

### POPULATION

## Accompagner la dépendance en Poitou-Charentes

*Le vieillissement attendu de la population s'accompagnera inévitablement d'une plus forte occurrence de la dépendance. Dans la région, le nombre de personnes âgées dépendantes devrait augmenter de 38 % entre 2010 et 2030. La Charente-Maritime sera le territoire le plus marqué par cette évolution. Les personnes âgées aspirent majoritairement à demeurer chez elles. Ce maintien à domicile nécessite des aménagements, non seulement pour les personnes dépendantes, particulièrement en Poitou-Charentes où les personnes âgées résident principalement dans de grands logements et en zone rurale, mais également pour leurs aidants. Le recours aux services à la personne devrait s'en trouver accru, notamment les services d'aides ménagères, gardes à domicile ou portage de repas dont le volume en équivalents temps plein (ETP) augmenterait de 41 % d'ici 2020. Cependant, le nombre de résidents dans un établissement d'hébergement devrait augmenter de 20 % d'ici 2020. Le nombre d'emplois en ETP progresserait alors de 22 % dans les établissements de la région.*

#### **Le Projet Régional de Santé accompagne les enjeux liés à la perte d'autonomie**

Poitou-Charentes est la 4<sup>e</sup> région la plus âgée de France. Face à ce constat, l'offre en santé constitue un enjeu majeur pour le système de santé régional. L'accès aux soins et à la prévention en médecine de ville, l'organisation de l'offre hospitalière et médico-sociale, doivent tenir compte de l'évolution des besoins liés au vieillissement de la population et aux situations de polypathologies.

La connaissance du nombre de personnes âgées potentiellement dépendantes à un niveau géographique infra départemental et à l'horizon 2020, permet de mieux appréhender les besoins futurs en termes d'équipements et d'emplois.

Dans ce but, le Projet Régional de Santé (PRS) a pour objectif de réduire les écarts intra-régionaux en matière d'équipement, et de développer les structures de répit (accueil de jour, hébergement temporaire) et les services, pour répondre au souhait des personnes âgées en perte d'autonomie de demeurer le plus longtemps possible à leur domicile.

En termes d'emplois, la formation des professionnels de santé aux soins à destination des personnes âgées, l'émergence de nouveaux métiers et l'évolution des métiers liés à l'accompagnement des personnes et de leurs aidants (domicile ou institution), font partie des objectifs dédiés à l'amélioration de la qualité du système de santé.

François-Emmanuel Blanc,  
Directeur Général de l'ARS

« Je viens de voir maman, je ne suis pas sûr qu'elle pourra rester encore longtemps toute seule dans sa maison. Il va peut-être falloir réfléchir à une solution... Moi, je ne peux pas y aller tous les jours... »

Avec le vieillissement inéluctable de la population, ces paroles vont être prononcées de plus en plus fréquemment en France. Comment éviter qu'une perte progressive d'autonomie ou une maladie neuro-végétative se transforme en calvaire, non seulement pour la personne âgée concernée mais également pour ses proches ? À quelles conditions la personne désireuse de choisir son lieu de vie le peut-elle vraiment ?

### Un nombre de personnes âgées dépendantes de plus en plus important...

Le terme de dépendance des personnes âgées, apparu en France en 1973, désigne un état d'incapacité ou le besoin d'être aidé par un tiers pour réaliser les actes de la vie courante comme s'habiller, se laver, se nourrir, etc.

Plusieurs démarches ont été initiées à l'occasion du grand débat national sur la dépendance qui a eu lieu au premier semestre 2011. Différents groupes de travail nationaux ont été constitués pour organiser la réflexion et la prospective sur la dépendance des personnes âgées (cf méthodologie). Ces travaux ont permis de dégager différents scénarios. Selon l'hypothèse « optimiste » tout gain d'espérance de vie se ferait intégralement en bonne santé. Un tel scénario amènerait une augmentation de 25 % de la population dépendante âgée de 60 ans et plus entre 2010 et 2030, soit un peu plus de 54 400 personnes âgées dépendantes en Poitou-Charentes à l'horizon 2030. Dans l'hypothèse « pessimiste », envisageant que les gains d'espérance de vie se feraient sans changement sur les taux de dépendance, la population âgée dépendante augmenterait de 47 % d'ici 2030, soit un effectif projeté de 65 700 personnes âgées dépendantes.

Entre ces deux hypothèses « extrêmes », l'hypothèse intermédiaire consiste à considérer que la part de l'espérance de vie sans incapacité dans l'espérance de vie restera stable. Cette hypothèse intermédiaire entraînerait une augmentation de 38 % du nombre de personnes âgées dépendantes dans la région, soit un effectif projeté de 61 000 personnes en 2030.

Ces différents scénarios influent donc sur l'ampleur des évolutions projetées mais ne remettent pas en cause la dynamique d'accroissement du nombre de personnes dépendantes. Par la suite, l'étude se focalisera sur les résultats issus du scénario intermédiaire.

### ... dû au vieillissement attendu de la population

L'accroissement du nombre de personnes âgées trouve sa source dans le vieillissement de la population. Ainsi, la région Poitou-Charentes devrait compter près de 690 000 personnes de 60 ans et plus à l'horizon 2030, ce qui représente une augmentation de 42 % par rapport à 2010 (contre 39 % au niveau national). Si aujourd'hui, les personnes âgées d'au moins 60 ans ne représentent que 26 % de la population de Poitou-Charentes, elles seront 35 % en 2030. Le nombre de picto-charentais très âgés, ayant atteint ou dépassé 80 ans, devrait dépasser 182 000, soit 50 % de plus qu'en 2010. Quant au nombre de centenaires, il devrait tripler d'ici 2030, passant de 1 000 à 3 000 en 20 ans. Ce vieillissement trouve son origine dans l'avancée en âge des générations du baby-boom des années 1945-1975. Ce phénomène est amplifié par l'augmentation simultanée de l'espérance de vie, masculine et féminine. Un troisième facteur joue en faveur du vieillissement en Poitou-Charentes, celui de la forte attractivité démographique du littoral notamment pour les retraités.

### Un accroissement du nombre de personnes dépendantes plus important en Charente-Maritime

La Charente-Maritime devrait être le 5<sup>e</sup> département le plus attractif de métropole d'ici à 2030, tous âges confondus. Ainsi, environ un quart des 272 000 personnes âgées de plus de 60 ans que devrait compter la Charente-Maritime en 2030 n'y habitent pas aujourd'hui. Avec un accroissement de 46 %, la progression du nombre de personnes âgées dépendantes devrait donc y être la plus importante de la région (illustration 1).

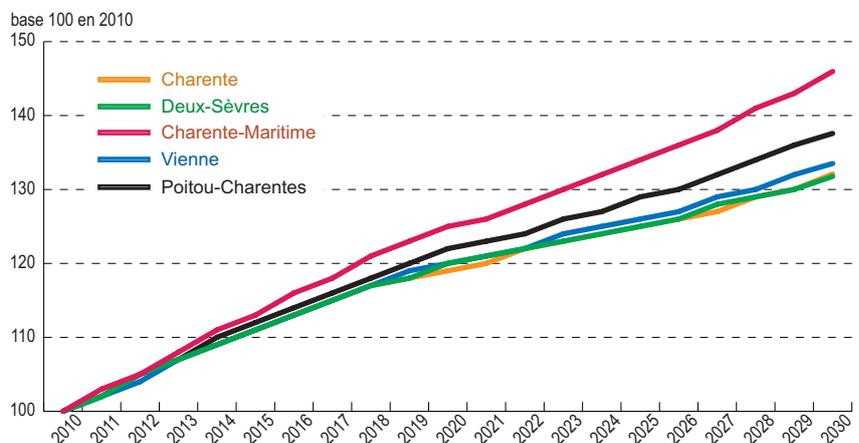
L'augmentation du nombre de personnes dépendantes atteindrait 34 % dans la Vienne et 32 % dans les Deux-Sèvres et la Charente. L'accroissement du nombre de personnes âgées dépendantes est moindre dans le département de Charente car il compte déjà une proportion plus importante qu'ailleurs de personnes âgées dépendantes.

