

Colloque Retraite et vieillissement – Edition 2025

9 octobre 2025

Table ronde

« Quelle prise en charge des seniors au niveau local dans un contexte de vieillissement ? »

Animatrice : **Camille Chaserant** (Université Paris 1 Panthéon – Sorbonne)

Intervenants :

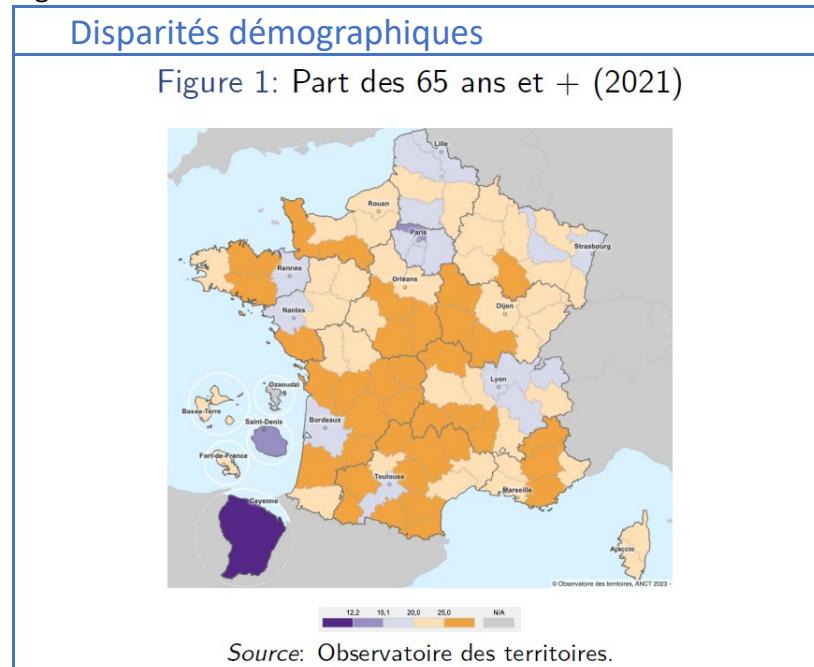
- **Hélène Amieva** (Inserm, Université de Bordeaux)
- **Catherine Jeantet** (Âges & Vie)
- **Mathieu Lefebvre** (Université de Strasbourg, CNRS)
- **Véronique Levieux** (Adjointe à la Maire de Paris, en charge des seniors et des solidarités entre les générations)
- **Elsa Perdrix** (Université Paris Dauphine – PSL)
- **Olivier Richefou** (Président du Conseil départemental de la Mayenne et Vice-Président de l'Association des départements de France)

Camille Chaserant précise l'angle retenu pour cette table ronde : la prise en charge de la perte d'autonomie étant décentralisée en France, il convient de se pencher sur ses disparités géographiques.

Mathieu Lefebvre livre un premier diagnostic, en s'appuyant sur une série de cartes. En France, on estime à entre 2 et 4 millions le nombre de personnes de plus de 60 ans ayant une limitation de leurs activités journalières, soit entre 10 % et 20 % des plus de 60 ans. Point important, ces chiffres sont à distinguer de ceux correspondant aux personnes recevant l'aide personnalisée d'autonomie (APA) – un peu plus de 7 % des plus de 60 ans. À état de santé égal, toutes les personnes déclarant des limitations dans les actes de la vie quotidienne ne perçoivent pas l'APA, car son octroi relève d'une compétence départementale encadrée par des critères nationaux.

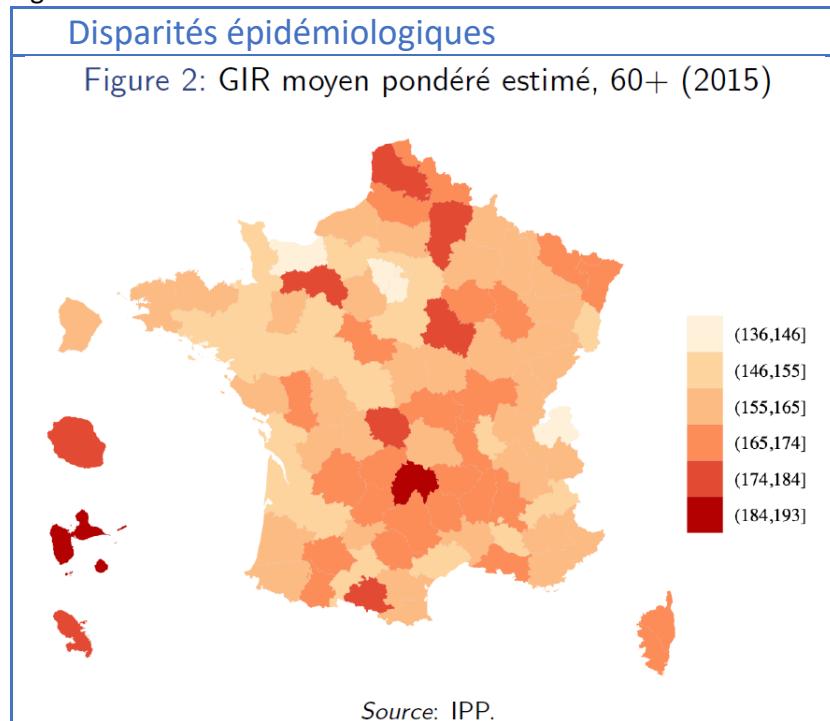
La figure 1 est tirée de l'Observatoire des territoires : elle montre des départements plus vieillissants, d'autres plus jeunes. Ces disparités se traduisent mécaniquement dans la part des personnes âgées en perte d'autonomie dans la population départementale.

Figure 1



La figure 2 détaille les disparités épidémiologiques, donc ce qui touche à la nature des limitations : en France, pour déterminer le niveau de dépendance, on utilise la grille AGGIR (acronyme de « autonomie gérontologique groupes iso-ressources »), qui sert pour l'octroi de l'APA. Six groupes sont définis, qui vont de 1 à 6, 1 correspondant à un niveau de dépendance totale, 6 aux personnes autonomes pour les actes essentiels de la vie quotidienne. A partir des enquêtes « Vie quotidienne et santé » et des enquêtes EHPA (enquêtes auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées), l'Institut des Politiques Publiques (IPP) a calculé pour chaque département un GIR moyen pondéré. Un GIR moyen de 100 signifie que pour 100 personnes âgées de plus de 60 ans dans un département, il faut 10 emplois à temps plein pour prendre en charge leur dépendance. On note de fortes disparités entre départements, avec un GIR moyen pondéré allant de 136 pour la Haute-Savoie à 183 pour la Guadeloupe.

