratiques en matière de mode d'hébergement se maintenaient, le nombre de personnes âgées dépendantes hébergées en établissement devrait s'accroître de 15% de 2006 à 2015.

Ce scénario ne peut toutefois préjuger des évolutions de l'offre d'hébergement, des services à domicile, ou encore du niveau d'entraide de l'entourage, sous l'effet notamment des politiques publiques en la matière.

Au-delà de 2015, il est difficile de faire des hypothèses sur l'évolution de l'état de santé et des modes de vie des personnes âgées et d'en déduire une projection du nombre de personnes âgées dépendantes. Mais il est certain que la génération nombreuse du baby-boom atteindra des âges élevés : c'est alors, vraisemblablement, que les enjeux liés aux besoins spécifiques des personnes âgées seront les plus marqués.

CHAPITRE 2

LE PILOTAGE DU SCHÉMA

→ SON ÉCRITURE

→ SA MISE EN ŒUVRE



Autorisés par délibération de la Commission Permanente du 19 février 2007, les travaux d'écriture du nouveau schéma gérontologique ont été lancés le 23 mai 2007 par son Comité de Pilotage qui se réunissait pour la première fois.

Le second schéma, qui couvrait la période 2000 - 2005, avait préalablement fait l'objet d'une prorogation jusqu'au 31 décembre 2007.

Les dispositions de la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales font de ce schéma un acte politique majeur pour le Département. En effet, il appartient désormais au seul Conseil Général, après concertation avec le représentant de l'Etat dans le département et avis du comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale, d'adopter le schéma départemental (CASF – Art. L.312 – 5).

Le Conseil Général est donc désormais chef de file de l'action sociale gérontologique sur son territoire.

Il faut souligner que ce positionnement n'a fort heureusement pas mis un terme à la culture partenariale riche et sincère développée dans le Pas-de-Calais, avec les services de l'Etat et de l'Assurance Maladie. En partageant avec le Département la charge méthodologique et d'animation des travaux préparatoires, ces partenaires privilégiés (DDASS et CRAM) ont incontestablement enrichi le schéma, tout comme l'ont fait l'ensemble des participants aux différentes étapes de la réflexion, sans qui, ce schéma n'aurait pu voir le jour.

I : L'élaboration d'un schéma de troisième génération dans le Pas-de-Calais

1) Qu'est-ce qu'un schéma départemental ?

Le schéma d'organisation sociale et médico-sociale est un outil de programmation rendu obligatoire par la loi du 6 janvier 1986* et renforcé par la loi du 2 janvier 2002**.

Etabli pour 5 ans et révisable, il définit les choix politiques et les conditions de leur mise en œuvre, en faveur d'un public cible : enfance, personnes handicapées, personnes âgées ...

L'article L. 312 – 4 de la section 3 du Code de l'action sociale et des familles (CASF) précise son contenu. Ainsi, un schéma :

- apprécie la nature, le niveau et l'évolution des besoins sociaux et médico-sociaux de la population,
- dresse le bilan quantitatif et qualitatif de l'offre existante,
- détermine les perspectives et objectifs de développement de cette offre,
- précise le cadre de la coopération et de la coordination entre les différents établissements et services,
- définit les critères d'évaluation des actions mises en œuvre.

2) Une élaboration bâtie sur trois grands principes directeurs

Toute la démarche d'écriture s'est appuyée sur :

1° - un travail partenarial très affirmé, avec tous les acteurs du champ gérontologique, à plusieurs niveaux :
- partage de la méthode et de l'animation avec la DDASS (qui représente à l'échelle du département, le Préfet et l'ARH)*** et la CRAM,

- contribution des acteurs de terrain à toutes les phases de travail : réflexion - écriture – mise en œuvre – suivi – évaluation.

2° - une dimension territoriale construite à partir de diagnostics territoriaux et l'ambition d'une déclinaison locale à venir des grandes orientations qui auront été définies à l'échelle départementale. Cette démarche de territorialisation du schéma nous autorise à le qualifier de **schéma de « 3^e génération »**, en ce qu'il impacte l'organisation de l'institution départementale, tant sur le plan de sa conception que de sa mise en œuvre.

