

N° 2662

---

# ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

QUINZIÈME LÉGISLATURE

---

---

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 6 février 2020.

## RAPPORT D'INFORMATION

FAIT

AU NOM DE LA DÉLÉGATION AUX OUTRE-MER <sup>(1)</sup>

sur **le grand âge dans les outre-mer**

PAR

MMES STÉPHANIE ATGER ET ERICKA BAREIGTS

Députées

---



## SOMMAIRE

---

	Pages
<b>INTRODUCTION</b> .....	7
<b>PREMIÈRE PARTIE : LES OUTRE-MER SONT CONFRONTÉS AU VIEILLISSEMENT DE LEUR POPULATION</b> .....	9
<b>I. UN VIEILLISSEMENT ACCÉLÉRÉ QUI CONCERNE PRIORITAIREMENT LES ANTILLES ET LA REUNION</b> .....	9
<b>A. UN PHÉNOMÈNE QUI A SURPRIS PAR SON AMPLEUR ET SA RAPIDITÉ</b> .....	9
1. Deux révolutions démographiques en quelques décennies.....	9
2. Une transformation radicale de la pyramide des âges antillaise .....	10
3. Un phénomène similaire mais un peu ralenti à La Réunion .....	12
<b>B. QUELQUES PROJECTIONS DÉMOGRAPHIQUES</b> .....	14
1. Un déséquilibre inédit.....	14
2. Les outre-mer vieilliront beaucoup plus vite que l’hexagone.....	14
<b>C. UNE ÉVOLUTION AMPLIFIÉE PAR LES MOUVEMENTS MIGRATOIRES</b> .....	15
1. Des mouvements qui ont changé de nature.....	15
2. Une transformation des structures sociales des outre-mer.....	15
<b>II. TOUS LES TERRITOIRES NE SONT PAS ENCORE CONCERNÉS DE LA MÊME MANIÈRE</b> .....	16
<b>A. LA GUYANE DISPOSE ENCORE D’UN SURSIS</b> .....	16
1. Une population encore jeune mais en évolution rapide.....	16
2. Une espérance de vie qui se rapproche de la moyenne nationale .....	16
<b>B. LA SITUATION PARTICULIÈRE DE LA NOUVELLE-CALÉDONIE</b> .....	17
1. En quarante ans, la population âgée de plus de 60 ans a doublé .....	17
2. Un environnement familial favorable .....	18
3. Des conditions d’habitation parfois précaires.....	18
4. L’offre de soins primaires .....	19
<b>C. MAYOTTE : UN DÉPARTEMENT ENCORE TRÈS JEUNE</b> .....	19
1. Une grande précarité sanitaire et sociale .....	20
2. La situation démographique contrastée .....	20
3. Les dispositifs mis en place .....	20

D. LA POLYNÉSIE FRANÇAISE MET L'ACCENT SUR LES AIDANTS.....	21
1. L'inéluctable vieillissement de la population .....	21
2. Le Dispositif Aidant « Feti'i » .....	22
E. SAINT-PIERRE-ET-MIQUELON .....	22
1. État du vieillissement de la population .....	22
2. Une organisation adaptée à la situation de l'archipel .....	23
3. Les actions menées en faveur de l'autonomie des personnes âgées .....	24
4. La maison territoriale de l'autonomie.....	24
F. WALLIS-ET-FUTUNA .....	25
1. Une population encore relativement jeune .....	25
2. Un manque de structures pour personnes âgées .....	25
G. SAINT-MARTIN ET SAINT-BARTHÉLÉMY .....	26
1. Saint-Martin .....	26
2. Saint-Barthélemy .....	28

## **DEUXIÈME PARTIE : LA PRÉCARITÉ SANITAIRE ET ÉCONOMIQUE DES PERSONNES ÂGÉES EN OUTRE-MER.....**

<b>I. LES PERSONNES ÂGÉES SONT EN MOINS BONNE SANTÉ EN OUTRE-MER QUE DANS L'HEXAGONE.....</b>	<b>31</b>
<b>A. UNE DÉTÉRIORATION DE LA PLUPART DES INDICATEURS.....</b>	<b>31</b>
1. Une impression générale de mauvaise santé.....	31
2. Une surcharge pondérale plus importante même chez les personnes âgées .....	32
3. L'accident vasculaire cérébral .....	33
4. Des taux de prévalence du diabète très élevés dans les outre-mer .....	34
5. Une santé bucco-dentaire dégradée .....	34
<b>B. L'ESPÉRANCE DE VIE SANS INCAPACITÉ .....</b>	<b>34</b>
1. Une espérance de vie globale inférieure dans les outre-mer.....	34
2. Un indicateur révélateur d'inégalités .....	35
3. Des écarts marqués selon le genre et l'origine sociale .....	35
<b>C. PERTE D'AUTONOMIE ET LIEU DE VIE .....</b>	<b>37</b>
1. Une plus grande proportion de personnes dépendantes.....	37
2. Le domicile préféré aux établissements spécialisés.....	38
3. Les aides sociales aux personnes âgées .....	39

<b>II. LA PRISE EN CHARGE DE LA DÉPENDANCE RESTE À INVENTER DANS LES OUTRE-MER</b> .....	41
A. UNE OFFRE D'ÉTABLISSEMENTS INADAPTÉE.....	41
1. Une perte d'autonomie plus précoce dans les outre-mer .....	41
2. Un parc d'EHPAD déficient et vieillissant.....	42
3. Des EHPAD parmi les plus chers de France .....	44
B. UNE TRÈS GRANDE VULNÉRABILITÉ ÉCONOMIQUE.....	44
1. Des populations particulièrement précaires .....	44
2. Le problème de l'accès au droit.....	46
3. La difficulté de se déplacer .....	46
 <b>TROISIÈME PARTIE : LES ATTENTES EN MATIÈRE DE PRISE EN CHARGE DE LA DÉPENDANCE DANS LES OUTRE-MER</b> .....	47
<b>I. TOUTE UNE ACTIVITÉ LIÉE À LA DÉPENDANCE SE DÉVELOPPE</b> .....	47
A. L'ÉCONOMIE DU GRAND ÂGE EST UN RÉSERVOIR D'EMPLOIS .....	47
1. Les services à la personne doivent favoriser l'emploi outre-mer .....	47
2. L'instabilité juridique et le coût du travail sources d'inquiétudes.....	48
3. Les attentes des seniors en matière d'habitat inclusif.....	49
B. LES PARTICULARITÉS DES TERRITOIRES ULTRA-MARINS .....	49
1. Les difficultés liées à l'éloignement et aux conditions locales.....	50
2. Déterminer avec précision les surcoûts pour ajuster la tarification .....	50
C. RENFORCER L'ATTRACTIVITÉ DES SERVICES À LA PERSONNE .....	51
1. La Réunion va former un millier de jeunes pour s'occuper des aînés.....	51
2. Le rôle du service militaire adapté (SMA) .....	51
3. Bénévolat et service civique .....	52
D. LE CAS PARTICULIER DE LA MALADIE D'ALZHEIMER .....	52
1. Une maladie mésestimée et en pleine expansion.....	52
2. Démystifier cette maladie et sensibiliser les populations d'outre-mer .....	53
3. Décloisonner le social, le médico-social et le sanitaire .....	54
 <b>II. REPLACER L'HUMAIN AU CENTRE DES PRÉOCCUPATIONS</b> .....	55
A. AMÉLIORER LA PROTECTION DES PERSONNES ÂGÉES.....	55
1. Mieux informer pour garantir les droits des personnes âgées.....	55
2. Couvrir le « reste à charge » en matière d'hébergement .....	56
3. Développer les résidences autonomie dans les outre-mer .....	57

<b>B. LA TECHNOLOGIE AU PROFIT DES AÎNÉS .....</b>	<b>57</b>
1. Faire du domicile l'acteur principal de la coordination .....	57
2. La télémédecine pour éviter des hospitalisations ou des déplacements .....	58
<b>C. LA PISTE DE LA PRÉVENTION.....</b>	<b>58</b>
1. Prévenir la dépendance par l'activité : l'exemple de Saint-Paul à La Réunion.....	59
2. Favoriser une meilleure hygiène .....	60
<b>D. LE RÔLE ESSENTIEL ET MÉCONNU DES AIDANTS .....</b>	<b>60</b>
1. Les proches-aidants sont en première ligne .....	60
2. L'aide aux aidants : l'exemple du baluchonnage.....	61
3. Quelques principes essentiels qui font consensus.....	62
<b>LES PRÉCONISATIONS DE LA MISSION D'INFORMATION .....</b>	<b>63</b>
1. Faire du grand âge une priorité nationale .....	63
2. Promouvoir la connaissance du grand âge.....	63
3. Améliorer la diffusion de l'information liée .....	64
4. Favoriser l'attractivité des services liés au grand âge.....	64
5. Moderniser les services aux personnes âgées et dépendantes .....	65
6. Repenser et adapter le logement .....	65
7. Prévenir pour retarder l'entrée dans la dépendance .....	66
8. Reconnaître le rôle indispensable des « aidants ».....	66
<b>EXAMEN PAR LA DÉLÉGATION .....</b>	<b>67</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>69</b>
<b>LISTE DES AUDITIONS.....</b>	<b>69</b>

## INTRODUCTION

La génération des baby-boomers nés au lendemain de la seconde guerre mondiale, entre 1945 et 1965, qui quitte actuellement la vie active pour entrer dans la retraite, avec les nécessaires ajustements que nous connaissons, entrera dans la dépendance d'ici quelques années. Ce sujet concerne chacun d'entre nous, soit directement, soit par le biais d'un parent qui appartient à cette catégorie. « *Il existe sur ce sujet une grande attente dont les autorités ne semblent pas prendre pleinement conscience* » indique Dominique Libault, auteur d'un rapport remis le 28 mars 2019 au gouvernement<sup>1</sup>, face à la mission d'information qui l'a rencontré à l'automne dernier.

À trois reprises au cours de ces dernières années, les chefs de l'État successifs ont exprimé clairement leur volonté de légiférer dans le domaine du financement de la dépendance :

- Jacques Chirac, en 1995, s'était engagé dans un processus ambitieux qui, finalement abandonné, déboucha tout de même en 1997 sur la création de la Prestation spécifique dépendance (PSD) ;

- Nicolas Sarkozy, en 2007, s'engagea à créer un cinquième risque, projet finalement abandonné au sortir de l'été 2011 ;

- François Hollande, en 2015, a fait adopter la relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

Le 14 juin 2018, lors du discours prononcé à l'occasion du congrès de la Mutualité française à Montpellier, le Président de la République Emmanuel Macron a annoncé sa volonté de légiférer sur le sujet : « *sur le grand âge, il est évident que nous ne pouvons plus longtemps différer la réponse à apporter en matière de dépendance (...) Il nous faut construire un nouveau risque, il nous faut répondre à cette nouvelle vulnérabilité sociale, qu'est la dépendance. Sur ce sujet, l'année 2019 sera aussi consacrée à une loi qui sera votée avant la fin de l'année.* »

La priorisation de l'examen de la réforme des retraites et les discussions avec les représentants ont reporté à plusieurs reprises le calendrier originel, mais la Délégation aux outre-mer de l'Assemblée nationale a néanmoins décidé, le 4 juillet 2019, de créer une mission d'information sur le grand âge et la dépendance dans les outre-mer.

---

<sup>1</sup> Rapport de M. Dominique Libault sur la concertation « *Grand âge et autonomie : 175 propositions pour une politique nouvelle et forte du grand âge en France* » 28 mars 2019.

En effet, s'ils comptent encore aujourd'hui parmi les territoires les plus jeunes de France, les outre-mer français, en particulier la Guadeloupe, la Martinique et La Réunion, sont depuis les dernières décennies concernés par un vieillissement très rapide de leur population.

En effet, la part des 65 ans et plus a été multipliée par 1,5 dans chacun de ces départements entre 1999 et 2014, et selon les dernières projections de l'INSEE, cette part sera encore multipliée par 1,5 à La Réunion et presque par 2 en Guadeloupe et en Martinique d'ici à 2030. Les 65 ans et plus représenteront alors environ 30 % de la population antillaise et presque autant à La Réunion. Les deux départements antillais, jadis les plus jeunes de notre pays, seront les départements les plus vieux de France.

Au-delà de la rapidité du phénomène, le vieillissement de la population antillaise et réunionnaise a lieu dans un contexte très différent de celui de la France hexagonale. La population de ces départements se différencie entre autres par une précarité économique et sanitaire élevée et leurs structures sociodémographiques ont été façonnées par les mouvements migratoires, principalement à destination de l'hexagone. La question de la santé des personnes âgées, et notamment l'organisation de la prise en charge des personnes en situation d'incapacité, y est devenu un enjeu majeur de santé publique.

Le rapport de Dominique Libault évoqué ci-dessus n'ayant pas consacré de thématique spécifique aux outre-mer, il devenait donc impérieux de créer cette mission d'information destinée à rappeler les spécificités des collectivités ultramarines et à présenter un certain nombre de préconisations les concernant.

Dans la mesure où les sujets sociaux relèvent la compétence locale dans plusieurs collectivités ultra-marines (en Polynésie française, en Nouvelle-Calédonie, à Wallis et Futuna), le présent rapport est principalement centré sur les départements d'outre-mer et notamment les trois qui sont concernés par le vieillissement accéléré de leur population (La Réunion, la Guadeloupe et la Martinique) la situation démographique de la Guyane et de Mayotte étant assez différente.

Parce que ces territoires seront les premiers à faire face à une demande importante de prise en charge liée au grand âge et à l'autonomie, l'État doit faire de ces expériences des réussites pour les adapter, ensuite, à l'ensemble du territoire.

## **PREMIÈRE PARTIE : LES OUTRE-MER SONT CONFRONTÉS AU VIEILLISSEMENT DE LEUR POPULATION**

Les situations démographiques ne sont pas identiques dans tous les territoires ultra-marins. Pour autant, le phénomène du vieillissement les concernera tous, à des échéances variables. D'ores et déjà, les Antilles et La Réunion commencent à être confrontées à une forte augmentation du nombre de séniors, notamment de personnes en situation de dépendance.

Ce phénomène est amplifié par les mouvements migratoires qui privent certains départements d'une partie de leur population jeune partie étudier ou vivre en France hexagonale alors qu'en sens inverse, certains qui ont fini leur carrière rentrent au pays y passer leurs vieux jours.

Et la situation est aggravée par le sous-équipement des territoires ultra-marins en établissements pour personnes âgées dépendantes ainsi que par un niveau de vie inférieur à la moyenne nationale.

### **I. UN VIEILLISSEMENT ACCÉLÉRÉ QUI CONCERNE PRIORITAIREMENT LES ANTILLES ET LA REUNION**

Les départements d'outre-mer peuvent être divisés en deux situations distinctes : d'une part les deux départements antillais (Guadeloupe et Martinique) et La Réunion qui, après avoir effectué une première « révolution démographique » à la fin du vingtième siècle, commencent à être confronté au rapide et massif vieillissement de leur population ; d'autre part la Guyane et Mayotte qui, notamment grâce à des taux de fécondités élevés et une immigration importante, sont encore relativement épargnés par les phénomène de vieillissement.

#### **A. UN PHÉNOMÈNE QUI A SURPRIS PAR SON AMPLEUR ET SA RAPIDITÉ**

##### **1. Deux révolutions démographiques en quelques décennies**

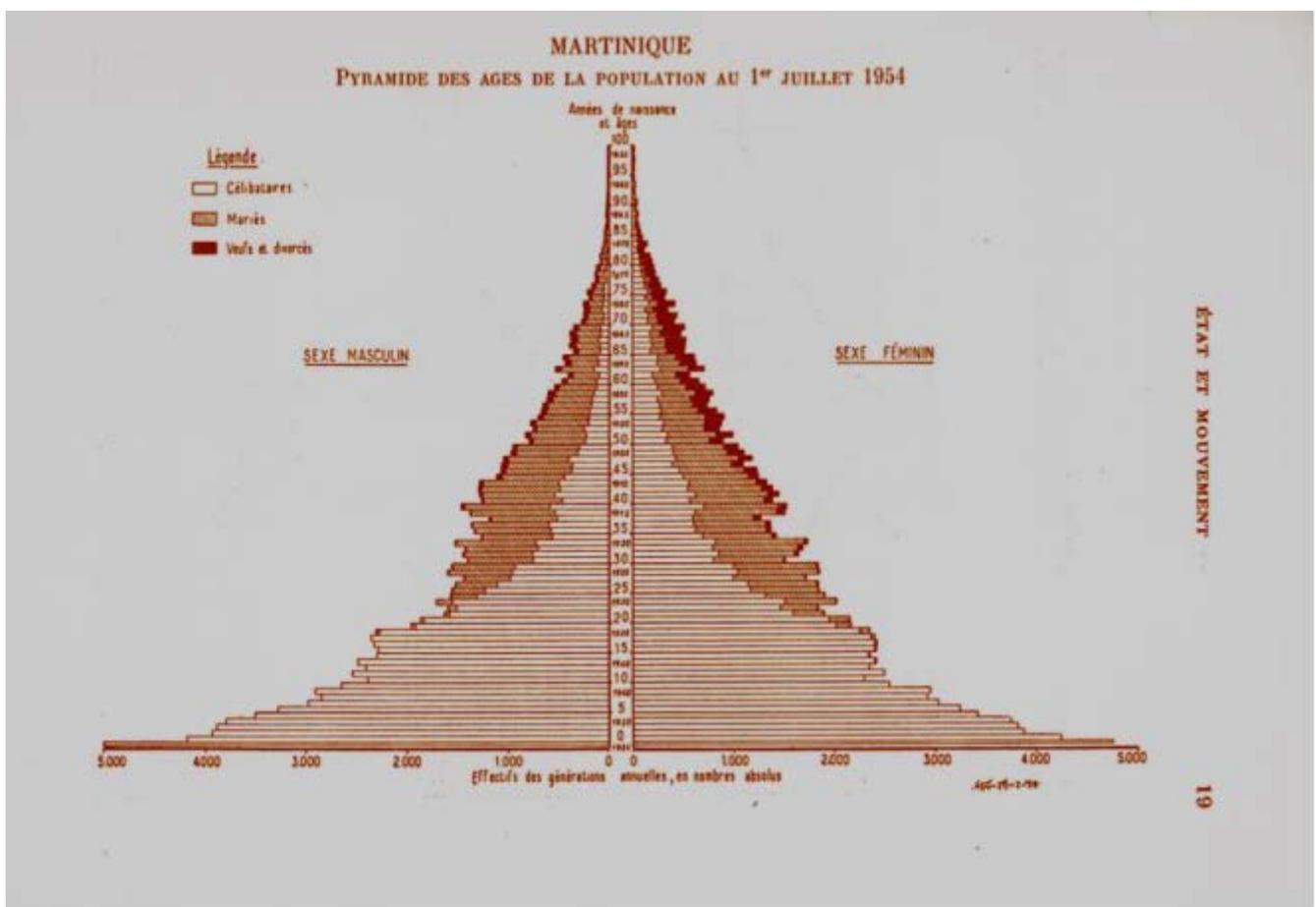
Depuis le début des années 1960, les Antilles et La Réunion ont connu d'importantes transformations de leurs structures sociodémographiques, entraînant un vieillissement rapide de leur population, dans un contexte très différent du reste de la France. La transition démographique y a été en effet particulièrement rapide. En 20 ans, entre 1965 et 1986, l'espérance de vie à la naissance a progressé d'environ 10 ans pour les deux sexes dans les trois départements. Quant à la fécondité, sa chute a également été spectaculaire, surtout dans les deux départements antillais : de 5 ou 6 enfants par femme au début des

années 1960, l'indice de fécondité est arrivé aujourd'hui au niveau du seuil de renouvellement des générations (2,1 enfants par femme) en Guadeloupe, voire est passé très légèrement en dessous (1,9) en Martinique. La transition démographique est donc totalement achevée dans ces deux départements.

C'est un peu moins le cas à La Réunion qui enregistre un taux de fécondité s'élevant à 2,5 enfants par femme.

Néanmoins la baisse de la fécondité enregistrée sur les 50 dernières années reste conséquente, et même si La Réunion demeure – pour l'instant – un territoire moins vieillissant que les Antilles grâce à sa fécondité encore relativement élevée, le processus de vieillissement y est bien enclenché également : le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus est passé de 46 000 en 1999 à 83 000 en 2014, soit une augmentation de 80 % en quinze ans seulement.

### « RETOUR VERS LE FUTUR » : LA MARTINIQUE EN 1954



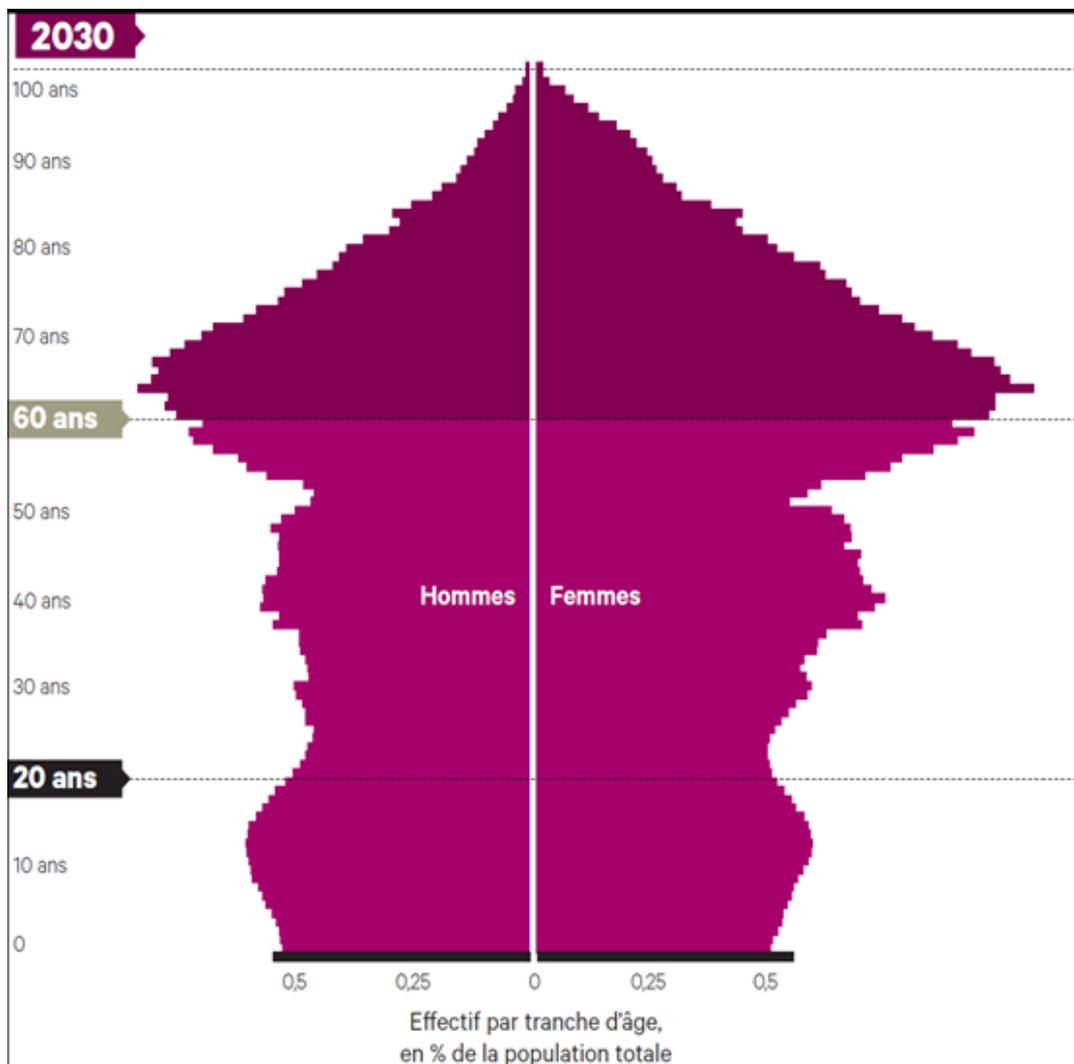
## 2. Une transformation radicale de la pyramide des âges antillaise

L'évolution des pyramides des âges des trois départements illustre bien les mutations démographiques en cours. Les pyramides de la Guadeloupe et de la Martinique sont très similaires : en 1999, leur forme était caractéristique de départements très jeunes, avec une base large, et des générations nombreuses aux âges actifs. Le sommet se resserrait ensuite très vite au-delà de 50 ans.