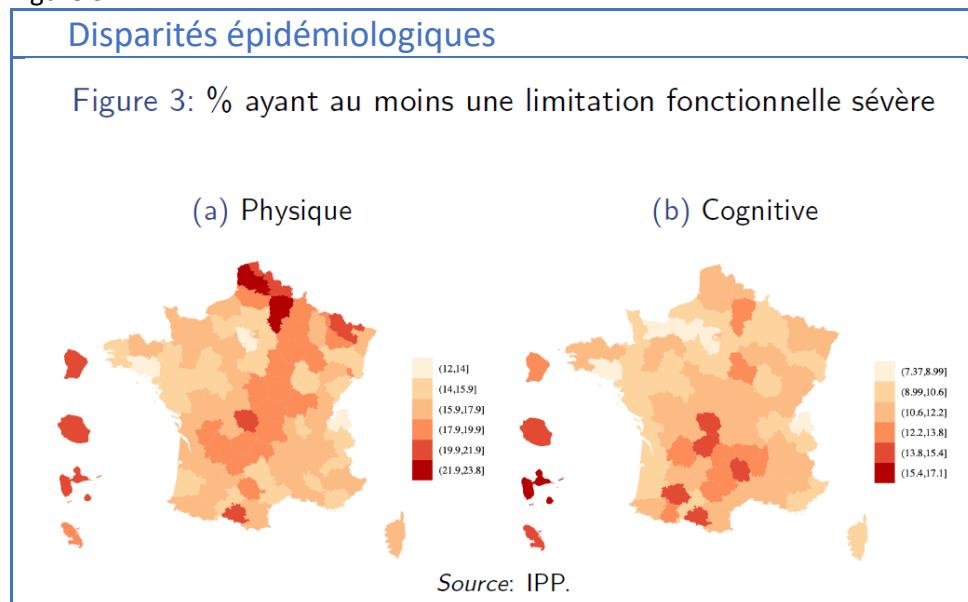
Figure 2



Au-delà de la distribution démographique, on remarque également une distribution différente des besoins en termes de soutien à l'autonomie.

Quand on considère les personnes en perte d'autonomie, il existe une hétérogénéité relativement forte en termes de types de limitations. Celles-ci peuvent être physiques, avec des difficultés à se laver, à se faire à manger, à monter des escaliers... Elles peuvent être aussi cognitives : problèmes de mémoire, de concentration, qui vont affecter les personnes âgées dans leur vie quotidienne. La figure 3 montre le pourcentage de personnes ayant au moins une limitation fonctionnelle sévère dans la catégorie d'âge des 60 ans et plus, avec une distinction faite entre limitations physiques et cognitives. On remarque que les départements ne font pas face aux mêmes types de besoins. Le nord de la France par exemple a de plus gros besoins liés aux limitations physiques, quand le sud est plus affecté par les besoins liés aux limitations cognitives. Ces disparités s'expliquent par l'histoire des départements, leur activité économique, etc.

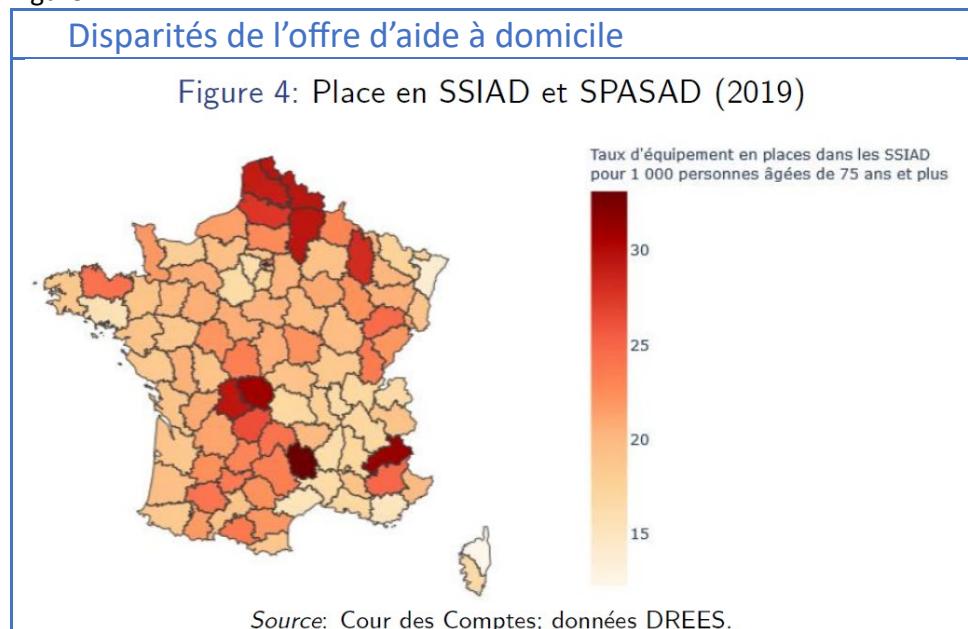
Figure 3



Elsa Perdrix se penche sur les offres de prise en charge qui sont très diversifiées en France. Pour l'aide à domicile par exemple, on distingue les services autonomie à domicile (SAD), les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD), les centres communaux d'action sociale (CCAS), les centres intercommunaux d'action sociale (CIAS), mais aussi les services privés de prise en charge, les associations... L'ensemble des offres d'aide à domicile est très varié, et assez difficile à identifier.

Ces offres sont, en volume au niveau national, assez importantes, avec environ 500 000 infirmières en France, dont 100 000 sont en activité libérale, 400 000 aides-soignantes, 125 000 places en SSIAD... Elles couvrent à la fois des besoins d'aide à la prise en charge à domicile mais aussi d'aide aux soins. Elles sont réparties de façon assez inégale sur le territoire, en partie du fait des différences de besoins évoquées.

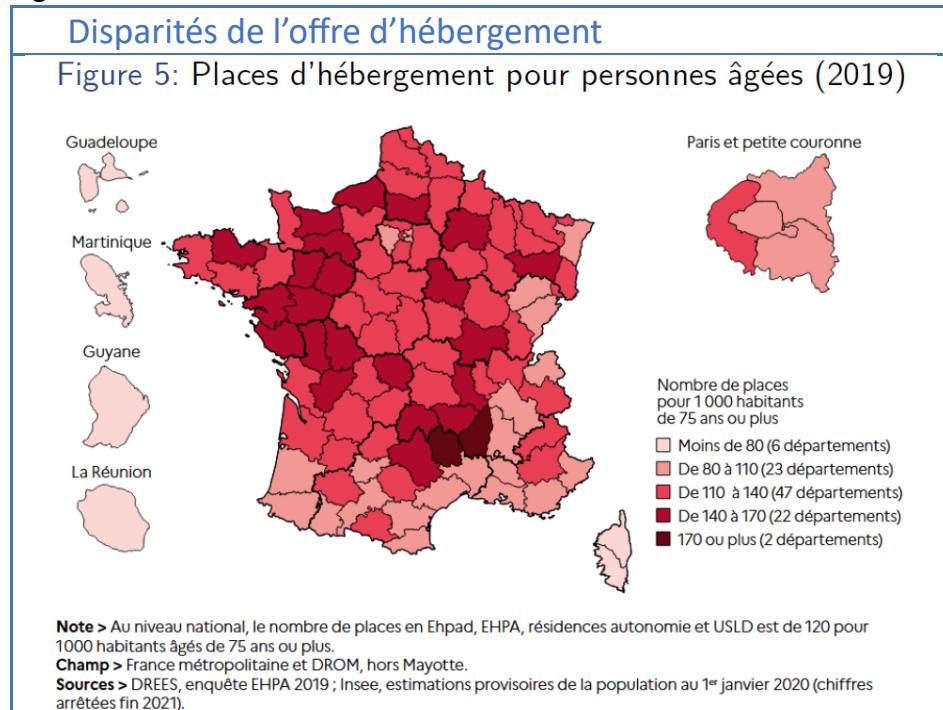
Figure 4



La figure 5 montre par département le taux d'équipement en places dans les SSIAD et SPASAD pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus. Ce taux est plus important dans le nord de la France. Cette différence ne s'explique pas uniquement par les différences de besoins évoquées plus haut. On constate également une offre en établissements assez variée, les territoires bien dotés en services d'établissement n'étant pas les mêmes que les territoires bien dotés en services d'aide à domicile.