* Loi n° 86-17 du 6 janvier 1986 adaptant la législation sanitaire et sociale aux transferts de compétences en matière d'aide sociale et de santé

** Loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

*** ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation

3° - une approche globale de la personne âgée, qui nous entraîne au-delà du strict cadre médico-social (vers les thématiques de l'accessibilité, du transport, de la prévention de la perte d'autonomie et du soin), et nous fait également sortir du champ gérontologique pour converger vers le handicap et les actions de la Maison Départementale des Personnes Handicapées.

3) Une méthodologie dynamique, basée sur un partenariat fort avec tous les acteurs concernés

L'élaboration de ce schéma s'appuie sur une méthodologie reposant à la fois sur une **analyse critique de l'existant** et sur une **large concertation des principaux acteurs** concernés, dont sont issues les propositions d'actions retenues pour les cinq années à venir.

- Ce travail de réflexion a été placé sous la responsabilité de deux instances décisionnelles :

> Le Comité de Pilotage : co-présidé par le Vice-Président du Conseil Général chargé des personnes âgées et le directeur de la DDASS, il a assuré une mission de cadrage : validation de la méthodologie, organisation des différentes phases de bilan et concertation, validation des travaux des groupes, validation de l'avant projet de schéma.

Sa composition :

- élus du Département
- représentants institutionnels : DDASS - DRASS - ARH
- représentants des collectivités territoriales : Région - association des maires du Pas-de-Calais
- UDCCAS
- représentants des organismes financeurs : CRAM – MSA – CARMi – RSI
- URCAM
- personnes qualifiées : Union Régionale des Médecins Libéraux - CODERPA

> Le Groupe Projet : co-animé par le Département et l'Etat, il a assuré la maîtrise d'œuvre technique de l'ensemble des travaux : planification de l'ensemble des travaux et suivi de leur avancement, régulation, interface avec le Comité de Pilotage, dont il a préparé les réunions, rédaction de l'avant projet de schéma en fonction des orientations retenues par le Comité de Pilotage à la suite de la synthèse des travaux d'ateliers.

Sa composition :

- les fédérations : FHF - FEHAP - URIOPSS - SYNERPA
- AD - PA ; UDCCAS ; centres sociaux
- Associations gestionnaires de services : ADMR - UNA - DIRDOM
- Pas-de-Calais Alzheimer
- Les caisses : CRAM - CARMi - MSA - RSI
- 2 CLIC
- Maisons du Département Solidarité
- Personnes qualifiées : médecin coordonnateur, médecin départemental, médecin inspecteur de santé publique, Conseil Départemental Consultatif des Personnes Handicapées (CDCPH) ; CODERPA ; techniciens DDASS - CRAM - Conseil Général.

- L'analyse de l'existant et l'ébauche de perspectives ont été conduites par deux types de groupes de travail :

> 7 groupes thématiques : soit un pour chaque thématique préalablement définie, sous un pilotage unique ou mixte CG - DDASS - CRAM. Ils ont fait émerger les difficultés et insuffisances de la situation actuelle, à l'échelon départemental, et ont proposé des orientations et des fiches actions. Ils se sont réunis de septembre à décembre 2007 et ont regroupé entre 15 à 20 partenaires représentatifs par séance de travail.

Leur composition : une vingtaine de personnes ayant des compétences et de l'expérience dans les thématiques traitées.

> **9 groupes de diagnostics territoriaux** : ils ont établi, de manière concertée et partagée, le diagnostic de la situation gérontologique de chacun des 9 territoires constituant le département (analyse des besoins, évaluation de l'offre de service existante et de la coordination des acteurs).

Leur composition : présidés par les Présidents des commissions locales d'APA et co-pilotés par les directeurs des Maisons du Département Solidarité, les agents du Service Pilotage et Développement, ils ont réuni, outre les acteurs institutionnels, l'ensemble des directeurs d'établissements et services médico-sociaux de chaque territoire.

Mise en place de septembre 2007 à janvier 2008, cette méthodologie rigoureuse, enrichie par l'implication du CODERPA, a permis au Département de faire de la démarche de planification une occasion unique de mobilisation de l'ensemble des acteurs du champ gérontologique.