Les pyramides de 2014 montrent une population considérablement plus vieille : les générations les plus nombreuses ont désormais entre 40 et 55 ans. Le creux chez les jeunes adultes, dû aux départs de ceux-ci vers l'Europe, déjà visible en 1999, s'est accentué. Alors qu'il ne concernait que les 20-25 ans en 1999, il s'étend à désormais à une grande partie de la population d'âge actif (20-40 ans). La base des pyramides est encore large, mais les classes pleines à la base en 1999 ont été creusées par l'émigration, les générations qui arrivent aux âges féconds en 2014 sont donc moins nombreuses, aussi la natalité diminue et les nouvelles générations seront également peu nombreuses : il y a nettement moins de 0-4 ans en 2014 qu'en 1999.

D'ores et déjà, le département de la Guadeloupe commence à connaître un nombre important de centenaires.

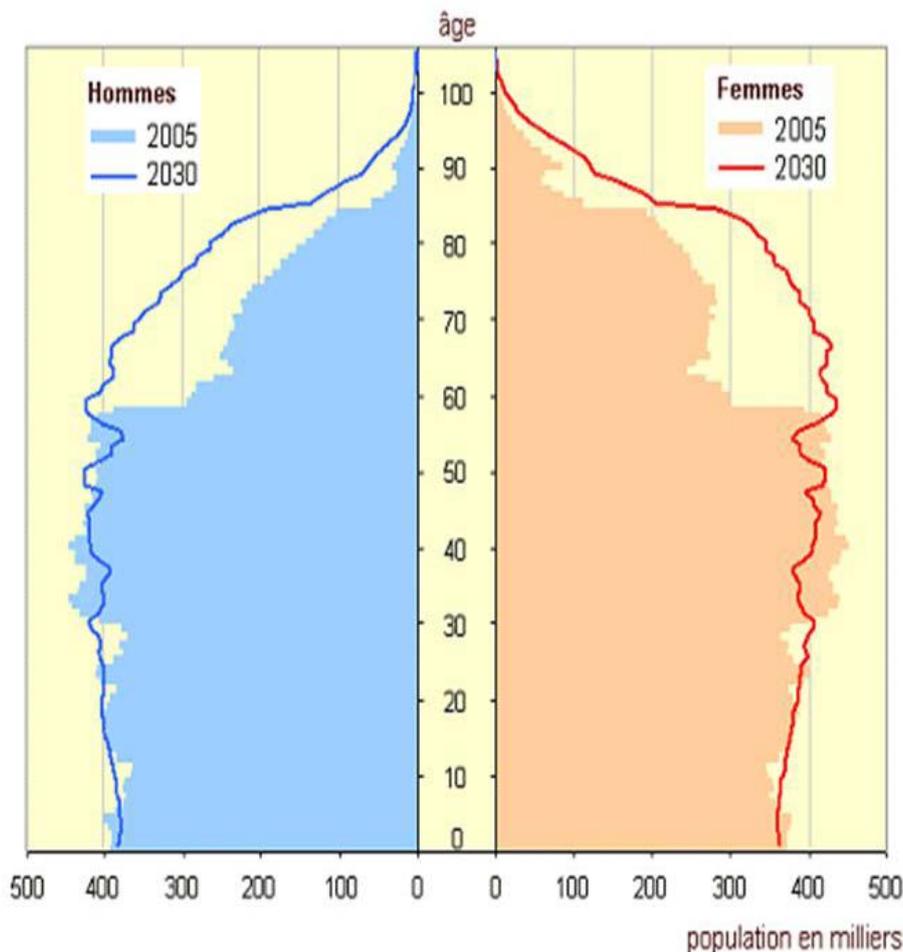
### LES ANTILLES : UNE STRUCTURE INSTABLE LIÉE À UN DÉSÉQUILIBRE GRANDISSANT DANS LA COMPOSITION PAR ÂGE



Les schémas et diagrammes qui illustrent cette partie du rapport sont issus des travaux de l'Institut national d'études démographiques (INED) menés en octobre 2019 par Claude-Valentin Marie (INED), Didier Breton (Université de Strasbourg / INED) et Maude Couzet (Université de Strasbourg).

Enfin, les projections à l'horizon 2030 laissent supposer une pyramide des âges très déséquilibrée. Avec l'arrivée aux grands âges (60 ans et plus) des générations nombreuses, auxquelles s'ajoutent des natifs de retour de l'hexagone à la fin de leur carrière, le sommet de la pyramide va considérablement s'élargir, tandis que la base continuera à rétrécir. Les générations à la base de la pyramide en 2014, encore nombreuses, seront creusées par l'émigration et, arrivées à l'âge adulte, deviendront des générations creuses, qui contribueront à diminuer encore la natalité.

### LA SITUATION HEXAGONALE : UN MEILLEUR ÉQUILIBRE



### 3. Un phénomène similaire mais un peu ralenti à La Réunion

On observe à La Réunion les mêmes dynamiques démographiques qu'aux Antilles, dans une mesure à peine moindre. L'élargissement du sommet de la pyramide entre 1999 et 2030 y est également important. On retrouve l'accentuation du creux au niveau des jeunes adultes entre 1999 et 2014, et, tout comme aux Antilles, les classes pleines à la base des pyramides successives deviennent des classes creuses lorsqu'elles arrivent à l'âge adulte du fait de l'émigration, causant une réduction de la natalité et par conséquent un rétrécissement important à la base de la pyramide.

Mais, à cause de la fécondité maintenue à un niveau élevé et de la moindre propension des jeunes Réunionnais à la mobilité, les changements démographiques à La Réunion sont de plus faible ampleur qu'aux Antilles. La pyramide des âges prévue pour 2030, bien que traduisant d'une population beaucoup plus âgée qu'en 1999, reste moins déséquilibrée que celles de la Martinique et de la Guadeloupe.

#### **LE CONSTAT DE L'ARS DE L'OCÉAN INDIEN CONCERNANT LA RÉUNION**

- La Réunion fait face à un vieillissement rapide : la population des personnes âgées de 65 ans et plus a triplé entre 1980 et 2013. Les plus de 60 ans représentent 14 % de la population en 2013, et leur nombre devrait doubler d'ici 2030.

- La dépendance intervient plus tôt à La Réunion que dans les autres départements français.

- Environ 12 % des personnes âgées de plus de 60 ans sont dépendantes. La prévalence de pathologies telles que le diabète ou les maladies cardio-vasculaires augmente le risque de perte d'autonomie.

- Le nombre de séniors vivant seuls a quadruplé entre 1982 et 2007, du fait du vieillissement de la population et des évolutions dans les mœurs et modes de vie.

- 30,6 % des personnes âgées de plus de 60 ans perçoivent le minimum vieillesse à la Réunion, contre 4,1 % en moyenne nationale. Les revenus médians pour les personnes âgées de 60 et plus sont nettement inférieurs à la Réunion par rapport à la moyenne nationale.

- Environ 18 % des personnes âgées de 75 ans et plus serait atteinte de la maladie d'Alzheimer. Le nombre de malades devrait progresser du fait du vieillissement de la population.

L'offre d'hébergement est trois fois inférieure à la moyenne nationale malgré un certain rattrapage. Les principaux constats de l'ARS sont les suivants :

- Il existe 23 établissements pour personnes âgées autorisés à la Réunion, dont 16 sont médicalisés et 2 sont des unités de soins de longue durée, pour un total de 1 570 places.

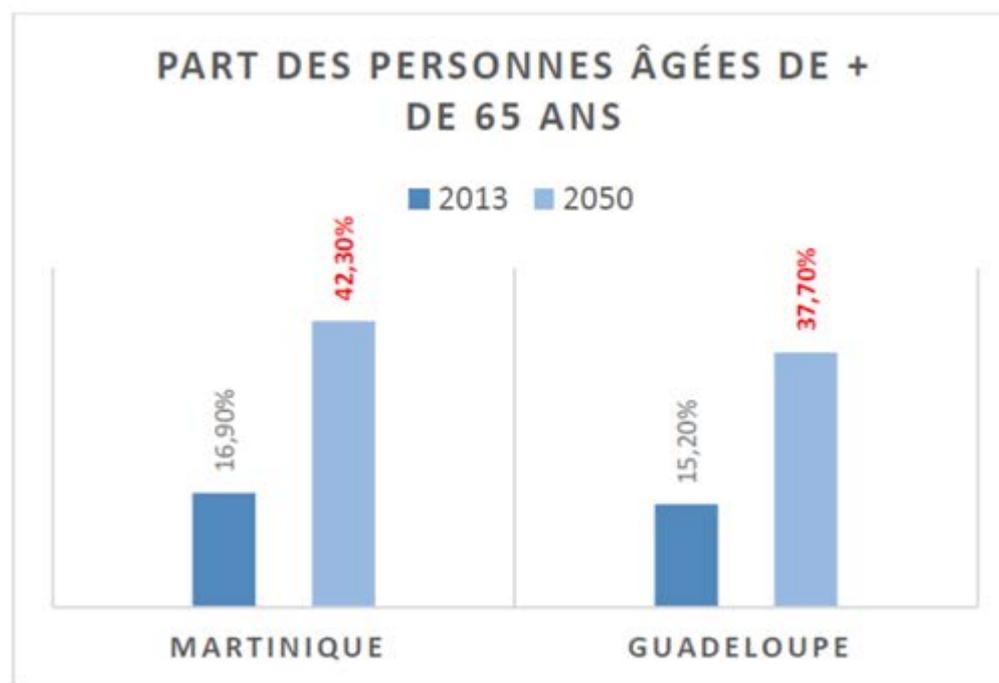
- Le taux d'équipement pour 1 000 habitants âgés de 75 ans et plus reste bien inférieur à la moyenne nationale : 47 contre 122.

- En ce qui concerne les maladies neurodégénératives, des consultations mémoire sont proposées sur plusieurs sites, avec des délais d'attente relativement longs (3 à 5 mois).

## B. QUELQUES PROJECTIONS DÉMOGRAPHIQUES

### 1. Un déséquilibre inédit

D'ici 2030, le nombre de personnes âgées dépendantes devrait doubler aux Antilles. Ainsi, il y aura 134 seniors pour 100 jeunes en Guadeloupe en 2030 contre 54 séniors pour 100 jeunes en 2013.



### 2. Les outre-mer vieilliront beaucoup plus vite que l'hexagone

En Martinique, d'ici à 2030, les 60 ans et plus seront plus nombreux que les moins de 20 ans. De 2005 à 2030, leur part aura plus que doublé, passant de 17 % à 36 % (146 600 personnes). Elle sera de 34 % en Guadeloupe (165 400 personnes). A titre de comparaison, la France hexagonale n'atteindra le taux de 33 % qu'en 2050, soit 20 ans plus tard.

En 2050, la Martinique sera le département le plus vieux de France (elle était 74<sup>ème</sup> en 2013). La part des personnes âgées de 65 ans et plus représentera 42,3 % de la population contre 16,9 % en 2013. La Guadeloupe, quant à elle, sera le sixième plus vieux département en 2050 alors qu'elle n'était qu'au 86<sup>ème</sup> rang en 2013. La part des personnes âgées de 65 ans et plus représentera 37,7 % de la population de l'île contre 15,2 % en 2013.

## **C. UNE ÉVOLUTION AMPLIFIÉE PAR LES MOUVEMENTS MIGRATOIRES**

### **1. Des mouvements qui ont changé de nature**

Au cours des cinquante dernières années, la population ultramarine a été recomposée par les migrations. D'importants mouvements migratoires avec le territoire hexagonal ont débuté dans les années 1960. À l'origine, ces migrations concernaient principalement des ouvriers et employés venus combler un déficit de main d'œuvre dans l'hexagone. Aujourd'hui, les mouvements migratoires sont toujours d'une ampleur conséquente, mais concernent les jeunes adultes qui quittent leur département de naissance pour poursuivre leurs études supérieures, voire réaliser l'ensemble de leur carrière professionnelle sur le territoire hexagonal. Il s'opère donc une sélectivité importante à la migration, puisque ce sont les jeunes issus des classes les plus aisées qui partent, et ce sont eux également qui s'établissent le plus durablement dans l'hexagone.

Ces migrations sont donc responsables d'un exode massif de la population des 18-34 ans : au recensement de 2012, 46 % des natifs de la Guadeloupe et de la Martinique âgés de 18 à 34 ans vivaient en Europe. Les migrations sont d'une moindre ampleur à La Réunion (seulement 20 % des natifs de 18-34 ans vivaient dans l'hexagone au recensement de 2012), mais restent tout de même un phénomène d'influence sur les structures démographiques.

### **2. Une transformation des structures sociales des outre-mer**

Cet exode des jeunes actifs accentue non seulement le vieillissement de la population, mais est aussi responsable d'une modification des structures sociales des départements ultramarins : ce sont les plus aisés socialement et économiquement qui partent, la population restante aux Antilles et à La Réunion est donc majoritairement issue des classes populaires. Cette migration contribue à des taux de pauvreté et de chômage beaucoup plus élevés que dans n'importe quel département national. Ces transformations massives et rapides des structures socio-démographiques antillaises et réunionnaises ne sont pas sans conséquences sur les conditions de vie des personnes âgées aujourd'hui. La réduction de la taille des familles liée à la baisse de la fécondité fait que les personnes âgées de demain sont des générations dont la descendance est beaucoup moins importante que celle des générations actuelles. Les personnes arrivant aux grands âges ont donc moins d'aidants potentiels au sein de leur famille en cas de perte d'autonomie.

Les migrations des jeunes adultes ajoutent également à ce déficit d'aidants puisque non seulement les personnes âgées ont moins d'enfants, mais une partie de ces enfants se trouvent hors du territoire – c'est particulièrement le cas aux Antilles où 15 % des 60-69 ans n'ont plus aucun de leurs enfants résidant dans le département. La réduction du nombre d'aidants familiaux est d'autant plus préoccupante que les outre-mer sont sous-équipés en établissements d'hébergement pour personnes âgées comme en offre de soins à domicile.

## **II. TOUS LES TERRITOIRES NE SONT PAS ENCORE CONCERNÉS DE LA MÊME MANIÈRE**

La diversité de l'outre-mer français se reflète dans sa démographie. Si les Antilles et La Réunion sont atteintes par un fort vieillissement de leur population, ce n'est pas le cas (encore) des départements de la Guyane ou de Mayotte ou de la collectivité de Nouvelle-Calédonie, à la démographie plus dynamique.

### **A. LA GUYANE DISPOSE ENCORE D'UN SURSIS**

A l'inverse des Antilles, et en particulier de la Martinique, la Guyane est un territoire encore jeune : le taux de natalité y est encore fort. Malgré cela, et comme beaucoup de territoires ultramarins, elle doit faire face au départ de certain de ses jeunes qui quittent le domicile familial pour s'installer dans l'hexagone ou ailleurs dans le monde, laissant derrière eux des parents âgés, parfois isolés. Un isolement accentué par l'immensité et la diversité géographique de la Guyane.

#### **1. Une population encore jeune mais en évolution rapide**

Selon les chiffres de l'Insee, 18 900 personnes ont plus de 60 ans en Guyane dont près de 15 000 ont entre 60 et 75 ans (20 %). Seulement 3 900 personnes auraient donc plus de 75 ans dans ce département. Ces valeurs sont relativement faibles pour un territoire qui compte environ 297 000 habitants au total : les plus de 60 ans ne représentent que 6,4 % de la population et, parmi eux, les plus de 75 ans (3 900 personnes) ne représentent que 1,3 % de la population.

Par ailleurs, l'état de santé des Guyanais âgés n'est pas très bon : environ 20 % des seniors se déclarent en mauvaise ou très mauvaise santé. Après 75 ans la perte d'autonomie s'accroît, notamment pour les hommes : 17% des Guyanais de plus de 75 ans ne sont plus autonomes, soit 10 points de plus que la moyenne nationale.

Le manque de médecins spécialisés en gériatrie est notoire dans ce département. Selon le Conseil national de l'ordre des médecins, seuls sept médecins ayant une qualification en gérontologie exerceraient sur ce territoire peuplé d'environ 300 000 habitants.

#### **2. Une espérance de vie qui se rapproche de la moyenne nationale**

Les seniors disposent de revenus globalement faibles : 7 sur 10 sont issus de métiers d'employé, ouvrier ou agriculteur et ce sont les proches qui sont sollicités en priorité lorsqu'une aide est nécessaire.

Pourtant, en 2017, la Guyane ne comptabilisait que 658 bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) pour un montant des dépenses égal à 5,2 millions d'euros. Cette dépense a généré en 2017 un nombre de 21 556 heures d'assistance mensuelles correspondant à environ 215 emplois à temps partiel.

Mais le nombre de bénéficiaires de l'APA devrait rapidement et fortement augmenter grâce aux gains d'espérance de vie qui, si elle reste inférieure à la moyenne nationale, s'en approche néanmoins à grands pas : en 2017, l'espérance de vie moyenne en Guyane pour un homme était de 76 ans et de 83 ans pour une femme, se rapprochant des moyennes nationales (79,5 ans pour les hommes et 85,4 ans pour les femmes).

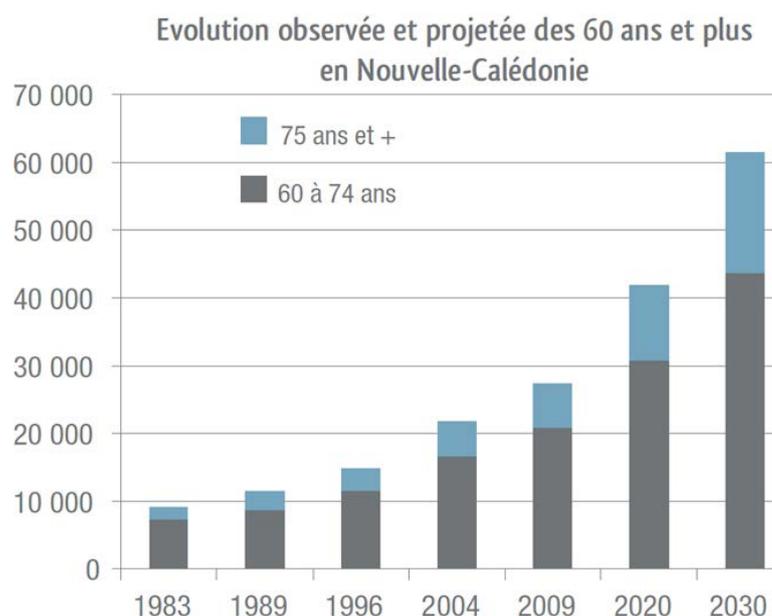
## B. LA SITUATION PARTICULIÈRE DE LA NOUVELLE-CALÉDONIE

Malgré une population longtemps très jeune et un taux de natalité encore élevé, la Nouvelle-Calédonie commence à être confrontée à la hausse du nombre de personnes âgées en raison de cette sensible augmentation de l'espérance de vie.

La forte solidarité familiale existant au sein de la population locale permet, pour l'instant, d'amortir ce phénomène.

### 1. En quarante ans, la population âgée de plus de 60 ans a doublé

En 1976, la population des plus de 60 ans correspondait à 6,1 % de la population générale, avant de croître à 6,2 % en 1983, puis à 6,9 % en 1989 et 7,5 % en 1996. A compter de cette date, on a observé une accélération de cette évolution, les plus de 60 ans représentant 12,5 % en 2014, soit 4 fois plus en 40 ans.



Les projections de l'Institut de la statistique et des études économiques (ISEE) de Nouvelle-Calédonie confirment cette tendance : « *L'allongement de l'espérance de vie est en grande partie à l'origine du vieillissement de la population. Elle s'établit désormais à 79 ans, soit 4 années supplémentaires entre 1999 et 2012* ». Selon les projections de l'ISEE, ce mouvement va encore s'accélérer puisque, en 2030 – dans à peine dix ans – un habitant sur cinq en Nouvelle-Calédonie sera âgé de plus de 60 ans et la population des plus de 80 ans aurait triplé. Les plus de 80 ans représenteront environ un quart de la population des plus de 60 ans, soit 8 000 personnes de plus de 80 ans sur 34 000 personnes de plus de 60 ans.

## **2. Un environnement familial favorable**

La société calédonienne commence à s'adapter à l'augmentation du nombre de personnes âgées dans un contexte d'évolution des représentations traditionnelles du grand âge à la fois dans le monde canaque et dans les autres communautés de cette société pluriculturelle.

En Nouvelle-Calédonie, la moitié des personnes de plus de 60 ans sont célibataires, divorcées, ou veuves. Mais seule une personne sur six de plus de 60 ans vit seule (16 %) et une sur quatre après 80 ans (22 %). Ce phénomène est lié à la solidarité familiale encore très présente ; notamment dans la société traditionnelle.

Ainsi, au sein des îles Loyauté, toutes les personnes de plus de 70 ans vivent en tribu ou à proximité. Dans la Province Nord ce sont 64 % soit 1 359 personnes de plus de 70 ans qui vivent au sein des tribus. En revanche, elles ne sont que 2,9 %, soit 327 personnes de plus de 70 ans, à vivre selon ce mode de vie dans la Province Sud, davantage peuplée d'anciens hexagonaux.

## **3. Des conditions d'habitation parfois précaires**

En Nouvelle-Calédonie, le nombre de personnes vivant sans eau courante, voire sans électricité, n'est pas négligeable, surtout dans les provinces majoritairement rurales.

C'est ainsi que dans les îles Loyauté, 8 % des séniors (190 personnes) vivent dans une case mélanésienne ou cabane, 20 % (468 personnes) n'ont pas l'eau courante dans leur logement et 3 % d'entre elles (63 personnes) s'éclairent hors du réseau général.

En province Sud, 2 % (383 personnes) vivent dans une case mélanésienne ou cabane, 2 % (615 personnes) n'ont pas l'eau courante dans leur logement et 2 % (498 personnes) s'éclairent sans électricité. Dans la province Nord, 2 % (183 personnes) vivent dans une case mélanésienne ou cabane, 9 % (485 personnes) n'ont pas l'eau courante dans leur logement et 8 % (398 personnes) s'éclairent hors du réseau électrique.

Ce sujet n'est pas anodin lorsqu'il s'agira de définir des modalités de prise en soin à domicile de personnes âgées dépendantes qui exigent des équipements pour assurer des conditions d'hygiène de base (toilette, traitement du linge).

