



Juin 2018

Quelle politique du vieillissement en Bretagne ?

Auteurs de l'étude


Saphia CLERET, Désiré KALOMBO, Angèle LE PRIGENT et Quentin ROUX

Master 1 “Analyse des politiques publiques” et Master 1 “Gouverner les mutations territoriales” à l’Institut d’Etudes Politiques de Rennes





Quelle politique du vieillissement en Bretagne ?



Copyright © Saphia CLERET, Désiré KALOMBO, Angèle LE PRIGENT et Quentin ROUX.
Master 1 Gouverner les mutations territoriales et Analyse de l'action publique de l'Institut d'Etudes
Politiques de Rennes - 104 Boulevard de la Duchesse Anne, 35000 Rennes. Sous la direction de
Thomas AGUILERA.

Rapport réalisé pour la Chambre Régionale de l'Economie Sociale et Solidaire de Bretagne - 187
Rue de Châtillon, 35200, Rennes.

Avant-propos


Selon une étude de l'INSEE de 2013, la part des plus de 65 ans dans la population passerait de 17,8% à 27,3% en 2050. La Région Bretagne n'est pas épargnée par ce processus de vieillissement démographique et le scénario central de l'étude prévoit 30% de plus de 65 ans en 2050, soit plus que la moyenne nationale. Ce vieillissement dû au solde naturel combiné au solde migratoire doit être anticipé par les acteurs du territoire. De plus, avec ces évolutions, les besoins du territoire vont changer. Une étude internationale de 2016 par le cabinet McKinsey Global Institute explique que d'ici 2030, la consommation en France sera réalisée à 60% par les plus de 60 ans.

Face au constat de cette dynamique de vieillissement, une initiative interministérielle a été lancée en Avril 2013. Arnaud Montebourg, alors ministre du Redressement productif, et Michèle Delaunay, ministre déléguée chargée des personnes âgées et de l'autonomie, ont lancé la filière Silver Economie puis installé un comité de filière quelques mois après. Cependant, le 7 décembre 2016 a eu lieu le premier comité national des Silver régions. Et lors de ce regroupement, malgré l'inscription de la Silver Economie dans la SRDEII de la Région Bretagne, Luc Broussy, président du comité de filière a fait le constat d'un certain retard breton sur la question.

Pourtant, les acteurs publics et de l'ESS du territoire breton sont conscients de ces changements démographiques qui ont pour conséquences des enjeux économiques, sociaux, culturels... C'est dans une logique d'anticipation du vieillissement que s'inscrit notre étude. La commande même de ce rapport témoigne d'une prise en compte de la problématique par les acteurs de l'ESS et les acteurs publics. Elle vient apporter une connaissance supplémentaire et régionale, et interroge le retard pris par le territoire sur la filière Silver Economie.

Les contours de la Silver Economie sont vastes. Il s'agit d'une démarche économique spécialisée sur les nouvelles consommations de biens et de services associés au vieillissement démographique de la population. Au-delà de l'aspect économique, la Silver Economie vient interroger les évolutions culturelles, sociales et sanitaires du vieillissement territorial.

La commande de ce rapport est le signe d'une mise à l'agenda du problème par les pouvoirs publics et d'une volonté de régionaliser le questionnement de la part des acteurs de l'Économie



Sociale et Solidaire. Le secteur de l'ESS semble tout désigné pour aborder un enjeu aussi transversal et touchant à des populations ciblées : les Séniors.

C'est pourquoi la CRESS Bretagne et le Conseil Régional ont décidé de développer cette question et la réponse à apporter à travers la stratégie régionale de l'ESS. L'ESS lance 9 défis pour 2020 avec l'ambition d'apporter des réponses concrètes aux enjeux de la Bretagne, comme la Silver Economie. Dans la continuité du travail d'étudiants de l'IEP de Rennes sur le gérontopole, les acteurs sollicitent de nouveau notre établissement pour réaliser ce rapport. De plus, cette étude vient entrer en résonance avec l'actualité médico-sociale. L'actualité des enjeux et leur multiplicité rend difficile une réflexion poussée de tous les aspects de la prise en compte du vieillissement sur un territoire. Nous avons décidé d'analyser la question de la Silver Economie dans son ensemble. Notre objectif était de dépasser la dichotomie entre médico-social et économie et de raisonner en terme de processus, celui du vieillissement et de parcours, celui des Silver. Nous constatons le manque de lisibilité de la multiplicité des acteurs (publics, privés lucratifs, privés du monde de l'ESS) et tenons également à venir éclairer les différentes initiatives du territoire breton.

Nous tenons à remercier la CRESS et le Gérontopole, et notamment Grégory Huchon et Véronique Gallais qui nous ont accompagnés dans cette étude. Nous remercions également notre enseignant, Thomas Aguilera.

Méthode d'étude

Nous avons été sollicités en octobre 2017 par le comité de pilotage (Kozh Ensemble, Una, Optima, Askoria, CRESS, IEP) autour de la problématique du vieillissement de la population bretonne et de la question de la Silver Economie.

Pour notre analyse, les outils quantitatifs et qualitatifs ont été utilisés. Nous avons mobilisé des données médico-sociales (FINESS) et socio-économiques (INSEE) pour la réalisation des documents graphiques et cartographiques.

Nous avons majoritairement analysé le territoire à travers une méthode qualitative, par l'entretien semi-directif. 12 entretiens ont été menés dans le cadre de cette étude. 2 entretiens menés dans un cadre extérieur ont été re-mobilisés pour ce rapport. Ce rapport fait donc le retour d'expérience d'acteurs du monde de l'ESS, des structures publiques et privées sur la question du vieillissement en Bretagne et de ses enjeux.

Lors de la rencontre annuelle de la stratégie régionale de l'ESS, une présentation, suivie d'un débat sur le sujet, visait à nourrir et renforcer la réflexion menée. Les questions et remarques échangées viennent compléter les informations statistiques et les entretiens semi-directifs dans la réalisation de ce rapport.

L'étude comporte certaines limites méthodologiques relatives à la représentation territoriale des acteurs interrogés (département du Finistère et du Morbihan). De plus, dans le cadre des entretiens, nous ne disposons que d'un seul avis extérieur à la Bretagne, celui du Gérontopôle du Pays de la Loire.

Abréviation et sigles

ACTP : Allocation compensatrice pour tierce personne

AGGIR : Autonomie Gérontologie Groupes Iso Ressources

APA : Allocation personnalisée d'autonomie

APL : Aide personnalisée au logement

CCAS : Centre communal d'action sociale

CPOM : Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens

CRESS : Chambre Régionale de l'Economie Sociale et Solidaire

DRESS : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du Ministère de la santé

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

ESS : Economie Sociale et Solidaire

FINESS : Fichier national des établissements sanitaires et sociaux

GIR : Groupe iso-ressources

GMP : Garantie minimale de points

MARPA : Les Maisons d'accueil rural pour personnes âgées

PMP : Project management professional

PSD : Prestation spécifique dépendance

RA : Résidence Autonomie

UNA : Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles

Sommaire

Introduction

I. La Silver Economie en Bretagne : la question du vieillissement et l'écosystème d'acteurs en réponse	13
A. Une approche sociologique : comment définir la vieillesse et ses enjeux ?	13
1. Les grands principes de la théorie sociologique de la vieillesse et du vieillissement	13
2. La question de la dépendance	17
3. Le défi de la politique sociale du vieillissement	20
B. Un état des lieux de la Silver Economie sur la Région Bretagne	21
1. Un marché du vieillissement en pleine expansion : quelles normes mises en place ?	21
2. Les organismes de l'économie sociale et solidaire : coordination et articulation des acteurs Silver Eco	24
3. Recensement des acteurs sur la Région Bretagne	27
C. Ecosystème et marché de consommateurs Seniors ; ce qui est fait sur le territoire breton ?	30
1. Identification des besoins sur le marché des seniors	31
2. Les projets mis en place sur le territoire Breton	35
3. Répondre à un écosystème transversal ; un plan métier	36
II. Les mutations du médico-social	38
A. Fonctionnement financier	45
1. Explication du financement des établissements médico-sociaux	45
2. Analyse de la réforme	48
B. Quelles alternatives financières face à la privatisation des activités publiques ?	53
1. État des lieux de la privatisation	54
2. Expliquer le phénomène concurrentiel	61
3. Quelles alternatives : comment solvabiliser en l'absence de financements publics	67
III. Quelles perspectives de gouvernance pour une filière Silver Eco ?	71
A. Défis et orientation pour demain	72
1. Une nécessité d'ampleur nationale	72
2. Un contexte sociale et démographique particulier et des attentes spécifiques	74
3. La Silver Economie est-elle un axe stratégique de la région Bretagne ?	75
B. Silver Economie en Bretagne : faut-il une structuration en filière ?	77
1. L'engagement des Régions	77
2. Les modes de gouvernance en présence	79
3. Le modèle breton	82

Introduction

Ces dernières années, les multiples études statistiques et démographiques menées par des instituts tels que l'Insee vont toutes dans le même sens : la Bretagne est une région en plein vieillissement démographique. Une analyse de l'Insee datant de juin 2017 montre même que si les tendances actuelles se poursuivent, près d'un breton sur trois sera un senior à l'horizon 2050, la région comptant ainsi 1,4 personne âgée pour 1 jeune de moins de 20 ans.

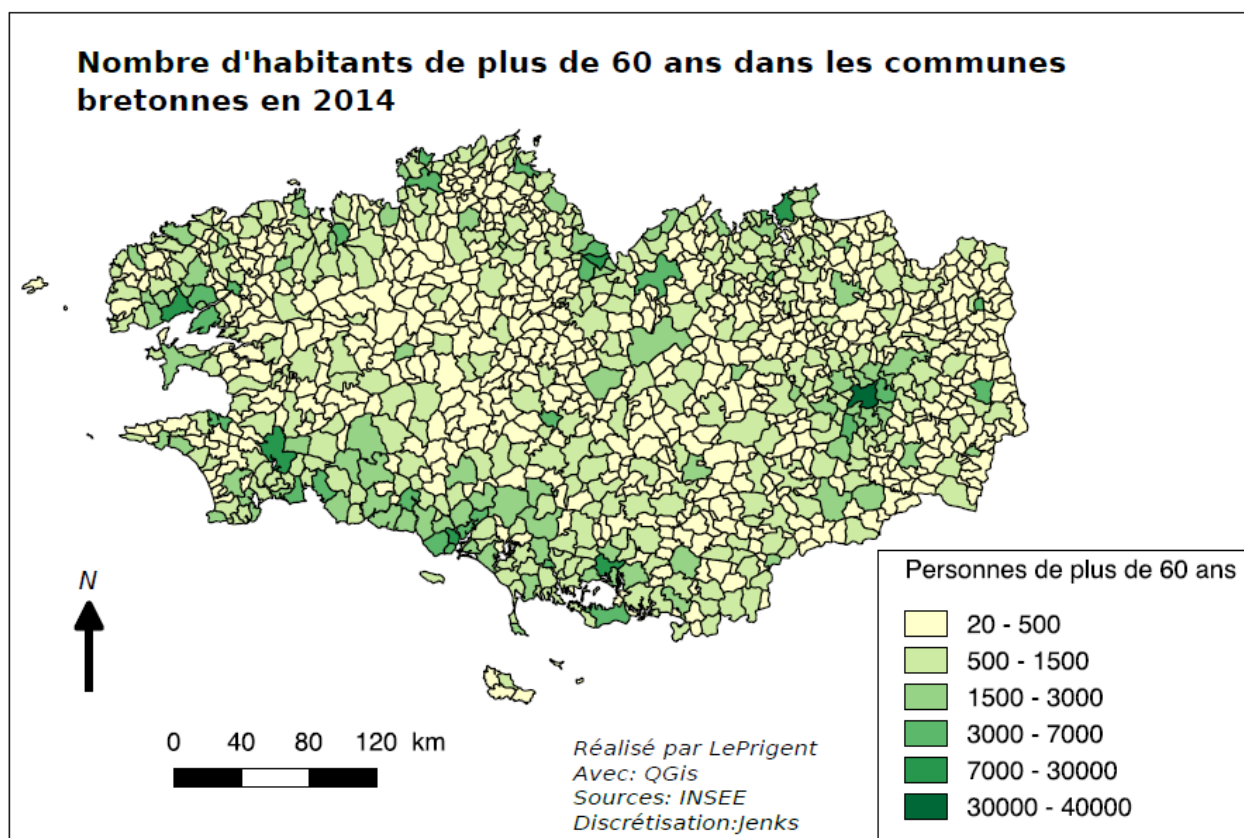
Le vieillissement de la population bretonne est ainsi un peu plus accentué que celui de l'ensemble de la France Métropolitaine, le poids des seniors augmentant fortement dans les chiffres démographiques.

Par ailleurs, la Bretagne connaît un vieillissement différencié selon ses territoires. En termes relatifs, la plupart des cantons vieillissants de l'ouest, du centre et du littoral bretons contrastent avec ceux de l'est et des zones urbaines et périurbaines plus jeunes. En termes absolus (en volume), c'est dans et autour des villes que résident et résideront le plus grand nombre de personnes en perte et reconfiguration d'autonomie du fait de leur vieillesse. Si, à l'avenir, le mouvement de rapprochement de domicile des ascendants vers leurs descendants se développait, ce phénomène pourrait s'accroître. En 2015, l'espérance de vie à la naissance en Bretagne était de 83.8 ans pour les femmes et 76.3 ans pour les hommes, contre respectivement 84.3 ans et 77.4 ans en France métropolitaine.