En ce qui concerne les établissements, on constate là encore une variété importante d'offres : EHPAD (610 000 places), résidences autonomie (140 000 places), USLD (unités de soins de longue durée), résidences services, offres privées proposant des formats un peu différents (cohabitation entre générations, coopération et espaces de vie communs...), formats encore très minoritaires en France.

Figure 5



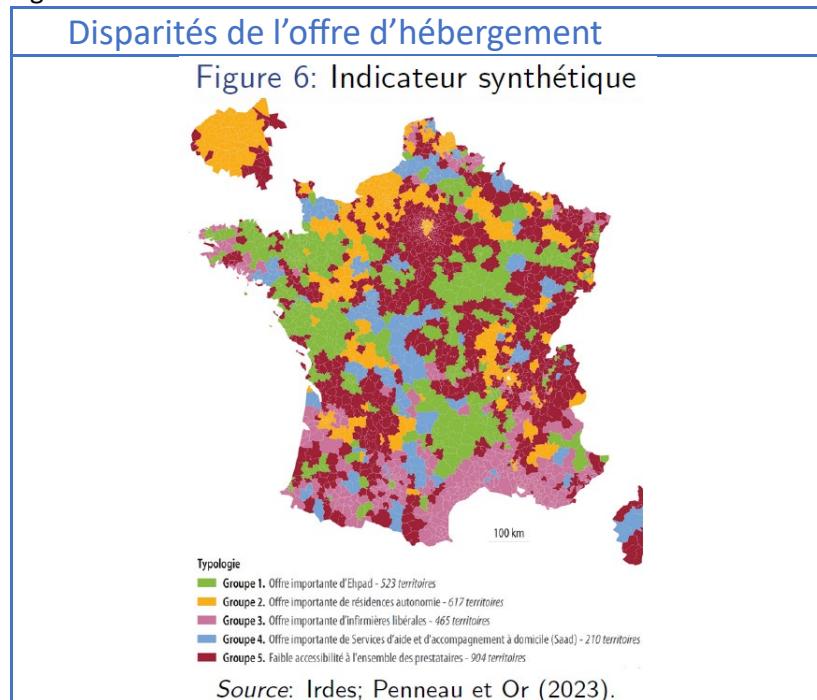
La figure 6 montre des disparités territoriales assez importantes dans l'offre d'hébergement, avec moins de places en hébergements collectifs pour personnes âgées dépendantes dans le sud de la France, par rapport au grand ouest par exemple.

La figure 6 s'appuie sur un indicateur synthétique créé par l'Irdes, à un maillage plus fin que la maille départementale. Il permet d'identifier les territoires qui ont à la fois une très faible offre pour le domicile et pour l'établissement (en rouge foncé). On identifie également les territoires qui se distinguent par une offre en EHPAD importante (en vert), et ceux qui disposent d'une offre à domicile très importante, mais très faible en établissement (en bleu). Cette diversité dans les offres s'ajoute à la diversité des besoins, sans pour autant toujours coïncider.

L'accessibilité de l'offre sur les territoires est une autre dimension des disparités territoriales à prendre en compte. L'accessibilité en termes de transport, de voirie, est gérée en France majoritairement au niveau local. Là encore, il existe des départements, des communautés de communes, des villes, qui n'ont pas la même capacité d'investissement dans ces domaines-là. Très peu de données à l'heure actuelle sont disponibles pour comprendre, au niveau des territoires, comment les villes investissent pour aménager leur voirie (trottoirs, passages piétons, accessibilité

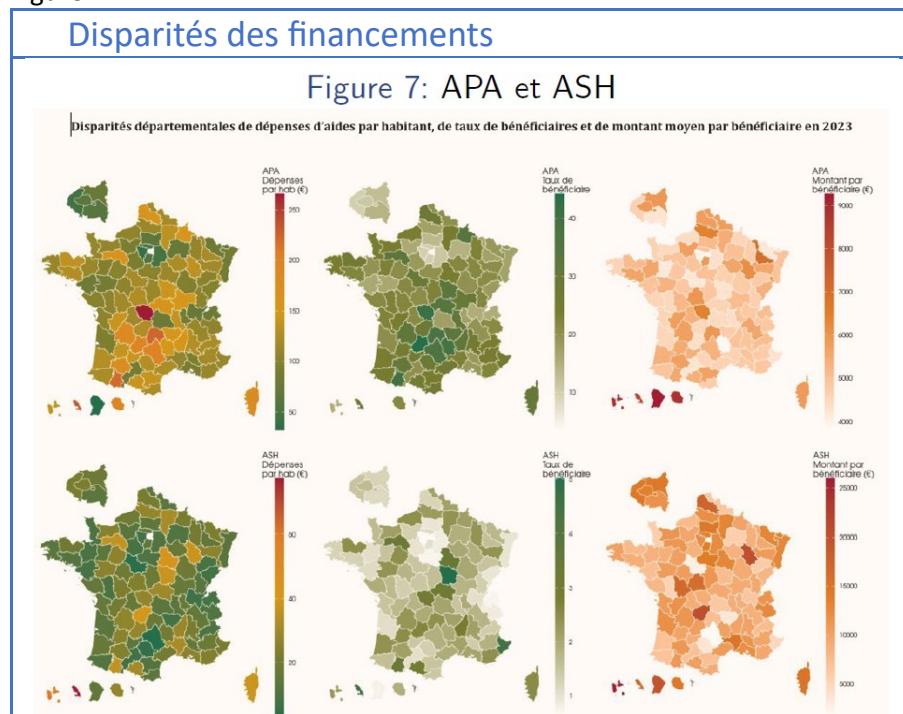
des transports en commun...). Or on sait qu'il s'agit pour les personnes âgées d'un élément important dans la capacité à être maintenu à domicile, à continuer à participer à la vie sociale.

Figure 6



Pour conclure, les disparités de financement peuvent venir expliquer l'ensemble des différences constatées entre territoires. La figure 7 montre les disparités départementales de dépenses d'aides par habitant, de taux de bénéficiaires et de montant moyen par bénéficiaire, pour l'APA et l'ASH (aide sociale à l'hébergement). Ces aides sont gérées au niveau départemental, les départements ayant la charge de trouver les ressources pour les financer.

Figure 7



Camille Chaserant s'adresse à Hélène Amieva : quelles sont les principales pathologies psychologiques développées et quelle prise en charge différenciée est nécessaire ? Voulez-vous des tendances se dessiner ? A quels besoins de prise en charge correspondent-elles ?

Hélène Amieva évoque d'abord les maladies neurodégénératives, en raison de leur fréquence, mais aussi parce qu'elles sont pourvoyeuses de dépendance. Ces maladies sont fréquentes car le facteur de risque principal reste l'âge.

Parmi ces maladies neurodégénératives, la plus fréquente est la maladie d'Alzheimer. On trouve également les syndromes parkinsoniens, qui constituent la deuxième cause de démence. Les démences dites vasculaires sont un type de démences qui est probablement amené à augmenter dans les années à venir : les pathologies cardiaques étant de mieux en mieux prises en charge et contrôlées, des personnes qui auraient dû décéder à peut-être 50 - 60 ans survivent grâce à un accompagnement médical de plus en plus efficace. Le vieillissement de ces personnes s'accompagne souvent d'un vieillissement du cerveau avec des lésions vasculaires, et donc des troubles cognitifs associés.