### Le taux de dépendance diminue entre 2010 et 2030

Si l'évolution de la dépendance résulte essentiellement de la structure par âge et sexe de la population, elle dépendra aussi des progrès de la médecine. Ainsi, le taux de dépendance parmi les plus de 60 ans (part des personnes âgées dépendantes dans la population des personnes âgées) diminue entre 2010

## Une hausse potentielle du nombre de personnes dépendantes de plus de 30 % dans tous les départements

### Évolution de la population dépendante entre 2010 et 2030 (illustration 1)

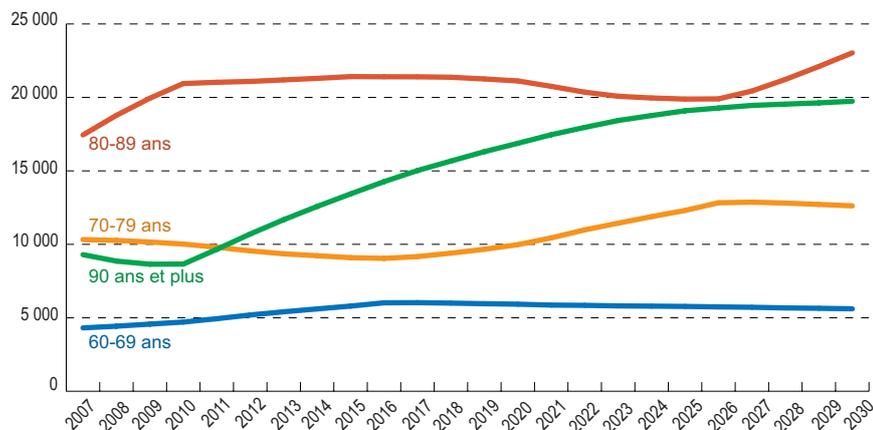


Source : Insee (enquêtes Handicap-Santé, Omphale scénario central, Recensement de la population 2007)

## Près d'un tiers des personnes dépendantes aurait plus de 90 ans en 2030

### Évolution de la population dépendante en Poitou-Charentes selon l'âge

(illustration 2)



Source : Insee (enquêtes Handicap-Santé, Omphale scénario central, Recensement de la population 2007)

**Note de lecture :** la croissance du nombre de personnes dépendantes de 60-69 ans entre 2007 et 2016 correspond à l'arrivée parmi les sexagénaires des premières générations du baby-boom. Ces générations sont ensuite à l'origine de la croissance du nombre de personnes dépendantes entre 70 et 79 ans de 2017 et 2026, puis du nombre de personnes dépendantes entre 80 et 89 ans à partir de 2027. Ces générations se retrouveront ensuite au-delà de 90 ans à partir de 2037...

et 2030, passant de 9,1 à 8,8 %. Cela est dû essentiellement à la baisse du taux de dépendance des personnes âgées entre 70 et 80 ans. Il s'agit des premières générations du baby-boom qui atteindront 70 ans en 2015. Elles sont plus nombreuses et ont bénéficié de gains d'espérance de vie importants du fait de l'amélioration des conditions de vie (hygiène, santé...), de politique de prévention et de prise en charge de la dépendance. En 2025, ces générations dépasseront les 80 ans et entreront alors dans les âges où la dépendance se développe. Quant aux taux de dépendance des personnes âgées de 80 ans et plus, ils demeureraient stables entre 2010 et 2030 (illustration 2).

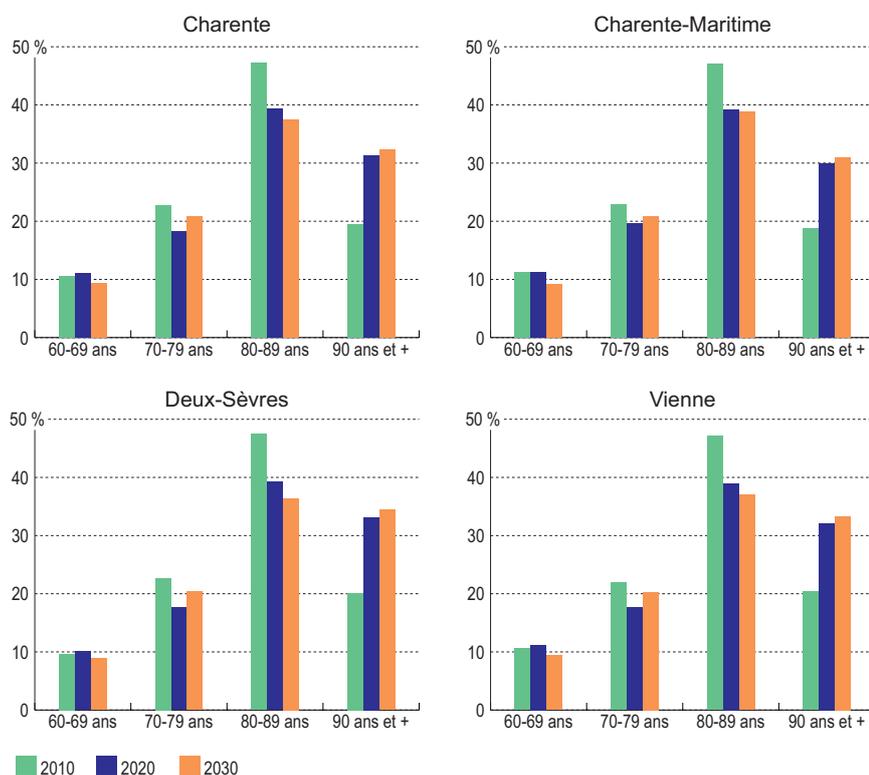
### Des dépendants de plus en plus âgés

Le taux de dépendance au-delà de 90 ans variant peu entre 2010 et 2030, le nombre de personnes âgées dépendantes de ces âges devrait augmenter par le simple fait du vieillissement de la population. En conséquence, les personnes de 90 ans et plus représenteraient près d'un tiers des individus dépendants en 2030 contre un cinquième en 2010 (illustration 3).

### L'écart homme - femme se réduit

Les écarts d'espérance de vie devraient se réduire entre hommes et femmes d'ici 2030. L'espérance de vie masculine à la naissance devrait gagner 5,4 ans (passant de 77,5 ans à 82,9 ans en 2040), contre 2,9 ans pour les femmes (de 85,0 ans à 87,9 ans). Cette réduction de l'écart devrait s'accompagner d'une diminution des disparités hommes-femmes en matière de dépendance. Ainsi, si le nombre d'hommes dépendants s'accroît de 43 % entre 2010 et 2030, le nombre de femmes dépendantes ne devrait augmenter que de 35 % sur la même période (illustration 4). Toutefois, malgré une réduction de l'écart, le nombre de femmes dépendantes demeurera largement supérieur à celui des hommes. En 2030, on compterait environ 38 000 femmes âgées dépendantes contre 23 000 hommes. L'accroissement du nombre d'hommes dépendants ne sera pas sans conséquence sur le travail des personnes intervenant auprès d'eux : d'une part les hommes sont en général

### Répartition de la population dépendante aux grands âges (illustration 3)



Source : Insee (enquêtes Handicap-Santé, Omphale scénario central, Recensement de la population 2007)

plus corpulents et donc plus difficiles à manipuler, et d'autre part les pathologies et les soins sont différents.