Malgré le dynamisme démographique de la région, le vieillissement de la population bretonne s'accroîtra dans les prochaines années. Ce vieillissement résulte essentiellement de trois séries de facteurs : une pyramide des âges dont le sommet se dilate (effet progressif du « Baby-boom » de l'après Seconde Guerre mondiale) ; l'augmentation régulière de l'espérance de vie (en 1957, elle était de 69 ans pour les femmes et 62 ans pour les hommes) ; une augmentation de population en grande partie due à un solde migratoire positif qui s'accroît au-delà de 55 ans et qui viendra probablement amplifier, dans une vingtaine d'années, le nombre de personnes susceptibles de perdre en autonomie.

C'est dans ce contexte démographique en transition que vient s'inscrire le besoin pour un marché de la Silver Economie. En effet, les besoins sociaux deviennent ici croissants, avec des

impératifs pour fournir des services et produits de qualité en quantité satisfaisante pour la population.



La Silver économie, selon la définition de France Silver Eco, regroupe des biens et des services qui peuvent être conçus dans l'ensemble des secteurs industriels suivants :

- Habitat : domotique, urbanisme, architecture, hébergement collectif, logement adapté (MAD), efficacité énergétique... ;
- Communication : téléphonie mobile, tablettes tactiles, accès internet, réseaux sociaux... ;
- Transport : transports collectifs mieux adaptés... ;
- E-autonomie : téléassistance active/passive/évoluée, bouquets de services... ;
- Sécurité : télévigilance, téléassistance, mode de paiement, gestion bureautique... ;
- Santé : e-santé, nutrition, télémédecine, m-santé... ;

- Services : service à la personne, portage de repas, assurances... ;
- Distribution : adaptation du parcours du consommateur, adaptation des packagings... ;
- Loisir : jeux, fitness, stimulation sensorielle, intergénérationnel... ;
- Travail : télétravail, formation et soutien des aidants familiaux... ;
- Tourisme : tourisme des seniors...

Autre paramètre, comment hiérarchiser un besoin compte tenu des écarts des niveaux de ressources dans la population ? Ici, l'Économie sociale et solidaire vient jouer un rôle capital. L'objet est de proposer une offre de qualité et de proximité, à l'écoute des demandes des gens.


D'après la définition du Ministère de l'Économie, des Finances, de l'Action et des Comptes publics (ressource du CEDEF), "le concept d'économie sociale et solidaire (ESS) désigne un ensemble d'entreprises organisées sous forme de coopératives, mutuelles, associations, ou fondations, dont le fonctionnement interne et les activités sont fondés sur un principe de solidarité et d'utilité sociale.

Ces entreprises adoptent des modes de gestion démocratiques et participatifs. Elles encadrent strictement l'utilisation des bénéfices qu'elles réalisent : le profit individuel est proscrit et les résultats sont réinvestis. Leurs ressources financières sont généralement en partie publiques.

Elles bénéficient enfin d'un cadre juridique renforcé par la loi n° 2014-856 du 31 juillet 2014 relative à l'économie sociale et solidaire.

Mais pour que l'ESS puisse confirmer son positionnement en tant qu'acteur important de la Silver Économie, ses organismes et acteurs doivent coopérer et être soutenus par les pouvoirs publics. Les questionnements sont multiples : quel soutien aux structures ? Quels enjeux de mutualisations ? Quel modèle d'organisation ? Quelles offres de formation professionnelle ? Quel rôle plus précis pour l'ESS ? Quel positionnement de la Région Bretagne ?

Dans l'optique d'aborder la question du vieillissement en Bretagne et des politiques qui en découlent, il s'agira de présenter dans une première partie un état des lieux de la Silver Économie



dans la région, en partant d'une analyse sociologique générale de la vieillesse et de ses enjeux, avec en filigrane la problématique de la dépendance, puis en constatant l'influence et les rôles des acteurs d'un écosystème breton riche en propositions.

Ensuite, le choix sera fait d'approfondir la question des mutations du médico-social, avec un intérêt particulier pour les différentes formes de financement, l'impact des réformes, ainsi que les multiples solutions, innovantes ou non, mises en oeuvre par les acteurs de la Silver Eco et de l'ESS.

Enfin, des perspectives seront proposées dans une troisième et dernière partie pour une gouvernance d'une filière Silver Eco sur la région Bretagne, avec une identification et une analyse exhaustive des enjeux et orientations de demain, en établissant en addition une étude comparative avec ce qui se fait dans les autres régions.

I. La Silver Economie en Bretagne : la question du vieillissement et l'écosystème d'acteurs en réponse

A. Une approche sociologique : comment définir la vieillesse et ses enjeux ?

1. Les grands principes de la théorie sociologique de la vieillesse et du vieillissement

La vieillesse est difficile à définir, tant se recouvrent ou s'opposent une série de termes, tous sources d'enjeux : personnes âgées, vieillards, troisième âge, quatrième âge, aînés, retraités, seniors, etc. Il n'est guère simple de déterminer le seuil d'entrée dans la période de la vie communément appelée vieillesse. Si la catégorie statistique des « personnes âgées » fixe le seuil à 60 ans, bien des sexagénaires refuseraient un tel classement. Une seule certitude pour commencer, la vieillesse s'est profondément transformée. Désormais, elle est devenue pour tous, bien qu'avec de profondes inégalités, une étape normale de l'existence. Les systèmes de sécurité sociale associés aux progrès considérables de la médecine ont permis d'augmenter la durée de vie, et donc celle de la retraite. Ce constat simple a cependant des conséquences nettement plus complexes au niveau de l'identité sociale, de l'intégration, des comportements sociaux de ces nouvelles catégories de population. Parallèlement à cette évolution, le regard sociologique a changé. La part croissante de la population âgée et sa désignation comme cible des politiques publiques, dès les années 1960 avec le rapport Laroque en particulier, ont attiré l'attention sur ce groupe, suscitant les contributions des sociologues et la mise en place de programmes d'étude. La théorie sociologique s'est également pluralisée, l'appartenance de classe n'étant plus considérée comme omnisciente et totalisante. Les travaux se sont davantage centrés sur les vécus individuels du vieillissement. Ainsi, on ne parle plus de la vieillesse comme d'un état mais comme d'un processus.

Les trois objets principaux de la sociologie de la vieillesse et du vieillissement développée par Vincent Caradec et François de Singly dans leur ouvrage de 2008 sont, dans un premier temps, l'étude de la construction sociale de la vieillesse, de ses représentations, et de rapports intergénérationnels qu'elle met en forme. Ensuite, il s'agit de la présentation du groupe des « personnes âgées ». L'hétérogénéité de ses conditions et modes de vie pose le problème de la définition de ce groupe, conduisant à une typologie plus complexe. Enfin, il s'agit des études analysant la vieillesse au regard de l'expérience individuelle, de l'évolution du rapport au monde social et des étapes de ce processus.

C'est dans la mise en place des systèmes de sécurité sociale et l'invention de la retraite qu'elle se concrétise. L'histoire des retraites modernes s'engage au XIXe siècle. A la fin du XIXe siècle, la conception de la retraite comme récompense pour les services rendus à la société à travers une vie de travail s'impose contre celle qui y voyait une forme de protection contre l'invalidité. L'âge en est venu à être considéré pour lui-même et non plus seulement comme un symptôme d'incapacité physique. Avec la mise en place des retraites, la vieillesse se révèle comme problème social et met à jour la nécessaire intervention publique. La formation du droit social à la retraite a constitué un enjeu majeur des politiques de la vieillesse jusque dans les années 1960, comme le montre Anne-Marie Guillemard.


Aujourd'hui, les modalités du passage à la retraite ont été profondément renouvelées, Anne-Marie Guillemard considère que ces changements contribuent à une « décomposition de l'organisation ternaire du cycle de vie qui était au cœur de la société industrielle salariale ». Mais les retraités ne forment pas toute la vieillesse. D'autres découpages redéfinissent les frontières. Le terme de « troisième âge » a connu une large diffusion au cours des années 1970 : véhiculant une éthique activiste de la retraite, ce vocable nouveau s'est trouvé défini en opposition à la vieillesse, le « troisième âge » aspirant à être une nouvelle jeunesse. En se définissant contre la vieillesse, le « troisième âge » a laissé de côté la partie la plus âgée de la population. Un temps appelé « quatrième âge », cet ensemble a bientôt été identifié aux « personnes âgées dépendantes », destinataires d'un nouveau dispositif de politique sociale. Au début des années 90, c'est le terme senior qui apparaît. Lui vient tout droit du monde du marketing. Le terme a connu un rapide succès et s'est imposé pour désigner les personnes de 50 ans et plus, mais aussi parfois les 60 ans et plus,

(comme pour la « carte senior » de la SNCF), ou encore les 55 ans et plus, voire les 45 ans et plus (quand on focalise le regard sur les salariés âgés). Le succès de la notion tient à son flou et son ambiguïté. L'enjeu de tous ces termes est de « délimiter » la vieillesse : la multiplicité des termes témoignant de la labilité des représentations sociales de celle-ci.

Le danger de toutes les étiquettes est d'homogénéiser et de décontextualiser de façon outrée un groupe aux facettes hétérogènes. C'est ce que dénonçait Pierre Bourdieu avec sa fameuse expression « La jeunesse n'est qu'un mot ». Vincent Caradec et François de Singly montrent que le critère des pratiques est un indicateur beaucoup plus pertinent pour caractériser le groupe des personnes âgées. Mettant en évidence la spécificité des pratiques des personnes âgées, plus souvent pratiquées au domicile, moins « actives », tant pour les activités culturelles et sportives, moins tournées vers les technologies nouvelles, les sociologues montrent à quel point cette description ne saurait épuiser la réalité sociale. Les pratiques apparaissent extrêmement variées selon la tranche d'âge considérée, les sexagénaires se différenciant nettement des septuagénaires ou octogénaires, par exemple en ce qui concerne l'équipement en ordinateur et l'accès à Internet, les départs en vacances ou encore l'engagement bénévole. La diversité renvoie à des effets d'âge, de génération, mais également au milieu social et au sexe. Pour aller plus loin dans l'analyse de la diversité des pratiques des personnes âgées, il est nécessaire de se référer aux différentes typologies des pratiques de retraite établies par Guillemard, qui distingue la retraite-retrait, la retraite-troisième âge, la retraite-consommation, la retraite-revendication et la retraite-participation et à celle de la Fondation nationale de gérontologie, fondée sur une analyse factorielle portant sur les réponses de retraités âgés de 62 ans à des questions concernant leurs activités, leur sociabilité et leurs sentiments par rapport à la retraite. Vincent Caradec montre également que la population âgée peut se mobiliser et revient sur des analyses peu connues, celles des mobilisations de retraités. Le rapport Laroque de 1962 préconisait le développement des associations visant l'intégration des personnes âgées. Ces fameux « clubs du troisième âge » ont rencontré un grand succès, participant à la construction du « troisième âge » comme classe de loisir pour les personnes de milieu populaire. De la même manière les universités du troisième âge ont connu l'engouement des classes moyennes. Le mouvement revendicatif des retraités est porté par les sections syndicales d'anciens salariés d'une part, et par les fédérations d'associations de retraités qui, contrairement aux syndicats, se veulent les porte-parole des retraités en tant que groupe social portant des enjeux propres. Ainsi,

Jean-Philippe Viriot-Durandal montre que ces fédérations ont élargi leurs actions en réaction aux politiques publiques menées dans les années 1980 et 1990, dans le but d'obtenir une revalorisation des pensions, ou pour s'opposer à l'application de la CSG sur ces pensions au motif de l'absence de contrepartie qui concerne uniquement la baisse des cotisations sociales des actifs. Elles se sont également mobilisées pour la création d'une allocation dépendance. Il est vrai cependant que leur poids sur le débat public reste limité, malgré un nombre important d'adhérents (2 millions pour la confédération française des Retraités). Sur cette question la comparaison avec le cas états-unien est intéressante puisque la mobilisation, plus ancienne, y est, beaucoup plus forte et revendicative.

Dans un troisième temps, Vincent Caradec et François de Singly appréhendent la vieillesse à travers le processus de vieillissement. Il s'agit de saisir ensemble le processus de vieillissement, objectivé et contextualisé par le sociologue, et le vécu de l'avancée en âge, en faisant d'abord un détour par les théories du désengagement et de la déprise. Elaine Cumming et William Henry proposent une vision du vieillissement normal qui doit s'accompagner d'un désengagement de la personne qui vieillit, se traduisant par une diminution du nombre de rôles sociaux joués par l'individu, par une baisse de ses interactions sociales et par un changement dans la nature de ses relations qui sont désormais davantage centrées sur les liens affectifs et moins sur la solidarité fonctionnelle. Le désengagement est un processus fonctionnel, permettant d'atteindre un équilibre, il est réciproque, irréversible et universel. Bien que certaines critiques radicales aient contesté les fondements de ces analyses, on trouve aujourd'hui des prolongements de ces analyses, à travers David Unruh qui étudie l'engagement des personnes âgées dans des « mondes sociaux » et Serge Clément et Marcel Drulhe, qui forgent le concept de déprise. En abandonnant les théories fonctionnalistes de l'activité et du désengagement pour des études constructivistes et interactionnistes, la sociologie du vieillissement a changé de visage. Comme telle, elle s'est intéressée à l'expérience du vieillissement ordonnée autour de deux expériences : devenir vieux, puis être vieux. Dans ces processus, les autres interviennent de façon majeure, de sorte que vieillissement est démontré d'abord comme un phénomène relationnel. Les relations entretenues avec l'entourage et les interactions quotidiennes sont co-productrices du vieillissement, mais aussi des supports du processus. Interrogations sur leurs aptitudes, manque de patience ou attitude protectrice ou condescendante sont autant de signes qui, pour les personnes âgées, les classent dans la catégorie des personnes âgées. La difficulté des interactions avec les gens et avec les choses



constitue ainsi un déclencheur de la déprise, contribuant au repli sur l'espace domestique. A noter enfin les trois moments marquants du vieillissement établis par Caradec et De Singly, qui les nomment « moments de transition » : la retraite, le veuvage et l'entrée en maison de retraite.¹

2. La question de la dépendance

Historiquement, la politique de vieillissement en France se concentre sur une réponse au problème de la dépendance des personnes âgées. La dépendance est utilisée « pour qualifier les personnes ayant des incapacités importantes dans les actes de la vie quotidienne et ayant, de ce fait, besoin d'aide. » Si l'expression « perte d'autonomie » est maintenant préférée en réponse à la connotation négative du vocable « dépendance » depuis la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement qui se veut être une « anticipation de la perte d'autonomie et de l'accompagnement de la perte d'autonomie », la vision de la vieillesse reste toujours négative en ces termes selon Bernard Ennuyer. Le sociologue leur préfère l'expression européenne « long term care », des personnes « ayant besoin d'aide et de soins sur la longue durée ».