#### 4. L'offre de soins primaires

En 2018, 652 médecins libéraux étaient présents sur le territoire, 50 % d'entre eux étant salariés et 50 % exerçant à leur compte. 90 % d'entre eux sont implantés dans la province Sud. La densité est de 117 médecins pour 100 000, à comparer aux 140 médecins en moyenne nationale. Le déficit en spécialistes est patent, la plupart étant installés dans la province sud. Un déficit en infirmières et kinésithérapeutes est également observé.

Les centres médico-sociaux avec pour certains des lits d'observation, un modèle d'offre remarquable, sont administrés et gérés par les Provinces. Ils assurent les soins primaires et certains disposent de lits d'hospitalisation à vocation multiple. Les professionnels de santé y ont un statut de salariés.

S'ajoutent à cette offre des structures parapubliques en lien avec des mutuelles, notamment celles de l'industrie du Nickel, des fonctionnaires, etc.

#### RÉSUMÉ DE LA SITUATION DÉMOGRAPHIQUE DE LA NOUVELLE-CALÉDONIE

Nombre total d'habitants	268 767 habitants (199 983 dans la province Sud, 50 487 dans la province Nord et 18 297 dans les îles Loyauté)
Nombre et % des plus de 60ans	33 529 soit 12,4% de la population
Espérance de vie	77,2 ans
Prévisions pour 2030	34 000 personnes de plus de 60 ans 8 000 personnes de plus de 80 ans
Personnes de plus de 65 ans en situation d'emploi	1 204 personnes soit 5 % de la tranche d'âge
Bénéficiaires du minimum vieillesse parmi les plus de 60 ans	4 498 personnes soit 13 % de la tranche d'âge
Nombre de personnes de plus de 60 ans vivant seules	6 385 soit 19 % de la tranche d'âge
Nombre de personnes de plus de 70 ans vivant en tribu	2 575 soit 17,6 % de la tranche d'âge

Source : données quantitatives du rapport « Bien vieillir en Nouvelle-Calédonie » (2018)

#### C. MAYOTTE : UN DÉPARTEMENT ENCORE TRÈS JEUNE

Devenu département en 2011 seulement, Mayotte est un cas atypique dans la République, tant à raison de son fort taux de natalité que du faible de nombre de personnes âgées qui y résident, pour l'instant.

## **1. Une grande précarité sanitaire et sociale**

La prise en charge de la personne âgée sur Mayotte ne peut s'envisager qu'en prenant en compte la précarité globale de l'île où 84 % de la population vit en dessous du seuil de pauvreté, 28 % n'a pas accès à l'eau courante et 79% des ménages vivent dans un habitat précaire.

La moitié de la population est en situation irrégulière et n'a pas accès à l'assurance maladie, l'aide médicale d'État n'existe pas à Mayotte ce qui entrave l'accès aux soins. Un âge avancé n'est pas un motif permettant d'obtenir une carte de séjour et par là même de bénéficier de l'assurance maladie.

Une densité médicale faible (200 médecins, toutes spécialités et mode d'exercice confondus), un manque de lits d'hospitalisation (352 lits en médecine, chirurgie et obstétrique), l'absence d'hospitalisation à domicile, l'absence d'EPHAD, de structures adaptées et d'équipe mobile, ainsi qu'une médecine libérale quasi inexistante (20 généralistes libéraux pour 256 000 habitants) rend la prise en charge des personnes âgées aléatoire sinon impossible dans ce contexte difficile, ceci étant aggravé par la désagrégation de la cellule familiale à l'identique de ce qui se passe dans le reste du pays.

## **2. La situation démographique contrastée**

L'espérance de vie à Mayotte est la plus basse de France, elle est de 76,3 ans en moyenne (74,7 ans pour les hommes et 77,9 ans pour les femmes) contre 82,3 ans pour l'ensemble de la France (79,5 pour les hommes et 85,4 ans pour les femmes).

Si la proportion de jeunes de moins de 25 ans est plus forte dans la zone de l'océan Indien que dans l'hexagone (31 %), c'est Mayotte qui arrive largement en tête avec une population de moins de 25 ans qui représentait 62 % de l'ensemble de l'archipel en 2007. Mayotte comptait en 6 900 personnes âgées de plus de 60 ans, ce qui représentait à peine 3,7 % de sa population.

Compte tenu de son fort taux de natalité (la maternité de Mayotte est la plus active de France) conjugué à une immigration jeune et massive, il est peu probable que ces chiffres ait beaucoup changé depuis.

## **3. Les dispositifs mis en place**

Compte tenu de son accession relative récente au statut de département d'outre-mer, Mayotte n'a pas encore tout à fait développé de dispositifs ou de prestations ciblées en direction des personnes âgées au sens habituellement entendu. Les principales initiatives prises jusqu'alors concernent la question des ressources et ont permis de garantir un minimum de revenus par le biais de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) et de l'allocation supplémentaire vieillesse (ASV). En 2004 a été créée une prestation dépendance

calquée sur le dispositif de l'APA. Cette prestation a permis de donner un premier élan en matière d'aide à domicile professionnalisée aux personnes âgées de plus de 60 ans en perte d'autonomie.

De son côté la caisse de sécurité sociale verse à quelques 120 Mahorais âgés une prestation d'aide à domicile. Dans la mesure où le conseil départemental exerce la compétence en matière d'aide à domicile des personnes âgées dépendantes, la sécurité sociale réserve ses prises en charge aux seules personnes faiblement dépendantes n'ayant pas de droits ouverts à la prestation dépendance, c'est-à-dire classées en GIR 5 et 6.

A Mayotte, les personnes âgées dépendantes ne disposent que d'un nombre limité de lieux d'accueils, d'échanges et d'animations qui leur sont destinés. Une douzaine d'associations de personnes âgées se sont constituées dans l'archipel à raison d'une par commune. Elles se sont fédérées au sein de la fédération Mahoraise des associations de retraités et personnes âgées (FMARPA) et se réunissent dans des locaux mis à disposition par les mairies.

## **D. LA POLYNÉSIE FRANÇAISE MET L'ACCENT SUR LES AIDANTS**

### **1. L'inéluctable vieillissement de la population**

En Polynésie française, le système social est de la compétence du gouvernement locale, ce qui induit quelques différences avec la législation en vigueur sur le reste du territoire français. À titre d'exemple, l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) n'est pas versée. Néanmoins, pour faire face au vieillissement de la population et afin de soutenir les aidants s'occupant des personnes dépendantes, le ministère de la famille de la Polynésie a créé en avril 2019 le dispositif Aidant « Feti'i » (signifiant « parent »).

Les évolutions démographiques constatées confirment le vieillissement progressif de la population en Polynésie française, notamment en raison de la baisse constante du taux de natalité :

En 1988, les personnes âgées de 60 ans ou plus représentaient 5 % de la population des archipels. Elles comptent aujourd'hui pour 12 % des Polynésiens et selon les projections, un Polynésien sur six (environ 17 % soit 55 000 personnes) aura plus de 60 ans en 2027.

Plus d'un tiers des seniors polynésiens (36 %) vivent avec d'autres membres de leur famille, 27 % vivent en couple et 13 % vivent seuls, contre 31 % en moyenne nationale.

## **2. Le Dispositif Aidant « Feti'i »**

Fort de ces constats, le tout nouveau dispositif de « L'aidant Feti'i » à destination des personnes les plus donne la possibilité de faire appel à un membre de la famille et/ou à un proche afin d'assurer les tâches de la vie quotidienne que le bénéficiaire ne peut plus réaliser seul. Il est dédié aux personnes âgées et/ou handicapées vivant à domicile, dont l'état de santé fragile requiert une assistance ou nécessite une surveillance régulière.

Cette nouvelle disposition propose une indemnité mensuelle de 50 000 Fcfp (419 euros) à destination du « Feti'i » désigné par la personne âgée et/ou handicapée. La demande doit être faite par la personne âgée et/ou handicapée auprès de la Direction des Solidarités, de la Famille et de l'Egalité (DSFE). Cette aide financière sera allouée mensuellement, sous réserve de certains critères d'éligibilité. Le dispositif « Aidants Feti'i » représente des avantages certains pour les plus fragiles.

En premier lieu, il donne l'opportunité à la personne âgée et/ou handicapée d'être assistée par la personne de son choix issue de son environnement familial et social et favorise son maintien à domicile. Il permet également aux personnes qui œuvrent auprès de leurs proches d'être reconnues et indemnisées.

Enfin, il garantit aux personnes aidées une prise en charge plus efficiente par le biais d'une formation technique et professionnelle octroyée à leurs aidants, axée sur divers thèmes comme l'entretien de l'espace de vie, la confection des repas, l'hygiène corporelle et le maintien du lien social.

Cette formation va également permettre aux aidants d'accéder à une pré-qualification dans le domaine du service à la personne avec la remise d'une attestation de formation validant leurs compétences et acquisitions. Par l'intermédiaire d'autres formations telles que celles de l'auxiliaire de vie ou de l'accueillant familial, la possibilité de se spécialiser davantage dans ce secteur d'activités est offerte.

## **E. SAINT-PIERRE-ET-MIQUELON**

### **1. État du vieillissement de la population**

Collectivité territoriale de l'Atlantique nord située à plus 4 750 kilomètres de Paris, l'archipel de Saint-Pierre-et-Miquelon est un territoire peu peuplé puisque la population totale s'établissait, selon l'INSEE, à 6 294 habitants au 1<sup>er</sup> janvier 2020. Pour autant, l'archipel n'échappe pas au vieillissement de sa population. A l'image des autres territoires ultramarins ou hexagonaux, la part des personnes âgées de 60 à 74 ans augmente de façon constante : de 9,8 % en 1999 à 13,2 % en 2010. Ces chiffres restent toutefois inférieurs à la moyenne nationale qui s'établissait à 14,3 % en 2010.

A l'instar des autres territoires ultramarins, le taux d'équipements en structure d'hébergement permanent pour personnes âgées (lits de maison de retraite, logements-foyers) était, au 1<sup>er</sup> janvier 2013, plus de deux fois inférieur à la moyenne nationale, puisque l'archipel ne disposait que de 50,3 places pour 1 000 habitants de 75 ans et plus alors que la moyenne nationale était de 122,4. En revanche, le taux d'équipement en places de services de soins à domicile était, à la même date, légèrement plus élevé que dans le reste du pays : 20,97 places pour 1 000 habitants de 75 ans et plus contre 19,7 places en moyenne nationale.

## 2. Une organisation adaptée à la situation de l'archipel

La situation insulaire du territoire ainsi que le faible nombre d'habitants expliquent un contexte institutionnel spécifique. Depuis 2003, Saint-Pierre-et-Miquelon a le statut de collectivité d'outre-mer régi par l'article 74 de la Constitution. La loi organique du 21 février 2007 portant dispositions statutaires et institutionnelles relatives à l'outre-mer a défini un statut propre à Saint-Pierre-et-Miquelon. Le conseil territorial détient les compétences des départements et des régions métropolitaines. Dans ce cadre, la collectivité territoriale de Saint-Pierre-et-Miquelon pilote un schéma territorial d'organisation sociale et médico-sociale en faveur des personnes âgées, intitulé « *Bien vieillir à Saint-Pierre-et-Miquelon* ». Il couvre la période 2011-2015.

Sur l'archipel, les compétences dévolues aux Agences régionales de santé sont exercées, sous l'autorité du représentant de l'Etat, par un service déconcentré de l'Etat, relevant des ministres chargés de la santé, de l'assurance maladie, des personnes âgées, des personnes handicapées, et dénommée « *Administration Territoriale de Santé* » (art. L. 144-1 du Code de la Santé publique).

Enfin, créée en 1977, la Caisse de prévoyance sociale (CPS) est une caisse autonome relevant du code de la mutualité (art. 3 de l'ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1997). La CPS assure la gestion de la maladie, de la maternité, du décès, des accidents du travail et des maladies professionnelles, la branche famille, le régime de retraite de base, le recouvrement des cotisations ainsi qu'une action sociale familiale et vieillesse. A Saint-Pierre-et-Miquelon 90 % de la population active relève de la CPS pour ce qui est de l'assurance maladie. Le tiers payant est très étendu localement (centre hospitalier, centre de santé, cabinet dentaire, pharmacie).

La CPS assure également la prise en charge des soins hors de l'archipel, comme les évacuations sanitaires, en dehors de l'urgence. Pour ce faire, la CPS est conventionnée avec un établissement canadien de Saint-Jean de Terre-Neuve. La CPS est particulièrement impliquée dans deux domaines : celui du premier recours par l'intermédiaire de son centre de santé et celui de la prévention.

### **3. Les actions menées en faveur de l'autonomie des personnes âgées**

La collectivité de Saint-Pierre-et-Miquelon, à l'inverse d'autres collectivités d'outre-mer relevant de l'article 74, est incluse au sein du dispositif de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Celle-ci est versée par la collectivité territoriale.

Pour autant, la CPS apporte un soutien financier, à travers le Plan d'autonomie personnalisé (PAP), en faveur de l'autonomie des personnes âgées ne rentrant pas dans les critères de l'APA afin de favoriser leur maintien à domicile, selon les besoins de la personne : aide à domicile, auxiliaire de vie sociale, portage des repas, téléalarme, soins de pédicurie, prise en charge de protections pour incontinence, aides techniques non médicalisées, aide aux vacances et aide aux loisirs. Cette prestation représente près de 45 % du budget d'action sociale vieillesse. 104 foyers en étaient bénéficiaires en 2016 pour un total de 227 366 euros de dépenses. D'autres prestations sont prises en charge par la CPS afin de soutenir le maintien à domicile tel que l'aide au chauffage, les secours pour acquisition d'appareils électroménagers et mobiliers, la prestation « amélioration de l'habitat », la prestation « petits travaux et bricolage » ou encore le PAP sortie d'hospitalisation.

Le schéma territorial d'organisation sociale et médico-sociale en faveur des personnes âgées prévoit la mise en place d'actions ayant pour finalité le développement du « bien vieillir » sur l'archipel de Saint-Pierre-et-Miquelon.

Des actions de préservation de l'autonomie des personnes âgées sont mises en place par l'association Restons chez nous (prévention des chutes, ateliers mémoire). La « semaine bleue » est mise en place chaque année, sous l'égide de la Maison Territoriale de l'Autonomie, et permet une réelle coordination entre les acteurs qui déclinent un panel d'activités / actions à destination du public âgé.

Ainsi, de plus en plus d'activités sont proposées chaque année. Elle constitue un cadre privilégié pour décliner des actions en direction des personnes âgées dans la mesure où elles rassemblent un public grandissant chaque année.

Depuis le 1<sup>er</sup> semestre 2014, des ateliers de sophrologie sont proposés par le service prévention de la CPS à la maison de retraite de Saint-Pierre. L'objectif de cette action est de découvrir la sophrologie et les techniques de relaxation en favorisant la rencontre et le bien être à travers la relaxation individuelle et collective. Ces ateliers font l'objet d'une convention entre la CPS et le CHFD.

### **4. La maison territoriale de l'autonomie**

La maison territoriale de l'autonomie (MTA) est un guichet unique d'accueil, d'information, d'orientation et de coordination. Elle s'adresse aux personnes âgées et aux personnes en situation de handicap de Saint-Pierre et de Miquelon, ainsi qu'à leur famille.

Elle assure, dans l'archipel, les missions confiées aux maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) et aux centres locaux d'information et de coordination (CLIC).

Elle accompagne et conseille les usagers dans leurs démarches et facilite l'accès aux droits et aux prestations légales. Elle est aussi responsable de la mise en œuvre de la politique d'action sociale de la Collectivité territoriale en faveur des personnes âgées, et de l'attribution des aides concourant à leur maintien à domicile.

## **F. WALLIS-ET-FUTUNA**

### **1. Une population encore relativement jeune**

La collectivité de Wallis-et-Futuna est peuplée de 11 558 habitants. Aux termes du projet médical de l'Agence de santé des îles Wallis et Futuna, rendu en juin 2016, 9,4 % de la population a plus de 65 ans, contre 17 % en moyenne nationale. Mais ce pourcentage est appelé à augmenter du fait de l'amélioration des soins, du vieillissement de la population et du possible retour sur leur terre natale de certains Wallisiens et Futuniens en particulier lorsque les deux membres du couple sont originaires du territoire.

La famille sur l'archipel entoure bien ses personnes âgées ; dans la coutume, « le vieux » a une place spécifique et, pour l'instant, il n'y a pas de forte demande médico-sociale les concernant. Mais cela va probablement évoluer avec l'adoption ces dernières années de nouvelles habitudes de vie (tabac, alcool, etc.), avec le risque de devenir invalide ou grabataire, ce qui rend la situation difficile pour l'entourage familial. Par ailleurs, la diminution de la population et son vieillissement contribuent à l'évolution structurelle des familles. Les générations cohabitent moins : en 2013, 32 % des ménages comportaient au moins 2 noyaux familiaux, contre 56 % en 2008.

### **2. Un manque de structures pour personnes âgées**

L'agence de santé regrette l'absence d'actions coordonnées sur le territoire concernant les personnes âgées. Se posera inéluctablement le problème de la prise en charge médicosociale de personnes âgées précarisées (poly pathologies, cérébrosclérose, Alzheimer, etc.). Le territoire ne dispose pas actuellement d'accueil spécifique.

Afin de répondre aux besoins actuels et futurs du territoire, l'agence de santé préconise la création des structures médico-sociales suivantes :

- un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) de 30 lits, dont 10 lits réservés aux personnes handicapées vieillissantes ;

- une structure de type résidence de services avec 20 studios ;
- un établissement et services d'aide par le travail (ESAT) pour la prise en charge de personnes en situation de handicap,
- un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) pour favoriser le maintien à domicile.

## **G. SAINT-MARTIN ET SAINT-BARTHÉLÉMY**

### **1. Saint-Martin**

Située à environ 260 km au nord de la Guadeloupe, à égale distance entre Porto Rico et la Guadeloupe, et à environ 25 km au nord-ouest de Saint-Barthélemy, l'île de Saint-Martin couvre une superficie d'un peu plus de 90 km<sup>2</sup>, partagée entre une partie française, au nord de l'île, couvrant 52 km<sup>2</sup>, et une partie néerlandaise, au sud.

Rattachée administrativement en tant que commune au département de la Guadeloupe depuis 1947, la partie française de l'île de Saint-Martin, à la suite du vote par référendum de sa population (le 7 décembre 2003), a acquis le statut de collectivité territoriale d'outre-mer. Érigée officiellement le 15 juillet 2007 par la mise en place de son Conseil Territorial, la Collectivité de Saint-Martin exerce l'ensemble des compétences dévolues aux communes, au département et à la région, ainsi que celles que l'Etat lui a conférées. Ses autres instances se composent d'un Conseil Economique, Social et Culturel (CESC) et de conseils de quartier (répartition de la population de Saint-Martin dans le cadre de 6 quartiers).

Au 1<sup>er</sup> janvier 2016, la population légale de Saint-Martin s'établissait à 36 457 habitants. Sur la période 2008 – 2013, la population saint-martinoise s'inscrit en décroissance avec un taux annuel moyen de – 0,6 % sous l'influence notamment d'un solde migratoire déficitaire (- 2,5 %). Conformément au profil socio-sanitaire de la collectivité établi en décembre 2013 par l'Observatoire Régional de la Santé de Guadeloupe (ORSAG), Saint-Martin, avec environ 678 habitants par km<sup>2</sup> a une densité de population supérieure à celle de la Guadeloupe (247 habitants/km<sup>2</sup>).

Très élevé au cours des années 1980 en raison d'une forte immigration sur cette période, le rythme de croissance de la population saint-martinoise s'est ralenti de façon importante dans les années 1990, avant de reprendre une évolution croissante au cours des années 2000. La situation démographique de Saint-Martin se caractérise par ailleurs par un solde naturel positif (excédent des naissances sur les décès) qui complète le solde migratoire (entre 2001 et 2009, Saint-Martin comptait 835 naissances pour 105 décès en moyenne par an – sources ORSAG).

Ce dynamisme démographique a permis à la population de Saint-Martin de demeurer jeune (43 % des Saint-Martinois étaient âgés de moins de 25 ans, contre 35 % des Guadeloupéens – sources démographiques 2007).

Cependant, Saint-Martin n'échappe pas au phénomène du vieillissement qui touche l'ensemble des départements d'outre-mer, même si le territoire se trouve moins touché en proportion que la Guadeloupe (5 % des Saint-Martinois étaient âgés de 65 ans et plus contre 13 % des Guadeloupéens). La part de la population vieillissante est faible (1,6 % pour les personnes de plus de 75 ans contre 8,3 % pour la France métropolitaine) avec un indice de vieillissement (25,4 %) plus faible qu'en France métropolitaine (57,3 %).

Il existe un EHPAD de 40 places et un SSIAD de 30 places gérés par l'établissement public autonome de Bethany Home ainsi qu'un Service d'aide à domicile (HAD) organisé par la clinique du Domaine de Choisy dont le siège se situe en Guadeloupe.

En 2012, l'Agence régionale de santé de la Guadeloupe, de Saint-Martin et Saint-Barthélemy faisait le constat que l'état des structures assurant la prise en charge des personnes âgées sur Saint-Martin devait dès lors suivre l'évolution du vieillissement et de la dépendance. Le schéma régional de santé 2012-2017 fixait ainsi un objectif général d'adaptation de l'offre aux besoins des personnes âgées, notamment en ce qui concerne l'amélioration du dépistage de la maladie d'Alzheimer et des troubles sensoriels.

L'objectif du schéma régional de santé d'adapter l'offre aux besoins des personnes âgées s'intègre dans le projet de Pôle médico-social des Iles du nord, précédemment cité dans le domaine du handicap, inscrit dans le cadre du contrat local de santé (CLS) de Saint-Martin. Le projet comprend en particulier l'objectif d'améliorer la prise en charge des personnes âgées, actuellement accueillies dans l'EHPAD de Bethany Home, au moyen notamment d'une prise en charge spécifique des maladies neuro-dégénératives de type Alzheimer et d'un projet architectural élaboré de plein pied permettant de répondre au problème d'inadaptation des locaux pour l'accueil de personnes âgées dépendantes et à mobilité réduites.

Par ailleurs, lors de la commission consultative du 29 août 2016, l'ARS a accordé, sur appel à candidatures, à l'EHPAD de Bethany Home la création d'une MAIA (Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie) au titre des Iles du nord. La MAIA a pour but d'associer tous les acteurs engagés dans l'accompagnement des personnes âgées dans une démarche novatrice : l'intégration des services d'aide et de soins. Elle permet d'assurer un meilleur parcours de soins pour les personnes âgées.

À la suite du passage du cyclone Irma à Saint-Martin, une commission médico-sociale a été instituée le 6 octobre 2017 à la collectivité sous l'instigation de l'ARS en partenariat avec le Pôle solidarité familles de la collectivité en vue d'une évaluation médico-sociale à organiser auprès de l'ensemble des personnes âgées et handicapées résidant à domicile et destinée à réaliser un état des lieux relatif à la prise en charge de ces personnes à domicile et à l'état de l'habitat de leur domicile après le passage du cyclone Irma. Un renfort de l'équipe médico-sociale de la collectivité de Saint-Martin a été organisé en provenance du conseil général de la Guadeloupe (intervention d'une équipe médico-sociale) à compter du 23 octobre 2017 dans le but de mener cette mission d'évaluation dans les délais les plus brefs. Le rapport de cette mission d'évaluation médico-sociale est en attente auprès de la collectivité.

