

CONSEIL ECONOMIQUE, SOCIAL ET CULTUREL DE CORSE
CUNSIGLIU ECUNOMICU, SUCIALE E CULTURALE DI CORSICA

LA PERTE D'AUTONOMIE DES PERSONNES AGEES EN CORSE

*Adopté en séance plénière le 28 avril
2011*

Avril 2011



Conseil Économique,
Social et Culturel
de Corse

Sommaire

<u>Préambule</u>	3
Les raisons de s'intéresser à la question de la dépendance	4
- Vieillesse de la population	4
- Allongement de la durée de vie	4
Définition de la dépendance	5
Evaluation de la dépendance	5
<u>I Etat des lieux démographique de la population insulaire</u>	6
1_ Population Générale	6
a_ Evolution de la population	6
b_ Répartition par tranche d'âge de la population au 1 ^{er} janvier 2009	7
c_ Natalité et mortalité en 2009	8
d_ Espérance de vie	8
2_ Population des plus de 60 ans	9
a_ Les migrations	9
b_ La ruralité	9
c_ Les retraités au 1 ^{er} janvier 2007	9
<u>II La prise en charge de la personne âgée en Corse</u>	10
1_ Les modes de prise en charge des personnes âgées dépendantes	10
a_ A domicile	10
b_ Par les établissements	13
2_ La situation sociale des personnes âgées	17
a_ Les aides financières aux personnes âgées	17
b_ Les aides matérielles pour aider au maintien à domicile	20
<u>III Spécificités du territoire insulaire</u>	21
1_ La problématique liée à l'aménagement du territoire	21
2_ La problématique médicale en milieu rural	21
3_ La problématique de l'aidant familial et l'évolution de la société	23
<u>IV Perspectives</u>	24
1_ Vieillesse de la population conforté à horizon 2040	24
2_ Solutions pour une meilleure prise en charge des personnes âgées	25

Préambule :

Dans le cadre du grand débat sur la dépendance, le Conseil Economique Social Environnemental (CESE) national a saisi les CESE régionaux afin de recueillir les éclairages locaux sur une problématique nationale.

Dépendance ou aide à l'autonomie : le débat mérite d'être lancé, la dépendance renvoie à une approche uniquement biomédicale, alors que l'aide à l'autonomie est fonction des parcours de vie des individus. C'est d'abord un fait social.

Le débat lancé par le gouvernement doit aboutir à un texte de loi sur le financement d'un nouveau droit.

Le vieillissement n'est pas un fléau puisque l'on vit plus vieux et en meilleure santé. Il s'agit d'un choix de société.

Défi démographique, avec de grandes inégalités dans l'espérance de vie (un cadre vit 7 ans de plus qu'un ouvrier) mais aussi des conditions de vie à la retraite, inégalitaires suivant les classes sociales. Ces inégalités se retrouvent dans la perte d'autonomie avec une variation de 1 à 2,5.

En corse 25% des retraités perçoivent moins de 650 € par mois et 50% moins de 950 €.

Quelle place pour l'humain dans notre société ? Quelle conception de la solidarité ? Les besoins seront-ils démesurés comme le prétendent certains discours alarmistes alors que les prévisions indiquent une baisse tendancielle de la dépendance (on vieillit plus et en meilleure santé) ? 9% des plus de 60 ans bénéficient de l'APA. De ce fait, les sommes affectées (22 milliards d'euros) représentent moins de 1% du PIB (aide au logement, charges sociales, maisons de retraite)

Actuellement l'assurance maladie finance les 2/3, la ponction faite sur les familles représente 8 milliards d'euros. Lorsque l'APA prend en charge un euro, la famille en finance deux.

Le financement relève de la solidarité nationale, il doit être pérennisé mais ne pas peser sur la fiscalité locale et assurer une taxation des revenus du patrimoine et financiers. La perte d'autonomie liée aux aléas de la vie rentre bien dans les fondements de la sécurité sociale. Son financement relève de la question de l'emploi, des salaires et d'une politique de prévention tout au long de la vie. Les personnels qui répondent aux besoins des personnes âgées doivent être formés, qualifiés et correctement rémunérés. Cela mériterait la construction d'un grand service public.

L'élaboration du plan de formation régional à travers le CPRDFP doit anticiper les besoins de formation des nouveaux métiers. La formation en gériatrie et gérontologie doit être dispensée à l'ensemble du personnel soignant ou non soignant pour l'aide à domicile comme pour les structures médicalisées ou hospitalières. Les régions peuvent favoriser des réponses non lucratives à cette question par le biais de soutien à l'économie solidaire et par des interventions en faveur du monde associatif.

Pourquoi s'intéresser aujourd'hui à la question de la dépendance des personnes âgées ?

Une population qui voit son nombre de personnes âgées augmenter et un allongement de la durée de vie.

- Le vieillissement de la population :

Au niveau national :

Aujourd'hui un million de personnes de plus de 60 ans dépendantes en France. Le vieillissement de la population est un bouleversement de la société. En 60 ans, le nombre des Français âgés de 75 ans et plus a été multiplié par 4. Aujourd'hui, plus d'un demi million d'individus sont âgés de 90 ans et plus.

En Corse :

La population corse a vieilli depuis 1999 et le vieillissement démographique y est plus important qu'au niveau national. Au 1^{er} janvier 2009 (source INSEE)

La population insulaire compte 307 000 habitants

- 1 habitant sur 4 a plus de 60 ans, c'est-à-dire 81560 personnes, soit 27 % de la population insulaire contre un sur cinq en France métropolitaine ;
- La part des + de 75 ans dans la population insulaire est 10 %, soit 30677 personnes.

La présence des retraités s'est ainsi renforcée dans la région, mais la population active a également progressé.

- Allongement de la durée de la vie, signe que la santé s'est améliorée.

Au niveau national :

Au 1^{er} janvier 2008 (source INSEE) l'espérance de vie pour les hommes est de 77.6 ans et pour les femmes de 84.2 ans.

En Corse :

Au 1^{er} janvier 2008 (source INSSE) l'âge de vie moyen des hommes est de 78.6 ans contre 72.6 en 1990 et celui des femmes 84.6 ans contre 80.5 en 1990.

L'espérance de vie a augmenté en 2 décennies et l'écart de longévité entre les sexes s'est réduit au cours de cette période.

Les hommes ont davantage profité de cette hausse de l'espérance de vie. En effet, les hommes ont gagné 6 ans d'espérance de vie en 10 ans contre 4.1 années pour les femmes.

Définition de la dépendance:

La dépendance est définie comme le besoin d'aide des personnes de 60 ans ou plus pour accomplir certains actes essentiels de la vie quotidienne. Elle peut être considérée, dans les stades les plus avancés, comme la nécessité, pour ces personnes, d'être prises en charge par d'autres individus afin de pouvoir vivre normalement. Elle est non seulement liée à l'état de santé de l'individu, mais aussi à son environnement matériel.

La dépendance est corrélée à l'âge, l'autonomie des personnes diminuant à mesure qu'elles vieillissent.

Evaluation de la dépendance :

Pour mesurer la dépendance l'outil de référence est la grille nationale AGIR (autonomie gérontologie groupes iso-ressources). Elle est fondée sur l'observation des activités quotidiennes de la personne âgée. Elle sert de référence pour évaluer le degré de perte d'autonomie ou le degré de dépendance physique et psychique.

Cette dernière grille s'est imposée comme grille d'évaluation de la dépendance depuis la loi du 2 janvier 1997, instaurant la PSD (prestation spécifique dépendance), elle est également utilisée pour l'attribution de l'APA (allocation personnalisée d'autonomie) qui prend la suite de la PSD depuis le premier janvier 2002.

Cette grille se décline en 6 groupes Iso-Ressources, de la dépendance la plus lourde (GIR 1) à l'absence de dépendance (GIR 6)

GIR 1 : Personnes confinées au lit ou au fauteuil et ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale, qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.

GIR 2 : Personnes confinées au lit ou au fauteuil dont les fonctions mentales ne sont pas complètement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante.

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

GIR 3 : Personnes ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie motrice, mais qui nécessitent quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle. Ainsi, la toilette et l'habillage ne sont pas faits ou faits partiellement, de plus l'hygiène et l'élimination nécessitent l'aide d'une tierce personne.