II : Piloter et territorialiser la mise en œuvre du schéma

1) Mettre en œuvre, suivre et évaluer le schéma

Le précédent schéma ne prévoyait pas de dispositif de suivi et d'évaluation des actions mises en œuvre. Or, un tel dispositif doit permettre, dans le cadre d'une démarche partenariale et concertée, d'adapter de manière régulière les actions menées aux besoins identifiés (précisé par la loi du 2 janvier 2002 dans son article 18 portant sur les schémas d'organisation sociale et médico-sociale). Ce nouveau schéma est donc doté d'instances de suivi et de procédures d'évaluation à même de garantir la pertinence et la cohérence des actions menées à travers :

- la mise en place d'un Comité Départemental de Suivi du Schéma,
- le renforcement et l'implication du CODERPA dans le suivi du schéma.

Chacune des 31 fiches actions contient une rubrique « Evaluation » qui définit des indicateurs quantitatifs et qualitatifs permettant de vérifier d'une part, la progression de la réalisation de l'action et, d'autre part, l'efficacité et l'efficience de l'action. Annuellement, une présentation de l'évaluation des fiches actions engagées sera faite devant les instances de suivi du schéma : Le Comité Départemental de Suivi du schéma et la Commission « schéma » du CODERPA.

Cette évaluation en continu des actions du schéma alliée à une capacité de veille sur les évolutions des besoins des publics âgés doit permettre des ajustements éventuels dans les actions, voire dans les orientations du schéma afin d'en améliorer la pertinence.

A l'issue de la période quinquennale de validité du schéma, une évaluation quantitative et qualitative sera menée sous la responsabilité du Comité Départemental de Suivi.

a) Mise en place d'un Comité Départemental de Suivi du Schéma

Le Comité Départemental de Suivi du Schéma assure le pilotage du schéma, il est le garant de sa mise en œuvre. C'est lui qui décide **des axes de travail prioritaires** à développer chaque année et **du calendrier** des chantiers à lancer.

On lui rend compte de l'état de réalisation des actions qu'il a repérées comme étant prioritaire. Toutes propositions d'évolutions des structures ou des procédures faites par les groupes de travail constitués pour mener à bien les fiches actions du schéma lui sont d'abord présentées pour décision et validation.

Chaque Comité Territorial Gérontologique lui fait part de l'avancée de ses travaux. Le Comité de suivi est ainsi capable de capitaliser les initiatives menées sur les territoires en vue d'une éventuelle diffusion sur tous les territoires. Il est également compétent pour soutenir des expérimentations propres à chacun des territoires. Il peut opérer d'éventuels ajustements dans les orientations du schéma.

Co-présidé par le Président du Conseil Général et le Préfet, **il se réunit au moins une fois par an** et rend un bilan d'étape annuel écrit sur l'avancée de la réalisation du schéma.

Il est composé de :

- 5 élus de la commission des affaires sociales et familiales, de la santé et du logement du Conseil Général
- Un représentant de la DDASS, de la DRASS et de l'ARH
- Un représentant de chacune des caisses de retraite : CRAM, MSA, RSI, CARM
- Un représentant de l'URCAM
- Un représentant du Service Médical Régional de la CRAM
- Un représentant de la MDPH
- Un représentant de l'UDCCAS
- Un représentant de l'association des maires du Pas de Calais
- Un représentant du Comité Départemental de Pilotage des CLIC
- Un représentant de MEOTIS
- Un représentant de Pas de Calais Alzheimer
- Un représentant de chacun des 9 Comité Territorial Gérontologique
- Un représentant de la Commission Suivi du schéma et de la Commission Citoyenneté du CODERPA
- Un représentant de l'URMEL
- Un représentant de chacune des fédérations : FHF, FEHAP, URIOPSS, SYNERPA
- Un représentant des associations gestionnaires de services à domicile : UNA, ADMR.
- Un représentant de l'Association des Directeurs d'établissement d'hébergement des Personnes Agées (AD-PA)
- Un représentant de l'association des directeurs de services à domicile (DIRDOM)
- Un représentant de la fédération départementale des centres sociaux.

Le comité peut s'adjoindre des personnes qualifiées.

b) Renforcer l'implication du CODERPA dans le suivi et la mise en œuvre du schéma

La loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales a élargi les compétences des Départements en ce qui concerne l'action sociale et la représentation des retraités et des personnes âgées.