¹ Source : Benoît Ladouceur, « Vincent Caradec, Sociologie de la vieillesse et du vieillissement », Lectures [En ligne], Les comptes rendus, 2008.

Nom et prénom
M. Sec. Soc.
Adresse
Né(e) le
Âge

Fiche récapitulative AGGIR

Date de l'évaluation

Activités réalisées par la personne seule	Pour chaque item, cocher les cases quand les conditions ne sont pas remplies (Réponse NON)				S = Spontanément	H = Habituellement	T = Totalement	C = Correctement	Code	Code final	Activités corporelles, mentales, domestiques et sociales.	
	S	T	C	H								
1. Transferts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<p>Codage intermédiaire</p> <p>Pour chaque item cochez les cases quand les conditions ne sont pas remplies (réponse NON).</p> <p>Puis codez secondairement par A, B ou C selon le nombre d'adverbes cochés dans les quatre cases S à H.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si aucun adverbe n'est coché codez A. (fait spontanément, totalement, correctement et habituellement) • Si tous les adverbes sont cochés codez C (ne fait pas) • Si une partie des adverbes seulement est cochée codez B. <p>Codefinal si sous-variables</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cohérence : <ul style="list-style-type: none"> - AA = A ; - CC, CB, BC, CA, AC = C ; - AB, BA, BB = B • Orientation : <ul style="list-style-type: none"> - AA = A ; - CC, CB, BC, CA, AC = C ; - AB, BA, BB = B • Toilette : <ul style="list-style-type: none"> - AA = A ; - CC = C ; - Autres = B • Habillage : <ul style="list-style-type: none"> - AAA = A ; - CCC = C ; - Autres = B. • Alimentation : <ul style="list-style-type: none"> - AA = A ; - CC, BC, CB = C ; - Autres = B • Élimination : <ul style="list-style-type: none"> - AA = A ; - CC, BC, CB, AC, CA = C ; - Autres = B 	
2. Déplacements à l'intérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
3. Toilette	haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4. Élimination	urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	fécale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
5. Habillage	haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	moyen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
6. Cuisine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
7. Alimentation	se servir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	manger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
8. Suivi du traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
9. Ménage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
10. Alerter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
11. Déplacements à l'extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
12. Transports	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
13. Activités du temps libre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
14. Achats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
15. Gestion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
16. Orientation	dans le temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	dans l'espace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
17. Cohérence	communication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	comportement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Groupe iso-ressources

Défini par le système informatique

Figure 1. Exemple de fiche récapitulative AGGIR.

GROUPE ISO-RESSOURCES		CARACTERISTIQUES DES PERSONNES
GIR concernés par le versement de la PSD	GIR 1	Personnes confinées au lit ou au fauteuil ou dont les fonctions intellectuelles sont gravement altérées, nécessitant la présence constante d'intervenants
	GIR 2	Personnes confinées au lit ou au fauteuil et dont les fonctions intellectuelles ne sont pas totalement altérées, nécessitant une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante Personnes dont les fonctions mentales sont altérées, mais pouvant se déplacer : seuls certains gestes, tels que l'habillage ou la toilette, ne peuvent être accomplis en raison de la déficience mentale.
	GIR 3	Personnes ayant partiellement conservé leurs capacités motrices, mais ayant besoin d'être assistées pour se nourrir, se coucher, se laver...
GIR 4		Personnes ayant besoin d'aide pour se lever, se coucher, mais pouvant se déplacer seules à l'intérieur du logement : une assistance est parfois nécessaire pour la toilette et l'habillage. Personnes n'ayant pas de problème de déplacement, mais qui devant être assistées pour les activités corporelles ainsi que pour les repas.
GIR 5		Personnes relativement autonomes dans leurs activités, se déplaçant seules, mais ayant besoin d'aides ponctuelles pour la toilette, la préparation des repas, l'entretien du logement
GIR 6		Personnes autonomes dans tous les actes de la vie courante

Figure 2. Grille AGGIR.

La « dépendance » des personnes âgées n'est pas autre chose qu'une forme des « désavantages sociaux », c'est-à-dire du « handicap » que subissent des personnes âgées en raison de déficiences liées à leur état de santé. L'avance en âge n'est pas la seule cause de cette dépendance – un pourcentage non négligeable des centenaires, qui ont, certes, perdu une grande partie de la vigueur de leur maturité, demeurent cependant valides, lucides, autonomes, indépendants.

Certaines situations de détresse sociale (la solitude liée aux pertes des relations, par veuvage ou des relations sociales dépendant de l'activité professionnelle, d'autres deuils, la pauvreté) fragilisent des personnes âgées qui, moins seules et moins pauvres, conserveraient mieux leurs capacités.

Une des premières mesures de prévention des situations de dépendance est donc bien de garder ces vieilles personnes dans la société, de leur faciliter le « vivre ensemble », avec du voisinage, avec de la culture, avec de l'accessibilité matérielle et comportementale. Mais il est rare que les détresses sociales du grand âge ne soient pas plus ou moins corrélées avec des détresses de santé.

La vie quotidienne est ce qui se voit. Ce sont les activités habituelles, celles qui favorisent ou non ce « vivre ensemble ». Sa qualité dépend largement de ce qui ne se voit pas, de l'état de santé. Il faut parvenir à déterminer le plus en amont possible le risque d'évolution des personnes vers une situation de fragilité génératrice de déficiences entraînant incapacités durables et dépendance. Il est nécessaire de déceler les situations potentiellement réversibles et celles qui, malheureusement, évolueront vers l'aggravation des pertes de toutes sortes. Il ne s'agit pas de « médicaliser » indûment la vieillesse mais d'introduire et de renforcer la place des vieillards dans les politiques de santé publique.

3. Le défi de la politique sociale du vieillissement

Le constat du vieillissement démographique de la population française a conduit les gouvernements à se préoccuper d'une redéfinition des politiques publiques des retraites et de santé depuis le début des années 2000. Depuis l'entrée en vigueur le 1er janvier 2016 de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement, l'objectif central est de retarder le vieillissement dit pathologique et de favoriser le vieillissement dit réussi ou optimisé dans la majeure partie de la population. Il s'agit aussi de diminuer le nombre de personnes âgées dont les incapacités physiques ou psychiques nécessitent une prise en charge complète à domicile ou en établissements spécialisés et/ou une aide financière ou en nature de l'Etat et des caisses de retraite (CNSA), dénommée allocation personnalisée à l'autonomie (APA).

Les dispositifs ne se veulent plus seulement focalisés sur l'assistance et le soutien dans la vie quotidienne aux personnes âgées dépendantes mais également sur la prévention des risques associés au vieillissement (maladies spécifiques, baisse de la qualité de vie due au repli sur soi, au mal logement ou à un habitat non adapté à ses incapacités et à l'isolement relationnel...) au moyen d'un dispositif nouveau de « protection rapprochée » des vulnérables par eux-mêmes. Plutôt que d'assurer socialement le risque de perte d'autonomie en le transformant en pilier de la sécurité sociale et de le financer, dans une période de crise de l'Etat social et de déficits publics croissants, la volonté est de l'anticiper pour les générations à venir afin d'en limiter les effets collectifs, en faisant assumer en partie matériellement et financièrement par les familles.

Les politiques publiques ont à travers cette loi proposé un nouveau paradigme de société, qui passe d'abord par une redéfinition de la population visée : ce n'est plus la vieillesse, mais les personnes vieillissantes. Aujourd'hui le gouvernement du grand âge concerne tous les secteurs d'action publique et toute la population. Le secteur associatif à but lucratif ou non et les entreprises qui commercialisent des produits innovants sont invités à développer de nouveaux services et produits marchands en direction des personnes âgées. Pour les politiques publiques, il s'agit désormais non seulement de mieux compenser les incapacités mais surtout de repousser le moment de leur apparition.

B. Un état des lieux de la Silver Economie sur la Région Bretagne

1. Un marché du vieillissement en pleine expansion : quelles normes mises en place ?

Le vieillissement démographique, phénomène marquant des dernières décennies, se traduit par des changements importants dans la structure de la population. Il s'accompagne de nouveaux enjeux tels que le financement des retraites au niveau national, mais également, plus localement, la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie.

Plusieurs facteurs expliquent le vieillissement démographique : l'arrivée à l'âge de la retraite des générations nombreuses issues du baby-boom, la diminution de la fécondité des générations suivantes, mais aussi l'allongement de l'espérance de vie.

Au niveau local toutefois, le rythme du vieillissement diffère selon les territoires, en raison des mobilités géographiques qui contribuent tantôt à l'atténuer, tantôt à l'amplifier.

Actuellement, la population bretonne est d'un an plus âgée que celle de métropole. Avec une moyenne d'âge de 42 ans en 2016, la région se place cependant en position médiane (1^{ère} région la plus âgée sur 22). La région métropolitaine la plus jeune est l'Île-de-France (37,4 ans) en raison de son attractivité pour les étudiants et les jeunes actifs et de son déficit migratoire chez les retraités. Le Limousin est la région la plus âgée (44,4 ans).

Au sein de la région, la population est plus âgée au centre de la Bretagne et sur le littoral. Elle est plus jeune dans le périurbain des principales villes bretonnes. Au total, la région Bretagne comptabilise 10,1% de personnes âgées de 75 ans ou plus.

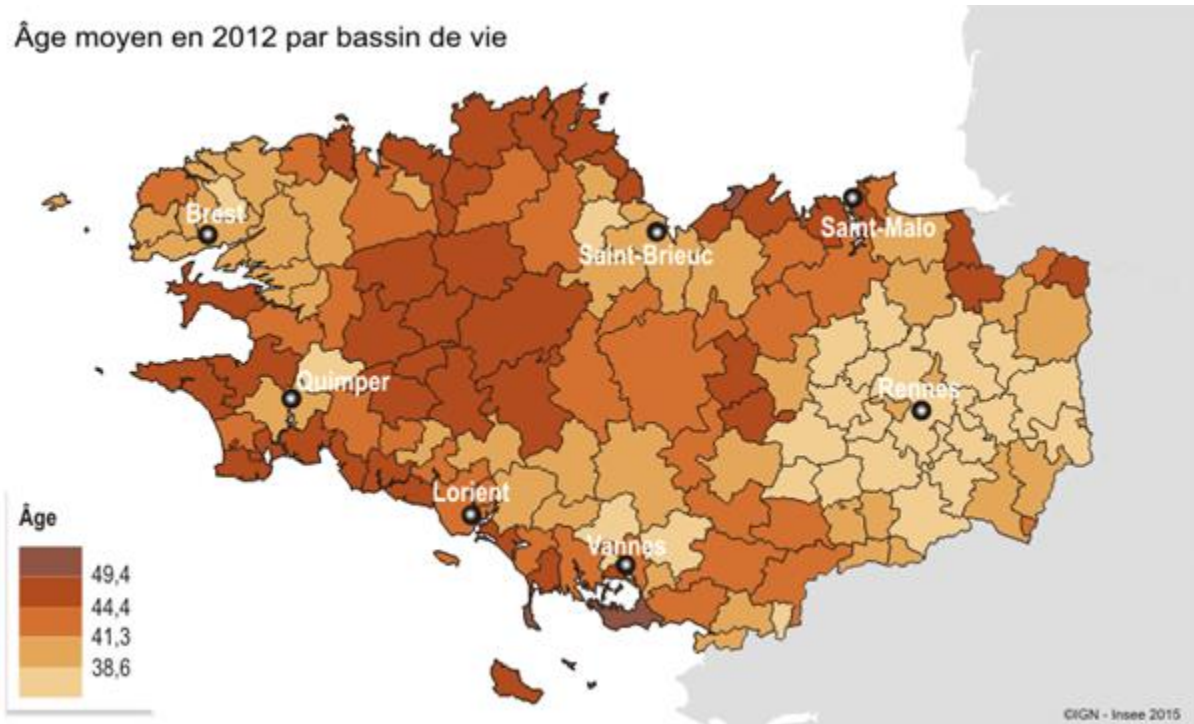


Figure 3. Age moyen en 2012 en Bretagne par bassin de vie. Source : Insee 2015

Au niveau national, le vieillissement démographique s'est donc accompagné d'un intérêt croissant des pouvoirs publics.