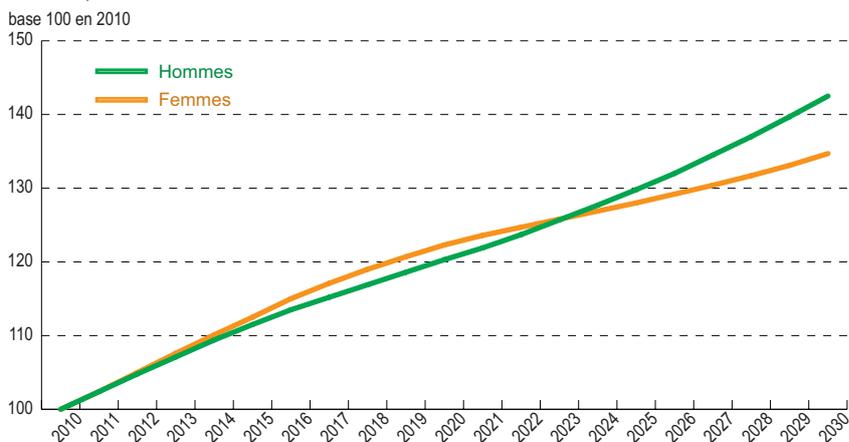
## Des populations qui aspirent à rester chez elles

Les personnes âgées sont majoritairement désireuses de rester à leur domicile. Selon une étude de la DREES de 2006 (cf. bibliographie), 80 % des personnes âgées souhaitent rester à domicile le plus longtemps possible. Les familles y sont généralement favorables, non seulement pour des raisons affectives, mais également pour des raisons économiques. Les différentes études semblent montrer que le reste à charge supporté par les familles est très inférieur à domicile, essentiellement parce que les aidants familiaux assurent une part importante de la prise en charge. En 2007 en Poitou-Charentes, 95 % des personnes de 60 ans et plus résident à domicile, dont 70 % vivent en ménage avec une autre personne et 25 % vivent seules. Seuls 5 % des personnes de 60 ans et plus résident en institution. Mais il existe des différences très importantes selon l'âge. Parmi les personnes âgées de plus de 80 ans, 47 % vivent en ménage avec une autre personne, 38 % vivent seules à domicile et 15 % vivent en institution. Les personnes âgées résidant à domicile sont très majoritairement propriétaires de leur logement.

Mais quelles sont les conditions nécessaires à un maintien à domicile ?

## Le nombre d'hommes dépendants devrait progresser plus vite que celui des femmes

### Évolution de la population dépendante en Poitou-Charentes selon le sexe (illustration 4)



Source : Insee (enquêtes Handicap-Santé, Omphale scénario central, Recensement de la population 2007)

## De grands logements qui pourraient être un frein au maintien à domicile

Les logements occupés par les personnes âgées sont rarement adaptés à leurs besoins. Ainsi la majorité des personnes âgées vit dans de grands logements : 45 % des personnes de 60 ans et plus à domicile vivent dans un logement de 5 pièces ou plus (illustration 5). Deux-Sèvres et Charente (49 et 47 %) affichent un taux supérieur à la Charente-Maritime et la Vienne (43 %). Les personnes de 75 ans et plus sont encore 39 % à occuper un logement de 5 pièces ou plus. Les personnes âgées sont peu nombreuses à vivre dans des logements d'une ou deux pièces. S'il constitue un patrimoine pour la personne, un logement de grande

taille n'est généralement pas adapté à la vie d'une personne dépendante : présence d'escaliers, entretien de la maison et jardin, charges financières induites...

D'autre part, les personnes âgées vivent plus souvent en milieu rural. 44 % des personnes de 60 ans et plus vivent en milieu rural en Poitou-Charentes, contre 38 % seulement pour l'ensemble des habitants. Au niveau métropolitain, seuls 23 % des personnes de 60 ans et plus résident en milieu rural. Cette proportion de ruraux âgés est particulièrement importante dans les départements de Charente, 49 %, et Deux-Sèvres, 50 %. Cela peut poser des problèmes d'accessibilité aux services, aux soins ou aux commerces.

## Les personnes âgées vivent majoritairement dans de grands logements

(répartition en %) (illustration 5)

	Charente	Charente-Maritime	Deux-Sèvres	Vienne	Poitou-Charentes
<b>Personnes de 60 ans et plus</b>					
vivant dans un logement de 5 pièces et plus	47	43	49	43	45
vivant dans un logement de 1 ou 2 pièces	6	7	6	7	6
propriétaires de leur logement	84	84	84	84	84
<b>Personnes de 75 ans et plus</b>					
vivant dans un logement de 5 pièces et plus	42	38	41	35	39
vivant dans un logement de 1 ou 2 pièces	8	9	8	11	9
propriétaires de leur logement	73	76	70	73	73

Source : Recensement de la population 2007

### Un maintien à domicile nécessite préventions et aménagements du logement...

La prévention peut limiter ou retarder la perte d'autonomie. Il peut s'agir d'une prévention contre différents accidents (chutes...), ou contre certaines pathologies, pouvant amener une perte d'autonomie. L'Organisation Mondiale de la Santé distingue trois niveaux de prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées. Le premier niveau touche l'ensemble de la population et est intégré aux plans de santé publique (nutrition, promotion de l'activité physique...). Le second niveau concerne le dépistage de certains risques ou pathologies (Accident Vasculaire Cérébral, maladies chroniques...) et doit bénéficier aux personnes les plus concernées. Le troisième niveau s'adresse aux personnes déjà en perte d'autonomie ou en incapacité temporaire (hospitalisation par exemple). Il s'agit alors de prévenir les dégradations de l'autonomie.

L'aménagement des logements, élément de prévention plutôt de second niveau, peut s'avérer décisif pour le maintien des personnes à domicile. Il peut s'agir de simples aménagements comme la pose d'une barre de maintien ou d'un tapis antidérapant, ou d'aménagements un peu plus importants, comme un accès de plain-pied, des meubles ou baignoires ergonomiques... D'autres aménagements, d'envergure, peuvent également être entrepris, comme l'installation d'un monte-escalier... Les opérations d'aménagement nécessitent un repérage des besoins, des cofinanceurs, des compétences de maîtrise d'œuvre, etc., mais également un processus d'accompagnement des personnes âgées afin de surmonter leurs réticences face aux changements.