GIR 4 : Personnes qui n'assurent 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'habillage. La plupart s'alimentent seules. Ce groupe comprend aussi celles qui n'ont pas de problèmes locomoteurs mais qu'il faut aider pour les activités corporelles et les repas.

GIR 5 : Personnes qui assurent seules leur déplacement à l'intérieur du logement, s'alimentent et s'habillent seules. Elles peuvent nécessiter une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.

GIR 6 : Personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes de la vie quotidienne.

I : Etat des lieux démographique de la population insulaire

1) Population : (source INSEE : la France et ses régions, édition 2010)

Au 1^{er} janvier 2009, la population de la Corse a atteint 307 000 habitants.

Avec 35.4 habitants au km², la densité de la population demeure la plus faible de France métropolitaine.

a) Evolution de la population :

L'île figure parmi les régions françaises ayant connu la plus forte croissance démographique depuis 1999 (1.8% par an contre 0.7% au niveau national).

Cette évolution provient exclusivement des flux migratoires. A l'exception des jeunes de 20 à 29 ans, qui quittent la région pour poursuivre leurs études ou rechercher un premier emploi, le solde migratoire est positif à toutes les tranches d'âges.

Le solde naturel est quasiment nul en Corse depuis 30 ans, principalement en raison d'une fécondité plus faible qu'en moyenne nationale.

b) Répartition par tranche d'âge de la population au 1^{er} janvier 2009 :

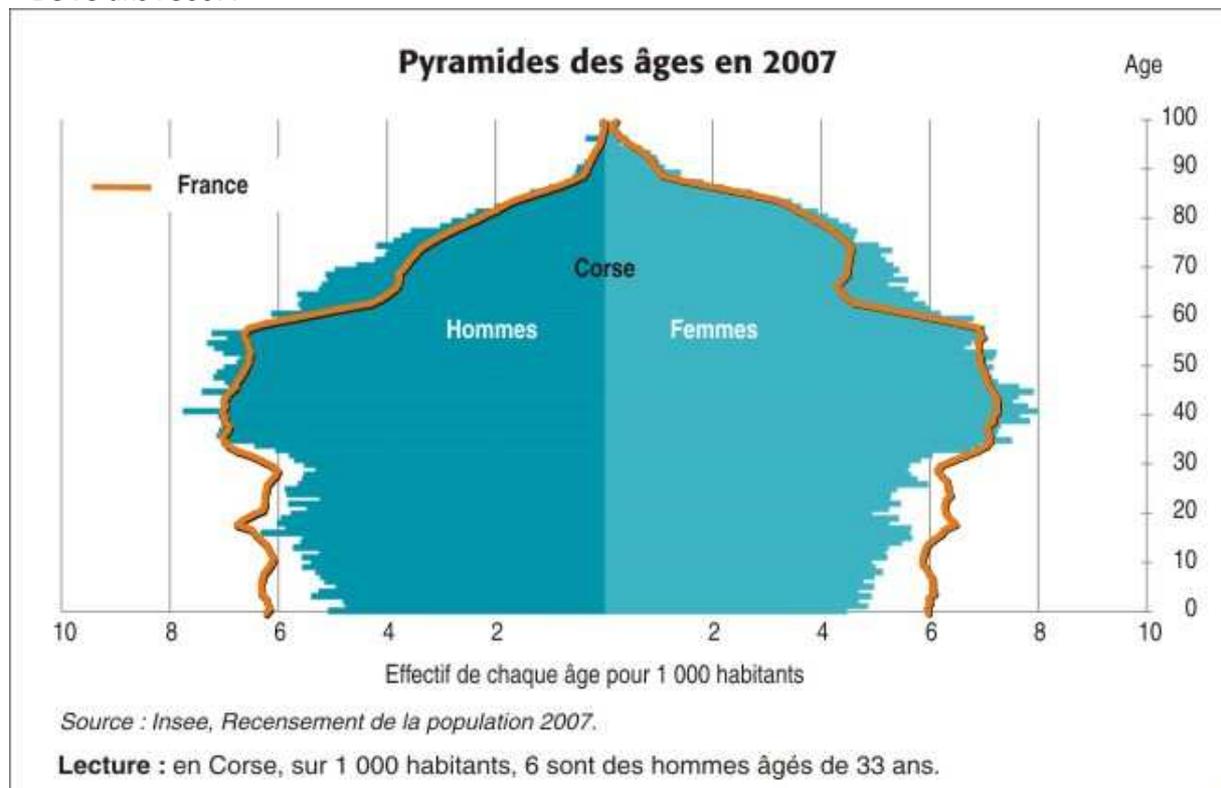
Moins de 20 ans : 62727

De 20 à 39 ans : 74147

De 40 à 59 ans : 88472

De 60 à 74 ans : 50883

+ De 75 ans : 30677



L'effectif approximatif pour chaque âge est donc obtenu en multipliant la valeur de la pyramide par 307. (Exemple : les hommes âgés de 33 ans sont au nombre de : $6 \times 307 = 1842$ individus)

c) Natalité et mortalité en 2009 :

- 3002 naissances enregistrées en 2009.

Taux de natalité : 9.78 ‰ contre 12.8 ‰ en France

Evolution Natalité

Année	Effectif	Taux
2009	3002	9,78‰
2005	2865	9,91‰
2001	2700	10,03‰
1997	2675	10,32‰
1993	2770	11,01‰

- 2863 décès enregistrés en 2009

Taux de mortalité : 9.33 ‰ contre 8.4‰ au niveau national.

Evolution Mortalité

Année	Effectif	Taux
2009	2863	9,33‰
2005	2800	9,69‰
2001	2700	10,03‰
1997	2675	10,32‰
1993	2820	11,21‰

On observe une évolution similaire, avec des données quasi identiques, de la natalité et de la mortalité en Corse. Cela signifie que le solde naturel sur les deux dernières décennies est à peu près nul. On peut en déduire que l'accroissement démographique insulaire n'est pas dû au solde naturel et provient donc des migrations.

Par ailleurs, la tendance n'est pas, pour l'instant au changement concernant ces évolutions. Cependant, étant donnée l'augmentation du nombre de personnes âgées alors que la fécondité reste faible et stable, on peut envisager d'ici quelques années un solde naturel négatif dû à une hausse probable du nombre de décès.

d) Espérance de vie :

Concernant l'évolution de l'espérance de vie, il est envisagé que l'allongement de l'espérance de vie, donc l'âge du décès, varierait parallèlement avec l'âge d'apparition de la dépendance.

Cela signifie que, même en vivant plus longtemps, la durée de dépendance des personnes restera quasi constante donc la hausse de l'espérance de vie s'accompagne de la hausse de la durée d'autonomie.

Cependant, nous devons envisager une hausse des moyens liés à la dépendance due à l'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes (vieillesse de la population)

2) Population des plus de 60 ans (sources INSEE)

La part des plus de 60 ans dans la population insulaire est 26,57 % et celle des plus de 75 ans, 10 %. Cette part des plus de 60 ans était de 22,36% en 1990 et de 24,13% en 2000.

La part des plus de 75 ans au sein des personnes âgées de plus de 60 ans est de 37,61 %.

Elle était de 33,98% en 1990 et de 34,98% en 2000

On observe donc un léger mais constant vieillissement de la population insulaire au fil des ans.

Le nombre de personnes âgées de plus de 60 ans entre 1990 et 2009 :

Année	Effectif
2009	81560
2000	63830
1990	55820

Variations des effectifs :

Durée	Pourcentage	Effectifs
De 1990 à 2009	+46,11%	+25740
De 1990 à 2000	+14,35%	+8010
De 2000 à 2009	+27,78%	+17730

Affinage pour les personnes âgées de plus de 75 ans :

Année	Effectif
2009	30677
2000	22327
1990	18968

Variation des effectifs :

Durée	Pourcentage	Effectifs
De 1990 à 2009	+61,73%	+11709
De 1990 à 2000	+17,71%	+3359
De 2000 à 2009	+37,4%	+8350

On remarque donc bien une évolution démographique largement positive des plus de 60 ans que l'on peut quasiment qualifier d'explosion démographique.