Le contrat de filière Silver économie a été élaboré entre juillet et novembre 2013 au sein d'un Comité de filière réuni autour de Gilles Schnepf, président directeur général du groupe Legrand. Le contrat de filière constitue la première étape de la structuration et du déploiement de la Silver économie française. Il s'articule autour de six axes visant à :

1. Créer les conditions d'émergence d'un grand marché de la Silver économie
2. Favoriser le développement d'une offre compétitive
3. Exporter les produits et les technologies de la Silver économie
4. Professionnaliser les acteurs de la Silver économie

5. Communiquer positivement sur les âgés et le « bien vieillir » auprès du grand public et des distributeurs
6. Créer des innovations dans le champ de la Silver économie.

Chacun de ces axes se décline en une dizaine de « silver actions ».

Ces six axes ont pour vocation de lever les sept freins de développement de la filière identifiés, au cours de l'automne 2012 et de l'hiver 2013, par un collectif de plus d'une centaine d'acteurs : entreprises, syndicats représentatifs, économistes, pôles de compétitivité, financeurs (capitaux risqués, capitaux investisseurs, etc.), représentants du secteur médico-social.

Qu'en est-il de la Bretagne ?

Le rapport de France Silver Eco sur les Silver Régions, classe la Région Bretagne dans les régions où rien de significatif concernant la filière n'a été entrepris : "D'autres régions n'ont pour l'heure pas eu le temps de penser une organisation globale et efficiente à ce jour sur le territoire qui serviront de base au développement". Ceci étant, la Région Bretagne a bel et bien exprimé sa volonté depuis 2013 de se constituer comme référence "sur les activités de la prévention - santé / économie de la santé en lien avec les défis et les opportunités de la Silver Economie et de l'économie du bien-être" dans sa Stratégie Régionale de Développement Economique d'Innovation et d'Internationalisation (SRDEII), la considérant comme porteuse d'avenir et source de nouveaux besoins.

Ce sont par conséquent des organismes et associations tels que le Gérontopôle Kozh Ensemble et la CRESS qui jouent un rôle déterminant dans l'animation du réseau Silver Economie en Bretagne. Cependant, force est de constater un manque de moyens alloués au développement des structures de la Silver Economie au niveau régional, avec pour exemple Kozh Ensemble fonctionnant grâce au bénévolat.

2. Les organismes de l'économie sociale et solidaire : coordination et articulation des acteurs Silver Eco

La Bretagne est une terre d'économie sociale et solidaire. C'est l'une des premières régions françaises pour le poids de l'ESS dans l'emploi local. Comme partout, l'ESS est un acteur majeur de la cohésion des territoires, que ce soit dans les services aux personnes les plus fragiles ou dans l'animation des territoires.

Sur la période récente, l'ESS a bien plus contribué à la création d'emploi que le reste de l'économie privée. Sa croissance, portée principalement par le secteur médico-social, est supérieure à la moyenne régionale.

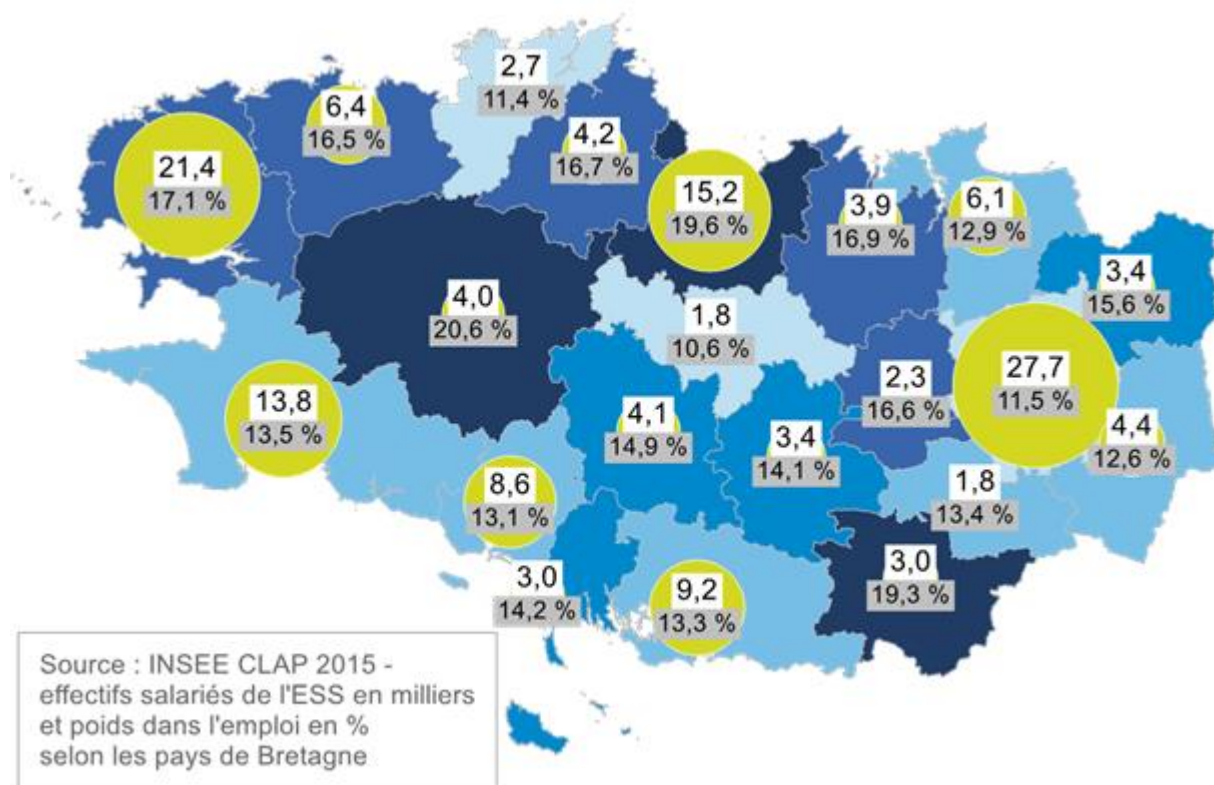


Figure 4. Poids de l'ESS dans l'emploi breton

Elément clé de la coordination régionale de l'ESS et de la mise en place d'une stratégie, la Chambre Régionale de l'Economie Sociale et Solidaire (CRESS), anime le secteur, en étant le lien direct entre les pouvoirs publics d'un côté, et les acteurs privés de l'autre.

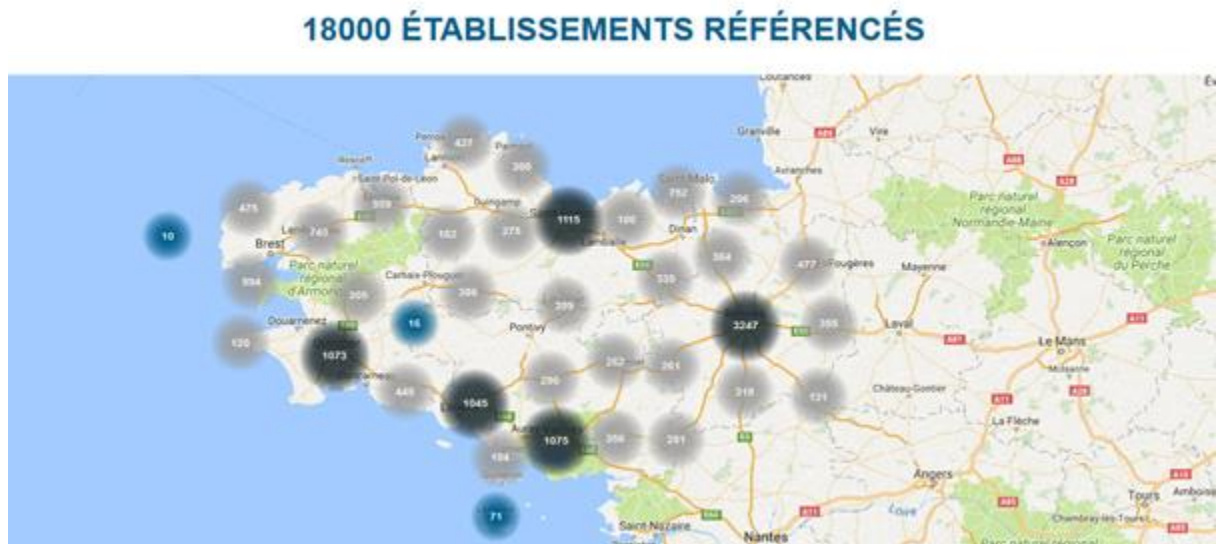


Figure 5. Carte des établissements référencés ESS en Bretagne. Source : CRESS.

La CRESS est impliquée dans le domaine de la Silver Economy, et travaille conjointement avec Kozh Ensemble (le Gérontopôle), organisme positionné sur le secteur.

Ses objectifs sont multiples : permettre à chaque personne de bien vieillir, favoriser la transversalité des actions gérontologiques, et faire du vieillissement un atout pour le territoire.



Figure 6. Démarche de Kozh Ensemble dans la réalisation et l'expérimentation à travers les labs.

Le Gérontopôle Breton Kozh Ensemble est une pépinière d'expérimentations destinée à lancer des actions opérationnelles. Les Labs sont des espaces de rencontre et de transversalité du Gérontopôle. Ils rassemblent des personnes qui réfléchissent, échangent, partagent, co-construisent, lancent des projets, organisent des événements, conférences, etc. sur une thématique du bien vieillir donnée.

3. Recensement des acteurs sur la Région Bretagne

Figure 7. Les acteurs de l'ESS et du vieillissement²

<p><u>Les services d'hébergement</u></p>	<p>13% des ménages de 65 ans et plus vivent dans le logement social alors qu'ils étaient 10% voici 20 ans.</p> <p>Les centres d'hébergement</p> <p>La Bretagne recense un peu plus de 600 établissements pour personnes âgées : 473 EHPAD, 35 USLD et 98 logements- foyers.</p> <p>EHPAD (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes)</p> <p>EHPA (établissements d'hébergement pour personnes âgées)</p> <p>PUV (petites unités de vie)</p> <p>MARPA (maisons d'accueil rurales pour personnes âgées)</p> <p>Autres acteurs : Résidences-sénior, foyers-soleil</p>
<p><u>La construction de logements adaptés et accessibles</u></p>	<p>L'Union Sociale de l'Habitat (USH)</p> <p>Centre de développement pour l'habitat et l'aménagement du territoire : programme d'aide au financement des rénovations de logement pour personnes âgées.</p> <p>Domisil'</p> <p>Le Conseil départemental du Finistère et le projet AMI</p>
<p><u>Les résidences expérimentales</u></p>	<p>Pierre Angulaire</p> <p>Entreprendre pour humaniser la dépendance</p> <p>Habitat & Humanisme</p> <p>La Maison en ville</p> <p>L'Oasis du Désert (Gérontopolis)</p>
<p><u>Les services liés à l'aménagement du logement</u></p>	<p>PharmaOuest : Fabrication de literie, vêtements et matériels d'hygiène à destination des personnes âgées via intermède des EHPAD.</p>

² Liste non exhaustive

<u>Les services de soins et de santé</u>	Assia réseau UNA: http://www.assia-una.fr/fr/ Acteurs du médico-social à but non lucratif : Uniopss, UNA, ADMR, Adessadomicile
<u>Les services de sociabilité</u>	Seniors Evasion : (Shooting photo, Matches de foot, balades au zoo, restaurants, cinémas, après-midis beauté, journées à la mer, après-midi shopping, week-ends, vacances etc.) Silver Breizh (veranda Line)
<u>Les organes de coordination</u>	Gérontopôle : Kozh Ensemble à Rennes Harmonie Mutuelle, la Chambre Régionale de l'Economie Sociale et Solidaire

Figure 8. Les acteurs labellisé Silver Eco en Bretagne, par département

<u>DEPARTEMENTS</u>	<u>Acteurs Silver Eco</u>
Ille-et-Vilaine : 17 acteurs	Pacé : NEOTEC VISION Saint-Grégoire : Solution Silver Habitat Cesson-Sévigné : MFC Plateforme Santé : e-santé Rennes : - ELDERIS : tv connectées. - ALADOM - Les MENUS SERVICES : livraison à domicile - SYLVIE HUREL - MORGAN'IT : cabinet de conseil - Agence PLURI'ELLE - Presses de l'Ecole des Hautes études en Santé Publique - Gourmet-Santé - COMMUNICARTES - CUSTOS Vitré : MMO international : lits médicalisés.