Les gérontechnologies, technologies destinées aux personnes âgées pour les soins, le soutien à l'autonomie ou le développement du lien social, peuvent constituer un élément de prévention. Elles peuvent être intégrées au logement, afin de le sécuriser (détecteur de chute, télé-alarme) ou le gérer (commande à distance d'appareils). Elles peuvent également pallier en

### L'augmentation du nombre de personnes dépendantes serait plus importante le long du littoral

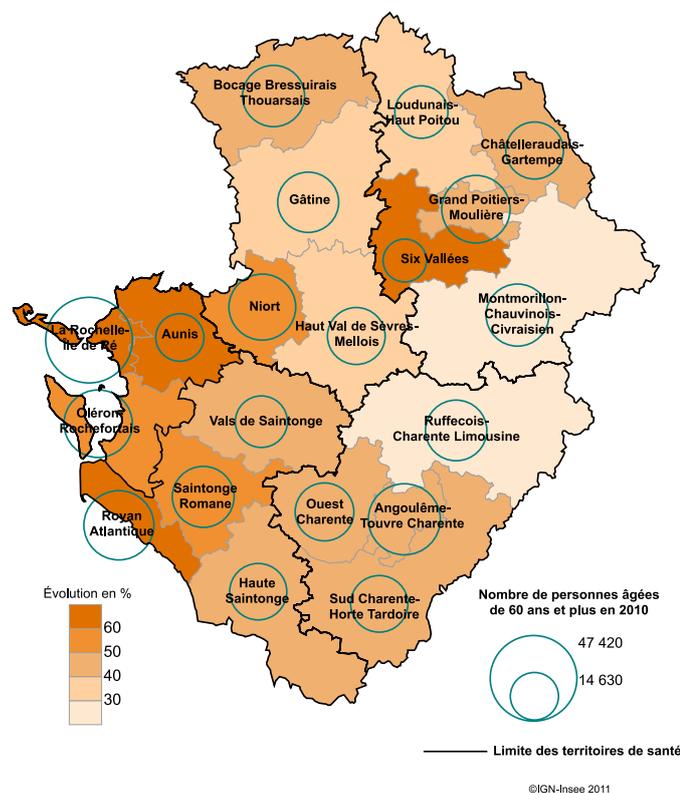
Le territoire régional a été découpé en vingt zones. Ces zones sont constituées de pays et communautés d'agglomération regroupés de façon à répondre aux critères requis par les méthodes de projections : territoires suffisamment peuplés, homogénéité des comportements démographiques, continuité géographique.

Parmi les regroupements de pays de Poitou-Charentes, quatre d'entre eux enregistreraient une augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes supérieure à 60 %. Trois se situent en Charente-Maritime, l'Aunis, Royan Atlantique et La Rochelle-Île de Ré. Ces territoires seront concernés à la fois par le vieillissement des personnes y ayant vécu mais également celui des personnes venues s'y installer la retraite venue. Le pays des Six Vallées devrait lui aussi connaître une augmentation importante de sa population de personnes âgées dépendantes, mais cela est dû au faible nombre de personnes concernées, 600 personnes dépendantes supplémentaires d'ici 2030.

Les évolutions les plus faibles, inférieures à 30 %, concerneraient des territoires déjà âgés, comptant déjà une proportion importante de personnes âgées dépendantes. Ainsi, le potentiel de croissance de la dépendance est faible dans le Ruffécois-Charente Limousine et dans le Montmorillonnais-Chauvinois-Civraisien.

### Évolution du nombre de personnes âgées dépendantes entre 2010 et 2030

#### Regroupement de pays et communautés d'agglomérations de Poitou-Charentes



partie la perte d'autonomie : aides à la communication (audio-prothèses), à la mobilité (déambulateurs intelligents), à la sécurisation (bracelets de géolocalisation). Aujourd'hui, les personnes âgées expriment davantage des besoins tournés vers la sécurité et le renforcement des liens sociaux plutôt qu'une substitution de la technologie à la présence humaine. L'essor de ces technologies est encore modéré, mais l'arrivée de nouveaux seniors, plus familiers des nouvelles techniques, peut à terme favoriser leur développement.

### **... et soutien aux aidants afin de leur éviter l'assignement**

Selon une enquête de la DREES, 83 % des aidants auprès des personnes âgées de 60 ans et plus sont des membres de la famille, les autres étant des amis, des voisins... Ils interviennent régulièrement dans les tâches de la vie quotidienne ou par un soutien moral ou financier. Les aides prennent différentes formes, selon la pathologie de la personne aidée, l'aidant lui-même (aidant solitaire ou plusieurs aidants, habitant sous le même toit que la personne dépendante ou non...) ou sa situation (si la moitié des aidants sont retraités, quatre aidants sur dix sont en emploi). Les soutiens aux aidants peuvent donc varier en fonction des situations particulières qu'ils connaissent.

Si l'action des aidants constitue un socle souvent indispensable au maintien à domicile des personnes âgées, ils ne peuvent pas être réduits ou assignés à ce rôle. L'enjeu est le développement de soutiens leur permettant de concilier vie personnelle et accompagnement d'un proche en perte d'autonomie, mais également la prévention de la détérioration de leur propre état de santé. Il n'existe pas de dispositif spécifique de conciliation de la vie professionnelle avec la fonction d'aidant de personne âgée dépendante, contrairement à ce qui est reconnu pour les aidants de personne handicapée.

Ce soutien passe par l'information, sur les aides et soutiens existants, mais aussi sur les pathologies et les handicaps. Par exemple, l'association

France Alzheimer met en place des formations au profit des aidants. Les aidants sont par ailleurs demandeurs de dispositifs et lieux de répit adaptés (accueil de jour et hébergement temporaire), offrant les moyens de garantir une qualité de vie permettant de prolonger le maintien à domicile. Ces structures de répit permettent une meilleure articulation entre vie professionnelle et familiale de l'aidant d'un côté et aide aux personnes âgées dépendantes de l'autre.

### **Le maintien à domicile nécessitera un recours accru aux services à la personne**

Les prévisions du nombre d'aidants familiaux sont fragiles : la modification des configurations familiales (familles recomposées, diminution du nombre d'enfants), le développement du travail féminin, la plus grande mobilité géographique des jeunes, laissent envisager des inflexions dans la nature de l'aide des enfants à leurs parents âgés. L'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes et la moindre disponibilité des aidants familiaux entraînera un recours accru à des services d'aides à domicile.

En maintenant constant les taux de recours actuels aux professionnels et le temps moyen passé par ceux-ci au domicile des personnes âgées dépendantes, le nombre d'ETP (équivalent-temps-plein) devrait augmenter de plus de 39 % entre 2010 et 2020 en Poitou-Charentes, et représenter environ 16 400 ETP en 2020. Les recours aux services d'aides ménagères, gardes à domicile ou portage de repas augmenteraient de 41 %. Les ETP en personnels soignants à domicile (infirmiers, aides-soignants...) devraient augmenter quant à eux de 38 % entre 2010 et 2020.

### **Adapter les établissements d'hébergement au défi de la dépendance**

Malgré le désir de la personne âgée de demeurer à domicile, des événements peuvent survenir, tel le décès du conjoint ou la nécessité de bénéficier d'un environnement médicalisé, qui

l'oblige à intégrer un établissement d'hébergement. L'augmentation du nombre de personnes dépendantes très âgées amènera une modification de la nature et du nombre d'emplois dans ces établissements d'hébergement.

Huit places d'hébergement sur dix se trouvent dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), qui permettent l'accueil de personnes âgées nécessitant une assistance journalière et permanente. L'EHPAD assure un ensemble de prestations comprenant le logement, les repas, les soins d'hygiène et médicaux, des animations... Il devient donc le nouveau domicile de la personne âgée.