L'autre type de pathologie qu'il convient de mentionner est la dépression. La prévalence de la dépression chez la personne âgée est relativement similaire à celle qu'on observe chez l'adulte. En revanche, la dépression de la personne âgée est beaucoup moins bien prise en charge. D'abord parce qu'elle est mal diagnostiquée : les symptômes cardinaux de la dépression (fatigue, perte d'appétit, troubles du sommeil...) peuvent interroger lorsqu'ils surviennent chez une personne qui a 20, 30 ou 40 ans. Mais ils passent inaperçus chez la personne âgée, parce qu'on va les attribuer à des pathologies somatiques. On a donc affaire à des dépressions qui bien souvent sont masquées, non dépistées, non diagnostiquées, et donc mal prises en charge. Autre problème : en matière de pharmacologie, les anti-dépresseurs, qui correspondent à un arsenal thérapeutique très important, n'ont pas été testés chez la personne âgée.

Troisième pathologie notable, les troubles du sommeil, jugés banals chez les personnes âgées, sont trop souvent traités par des anxiolytiques de type benzodiazépines. Or ces médicaments entraînent un mésusage très important : au lieu de se limiter à 3 à 4 semaines selon les recommandations internationales, ils sont prescrits indéfiniment, ce qui peut favoriser les troubles cognitifs.

Camille Chaserant se tourne vers Olivier Richefou : nous avons vu que les besoins des personnes âgées diffèrent selon les départements, de même que l'offre de prise en charge. Voulez-vous des actions communes menées par les départements, des pratiques harmonisées ?

Olivier Richefou précise que si l'Association des départements de France n'a pas vocation à donner des instructions aux départements, elle reste un lieu d'échanges, de débats, et également de convergence entre les politiques. Mais les différences sont bien là : sur l'APA, il existe un écart de 1 à 2 environ pour les sommes allouées sur un même GIR. Cet écart est de 1 à 3 pour le handicap. Cela tient d'abord aux écarts d'appréciation des évaluateurs : les situations sont évaluées par des équipes pluriprofessionnelles, qui ont chacune des habitudes différentes. Même au sein d'un département, il n'est pas rare de constater des écarts d'appréciation entre les équipes évaluatrices. C'est la raison pour laquelle les départements travaillent avec la CNSA, qui est un interlocuteur financier mais aussi métier, sur un panier moyen permettant pour chaque GIR de définir une fourchette dans le montant des allocations, afin d'avoir un peu plus d'homogénéité dans la réponse.

Autres dimensions d'hétérogénéité, comme cela a été dit précédemment : la nature des publics et de leur vieillissement, mais aussi la diversité des acteurs qui apportent des réponses (EHPAD, résidences autonomie, accueils d'habitat partagé ou d'habitat intermédiaire selon les appellations...). Le travail de convergence réalisé avec la CNSA permet de définir des règles et de traiter les situations de manière plus homogène.

Camille Chaserant pose la question de l'offre et des actions mises en place pour rendre les métiers de la prise en charge de la dépendance plus attractifs.

Olivier Richefou distingue les personnes travaillant en établissement (EHPAD) et les aides à domicile, dont la question de la rémunération a été posée, et traitée à travers les différents dispositifs qui se sont superposés après le Ségur de la santé en 2020. La formation nécessite également une montée en puissance car les besoins en la matière sont importants. Enfin, la question de la mobilité doit être traitée car les aides à domicile utilisent la plupart du temps leur propre véhicule pour se déplacer d'un domicile à un autre, sans être indemnisées de ce temps de travail masqué. C'est la raison pour laquelle la CNSA a mis en œuvre une disposition de la loi de financement de la Sécurité sociale qui prévoyait une enveloppe de 100 millions d'euros pour permettre aux départements de déployer des dispositifs de soutien à la mobilité des services à domicile. Dans le département d'Olivier Richefou, la Mayenne, des véhicules électriques sont mis à disposition des services d'aides à domicile depuis 3 ans. Ils sont financés pour moitié par le département et pour moitié par l'employeur.

Camille Chaserant rappelle le propos d'Elsa Perdrix sur le manque d'informations dont disposent les chercheurs, notamment sur les offres au sein des territoires. Les départements peuvent-ils remonter et concentrer les informations ?

Olivier Richefou précise que, à part les informations transmises par la Drees qui sont bien connues, il est difficile pour les départements de centraliser les données. Des systèmes d'information communs sont nécessaires. La CNSA porte le principe d'un système d'information commun aux maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), qui permettra de disposer de données fiables et récentes. Plus généralement, les départements comprennent de plus en plus que les données sont un sujet essentiel, qui nécessite à la fois d'être maîtrisé et ouvert à la recherche.

Camille Chaserant aborde la question budgétaire : compte tenu du vieillissement de la population, les besoins vont aller croissant. Dans un contexte d'austérité budgétaire, quels sont les postes les plus susceptibles d'être sacrifiés ? Lesquels seront protégés ?

Olivier Richefou rappelle que le financement de l'APA et de l'ASH repose sur les départements, dans un contexte de rareté de l'argent public. Il est probable que la construction d'EHPAD connaisse un coup d'arrêt, car peu de personnes souhaitent y résider. Ceux-ci vont sans doute être davantage médicalisés. Pour répondre aux attentes, des habitats intermédiaires seront créés : une solution sans doute moins onéreuse pour l'argent public. Par ailleurs, on n'échappera sans doute pas à une prise en charge financière plus importante par l'usager. Cela pose la question du financement global et de la part prise par l'assurance. Si l'on va plus loin, il faut également aborder le sujet du patrimoine : l'APA n'est aujourd'hui pas récupérable sur la succession, contrairement à l'ASH. Peut-être les usagers / bénéficiaires détenant du patrimoine pourraient-ils contribuer un peu plus. Un exemple de l'évolution de l'état d'esprit sur ce sujet est l'instauration du tarif différencié dans les EHPAD, qui permet aux établissements de moduler les prix en fonction de la capacité contributive de la personne hébergée.

Camille Chaserant se tourne vers Véronique Levieux : Paris est une collectivité spécifique avec une population spécifique. Est-ce également le cas pour les personnes âgées à Paris ? Quelles disparités entre arrondissements ? Quelle est la nature de votre travail, en coordination avec les maires d'arrondissements ?

Véronique Levieux rappelle qu'effectivement, Paris est à la fois un département et une commune qui partagent un même territoire. Plus de 480 000 Parisiennes et Parisiens, majoritairement des femmes, ont plus de 60 ans. On assiste à la même tendance de vieillissement de la population qu'au niveau national, avec ce que ce défi peut avoir de positif, car il renvoie au sens de la vie en collectivité. Un défi qui est aussi en lien avec celui du réchauffement climatique : quand on aménage la ville pour y faire face, on essaye de travailler en termes de prévention auprès des publics les plus vulnérables, dont font partie les personnes âgées. Paris se prépare en essayant de diagnostiquer, d'anticiper les problématiques avec les autorités de tutelle comme l'Agence régionale de santé. Deux EHPAD supplémentaires vont être créés sur le territoire parisien. On en compte actuellement 79 dont une quinzaine est gérée par le Centre d'action sociale de la ville de Paris.