	<p>Combourg : AGECLIC : accueil, écoute, information.</p> <p>Miniac Morvan : Pharmaouest industries : dispositifs médicaments, hygiène.</p> <p>Saint-Malo : Famileo : collocation intergénérationnelle, aménagement de l'habitat.</p>
Côtes D'Armor	<p>Dinard : EHPADIA</p> <p>Ploeuc-sur-lié : TABS (téléassistance Bretagne Sécurité)</p> <p>Saint-Brieuc : AGE d'OR SERVICES</p> <p>Plérin : - Association Pact-HD des Côtes d'Armor</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tiers-Relais : formation - ARKEA, télé- assistance et relais - ERGO Diffusion : produit de bien vieillir, nutrition <p>Plouha : CCE : (ACCEO) aide à la communication, culture, loisirs</p> <p>Plouézec : PMV Conseil : divers services aux professionnels, conseils</p> <p>Lannion : - Le Bel Age AD Seniors (Domalys) : produits adaptés au bien vieillir, mobilier.</p> <ul style="list-style-type: none"> - TICATAG : assistance à la personne à domicile, aide/application. <p>Perros-Guirec : DA F-GER (Bluelinea, Cogedim Club)</p>
Morbihan	<p>Services : domotique Alzheimer, prévention chute</p> <p>Nivillac : Fédération Française de domotique</p> <p>Guingamp : Domarmor Services : assistance à la personne</p> <p>Brech : Nuancier d'Images : aménagement habitat et hébergement</p> <p>Vannes : - Habitanova : aménagement salle de bain</p> <ul style="list-style-type: none"> - Junior Senior: assistance à domicile - MEDAVIZ: divers santé, conseil, généraliste, gériatre <p>Lorient : - VITY Technologie : domotique</p> <ul style="list-style-type: none"> - ACOMODO : domicile adapté, aménagement habitat : fauteuil relax

	Vannes : Habitat Nova Junior Senior Mediaviz
Finistère	<p>Brest :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ARKEA Assistance : téléassistance - ROSALIE LIFE : aménagement habitat (technologie, objets connectés) - AGELYANCE : fauteuils, lits, produits d'hygiène <p>Camars-sur-Mer : Terres et Rêves Smarthome : aménagement et domestique</p> <p>Quimper :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avenir Senior Plus : aide à domicile et service à la personne - TM'Habits : prestataire EHPAD, vestimentaire

C. Ecosystème et marché de consommateurs Seniors ; ce qui est fait sur le territoire breton ?

« On est dans la vie active et le jour où il n'y a plus ces occupations, les gens gardent du bénévolat, des choses comme ça, mais plus on vieillit moins c'est possible, et du coup c'est très facile de se trouver complètement isolé. Il n'y a plus de contraintes, les enfants sont loin ou s'il n'y a pas d'enfants, on est veuf ou veuve et puis l'envie n'est plus là. Ça s'entretient aussi. Cette envie de rester dans la vie active, la vie citoyenne ». ³ L'acte de consommation est un fait social, décliné en une multiplicité de comportements susceptibles d'être influencés par la variable de l'âge. Afin de pérenniser le marché de la Silver Economie, il est nécessaire de proposer une étude des comportements de consommateurs adaptés aux différents âges du cycle de vie et surtout aux divers stades du vieillissement. Il nous faut identifier et standardiser les besoins spécifiques des personnes âgées et comprendre comment favoriser au mieux l'émergence de structures capables d'y répondre ⁴.

³ Pitaud, Philippe, et Marika Redonet. « Solitude de l'âge, solitudes des âges », *Solitude et isolement des personnes âgées*. ERES, 2010, pp. 25-76.

⁴ GUIOT Denis, « Comprendre le consommateur âgé », De Boeck Supérieur, 2000

Selon un rapport du CREDOC⁵, en termes de consommation, on observe une baisse générale des dépenses et une modification de leur structure avec l'âge. Quatre postes du budget font l'objet d'une diminution des achats : l'habillement, le transport, l'alimentation et l'équipement du foyer. En revanche, les sommes consacrées à la santé augmentent de façon générale.

Le manque d'appétence est lié en partie à la solitude. La baisse de la consommation avec l'âge peut aussi traduire des inquiétudes dans une société plus incertaine où l'on craint pour l'avenir de ses enfants, mais aussi dans une société moins solidaire où l'on redoute par-dessus tout la perte d'autonomie.

1. Identification des besoins sur le marché des seniors

Quelle répartition des actes de consommation ?

Selon un rapport du CREDOC, les secteurs d'activités les plus représentés dans la consommation des séniors sont les suivantes :

- La santé (**57 % des dépenses de santé sont faites par des seniors**)
- L'alimentation (53 %)
- Les autres biens et services (51 %) dont les assurances (64 %) et les services et soins personnels (11 %)
- L'équipement du foyer (50 %)
- Les loisirs (49 %) dont les voyages tout compris (34 %), les services sportifs (22 %), les équipements de loisirs (16 %) et la presse papeterie (13 %)

L'accès à l'information

L'accès à l'information, que celle-ci concerne les réseaux de sociabilité, la santé, les habitats, l'alimentation, les conditions de mobilité et tout objet de consommation, est visé comme la première grande difficulté rencontrée par les personnes âgées. Ceux-ci n'ayant pas la même maîtrise des outils numériques, ils se retrouvent très souvent en situation d'aléa moral et cultivent la peur de consommer. D'autant plus que la maturité va initier des comportements d'achat plus

⁵ CREDOC, *Comment consomment les Seniors*, cahier de recherche du CREDOC, 2012.

réfléchis et plus orientés vers les besoins importants. Cela va se traduire par des temps de prises de décision plus longs, une plus grande nécessité d'accès à l'information. Il serait nécessaire de retrouver à l'échelle régionale et/ou départementale, un guichet informatif spécialisé dans les besoins liés au vieillissement et en relation avec les entrepreneurs de la Silver Économie.

Selon le rapport de AFNOR en 2014⁶, « plus de 70 % des répondants souhaiteraient disposer d'informations nutritionnelles, identifiables et faciles à lire. 67,3 % d'entre eux souhaitent la simplification des modes d'emploi pour les outils technologiques. L'information sur les structures d'accueil (EHPAD, accueils de jour ou temporaires, logements foyers, résidences services...) est demandée par 67 % de répondants et enfin, 66 % des répondants demandent de l'information sur les aides financières possibles et les démarches à suivre afin d'intégrer ces structures. »

Les conditions de mobilité

Selon les résultats de l'étude AFNOR en 2014, le besoin de mobilité des seniors est clairement exprimé :

- 51 % des répondants utilisent leur véhicule personnel
- 78 % prennent les transports en commun tels que le bus, le tram, le métro ou le RER
- 60 % d'entre eux souhaiteraient un accès plus facile aux transports en commun, une fréquence de passage plus importante et un tarif plus avantageux pour les personnes dites âgées ou handicapées
- 82 % des répondants se disent peu informés sur les possibilités d'avoir recours à un taxi conventionné, un véhicule sanitaire léger ou une ambulance.

Rester à domicile, un souhait majoritaire ?

Les politiques gouvernementales ont pris le parti depuis 1962 d'encourager au maintien à domicile des personnes âgées, « afin que les personnes âgées ne soient pas comme chassées de leur propre vie avant le jour de leur mort » (Mitterrand, 1982). Les années 60 initient à une culture du domicile, et proposent un nouveau projet éthique, considérant l'habitat collectif comme dépassé, et pensant

⁶ANFOR, enquête nationale de la Silver économie, « *Consommation : quelles sont les attentes des seniors ?* », 2014. Saisir les attentes principales des seniors quant à leurs besoins de consommateurs avertis.

correspondre aux besoins d'individualisation de chacun. Auparavant, l'accompagnement des personnes âgées étaient organisé par les familles et des associations confessionnelles, avant d'être encadrée par des politiques publiques et des activités professionnelles reconnues. Les enquêtes nationales affirment que 85% des personnes interrogées lors de l'enquête se disent ouverts aux services et technologies favorisant le maintien à domicile. Ce projet stimule de nombreuses innovations dans les *secteurs technologiques et informatiques, et favorisent l'emploi dans les secteurs tels que l'entretien de la maison et les travaux ménagers (82,8 %), le petit bricolage (54,9 %), la livraison des courses à domicile (42,5 %) ou encore le petit jardinage (40,8 %)*.

Néanmoins le postulat du maintien à domicile est remis en cause par les besoins en termes de médicalisation et parce qu'il est responsable d'un plus fort isolement des personnes âgées. Les réseaux de mobilité et de sociabilité autour du domicile, ne sont pas toujours suffisants pour permettre à l'individu de maintenir son intégration dans l'espace social. Nous assistons également à un renouvellement des formes d'habitat collectif et intergénérationnel, accompagné d'un projet culturel de solidarité, qui permettent de remettre en question la politique de maintien à domicile.

Nous avons rencontré la responsable du projet Ekip'âge, résidence collective accueillant des personnes âgées, basée à Saint Briec ; *« Un des projets récents va finalement permettre à des personnes qui ne souhaitent plus rester à domicile pour X raison (parce que ces personnes sont devenues veuves ou veuf, parce qu'elle ne conduit pas, quand les enfants sont loin, qu'on est complètement isolé, s'il n'y a plus personne autour), c'est qu'on a mis en place un espace commun, complétement aménagé, où les gens peuvent venir se rencontrer, peuvent regarder la télé, manger ensemble s'ils le souhaitent et avec un salarié présent quelques heures par semaines qui permet de stimuler un petit peu ce lien social. Donc on a créé ce projet à Dinard, on a une résidence qui s'appelle Ekip'age. Et notre salarié s'appelle un équipier dans l'idée que c'est aussi une équipe, tout le monde est là-dedans et mise aussi sur l'entraide entre les personnes, on a ouvert depuis décembre cette résidence. On a 36 logements, on va en avoir 30 occupés prochainement. On a ouvert mi-décembre. Donc là à ce jour on doit être 25 à peu près et on a d'autre réservés. »*

Dans ce projet ils ont réfléchi à *« Comment on anticipe ça et comment on permet aux gens de trouver une réponse alternative donc là c'est ce qu'on a essayé de faire et on a réfléchi sur un concept d'habitat accompagné des personnes autonomes. En disant comment on peut vieillir de*

façon autonome le plus longtemps possible ? Quelles sont les conditions favorables à ça ? ». Ils ont identifié trois conditions nécessaires à la mise en place de ce projet :

- « La première c'est d'être au centre-ville ou au centre-bourg, on peut faire ses courses à pieds : la boulangerie, la supérette avec des services de soin potentiels, des médecins.
- Le deuxième, c'est d'avoir des logements qui soient bien entendu confortables, fonctionnels modernes. Donc pour ça on a mis quelques aménagements dans le logement sans pour autant faire une chambre d'EHPAD bis, c'était pas du tout le projet.
- Le troisième c'est le lien social c'est à dire comment on continu à maintenir du lien social entre les personnes »

Les réseaux de sociabilité ?

Enfin, l'enjeu fondamental lié au vieillissement des individus est la conservation du lien social, la lutte contre l'isolement.

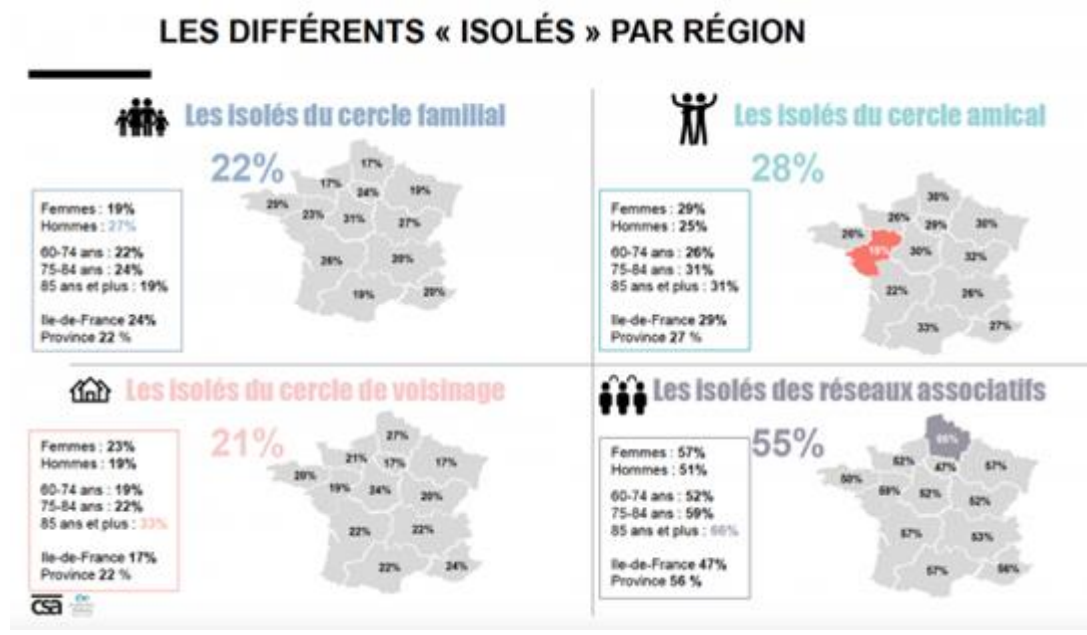


Figure 9. Etude solitude et isolement, quand on a plus de 60 ans en France en 2017

Cette étude des petits frères des pauvres, « Solitude et isolement, quand on a plus de 60 ans en France en 2017 », dresse également le profil types de la personne la plus isolée, qui serait incarné par une femme de plus 75 ans et possédant des revenus modestes.

Il faut repenser les modalités d'hébergement, collectif et intergénérationnel, ainsi que les réseaux de transport afin de pallier la perte de lien social. Certaines associations luttent également, en proposant des activités ou voyages séniors. Néanmoins il manque une mise en réseaux de tous ces acteurs sur le territoire régional, qui leur accorderait une meilleure visibilité.

2. Les projets mis en place sur le territoire Breton

Nous avons rencontré dans le cadre de ce projet de recherche de nombreux acteurs de la Silver Économie, qui nous ont fait part de leurs projets régionaux. Nous allons ici présenter l'association Siel Bleu et la Start Up Familéo, afin de présenter des exemples d'innovations et de coopérations entreprises sur le territoire breton.