## **2. Saint-Barthélemy**

Saint-Barthélemy est situé à 230 km au nord-ouest de la Guadeloupe et à proximité des Iles Vierges Américaines.

Entre 1947 et 2007, Saint-Barthélemy a été rattachée administrativement à la Guadeloupe, dont elle est devenue une commune en 1946. A la suite du vote par référendum de sa population, le 7 décembre 2003, Saint-Barthélemy a acquis le statut de collectivité d'outre-mer. Officiellement érigée le 15 juillet 2007, avec la mise en place de son Conseil territorial (complété par un Conseil économique, social et culturel), la collectivité de Saint-Barthélemy exerce désormais l'ensemble des compétences dévolues aux communes, au département et à la région, ainsi que celles que l'État lui a transférées.

La population légale de Saint-Barthélemy au 1<sup>er</sup> janvier 2016 est de 9 147 habitants. Avec une superficie totale de 21 km<sup>2</sup>, la densité de la population de Saint-Barthélemy est importante, avec 448 habitants/km<sup>2</sup> ; elle se situe à un niveau très supérieur à la densité de la population de la Guadeloupe (251 habitants/km<sup>2</sup>) et de la France hexagonale (121 habitants/km<sup>2</sup>) bien que demeurant très inférieure à celle de Saint-Martin.

Entre 2008 et 2013, la population de l'île a connu une augmentation de 1,4 % par an en moyenne, rythme nettement inférieur à celui constaté au cours des années 1990 (+ 6,4 % par an). Cette croissance démographique, supérieure au rythme annuel national sur la même période, résulte à la fois du solde naturel (en 2013, 119 naissances et 38 décès étaient enregistré à Saint-Barthélemy) et du solde des entrées et des sorties. Saint-Barthélemy connaît en effet une importante rotation de sa population quoique ce phénomène présente un certain fléchissement depuis plusieurs années.

La population de Saint-Barthélemy connaît également un certain vieillissement. En effet, la partie âgée de 60 à 74 ans représente 9,4 % de la population selon le recensement de 2012 (contre 9,1 % en 1999) tandis que la population des 75 ans et plus représente quant à elle 3,9 % (contre 3,7 % en 1999). L'indice de vieillissement est de 30,9 % pour Saint-Barthélemy contre 57,3 % pour l'ensemble du pays. En conclusion, les habitants de Saint-Barthélemy sont en moyenne, plus jeunes que la moyenne nationale, hors Mayotte, et à peine plus âgés qu'en Guadeloupe.

Le schéma régional de santé 2012-2017 fixait, comme à Saint-Martin, un objectif d'amélioration de l'offre de santé en faveur des personnes âgées. Cet objectif consiste, en termes de prévention, à développer une politique contre les chutes des personnes âgées et en faveur d'une consultation mémoire et, en terme d'accès aux soins, à favoriser la mise en place d'une prise en charge des démences et des maladies neuro-dégénératives de type Alzheimer. L'objectif consiste enfin à réduire les inégalités d'accès aux soins du fait de l'isolement de l'île.

La prise en charge des personnes âgées à Saint-Barthélemy s'est trouvée profondément transformée avec l'inauguration le 12 décembre 2014 de l'EHPAD « Louis Vialenc » d'une capacité autorisée de 20 puis de 26 places (extension de capacité de 6 places intervenue début 2015). Cet EHPAD est rattaché à l'hôpital Irénée de Bruyn en qualité de budget annexe. La capacité actuelle de 26 places étant considérée comme insuffisante, la collectivité de Saint-Barthélemy sollicite le relèvement de l'autorisation attribuée à hauteur de 30 places.

Un projet de mise en place d'un SSIAD sur Saint-Barthélemy a fait l'objet d'une première instruction à partir de 2015. Cette instruction demeure en cours en lien avec les acteurs locaux (professionnels de santé de ville, hôpital...).

La mise en place récente d'une MAIA (méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie) pour les Iles du nord et rattachée à l'EHPAD de Bethany home de Saint-Martin, bénéficie désormais aux résidents de Saint-Barthélemy. De par son rôle de coordination de l'ensemble des acteurs professionnels autour de la personne âgée, elle contribue à favoriser une meilleure intégration des services d'aide et de soins sur Saint-Barthélemy.



## DEUXIÈME PARTIE : LA PRÉCARITAIRE SANITAIRE ET ÉCONOMIQUE DES PERSONNES ÂGÉES EN OUTRE-MER

La précarité économique et la précarité sanitaire s'entretiennent mutuellement, l'absence de moyens financiers contribuant à ce qu'une partie importante de la population renonce à se soigner. Le déficit, relatif mais réel, en médecins ne fait qu'aggraver le phénomène.

### I. LES PERSONNES ÂGÉES SONT EN MOINS BONNE SANTÉ EN OUTRE-MER QUE DANS L'HEXAGONE

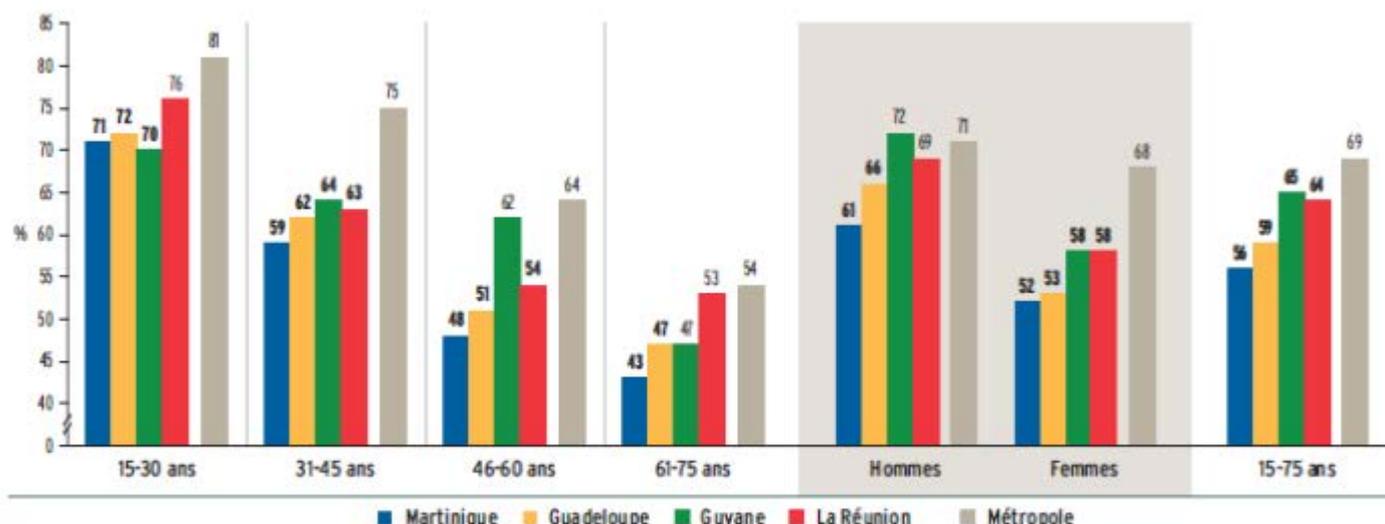
Les indicateurs montrent que les populations ultra-marines sont en moins bonne santé que la moyenne de la population hexagonale. Il en résulte une entrée plus précoce dans la dépendance.

#### A. UNE DÉTÉRIORATION DE LA PLUPART DES INDICATEURS

##### 1. Une impression générale de mauvaise santé

Cette étude réalisée en 2014 par téléphone présente l'inconvénient d'être basée sur des données déclarées par les personnes interrogées. Elle donne toutefois une idée de la perception de l'état de santé de la population ultra-marine.

État de santé général perçu comme bon ou très bon



Chiffres en gras : différence significative entre le DOM et la métropole, évaluée par le test du chi2 réalisé sur taux standardisés sur le sexe et l'âge de la France métropolitaine, au seuil de 5%.  
Sources : Baromètre santé 20M, Baromètre santé DOM 20M, Inpes.

Il en ressort, qu'à l'exception de la Guyane, les autres départements ont des populations qui s'estiment en moins bonne santé qu'en moyenne nationale, notamment chez les femmes. Comme le montre le diagramme ci-dessus, les différences peuvent être significatives, en particulier chez les personnes de plus de 60 ans, les plus vulnérables.

Objectivement, selon les professionnels de la santé, davantage de personnes âgées connaissent des problèmes fonctionnels de type cognitif dans les outre-mer.

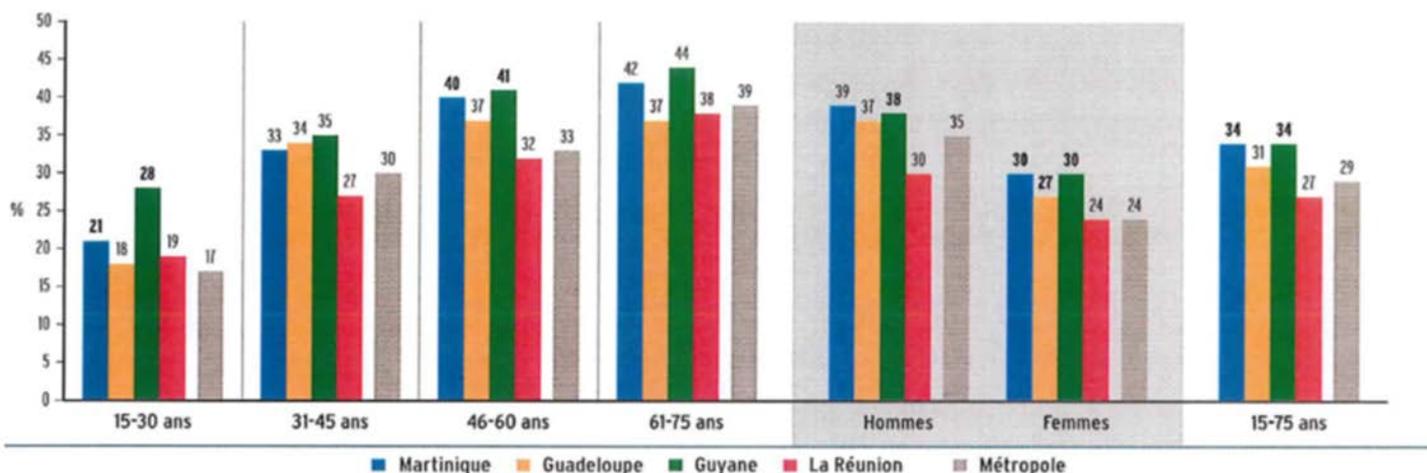
## **2. Une surcharge pondérale plus importante même chez les personnes âgées**

L'étude met en évidence un phénomène généralisé de surcharge pondérale. Dans trois départements au moins (Martinique, Guadeloupe et Guyane) le taux de surpoids est supérieur à celui de la moyenne nationale qu'il s'agisse des hommes comme des femmes : 31 à 34 % contre 29 % dans l'Hexagone. Seule La Réunion semble échapper à ce phénomène, avec « seulement » 27 % d'habitants en surpoids.

Le taux d'obésité chez les hommes semble plus proche de celui de la moyenne nationale (11 à 12 %), sauf pour la Réunion (8,3 %). En revanche, il est partout plus élevé chez les femmes : 14 % à La Réunion, 21 % à 23 % dans les trois autres départements contre 12 % dans l'hexagone. En conséquence de quoi, le taux d'obésité tous sexes confondus reste largement supérieur dans les départements ultra-marins à celui enregistré en moyenne nationale.

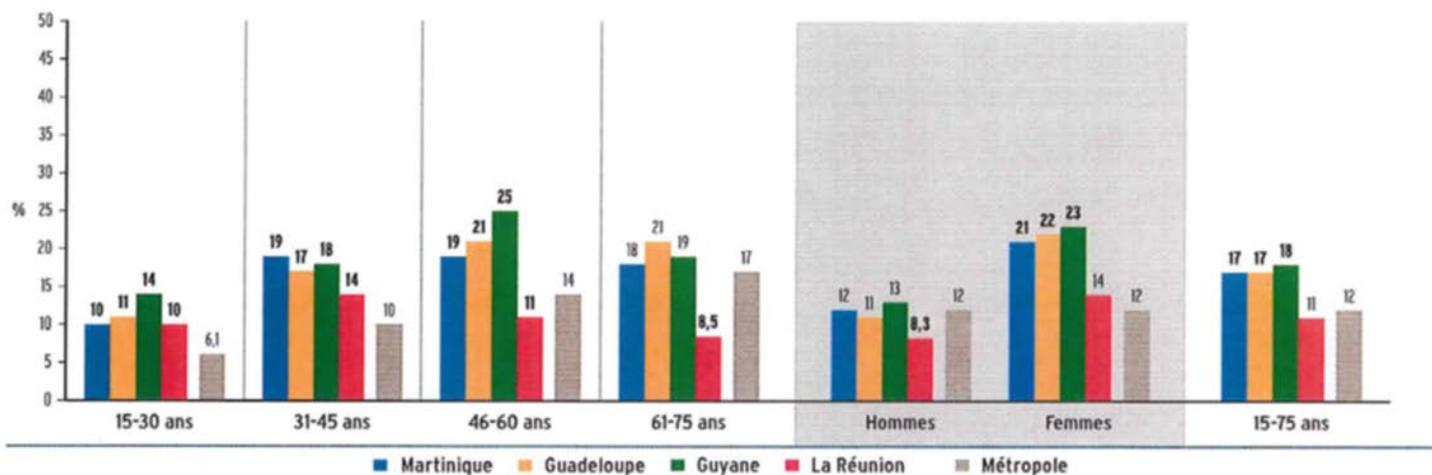
## CORPULENCE

Surpoids : indice de masse corporelle supérieur ou égal à 25 et inférieur à 30 kg/m<sup>2</sup>



Chiffres en gras : différence significative entre le DOM et la métropole, évaluée par le test du chi2 réalisé sur taux standardisés sur le sexe et l'âge de la France métropolitaine, au seuil de 5 %.  
Sources : Baromètre santé 2014, Baromètre santé DOM 2014, Inpes.

Obésité : indice de masse corporelle supérieur à 30 kg/m<sup>2</sup>



Chiffres en gras : différence significative entre le DOM et la métropole, évaluée par le test du chi2 réalisé sur taux standardisés sur le sexe et l'âge de la France métropolitaine, au seuil de 5 %.  
Sources : Baromètre santé 2014, Baromètre santé DOM 2014, Inpes.

### 3. L'accident vasculaire cérébral

Les accidents vasculaires cérébraux (AVC) sont des pathologies fréquentes, graves et handicapantes qui constituent dans notre pays la première cause de mortalité chez les femmes et la troisième chez les hommes.

En 2014, la Guyane et La Réunion affichaient les taux standardisés les plus élevés, supérieurs de plus de 28 % à la moyenne nationale pour les AVC ischémiques et les AVC hémorragiques.

#### **4. Des taux de prévalence du diabète très élevés dans les outre-mer**

Les territoires ultramarins sont particulièrement exposés aux maladies chroniques ou affections de longue durée (ALD). Parmi ces ALD, le diabète est certainement celle dont la prévalence est la plus élevée dans ces territoires, constituant ainsi un véritable enjeu de santé publique. En Guadeloupe, 8,9 % de la population serait sous traitement pour le diabète, ils sont 7,7 % en Martinique et en Guyane et jusqu'à 10,2 % à La Réunion, département le plus exposé au diabète avec un taux de prévalence deux fois supérieur à la moyenne nationale (4,7 %).

La véritable épidémie de surpoids et d'obésité à laquelle on assiste, associée ou non à une HTA, favorise l'explosion du diabète. La prévalence de ce dernier est ainsi d'au moins le double de celle de l'hexagone dans la plupart des outre-mer : 13,1 % à La Réunion, 10,5 % à Mayotte, et 9 % aux Antilles.

#### **5. Une santé bucco-dentaire dégradée**

Une étude<sup>1</sup> de 2016 a mis en évidence la mauvaise santé bucco-dentaire des personnes âgées dépendantes à la Martinique, phénomène qui doit également s'observer dans la plupart des autres départements ultra-marins.

Cette étude, qui a porté sur un échantillon de 638 personnes âgées, révèle notamment que 50 % ont une hygiène bucco-dentaire, que 71 % d'entre elles ont une dentition dégradée, que 40 % sont édentés complets, que 98 % sont édentés partiels ou totaux, que 99 % auraient besoin d'une prothèse, leur appareillage étant soit inexistant, soit incomplet ou inadapté, et que 89 % présentaient au moins un besoin en soins important (soins conservateurs, chirurgicaux ou parodontaux, prothèse dentaire...)

### **B. L'ESPÉRANCE DE VIE SANS INCAPACITÉ**

L'avancée en âge s'accompagne inévitablement d'une augmentation du risque de maladies chroniques dégénératives qui peuvent être responsables de limitations fonctionnelles et conduire vers la dépendance. L'espérance de vie « en bonne santé », c'est à dire sans restriction d'activités quotidiennes est un indicateur complémentaire à l'espérance de vie car il apporte une information sur la qualité des années restant à vivre.

#### **1. Une espérance de vie globale inférieure dans les outre-mer**

Au-delà des affections qui viennent d'être évoquées, les territoires ultramarins sont également atteints par des affections que ne connaissent pas (encore ?) les contrées européennes. Les épidémies comme la dengue, le chikungunya ou le zika aggravent l'état de santé des personnes.

---

<sup>1</sup> « La santé bucco-dentaire chez la personne âgée dépendante en Martinique », thèse de Mme Marie Madeleine Julien, 3 mai 2016.

Au total, l'espérance de vie qui s'élève dans l'hexagone à 79 ans pour les hommes et 85 ans pour les femmes n'est pas aussi élevée dans les outre-mer, sauf à la Martinique. En Guadeloupe, ces chiffres s'élèvent respectivement à 77 ans pour les hommes et 84,8 ans pour les femmes, à 76 ans et 82 ans en Guyane et à 74 ans et 80 ans dans les collectivités du Pacifique.

## **2. Un indicateur révélateur d'inégalités**

Les variations départementales de l'incapacité sont de plus grande ampleur pour les hommes et existent surtout avant 75 ans. La Guadeloupe présente des taux d'incapacité nettement inférieurs aux deux autres départements : le seuil de 50 % de la population masculine déclarant des restrictions d'activité n'est atteint en Guadeloupe qu'à 73 ans, contre 67 ans dans les deux autres départements. À l'inverse, La Réunion se détache par un taux de prévalence de l'incapacité plus fort qu'aux Antilles, particulièrement entre 67 et 75 ans. Après 75 ans en revanche, les écarts de prévalence de l'incapacité chez les hommes se réduisent entre les trois départements.

Pour les femmes, les écarts sont moindres. Il n'y a quasiment pas de différence entre les taux d'incapacité observés dans les deux départements antillais. Comme pour les hommes, c'est à nouveau La Réunion qui se démarque par un taux d'incapacité supérieur, quel que soit l'âge.

Dans les trois départements étudiés présentent chacun des espérances de vie en bonne santé très différentes. Quel que soit le sexe, La Réunion cumule les désavantages à la fois sur la mortalité et sur l'incapacité : les Réunionnais connaissent plus d'années d'incapacité au cours d'une vie plus courte. À l'inverse, l'espérance de vie à la Guadeloupe est relativement longue et plus de la moitié des années vécues entre 60 et 80 ans le sont sans restrictions d'activités (51 % pour les femmes et 64 % pour les hommes). Quant à la Martinique, elle bénéficie de la plus longue espérance de vie des trois départements, mais cette longévité ne s'accompagne pas d'une espérance de vie en bonne santé également longue.

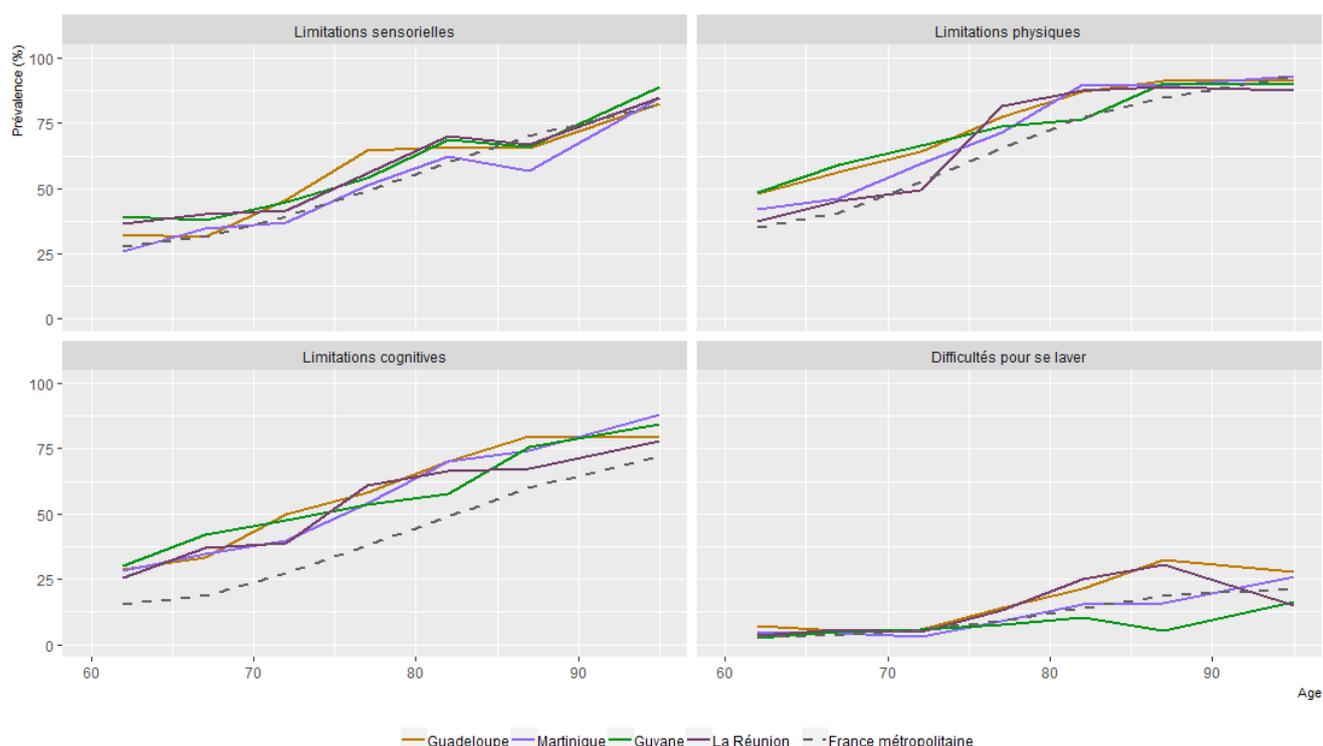
## **3. Des écarts marqués selon le genre et l'origine sociale**

Il existe un fort écart de prévalence de la dépendance selon la situation socioprofessionnelle : 38 points d'écart entre les cadres diplômés (18,8 % pour les hommes, 24,2 % pour les femmes) et les ouvriers non diplômés (56,6 % pour les hommes, 62 % pour les femmes) pour les deux sexes. L'écart s'élève même jusqu'à 47 points de pourcentage pour les femmes si on prend en compte également les inactives.