Selon les études de l'Agence Régionale de Santé (cf. bibliographie), 12 % des personnes âgées de 75 ans et plus en Poitou-Charentes en 2007 résident dans un établissement. Les résidents ont en moyenne 85 ans et 3 résidents sur 10 ont atteint ou dépassé 90 ans. Les hommes, moins nombreux que les femmes, sont un peu plus jeunes : 81 ans contre 86 ans. D'une part ils entrent plus tôt en établissement (la moitié des hommes présents sont entrés avant 80 ans contre 83 ans pour les femmes), et d'autre part l'espérance de vie des femmes est supérieure à celle des hommes. Les études montrent que les personnes âgées intègrent un établissement d'hébergement plus tard qu'auparavant (l'âge moyen d'entrée était de 83 ans et 5 mois en 2007, soit 3 mois de plus qu'en 2003) et sont plus souvent dépendantes : 76 % des résidents sont dépendants, contre 68 % seulement en 2003.

Concernant les évolutions du personnel de ces établissements d'hébergement, selon les prévisions d'évolutions du nombre de places et les évolutions des taux d'encadrement dans les établissements d'accueil élaborées par l'Agence Régionale de Santé (cf. méthodologie), leur nombre augmenterait de 22 % (en ETP) dans les établissements de la région entre 2010 et 2020, soit environ 17 500 ETP en 2020.

L'âge moyen des résidents augmentant, l'encadrement médical des EHPAD devra sans doute être renforcé. Le nombre d'ETP en infirmiers diplômés d'état et en aides-soignants devraient augmenter de 23 % d'ici 2020. En revanche, les personnels d'encadrement, de direction ou de services généraux devraient augmenter plus faiblement, d'environ 20 %, si on conserve les mêmes structures d'emplois qu'aujourd'hui.

Les évolutions seront différentes selon les départements. En effet, les prévisions de créations de places d'EHPAD visent à réduire les inégalités territoriales. Ainsi, le département des Deux-Sèvres verrait le nombre d'ETP augmenter de 8 % entre 2010 et 2020. En effet, il présente un taux d'équipement largement supérieur à la moyenne nationale (153 lits pour 1 000 habitants en 2008 contre 121 lits au niveau métropolitain). Il ne devrait donc se créer que peu de places d'ici 2020. La Vienne a connu un phénomène de rattrapage en nombre de lits proposés ces dernières années et dépasse également le niveau national (133 lits pour 1 000 habitants). L'évolution du nombre d'ETP devrait être de 18 %. En revanche, les départements de Charente et surtout Charente-Maritime (110 lits pour 1 000 habitants) sont actuellement moins équipés et devraient bénéficier d'un effort lors des prochaines années. Ce surcroît du nombre de lits s'accompagnera d'une augmentation du nombre d'emplois dans les établissements. Ainsi, l'augmentation du nombre d'ETP devrait atteindre 23 % en Charente et 36 % en Charente-Maritime.

Or, ces recrutements supplémentaires, avec un besoin de professionnalisation accru, s'ajouteront aux importants besoins de remplacement des personnels partant en retraite. Un des enjeux essentiels de demain portera donc sur la formation de ces professionnels.

### Favoriser la qualité des services par la formation et les regroupements professionnels

Le secteur doit faire face aujourd'hui à des difficultés de recrutement, qu'il s'agisse d'aide à domicile ou en établissement. Ces difficultés sont dues en grande partie à la faible attractivité des métiers de l'aide à la perte d'autonomie. Ainsi, une partie importante des salariés travaillant dans le secteur de l'aide à domicile sont à temps partiel subi (seuls 30 % des salariés travaillent à temps complet en 2010 selon une étude de la DREES) et le salaire, qui atteint en moyenne 832 euros par mois est jugé insuffisant.

La formation est un des moyens de valoriser les métiers et d'améliorer la qualité des prestations. Elle se doit de continuer tout au long de la vie professionnelle, permettant d'accroître la professionnalisation des salariés.

Le regroupement de professionnels, médecins et paramédicaux de différentes disciplines, peut amener une réponse à l'évolution de la démographie médicale et aux aspirations des plus jeunes d'un côté, et à l'augmentation de la demande de l'autre. Exercer de manière regroupée, dans un pôle ou une maison de santé, permet de disposer d'une meilleure coordination et d'optimiser les déplacements d'usagers devant faire face à des soins de plus en plus distants. Pour une partie de la population, l'absence d'un service de transport adapté pèse fortement sur l'accès au soin.

### Un financement partagé entre collectivité et personne âgée

La majorité du financement de la dépendance sera un financement collectif. Actuellement l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie) constitue la principale aide publique en faveur de la dépendance. L'APA a fortement crû depuis sa création en 2002. En Poitou-Charentes, 21 800 personnes âgées dépendantes percevaient l'APA à domicile et 16 200 personnes en établissement. L'attribution de l'APA concerne les personnes de 60 ans ou plus appartenant aux GIR 1 à 4 (cf. méthodologie). À la charge des Conseils Généraux, elle n'est pas soumise à des conditions de ressources mais son calcul tient compte des revenus du bénéficiaire.

Une partie toutefois des dépenses reste à charge des personnes, qu'elles résident à domicile ou en établissement. Les personnes âgées présentent des revenus moindres en Poitou-Charentes qu'au niveau national. Ainsi la moitié des ménages de 60 ans et plus dont le référent fiscal est un homme ont déclaré 17 910 euros par unité de consommation en 2008, soit 1 400 euros de moins qu'au niveau national. Pour les femmes, la différence est d'un peu plus de 1 000 euros entre les niveaux de revenus déclarés régionaux et nationaux. En revanche, ces revenus sont moins inégaux. Ainsi, l'écart entre les revenus les plus élevés et les moins élevés est plus faible en Poitou-Charentes qu'en moyenne nationale (illustration 6).

#### Des revenus moindres qu'au niveau national mais moins inégaux

##### Dispersion des revenus\* par unité de consommation (euros annuels) (illustration 6)

	1 <sup>er</sup> quartile		Médiane		3 <sup>e</sup> quartile	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Charente	12 847	10 614	17 692	14 843	24 472	20 636
Charente-Maritime	13 615	11 072	18 970	15 470	26 860	21 798
Deux-Sèvres	12 315	10 576	16 284	14 286	22 664	19 510
Vienne	12 988	10 708	18 038	14 856	25 462	20 660
<b>Poitou-Charentes</b>	<b>12 998</b>	<b>10 798</b>	<b>17 910</b>	<b>14 989</b>	<b>25 277</b>	<b>20 901</b>
France	13 604	11 469	19 310	16 033	27 796	22 765

Source : Revenus Fiscaux Localisés 2008

(\*) Revenu déclaré par unité de consommation pour les ménages vivant en logement ordinaire dont le référent fiscal a 60 ans ou plus.

**Note de lecture** : la moitié des ménages du Poitou-Charentes dont le référent est un homme ont déclaré 17 910 € par unité de consommation en 2008, contre 19 310 euros en France.

De grandes disparités de revenus existent selon les générations. Chez les 60-69 ans, qui comptent peu de personnes dépendantes, les revenus d'activité ne sont pas rares, du moins pour les plus jeunes d'entre eux. Après 70 ans, ces revenus d'activité disparaissent. Ainsi, la moitié des personnes entre 60 et 69 ans ont déclaré 19 500 euros de revenu annuel par unité de consommation en 2008, tandis que les personnes entre 70 et 79 ans n'en déclaraient que 16 400 et qu'au-delà de 80 ans les revenus ne dépassaient pas 14 500 euros, soit 5 000 euros annuels de moins que les 60-69 ans.