Les personnes qui se rendent en EHPAD sont de plus en plus âgées, ce qui est en lien avec le vieillissement global de la population. Et s'il y a un accompagnement médical renforcé, il y a aussi l'enjeu d'avoir une offre médico-sociale importante, parce que les EHPAD demeurent des lieux de vie. Ce sont aussi des lieux ressources, des pôles dans des écosystèmes territoriaux qui peuvent regrouper différents arrondissements, qui sont une base d'appui, de travail, de diagnostic, de maillage sur la filière gérontologique à l'échelle du territoire, y compris à destination des acteurs du domicile.

Face à une augmentation inéluctable du nombre de personnes en perte d'autonomie dans les 10 à 20 prochaines années, nous essayons de diversifier notre capacité à accueillir les personnes ayant la maladie d'Alzheimer, ou une maladie équivalente. Nous avons ainsi un projet de maisonnée sur le modèle du village Alzheimer de Dax, à la différence près que nous disposons de peu d'espace : une des spécificités parisiennes, comme pour les centres urbains, est la problématique foncière, qui fait peser une charge financière extrêmement lourde sur tous les projets.

Une des premières zones de fragilité pour les seniors parisiens est la question du logement : le départ à la retraite pour beaucoup de Parisiens correspond à une période de vulnérabilité économique majeure, en plus d'une perte de repères sociaux. Si nous avons les plus riches des personnes âgées à Paris, nous comptons aussi beaucoup de personnes âgées pauvres. Il nous faut donc travailler sur l'ensemble du parcours résidentiel de celles et ceux qui partent à la retraite. Pour cela, il est essentiel d'asseoir des services sociaux de proximité, qu'on appelle maintenant les maisons des solidarités, qui sont présentes dans tous les arrondissements : elles sont la première porte d'accès aux droits, à l'information, à l'écoute, à l'orientation dans le cas de besoins plus spécifiques. Elles sont aussi un socle, pour pouvoir faire face au défi de la densité des besoins et de la diversité des profils.

Un autre axe de travail est la prévention : celle-ci repose en grande partie sur les départements avec la commission des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie, et des crédits délégués par la CNSA. A Paris, ce sont un peu plus de 6 millions d'euros annuels qui y sont alloués. Cette enveloppe nous permet d'agir à la fois sur l'adaptation du logement, la lutte contre l'isolement des seniors, de porter des projets à l'échelle parisienne ou d'asseoir des projets hyper localisés, par exemple dans les quartiers « politique de la ville », où la part de seniors en précarité, souvent au minimum vieillesse, est de plus en plus importante.

Nous nous efforçons de porter un regard à 360 degrés sur l'accompagnement de nos aînés, dont certains sont des hyperactifs, bien souvent dans cette première génération de seniors citoyens engagés, bénévoles, acteurs majeurs de la citoyenneté et de la vie associative et qui, au fur et à mesure des étapes de la vie, doivent être accompagnés.

Camille Chaserant s'interroge sur l'état des logements des seniors parisiens vivant à domicile : quelles actions peuvent être conduites pour les améliorer, pour mieux les adapter au vieillissement ?

Véronique Levieux évoque d'abord les bailleurs sociaux, qui donnent à Paris une certaine « force de frappe », car ils se sont saisis du sujet du vieillissement de leurs locataires : la RIVP a créé un Agenda 21 de la longévité ; Paris Habitat aussi a développé une stratégie et des actions de prévention afin d'aller vers, d'ouvrir les portes, de faire le diagnostic des besoins, en recrutant par exemples des ergothérapeutes et en proposant des actions d'adaptation. C'est un travail très fin. Concernant le parc privé, c'est plus compliqué, car nous ne disposons pas d'une porte d'entrée. Concernant des dispositifs tels que « MaPrimeAdapt' », il est difficile d'en mesurer l'efficacité, mais des acteurs comme SOLIHA développent leur accompagnement sur ce plan.

Point important à noter, les actions d'« aller vers » financées par la commission des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie. Elles sont essentielles car les seniors ont tendance à se replier sur eux-mêmes, à avoir plus de difficulté à accorder leur confiance. Établir un lien de confiance pour pouvoir entrer chez la personne et réaliser un diagnostic bâtimenteraire, une adaptation du domicile, ou identifier les aides mobilisables est un enjeu majeur. Il y a de fait beaucoup de non-recours. Nous mettons donc en place sur le territoire parisien des dispositifs zéro non-recours aux droits, car nous avons identifié avec les services sociaux des poches où l'on suppose qu'il y a des gens qui ne connaissent pas leurs droits, et encore moins leurs droits à l'adaptation de leur logement.

Camille Chaserant s'adresse à présent à Catherine Jeantet, directrice d'Âges & Vie, une entreprise proposant des habitats partagés aux personnes âgées : quels sont les différents lieux et types d'accueil ? Comment sont-ils identifiés ? Quelles sont les prises en charge au niveau des pertes d'autonomie ? Comment articulez-vous dans ces maisons hébergement et soins ?

Catherine Jeantet précise qu'Âges & Vie construit ses maisons, en les adaptant spécifiquement aux personnes fragiles. Une personne âgée chez Âges & Vie a en moyenne 88 ans, c'est une femme qui n'a souvent que la pension de réversion (des générations où les femmes ont souvent travaillé toute leur vie mais n'ont pas cotisé). Elles sont bien souvent issues du territoire local : elles résidaient déjà dans le département à 80 %, les 20 % restant s'étant rapprochées familièrement (les enfants sont partis dans un autre département et ont fait venir leurs parents à proximité). Autre particularité des maisons Âges & Vie, c'est d'être en ruralité, dans de petites communes de 1 000 à 5 000 habitants.

La plupart du temps, nous ne choisissons pas les endroits, ce sont eux qui nous choisissent. Il y a environ 20 ans, la première maison Âges & Vie a été fondée à côté de Besançon. A partir de 2018, grâce au groupe Clariane, nous avons pu créer plus de 200 sites. Nous sommes présents dans 50 départements, sous la forme de petites maisons de huit personnes, avec huit chambres. Nous accueillons aussi des couples : depuis 3 ou 4 ans, nous sommes sollicités par de plus en plus de couples dont l'un des membres (souvent madame) a des troubles et une dépendance plus avancée que l'autre, monsieur devenant aidant familial, chose qu'il n'a souvent jamais connue au cours de sa vie. Nous accueillons aussi des couples de parent – enfant, avec un parent vieillissant et son enfant en situation de handicap lourd.

Chaque maison Âges & Vie représente environ 50 000 euros de dépenses annuelles injectées dans l'économie locale, sur un territoire restreint. Les maisons sont de plain-pied, chacun dispose d'une chambre indépendante de 30 mètres carrés, avec une salle de bains individuelle. Chacun a sa porte d'entrée et de sortie indépendante, qui lui permet de ne pas avoir à passer par la salle commune. La maison est prise en charge par une équipe de 6 à 9 personnes, qui sont des auxiliaires de vie : une véritable équipe, et pas des travailleurs isolés. Pour beaucoup, il s'agit de femmes, souvent en situation précaire, et c'est avec nous qu'elles signent leur premier CDI à temps plein. Nous avons porté l'équivalent de l'avenant 43 (qui concerne la classification des emplois et le système de rémunération de la branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile) en les rémunérant 9 % au-dessus du SMIC. Nous accompagnons les personnes de 7h30 du matin à 20h30 le soir, avec un système à la demande. Une des personnes de l'équipe vit sur place : nous avons des logements de fonction prévus à cet effet. Ce dispositif permet de sédentariser les salariés, souvent installés avec leur famille.