On observe, notamment, une hausse importante des personnes âgées de plus de 75 ans durant les dix dernières années. Cette hausse est 2,5 fois supérieure à celle qui a eu lieu entre 1990 et 2000. Ce phénomène est surtout ressenti chez les hommes où l'évolution de l'explosion démographique de cette tranche d'âge est 3,33 fois supérieure sur la décennie 2000/2009 par rapport à la décennie 1990/2000.

Ceci, mis en relation avec le fait que le nombre de personnes âgées de 40 à 74 ans augmente énormément aussi, nous laisse présager une augmentation toujours plus grande des personnes âgées de plus de 75 ans pour les décennies à venir. Il en résultera un accroissement du nombre de personnes âgées dépendantes.

a) Les migrations

Les retraités représentent aujourd'hui 4000 personnes pour 23 000 arrivées. Il s'agit là essentiellement de personnes venant de France métropolitaine, bien souvent originaires de l'île et qui sont partis pour raisons professionnelles puis reviennent à la fin de leur activité.

b) La ruralité :

Les microrégions insulaires où le taux de personnes âgées de plus de 60 ans sur la population totale est le plus élevé sont des microrégions rurales.

Sont concernées par un taux supérieur à 25%, les microrégions suivantes :

Le Cap Corse, la région de Saint Florent, la Balagne, Ponte Leccia et alentours, les deux Sevi, Campuloru, le Travu, le Taravo, l'Alta Rocca, le Sartenais, le Valinco, Bravone.

A noter que les microrégions de l'Alta Rocca, le Taravo et Sevi in Dentru ont un taux supérieur à 40%

On retrouve là les régions qui ne possèdent pas un gros pôle urbain.

Ces populations de personnes âgées de plus de 60 ans vivent donc en majorité dans les villages ; la plupart du temps dans des maisons individuelles dont elles sont propriétaires.

c) Les Retraités au 1^{er} janvier 2007 :

66156 retraités au 1^{er} janvier 2007, soit 22 % de la population insulaire. A ce jour, on dénombre entre 72000 et 73000 retraités. Un quart de ces retraités perçoit moins de 650€, la moitié perçoit moins de 950€.

Sur le plan national, le niveau de retraite moyen est d'environ 1250€. Le montant moyen des pensions de retraite en Corse est de 4% inférieur au montant moyen national.

Par ailleurs, le taux de pauvreté des 65 ans et plus est de 15,6% soit plus du double du taux national (7,5%).

Qui plus est, ces chiffres pourraient être plus alarmants si l'on ne prenait pas en compte les individus qui ont migré vers l'île à l'âge de la retraite. En effet, il s'agit pour la plupart de cadres haut placés en provenance, le plus souvent, de la région parisienne. Ces individus font grimper le niveau moyen des retraites insulaires. Cela ne reflète donc pas vraiment le niveau de revenus des travailleurs insulaires lorsque ils cessent leur activité.

II : La prise en charge de la personne âgée en Corse

En France, environ 6% des personnes de 60 ans et plus vivant à domicile sont dépendantes, c'est-à-dire qu'elles ne peuvent accomplir seules les activités de la vie quotidienne (GR 1 à 4).

En Corse, selon les estimations réalisées à partir de l'enquête Handicap Santé volet Ménages de 2008, entre 12 000 et 15 500 personnes âgées de plus de 60 ans auraient besoin d'aide pour les tâches ménagères (repas, courses, ménages, lessive...) et entre 4900 et 6000 ont besoin d'aide pour les soins personnels (toilette, habillage, transferts...)

L'aide à la vie quotidienne est principalement assurée par l'entourage des personnes âgées.

1) Les modes de prises en charge des personnes âgées dépendantes :

a) A domicile :

Il est toujours préférable de maintenir le plus longtemps possible une personne âgée à son domicile. En effet, de nombreuses études ont montré que le maintien à domicile permettait de vieillir dans de meilleures conditions aussi bien sur le plan physique que psychique.

Le maintien à domicile dépend de plusieurs facteurs : la dépendance physique et / ou mentale ainsi que l'état de santé, le nombre et la disponibilité des personnes de l'entourage mais également le coût.

- L'accueil familial (ou accueil onéreux) : il offre la possibilité pour une personne âgée d'être hébergée, à titre payant, dans une autre famille que la sienne. La famille doit obtenir un agrément du Conseil Général et répondre à plusieurs conditions en termes de conditions de vie de la famille, de motivation et d'adaptation du logement. La famille doit accepter le contrôle des conditions d'accueil et le suivi médico-social de la personne accueillie. Un contrat est signé entre l'accueillant et l'accueilli. La famille reçoit une rémunération mensuelle prenant en compte le loyer, la rémunération de base, les repas, l'entretien... Le nombre maximal de personnes pouvant être accueillies dans un foyer est limité à 3 personnes.

La Haute Corse compte 14 accueillants familiaux agréés et la Corse du Sud en dénombre 27. L'accueil familial en Corse du Sud concerne 52 personnes âgées dépendantes

- L'aidant familial : c'est la personne qui vient en aide pour les activités de la vie quotidienne, à titre non professionnel, en partie ou totalement, à une personne âgée dépendante ou une personne handicapée de son entourage. Cette aide peut concerner le « nursing » (surveillance pour la prise de médicament, aide à la toilette...), les soins, l'accompagnement, les démarches administratives, le soutien psychologique, les activités domestiques...cette aide peut se dérouler au domicile du proche ou à son propre domicile. Cependant, la société actuelle ne peut permettre au système de l'aidant familial d'être le seul recours pour une personne âgée dépendante. En effet, la société subit de profondes mutations (augmentation du travail féminin ; séparation plus fréquentes de couples ; éloignement géographique des enfants ; logements qui ne peuvent accueillir, pour la majorité d'entre eux, qu'une seule génération ; précarité touchant toutes les tranches d'âge...) qui font que, dans la plupart des cas, la famille, seule, ne peut supporter la charge d'une personne âgée dépendante. Par ailleurs, la majeure partie de l'aide familiale est assurée par le conjoint : il s'agit donc là de personnes âgées, elles aussi, (bien souvent de femmes) qui ne peuvent pas forcément

assumer physiquement cette aide au quotidien. Cette aide ne peut donc constituer, à elle seule, la totale prise en charge d'une personne dépendante et doit donc être cumulée avec un autre type d'aide notamment en ce qui concerne le domaine médical.