L'article 57 de cette loi stipule en effet :

« Le comité départemental des retraités et personnes âgées est une instance consultative placée auprès du Président du Conseil Général.

La composition et les modalités de fonctionnement des Comités Départementaux des Retraités et Personnes Agées qui réunissent notamment des représentants des associations et organisations représentatives, sur le plan local, des retraités et personnes âgées, sont fixées par délibération du Conseil Général. Les membres du comité sont nommés par arrêté du Président du Conseil Général ». (Article L 149-1)

Eu égard aux délibérations du Conseil Général des 6 février et 18 septembre 2006, un arrêté du Président du Conseil Général du 21 décembre 2006 a chargé le CODERPA des missions suivantes :

- participation aux travaux préparatoires à l'élaboration du schéma d'organisation sanitaire et sociale, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation des orientations retenues par le schéma,
- avis sur tout projet, programme ou étude concernant les retraités et personnes âgées, pour lesquels il serait consulté par le Conseil Général,
- participation à diverses instances de travail,
- réalisation, à la demande du Conseil Général, de missions d'expertise sur des sujets spécifiques ou transversaux, ou d'actions d'information et de sensibilisation auprès du public.

Par la création de deux commissions l'une sur le « suivi du schéma », l'autre sur « la citoyenneté », le CODERPA, et notamment les membres du 1^{er} Collège (associations de retraités), seront directement impliqués dans la réalisation du schéma à travers :

- la participation à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation
- le co-pilotage avec le Conseil général de l'orientation 1 «maintenir l'exercice d'une pleine citoyenneté»
- la diffusion de l'information et de la communication sur le schéma et ses avancées vers l'ensemble du public concerné (préretraités, retraités)

2) Créer des outils de connaissance et de veille stratégique

Le vieillissement de la population du Pas-de-Calais s'accompagne d'évolutions sociales qu'il convient de connaître et de suivre pour mieux être à même de répondre aux besoins de nos concitoyens.

Il convient de doter les instances départementales et locales de pilotage du schéma, d'outils de connaissance et de veille stratégique permettant de disposer d'une photographie des besoins et des réponses en temps réel. Ces outils devraient également faciliter l'orientation des promoteurs d'équipements médico-sociaux vers les territoires prioritaires.

En effet, trop souvent, les enjeux attachés à la procédure d'autorisation des équipements («le dossier CROSMS») sont souvent mal connus du promoteur de projet. Une plus grande transparence et précision dans la définition et localisation des besoins sont de nature à améliorer la qualité et le ciblage des projets qui nous seront soumis.

⇒ Formaliser une démarche d'observation des besoins et des réponses apportées

- Mettre en place des outils d'observation des évolutions des publics âgés à l'échelle départementale et territoriale en s'appuyant notamment sur l'observatoire social régional auquel le département du Pas de Calais s'est associé depuis plusieurs années.
- Créer une base de données des réponses (places existantes et autorisées) dynamique, actualisée à minima après chaque CROSMS et accessible aux promoteurs en s'inspirant du travail déjà réalisé autour « des tableaux de bord territoriaux »
- Mettre en place des espaces de discussions et d'échanges sur l'adéquation des besoins et des réponses (suivi des autorisations délivrées suite aux séances CROSMS notamment). Cette mission pourrait être dévolue au comité territorial gérontologique.

3) Territorialiser la mise en œuvre du schéma

Depuis 2003, afin de rapprocher les services des publics concernés, le Département du Pas-de-Calais s'est engagé dans une démarche de territorialisation de ses politiques et de ses actions en structurant son fonctionnement à partir de 9 territoires. Sur le volet social, les 9 Maisons du Département Solidarité sont garantes de la mise en œuvre des politiques à l'échelle de leur territoire. La politique gérontologique du département a elle aussi intégré cette dimension à même de garantir une réponse de proximité et de qualité car proche de l'expression des besoins des personnes âgées. Ainsi avec la mise en place de la PSD puis de l'APA, c'est un véritable maillage des territoires en équipes médico-sociales chargées localement d'instruire les demandes et de suivre les plans d'aide qui a été constitué.