Dans la région, les revenus déclarés par unité de consommation sont les plus élevés dans le département de Charente-Maritime. La médiane atteint 19 000 euros pour les ménages dont le référent est un homme et 15 500 euros pour les femmes, soit un peu moins que la moyenne nationale. Cela ne signifie pas que les revenus des hommes âgés soient supérieurs de 3 500 euros à celui des femmes, car dans un ménage de deux personnes, le référent fiscal est généralement l'homme et le revenu du ménage comprend celui de l'homme et de la femme. Un ménage dont le référent fiscal est une femme est la plupart du temps constitué d'une seule personne, donc d'un seul revenu... Dans le département de la Vienne, les revenus déclarés par unité de consommation sont légèrement inférieurs au niveau français. En revanche, les revenus sont nettement inférieurs en Charente et dans les Deux-Sèvres. Ces différences s'expliquent en partie par la plus grande part de la population qui vit dans des pôles urbains en Charente-Maritime et en Vienne. En effet, les revenus déclarés sont plus importants dans les communes urbaines que dans les communes rurales. Ainsi, en Charente-Maritime, la médiane atteint 21 300 euros dans les communes des pôles urbains, contre 16 700 euros dans les communes rurales. Dans les Deux-Sèvres, à l'autre bout de l'échelle des revenus, ce gradient s'étend de 18 200 euros dans les communes des pôles urbains à 14 400 euros dans les communes rurales.

## Repenser le vieillissement

L'augmentation de la population âgée et du nombre de personnes dépendantes a des conséquences sur l'organisation sociale, l'aménagement de l'espace et des territoires, le fonctionnement des services publics.

Les politiques locales présentent des actions envers les personnes âgées les plus fragiles, comme la mise en place de services (portage de repas ou de livres à domicile, télé-alarme, petits dépannages), des offres de sorties ou de clubs du troisième âge, des visites à domicile ou même des aides financières.

Mais la prise en charge de la dépendance des personnes âgées sera d'autant plus facilitée qu'elle aura pu être préparée par une politique du vieillissement développant le mélange des générations et leur entraide. Ainsi, il conviendrait de valoriser le rôle et les compétences des seniors. Cette valorisation peut prendre différentes formes, comme la mobilisation des seniors dans les réseaux associatifs ou les actions de bénévolat, le développement des actions intergénérationnelles, l'adaptation des équipements publics (horaires et tarifs) aux besoins et usages des personnes âgées. Ces actions permettent à la personne de conserver une bonne estime de soi, en restant engagée dans la société, de lutter contre l'isolement et la solitude et finalement, le plus important, de conserver le contrôle sur sa vie.

■  
Hubert PODEVIN

## Bibliographie

Les rapports des quatre groupes de travail nationaux (*cf. méthodologie*) :

«Société et vieillissement», piloté par Annick Morel

«Perspectives démographiques et financières de la dépendance», piloté par Jean-Michel Charpin

«Accueil et accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie», piloté par Evelyne Ratte

«Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées», piloté par Bertrand Fragonard

«Mission au profit du Président de la République relative à la prévention de la dépendance des personnes âgées», rapport présenté par André Trillard

«Bien-être et santé mentale : des atouts indispensables pour bien vieillir», rapport remis au Ministre chargé de la Santé, Olivier de Ladoucette

«Dépendance des personnes âgées et handicap : les opinions des Français entre 2000 et 2005» Amandine Weber, DREES, Études et résultats N°491 mai 2006

«Les établissements d'hébergement pour personnes âgées en Poitou-Charentes» Abdou Boina, Sylvie Merlière, ARS, Com'Stat n°5 novembre 2009

### **Le Projet Régional de Santé de Poitou-Charentes est adopté**

Le 15 décembre 2011, le Projet Régional de Santé (PRS) de Poitou-Charentes a été adopté. À cette date, son avis de publication et ses arrêtés ont été signés par le Directeur général de l'Agence Régionale de Santé, François-Emmanuel Blanc.

Entre le 1<sup>er</sup> septembre et le 31 octobre 2011, le PRS a été soumis à consultation auprès de la CRSA (Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie), du préfet de région et des collectivités territoriales, qui ont eu deux mois pour transmettre leur avis à l'ARS. Tous les avis ont été étudiés et pris en considération, avant de finaliser et adopter le PRS dans son intégralité : le Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS), les 5 Schémas régionaux et les 4 Programmes.

Le PRS de Poitou-Charentes est adopté pour cinq ans, mais reste révisable chaque année pour tout ou partie, ceci afin d'adapter au mieux ses objectifs et priorités aux évolutions des caractéristiques de santé de la région.

Consultable sur le site internet de l'ARS [www.ars.poitou-charentes.sante.fr](http://www.ars.poitou-charentes.sante.fr) sous forme de livre numérique, le Projet Régional de Santé est l'aboutissement d'une démarche stratégique opérationnelle et concertée, articulée entre les niveaux national et territorial.

Le PRS s'articule également avec les programmes régionaux de santé au travail, de santé en milieu scolaire, de santé des personnes en situation de précarité et d'exclusion et de santé et environnement.

Le Projet Régional de Santé de Poitou-Charentes est composé :

- du Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS), qui tient compte de l'état de santé de la population et des caractéristiques territoriales ;
- de 5 Schémas régionaux qui déclinent les orientations stratégiques en objectifs de santé : les Schémas d'organisation des soins hospitaliers et ambulatoires (SROS), d'organisation médico-sociale pour les personnes âgées et personnes handicapées (SROMS), régional de prévention (SRP), des systèmes d'information en santé (SDRSIS), et des ressources humaines des professionnels de santé (SRRH) ;
- de 4 Programmes d'action pour mettre en œuvre les Schémas : les Programmes interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC), régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS), pluriannuel régional de gestion du risque (PRGDR), et régional de développement de la télémédecine (PRT).



maison des sciences de l'homme et de la société

POITIERS

## Trois clés pour la préservation de l'autonomie des seniors

Le problème de la prise en charge de la dépendance des personnes âgées est aujourd'hui un sujet qui préoccupe de nombreux acteurs de la société. La proportion de seniors qui auront à résider dans un établissement d'hébergement pour personne âgée dépendante (EHPAD), une maison de retraite, un logement-foyer ou une unité de soin de longue durée, va aller en augmentant dans les prochaines décennies. En aidant les seniors à améliorer leur qualité de vie alors qu'ils sont encore indépendants, il est possible de prolonger leur autonomie et ainsi de réduire progressivement le nombre de personnes âgées dépendantes. L'étude PAQUID ayant mis en évidence une forte corrélation entre dépendance et démence (Ramaroson et al., 2003), nous nous concentrerons ici sur les principaux facteurs déterminants de l'autonomie qui permettent de réduire les risques d'occurrence d'une maladie neurodégénérative liée au vieillissement cérébral (e.g., maladie d'Alzheimer), de retarder l'apparition des premiers signes cliniques de cette maladie ou de ralentir sa progression.