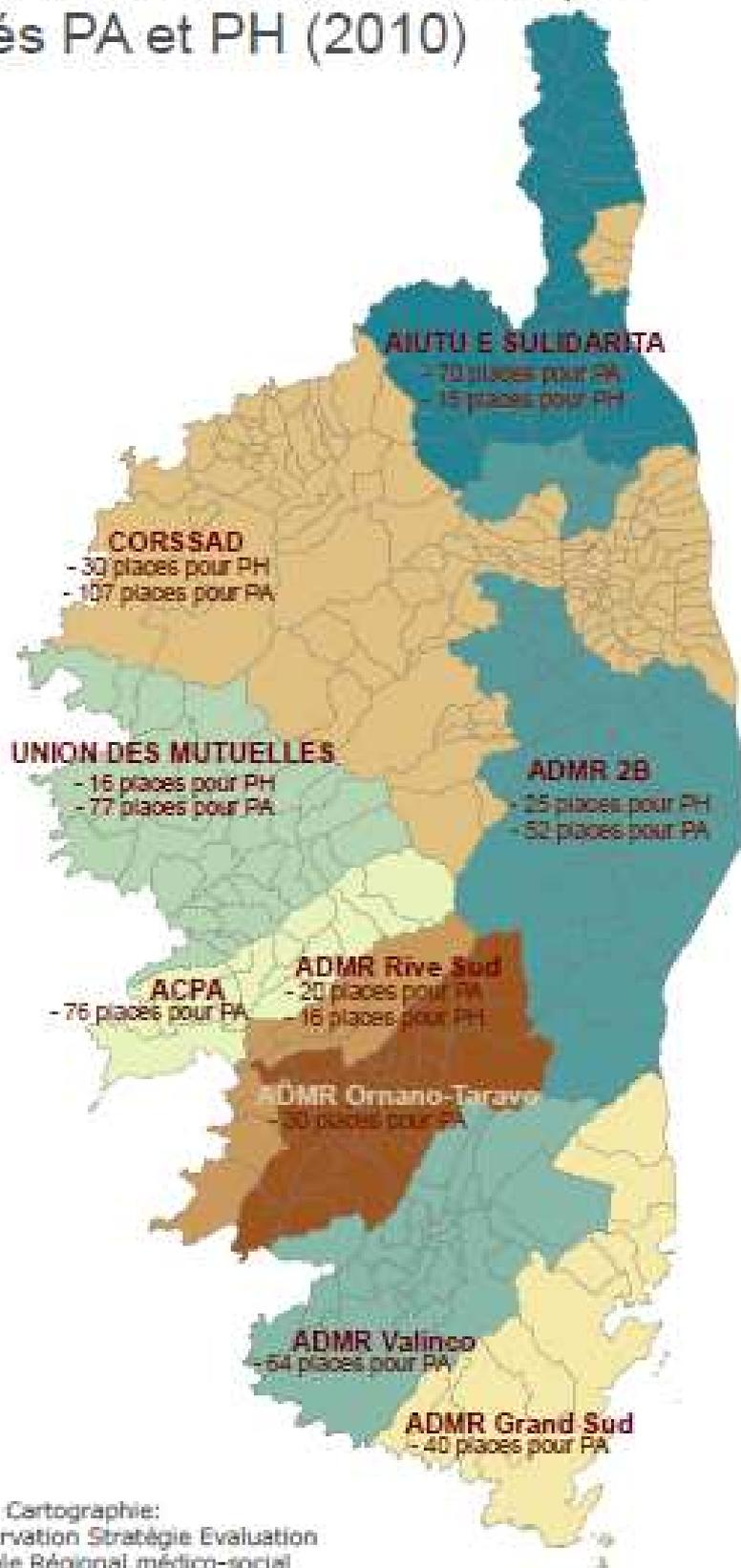
Cette aide informelle représenterait environ 7500 équivalent temps plein (ETP) auprès des personnes âgées dépendantes en GIR 1 à 4 (contre 2800 ETP d'aide formelle) et 8200 ETP auprès de l'ensemble des personnes âgées de la population corse (contre 2700 ETP d'aide formelle) (Enquête Handicap volet Ménages-HSM 2008-exploitation ORS PACA)

- Les aides pour le maintien à domicile :

- ✓ L'aide à domicile : l'aide à domicile accomplit un travail matériel, moral et social contribuant au maintien à domicile. Elle exécute les travaux ménagers courants, prépare les repas. Elle joue un rôle important dans la simulation de la personne et peut également l'accompagner dans ses sorties. Les heures d'interventions sont financées soit par l'aide sociale, soit par l'APA. L'aide à domicile peut être salariée d'un service géré par le Centre d'Action Sociale (CAS), le Centre Communal d'Action Social (CCAS) ou par une association. Il est aussi possible d'employer une personne de son choix en la payant à l'aide de chèques emploi services universaux (CESU), réductions d'impôts à l'appui.
- ✓ Les soins à domicile. Ils sont assurés par des infirmiers libéraux. Dans ce cas ils peuvent prendre en charge des personnes âgées dans le cadre d'action de prévention et de « nursing ». Les SSIAD (services de soins infirmiers à domicile) s'adressent aux personnes de plus de 60 ans sur avis médical.
Dans l'ensemble des SSIAD, en Corse, on dénombre 536 places pour les personnes âgées (307 en Corse du Sud et 229 en Haute Corse)

Cartographie de la couverture insulaire par les SSIAD :

Répartition territoriale des SSIAD capacités PA et PH (2010)



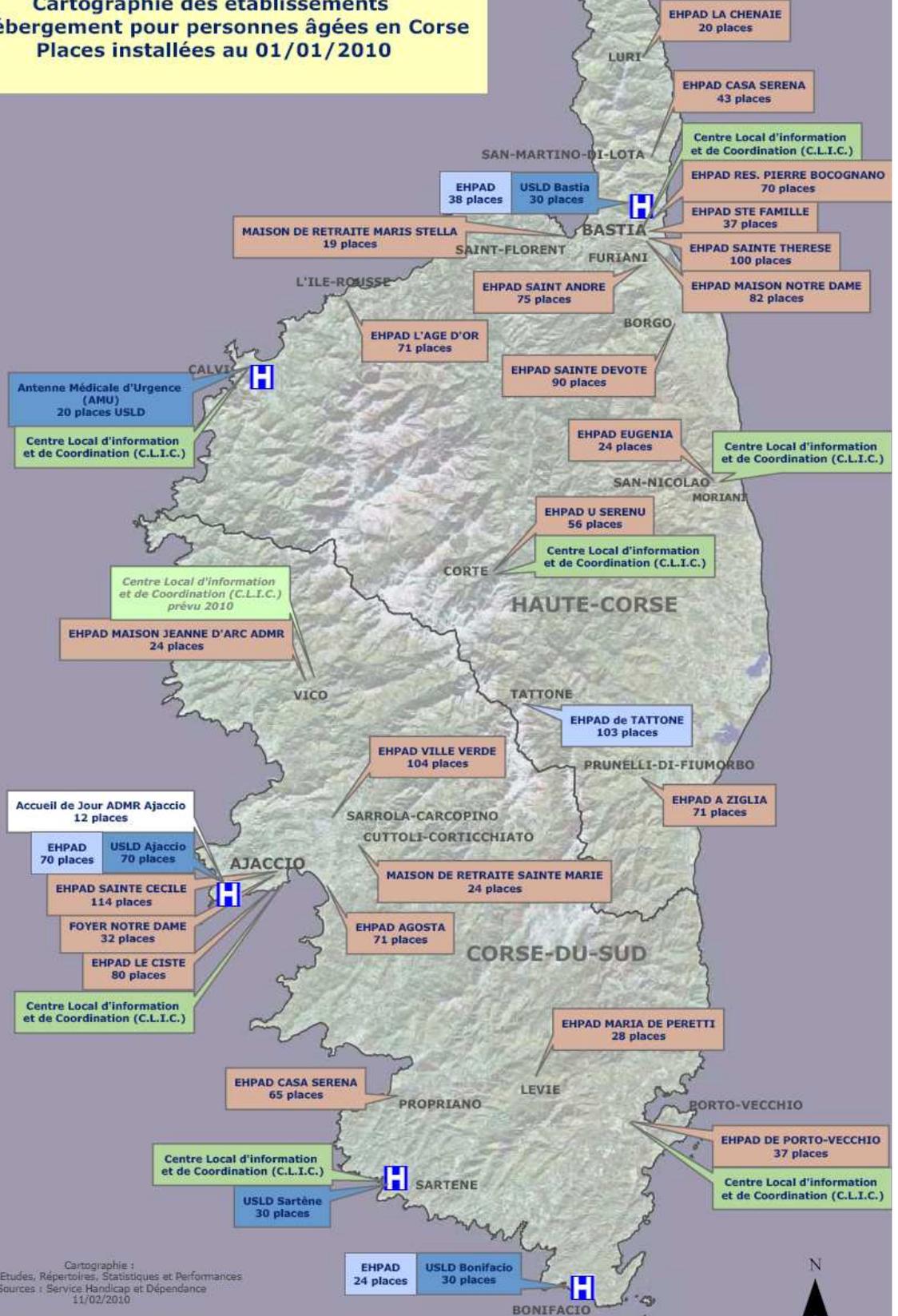
Cartographie:
Mission Observation Stratégie Evaluation
Source: Pôle Régional médico-social
23/11/2010

- ✓ les aides au transport pour garder son autonomie : le service d'aide à la mobilité et transport permet d'aller consulter le médecin ou le dentiste ; d'entrer ou sortir de l'hôpital accompagné ; d'aller chercher ses médicaments...afin de prétendre à une aide financière, à un crédit d'impôt pour la prise en charge partielle de ce service, la personne âgée doit avoir recours à un prestataire bénéficiant d'un agrément qualité.
- La technologie au service du maintien à domicile :
 - ✓ La téléalarme pour prévenir ses proches en cas de problèmes : il s'agit d'un collier ou d'un bracelet que la personne âgée porte sur elle à son domicile et qu'elle peut activer à tout moment, en cas de problème de santé. Ce service est proposé par tous les CCAS ainsi que les sociétés privées son coût peut en partie être pris en charge partiellement par l'APA ou par la CNAV.