Quant à la trajectoire migratoire, les natifs sédentaires sont ceux qui présentent les taux d'incapacité les plus élevés pour les deux sexes (63,1 % pour les hommes, 69,6 % pour les femmes). Avoir quitté son département de naissance, même pour un court séjour, réduit considérablement la prévalence des restrictions

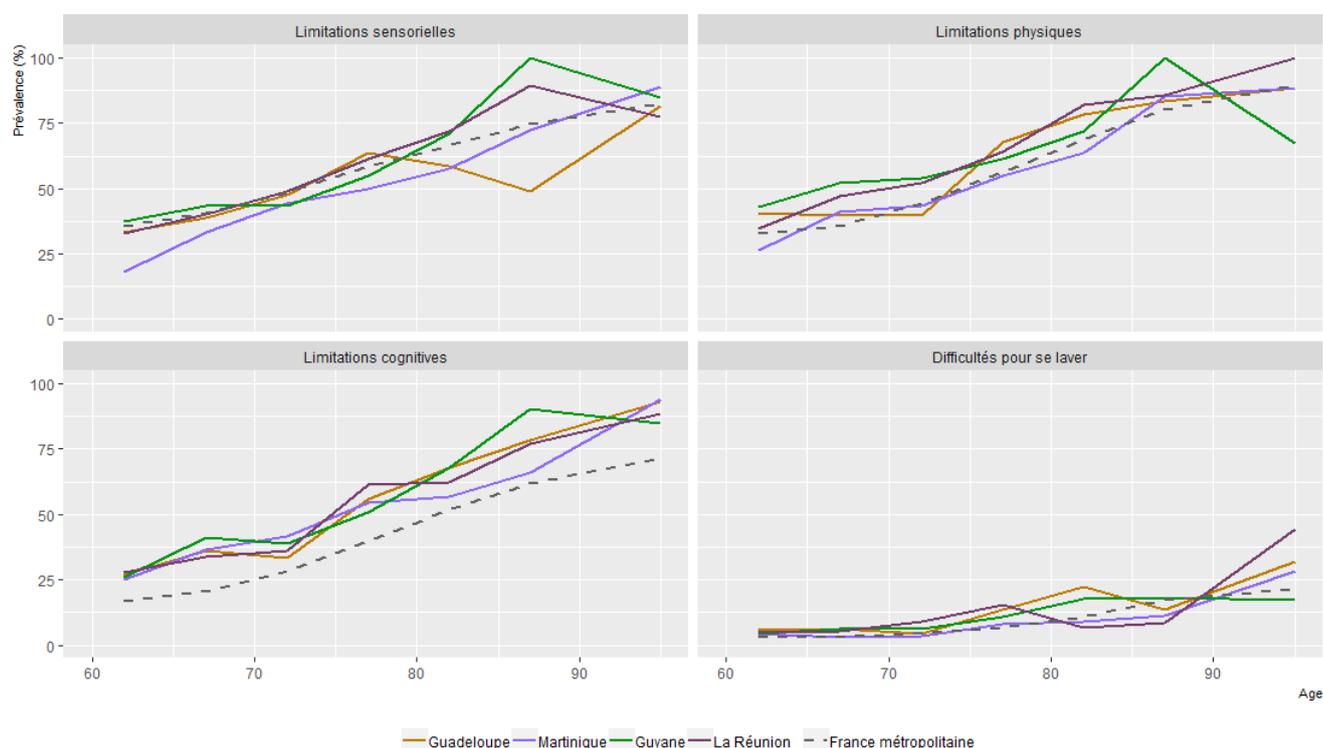
d'activité : de 16,7 points pour les hommes et 12,8 points pour les femmes. Les prévalences les plus faibles s'observent pour les natifs de retour dont le séjour a été motivé par un voyage, ou par la poursuite d'études ou d'une carrière hors du département. C'est aussi dans ces catégories que l'on compte le plus de personnes diplômées.

#### Prévalence de différents indicateurs d'incapacité, selon l'âge, pour les femmes



Enfin, en ce qui concerne l'environnement familial, la relation entre nombre d'enfants et restrictions d'activité se montre très différente pour les hommes et pour les femmes. Pour ces dernières, le taux d'incapacité augmente avec le nombre d'enfants : de 45,1 % pour celles qui n'ont pas eu d'enfants à 64,3 % pour celles qui en ont eu au moins 5. Pour les hommes en revanche, le taux de dépendance ne varie pas significativement en fonction du nombre d'enfants.

### Prévalence de différents indicateurs d'incapacité, selon l'âge, pour les hommes



## C. PERTE D'AUTONOMIE ET LIEU DE VIE

Selon les évaluations les plus récentes de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), la population des séniors (60 ans ou plus) en perte d'autonomie, estimée à 2,5 millions de personnes en 2015, atteindrait 4 millions d'individus à l'horizon 2050, soit 16 % de cette tranche d'âge. Les personnes en perte d'autonomie sévère représenteraient alors 4,3 % de la population des séniors, contre 3,7 % en 2015.

### 1. Une plus grande proportion de personnes dépendantes

La part de séniors en perte d'autonomie est plus élevée dans les départements et collectivités d'outre-mer qu'en moyenne nationale : 19,1 % des séniors en moyenne et même jusqu'à 20,6 % en Guadeloupe. Pourtant, les séniors y sont en moyenne plus jeunes que dans l'ensemble du pays.

Compte tenu d'un état de santé moins favorable, la croissance du nombre de personnes en perte d'autonomie sera plus forte outre-mer : une hausse de 100 séniors entre 2015 et 2050 se traduira par une augmentation de 28 séniors en perte d'autonomie contre 18 seulement en moyenne nationale. Au cours de cette période, la prévalence de la perte d'autonomie dans les outre-mer augmenterait de 4 % contre seulement 1 % en moyenne nationale.

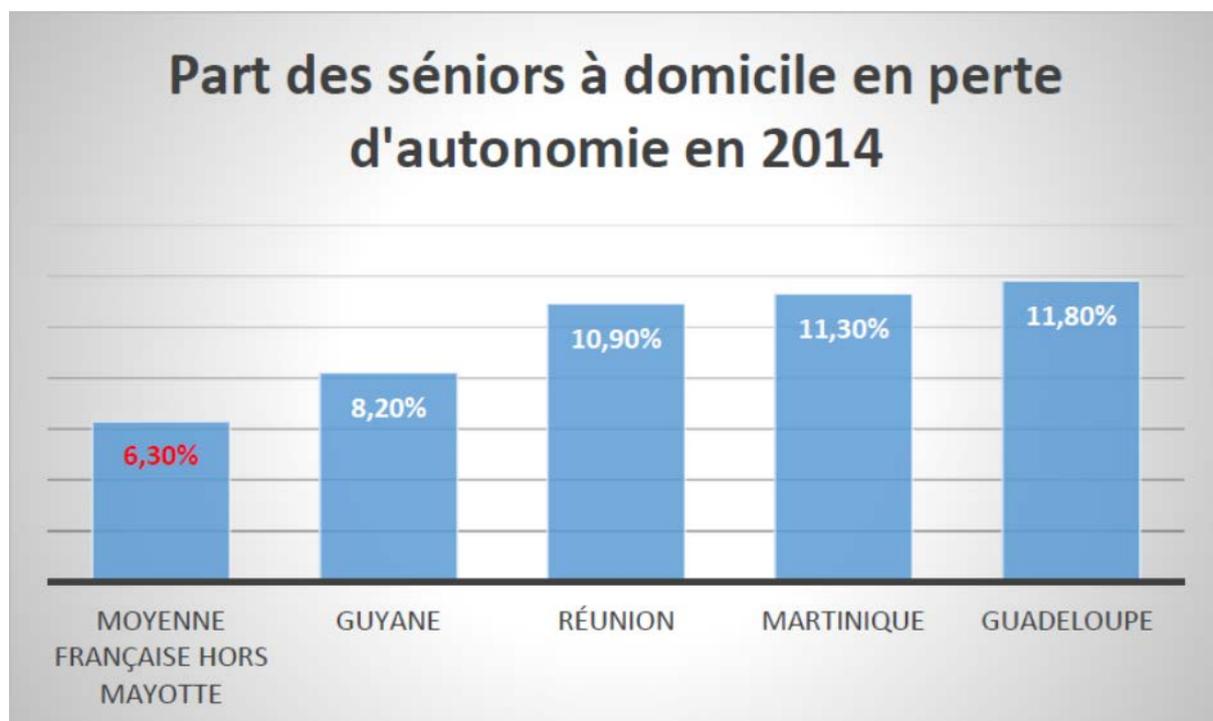
Cet écart est le résultat d'un vieillissement plus important de la population âgée : l'âge moyen des séniors évoluerait de 71,4 ans en 2015 à 76,9 ans en 2050(+ 5,5 ans) contre 72,1 à 75,1 ans au niveau national (+ 3 ans). La part des séniors guadeloupéens en perte d'autonomie augmenterait même de 20,6 % à 26,7 %.

## 2. Le domicile préféré aux établissements spécialisés

Quelle que soit leur origine géographique, les personnes âgées préfèrent vieillir à leur domicile plutôt que dans un établissement spécialisé. C'est particulièrement vrai aux Antilles où 98,7% des séniors guadeloupéens et 97,8 % de leurs homologues martiniquais vivent chez eux contre 95,5 % des séniors hexagonaux. Parmi eux, 64 % des Antillais vivent seuls contre 66 % en moyenne nationale.

En 2015, chez les plus de 75 ans, seuls 3,1 % vivaient en institution contre 8,8% en moyenne nationale.

Les outre-mer sont fortement marqués par la solidarité familiale mais on assiste ces dernières années à une évolution culturelle en raison notamment du grand nombre de jeunes partis étudier ou travailler dans l'hexagone.

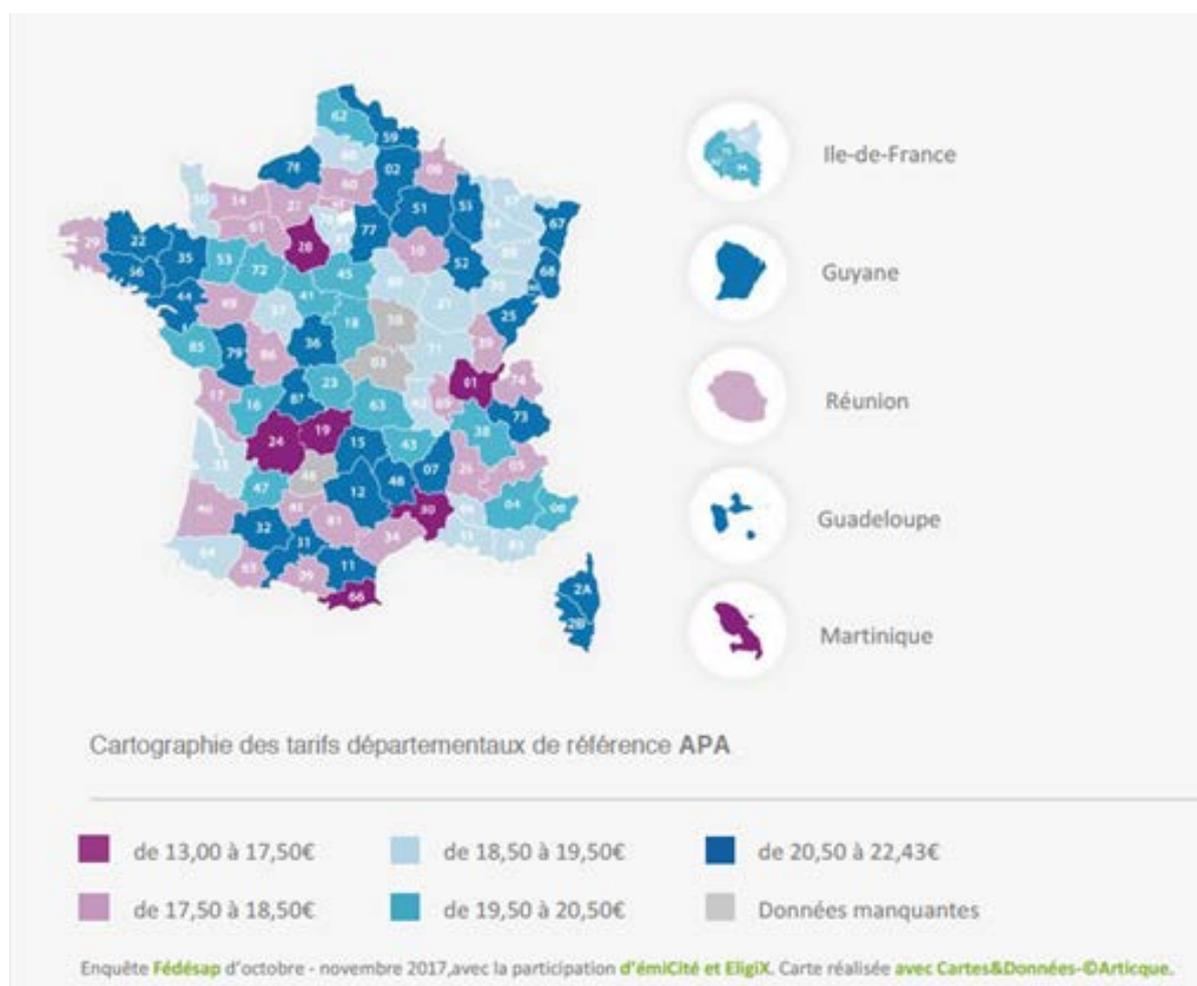


En 2014, la part des séniors à domicile en perte d'autonomie était de 11,8 % en Guadeloupe, 11,3 % en Martinique, 10,9 % à la Réunion et 8,2 % en Guyane alors que la moyenne française hors Mayotte est à 6,3 %.

### 3. Les aides sociales aux personnes âgées

L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile aide à payer les dépenses nécessaires pour rester vivre à domicile malgré la perte d'autonomie. Elle est versée par le département à 276 bénéficiaires pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus en Martinique contre 265 bénéficiaires pour 1 000 en Guadeloupe. En comparaison la moyenne nationale est à 222 bénéficiaires sur 1 000 personnes âgées.

Ces chiffres élevés s'expliquent par une plus grande précarité des personnes âgées ultra-marines

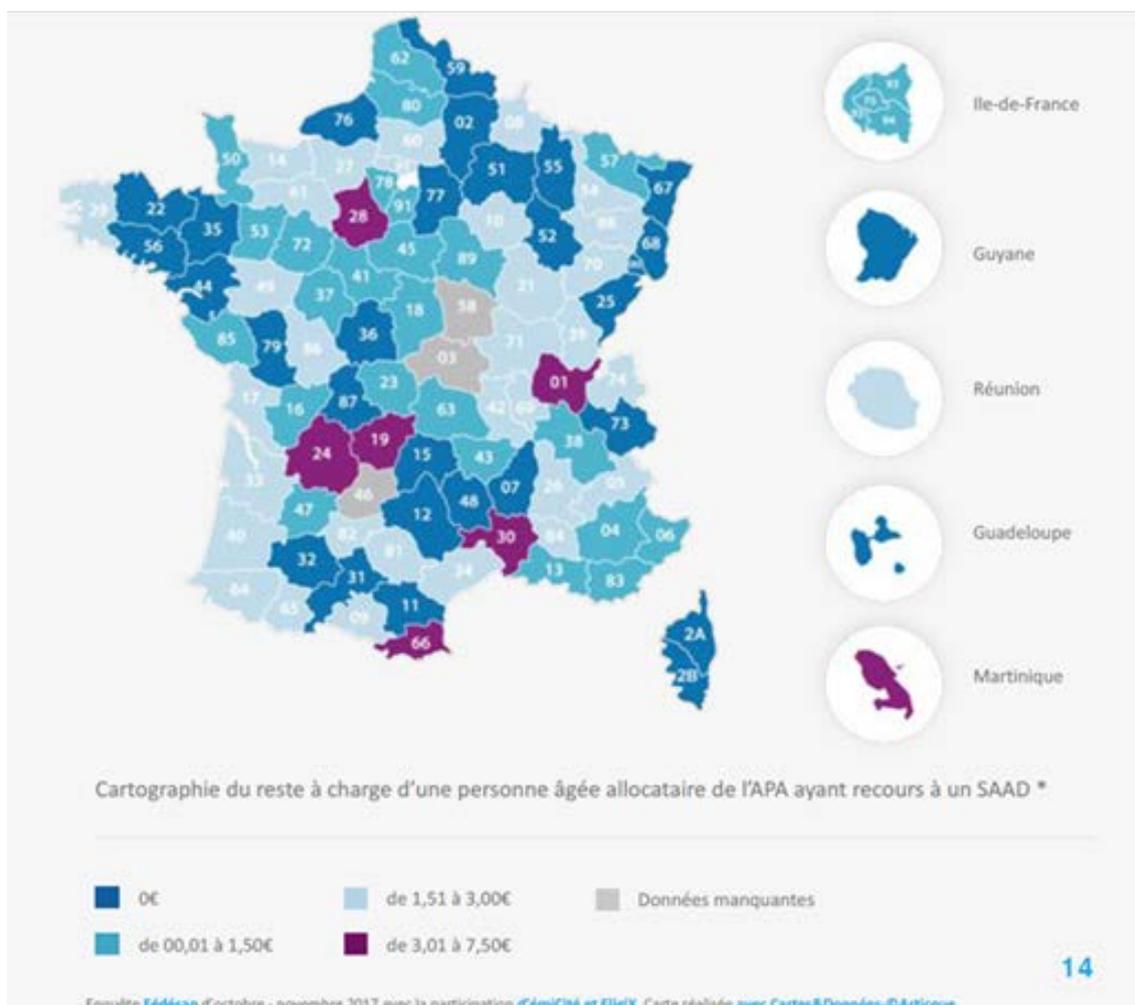


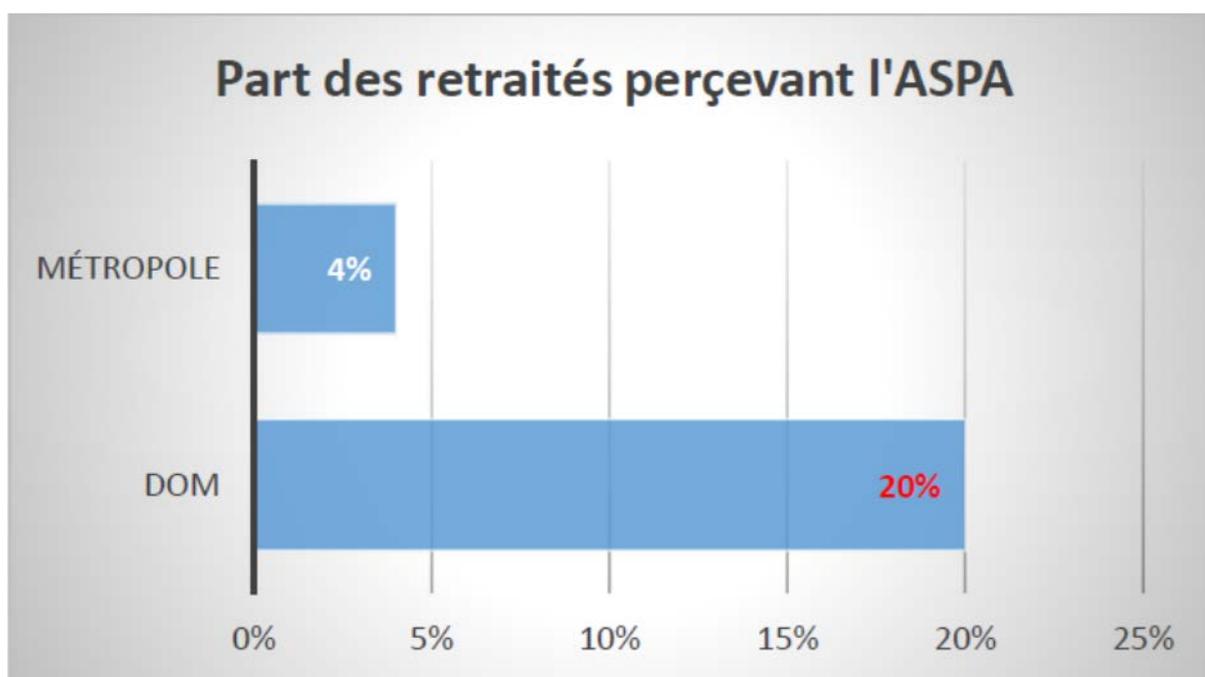
Ce sont les conseils départementaux qui fixent librement le niveau de cette aide. Sans surprise, les départements ultra-marins comme La Réunion et surtout la Martinique sont parmi les moins généreux, en raison probablement du grand nombre de demandes et du caractère limité de la ressource. Ainsi, pour des prestations largement supérieures à 22 euros de l'heure, le département de la Martinique ne finance que 13 euros.

Sans surprise donc, c'est dans le département de la Martinique que le « reste à payer » pour les patients est le plus élevé : environ 7,50 euros de l'heure d'aide à domicile. La carte suivante met en évidence l'effort financier que doivent consentir les habitants des différents départements.

On note également une part bien plus importante de bénéficiaires de l'aide sociale. Par exemple, entre 96 % et 97 % des résidents d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) de Martinique perçoivent cette aide, laquelle représente 20 % de la capacité financière de l'île.

Autre révélateur de la précarité des séniors ultra-marins : plus de 20 % des retraités ultra-marins perçoivent l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) alors que ce taux n'est que de 4 % en moyenne nationale. Et la précarité des personnes actuellement en âge de travailler ne permet pas d'entrevoir une diminution des bénéficiaires de l'ASPA.





## II. LA PRISE EN CHARGE DE LA DÉPENDANCE RESTE À INVENTER DANS LES OUTRE-MER

En débat au niveau national, le financement et la prise en charge globale de la dépendance dans les outre-mer reste à inventer dans un contexte où les places en établissements spécialisés sont rares et souvent hors de portée sur le plan financier pour une population majoritaire précaire sur le plan économique.

### A. UNE OFFRE D'ÉTABLISSEMENTS INADAPTÉE

#### 1. Une perte d'autonomie plus précoce dans les outre-mer

En moyenne nationale, un séjour dans un EHPAD est inférieur à un an. La durée la plus brève, en Seine-Saint-Denis, est de trois mois et demi. À l'opposé, dans les départements ultra-marins, la durée du séjour atteint en moyenne plusieurs années.

Cette singularité provient probablement de la différence d'âge des pensionnaires. En effet, alors que l'âge moyen d'entrée en institution, en moyenne nationale, est d'environ 85 ans, elle n'est que de 70-75 ans dans les outre-mer, avec parfois des arrivées encore plus précoces.

Ce phénomène corrobore les propos du corps médical qui considère que la dépendance survient plus tôt dans les outre-mer en raison d'un état de santé plus dégradé. À titre d'exemple, les entrées en dialyse y sont plus précoces (parfois 40 à 50 ans) que dans la France hexagonale (50-60 ans).

## 2. Un parc d'EHPAD déficient et vieillissant

L'offre d'établissements pour personnes âgées dépendantes, déjà jugée insuffisante au niveau hexagonal, est encore plus faible en outre-mer et se trouve souvent limitée à des EHPAD ou à l'accueil familial.

En 2015, l'offre en EHPAD était deux à trois fois inférieure dans les outre-mer à ce qu'elle était au niveau national. En cinq ans, il est probable que cette proportion a peu évolué. Ainsi, il existait à la Guadeloupe 35,6 places en EHPAD pour 1 000 personnes de plus de 75 ans contre 122,6 en moyenne nationale !