L'organisation repose sur une équipe tournante : du lundi au vendredi, la maîtresse de maison et son adjointe assurent les astreintes ; un week-end sur quatre, ce sont les autres collaboratrices qui prennent le relais. Celles-ci disposent soit d'un logement à proximité, soit d'un studio d'astreinte mis à disposition.

Ce modèle permet donc de créer des emplois durables et stabilisés dans les territoires. Pour rebondir sur les propos d'Olivier Richefou, nous sommes aujourd'hui présents dans 50 départements, et nous gérons 50 dossiers d'autorisation SAAD (Service d'aide et d'accompagnement à domicile) différents et autant de plans APA, ce qui révèle une absence d'uniformisation des pratiques. Dans certains départements, le plan d'aide prévoit 11 minutes pour effectuer les courses, préparer le repas et faire la vaisselle, 4 minutes pour une toilette ; dans d'autres départements, certaines personnes classées GIR 4 disposent de 29 heures d'aide par mois, alors que leurs besoins réels n'excèdent pas 5 heures.

Les profils des résidents accueillis aujourd'hui en maisons Âges & Vie présentent souvent des troubles cognitifs. L'entrée se fait désormais de plus en plus tard, comme dans les EHPAD du groupe Clariane. Cette arrivée tardive s'explique par plusieurs freins : la crainte de ne pas pouvoir assumer le coût, les incertitudes liées à l'accompagnement et au changement de lieu de vie.

Notre modèle de service d'accompagnement à domicile (SAD) est particulier, puisqu'il s'agit d'un accompagnement sur place, à la demande, assuré en coordination avec les services départementaux et les communes. La partie médicale, en revanche, n'est pas portée directement par Âges & Vie. Nous coordonnons les soins et repérons les fragilités : nous pouvons alerter le médecin traitant ou l'infirmière d'une personne âgée qui ne finit pas son assiette alors qu'elle avait bon appétit, ou bien qui tombe plusieurs fois.

Âges & Vie se heurte à la désertification médicale dans certains territoires. Les infirmières libérales acceptent d'intervenir dans nos maisons parce qu'elles y trouvent huit bénéficiaires sur un même site, ce qui optimise leurs déplacements. Cependant, elles ne se déplacent pas le week-end, malgré une prise en charge prévue dans le plan APA, notamment parce qu'elles ont elles-mêmes une vie de famille. Cette situation illustre une difficulté spécifique à la ruralité, encore plus marquée que dans d'autres zones. En Mayenne, Âges & Vie s'est implanté à Argentré, parce que le territoire offrait trois atouts : la présence d'un médecin, le soutien du maire, et un département favorable à l'installation du dispositif.

L'arrivée d'un acteur privé suscite parfois des réticences locales, par crainte d'un coût élevé pour la collectivité. Pourtant Âges & Vie ne bénéficie d'aucune subvention publique directe, à

l'exception du soutien de la Banque des Territoires, co-propriétaire de la foncière qui porte les bâtiments. Les maisons sont en effet construites en VEFA (vente en l'état futur d'achèvement) et louées par Âges & Vie à cette foncière, détenue à 35 % par la Banque des Territoires, 35 % par le Crédit Agricole, et 30 % par le groupe Clariane.

Cela peut représenter une rupture d'emménager dans un logement partagé avec d'autres, mais les résidents rejoignent nos maisons pour plusieurs raisons : à la suite de chutes ; parce que leur logement n'est plus adapté ; ou en raison d'une forte solitude. Aujourd'hui, la mort sociale des personnes âgées est une réalité. Elles disent bonjour rapidement à leur auxiliaire de vie le matin, puis ne voient plus personne de la journée. Elles ne sortent plus, ne conduisent plus, dans des territoires ruraux où, sans véhicule, il n'y a plus de vie sociale. Les résidents choisissent donc Âges & Vie pour rompre l'isolement, retrouver une forme de vie de famille et bénéficier d'une présence humaine en continu, 24 heures sur 24. Ce modèle d'habitat partagé accompagné constitue donc une piste prometteuse, aussi bien pour les personnes âgées que pour l'évolution des politiques publiques.

Camille Chaserant demande à Véronique Levieux s'il existe des colocations entre séniors à Paris.

Véronique Levieux explique qu'il y a eu ces dernières années plusieurs appels à projets lancés dans le cadre des dispositifs d'aides à la vie partagée. Elle précise que, si le secteur privé développe ses propres modèles économiques, les collectivités et les bailleurs sociaux s'efforcent également de concevoir des projets adaptés dès la phase de construction ou de restructuration. Un bailleur social par exemple a candidaté pour un projet d'aide à la vie partagée : il a pensé l'organisation de l'espace, la présence d'un animateur, et la participation de seniors déjà locataires du parc social. Elle souligne que ces projets doivent composer avec des contraintes spécifiques, mais qu'ils permettent d'explorer de nouvelles formes d'habitat. À ce titre, elle cite un projet emblématique mis en œuvre à Paris : celui d'un lieu de vie partagé entre seniors LGBT+. Ces hommes ont souhaité vieillir ensemble, après s'être battus toute leur vie contre le jugement, la discrimination ou l'homophobie. Ils ne voulaient pas avoir à revivre cette marginalisation en vieillissant. Ce projet, soutenu par la Ville de Paris et un bailleur social, accueille aujourd'hui cinq à six personnes et favorise un esprit de solidarité et d'organisation collective.

Camille Chaserant invite Hélène Amieva à présenter ses recherches portant sur le Village Alzheimer de Dax : en quoi consiste ce village ? Quelles sont vos observations en tant que chercheuse ? Ce modèle est-il une révolution ? Peut-il être généralisé ?

Hélène Amieva rappelle d'abord qu'il n'existe pas un modèle unique, mais une pluralité de modèles, avec des besoins qui varient selon les populations et les territoires. Le Village Alzheimer landais n'est qu'une des formes possibles d'accueil. Ce village expérimental, porté par le département des Landes, a été conçu comme un terrain d'étude scientifique dès son origine. L'équipe de recherche de l'Inserm suit le projet depuis son ouverture en 2020 pour observer l'évolution des résidents dans le temps.

Le Village Alzheimer accueille 120 personnes souffrant de syndromes démentiels, maladie d'Alzheimer ou apparentées, à des stades modérés à sévères. L'entrée se fait comme dans un EHPAD, mais le diagnostic de démence est un critère obligatoire.

Ce qui distingue d'abord le village d'un EHPAD, c'est l'aspect visuel et architectural. Bien qu'il s'agisse d'un établissement médicalisé, avec un encadrement médical et soignant en conséquence, rien ne permet de l'identifier comme tel : ni les bâtiments, ni les espaces communs,

ni la présentation du personnel ne renvoient à l'image habituelle de l'EHPAD. Cette absence de signes institutionnels joue à la fois sur la représentation que se font les personnes accueillies et sur celle de leurs proches, qui ne perçoivent pas le village comme une structure hospitalière.