b) Par les établissements :

- Les établissements du secteur social et médico-social : ces structures peuvent être publiques ou privées. Elles proposent un hébergement permanent ou temporaire, adapté au degré d'autonomie de la personne et à son état de santé.
 - ✓ Les logements-foyers. Ils offrent en location un logement à des personnes âgées qui peuvent bénéficier des services collectifs (restauration, infirmerie, blanchissage, surveillance de nuit ...)
 - ✓ Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) proposent un hébergement le plus souvent en chambre privative. Ils assurent les soins, la restauration, voire l'entretien du linge mais également des activités d'animation. Certains EHPAD disposent de places pour l'accueil en hébergement temporaire. Cela permet d'accueillir une personne âgée durant une courte période, selon son choix, pour offrir un temps de répit à ses aidants, mais aussi pour préparer une entrée en EHPAD.
- Les établissements du secteur sanitaire pour les personnes âgées nécessitant des soins continus.
 - ✓ L'unité gériatrique aiguë (court séjour) prend en charge des patients souffrant le plus souvent de pathologies multiples et complexes
 - ✓ Les soins de suite et de réadaptation (SSR) gériatriques et polyvalents apportent un complément de traitement et une surveillance active afin de faciliter le retour à domicile ;
 - ✓ Les unités de soins longue durée (USLD) ou long séjour accueillent des personnes dont l'état nécessite, en principe, une surveillance médicale constante. La durée moyenne de séjour y est d'une année et demie. Pour y être admis, il faut présenter une perte d'autonomie (impossibilité de se laver, se lever, s'habiller et se nourrir seul) mais aussi des besoins techniques continus.
- Les structures d'accueil présentes en Corse : Répartition et capacité d'accueil :

**Cartographie des établissements
d'hébergement pour personnes âgées en Corse
Places installées au 01/01/2010**



Cartographie :
Service Etudes, Répertoires, Statistiques et Performances
Sources : Service Handicap et Dépendance
11/02/2010

Lits ou places installés au 1^{er} janvier 2010 publics ou privés (source : ARS de Corse)

Types d'accueil	Corse	Corse du sud	Haute corse
EHPAD (en maison de retraite et foyers logement)			
- Nombre d'établissements	24	10	14
- Nombre de lits	1497	617	880
Logement foyer hors EHPAD			
- Nombre d'établissements	3	2	1
- Nombre de lits	75	56	19
Hébergement temporaire			
Nombre de lits	43	25	18
Accueil de jour			
Nombre de places	29	12	17
Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)			
- Nombre de services	9	6	3
- Nombre de places	536	307	229
Soins de longue durée (USLD)			
- Nombre d'établissements	5	3	2
- Nombre de lits	180	130	50
Total Hébergement Complet			
- Nombre d'établissements	32	15	17
- Nombre de lits	1752	803	949

Au 1^{er} janvier 2010, on dénombre 32 établissements d'accueil pour personnes âgées (maisons de retraite + USLD).

Ces différentes structures ayant des capacités d'accueil ne dépassant pas, pour la plupart, les 100 lits et ces capacités sont majoritairement installées en EPHAD (1497 lits installés dont 617 en corse du sud et 880 en haute corse). 9 services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) sont installés représentant ainsi 536 places sur la région (307 en corse du sud et 229 en haute corse).

Celles-ci sont essentiellement situées aux alentours des grands pôles urbains donc vers le littoral. Sur l'ensemble des structures pouvant accueillir des personnes âgées dépendantes en Corse seulement 5 d'entre elles sont situées à l'intérieur des terres (Vico, Tattone, Corte, Levie, Sarrola Carcopino).

L'accueil en établissement, en Corse, peut concerner jusqu'à 1752 personnes (1781 avec l'accueil de jour). Cependant, il s'avère que cela n'est pas suffisant. En effet, ces

établissements affichent un taux de remplissage de 100% ainsi qu'une liste d'attente conséquente ce qui nous permet d'affirmer qu'il va y avoir de grands besoins structurels dans les prochaines années, et ce notamment dans les régions de l'intérieur du territoire. Le développement des structures peut s'effectuer rapidement puisque le nombre de lits autorisés en EHPAD sur la région est d'environ 2000 lits (autorisations délivrées par l'Etat et les Conseils Généraux). Cela permet potentiellement une marge de 500 lits supplémentaires.

- Les centres locaux d'information et de coordination (CLIC)

Ce sont des guichets d'accueil, d'information et de coordination pour les retraités, les personnes âgées et leur entourage ainsi que pour les professionnels.

Ils fonctionnent en réseau et associent Conseil Général, communes, centres communaux d'action sociale, services de l'Etat, services de maintien à domicile, comités d'entraide, associations...

La Haute Corse dénombre 4 CLIC : celui de Balagne et de Bastia sont gérés par le Conseil Général, celui de la Plaine Orientale est adossé à un GEPI et celui de Corte est associatif.

La Corse du Sud dénombre 3 CLIC localisés à Ajaccio, Sartène, Porto Vecchio et plus récemment une antenne a été ouverte à VICO. Tous sont gérés par le Conseil Général.

Taux d'équipement au 1^{er} janvier 2010 pour 1000 habitants de 75 ans et plus (source ARS Corse)

Equipement	France métropolitaine	Corse	Corse du sud	Haute corse
Structures d'hébergement complet (lits maison de retraite, logements de logements-foyers, lits hébergement temporaire)	94.71‰	43.79‰	39.69‰	47.51‰
Places de services de soins à domicile	18.95‰	16.77‰	19.32‰	14.47‰
Lits médicalisés (lits EHPAD, lits de SLD)	101.3‰	47.67‰	44.5‰	50.54‰

La région présente des taux d'équipement inférieurs aux valeurs nationales : pour les structures d'hébergement complet 43.8 pour 1000 habitants de 75 ans ou plus contre 94.7 au niveau national et pour les lits médicalisés 47.7 en région contre 101 au niveau national. Cet écart est beaucoup moins important pour les SSIAD (16.8 en région contre 18.9 au niveau national). Les taux d'équipement en hébergement complet et lits médicalisés sont plus élevés en Haute Corse.

2) La situation sociale des personnes âgées :

Le recours aux minima sociaux est presque exclusivement attribuable aux personnes âgées. Cette population est la plus exposée aux faibles ressources et donc la plus dépendante aux minima sociaux. En 2008, 18 % des plus de 65 ans résidant en Corse perçoivent l'allocation supplémentaire vieillesse¹. Ce taux est 3.5 fois supérieur à la moyenne nationale (source INSEE).

Au 31 juillet 2008, sur 20066 retraités affiliés à la CRAM, 3404 perçoivent le minimum vieillesse².

Au 1^{er} septembre 2008, le minimum vieillesse s'élevait à 613.33 euros. Il est aujourd'hui remplacé par l'Allocation Solidarité aux Personnes Agées (ASPA).

En Haute Corse, 22 % des retraités qui perçoivent le minimum vieillesse résident à Bastia.

a) Les aides financières aux personnes âgées :

- ✓ L'allocation solidarité aux personnes âgées, une aide de l'Etat.

Depuis le 1^{er} janvier 2007, une allocation unique, l'Allocation de Solidarité aux Personnes Agées (ASPA), remplace l'ancien « revenu minimal de retraite », qui recouvrait une dizaine de prestations différentes. Elle garantit un revenu minimum de 708.95 € par mois pour une personne seule et 1157.46 € pour un couple. Cette allocation est versée aux personnes âgées de plus de 65 ans (ou 60 ans si inaptitude au travail) disposant de peu de ressources. Tous les revenus sont pris en compte (exceptés les biens immobiliers, les placements ainsi que les donations) en revanche, on ne retient pas la valeur de la résidence principale, celle des bâtiments d'exploitation agricole, les prestations familiales. Il s'agit d'une avance de l'Etat et une partie de la somme peut être récupérée sur la succession du bénéficiaire.

Le taux d'allocataires de l'ASPA est de 22,7% en Corse (5,3% en France Métropolitaine).