Pour aller plus loin, en favorisant l'émergence de réels projets de développement gérontologique local, le Département a décidé de s'engager dans une déclinaison locale de son nouveau schéma gérontologique. Ce choix s'est tout d'abord traduit dans la démarche d'écriture du schéma par la constitution de 9 diagnostics gérontologiques territoriaux élaborés grâce à une concertation étroite avec les acteurs locaux au cours de réunions de travail collectives sur les territoires. Par ailleurs, ce recueil d'informations auprès des territoires est venu nourrir la réflexion qui été menée à l'échelle départementale sur les grandes thématiques gérontologiques.

Le chapitre 5 rappelle la démarche du diagnostic gérontologique territorial et présente la synthèse de ce document établi sur chacun des 9 territoires.

Une fois le schéma adopté, il conviendra de retourner vers les territoires pour finaliser les projets gérontologiques de territoire.

a) Mettre en place les projets gérontologiques de territoire



Il s'agit de décliner localement le schéma sur chacun des 9 territoires.

Car territorialiser le schéma, c'est garantir une meilleure adaptation des réponses aux besoins des personnes âgées vivant sur un territoire.

Sur les 9 territoires, il s'agira donc de :

1 : Ecrire et mettre en œuvre un projet gérontologique de territoire à partir, d'une part, des grandes orientations stratégiques du schéma et d'autre part, des axes de travail prioritaires pour le territoire repérés lors de la rédaction du diagnostic territorial.

Le projet gérontologique de territoire est un document partagé qui définit à partir du diagnostic de la situation locale, les thématiques à travailler et les actions à développer vers les publics âgés du territoire pour la durée du schéma 2008-2012.

Les domaines potentiellement et progressivement concernés par le projet gérontologique de territoire sont les suivants :

- la coordination des projets institutionnels (développement capacitaire ou de nouvelles modalités de prise en charge, complémentarité et continuité des prises en charge,...) notamment à travers le suivi des conventions de coopération visant à assurer la continuité des prises en charge (CH/EHPAD et CH/HAD/SSIAD/SAAD)
- la mutualisation de certains moyens (notamment autour de ressources rares : médecins, psychologues, ergothérapeutes, ...)
- le développement de projets communs (en matière de formation, de prévention, de prise en charge, ...)
- le développement de la fonction d'observatoire (de l'offre résidentielle et de services notamment)

2 : Mettre en œuvre un Comité Territorial Gérontologique animé par la Maison du Département Solidarité, en s'appuyant sur les ressources du territoire.

Il est constitué sur chacun des 9 territoires une instance locale pérenne présidée par un conseiller général du territoire. Ce Comité piloté par le Département regroupe localement tous les acteurs du champ gérontologique. Sa composition pourrait être la suivante :

- DDASS
- CLIC
- Gestionnaires d'établissements ou de services médico-sociaux pour personnes âgées
- CCAS
- Hôpitaux
- CODERPA
- Caisse Primaire d'Assurance Maladie, Caisses de retraite
- EPCI
- Associations locales de personnes âgées et/ou retraitées
- URMEL
- Centres Sociaux

En fonction des réalités locales et des thèmes abordés, d'autres acteurs locaux pourront être associés à la démarche de projet gérontologique de territoire.

Ce Comité territorial gérontologique a pour missions de :

- décliner localement le schéma au travers de la rédaction d'un projet gérontologique de territoire
- mettre en œuvre le projet gérontologique de territoire pour la durée du schéma
- repérer les besoins et thématiques complémentaires éventuels au-delà de ceux recensés dans le schéma et interpellier le Comité Départemental de Suivi sur ces sujets
- contribuer à la coordination des différents acteurs pour une meilleure articulation des professionnels auprès des personnes âgées du territoire
- rechercher un partenariat élargi (communes, bailleurs,...) pour améliorer les réponses à apporter au public âgé

Cette instance n'a pas vocation à traiter de situations individuelles de personnes âgées. Il s'agit d'un lieu de concertation des acteurs et d'articulation des actions menées sur les territoires en matière gérontologique.

Dans l'année suivant l'adoption du schéma, ces instances locales produisent le projet gérontologique de territoire. Celui-ci est présenté en session du Comité Départemental de Suivi du schéma.

Chaque année, un bilan de l'avancée du projet gérontologique de territoire est entrepris ; il est ensuite remonté au Comité Départemental de suivi.

III : LES MODALITES DE MISE EN OEUVRE ET DE SUIVI DU SCHEMA