Plusieurs études longitudinales et épidémiologiques menées en Amérique du nord (e.g., ACT, MoVIES et CSHA) et en Europe (e.g., FINE, ZES et PAQUID) ont montré que l'éducation et l'activité physique permettent de diminuer le risque d'apparition des maladies neurodégénératives et de ralentir les effets du vieillissement cérébral sur les fonctions cognitives. L'étude ACT (Adult Changes in Thought), réalisée aux États-Unis dans la région de Seattle sur une population de 1 740 personnes âgées de plus de 65 ans, a montré que l'incidence de la démence est moins élevée pour les personnes qui pratiquent une activité physique à raison de 3 séances hebdomadaires ou plus (13,0 pour 1 000 personnes-années) que pour celles qui pratiquent moins

de 3 fois par semaine (19,7 pour 1 000 personnes-années) (Larson et al., 2006). L'étude CSHA (Canadian Study of Health and Aging), réalisée au Canada sur un échantillon de 4 615 personnes âgées de plus de 65 ans, a montré que le niveau d'instruction et la pratique régulière d'une activité physique pouvaient être considérés comme deux facteurs protecteurs de la maladie d'Alzheimer, les deux facteurs ayant respectivement des rapports de cote (odds ratio) de 0,92 et 0,69 (Lindsay et al., 2002). Cela signifie que pratiquer régulièrement une activité physique réduit de 31 % le risque de développer cette maladie alors que posséder un niveau d'instruction élevé réduit le risque de 8 %. L'étude FINE (Finland, Italy, and the Netherlands Elderly), réalisée sur une durée de 10 ans, a montré que le déclin cognitif de 295 personnes âgées de plus de 70 ans, évalué à l'aide du Mini Mental State Examination (MMSE), est plus important chez les personnes qui ont diminué l'intensité et le volume journalier d'activité physique (van Gelder et al., 2004). L'étude longitudinale ZES (Zutphen Elderly Study), réalisée dans une ville de l'est de la Hollande chez 347 personnes âgées de 65 à 84 ans, a montré des résultats très comparables. Le rapport de cote du déclin cognitif mesuré à l'aide du MMSE est plus élevé pour les individus qui pratiquent moins d'une heure d'activité physique par jour par comparaison à ceux qui ont un volume d'activité physique plus élevé (Schuit et al., 2001).

Dans l'étude MoVIES (Monongahela Valley Independent Elders Survey), réalisée sur 929 personnes âgées de plus de 65 ans, le rapport de cote du déclin cognitif, toujours mesuré à l'aide du MMSE, est plus de deux fois moins élevé chez les individus qui pratiquent une activité physique aérobie de durée supérieure à 30 minutes au moins 3 fois par semaine, par comparaison à ceux qui ne

pratiquent aucune activité physique (Lytle et al., 2004). Enfin, l'étude PAQUID, une étude longitudinale menée en France, a montré, sur un échantillon de 350 sujets en phase préclinique de maladie d'Alzheimer suivis pendant 9 ans, que les sujets à haut niveau d'étude présentaient une accélération du déclin cognitif plus tardif que les sujets ayant un plus bas niveau d'éducation ; résultat en faveur de l'hypothèse selon laquelle un haut niveau d'étude favorise la mise en place de processus de compensation (Amieva et al., 2005).

Par ailleurs, et plus récemment, différentes études ont également mis en évidence que le régime alimentaire peut influencer spécifiquement certains mécanismes moléculaires impliqués dans le fonctionnement cognitif (voir Gomez-Pinilla, 2008, pour une revue de littérature). Par exemple, un régime riche en acide gras omega-3, tel que l'acide docosahexaénoïque (DHA) que l'on peut trouver dans les poissons gras et le krill (une sorte de crevette vivant dans l'océan atlantique) semble avoir des effets positifs sur les processus cognitifs chez l'homme (voir Cunnane et al., 2009, pour une revue de littérature) et interagir positivement avec l'effet de l'exercice sur la plasticité synaptique (Wu et al., 2008). Un apport alimentaire important de fruits, de légumes et de flavonoïdes, sources d'antioxydants, a également été associé à de meilleures performances cognitives et un moindre risque de maladie d'Alzheimer (Barberger-Gateau et al., 2007). L'activité physique augmentant le stress oxydant, un apport adéquat en nutriments antioxydants devrait potentialiser ses effets. Par ailleurs, certaines études ont montré qu'un apport énergétique excessif était associé à un risque accru de maladie d'Alzheimer, surtout chez les porteurs de l'ApoE4 (Luchsinger et al., 2002), un polymorphisme génétique.

Ces éléments montrent donc qu'en aidant les seniors à pratiquer plus fréquemment une activité physique d'intensité modérée (e.g., la marche soutenue, le jogging, la natation), à avoir une alimentation variée riche en fruits, légumes et poissons et à multiplier les activités culturelles et artistiques tout au long de la vie, il est potentiellement possible de prolonger leur autonomie et de réduire les risques d'occurrence de certaines maladies neurodégénératives.

Une étude transversale pilotée par la MSHS de Poitiers, financée par le Conseil Régional Poitou-Charentes, le Fonds Européen pour le Développement Régional et le pôle d'expertise du risque Calyxis, tentera de faire le point sur les facteurs de réussite du bien vieillir auprès d'une population de 1 500 seniors poitevins-charentais au cours de l'année 2012. Cette étude est réalisée en partenariat avec la Plateforme Régionale de coordination de l'Observation Sociale du Poitou et Charentes (PROSPEC), l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques, l'Agence Régionale de Santé, et la Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion sociale. Les résultats seront largement diffusés au cours de l'année 2013.

Michel AUDIFFREN,  
Directeur de la Maison des Sciences  
de l'Homme et de la société  
Université de Poitiers - CNRS

## Références

Amieva, H., Jacqmin-Gadda, H., Orgogozo, J. M., Le Carret, N., Helmer, C., Letenneur, L., Barberger-Gateau, P., Fabrigoule, C., & Dartigues, J. F. (2005). The 9-year cognitive decline before dementia of the Alzheimer type: A prospective population-based study. *Brain*, 128(5), 1093-1101.

Barberger-Gateau, P., Raffaitin, C., Letenneur, L., Berr, C., Tzourio, C., Dartigues, J.-F., & Alperovitch, A. (2007). Dietary patterns and risk of dementia: The Three-City cohort study. *Neurology*, 69, 1921-1930.

Cunnane, S. C., Plourde, M., Pifferi, F., Begin, M., Feart, C., & Barberger-Gateau, P. (2009). Fish, docosahexaenoic acid and Alzheimer's disease. *Progress in Lipid Research*, 48(5), 239-256.

Gomez-Pinilla, F. (2008). Brain foods : the effects of nutrients on brain function. *Nature Reviews Neuroscience*, 9(7), 568-578.

Larson, E. B., Wang, L., Bowen, J. D., McCormick, W. C., Teri, L., Crane, P., & Kukull, W. (2006). Exercise is associated with reduced risk for incident dementia among persons 65 years of age and older. *Annals of Internal Medicine*, 144, 73-81.

Lindsay, J., Laurin, D., Verreault, R., Hébert, R., Helliwell, B., Hill, G. B., & McDowell, I. (2002). Risk factors for Alzheimer's disease : A prospective analysis from the Canadian Study of Health and Aging. *American Journal of Epidemiology*, 156(5), 445-453.

Luchsinger, J. A., Tang, M. X., Shea, S., & Mayeux, R. (2002). Caloric intake and the risk of Alzheimer disease. *Archives of Neurology*, 59(8), 1258-1263.

Lytle, M. E., Bilt, J. V., Pandav, R. S., Dodge, H. H., & Ganguli, M. (2004). Exercise level and cognitive level : The MoVIES project. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 18, 57-64.

Ramaroson, H., Helmer, C., Barberger-Gateau, P., Letenneur, L., & Dartigues, J. F. (2003). Prevalence of dementia and Alzheimer's disease among subjects aged 75 years or over : updated results of the PAQUID cohort. *Revue Neurologique*, 159(4):405-411.

Schuit, A. J., Feskens, E. J. M., Launer, L. J., & Kromhout, D. (2001). Physical activity and cognitive decline, the role of the apolipoprotein e4 allele. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 33(5), 772-777.

van Gelder, B. M., Tijhuis, M. A. R., Kalmijn, S., Giampaoli, S., Nissinen, A., & Kromhout, D. (2004). Physical activity in relation to cognitive decline in elderly men. *Neurology*, 63, 2316-2321.