¹ L'allocation supplémentaire vieillesse et l'allocation de solidarité aux personnes âgées sont deux allocations permettant d'atteindre le niveau du minimum vieillesse. L'ASPA, entrée en vigueur en 2007, se substitue à l'ASV pour les nouveaux bénéficiaires. L'ASV-ASPA est servie par les caisses de retraite.

² Le minimum vieillesse est perçu par une personne lorsque l'ensemble de ses revenus est inférieur à 643.25 €/mois.

✓ L'allocation perte d'autonomie (APA), une aide des conseils généraux

- Modalités d'attribution de l'APA :

Elle est allouée par le Conseil Général aux personnes âgées en perte d'autonomie, de manière à compenser une partie des frais engendrés par celle-ci, que la personne vive à domicile ou qu'elle soit en maison de retraite.

Elle peut être attribuée à domicile pour contribuer au financement d'une aide à domicile ou en établissement pour aider à acquitter le tarif dépendance ou encore pour aider à rémunérer une personne agréée pour l'accueil de personnes âgées à son domicile.

L'APA s'adresse aux personnes âgées de 60 ans ou plus, en situation de perte d'autonomie et nécessitant une aide pour les actes essentiels de la vie (groupe 1 à 4 de la grille AGGIR). Le montant de l'allocation est calculé en fonction des besoins de la personne dépendante. L'APA n'est pas soumise à conditions de ressources et ne donne pas lieu à récupération sur succession.

Le montant mensuel de l'APA domicile est de :

- 1235.65 € en cas de classement en GIR 1
- 1059.12 en GIR 2
- 794.35 en GIR 3
- 529.56 en GIR 4

L'APA établissement est également une allocation mensuelle qui permet de financer tout ou partie du tarif dépendance de l'établissement d'accueil.

✓ L'APA en Corse :

- Les bénéficiaires de l'APA

En 2008, plus de 10000 personnes bénéficient de l'allocation personnalisée d'autonomie en Corse soit 12.9 % de la population âgée en Corse (contre 8.1 % sur l'ensemble du territoire). Par ailleurs, la proportion de ces bénéficiaires vivant à domicile est beaucoup plus élevée en Corse qu'au niveau national (86 % contre 66 %).

Ceci peut être rapproché du faible taux d'équipement de la Corse en établissements pour personnes âgées (47.7 établissements pour 1000 personnes de 75 ans et plus contre 101 au niveau national)

En Haute Corse 90 % des bénéficiaires de l'APA restent à domicile et 85 % en Corse du Sud, contre 60 % au niveau national.

➤ Nombre de bénéficiaires de l'APA domicile au 01/01/2011 :

- En Haute Corse, 4722 personnes perçoivent l'APA domicile dont 290 dépendent du GIR1, dont 1312 du GIR 2, dont 1793 du GIR 3, dont 1327 du GIR 4.

39% des bénéficiaires de l'APA domicile résident sur le territoire de l'UTISS³ Bastia.

- En Corse du Sud, 4344 personnes bénéficient de l'APA domicile dont 217 dépendent du GIR1, dont 673 du GIR 2, dont 841 du GIR 3, dont 2613 du GIR4

➤ Nombre de bénéficiaires de l'APA établissement au 01/01/2011 :

- En Haute Corse, 579 bénéficiaires dont 135 dépendent du GIR1, 280 du GIR2, 77 du GIR3, 87 du GIR4.

- En Corse du Sud, 565 bénéficiaires dont 139 dépendent du GIR1, 262 du GIR2, 84 du GIR3, 80 du GIR4.

• Les dépenses de l'APA

➤ Dépenses d'APA par nombre de personnes âgées de 60 ans et plus :

- 444 € en Haute Corse
- 687 € en Corse du Sud
- 353 € au niveau national

➤ dépenses d'APA par nombre de personnes âgées de 75 ans et plus :

- 1164 € en Haute Corse
- 1868 € en Corse du Sud
- 916 € au niveau national

De 2002 à 2007 les dépenses de l'APA ont augmenté de 43 % passant de 3 millions d'euros à 16 millions d'euros.

Le financement de l'APA, en Corse du Sud, pour l'année 2011, se chiffre à 23910000€ répartis de la manière suivante : 20950000€ pour les personnes maintenues à domicile et 2960000€ pour les personnes placées en hébergement. Ce financement est assuré, en grande partie, par le Conseil Général ; l'Etat, quant à lui, participe à hauteur de 5000000€ soit 20,9% du montant global (Cette participation était à hauteur de 57% en 2002 ce qui se chiffrait environ à 1700000€). La dotation de l'Etat provient des fonds récoltés par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie notamment à travers le jour férié ouvrable annuel. Les montants sont à peu près similaires en Haute Corse.

La problématique qui se pose est que la somme devant être versée par le Conseil Général tend à croître alors que les moyens sont limités. Un système est à l'étude afin d'alléger la charge du Conseil Général. Cela consiste en une sorte d'avance sur la succession des personnes prises en charge (c'est-à-dire que pour une personne possédant des biens, par exemple immobiliers, on fait crédit des dépenses liées à sa prise en charge et on récupère le somme à son décès par la vente du bien) et/ou une participation des enfants aux frais liés à la perte d'autonomie calculée en fonction de leurs revenus.

³ UTISS : unités territoriales d'intervention sociale et sanitaire. En Haute Corse il y a l'UTISS Bastia, Balagne, Corte et Plaine Orientale

b) Les aides matérielles pour aider au maintien à domicile

- ✓ L'aide ménagère, pour les tâches quotidiennes.

Elle assiste les personnes dans leurs tâches quotidiennes d'entretien, de soins d'hygiène, de courses, de démarches simples et courantes. Cette aide est attribuée aux personnes âgées d'au moins 65 ans. Cette prestation peut se cumuler avec la prestation de garde à domicile mais pas avec l'allocation personnalisée d'autonomie. La prise en charge est fonction des revenus de la personne dépendante.

- ✓ Les repas, des dispositifs mis en place par les conseils généraux ou les communes.
Les conseils généraux peuvent allouer des aides financières à des personnes âgées disposant de faibles ressources dans le cadre de la prise en charge des repas.
Certaines communes organisent un service de portage de repas pour les personnes isolées ou fragilisées.
- ✓ La garde à domicile
La caisse d'assurance vieillesse peut sous certaines conditions prendre en charge les dépenses inhérentes à une garde à domicile en cas d'hospitalisation à domicile, pour engager une personne à domicile lors d'un séjour temporaire ou permanent en établissement, pour remplacer momentanément la famille, dans une situation de dépendance chronique, physique ou psychique. Elle rembourse jusqu'à 80 % dans le dépense engagée dans un plafond de 1430 € par personne par trimestre.
- ✓ Les aides au logement : l'aide personnalisée au logement, l'allocation de logement social, l'allocation logement à caractère familial.
- ✓ Des avantages fiscaux pour aider les plus âgés.

III : Spécificités du territoire insulaire

1) La problématique liée à l'aménagement du territoire

Le vieillissement de la population, essentiellement en milieu rural, ainsi que le faible équipement de ce milieu en structures médicales font de la question de l'aménagement du territoire une question incontournable.

En effet, il a été constaté que l'intérieur des terres, constitué en majeure partie de petits villages, abrite une population dont la part des plus de 60 ans est forte et tend à augmenter ce qui induit un potentiel important de personnes dépendantes.

Par ailleurs, il a aussi été constaté le faible nombre de structures d'accueil de type EHPAD dans ces zones là. En effet, ces établissements sont, pour la plupart, situés aux alentours et à l'intérieur des grands pôles urbains insulaires (Ajaccio, Bastia...)

Le placement en établissement des personnes dépendantes en provenance des villages nécessite alors un déplacement vers les villes et donc un changement du milieu et du cadre de vie donc par conséquent un éloignement du lieu de vie ce qui affecte psychologiquement les individus. C'est l'une des principales raisons pour laquelle la solution du maintien à domicile est souvent choisie par les familles. Bien que ce choix paraisse pertinent et préférable pour le moral de la personne âgée, il apparaît que cela présente des contraintes : nécessité d'une aide à domicile multiple (la famille ne pouvant se substituer à des professionnels de santé), la distance pour accéder à une structure médicale (hôpital...) nécessite un transport souvent long...