### L'ÉQUIPEMENT DES OUTRE-MER EN MATIÈRE DE DÉPENDANCE PAR RAPPORT À L'HEXAGONE

	Taux d'équipement en places d'hébergement pour 1000 personnes de 75 ans et plus	Taux d'équipement en lits médicalisés pour personnes âgées
Guadeloupe	35,6	25,4
Martinique	48,7	39,4
Guyane	74,1	54,0
La Réunion	47,0	42,1
France métropolitaine	122,6	98,4
Départements d'outre-mer	45,4	36,8

Par ailleurs, le parc des EHPAD est très vieillissant et, aux dire de beaucoup, certains établissements sont très vétustes voire délabrés et ne répondent pas aux normes en vigueur. Des personnes auditionnées ont cité le cas d'établissements publics vétustes existant aux Antilles qui proposent encore des chambres à quatre lits dotées d'une douche pour huit patients.

À côté de ces établissements officiels se développe, notamment à La Réunion, une offre plus informelle d'établissements qualifiés de « *pensions marron* ». Ce sont des petites structures sans agrément, donc sans contrôle, qui accueillent un nombre réduit de pensionnaires, généralement moins de cinq ou dix. C'est le trop faible nombre et le coût élevé des structures officielles qui a conduit au développement de ces structures illégales.

Compte tenu du besoin en places d'accueil pour les personnes âgées dépendantes, peut-être vaudrait-il mieux faire entrer ces établissements dans un cadre légal plutôt que d'essayer de les combattre. C'est la démarche entreprise par le Conseil départemental de La Réunion qui s'est lancé dans un recensement de ces structures avant d'envisager leur officialisation.

Le nombre de places en établissements étant limité et la demande forte, les tarifs des institutions pour personnes âgées dépendantes ont tendance à être plus élevés dans les outre-mer, ce qui pénalise une population dont le niveau de vie est inférieur à la moyenne nationale. La carte ci-après indique que les tarifs pratiqués

outre-mer sont tous supérieurs à 2 161 euros mensuels – et souvent très largement supérieurs – équivalents à ceux pratiqués en région parisienne ou sur la Côte d’Azur.

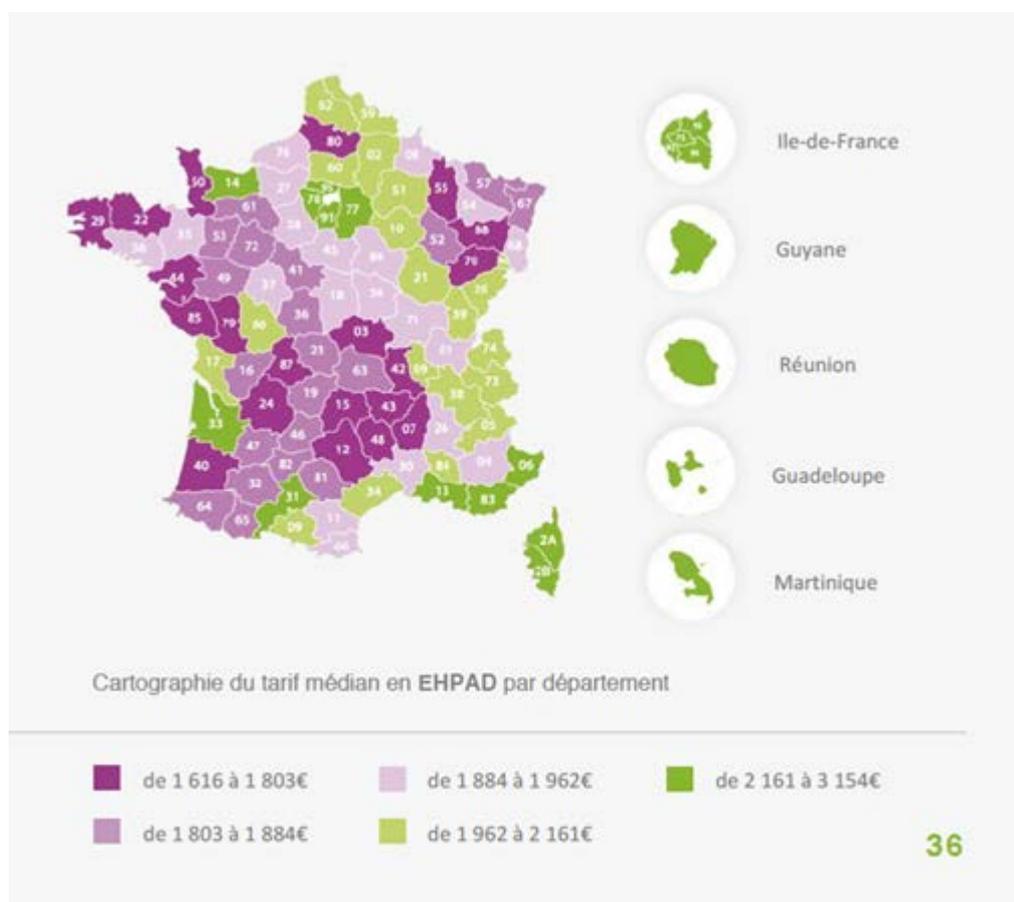
### L’OMASS ET L’ASSADEC EXPÉRIMENTERONT DES FORMULES D’EHPAD HORS LES MURS EN MARTINIQUE

Dans deux arrêtés conjoints, datés du 18 juillet, l'ARS Martinique et la collectivité territoriale de Martinique (CTM) dévoilent les deux établissements retenus pour porter un projet expérimental d’EHPAD hors les murs en réponse aux appels à projet publiés en octobre 2018.

Un EHPAD hors les murs est un dispositif permettant aux personnes âgées dépendantes de bénéficier des offres et des technologies disponibles en EHPAD directement à domicile. L’objectif consiste à permettre aux personnes de continuer à vieillir chez elles en toute sécurité et prévenir les situations à risque.

Pour le projet de type extension d’EHPAD sur le territoire du centre de la Martinique, il s'agit de l’Office municipal d'action sociale et de santé (OMASS) situé au Lamentin. Et pour le projet de type plateforme multi-services sur le territoire nord de la Martinique, c'est l'association de soins à domicile de l’est centre (ASSADEC), située à La Trinité, qui remporte l'appel à projet.

Les deux expérimentations sont financées sur une durée de trois ans et doivent offrir chacune trente places.



### **3. Des EHPAD parmi les plus chers de France**

Actuellement, à peine 1 % des personnes âgées en Guadeloupe est pris en charge en institution, essentiellement pour des raisons financières. La retraite moyenne dans ce département s'élève à 700 euros, le minimum vieillesse étant d'environ 590 euros. Ainsi, même avec un nombre de bénéficiaires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) en augmentation de plus de 6 % par an, 80 % de la population âgée de plus de 60 ans vit avec une retraite moyenne de 700 euros.

Or, selon la Fédération nationale de la mutualité française, le montant mensuel moyen d'un séjour en EHPAD varie entre 3 000 et 4 500 euros. Ce montant est à comparer au prix médian national qui est de 1 950 euros par mois. Les explications à ce décalage sont multiples : outre le niveau des salaires augmenté de 40 % dans le secteur public et de 20 % dans certains établissements privés, il convient de prendre en compte le coût plus élevé de la construction, du matériel médical et des consommables. Ces produits souffrent du coût du transport, des taxes locales (octroi de mer) et de la multiplication des intermédiaires qui prennent chacun leur marge.

Dans ce contexte, les tarificateurs que sont l'Agence régionale de santé (ARS) et les conseils départementaux cherchent à amener les EHPAD à rester dans la moyenne tarifaire nationale. Mais certains établissements ne parviennent pas à maintenir un niveau de qualité de prise en charge en adéquation avec les budgets qui leur sont alloués et les établissements publics, notamment, se retrouvent à gérer des déficits.

Par ailleurs, les familles sont réticentes à demander le bénéfice de l'allocation pour la perte d'autonomie (APA) par crainte des récupérations sur la succession. En 2011, 91 % des bénéficiaires ultra-marins de l'APA vivaient dans leur domicile (contre 60 % en moyenne nationale). S'il s'agit parfois d'une volonté de rester dans un cadre de vie familial, ce choix correspond le plus souvent à une contrainte financière. Pour de nombreuses familles, le maintien à domicile de nombreux séniors dépendants, souvent dans des conditions difficiles, demeure la seule solution alternative. La composition du tissu familial conduit à voir plusieurs générations vivre sous un même toit avec la retraite du parent âgé en complément d'autres prestations familiales. Il n'est pas rare de voir un enfant être déscolarisé ou en rupture scolaire pour aider à la prise en charge de parents âgés ou handicapés.

## **B. UNE TRÈS GRANDE VULNÉRABILITÉ ÉCONOMIQUE**

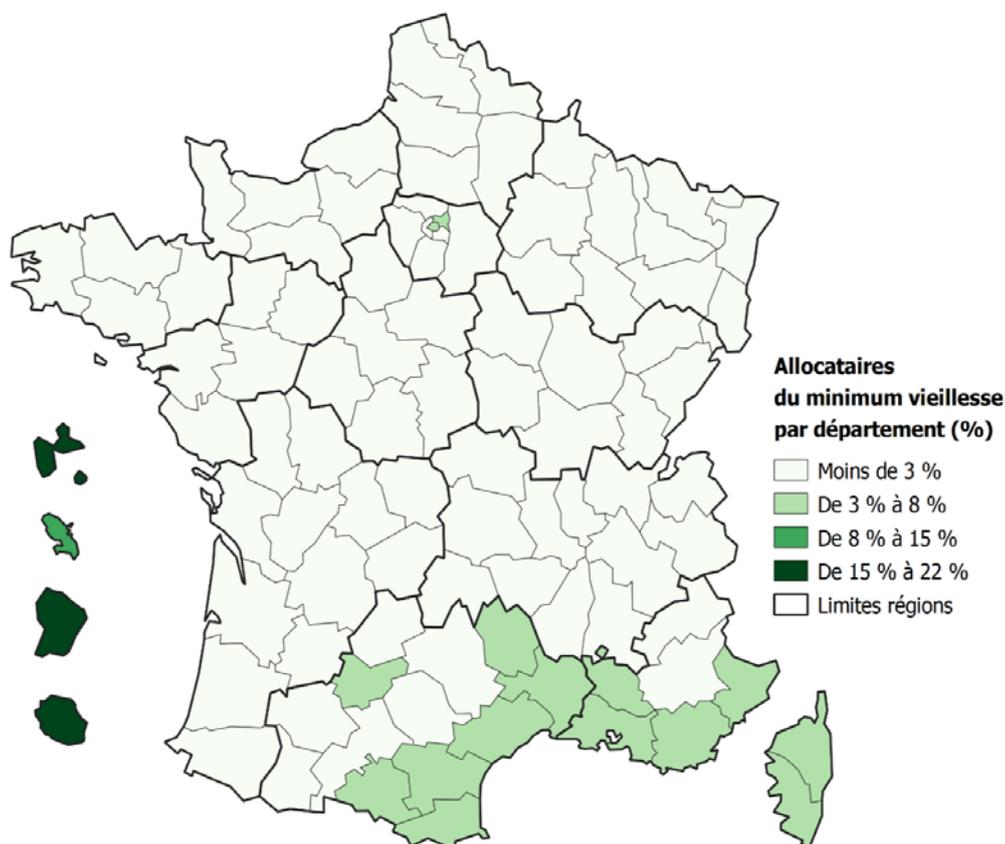
### **1. Des populations particulièrement précaires**

Le vieillissement de la population des DOM a lieu dans un contexte socio-économique très défavorable. La précarité y est très forte et touche toutes les

générations, à commencer par les jeunes adultes. Conséquence de la forte sélectivité à la migration, les jeunes restants sur les territoires ultramarins sont souvent dans une situation socio-économique difficile : entre 14 et 22 % des 16-25 ans sont sortis prématurément du système scolaire (11 % dans l'hexagone), et au recensement de 2014, plus de la moitié (jusqu'à 58 % à La Réunion) des 15-24 ans non scolarisés étaient au chômage (29 % en moyenne nationale).

Les forts taux de chômage concernent l'ensemble de la population active des DOM : les taux de chômage des 15-64 ans aux Antilles sont deux fois plus élevés que dans l'hexagone et presque 3 fois plus à La Réunion. En 2014, 32 % des ménages martiniquais et 42 % des ménages réunionnais vivaient en dessous du seuil de pauvreté contre seulement 15 % en moyenne nationale. 31 % des plus de 75 ans vivent sous le seuil de pauvreté en Martinique et ce chiffre est du même ordre en Guadeloupe. Or, le coût de la vie est bien plus élevé dans les outre-mer.

Par ailleurs, le travail informel est particulièrement important, et pour la majorité des travailleurs informels, il s'agit de l'activité principale. Il existe donc une part non négligeable de la population qui n'a pas, ou très peu cotisé pour l'ouverture des droits à la retraite, et qui ne dispose et ne disposera donc que du minimum social en vigueur aux grands âges. Les bénéficiaires du « minimum vieillesse » représentent d'ailleurs près d'un quart des 60 ans et plus en Guadeloupe et à La Réunion (3 % seulement dans l'hexagone).



Enfin, les conditions de logement sont moins favorables dans les DOM. Les logements inconfortables (ne possédant ni douche, ni baignoire) représentent encore 2 à 3 % des résidences principales, contre moins de 1 % en moyenne nationale. Des opérations de réhabilitation sont menées, notamment avec des aides publiques, mais le reste à charge de 5 à 6 000 euros représente souvent un obstacle insurmontable pour les foyers les plus précaires.

## **2. Le problème de l'accès au droit**

La plupart des interlocuteurs de la mission d'information ont mentionné la difficulté pour les personnes âgées et leurs proches de bénéficier des informations les concernant. Il en résulte une inégalité entre celle connaissant leurs droits et en bénéficiant et celles, plus défavorisées, qui n'en profitent pas.

Ainsi, le premier réflexe des personnes âgées en difficulté est-il de s'adresser au Centre communal d'action sociale (CCAS) de leur ville, ignorant que leur interlocuteur principal devrait être le Conseil départemental. C'est ainsi que les communes sont parfois obligées de recruter des assistantes sociales pour réorienter les personnes âgées, ce qui induit un coût.

Les personnes âgées sont également confrontées à la réorganisation d'organismes comme les Caisses d'allocations familiales ou les organismes de sécurité sociale qui ne répondent plus au téléphone mais orientent les administrés vers des sites internet ou proposent des rendez-vous. La fracture numérique accentue la fracture sociale : les personnes d'un certain âge ne sont pas forcément à l'aise avec un ordinateur (rares sont celles qui en possèdent un) et n'ont pas toujours les moyens matériels de se déplacer pour honorer un rendez-vous à plusieurs kilomètres de chez elles.

Dans un département comme la Guadeloupe, relativement étendu et au relief affirmé, le Conseil départemental ne dispose plus que de trois antennes territoriales, pas toujours faciles à atteindre pour des personnes à la santé précaire et souvent sans moyen de transport. Ainsi que l'a souligné l'un de nos interlocuteurs, « *le schéma d'accompagnement social de la population reste à écrire* ».

## **3. La difficulté de se déplacer**

Les difficultés liées aux transports ont été mises en évidence par la plupart des personnes que la mission d'information a entendues. Dans des territoires ultramarins escarpés et souvent mal desservis par les transports en commun, les personnes âgées vivant dans des hameaux ou sur les hauteurs éprouvent de réelles difficultés pour accéder aux soins. Cette difficulté est partagée par les professionnels de santé qui se déplacent pour prodiguer des soins à domicile, même si ces derniers sont généralement motorisés.

## **TROISIÈME PARTIE : LES ATTENTES EN MATIÈRE DE PRISE EN CHARGE DE LA DÉPENDANCE DANS LES OUTRE-MER**

Le constat du vieillissement accéléré de la population d'une partie des outre-mer étant posé, la réponse des différents acteurs concernés, publics comme privés, est attendue.

Le vieillissement n'est pas un drame absolu d'abord dans la mesure où il s'accompagne d'une hausse de l'espérance de vie, ce qui est toujours réjouissant ; ensuite parce que toutes les personnes âgées ne deviennent pas dépendantes et parce que nombre d'entre-elles ont encore beaucoup à apporter à leur famille, sur le plan affectif, économique, culturel à leurs enfants ou petits-enfants.

Mais le vieillissement et la « gestion » de la fin de la vie d'une partie de la population font inmanquablement apparaître des opportunités économiques et des créations d'emplois pérennes liées aux services à la personne ainsi qu'à la construction et à la gestion de structures d'hébergement. Toutefois, pour que la fin de vie de nos aînés ne se transforme pas seulement en un juteux négoce, il convient de conserver la dimension humaine au centre des préoccupations en veillant à l'information, au confort et au respect des volontés des personnes concernées.

### **I. TOUTE UNE ACTIVITÉ LIÉE À LA DÉPENDANCE SE DÉVELOPPE**

La France hexagonale mais aussi bien d'autres pays occidentaux, ont déjà été confrontés à la gestion du vieillissement d'une partie de leur population. Le retour d'expérience démontre que l'activité liée au grand âge, parfois appelée « *Silver Economy* », en référence à la couleur des cheveux de nos aînés, constitue une opportunité économique à qui sait la saisir. Les outre-mer devront toutefois composer avec les contraintes spécifiques liées à l'éloignement et à l'insularité.

#### **A. L'ÉCONOMIE DU GRAND ÂGE EST UN RÉSERVOIR D'EMPLOIS**

Selon les représentants de la Fédération des services à la personne (FEDESAP), le secteur représenterait au niveau national 3 500 entreprises pour un total d'environ 800 000 salariés. Avec le vieillissement de la population française, ce secteur économique ne peut que croître.

##### **1. Les services à la personne doivent favoriser l'emploi outre-mer**

Dans les outre-mer plus encore que dans l'hexagone, les services à la personne apparaissent comme l'un des secteurs les plus prometteurs sur le plan de

l'emploi. En effet, face à un taux de chômage supérieur à la moyenne nationale, le développement de ces métiers – non délocalisables – apparaît comme une source prometteuse d'emplois.

Pour autant, il convient que les intéressés soient convenablement formés. Or, selon nos interlocuteurs, il semblerait que seulement 4 % des demandeurs d'emploi entrés en formation professionnelle via Pôle Emploi suivent une formation qualifiante sur les métiers des services à la personne dans les outre-mer

Pourtant, ce secteur attire. Ainsi, à La Réunion plus de 14 000 demandeurs d'emplois se déclareraient intéressés par les métiers des services à la personne, la plupart étant des femmes âgées de 40 ans ou plus, particulièrement touchées par les questions d'emploi. Ainsi, les services à la personne semblent constituer un secteur professionnel attrayant.

Le premier vice-président du Conseil départemental de La Réunion, M. Jean-Marie Virapoullé, que la mission d'information a rencontré, a souligné que les opérateurs de services à la personne recrutaient entre 300 et 400 personnes par an, ce qui constitue une aubaine compte tenu du chômage existant sur le territoire. Le niveau de diplôme ne constitue pas le premier critère, mais c'est plutôt la motivation qui est évaluée. Les intéressés sont généralement embauchés sur la base d'un contrat à durée déterminée, mais les contrats à durée indéterminée arrivent rapidement si les intéressés donnent satisfaction. Ils sont généralement formés par leurs employeurs qui recherchent davantage un savoir-être qu'un savoir-faire, acquis par l'expérience et la formation.

## **2. L'instabilité juridique et le coût du travail sources d'inquiétudes**

Dans les outre-mer comme dans le reste du pays, l'instabilité juridique qui touche de nombreux métiers des services à la personne, et en particulier depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016, ceux de l'aide aux personnes âgées en situation de dépendance et des personnes en situation de handicap, suscite une certaine inquiétude quant à la mise en œuvre de loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, dite loi ASV.

Par ailleurs, l'application des dispositions des conventions collectives nationales, malgré les quelques différences que ces dernières peuvent présenter selon le régime des structures, associatives et entrepreneuriales, génère les coûts du travail qui nuisent à leur compétitivité face à celui de l'économie illégale du travail non déclaré.

Dans ce contexte, les organismes de services aux particuliers recommandent de prendre des dispositions de maîtrise du coût du travail afin de retrouver de la compétitivité et ainsi la capacité du maintien de l'activité déclarée.

Le travail non déclaré doit évidemment être sévèrement combattu, sans qu'il soit perdu de vue que ces activités illégales existent aussi parce que l'offre de

prestations légales est souvent insuffisante ou trop onéreuse pour des populations vivant dans la précarité.

### **3. Les attentes des seniors en matière d'habitat inclusif**

À la demande de la Fédération des services aux particuliers (FESP) et de ses partenaires, une étude a été réalisée auprès des Français âgés de 50 ans et plus afin d'appréhender leur état d'esprit et leurs attentes en matière de services à la personne, notamment en ce qui concerne l'habitat inclusif.

Ainsi, sur l'ensemble du territoire national, les seniors apparaissent majoritairement pessimistes lorsqu'ils envisagent leur propre avenir, seuls 25 % se déclarant optimistes. Ce pessimisme trouve en partie son origine dans la difficulté de plus en plus grande à épargner. Aujourd'hui, moins de quatre seniors sur dix indiquent avoir la possibilité d'épargner à la fin du mois (37 %). En comparaison, en décembre 2010, ils étaient près de six sur dix (56 %), soit un recul de 19 points.

Cette réalité masque de fortes disparités au sein de cette catégorie très hétérogène qui regroupe des personnes d'âge, de statut professionnel, et de niveau économique-social très différents. Ces facteurs segmentent cette population au sein de laquelle ont été identifiés quatre groupes dont les besoins et les attentes en matière de services à la personne se distinguent :

- ceux qui pourraient être qualifiés de « décrocheurs », en grande difficulté et qui ne parviennent qu'à survivre sur le plan économique ;
- ceux tentés par le repli ;
- ceux qui inventent des modes de vie et de consommation alternative ;
- ceux, les moins nombreux, qui sont aisés et se déclarent heureux.

C'est face à ce constat que la FESP souhaite que toutes les questions relevant de la tarification et de l'équilibre économique de l'aide à domicile au sein des outre-mer fasse l'objet d'une étude annuelle pour pouvoir en dégager les disparités, mais aussi les grandes tendances propres à harmoniser les pratiques des collectivités.

## **B. LES PARTICULARITÉS DES TERRITOIRES ULTRA-MARINS**

Pour que les outre-mer puissent tirer avantage de l'activité économique liée au grand âge, il leur faudra surmonter des difficultés liées à l'éloignement, à l'insularité, aux conditions climatiques, etc. La Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs (FEHAP) a attiré l'attention de la mission d'information sur ce point.

## **1. Les difficultés liées à l'éloignement et aux conditions locales**

Les outre-mer pâtissent de difficultés spécifiques qui rendent nécessaire une reconnaissance affirmée des besoins et des difficultés rencontrés par les établissements eu égard des spécificités et des insuffisances dont notamment :

- les surcoûts liés à l'éloignement géographique ;
- le niveau de dépendance plus élevé des personnes accueillies (une majorité de GIR 1 et 2) nécessitant des moyens matériels, humains et financiers plus importants ;
- la vétusté des locaux, sauf peut-être à la Réunion où les structures semblent en meilleur état ;
- l'organisation des infrastructures routières aux Antilles et surtout en Guyane ;
- le manque d'équipements et de structures, l'offre de place en EHPAD étant nettement inférieure dans les outre-mer à la moyenne nationale (*cf. supra*) ;
- une précarité économique plus grande des personnes âgées.