Siel Bleu, activités de remise en formes physiques :

Le Groupe Associatif Siel Bleu a pour objectif la prévention santé et l'amélioration de la qualité de vie des personnes en situation de fragilité, c'est-à-dire à la fois les Séniors et personnes âgées, mais également les personnes en situation de handicap, les personnes atteintes de maladies chroniques, les aidants, les personnes en fragilité sociale... Ils utilisent l'activité physique adaptée comme offre thérapeutique à part entière dans le cadre des maladies chroniques. « *Pour notre part, oui, nous collaborons avec EHPAD, maisons de retraite, MARPA, hôpitaux... dans le sens où nous y intervenons, et très souvent on observe une grande collaboration entre le personnel des structures et les chargés de prévention sielbleusiens pour le bien-être des patients.* »

La start-up Famileo (Saint-Malo) :

Famileo a imaginé une application numérique privée, de type Facebook, où les enfants de personnes âgées inscrivent des messages et photographies à l'aide de leurs outils numériques de


communication, et l'interface imprime ceci sous forme de gazette, afin de les rendre accessibles aux personnes âgées. C'est un service qui est aussi proposé dans les EHPAD et coûte autour de 40-50 euros par mois.

Les membres de l'association n'ont pas réussi à trouver de soutiens en Bretagne et sont affiliés à la Silver éco parisienne, favorisant l'émergence de start-up dans le champ de la SE. Néanmoins, ils dénoncent l'absence de structure d'accueil, de promotion, de collaboration et de visibilité, sur le territoire breton.

3. Répondre à un écosystème transversal ; un plan métier

Enfin, à la suite de nombreux entretiens nous avons pu soulever l'absence de coopération entre les structures d'aide au vieillissement et l'absence d'initiatives transversales, permettant de stimuler la construction d'une filière Silver économie. L'une des propositions souvent évoquées est celle de lancer un « plan métiers » pour la Silver économie visant : dans une vision prospective, à déterminer les besoins en compétences et les métiers de la filière et à concevoir l'offre de formation correspondante ; sur le court terme, à rendre attractifs et valoriser les métiers de l'assistance aux personnes âgées notamment par la formation à l'usage des technologies de la communication. Jusqu'ici cloisonnés, autour du clivage entre domicile et établissements, aides techniques et aides humaines, des acteurs de l'accompagnement des personnes âgées cherchent à créer des synergies à la création de parcours de la personne âgée, du domicile aux EHPAD, en passant par les résidences services pour Seniors et la Silver Economie. Un des cas les plus avancés est le groupe Orpéa qui est devenu propriétaire des deux réseaux de services Adhap Services et Domidom.

Le territoire breton dispose de nombreuses ressources et organisations ayant pour ambition de répondre aux besoins croissants du vieillissement. Néanmoins nous avons pu remarquer que d'une part, ce sont avant tout les enjeux de l'hébergement et de la santé qui sont pris en compte, et que d'autres part qu'il n'existe que très peu d'innovation dans les modèles organisationnels de prise en charge des personnes âgées. Nous retrouvons toujours ce même clivage EHPAD/maintien à domicile, sans que ne soit proposé d'alternatives plus adaptées à une catégorie de personne en pleine évolution.



Quelques associations ou entreprises privées (Start-up) émergent afin de créer une offre répondant aux besoins de sociabilité des personnes âgées. Toutefois, ces structures innovantes dénoncent au cours des entretiens l'absence de plateforme coopérative et de réseaux entre les acteurs du vieillissement, et en appel aux autorités publiques pour renforcer la filière Silver Économie. En effet, l'idéalisation des besoins et les secteurs d'activités sont très cloisonnés, ce qui ne permet pas de penser la Silver Économie à travers une vision globale et transversale.

Nous allons désormais focaliser notre étude sur les besoins les plus mis en avant à l'agenda politique ; l'hébergement et la santé, afin de comprendre comment les acteurs privés à but lucratif, à but non lucratif et publics interagissent, coopèrent ou se concurrencent, au sein de ce nouveau marché du vieillissement.

II. Les mutations du médico-social

Le vieillissement est traditionnellement abordé sous l'aspect du médico-social et notamment à travers le prisme de la dépendance. C'est cet aspect que nous allons développer ici.

En 1997, la Prestation Spécifique Dépendance (PSD) vient compléter l'Allocation Compensatrice pour Tiers Personne (ACTP) en introduisant une distinction entre personnes handicapées (de moins de 60 ans) relevant de l'ACTP, et personnes dépendantes (de plus de 60 ans) relevant de la PSD. Mais certains limitent le recours à cette aide : les sommes servies au titre de la PSD font l'objet d'un recouvrement sur la succession et les emplois de services à domicile concurrencent fortement les aides mise en place par la PSD. De plus, le montant de l'aide était fixé par chaque département ce qui conduisait à de fortes disparités territoriales. Tous ces aspects, combinés à l'accroissement du nombre de personne de moins en moins autonomes dans les gestes de tous les jours ont amenés les pouvoirs publics à repenser les modes de prise en charge de ces Séniors.

En effet, selon un acteur de Mutualité Française Côtes d'Armor, les personnes sont de moins en moins autonomes. Nous voyons arriver « les premières générations arrivant massivement à 80-90 ans. Avant, les personnes de cet âge étaient plus rares, aujourd'hui ce phénomène de Grand Âge est vraiment massif. »

Le 20 juillet 2001, l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) remplace la prestation spécifique dépendance (PSD) et vient « solvabiliser » les personnes âgées confrontées au coût de la prise en charge de leur niveau de dépendance. Pour bénéficier de l'APA, il faut être classés en GIR 1 à 4 (le niveau de perte d'autonomie est évalué à l'aide de la grille AGGIR), âgés de 60 ans et plus, attestant d'une résidence stable et régulière en France. L'APA finance un plan d'aide au maintien de son autonomie, si la personne est à domicile. Dans le cas d'un hébergement en institution, l'APA couvre les frais engagés par l'établissement pour le maintien de son autonomie. Nous reviendrons antérieurement sur ses modalités de calcul de l'allocation.

Dans ce même contexte, le financement des structures d'accueil prend la forme d'une tarification ternaire entre l'établissement, le Conseil Général et le représentant de l'État dans le département, associée à une obligation de démarche qualité faisant l'objet d'une contractualisation Cette

contractualisation connaît de nouveaux changements avec la mise en place des CPOM, que nous développerons dans ce chapitre.

Cet historique est important car il souligne comment la politique publique du vieillissement se concentre sur l'aspect dépendance.

En intégrant ce volet dépendance, les maisons de retraites se dotent d'équipements et de personnel médical. Depuis la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, les maisons de retraite médicalisées changent de statut pour devenir progressivement des EHPAD. Initialement le choix de la maison de retraite était plus un goût pour la vie collective et son animation. Un acteur de Mutualité Française Côtes d'Armor nous explique la médicalisation progressive des structures d'accueil :

« La dépendance a été un gros sujet. Et c'est le seul sujet qui a été pris en charge en termes de réflexion et de moyens. Tous les foyers logements ont été incités à devenir des EHPAD, c'est à dire des hébergements pour des personnes âgées dépendances, des établissements médicalisés. C'est du soin de longue durée. Nous ne sommes plus dans un projet de vie, nous sommes dans un point de vue médical. »

Quels acteurs de la perte d'autonomie en Bretagne ?

Les structures de la perte d'autonomie en Bretagne peuvent être publiques, privées à but lucratif ou non lucratif. Les différences entre chaque structure peuvent être poreuses, mais elles résultent d'une prise en charge différenciée du degré de dépendance des personnes.

Les personnes âgées peuvent être prises en charge de diverses façons selon leur dépendance, leur choix, le choix politique privilégié sur le territoire en question. Il nous faut alors distinguer les différentes structures d'accueil de personnes âgées, ou maisons de retraite. La maison de retraite est une structure d'accueil permanente ou temporaire pour les personnes âgées qui ne peuvent ou ne veulent pas rester à domicile.

Tableau 1. Les structures de la prise en charge de la dépendance

<p>Résidence Autonomie (RA), au foyer logement</p>	<p>C'est une forme hybride entre le domicile et l'EHPAD. La résidence autonomie est destinée aux personnes nécessitant seulement un cadre de vie sécurisant et/ou faisant le choix d'une vie collective. La personne dispose d'un appartement personnel, de parties de vie commune et de services collectifs comme l'animation, la restauration...</p>
<p>Résidence avec services :</p>	<p>La résidence service est une structure similaire à la Résidence Autonomie, si ce n'est qu'elle n'est pas un établissement médico-social</p>
<p>EHPAD :</p>	<p>Un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes est une structure médicalisée habilitée par l'Etat à recevoir des personnes de plus de 60 ans en perte d'autonomie. C'est un établissement médico-social plus médicalisé que la RA, prenant en charge des personnes âgées en perte d'autonomie de façon temporaire ou permanente.</p>
<p>Maison d'Accueil et de Résidence pour l'Autonomie (MARPA):</p>	<p>Ce sont des petites unités de vie limité à 24 personnes où la prise en charge de la personne peut être très variable selon les besoins. Cette petite structure permet d'éviter un déracinement des personnes ayant, par exemple, vécu à la campagne.</p>

L'aide à domicile et soins infirmiers :	Les Service d'Accompagnement et d'Aide à Domicile (SAAD) se distinguent des Services de soins Infirmiers à Domicile (SSIAD). Les SAAD concernent toute l'aide nécessaire dans la vie quotidienne (ménage, repas, blanchisserie...). Les SSIAD représente une offre de soin.
--	---

Figure 10. Les structures de la prise en charge de la dépendance

L'aide à domicile

Il convient de réaliser un rapide état des lieux des établissements et organisations gérant la dépendance des personnes âgées en Bretagne. Nous nous concentrerons principalement sur les EHPAD, mais nous pouvons également distinguer les acteurs de l'aide à domicile sur le territoire breton.

Nous constatons trois types d'acteurs : les acteurs publics, les acteurs privés à caractère commercial et les acteurs privés à but non lucratif. A partir de la base FINESS, il nous ait rendu possible de réaliser un état des lieux des Services Médico-sociaux à domicile. Cela regroupe l'aide-ménagère, le soin, le port de repas et l'aide à l'adaptation de la perte d'autonomie. A noter que nous considérons ici tout type de service à domicile sans différencier l'aide à domicile destinée aux personnes âgées des autres services d'aide à domicile possible, la base de données ne permettant pas de faire ce filtrage de données.


	Côtes d'Armor	Finistère	Morbihan	Ille-et-Vilaine	Bretagne
Nombre d'acteurs	133	225	192	349	899
Part du public	40,6% (54)	13,8% (31)	57,3% (110)	65,6% (229)	47,2% (424)
Part du privé lucratif	17,3% (23)	1,3% (3)	5,7% (11)	3,2% (11)	5,3% (48)
Part du privé non lucratif	42,1% (56)	84,9% (191)	37% (71)	31,2% (109)	47,5% (427)

Figure 6. Données : base FINESS.

Sur l'ensemble de la région, les acteurs publics et privés à but non lucratif sont fortement majoritaires dans le domaine du service à la personne et présents en proposition équivalente. Cependant, la part importante des structures privées non lucratives dans le département du Finistère et la prédominance des structures publiques en Ille-et-Vilaine sont notables. Ces différences fortes de l'écosystème du service à domicile au sein du territoire breton témoignent des dynamiques propres de chaque département qui nécessitent une prise en compte différenciées en fonction de ses réseaux d'acteurs.

En termes d'organisation, l'aide à domicile est principalement fédérée en réseau garantissant des démarches de qualités aux consommateurs. Nous distinguons les trois principaux réseaux réunissant des organismes publics et privés :

- L'Union Nationale d'Aide, des soins et des services à domicile (UNA), regroupant en Bretagne Domicile Action Trégor dans les Côtes d'Armor, le SSIAD des Abers, le CCAS de Quimper dans le Finistère, ASSIA Réseau UNA en Ille-et-Vilaine et ASSAP CLARPA, AMPER et le CCAS de Lorient dans le Morbihan.
- L'ADMR, organisée en associations locales autonomes. L'ensemble de ces associations



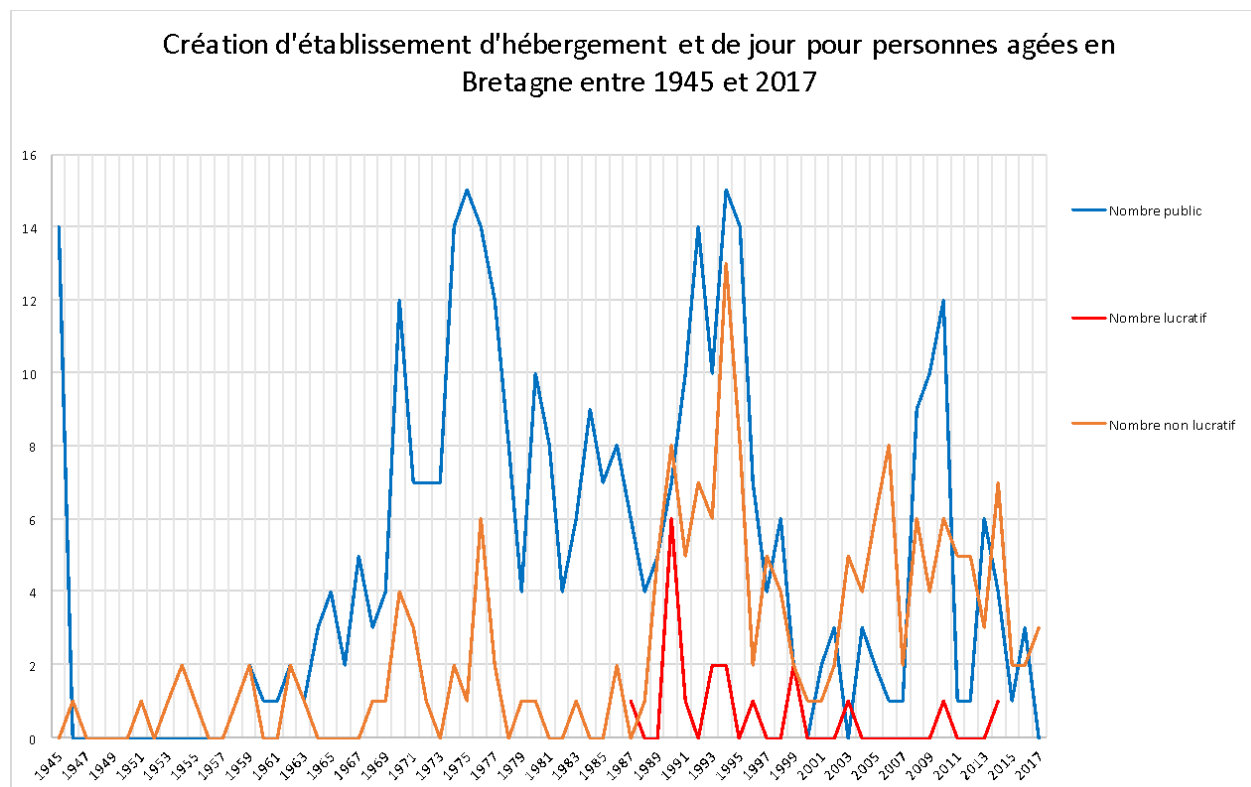
adhèrent aux fédérations départementales qui jouent un rôle de soutien logistique et de représentativité auprès des collectivités locales et des organismes sociaux.