Il apparaît alors important, pour la Corse, de revoir l'aménagement territorial en proposant plus de centres médicaux ainsi que d'établissements spécialisés en milieu rural donc à l'intérieur des terres : **il faut structurer de manière plus approfondie l'aide aux personnes âgées dépendantes en milieu rural.**

2) La problématique médicale en milieu rural :

Dans le cadre d'une bonne prise en charge de la population du point de vue médical, l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) préconise un ratio d'un médecin pour six cents habitants.

Or, une étude faite en 2008 par l'URML (Union Régionale des Médecins Libéraux) montre que, en Corse, ce ratio est loin d'être respecté sur tout le territoire.

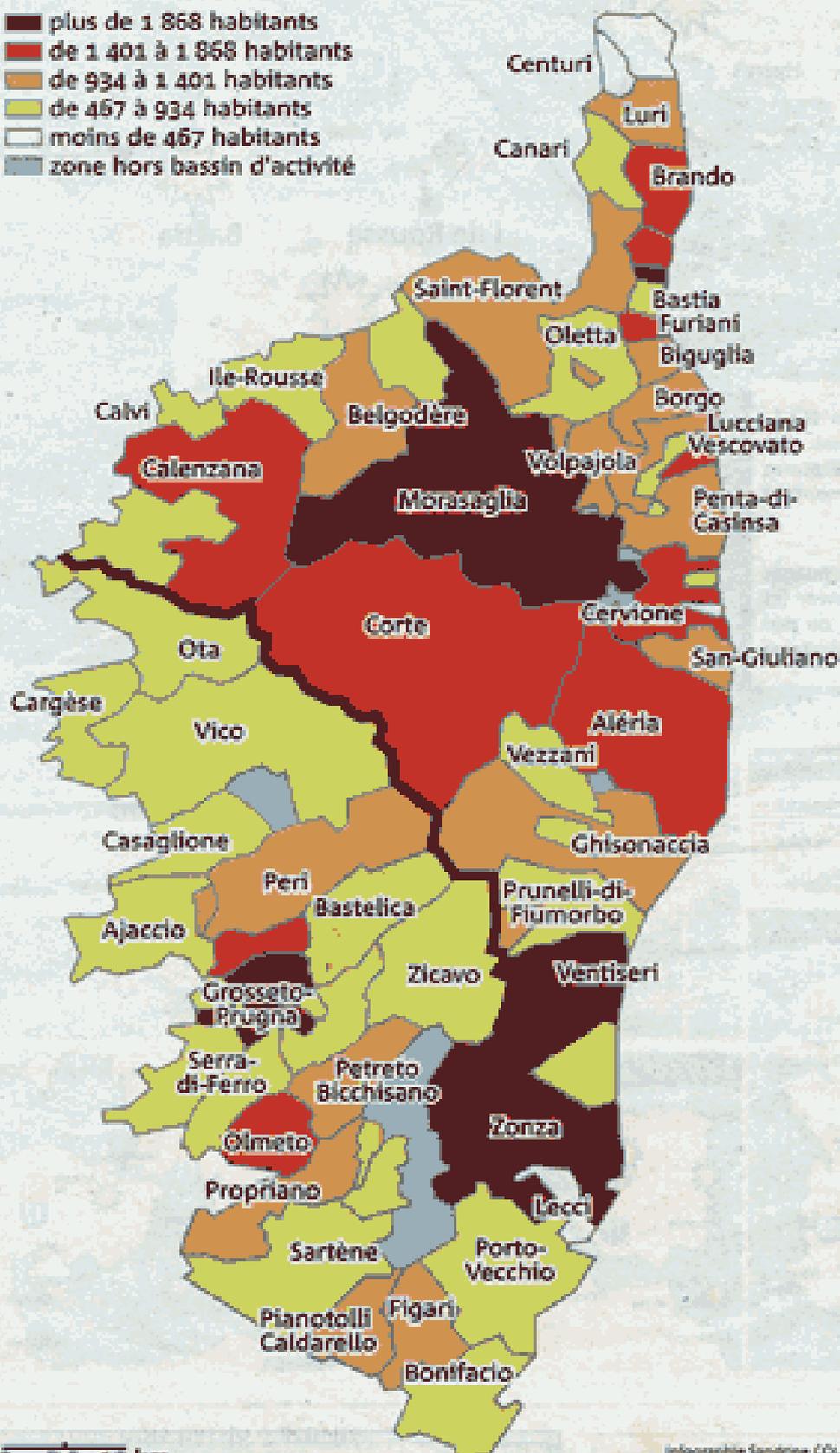
Par ailleurs, l'OMS définit comme critère de zone déficitaire un seuil de densité médicale d'un médecin pour mille quatre cent vingt-huit habitants.

Ce seuil est dépassé dans plusieurs régions rurales (zones de couleurs rouge et marron sur la carte ci dessous).

La desserte médicale en 2008

Nombre d'habitants pour un médecin généraliste

- plus de 1 868 habitants
- de 1 401 à 1 868 habitants
- de 934 à 1 401 habitants
- de 467 à 934 habitants
- moins de 467 habitants
- zone hors bassin d'activité



0 7.5 15 km

Infographie Sandrine COLUCCI
Sources : INSEE, ORAM

Il a été constaté que seize zones ou secteurs ont été identifiés comme secteurs à risque en terme d'accès au médecin traitant. Les zones suivantes sont donc concernées : l'Alta Rocca ; le bas et le haut Taravo ; Figari ; Porto ; Sartène ; Vico ; Santa-Maria Sicchè ; la vallée du Prunelli ; Cargèse ; Tiuccia-Cinarca ; le Niolu ; Vezzani ; Centuri-Luri ; le Fiumorbu ; Ponte-Leccia.

A noter que dans ces zones ou parfois le ratio atteint un médecin pour plus de mille six cents habitants, les médecins sont pour la plupart âgés de plus de 50 ans donc, n'ont potentiellement plus beaucoup d'années de pratique devant eux.

Partant de ce constat, on peut donc déduire une réelle problématique liée à la prise en charge médicale en Corse, essentiellement en milieu rural. Problématique qui tend à s'aggraver avec le vieillissement des populations et des médecins qui ne seront peut être pas remplacés. En effet, les jeunes médecins qui s'installent préfèrent l'attractivité des pôles urbains : 56% des médecins généralistes sont situés dans 4 villes → Ajaccio, Bastia, Ile Rousse, Porto-Vecchio.

Par ailleurs, il est plus difficile et souvent moins intéressant d'exercer en milieu rural qu'en milieu urbain : manque de moyens médicaux, affluence plus faible, transport plus long et plus coûteux pour les visites à domicile, difficultés pour disposer d'un logement et/ou d'un cabinet, charges administratives lourdes...

Pourtant, avec l'augmentation de l'espérance de vie et des conditions de vie, le vieillissement de la population en milieu rural va offrir une clientèle abondante et demandeuse de soins médicaux ce qui justifie un réel besoin en médecins généralistes pour les années à venir.

Cependant, la problématique insulaire n'est pas encore reconnue puisque, à ce jour, aucune zone n'a été définie comme déficitaire en Corse.

3) La problématique de l'aidant familial et l'évolution de la société

En Corse, il était coutumier que la famille s'occupe des personnes âgées dépendantes, et ce depuis des générations. La plupart des personnes âgées dépendantes étaient alors maintenues à domicile et c'étaient leurs enfants, le plus souvent, qui en assument seuls la charge. Cependant, l'évolution de la société fait que ce phénomène est de moins en moins possible.

De nos jours, et contrairement à quelques années en arrière, les femmes sont professionnellement beaucoup plus actives : le travail des femmes se généralise alors qu'il était assez marginal il y a peu. Les femmes ne restent donc plus au domicile et ne peuvent donc s'occuper à plein temps d'une personne âgée.

Bien souvent, les enfants ne vivent pas dans la même localité que les parents. Les anciens préférant rester au village alors que les enfants doivent vivre en ville, à proximité de leur emploi. Parfois, les enfants sont carrément partis de Corse pour de raisons professionnelles.

La précarité constitue un autre phénomène de société qui fait que les familles n'ont parfois pas les moyens financiers ou la capacité d'accueil pour prendre en charge une personne âgée. Les logements sont la plupart du temps en mesure d'accueillir exclusivement un ménage (couple avec enfants) donc pas de place pour une personne supplémentaire.