L'autre aspect innovant du projet est la lutte contre l'isolement social. La maladie d'Alzheimer reste en effet l'une des maladies les plus stigmatisées : toutes les enquêtes d'opinion la classent parmi les plus redoutées après le cancer. Cette peur sociale conduit souvent à une mise à l'écart des malades et de leurs aidants. La vie du village a donc été conçue pour maintenir et multiplier les interactions sociales, quel que soit le stade de la maladie. Les habitants participent à des activités quotidiennes, se croisent dans les espaces partagés, conservent des contacts réguliers entre eux et avec les professionnels. Les chercheurs observent notamment comment cette organisation permet de préserver la sociabilité jusque dans les stades les plus avancés de la maladie.

Pour ce qui est de l'impact d'une telle prise en charge sur les trajectoires d'évolution de la maladie, la recherche est en cours, il est encore trop tôt pour présenter des résultats définitifs. Les premières analyses issues du suivi scientifique montrent que, contrairement à ce que rapporte la littérature internationale sur les effets d'une entrée en institution, le passage du domicile au village ne s'accompagne pas d'une dégradation de l'état général. Dans beaucoup de cas, l'entrée en établissement marque une rupture brutale entraînant une détérioration de la santé, une accélération du déclin cognitif et une baisse des indicateurs de qualité de vie. Rien de tel n'a été observé à ce stade dans le Village Alzheimer. Les mesures effectuées sur la dépression, l'anxiété, la qualité de vie ou les troubles du comportement ne montrent aucune aggravation notable. La transition entre domicile et vie au village semble donc plus douce, plus progressive, sans impact négatif sur le bien-être des personnes. Cette continuité est aussi renforcée par le vocabulaire employé : les habitants sont désignés comme des « villageois » plutôt que comme des « résidents ».

L'impact sur les représentations sociales de la maladie est un autre effet significatif observé à l'échelle locale. Juste avant l'ouverture du village, une enquête avait été conduite auprès de la population autour du village afin d'évaluer la perception de la maladie d'Alzheimer. La même étude a été reconduite après l'ouverture et comparée à une enquête parallèle menée dans un département de contrôle dépourvu de village Alzheimer. Les résultats montrent qu'après l'ouverture, la perception de la maladie dans la population autour du village est devenue sensiblement moins négative.

Mathieu Lefebvre réagit aux échanges précédents en revenant sur l'importance d'évaluer les différentes solutions d'accompagnement des personnes âgées dépendantes. Il souligne la diversité des dispositifs existants – habitats partagés, établissements spécialisés, structures hybrides – et le manque de données robustes permettant de mesurer leurs effets réels. Il mentionne les travaux de recherche qu'il mène depuis plusieurs années dans ce domaine, qui consistent à comparer, parfois avec des enquêtes encore incomplètes, disparates, les performances relatives des différentes solutions d'encadrement. Cette approche est indispensable pour orienter les choix de politiques publiques à venir et déterminer les modèles qui méritent d'être davantage soutenus.

Hélène Amieva reconnaît que l'innovation sociale est essentielle, mais qu'elle doit impérativement s'accompagner d'une évaluation rigoureuse. Il est nécessaire, selon elle, de soutenir les expérimentations tout en mesurant leur impact pour pouvoir évaluer objectivement leur plus-value et éclairer les arbitrages futurs.

Catherine Jeantet intervient ensuite pour prolonger la réflexion autour de la reconnaissance sociale de la maladie d'Alzheimer. Elle prend l'exemple des Pays-Bas, où certains établissements du groupe Clariane sont dédiés à 100 % aux malades d'Alzheimer. Ils sont ouverts sur la rue, sans

clôture ni verrouillage. Les maisons sont accessibles, identifiées par de petits autocollants apposés sur les trottoirs ou les murs, invitant les passants à saluer les personnes âgées et, le cas échéant, à les raccompagner si elles semblent désorientées. L'ouverture des maisons participe au changement de perception de la maladie. Ce changement de regard pourrait inspirer la France. Certaines maisons Âges & Vie sont désormais dédiées à l'accueil de personnes atteintes de troubles cognitifs. Leur format – de petits groupes de huit à neuf habitants – ne correspond toutefois pas aux mêmes objectifs que le Village Alzheimer de Dax, qui accueille plus d'une centaine de personnes.

Catherine Jeantet souligne également que les EHPAD ont eux aussi évolué : dans le cadre de rénovations ou de nouvelles constructions, beaucoup développent désormais de petites unités de vie, souvent appelées « maisonnées », regroupant des résidents autour d'espaces communs et d'activités adaptées. Certaines unités sont spécifiquement dédiées à des publics fragiles, comme les personnes en situation de handicap ou atteintes d'Alzheimer. L'enjeu est de multiplier les formes d'accueil afin de redonner confiance aux personnes âgées dans leur parcours de vieillissement et leur permettre de choisir entre plusieurs options, ce qui reste encore difficile aujourd'hui.

Véronique Levieux évoque, dans le prolongement de l'échange, le projet de maisonnée Alzheimer qui s'inscrit dans le cadre de la restructuration d'un EHPAD parisien géré par le Centre d'action sociale de la Ville de Paris (tous les EHPAD sont 100 % habilités à l'aide sociale, une nécessité pour accueillir tous les publics). L'objectif est de se saisir de la transformation d'une résidence pour créer cette maisonnée, pensée comme un espace ouvert sur le quartier. En lien avec la mairie d'arrondissement, le projet vise à développer une dynamique de rayonnement local, en associant les familles, les aidants et les riverains, et en sensibilisant à la maladie les commerces, associations et habitants du quartier, afin que les résidents puissent sortir plus facilement et que la vie à l'extérieur ne soit plus perçue comme un risque.

Elle évoque ensuite une autre évolution en cours dans les EHPAD : la création de PASA (Pôles d'activités et de soins adaptés), des lieux de type maisonnées, intégrés à l'intérieur même des EHPAD, y compris de nuit. Ces espaces offrent un cadre plus apaisé, avec des activités de jour, une restauration partagée et des interactions sociales visant à réduire les traitements médicamenteux. L'idée est de désamorcer l'anxiété nocturne, souvent très forte chez les personnes âgées, en créant un environnement calme et familier. Selon Véronique Levieux, ces innovations traduisent la transformation progressive des établissements, dont la forme extérieure reste parfois traditionnelle mais dont les pratiques évoluent en profondeur.

Il faut donc se réjouir de la diversité des expériences et initiatives évoquées. Cette variété reflète autant la diversité des besoins que celle des territoires. Il reste néanmoins nécessaire d'évaluer ces innovations pour identifier les dispositifs les plus efficaces et cibler les aides publiques de manière pertinente. Par ailleurs, cette diversité rend parfois le système illisible pour les personnes âgées et leurs proches. Entre les différentes aides (mairies, départements, assurance maladie) et les multiples sigles ou dispositifs (SAAD, SSIAD, SPASAD), l'accès à l'information demeure complexe. Il convient donc de renforcer la lisibilité et l'anticipation : informer les citoyens plus tôt dans leur parcours de vie, avant la perte d'autonomie, et leur donner les clés pour comprendre et mobiliser les aides existantes.