## **2. Déterminer avec précision les surcoûts pour ajuster la tarification**

Pour la FEHAP, les modalités de tarification des établissements sont obsolètes et ne correspondent pas à la réalité du terrain, avec une diminution régulière des tarifs dans un contexte où le public accueilli nécessite de plus en plus de moyens.

La fédération préconise donc une augmentation des moyens permettant aux établissements de promouvoir et valoriser leur personnel avec une adéquation entre leur niveau de ressources et de dépenses, ce qui ne semble pas être le cas aujourd'hui. Ces besoins restent d'autant plus cruciaux dans un contexte où il est plus que jamais nécessaire de favoriser l'attractivité des métiers liés au grand âge. Les ressources actuelles ne permettent pas de valoriser efficacement l'attractivité de ce secteur.

L'éloignement dont font l'objet ces territoires, les surcoûts que représente cet éloignement (comme l'octroi de mer) sont autant de facteurs qui doivent être pris en compte. Une étude approfondie territoire par territoire ultramarin pour déterminer l'origine des surcoûts serait la bienvenue afin d'établir finement les bons niveaux de financement de cette activité.

Enfin, il pourrait être opportun de laisser une marge de manœuvre financière aux autorités locales afin de favoriser l'expérimentation de dispositifs innovants au sein des territoires ultramarins (résidences intergénérationnelles,

village seniors, habitat inclusif, EHPAD hors les murs...) et d'assurer une adéquation des ressources par rapport aux modalités de prise en charge.

## **C. RENFORCER L'ATTRACTIVITÉ DES SERVICES À LA PERSONNE**

Les métiers liés au grand âge méritent une attention particulière compte tenu de leur importance au sein d'une société ultra-marine vieillissante. Il est donc crucial de dynamiser leur attractivité en formant des jeunes par le biais de l'apprentissage, du service militaire adapté. Certains pays mettent aussi l'accent sur le bénévolat ou sur un service civique.

### **1. La Réunion va former un millier de jeunes pour s'occuper des aînés**

Le Conseil départemental de La Réunion, qui a décidé de former un millier de jeunes pour s'occuper des séniors, a signé, le 19 décembre 2019, une convention de coopération avec la Fédération Française de Services à la Personne et de Proximité (Fedesap).

Grâce à l'apprentissage la collectivité veut développer la filière pour répondre aux besoins croissants des personnes âgées qui souhaitent vieillir à leur domicile. Pour cela, un centre de formation d'apprentis (CFA) « métiers des services à la personne » sera bientôt créé. L'objectif est de former un millier de jeunes d'ici trois ans pour intégrer les métiers d'aides à la personne « *qui réclament de plus en plus de compétences* », souligne le président du département.

La formation durera un an. Le CFA accueillera des profils variés et trente apprentis seront formés en même temps. Les personnes qui s'occupent déjà d'un membre âgé de leur famille et qui veulent acquérir une qualification professionnelle, pourront aussi suivre le cursus. Ainsi, ils apporteront de meilleurs soins encore à la personne âgée dont ils ont la responsabilité.

Cette convention fait partie du « plan senior » du département qui a aussi d'autres ambitions. La collectivité envisage notamment d'augmenter la subvention pour ceux qui souhaitent investir dans des maisons d'accueillants familiaux.

### **2. Le rôle du service militaire adapté (SMA)**

Les collectivités d'outre-mer bénéficient d'un outil particulièrement précieux : les régiments du service militaire adapté (RSMA). Ces unités à statut militaire jouent le rôle de centre d'apprentissage où des jeunes viennent apprendre, sous l'uniforme, un métier adapté au territoire dans lequel ils vivent.

A travers le dispositif militaire d'insertion socioprofessionnelle destiné aux jeunes les plus éloignés de l'emploi dans les outre-mer, le service militaire adapté (SMA) commence à développer une filière tournée vers l'accompagnement des personnes âgées mais dans des proportions encore insuffisantes. À titre

d'exemple, le RSMA de la Martinique propose 36 places par an, chiffre à comparer aux centaines d'emplois jugés nécessaires chaque année.

Ce système donne l'opportunité aux jeunes qui suivent cette formation de mieux connaître et comprendre les besoins de cette population vieillissante tout en se spécialisant dans les services à la personne. Cette formation permet aux seniors de vivre à domicile et d'être mieux accompagnés dans leur quotidien.

### **3. Bénévolat et service civique**

De nombreux bénévoles proposent déjà leurs services auprès des personnes âgées dépendantes mais leur nombre n'est évidemment pas suffisant pour satisfaire les besoins. Certains pays ont donc mis en place des programmes particuliers basés sur l'engagement de l'individu et son service rendu à la communauté ce qui permet de combler le manque de main d'œuvre dans certains domaines comme la gériatrie.

A titre d'exemple, le Canada a développé un programme de « Service communautaire obligatoire » à l'intention des étudiants dans lequel les participants doivent accumuler un certain nombre d'heures de service à la collectivité comme condition d'obtention du diplôme. Il est possible, à travers ce dispositif, de faire du bénévolat dans des maisons de retraite ce qui permet aux volontaires de prendre conscience des besoins en services et en soins que requiert cette génération.

Les étudiants ne sont pas les seuls concernés : dans certains cas, ce service communautaire obligatoire peut également imposer aux adultes d'effectuer des travaux d'intérêt général, notamment auprès des personnes âgées, pour percevoir certaines prestations d'aides sociales.

## **D. LE CAS PARTICULIER DE LA MALADIE D'ALZHEIMER**

Cette maladie en pleine expansion est appréhendée différemment selon que l'on se trouve dans l'hexagone ou dans les outre-mer, où elle reste largement à démystifier. L'association France-Alzheimer, qui mène un travail remarquable, a surtout travaillé sur les Antilles et Mayotte.

### **1. Une maladie mésestimée et en pleine expansion**

Malgré la création de la Banque de données nationale Alzheimer (BNA) dans le cadre du plan Alzheimer 2008-2012, la France manque encore cruellement de données statistiques sur les maladies neurodégénératives, dont celle d'Alzheimer, ce qui représente un frein à la mise en œuvre des politiques publiques.

L'association France-Alzheimer estime qu'à ce jour, 1,1 million de personnes seraient atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée. Néanmoins, on estime généralement qu'une personne sur trois ne serait pas diagnostiquée<sup>1</sup>.

Compte tenu des projections actuelles, 1,8 million de personnes pourraient être concernées en France d'ici 2050 et, à ce jour, avec près de 225 000 nouveaux cas chaque année, la maladie d'Alzheimer est la plus fréquente des maladies neurodégénératives.

Les statistiques concernant les outre-mer sont très parcellaires et l'association France-Alzheimer n'a pu nous fournir que les éléments suivants :

- en Guadeloupe, en l'absence de statistiques officielles, les gériatres s'accordent à considérer qu'il y aurait plus de 5 000 souffrant de cette pathologie, soit quasiment 2 % de la population ;

- à Mayotte, la maladie d'Alzheimer serait en forte hausse et la prise en charge tardive. Il n'existe aucune approximation du nombre de cas ;

- en Martinique, ce sont 9 000 patients qui sont évoqués pour l'ensemble des maladies neurodégénératives. Le vieillissement de la population de ce département interroge les responsables associatifs sur « *la capacité du système actuel à assumer une hausse des cas de dépendance* ».

- l'association ne possède pas de statistiques particulières concernant La Réunion mais regrette le trop faible nombre de neurologues exerçant sur l'île. En conséquence, l'obtention d'un rendez-vous destiné à valider le diagnostic posé par un généraliste prend de nombreux mois, parfois jusqu'à une année, ce qui ne facilite pas la prise en charge des malades.

## **2. Démystifier cette maladie et sensibiliser les populations d'outre-mer**

Les maladies neurodégénératives, encore plus que dans le reste du pays, sont souvent niées et vécues par l'entourage comme honteuses, voire comme des malédictions du fait d'un imaginaire « magico-religieux » encore prégnant. Cela contribue à isoler de nombreuses familles. Il est donc primordial de renforcer les actions d'information autour de la maladie d'Alzheimer et des affections apparentées, sur ses conséquences et sur les actions de soutien à destination des personnes concernées, aussi bien les malades que les proches aidants.

Sur l'île de Mayotte, l'accent doit être mis sur le fait que les affections neurodégénératives sont des maladies, et non un type de « folie ». Selon l'association France-Alzheimer, il convient également de travailler sur les causes majeures de cette maladie à Mayotte, à savoir la cause vasculaire et les accidents vasculaires cérébraux.

---

<sup>1</sup> Source : Santé publique France – septembre 2016 (étude Carcaillon-Bentata)

En Martinique, il conviendrait de lancer des campagnes de communication liées au contexte culturel local pour faire d'Alzheimer une maladie « comme les autres » en s'attachant à mettre en évidence les mesures de prévention identifiées dans le cadre d'une bonne hygiène de vie.

Pour la Guadeloupe, l'association insiste sur la nécessité de démystifier la maladie par le biais d'émissions télévisuelles et de conférences, en partenariat avec le Conseil départemental et l'Agence régionale de santé (ARS).

### **3. Décloisonner le social, le médico-social et le sanitaire**

Le décloisonnement entre les différents secteurs social, sanitaire et médico-social apparaît aux yeux des responsables associatifs comme une nécessité pour la prise en soins et l'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une affection apparentée.

En effet, l'absence de traitement curatif et les conséquences quotidiennes de ce de ce type de maladies impliquent une prise en soins globale et multidisciplinaires, essentielle pour garantir une meilleure qualité de vie aux personnes malades et à leurs proches aidants.

Selon les associations, l'un des freins à un décloisonnement efficace pourrait provenir de la multiplication des acteurs et de la difficulté qu'ils rencontrent à exercer de manière coordonnée. La lourdeur des démarches et la multiplication des réunions entre les acteurs impliqués compliquent la coordination. Ce serait particulièrement le cas en Guadeloupe.

Le rapport de Dominique Libault sur le grand âge cité plus haut préconise d'ailleurs un nouveau cadre juridique destiné à supprimer les cloisonnements. Selon l'auteur, « *la loi devra donner la possibilité d'adopter des cadres plus souples et les territoires devront se saisir de ces opportunités* ».

#### **LA FRANCE PIONNIÈRE DANS LE COMBAT CONTRE ALZHEIMER**

La mise en œuvre du plan Alzheimer 2008-2012 a rayonné bien au-delà de nos frontières et de nombreux pays à travers le monde ont salué l'engagement de la France dans un combat sans relâche aux côtés des personnes concernées.

Compte tenu des projections actuelles qui évaluent à 150 millions le nombre de personnes qui seront atteintes par la maladie d'Alzheimer dans le monde d'ici 2050, l'Organisation mondiale de la santé (OMS), dont la France est membre, a adopté en 2017 un plan mondial d'action de santé publique contre cette maladie et les affections apparentées. Ce plan préconise notamment l'adoption par chacun des pays membres d'une stratégie nationale relative à l'accompagnement des personnes malades et au soutien de leurs proches aidants.

## **II. REPLACER L'HUMAIN AU CENTRE DES PRÉOCCUPATIONS**

Le vieillissement est un sujet éminemment sensible dans la mesure où il concerne, à des échéances variables, chacun d'entre nous, chacun de nos proches. La mission d'information a mesuré le souci de ses interlocuteurs de constamment replacer aspect humain au centre des préoccupations. Ce respect de l'humanité n'exige pas de grandes réformes mais un souci permanent de prendre en compte l'information, la protection, le confort des personnes âgées dépendantes.

### **A. AMÉLIORER LA PROTECTION DES PERSONNES ÂGÉES**

La première des protections qui doit être offerte aux personnes âgées consiste à les informer sur leurs droits, trop souvent méconnus ; leur offrir une couverture financière permettant un hébergement digne pour la fin de leur vie est la seconde. Développer une offre résidentielle diversifiée pourrait utilement compléter le dispositif.

#### **1. Mieux informer pour garantir les droits des personnes âgées**

En 2019, une étude commanditée par la Caisse générale de sécurité sociale de La Réunion a mis en évidence deux phénomènes :

- d'une part, la méconnaissance par les intéressés du dispositif des aides dont peuvent bénéficier les séniors et notamment de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) ;

- d'autre part, les réticences qu'ont les personnes âgées dans le besoin à solliciter cette allocation qui est récupérable sur les successions. Ainsi, à La Réunion, on estime que 25 % des allocataires potentiels renoncent à recourir à cette aide pour ne pas léser leurs héritiers.

Or, beaucoup d'ultra-marins ignorent que cette récupération fait l'objet d'une franchise d'un montant de 100 000 euros dans les outre-mer, bien plus avantageuse que celle qui est appliquée dans l'hexagone qui ne s'élève qu'à 39 000 euros. Malgré ces deux obstacles, une hausse significative du nombre de bénéficiaires de l'APSA a été observée à La Réunion au cours de ces dernières années : + 11 % en 2018 et + 13 % pour les seuls dix premiers mois de l'année 2019. Cette augmentation est certainement liée à la modification du seuil de récupération cité ci-dessus.

Par ailleurs, dans une société où la plupart des démarches sont dématérialisées, les séniors sont les premières victimes de la « fracture numériques », surtout dans les outre-mer. A La Réunion, on estime que seulement 30 % des personnes âgées de plus de 65 ans ont un accès internet. Mais tous ne l'utilisent pas. Il importe donc d'apporter un « soutien numérique » aux personnes âgées confrontées à cette nouvelle fracture.

## L'ADAPTATION DE L'ALLOCATION DE SOLIDARITÉ AUX PERSONNES ÂGÉES (ASPAs) AUX OUTRE-MER

### *Qu'est-ce que l'ASPA ?*

Pour rappel, l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) est une retraite minimale destinée aux retraités modestes qui a succédé au minimum vieillesse, financée par la solidarité nationale (c'est-à-dire par l'impôt). Cette allocation vient en complément de la pension perçue par le bénéficiaire indépendamment du montant des cotisations versées durant sa carrière professionnelle. Si un couple est éligible à l'ASPA, chaque membre du couple doit déposer une demande, l'allocation étant versée à titre individuel.

### *Comment est-elle calculée ?*

L'ASPA est une allocation différentielle dont le montant est calculé en fonction des revenus du bénéficiaire. Son montant maximal est, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2020, égal à :

- 10 838,40 euros par an (902,78 euros par mois) pour une personne seule
- 16 826,64 euros par an (1.402,22 euros par mois) pour un couple

Les revenus des intéressés viennent en atténuation de ces chiffres.

### *Le remboursement de l'ASPA par les héritiers*

L'ASPA fait partie des prestations sociales récupérables par l'État ou la Sécurité sociale après le décès de l'allocataire, au moment de la succession. Le remboursement de l'ASPA s'effectue par les ayants droits à condition que l'actif successoral net soit égal ou supérieur au seuil de recouvrement fixé à 100 000 euros de façon temporaire dans les départements d'outre-mer. Les remboursements effectués par les héritiers directs ne peuvent excéder un plafond annuel fixé tous les ans par décret et qui varie selon la composition du foyer. En 2019, ce montant était égal à 6 939,60 euros pour une personne seule, et à 9 216,99 euros pour un couple.

### *Particularité des outre-mer :*

La loi n° 2017-256 du 28 février 2017 de programmation relative à l'égalité réelle outre-mer, parue au journal officiel du 1<sup>er</sup> mars 2017, relève le plafond de récupération sur succession de l'ASPA à 100 000 euros dans les outre-mer jusqu'au 31 décembre 2026.

## **2. Couvrir le « reste à charge » en matière d'hébergement**

La mutualité française a mené une étude et estime que 400 000 personnes âgées dépendantes actuellement, qui seront 800 000 à l'horizon 2030, ne disposent pas de moyens suffisants pour financer leurs besoins en matière de soins et d'hébergement.

Compte tenu du coût relativement élevé de l'hébergement, les personnes en situation de dépendance ne disposent pas de ressources financières suffisantes pour couvrir tous les frais liés à leur état. En moyenne, il est estimé que la part qu'il leur resterait à financer, souvent dénommé « reste à charge », s'élève aux environs de 500 € par mois.

La mutualité française préconise de mettre en œuvre un système de couverture généralisée permettant le versement d'une rente qui pourrait être de l'ordre de 500 euros par mois destinée à couvrir cet écart. Cette rente serait versée pendant toute la durée de la dépendance, sur la base d'une mutualisation la plus large possible et en adossement aux contrats complémentaires santé.

Cette proposition fait l'objet de travaux conjoints menés par la Fédération nationale de la mutualité française et la Fédération française de l'assurance.

### **3. Développer les résidences autonomie dans les outre-mer**

La Caisse générale de sécurité sociale de La Réunion préconise d'autoriser la construction de résidences autonomie dans les outre-mer. En effet, les résidences autonomie mentionnées aux articles L. 312-1 du code de l'action sociale et L. 633-1 du code de la construction et de l'habitat représentent un type d'hébergement qui pourrait, en outre-Mer comme ailleurs, répondre à l'insuffisance d'offre d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes. Cependant, à l'heure actuelle ce type d'habitat n'est pas autorisé dans les DOM.

Les résidences autonomie sont des ensembles de logements pour les personnes âgées associés à des services collectifs, souvent construites à proximité de commerces, des transports et des services. Le coût du logement y est modéré.

La sécurité sociale réunionnaise considère que ce type d'hébergement pourrait être une solution mieux adaptée à une population en perte d'autonomie disposant de faibles revenus. Une modification législative serait toutefois nécessaire pour permettre la construction en outre-mer de telles résidences à l'image de ce qui se fait sur le territoire métropolitain.

## **B. LA TECHNOLOGIE AU PROFIT DES AÎNÉS**

Selon les propos même de Dominique Libault, auteur d'un ambitieux rapport sur le grand âge, le logement des personnes qui entrent dans la dépendance reste un tabou. Nombre d'entre-elles vivent dans des maisons ou des appartements devenus inadaptés à leur état physique et, souvent, trop grands pour des personnes généralement seules. Mais faire déménager des personnes de 75 ou 80 ans, parfois plus, reste très difficile. Il est donc du plus grand intérêt de mener une politique qui anticipe, dès 60 ou 65 ans, malgré la difficulté d'aborder le sujet de la fin de vie.

### **1. Faire du domicile l'acteur principal de la coordination**

La plupart de nos concitoyens, en Europe comme en outre-mer, souhaitent finir leurs jours à domicile plutôt qu'en établissement médicalisés. Cette solution est, de loin, la moins coûteuse, d'autant que les moyens techniques existent pour « surveiller » à distance, les personnes en pertes d'autonomie.

C'est ainsi que la domotique, pour peu qu'elle soit adaptée aux logements des personnes âgées, peut renseigner à distance les différents intervenants qui n'ont pas forcément besoin d'être en permanence aux côtés de la personne dépendante. C'est ainsi que des capteurs peuvent renseigner les soignants sur le l'alimentation des intéressés (rythme d'ouverture du réfrigérateur) ou sur son hygiène (rythme de passage aux toilettes ou en salle de bain).

Pour la coordination des intervenant, des cahiers de liaison papier ou informatisés peuvent être utilisés. Enfin, pour la sécurité globale des personnes âgées, des dispositifs de téléalarme sont disponibles.

## **2. La télémédecine pour éviter des hospitalisations ou des déplacements**

Ce moyen, qui permet à un membre du corps médical de rencontrer à distance une personne âgée, ne remplacera jamais le contact direct entre un médecin et son patient. Pour autant, il permet des opérations simples de vérification des constantes (tension artérielle, température, nutrition, hydratation, contact visuel, etc.) et peut être mené par un auxiliaire de vie ce qui peut éviter de faire se déplacer le corps médical ou des infirmiers et peut épargner, à la personne âgée, un transfert fastidieux vers un centre médical.

La plupart des acteurs que la mission a rencontrés se sont déclarés favorables au développement de la télémédecine dans les cas ne nécessitant pas d'intervention urgente.

Le Conseil national de l'ordre des médecins, pour sa part, exprime une position plus nuancée : les praticiens guyanais et martiniquais y sont globalement favorables, même si les médecins les plus anciens « *ne semblent pas tentés de s'y mettre* ». En revanche, le conseil départemental de l'ordre des médecins de Nouvelle-Calédonie y est défavorable, la considérant « *comme longue, impersonnelle et peu bénéfique aux personnes âgées* ».

Il a toutefois été relevé que pour que la télémédecine puisse être utilisée chez les patients, il fallait que leur domicile soit équipé d'une liaison internet, donc d'une box. C'est encore loin d'être le cas pour la plupart des personnes âgées, souvent peu familières de ce genre de technique. Et équiper les logements de liaison internet n'entre pas dans le champ de compétence des autorités qui gèrent le grand âge.

## **C. LA PISTE DE LA PRÉVENTION**

Ce rapport s'attache à la manière de gérer la dépendance une fois qu'elle est survenus, car le nombre de personnes âgées augmente rapidement, en particulier dans les outre-mer ; mais favoriser une activité physique adaptée et promouvoir une meilleure hygiène pourrait contribuer à retarder l'apparition de ce phénomène et de réduire la durée de la dépendance.

## **1. Prévenir la dépendance par l'activité : l'exemple de Saint-Paul à La Réunion**

Le recours au sport sur ordonnance (officiellement dénommé « Activité Physique Adaptée » ou APA) dans le cadre de la médecine de ville et en EHPAD est un moyen de prévenir ou retarder la dépendance à laquelle sont confrontées certaines personnes âgées. Un récent rapport, publié par la Délégation aux outre-mer sur ce sujet met en évidence les bienfaits d'une telle activité physique sur la santé des pratiquants<sup>1</sup>.

Sur l'île de La Réunion, le sport sur ordonnance a été expérimenté dans la commune de Saint-Paul à travers un dispositif expérimental d'accompagnement à l'amélioration de l'état de santé des adultes Saint-Paulois sédentaires et porteurs de maladies chroniques stabilisées par la pratique régulière d'activité physique.

Ce projet résulte du constat que les médecins et les réseaux de santé à la Réunion avaient des difficultés à orienter les personnes atteintes de maladies chroniques vers une offre d'activité physique modérée et adaptée. De plus, les clubs de la ville ne sont pas toujours en mesure d'accueillir ce public spécifique.

La prescription médicale est au cœur du dispositif : les séances sont gratuites (hors frais d'inscription) pour les bénéficiaires, l'activité physique étant considérée comme faisant partie du parcours de soin de la personne. Depuis sa création en 2014, 860 personnes ont été accompagnées par ce dispositif.

Ce parcours sur ordonnance s'effectue en deux étapes :

- la première consiste à aller voir son médecin traitant. Si ce dernier est membre du réseau Sport sur ordonnance de l'Office municipal des sports de Saint-Paul, il pourra, en fonction de son diagnostic, prescrire des séances d'activité physique ;

- la seconde conduit à contacter l'Office municipal des sports de Saint-Paul et de prendre contact avec un des enseignants en activités physiques adaptées (EAPAS). Le premier rendez-vous permet de construire ensemble un projet de (re)mise en activité, sur la base des motivations de la personne et d'un diagnostic réalisé sur place.

La mission d'information salue cette initiative très positive et préconise d'étendre ce programme aux autres territoires d'outre-mer dans le but d'encourager une activité physique régulière.