Il apparaît donc que l'aidant familial ne peut plus constituer, faute de temps ou de moyens, à lui seul, l'aide nécessaire aux personnes âgées dépendantes. Plusieurs aidants doivent donc assurer les soins médicaux, les aides aux tâches de la vie quotidienne, le maintien psychologique...

IV : Perspectives

1) Vieillessement de la population conforté à horizon 2040

A horizon 2040, la population insulaire compterait 350 000 habitants.

Dans les décennies à venir, la Corse se caractériserait par un vieillissement marquant de sa population considérant :

- une croissance démographique en nette ralentissement,
- un vieillissement très marqué de la population,
- diminution des naissances,
- un excédent migratoire stable.

La croissance démographique :

La Corse compterait 350 000 habitants en 2040. Dans les prochaines décennies la croissance démographique devrait nettement ralentir. Ainsi, la démographie insulaire, devrait progressivement faiblir et augmenterait au même rythme qu'en moyenne nationale à horizon 2040.

Vieillessement de la population :

La Corse est actuellement une des régions les plus âgées de France et ce mouvement s'accroîtra. En 2040 une personne sur trois aura plus de 65 ans, contre un sur cinq actuellement. L'âge moyen de la population serait alors de 49 ans, soit cinq années de plus que la moyenne nationale.

D'ici à 2040, la population des plus de 65 ans va quasiment doubler absorbant à elle seule la totalité de la croissance démographique régionale.

Les déterminants de ce vieillissement sont la totalité de la génération des baby boomers qui aura atteint l'âge de 65 ans d'ici 2040. Parallèlement, l'espérance de vie continuera d'augmenter.

Les naissances:

A horizon 2040, la natalité serait marquée par un recul. D'une part, le nombre de femmes en âge de procréer diminuerait d'environ 10. D'autre part, les femmes insulaires se caractérisent par une faible fécondité, qui, si elle perdurait, serait nettement insuffisante pour assurer le renouvellement des générations. Au total, le nombre de naissances déjà faible, devrait encore se réduire. La Corse enregistrerait moins de 2600 naissances par an, soit 400 de moins qu'en 2009.

Dès lors, les jeunes devraient être nettement minoritaires dans le paysage démographique de 2040. A cette date, seulement un insulaire sur huit aura moins de 15 ans. Par le simple jeu des naissances et décès, la Corse se dépeuplerait d'environ 800 personnes par an entre 2007 et 2040.

Un excédent migratoire stable

L'augmentation de la population sera imputable aux échanges migratoires qui feront plus que compenser le déficit naturel. Sans migration, la population de la Corse baisserait de 23 000 personnes à horizon 2040. Les mouvements migratoires alimenteront la croissance démographique de l'île à hauteur de 2300 personnes par an entre 2007 et 2040. En moyenne chaque année 5800 personnes entreraient en Corse et 3500 feraient le chemin inverse.

L'essentiel de cette population viendrait des régions du pourtour méditerranéen et de l'île de France.

2) Solutions pour une meilleure prise en charge des personnes âgées

Favoriser le maintien des personnes âgées à domicile

Le CESC en 2009 dans son rapport sur la précarité formulait les propositions suivantes à destination des personnes âgées :

- Compte tenu du souhait des personnes âgées de rester à leur domicile développer et former le corps des aides à domicile et / ou prévoir une coordination des différentes structures en charge de cette aide pour plus de lisibilité de l'action.
- Développer les maisons de retraite dans les villages et des structures médicalisées dites de proximité dans les cantons.

Développer les actions de prévention en faveur des personnes âgées non dépendantes (GIR 5 et 6)

Dans les domaines de la nutrition, de l'adaptation du logement, de l'activité physique et intellectuelle.

Développer la prévention de la perte d'autonomie

Il est démontré que la **prévention peut avoir un impact important pour faire reculer la survenance de la perte d'autonomie. C'est donc un enjeu majeur.**

Nous constatons également que les inégalités socioprofessionnelles dans l'espérance de vie liées aux conditions de travail, à l'accès aux soins, à l'éducation sanitaire sont aggravées par des inégalités accrues dans l'accès à la prévention pour les plus défavorisés.

Les déterminants de la prévention susceptibles de faire reculer la perte d'autonomie sont connus :

- l'éducation sanitaire et alimentaire,
- le maintien en activité physique et intellectuelle,
- une surveillance médicale régulière,
- une participation à la vie sociale et culturelle.

La prévention doit commencer à l'école

La crèche puis l'école sont les lieux privilégiés de l'accès au plus grand nombre à une éducation sanitaire et alimentaire. Nous constatons souvent une rupture de prise en charge de la prévention entre les différents niveaux (par exemple la prévention bucco dentaire entamée à la crèche est souvent interrompue au-delà faute de personnels formés et/ou d'équipement adaptés).

Il convient de mieux coordonner les intervenants en milieux scolaires et d'équiper les établissements pour permettre les apprentissages et diffuser l'éducation sanitaire et alimentaire.

L'information des jeunes sur les comportements à risque peut aussi éviter d'hypothéquer gravement la qualité du vieillissement.

La prévention a sa place dans l'entreprise

La situation de travail, peut être déterminante pour la santé du salarié. L'amélioration de la qualité de la vie au travail, la réduction du stress et de la pénibilité du travail aident à préserver la santé des salariés, des actifs, à réduire les inégalités d'espérance de vie, mais aussi à améliorer les conditions du vieillissement.

Au-delà des mesures de prévention et de suivi médical en entreprise et celles plus spécifiques pour les salariés particulièrement exposés, l'entreprise peut jouer un rôle dans la prévention de la perte d'autonomie. En particulier, le maintien dans une activité peut être accompagné par :

- des transitions plus progressives et diversifiées vers la retraite,
- une préparation au départ à la retraite (des expériences de ce type existent dans certains organismes de protection sociale et pourraient être généralisées).

Les partenaires sociaux, les IRP et les organismes de protection sociale doivent être mobilisés et coordonnés sur ces actions.

La surveillance médicale et le dépistage, en particulier des maladies neuro-dégénératives doivent être favorisés. Le dépistage précoce permet de limiter les effets de certaines pathologies (hypertension, diabète, surdité), d'en améliorer les chances de guérison, de faire reculer l'entrée dans la dépendance.

Il faut **le maintien de la prise en charge du GIR4 par l'APA**. En effet, c'est à ce moment crucial que peuvent être mis en place des dispositifs qui permettent aux personnes de ne pas aller vers une dépendance lourde.

Renforcer l'aide aux aidants familiaux

La prise en charge des personnes en perte d'autonomie, est, pour beaucoup d'aidants, très éprouvante. Les aidants familiaux sont souvent épuisés et isolés.

Les études de la DRESS montrent que la mise en place de l'APA n'a pas modifié l'intensité de l'intervention des proches.

Ce type de solidarité constitue deux enjeux pour la société : à court terme, l'enjeu est de faire en sorte que les aidants puissent être soutenus et soulagés dans cet accompagnement de leurs proches. L'égalité homme-femme dans l'emploi et le déroulement de carrière est le second enjeu.

Aujourd'hui, force est de constater que, très majoritairement, c'est sur les femmes que repose l'aide familiale aux personnes âgées.

Les évolutions sociologiques et l'objectif d'égalité dans la rémunération et la carrière sont incompatibles, à moyen terme, avec cette prise en charge.

Il convient donc de trouver des mesures qui, sans être incitatives à la prise en charge dans le cadre familial, soutiennent et accompagnent les aidants qui en font le choix.

Il est souhaitable de mettre en place des solutions de répit temporaire, de jour comme de nuit, pour permettre le libre choix de ces dispositifs, et par les aidants et par les aidés, accessibles géographiquement et financièrement par tous.

Il est aussi souhaitable de favoriser la formation des aidants familiaux, leur accès à une information personnalisée, le bénéfice de l'intervention de professionnels pour leur permettre d'échanger sur leurs expériences et leurs connaissances.

Pour rompre l'isolement, il est possible d'imaginer aussi la mise à disposition de plateformes d'écoute et l'accès à des groupes de parole et d'échange, afin d'identifier les situations d'épuisement.