- Adessadomicile qui est issue de la fusion en 2009 de deux fédérations d'employeurs à but non lucratif (A DOMICILE et ADESSA). Reconnue d'utilité publique depuis 1938, Adessadomicile représente 350 associations et organismes gestionnaires à but non lucratif œuvrant dans l'aide, le soin à domicile et les services à la personne.

Avec un maillage territorial riche, ces réseaux entendent fédérer les acteurs et soutenir le développement des activités des associations et des structures gestionnaires à but non lucratif et intégrant également des structures publiques. Véhiculant les valeurs de solidarité, de proximité humaine, ces structures peuvent ainsi se positionner comme réseau acteur de l'ESS en Bretagne.

Les EHPAD

Afin d'établir un rapide état des lieux des EHPAD, nous utilisons les données de recensement des établissements de la base FINESS qui nous ont été fournies par la CRESS de Bretagne. Nous distinguerons les différents types d'établissement d'accueil des personnes âgées.



Nous pouvons ici distinguer les créations d'EHPAD par catégorie (publique, privée à but non lucratif et privée à caractère commercial). La création d'établissement reste surtout publique. Nous constatons une nette augmentation de la création d'établissements publics sur la période des Trente Glorieuses puis dans les années 1990, pour les trois types de secteurs.

Le secteur commercial entre dans le marché des EHPAD récemment avec une première construction en 1987.

La Bretagne est la région la mieux équipée relativement à sa population de plus de 80 ans d'après l'étude réalisée par Retraite Plus en 2017. L'analyse montre qu'il y a 0.24 place par personne de

plus de 80 ans, soit environ 1 place pour 4. Les résultats indiquent qu'il y a en moyenne en France 1 lit disponible en EHPAD pour 6 personnes âgées de plus de 80 ans. Par ailleurs, cette offre s'amenuise dans certaines régions pour atteindre le chiffre d'une place pour 9 seniors.

Nous constatons un léger ralentissement de l'activité des EHPAD, qui devraient néanmoins accueillir 375 000 nouveaux résidents à l'horizon 2040. Parce qu'ils accueillent des personnes plus âgées, plus dépendantes, aux pathologies plus conséquentes, les EHPAD doivent renforcer leur offre de soin et se doter de personnels tout en respectant des fonctionnements financiers très serrés. Malgré ces difficultés, ils doivent rester des lieux de vie, d'animation, des lieux de contacts humains avec des services personnalisés. Nous allons revenir sur les différentes mutations que traverse ce type d'acteurs du territoire en rappelant les modalités de financement, en démystifiant la notion de privatisation du secteur et en soulignant les différentes alternatives.

A. Fonctionnement financier

Un membre de l'UNA alerte sur le fait que l'offre d'accompagnement des organismes médico-sociaux par l'Etat ne correspond pas à la réalité. En termes de réponse à la « perte d'autonomie », la CNSA doit financer près de 950 millions d'euros dont 450 millions d'APA, 150 millions pour l'aide d'aide technique et le reste réparti sur divers pour projets et dispositifs pour les aidants. Et selon Bernard Ennuyer, sociologue de la vieillesse, du vieillissement et du handicap, il faudrait 2 milliards d'euros pour remettre le secteur complètement à flot.

1. Explication du financement des établissements médico-sociaux

Les coûts de l'établissement médico-social sont ternaires avec une partie hébergement, une partie soins et une partie dépendance.

Selon le Code de l'Action Social et des Familles, la partie hébergement représente la fourniture du gîte et du couvert non lié à l'état de dépendance du résident, la « dépendance » recouvre le matériel, l'assistance et la surveillance nécessaires à l'accueil de la personne dans le cadre de sa perte d'autonomie et enfin la partie « soins » prend en compte les prestations médicales et

paramédicales.

Le financement de la partie soin

Le forfait global relatif aux soins correspond aux soins et prestations délivrés aux résidents affiliés à un régime obligatoire de base de sécurité sociale, auquel s'ajoutent les tarifs journaliers correspondant aux soins et prestations délivrés aux autres résidents. Il inclut 70 % des dépenses relatives aux aides-soignants et aux aides médico-psychologiques et 100 % de celles relatives aux infirmiers, aux autres auxiliaires médicaux, aux pharmaciens et préparateurs en pharmacie et au médecin.

La partie soins est prise en charge par l'assurance maladie. Le niveau de financement des prestations en soins est calculé par le biais d'une équation sur le niveau des besoins en soins requis par les résidents de l'EHPAD. Un médecin désigné par le président du conseil départemental et le directeur général de l'ARS calculent les tarifs soins à partir du GMP et du PMP.

D'après la campagne budgétaire 2017 de l'ARS Bretagne, l'enveloppe régionale de 2017 correspond à 649 327 814€, soit une augmentation de 2,50% par rapport à 2016.

Le financement de l'hébergement

La partie hébergement recouvre l'ensemble des prestations d'administration générale, d'accueil hôtelier, de restauration, de blanchisserie et d'animation de la vie sociale qui ne sont pas liées à la dépendance du résident.

En général, l'hébergement est entièrement à la charge du résident ou de sa famille, déduction faite, éventuellement, de l'APL. Dans les établissements habilités à l'aide sociale, le conseil général, sous condition de ressources, peut prendre à sa charge ce tarif.

Le reste à charge pour le résident est l'hébergement et un pourcentage du tarif dépendance, le talon modérateur. En résumé, environ 63% restent à la charge du résident non admis à l'aide sociale, 28% sont financés par l'Etat et 9% par le conseil général.

Le financement de la dépendance

Le tarif dépendance recouvre le matériel, l'assistance et la surveillance nécessaires à l'accueil de la personne dans le cadre de sa perte d'autonomie. Liés à l'état de dépendance ; par exemple,

l'aide à l'habillage, à la toilette ou aux repas, des produits pour l'incontinence, ainsi que des suppléments de blanchisserie. Le tarif « dépendance » inclut 30 % des dépenses relatives aux agents de service affectés au blanchissage, au nettoyage et au service des repas, 30 % de celles relatives aux aides-soignants et aux aides médico-psychologiques et 100 % des dépenses relatives au psychologue. Il est assujéti à une TVA de 5,5 %, si l'établissement est à but lucratif.

Pour la partie dépendance, chaque établissement se voit verser une dotation par le conseil départemental, selon la dépendance moyenne de l'établissement, via l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA).

L'APA est une allocation à destination des personnes en perte d'autonomie et donc qui ont besoin d'aide pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne (se lever, se laver, s'habiller). La dotation est calculée en fonction d'un indicateur, Gir Moyen Pondéré (GMP). Le GMP traduit le niveau de dépendance moyen des résidents de l'établissement.

Les acteurs interrogés constatent que ce GMP est en augmentation continue du fait de deux logiques concrètes. Les personnes âgées déjà résidentes vieillissent, voyant leur dépendance augmenter. Et de l'autre côté, l'entrée en établissement se fait de plus en plus tard. Une enquête du cabinet d'audit KPMG fait le même constat en Décembre 2015. D'après l'étude, en 25 ans, l'âge moyen d'entrée en maison de retraite est passé de 80,2 ans à 85,06 ans. Une plus lourde perte d'autonomie est alors à la charge de l'EHPAD, alourdissant le GMP.

De plus, le GMP est un indicateur (cf grille AGGIR). Il ne peut rendre compte de la parfaite réalité de la dépendance d'un établissement, notamment sur la dépendance psychique.

La dotation est financée par l'APA versée par le Conseil départemental et réévaluée chaque année en fonction du GMP. Une partie du tarif dépendance reste à la charge du résident, c'est le « Ticket modérateur ». Il est le même pour tout résident d'un même département quel que soit son niveau de dépendance ou son établissement. Le ticket modérateur est négocié avec le département : en 2018, il représente 6,12€ par jour en Ille-et-Vilaine.

Le talon modérateur à la journée peut alors différer d'un département à un autre. Les acteurs de l'ESS bretons alertent sur les conséquences de telles différenciations territoriales. A terme, la

différence de talon modérateur pourrait mener à une fracture socio-spatiale entre les départements, les personnes au pouvoir d'achat plus important pouvant se permettre un reste à charge plus élevé.

2. Analyse de la réforme

Face au constat du vieillissement démographique, du bouleversement des collectifs (structure familiale, changement des formes d'engagement, nouvelles technologies accélérant la communication ou transformant les rapports), d'une crise de la protection sociale, de la décentralisation et territorialisation sociétale, de la résurgence des phénomènes de précarité, ainsi que l'hybridation des statuts d'activité, émergence de la Big Data et l'impératif du développement durable comment les acteurs publics réagissent ?

L'action publique du vieillissement est en pleine mutation, la loi relative à l'Adaptation de la Société au Vieillissement (ASV)⁷ modernise les directives. Elle vient apporter un accompagnement des parcours et des compléments de financement public. Initiée par Michèle Delaunay, elle est finalement votée en 2015 et appliquée en 2016.

La loi d'adaptation de la société au vieillissement représente un changement de paradigme dans les politiques du vieillissement. Cette politique vise à anticiper la perte d'autonomie. Elle consiste en un renforcement des APA, une aide technique renouvelée et présente projet de loi sur le positionnement des aidants.

Cependant, le sociologue Bernard Ennuyer interpelle sur l'insuffisance des financements mis en jeu dans la loi ASV. Pour lui, les conséquences seront une augmentation de la charge sur les ménages privés.

De plus, le 1er janvier 2017 marque l'entrée en vigueur de la réforme de la tarification et de la contractualisation des EHPAD. La nouvelle réforme est l'occasion de refixer les dotations, les PMP et GMP. Mais elle est aussi un désengagement des responsabilités des départements et des ARS en passant d'une tutelle à une contractualisation. Et, avec la nécessité de la convergence des forfaits soins et dépendances, la FHF (Fédération Hospitalière de France) et les directions d'EHPAD

⁷ LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

publics et privés à but non lucratif s'inquiètent d'un nivellement par le bas de la part des collectivités.

La loi ASV et la réforme de la tarification sont soumis à controverse. Et le mouvement s'accélère à l'annonce du bilan financier 2018. Cette controverse est une démarche susceptible de construire les projets en confrontant les réalités plurielles d'un problème.⁸ Elle permet aux acteurs locaux de se manifester et de prendre des positions publiques. Tous sont amenés à expliciter leurs investissements respectifs et les fondements de ceux-ci. Ainsi, en plus des structures d'accueil, ce sont les corps de métier qui s'expriment. La controverse redistribue ainsi des positions dans les configurations d'acteurs publics et privés déjà en place.⁹

Ainsi, nous constatons de réelles difficultés de financement de la part des établissements. D'après la responsable du CCAS de la ville de Rennes, les insuffisances de moyens ont pour conséquence une pénibilité pour le personnel et une insuffisance de qualité pour les résidents. De plus, les différentes études sur « la charge de la dépendance » font le constat d'une lourdeur pour la collectivité publique avec l'injonction à la baisse des dépenses ou les réflexions sur une contribution privée renforcée. La diffusion de cette idée de « poids financier » participe au renforcement des connotations négatives associées à nos personnes âgées, et même aux jeunes retraités.


Dans une logique de baisse des dépenses, la contribution publique est questionnée. L'idée d'une délégation de service public dans le secteur est même soumise.¹⁰ La place grandissante des mutuelles dans la problématique en est la première manifestation.

Les réflexions visent à limiter la dépense en bornant cette contribution publique. Il s'agit de redéfinir l'ensemble de biens et services auquel les personnes âgées ont droit. Cela se joue en partie au niveau de la définition des plans d'aide par l'équipe médico-sociale et à leur acceptation par le président du conseil départemental. Il y a là une forme d'ajustement de fait qui est déjà mise en place et une remise en cause implicite de la position soutenue par la loi d'une prise en charge

⁸ Pierre Lascoumes, « Controverse », in Laurie Boussaguet *et al.*, *Dictionnaire des politiques publiques*, Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P.) « Références », 2014 (4e éd.), p174-175.

⁹ *ibid.* p51.