Pour illustrer ce point, Véronique Levieux cite l'exemple de l'Allemagne, où les politiques publiques encouragent la prévention et l'adaptation du logement bien avant l'apparition d'une dépendance. Les programmes d'information et de soutien portent notamment sur l'aménagement du domicile (installation de barres d'appui, réaménagement de la salle de bains,

adaptation des toilettes, etc.), afin de permettre aux personnes âgées de rester chez elles en sécurité le plus longtemps possible.

Catherine Jeantet revient sur la question de l'information et de l'accompagnement des personnes âgées dans la compréhension de leurs droits. Elle explique qu'au sein d'Âges & Vie, un poste d'assistante sociale a été créé spécifiquement pour aider les résidents et leurs familles à identifier les aides et prestations auxquelles ils peuvent prétendre. Cette professionnelle accompagne les référents et les personnes âgées dans la compréhension de dispositifs souvent méconnus : aides sociales, régimes spéciaux, mutuelles complémentaires, ou droits liés à la retraite. Beaucoup de personnes ignorent totalement les aides existantes, alors qu'elles pourraient en bénéficier et réduire leur reste à charge. Elle souligne que le coût moyen d'une maison Âges & Vie, autour de 1 700 euros par mois, reste inférieur à celui de nombreux EHPAD, mais demeure une somme importante pour des personnes âgées, plutôt des femmes bénéficiant d'une pension de réversion âgées en moyenne de 88 ans. L'équipe a même conçu un fascicule explicatif pour recenser ces aides, mais les résidents doivent déposer eux-mêmes leurs demandes : le rôle d'Âges & Vie est d'accompagner pas à pas cette démarche, sans pouvoir la faire à leur place, sachant qu'il s'agit d'une génération qui n'a justement pas pour habitude de demander de l'aide.

Olivier Richefou évoque le dispositif MaPrimeAdapt', récemment mis en place pour encourager l'adaptation du logement des personnes âgées. Il rappelle que cette aide, ouverte à partir de 60 ans, permet d'anticiper la perte d'autonomie grâce à des travaux de mise en accessibilité (salle de bains, escaliers, sanitaires, etc.). Le taux de subvention dépend des revenus, mais le dispositif reste encore peu connu du grand public malgré son intérêt évident. Olivier Richefou souligne par ailleurs la complexité globale des dispositifs : les familles se trouvent souvent confrontées à un « maquis administratif » lorsqu'il s'agit de gérer le dossier d'un parent dépendant.

Pour y remédier, il mentionne la création récente du Service public départemental de l'autonomie (SPDA), introduit dans la loi et en cours de déploiement depuis le début de l'année. Expérimenté dans une vingtaine de départements, ce service a vocation à rassembler les différents acteurs de la prise en charge (conseils départementaux, caisses de retraite, centres communaux d'action sociale, assurance maladie, etc.) et à offrir à chaque personne âgée un interlocuteur unique, chargé d'orienter, d'informer et de coordonner les démarches. L'objectif est d'améliorer la lisibilité du système et la cohérence des interventions.

Questions

André Masson évoque la question du financement de la dépendance et des modes de solidarité entre générations. Il estime que la récupération sur succession de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) peut être perçue comme une double peine : les familles supportent à la fois la charge morale et financière de la dépendance, tout en voyant le patrimoine familial réduit. Il suggère une forme de mutualisation du risque de dépendance, financée par une cotisation spécifique entre retraités, assise sur le patrimoine au-delà d'un certain seuil, afin de répartir le coût de la dépendance lourde sans le reporter sur les générations suivantes.

Olivier Richefou réagit en rappelant que le principe d'une assurance dépendance solidaire est déjà débattu dans plusieurs cercles, notamment au sein du groupe VYV et de la Mutualité française. Il souligne que la dépendance est un risque social à part entière et qu'il serait cohérent de créer un mécanisme assurantiel collectif pour le couvrir, sur le modèle d'autres risques sociaux (santé, chômage, vieillesse). Il note également des avancées récentes : la loi a interdit depuis peu aux départements de demander une contribution financière aux petits-enfants pour

la prise en charge d'un ascendant dépendant, pratique encore en vigueur dans une trentaine de départements auparavant. Par ailleurs, des discussions sont en cours avec la CNSA pour permettre une mutualisation partielle de l'APA dans les structures collectives : aujourd'hui, chaque résident perçoit son allocation individuellement, sans possibilité d'en consacrer une part à des activités collectives.

Une participante attire ensuite l'attention sur la question de l'accessibilité, évoquée trop brièvement dans les débats. Elle rappelle qu'il est essentiel d'adapter non seulement le logement, mais aussi l'espace urbain et rural au vieillissement et au handicap. Elle cite le Fonds territorial d'accessibilité, un outil encore sous-utilisé, et déplore la dispersion des financements entre différents ministères et collectivités. Elle appelle à une cartographie nationale de l'accessibilité, comparable à celles déjà établies pour la dépendance, afin de disposer d'une vision globale de la situation et des besoins. Cette coordination entre l'État et les collectivités locales est, selon elle, urgente et indispensable.

Un participant appuie cette remarque en insistant sur le manque de coordination nationale. Il estime que chaque acteur – départements, communes, régions, caisses de retraite – agit de manière isolée. Il évoque l'exemple de l'Ircantec, caisse de retraite investissant 1 milliard d'euros dans l'immobilier et soutenant la création de projets intergénérationnels, comme les Maisons de Blandine, sur le modèle des béguinages, où cohabitent jeunes et personnes âgées. Ce type de dispositif fonctionne bien, notamment grâce à des loyers modérés et à une solidarité de voisinage. Selon lui, le problème n'est pas un manque de moyens financiers – de nombreuses caisses sont prêtes à investir – mais une absence de pilotage national et de plan d'action cohérent. Il appelle à une coordination d'ensemble, rappelant que « c'est à la manière dont une société prend soin de ses anciens qu'on mesure sa civilisation ».

Olivier Richefou abonde dans ce sens en mentionnant la loi Bien Vieillir, récemment adoptée. Celle-ci prévoit la tenue d'une Conférence nationale de l'autonomie, sur le modèle de la Conférence nationale du handicap, déclinée ensuite dans chaque département via des conférences territoriales de l'autonomie. Ces instances doivent permettre une meilleure identification des acteurs et une coordination accrue, notamment en lien avec le SPDA. Il souligne aussi le manque de visibilité de l'offre d'hébergement : le site gouvernemental pour-les-personnes-agees.gouv.fr ne recense actuellement que les EHPAD et les résidences autonomie, alors que les résidences services, habitats inclusifs ou béguinages n'y figurent pas, faute de reconnaissance administrative (absence de numéro FINESS). Il appelle donc à décloisonner le système pour mieux refléter la diversité des solutions existantes.

Véronique Levieux explique que la prise en charge du vieillissement à Paris est un sujet éminemment transversal, piloté de manière collective entre les différentes directions municipales : solidarité, sport, culture, sécurité, habitat, accessibilité. La préparation du schéma senior de la Ville mobilise l'ensemble de ces acteurs. Elle cite notamment la mise en accessibilité de tous les arrêts de bus avant les Jeux Olympiques, la coopération avec la police municipale sur les enjeux de sécurité, et les actions conjointes avec la Direction du Logement et de l'Habitat pour anticiper l'adaptation des logements. Malgré les rigidités administratives, elle estime que cette approche transversale est la seule capable de répondre à la diversité des besoins, rappelant que « devenir retraité ne transforme pas les individus en un groupe homogène » et que la politique du vieillissement doit tenir compte de cette pluralité.