---

<sup>1</sup> Rapport d'information n° 2502 sur le sport et la santé dans les outre-mer par Mme Maud Petit et M. Jean-Philippe Nilor '12 décembre 2019)

## **2. Favoriser une meilleure hygiène**

« *La vie à pleines dents longtemps* » est un programme national de sensibilisation sur la prévention bucco-dentaire au sein des établissements pour personnes âgées ou accompagnées à domicile. Cette campagne expérimentée dans hexagone puis en Martinique a pour objectif de sensibiliser les personnes âgées et leurs familles à la prévention. Elle vise à faire face au déficit de prise en charge de la santé bucco-dentaire des personnes âgées.

Selon une étude de 2008 de la Mutualité française, une grande majorité des résidents ayant encore des dents naturelles nécessite des soins et 48 % des résidents n'ont pas consulté un dentiste depuis plus d'un an.

## **D. LE RÔLE ESSENTIEL ET MÉCONNU DES AIDANTS**

Aucune politique efficace de prise en charge de la dépendance ne pourra être menée sans que soit pris en considération le rôle éminent des aidants, ces proches qui accompagnent les personnes âgées dépendantes dans les gestes de la vie quotidienne, pendant parfois des années. Il s'agit d'un rôle méconnu, bénévole et particulièrement usant à la fois sur le plan physique et psychologique.

### **1. Les proches-aidants sont en première ligne**

Les personnes âgées sont logiquement placées au centre des préoccupations relatives à la prise en charge de la dépendance. Pourtant, d'autres acteurs essentiels, rarement mis en valeur, ont toute leur place dans le dispositif : il s'agit des « aidants » : ce sont la plupart du temps des membres de la famille, enfants ou petits-enfants, qui consacrent une grande partie de leur temps à s'occuper du quotidien des personnes âgées dépendantes lorsqu'aucune autre solution n'a pu être mise en œuvre.

D'après les témoignages que la mission d'information a recueillis, l'âge de ces aidants est de plus en plus avancé : hier âgés d'une cinquantaine d'année, ils atteignent maintenant souvent 60 à 65 ans, corrélativement à la hausse de l'espérance de vie des personnes dépendantes dont ils s'occupent et dont l'âge atteint parfois 90 à 95 ans.

Ces aidants se trouvent eux-mêmes à devoir gérer leur famille, leur carrière professionnelle, leur départ à la retraite – parfois anticipé pour pouvoir se consacrer pleinement à leur parent – ainsi que leurs propres problèmes de santé souvent aggravés par la lourdeur de leur tâche. Nombreux sont les aidants qui décèdent d'épuisement avant la personne grabataire à laquelle ils vouaient leur vie. Un article du journal *Le Monde* du 15 juin 2018 chiffre le nombre d'aidants en France à 11 millions et relève que « *40 % d'entre eux meurent avant la personne dépendante dont ils s'occupent* ».

La mission d'information tient à rendre hommage au travail discret mais indispensable de ces aidants familiaux. Elle préconise d'adopter certaines mesures relativement simples à mettre en œuvre et peu onéreuses dans le but de soulager leur tâche, notamment dans le but de leur offrir des moments de répit :

- inciter la mise en place d'équipes de relai sur chaque territoire, de manière à proposer ; lorsque nécessaire, des moments de répit aux aidants ;

- développer un service d'aide aux aidants les week-ends et pendant de courtes périodes de congé ;

- faciliter l'accompagnement des personnes atteintes de maladies neurodégénératives vivant à domicile à travers l'accueil de jour

- faciliter l'hébergement temporaire des personnes âgées, actuellement aussi lourd administrativement qu'un hébergement permanent ;

- favoriser les associations d'aidants proposant par exemple du co-voiturage ou des gardes partagées

- proposer une prise en charge financière du transport pour faciliter les admissions en accueil de jour

- proposer quelques jours de formation par des éducateurs spécialisés pour les familles accompagnant des personnes âgées dépendantes.

## **2. L'aide aux aidants : l'exemple du baluchonnage**

Le baluchonnage est à l'origine un programme québécois innovant adapté en France depuis peu. Ce dispositif permet aux proches qui aident des personnes âgées de prendre du temps pour eux et d'éviter de s'épuiser à la tâche. Il est donc possible pour l'aidant de quitter le foyer pour des vacances ou une hospitalisation pendant qu'un professionnel le remplace pour une durée de quatre à quatorze jours, en habitant à son domicile. Dans le cas du Québec, ce sont les pouvoirs publics qui prennent en charge la quasi-totalité du coût, ne laissant que 5 % des frais à la charge des intéressés, soit 15 dollars canadiens (11 euros) la journée.

Si le « baluchonnage » n'est pas encore institutionnalisé en France, c'est qu'il pose quelques difficultés d'adaptation à notre droit du travail. Emmanuel Macron avait d'ailleurs inscrit le terme dans son programme de campagne : *« Nous encouragerons le “baluchonnage”, c'est-à-dire l'intervention d'une tierce personne au sein du domicile des personnes âgées. »*

En France, l'association parisienne Notre-Dame de Bon Secours a lancé une « plate-forme de répit » pour les aidants en remplaçant le terme de « baluchonnage » par le terme de « cousinage ». L'idée est de pouvoir « cousiner » en conformité avec le droit du travail en trouvant des aides à

domiciles payées directement par l'aidant. Notre-Dame de Bon Secours prend ensuite en charge la moitié du coût, ce qui ramène tout de même la facture à 85 euros au minimum la journée.

A l'heure actuelle, il existe dans les outre-mer des associations visant à soulager le quotidien des proches des personnes dépendantes comme celles atteintes de la maladie d'Alzheimer. C'est le cas de l'association « Ô de Mélisse » inaugurée le 11 octobre 2019 au Morne Rouge en Martinique. Ce dispositif d'aide aux accompagnants familiaux est prévu dans le plan Alzheimer. La Martinique dispose également d'une structure de soutien aux aidants portée par l'association Case Gran Mounn créée en 2013.

Au sein de son action, l'association Case Gran Mounn dispose d'une formule permettant le répit de l'aidant. A travers cette formule, l'aidant bénéficie d'un répit par un Réseau de partenaires du domicile qui lui donne la possibilité de s'absenter grâce à la présence d'une personne relai à son domicile. L'association prend également en compte la vie sociale de l'aidant en lui proposant des activités collectives (sport, sorties culturelles, week-end, vacances etc.) afin de le faire sortir de la maison et de lui permettre de participer aux activités seul ou accompagné de son parent.

### **3. Quelques principes essentiels qui font consensus**

Enfin, au terme de plusieurs mois de travail et d'un grand nombre d'auditions, la mission a recueilli un certain nombre de propositions qui sont, pour nombre d'entre elles, reprise à la fin de ce rapport. Elle a aussi mis en évidence six principes généraux qui lui ont semblé faire consensus auprès de l'ensemble de ses interlocuteurs et qu'elle synthétise ci-après :

- la nécessité de dégager un financement qui soit à la hauteur des besoins actuels et des projections sur l'avenir de la dépendance dans notre pays en général et dans les outre-mer en particulier ;

- le besoin de trouver un équilibre entre domicile et établissement qui laisse le choix, autant que possible, de la prise en charge aux personnes concernées et à leurs proches aidants ;

- la mise en place d'une gouvernance identifiée, claire et solide impliquée dans la mise en œuvre des mesures à l'échelle territoriale ;

- la nécessité de disposer de professionnels de santé en nombre suffisant, reconnus et formés à l'évolution du public qu'ils accompagnent ;

- la mise en œuvre une approche thématique et décroisée qui brise la frontière entre le handicap et la dépendance pour que les soins soient accordés en fonction des besoins et non de l'âge ou d'un statut ;

- une reconnaissance claire du rôle des aidants par des actes forts et pérennes de soutien.

## **LES PRÉCONISATIONS DE LA MISSION D'INFORMATION**

Un rapport sur le vieillissement de la population française et le financement de la dépendance a été remis par M. Dominique Libault, le 28 mars 2019, à Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé (*cf. supra*). Ce rapport très complet présente 175 propositions de réforme. L'objet de notre mission d'information n'est donc pas de doubler ce travail très exhaustif, mais plutôt de mettre l'accent sur des mesures qui pourraient utilement être prises pour les outre-mer qui ne font, malheureusement, pas l'objet d'un travail spécifique dans le rapport Libault.

De la même manière, le présent rapport ne s'attache pas à présenter des propositions financières chiffrées, ce domaine échappant grandement au Parlement, notamment en raison de l'article 40 de la Constitution. Sur ce sujet, le gouvernement reste le principal décisionnaire.

### **1. Faire du grand âge une priorité nationale**

1) Inciter les préfets à mettre en place un dispositif de coordination et de décloisonnement des politiques liées au grand âge et à la dépendance ;

2) adapter l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) aux outre-mer en abaissant, dans les territoires ultra-marins, l'âge de calcul des concours de CNSA aux départements à 65 ans au lieu de 75 ans pour tenir compte des différences d'espérance de vie et de survenue de la dépendance dans les outre-mer.

### **2. Promouvoir la connaissance du grand âge**

3) améliorer la connaissance du grand âge par des enquêtes statistiques et sociales plus approfondies ; mener des études sur des cohortes (de grands échantillons de population qui sont suivis pendant plusieurs années) ;

4) lancer une campagne de sensibilisation aux problématiques du grand âge dans les outre-mer. Cette communication doit s'adresser à toutes les générations et s'inscrire dans la durée. Elle doit impliquer les personnes âgées elles-mêmes, leurs proches aidants, ainsi que les professionnels intervenant en proximité de la personne. Elle doit porter des messages forts sur la dignité et l'utilité sociale de la personne, sur les gestes de prévention de la perte d'autonomie, sur la valorisation des métiers du grand âge, sur la promotion de la bientraitance et la lutte contre la maltraitance.

5) instaurer une journée annuelle portes ouvertes dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dans le but d'informer et de sensibiliser la population au grand âge ;

6) au cours de la scolarité, développer les liens intergénérationnels et sensibiliser dès le plus jeune âge à la notion de solidarité et au processus de vieillissement, à l'instar de ce qui se fait au Québec (cf. supra) ;

7) encourager le bénévolat auprès des personnes âgées à travers des programmes de services civiques ;

8) démystifier, dans les territoires où cela est nécessaire, la maladie d'Alzheimer pour mieux répondre aux besoins de ces personnes dépendantes.

### **3. Améliorer la diffusion de l'information**

9) mieux informer les personnes âgées dépendantes et leur entourage de toutes les possibilités existant pour leur accueil et leur suivi. Veiller à leur indiquer leurs droits, notamment en matière d'aide financière et à les aiguiller dans leurs démarches administratives ;

10) généraliser une offre de service d'information, d'orientation, d'aide aux démarches administratives au sein d'un guichet unique qui pourrait s'appuyer, outre-mer, sur les Maisons des aînés et des aidants ainsi que sur les maisons de service au public (MSAP).

11) aider les personnes âgées qui n'ont pas d'accès internet dans leurs démarches dématérialisées.

### **4. Favoriser l'attractivité des services liés au grand âge**

12) valoriser les métiers des services à la personne afin de rendre plus attractifs auprès des demandeurs d'emplois et des jeunes non encore insérés dans le monde du travail ;

13) mobiliser le service public de l'emploi dans la promotion des carrières du grand âge ;

14) promouvoir la création, dans les outre-mer, de Centre de formations d'apprentis (CFA) concernant les métiers d'aide à la personne, à l'exemple de ce qu'a fait La Réunion ;

15) développer une nouvelle filière d'aide aux personnes âgées ouverte aux jeunes participants au Régiment du Service Militaire Adapté (RSMA) ;

16) mobiliser le service national universel et le service civique auprès des personnes âgées pour rompre leur isolement et favoriser les liens intergénérationnels.

## **5. Moderniser les services aux personnes âgées et dépendantes**

17) favoriser l'installation de médecins spécialistes du grand âge et, en particulier, de gériatres et de neurologues dans les départements ultra-marins qui en manquent, comme c'est le cas à La Réunion ;

18) mettre en place un système de couverture généralisée, par l'intermédiaire des assurances ou des mutuelles, permettant de couvrir le « reste à charge » auquel sont confrontées certaines personnes âgées et en situation de dépendance.

19) dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), il conviendrait de donner plus de responsabilités au médecin coordonnateur de l'établissement, notamment en cas d'urgence. Actuellement, ce sont les médecins traitants de chaque patient qui restent compétents ;

20) promouvoir la télémédecine dans les outre-mer en permettant aux personnels intervenant à domicile de déclencher une téléconsultation ;

21) faciliter le transport des personnes âgées dépendantes vers les centres d'accueil de jour ;

22) améliorer la qualité de service des établissements d'accueil pour personnes âgées à travers une démarche de labellisation ;

23) augmenter le nombre de places pour personnes âgées en accueil familial en confortant leur cadre juridique et en les adossant à des établissements ou services ;

24) recenser les structures sans agrément, dites « pensions marron » pour les faire entrer dans le cadre légal plutôt que de les fermer ;

## **6. Repenser et adapter le logement**

25) rendre obligatoire l'identification de l'ensemble des logements sociaux pouvant être utilisés par des personnes âgées ;

26) inciter les assureurs à prévoir des offres d'adaptation des habitations aux personnes à mobilité réduite ;

27) lancer un programme d'aménagement des salles de bain en fonction des besoins des personnes à mobilité réduite ;

28) promouvoir les « EHPAD hors les murs » dans les outre-mer à l'exemple des expérimentations menées à la Martinique ;

29) développer les résidences autonomie dans les outre-mer ;

30) promouvoir l'hébergement d'étudiants par les personnes âgées dans le but d'établir du lien entre les générations, conformément à la loi n° 2018-1021 du 23 novembre 2018 portant évolution du logement, de l'aménagement et du numérique, dite loi ELAN, et à ses décrets d'application.

## **7. Prévenir pour retarder l'entrée dans la dépendance**

31) créer un rendez-vous médical de prévention de l'avancée en âge qui pourrait intervenir au moment du passage à la retraite, entre 60 et 65 ans ;

32) développer les actions de stimulation des personnes âgées afin de retarder l'entrée dans la dépendance ;

33) recourir davantage au sport sur ordonnance (Activité Physique Adaptée) dans le cadre de la médecine de ville et en EHPAD ;

34) multiplier les campagnes destinées à promouvoir une meilleure hygiène.

## **8. Reconnaître le rôle indispensable des « aidants »**

35) inciter la mise en place d'équipes de relai sur chaque territoire, de manière à proposer, lorsque nécessaire, des moments de répit aux aidants, notamment lors des week-ends et pendant de courtes périodes de congé ;

36) faciliter l'accompagnement des personnes atteintes de maladies neurodégénératives vivant à domicile à travers l'accueil de jour

37) faciliter l'hébergement temporaire des personnes âgées, actuellement aussi lourd administrativement qu'un hébergement permanent ;

38) favoriser les associations d'aidants proposant par exemple du co-voiturage ou des gardes partagées

39) proposer une prise en charge financière du transport pour faciliter les admissions en accueil de jour

40) proposer quelques jours de formation par des éducateurs spécialisés pour les familles accompagnant des personnes âgées dépendantes.

## **EXAMEN PAR LA DÉLÉGATION**

Lors de sa réunion du 6 février 2020, la Délégation aux outre-mer a procédé à la présentation du rapport d'information sur le grand âge et la dépendance dans les outre-mer :

La vidéo de cette réunion est consultable à l'adresse suivante :

<http://assnat.fr/wDbIDs>

Puis la Délégation adopte le rapport d'information et ses propositions. Elle en autorise sa publication.



## **ANNEXES**

### **LISTE DES AUDITIONS**

#### **Mardi 1<sup>er</sup> octobre 2019**

##### **Union Nationale des Centres communaux d'Action Sociale – UNCASS :**

- M. Benoit Calmels, président ;
- Mme Eliane Guiougou Firpion, présidente de l'UDCCAS Guadeloupe ;
- Mme Marie Garon, présidente de l'UDCCAS de la Martinique ;

#### **Mercredi 9 octobre 2019**

##### **Fédération nationale des associations de directeurs d'établissements et services pour personnes âgées – FNADEPA :**

- Mme Véronique Borriello, membre de bureau ;
- Mme Déborah Ensminger, responsable juridique ;

##### **Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie - CNSA**

- Mme Virginie Magnant, directrice ;
- M. Frédéric Laloue, directeur adjoint ;

#### **Jeudi 10 octobre 2019**

##### **Fédération française des services à la personne et de proximité - Fédésap :**

- M. Julien Jourdan, directeur général ;
- M. Guy Loudière, secrétaire national,

##### **Institut de recherche et documentation en économie de la santé – IRDES :**

- Mme Maude Espagnacq, docteur en démographie ;
- M. Sylvain Pichetti, docteur en sciences économiques ;

##### **Fédération des Établissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne privés non lucratifs – FEHAP :**

- M. Antoine Perrin, directeur général ;
- M. Jean-Christian Sovrano, directeur de l'autonomie et de la coordination des parcours de vie ;

### **Jeudi 24 octobre 2019**

- M. Dominique Libault, directeur de l'EN3S et pilote de la concertation « Grand âge et autonomie »,

### **Syndicat National des Établissements et Résidences Privés pour Personnes Âgées – SYNERPA :**

- Dr Philippe Lacrosse, docteur ;
- M. David Grivel, chargé de mission ;
- Mme Pauline Meyniel, responsable du pôle medico-social ;
- Mme Audrey Houssais, responsable affaires publiques & territoires ;

### **Syndicat National des Établissements et Résidences Privés pour Personnes Âgées - AD-PA :**

- M. Eric Fragona, directeur adjoint ;

### **Vendredi 25 octobre 2019**

#### **L'Institut national d'études démographiques – INED :**

- M. Claude-Valentin Marie conseillé pour l'outre-mer ;
- M. Didier Breton, professeur à l'Institut d'études démographiques de l'Université de Strasbourg (IDUS),

#### **Fédération du Service aux Particuliers – FESP :**

- M. Olivier Peraldi, directeur général ;
- M. Mehdi Tibourtine, directeur juridique ;
- M. Nicolas Rousseau, directeur développement et formation ;
- M. Hervé Honoré, référent territorial Guadeloupe-Guyane.

### **Mercredi 6 novembre 2019**

#### **La Mutualité française :**

- M. Yannick Lucas, directeur des affaires publiques ;
- M. Jean-Philippe Diguët, directeur de l'assurance ;
- Mme Priscilla Hamon, responsable du service offre prévention.

**Direction générale de la cohésion sociale – DGCS :**

- Mme Catherine Morin, adjointe au sous-directeur de l'autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées ;
- Mme Alix Comoy, chargée de mission, référente outre-mer ;
- Mme Marie-Claude Marais, adjointe au chef de bureau des établissements pour personnes âgées ;
- M. Sébastien Delbès, chargé de mission : Offre médico-sociale de soins à domicile ;
- Florence Mendy, assistante.

**Jeudi 7 novembre 2019**

**France Alzheimer :**

- M. Benoit Durand directeur délégué ;
- Mme Lorène Gilly, responsable du suivi des politiques publiques.

**Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques – DREES :**

- M. Patrick Aubert, sous-directeur de l'Observation de la solidarité.

Par ailleurs, les rapporteurs tiennent à remercier M. Xavier Montserrat, directeur de l'Agence territoriale de santé de Wallis-et-Futuna, qui a pris le temps de répondre personnellement à nos sollicitations sur la situation du grand âge et les besoins de la collectivité de Wallis.

\*\*\*\*\*

## Programme de la mission « Grand âge » à La Réunion (21 – 23 novembre 2019)

<b>Jeudi 21/11</b>	11 h 15	Atterrissage à St Denis
	14 h 00	<p><b>ARS</b> (Agence régionale de santé Océan indien)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mme Catherine Morin, adjointe au sous-directeur de l'autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées ;</li> <li>- Mme Alix Comoy, chargée de mission, référente outre-mer ;</li> <li>- Mme Marie-Claude Marais, adjointe au chef de bureau des établissements pour personnes âgées ;</li> <li>- M. Sébastien Delbès, chargé de mission : Offre médico-sociale de soins à domicile ;</li> <li>- Florence Mendy, assistante.</li> </ul>
	15 h 00	<p><b>Conseil départemental</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- M. Jean-Marie Virapoullé, 1er vice-président délégué à la coordination de l'action sociale sur l'ensemble des compétences du pôle solidarité, à la protection de l'enfance, à la politique de prévention et de santé, à l'accompagnement social des publics en difficulté, aux conventions territoriales de solidarité, du Conseil départemental ;</li> <li>- Mme Augustine Romano, vice-présidente déléguée à la petite enfance,</li> <li>- Mme Amélie Nativel, directrice autonomie ;</li> <li>- Mme Nathalie Anoumby, directrice générale adjointe du pôle des solidarités</li> </ul>
	17 h 00	<p><b>CHU de Saint-Denis</b> (site Félix Guyon Allée des Topazes)</p> <p>Mme Nolwen Kervella, responsable du pôle gérontologique ; Mme Sabrina Wadel, directrice du service social hospitalier.</p>
<b>Vendredi 22/11</b>	08 h 00	<p><b>DEAL</b> et <b>ARMOS OI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- M. Jean-Michel Maurin, directeur de la Direction régionale de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement (DEAL), Mme Stéphanie Bascou, directrice adjointe, M. Christian Pretot, responsable du service habitat, en présence des représentants de l'Association régionale des maîtres d'ouvrage sociaux (ARMOS) : M. Gilles Tardy, vice-président et M. Denis Chidaine ;</li> </ul>
	09 h 15	<p><b>ORS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mme Emmanuelle Rachou, directrice (médecin en santé publique) de l'Observatoire régional de santé (ORS), en présence notamment de M. Claude Parrain et de Mme Melissa Bardot ;</li> </ul>
	10 h 30	<p><b>GIP SAP</b> Groupe d'intérêt public personnes âgées</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mme Stephanie Vergoz directrice, en présence notamment de Mme Gaëlle Morin et de M. François Daniel.</li> </ul>
	12 h 00	<p><b>DIECCTE</b> et <b>IRPS</b></p> <p>M. Michel-Henri Mattera, directeur régional des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIECCTE), M. Sylvain Liaume, directeur-adjoint, M. Arnaud Siccardi (développement entreprises), Mme Danièle Gallinaro, directrice CREAT-ARFISOI, Mme Sylvie Clotagatide, responsable formation IRIS.</p>

	14 h 30	<b><u>Préfet de La Réunion</u></b> M. Jacques Billant, préfet de La Réunion
	16 h 00	<b><u>CGSS</u></b> (Caisse générale de sécurité sociale de La Réunion) - M. Benoît Serio, directeur général, M. Thierry Bies, responsable vieillesse.
	17 h 00	<b><u>CESER</u></b> (Conseil économique, social et environnemental régional) Dominique Vienne, président et Alain Puel, vice-président.
<b>Samedi 23/11</b>	09 h 00	Départ de l'hôtel (1 heure de route)
	10 h 30	<b><u>Résidence les Tournesols</u></b> , visite de la résidence « les Tournesols », première Kaz' aieuls de La Réunion, 171 av. du général de Gaulle à St-Pierre
	14 h 00	<b><u>Table ronde associations</u></b> : en présence des représentants de Korbey d'or, France Alzheimer, Respa seul (M. Patrice Louaisel, fondateur) et Mme Larissa Mara,
	16 h 00	Point presse
	22 h 30	Décollage du vol Corsair SS 911 de Saint-Denis

\*\*\*\*\*