Wu, A., Ying, Z., & Gomez-Pinilla, F. (2008). Docosahexaenoic acid dietary supplementation enhances the effects of exercise on synaptic plasticity and cognition. *Neuroscience*, 155(3), 751-759.

## Méthodologie

### Les groupes de travaux nationaux

Un chantier national a été lancé par le Président de la République au début d'année 2011. Il a donné lieu à des débats interdépartementaux et des colloques interrégionaux d'informations et d'échanges, ainsi que la constitution de quatre groupes de travail nationaux :

Groupe 1 : « Société et vieillissement » avec pour thème : place des personnes âgées dans la société, adaptations aux réalités de la population de demain en termes d'aménagement du territoire ou d'adaptation des modèles sociaux, place des aidants, des liens intergénérationnels.

Groupe 2 : « Enjeux démographiques et financiers de la dépendance » avec pour thème : réalisation de projections robustes et actualisées concernant la dépendance.

Groupe 3 : « Accueil et accompagnement des personnes âgées » avec pour thème : place des technologies de l'autonomie, évolution des métiers, de l'habitat, de l'urbanisme...

Groupe 4 : « Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées » avec pour thème : analyse du coût de l'hébergement pour les familles, pistes envisagées pour le financement de la perte d'autonomie, évolution de la gouvernance.

Les résultats de ces groupes ont été utilisés pour cette étude, en particulier les projections d'effectifs de personnes âgées dépendantes, qui ont pour horizon 2040 pour la France entière. L'étude pour la région Poitou-Charentes se limite à l'horizon 2030. Le concept retenu dans cette étude se base sur une mesure élargie de la notion de dépendance, notamment par rapport à celle de l'APA.

### Trois hypothèses retenues pour l'évolution du nombre de personnes âgées dépendantes

Une projection de population est tout d'abord effectuée. Elle consiste à faire vieillir la population tout en intégrant des hypothèses sur les décès et les phénomènes migratoires (modèle Omphale). Le scénario dit « central », retenu pour cette étude, correspond d'une part au maintien des comportements migratoires observés au cours de la période 2000-2008 dans la région et chacun des départements et d'autre part à une baisse de la mortalité dans la région et chacun des départements au même rythme qu'en France métropolitaine.

Ensuite, trois hypothèses d'évolution de la dépendance ont été élaborées par les groupes de travaux nationaux.

1. Hypothèse pessimiste : les taux de dépendance en Gir 3 et 4 sont constants de 2007 à 2030 et pour les Gir 1 et 2, les gains d'espérance de vie sont des années supplémentaires passées sans dépendance lourde.

2. Hypothèse intermédiaire : on considère que la part de l'espérance de vie sans incapacité dans l'espérance de vie restera stable. À chaque âge entre 2007 et 2030, on applique la part d'espérance de vie en bonne santé de la génération ayant atteint 65 ans en 2007 : 85 % pour les femmes et de 92 % pour les hommes.

3. Hypothèse optimiste : tous les gains d'espérance de vie à venir sont des années supplémentaires passées sans dépendance. La durée de vie passée en dépendance reste donc stable.

### La grille AGGIR

Conçue au début des années 90, la grille AGGIR (Autonomie, Gérontologie, et Groupes iso ressources) a été généralisée au plan national en 1997 lors de la création de la prestation spécifique dépendance (PSD) et confirmée en 2001 comme instrument de référence à l'occasion de la transformation de la PSD en allocation personnalisée d'autonomie (APA). Elle est aujourd'hui devenue un instrument partagé par l'ensemble des acteurs institutionnels du champ de la dépendance (départements, caisses de retraite). D'importants efforts de formation ont été réalisés pour améliorer la maîtrise de l'outil par les acteurs.

La grille AGGIR a deux fonctions :

- l'évaluation du degré de dépendance ou d'autonomie des personnes âgées dans l'accomplissement des actes de la vie quotidienne ;

- l'éligibilité à l'APA par la traduction, au moyen d'un algorithme, de certains items de la grille en un indicateur de groupe iso ressources (GIR) : la cotation des niveaux 1 à 4 de la perte d'autonomie ouvre droit à la prestation, celle de 5 à 6 l'exclue.

Enfin, AGGIR par l'évaluation des capacités ou des incapacités des personnes âgées identifie leurs « besoins » et devrait permettre, en théorie du moins, de construire les plans d'aide qui déclinent concrètement auprès des personnes la prestation accordée. Il convient en effet de bien distinguer l'outil AGGIR lui-même de l'utilisation que l'on en fait.

L'outil AGGIR a pour premier objectif premier de décrire la capacité (ou l'incapacité) des personnes âgées à effectuer des actes de la vie quotidienne en raison d'un accident, d'une maladie invalidante ou d'une polypathologie. Pour ce faire, elle évalue 17 activités. 6 se rapportent à la perte d'autonomie physique à travers des activités de la vie quotidienne

(AVQ) ; 2 permettent d'appréhender les variables psychiques (cohérence et orientation) ; Les deux dernières sont des activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ – se déplacer à l'extérieur, alerter).

### Hypothèses retenues pour l'évolution de l'emploi lié aux personnes âgées dépendantes

Pour l'emploi à domicile, les taux de recours aux professionnels par les personnes âgées dépendantes et les temps moyens passés au domicile des personnes âgées dépendantes par les professionnels sont supposés constants jusque 2020. Il s'agit de taux nationaux, par degré de dépendance (GIR), mode de vie de la personne âgée dépendante, et catégorie de personnel. Ils sont issus de l'enquête Handicap-Santé 2008-2009.

Pour l'emploi en établissement d'hébergement, l'Agence Régionale de Santé a indiqué quelles évolutions étaient envisagées d'ici 2020. Ces hypothèses ne concernent que les seuls EHPAD.

Elles prévoient tout d'abord une évolution du nombre de places installées par département visant à un rééquilibrage territorial au sein de la région.

Ensuite, elles prévoient une augmentation des taux d'encadrement (nombre de professionnels pour 100 résidents) régionaux en aides-soignants - aides médico-psychologiques et infirmiers DE de 2,5 % entre 2010 et 2020. Elles prévoient une stabilité des taux d'encadrement des autres catégories de personnel : personnel de direction, services généraux, personnel d'encadrement, personnel éducatif, pédagogique, social et d'animation (hors AMP), personnel médical et paramédical (hors infirmier DE et hors aide-soignant), agent de service hospitalier ou agent de service.

Pour les établissements non EHPAD (soit moins de 20 % du nombre de places régionales), le nombre de places et les taux d'encadrement des différentes catégories de personnel sont supposés constants jusqu'en 2020.

#### Pour tout renseignement statistique

[www.insee.fr/poitou-charentes](http://www.insee.fr/poitou-charentes)

[insee-contact@insee.fr](mailto:insee-contact@insee.fr)

0 972 724 000 (tarification appel local)  
du lundi au vendredi de 9 h à 17 h



Insee Poitou-Charentes  
5 rue Sainte-Catherine - BP 557  
86020 Poitiers Cedex  
Tél : 05 49 30 01 01  
Fax : 05 49 30 01 03  
[sed-poitou-charentes@insee.fr](mailto:sed-poitou-charentes@insee.fr)

Directeur de la publication : Didier BLAIZEAU  
Rédacteur en chef : Jean-Pierre FERRET