¹⁰ Selon un membre de l'UNA.



personnalisée, adaptable et évolutive, au fur et à mesure de l'évolution des besoins des personnes âgées.

Le niveau de médicalisation peut être utilisé pour limiter les dépenses, en particulier en EHPAD. Le débat est posé de savoir s'il faut poursuivre dans la construction d'EHPAD médicalisés ou s'il ne faut pas remettre en place l'équivalent de Résidence Autonomie.

De plus, une logique gestionnaire se manifeste par la mise en place des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) et d'un forfait global relatif à la dépendance. Le CPOM est, en terme juridique le contrat par lequel un organisme gestionnaire d'établissements ou services sociaux ou médico-sociaux s'engage auprès d'une autorité de tarification sur une période pluriannuelle pour, en fonction des objectifs d'activité poursuivis par ses établissements, bénéficier d'allocations budgétaires correspondantes. On assistera à une homogénéisation des coûts et ressources des EHPAD.

En effet, l'article 58 de la loi d'adaptation de la société au vieillissement prévoit un pilotage par les ressources (et non plus par les dépenses) en prévoyant le passage à un financement forfaitaire des soins. Celui-ci reposera, pour la partie des ressources allouées à l'hébergement permanent, sur une équation tarifaire tenant compte du niveau de perte d'autonomie et du besoin en soins des résidents (mesurés à l'aide des outils AGGIR et PATHOS). Des financements complémentaires interviendront pour les autres modalités d'accueil (accueil temporaire notamment). La prévision des produits détermine dorénavant celle des charges. L'application d'un nouveau forfait dépendance, ce qui se traduira à terme par une baisse des dotations annuelles allouées aux maisons de retraite, à hauteur de 200 millions d'euros.

Au niveau des établissements, un pilotage par les ressources nécessitant une réforme des règles budgétaires et comptables, avec notamment la mise en place d'un état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD).

Le Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de moyens (CPOM)

La loi d'adaptation de la société au vieillissement prévoit que le CPOM, obligatoire pour tous les EHPAD, se substitue à la convention tripartite à compter du 1er janvier 2017.

Lorsqu'un établissement voit sa convention tripartite arriver à échéances, elle doit maintenant effectuer un CPOM. Si un CPOM doit être signé pour chaque établissement, il y a possibilité de signer un seul CPOM avec le gestionnaire et pas sur tous les établissements autonomie.

Le CPOM ne permet pas de calculer un axe qualitatif, il n'y a pas d'indicateur de qualité. L'objectif de l'Etat est de donner plus d'autonomie mais aussi plus de responsabilités avec une plus grande souplesse en termes de gestion dans les dépenses. On passe de la tutelle au contrat. Le but principal est de simplifier la contractualisation en réorganisant les relations avec les conseils départementaux et les agences régionales de santé (ARS).

Le budget peut donc être géré sur une période de 5 ans avec de plus grandes marges de manœuvre sur leur budget. Les gestionnaires pourront ainsi allouer librement les moyens sur les structures qu'ils gèrent. La gestion du budget est réalisée par structure et plus par établissement.

Quels impacts réels ?

Pour l'ARS Bretagne, cela apparaît comme une opportunité. L'objectif est d'encourager la mutualisation sur la restauration, la blanchisserie, le nettoyage et surtout sur la mutualisation des professionnels.¹¹

Ce contrat est une simplification gestionnaire et une responsabilisation. Le gestionnaire peut acter un CPOM global pour ses établissements au lieu de signer une convention tripartite pour chacun de ses EHPAD. CPOM qui pourra être conclu dans un cadre départemental voire régional permettra de mutualiser les moyens sur un nombre important d'EHPAD et/ou de services.

Le forfait global de soins est désormais modulable en fonction de l'activité réalisée au regard

¹¹ Ministère des solidarités et de la santé, Instruction no DGCS/SD5C/2017/96 du 21 mars 2017 relative à la mise en œuvre de l'arrêté du 3 mars 2017 fixant le contenu du cahier des charges du contrat d'objectifs et de moyens (CPOM) prévu au IV ter de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles et à l'articulation avec le CPOM prévu à l'article L. 313-12-2 du même code, p23.

de la capacité autorisée et financée d'hébergement permanent de l'établissement. L'activité est mesurée par le taux d'occupation de l'établissement, calculé en divisant le nombre de journées réalisées dans l'année par le nombre de journées théoriques correspondant à la capacité autorisée et financée de places d'hébergement permanent, multiplié par le nombre de journées d'ouverture de l'établissement. L'évaluation de la perte d'autonomie, et du besoin en soins est validée au plus tard le 30 juin de l'année précédente, ainsi les établissements sont sur des besoins plus réels.

Sur le soin, par exemple, votre activité et vos GMP et PMP définissent la dotation GMPS à laquelle vous avez droit. Ainsi, au début de chaque exercice, le gestionnaire reçoit son arrêté de tarification, basé sur cette dotation. Il transmet alors à l'ARS et au Conseil Départemental son EPRD – État Prévisionnel des Ressources et des Dépenses – qui détaille comment il compte utiliser ses crédits. Mais lors du ERRD (Etat Réalisé des Recettes et des Dépenses), les excédents ni les déficits ne sont plus récupérés par l'ARS et le Conseil départemental.

Le 8 décembre 2016, à la journée du Synerpa à Paris, Cécile Lambert, sous-directrice des affaires financières à la direction générale de la cohésion sociale (DGCS) promet que « 85 % des établissements » vont être « bénéficiaires de cette réforme » en voyant « leurs ressources augmenter », avec la réforme puisqu'aujourd'hui, « 85 % des établissements sont en-dessous du plafond de tarification ». L'excédent pourra alors être utilisé librement par l'établissement.

Les craintes sont que si, dans le cadre des CPOM et de la convergence du ticket soins et dépendances, les dotations baissent et soient compensés par le budget hébergement à la charge des résidents. Cela revient à dire que les résidents payent le soin, auparavant financé par l'assurance maladie. Faut-il reporter sur la personne âgée, sa famille, son conjoint ou ses proches une partie de la prise en charge ?

Si la réforme s'applique depuis le 1er janvier 2017, sa mise en place est progressive. D'ici 2021, le CPOM va venir remplacer environ 6 000 conventions tripartites en France. Le CPOM est de nature obligatoire. Les EHPAD n'ayant pas signé de contrat d'ici 2021 verront leur forfait de soins annuel minoré. En Bretagne, les derniers CPOM de la période 2018-2021 ont été réalisés en concertation entre l'ARS et les conseils départementaux en décembre 2017. 299 gestionnaires ont

donc signé un CPOM, comprenant 347 structures d'accueil. Cela permet donc une économie d'échelle. Par exemple, l'association Les Amitiés d'Armor, dans le Finistère, signe un contrat global pour ses 9 établissements.

La logique gestionnaire, favorisant la performance économique des établissements médico-sociaux pose des problèmes éthiques en temps qu'ils prennent en charge une population âgée, fragile et parfois précaire. Dans ce contexte, les valeurs de l'ESS prennent tout leur sens.

B. Quelles alternatives financières face à la privatisation des activités publiques ?

Le système de financement est l'une des préoccupations principales des acteurs liés à la Silver économie. Depuis la naissance de la filière en 2014, nous avons assisté à l'émergence d'une industrie des services privés à but lucratif, d'abord surspécialisée dans la domotique et les technologies pour l'autonomie, et progressivement étendue à toutes les branches de la Silver économie. Ces start-up et entreprises privées à but lucratif se saisissent de l'opportunité d'un nouveau marché de consommateurs et viennent compléter ou concurrencer l'existence des services publics.

La grande majorité des structures liées à l'hébergement et au soin ont un statut public ou privé à but non lucratif, rendu possible par le système national de solidarité. Toutefois, les difficultés économiques et financières de l'Etat, les nouvelles appréhensions idéologiques du système de solidarité français, et la tendance générale à l'adoption des modalités du *new public management*, tendent à déstabiliser la pérennité des structures publiques. Effectivement, la sphère médiatique et les politiques du gouvernement actuel laissent entendre qu'il existerait un glissement du service public vers le privé (phénomène de privatisation), et que cela modifierait les conditions d'accès à la prise en charge, pour les personnes âgées.

Dans cette partie nous questionnerons la réalité de cet enjeu de *privatisation*, mais il s'agira principalement de se demander comment on peut, avec le système financier contemporain, espérer maintenir la viabilité du service public. Quelles alternatives pouvons-nous proposer au service public face aux coupes budgétaires et réformes tarifaires ? Comment réinventer le système de solidarité autour des thématiques du vieillissement ?

Pour comprendre les dynamiques financières, nous avons fait le choix de nous focaliser sur les services d'hébergement (établissements spécialisés et maintien à domicile). Ces services sont des enjeux fondamentaux au bien-être des personnes âgées, ils sont représentatifs des dynamiques économiques globales et depuis très récemment, ils sont l'objet de revendications sociales médiatisées. Le directeur des personnes âgées des Côtes d'Armor explique que « la priorité du département des Côtes d'Armor s'axe sur le domicile, maintien à domicile, c'est en lien avec les tendances nationales. »


1. État des lieux de la privatisation

Introduction à la notion de privatisation :

Dans son acception la plus brute, le processus de privatisation se traduit par la conversion de biens et services originellement publics, donc distribués dans le cadre d'une idéologie de solidarité collective, et financés par les ressources publiques, en biens privés. Le financement de ces biens et services devient donc à la charge individuelle de leurs bénéficiaires, justifiée notamment par le principe de libre choix de chacun.

Néanmoins, dans le cadre des EHPAD, « nous entendons par « privatisation » l'augmentation de la part de l'offre privée lucrative dans le secteur face à un tarissement de l'offre publique et de l'économie sociale »¹². La directrice des activités innovantes Mutualité Côtes d'Armor nous confirme qu'il n'y a que très peu de phénomène brut de privatisation mais que nous assistons davantage à une croissance de l'offre privée lucrative : « il faut vraiment que la situation soit critique, que ce soit ça, ou la disparition. Mais ce n'est pas du tout une volonté, en général ça se fait dans les départements où les moyens sont extrêmement réduits, mais aujourd'hui on n'est pas du tout dans ce cas-là. Ce qui peut se passer, c'est qu'à côté de l'offre institutionnelle, dans des établissements médico-sociaux pour lesquels on est limités en places pour des raisons qui tiennent

¹² **DELOUETTE Ilona**, « *Le processus de privatisation du secteur des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes* », ESKA, 2016



notamment du financement, c'est qu'il y a une offre privée qui se met en place avec des résidences seniors ou bien des immeubles individuels, et on reste vraiment dans de l'habitat privé ». Effectivement, les dynamiques de privatisation brutes, c'est-à-dire les transformations du statut public d'un EHPAD, en statut d'établissement privé, sont très rares. Cependant, comme nous le démontrerons dans le prochain tableau, la croissance des taux d'ouverture d'établissements privés est supérieure à ceux d'établissements publics.

La notion de privatisation se réfère également à un modèle organisationnel de gouvernance, inspirée des méthodes du New Public Management. Celles-ci se traduisent par l'adoption d'un référentiel de marché et des dynamiques de compétitivité, qui donnent une valeur lucrative aux biens communs. Ainsi, nous retrouvons un modèle de gestion par les résultats (à travers la mise en place des contrats CPOM et EPRD), des processus de fusion-acquisition afin de réduire les coûts et une rationalisation du temps de travail, des salaires et des coûts intermédiaires. Il existe également des méthodes de contrôle et de mise en concurrence par le *benchmarking*. La difficulté de cette notion est qu'elle projette une nouvelle façon de concevoir les comportements des acteurs et qu'elle entend ainsi rationaliser le lien social.

■ TABLEAU 1

Nombre de structures d'hébergement pour personnes âgées et nombre de places installées, selon la catégorie détaillée d'établissements en 2007 et en 2011

Catégorie d'établissements et statut juridique	Nombre de structures		Places installées		Évolution de 2007 à 2011 (en %)	
	2007	2011	2007	2011	Nombre de structures	Nombre de places
Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)	6 855	7 752	514 640	592 900	13	15
EHPAD privés à but lucratif	1 432	1 681	95 380	118 240	17	24
EHPAD privés à but non lucratif	1 952	2 271	136 090	162 100	16	19
EHPAD publics	3 471	3 800	283 170	312 560	9	10
EHPAD publics hospitaliers		1 651		152 840		
EHPAD publics non hospitaliers		2 149		159 720		
Logement-foyers	2 330	2 233	115 980	108 340	-4	-7
Logements-foyers privés à but lucratif	59	83	2 800	3 620	41	29
Logements-foyers privés à but non lucratif	624	612	31 010	29 680	-2	-4
Logements-foyers publics	1 647	1 538	82 170	75 040	-7	-9
Maisons de retraite (non EHPAD)	806	334	34 390	9 440	-59	-73
Maisons de retraite privées à but lucratif	277	104	8 740	2 710	-62	-69
Maisons de retraite privées à but non lucratif	331	180	11 460	5 190	-46	-55
Maisons de retraite publiques	198	50	14 190	1 540	-75	-89
Unités de soins de longue durée	232	97	17 670	7 940	-58	-55
Autres *	82	65	1 480	1 190	-21	-20
Ensemble des établissements d'hébergement pour personnes âgées	10 305	10 481	684 160	719 810	2	5

* Résidences d'hébergement temporaire et établissements expérimentaux (non EHPAD).

Lecture • Au 31 décembre 2011, 7 752 EHPAD disposent de 592 900 places d'accueil.

Champ • France, établissements d'hébergement pour personnes âgées, hors centres d'accueil de jour.

Sources • DREES, enquêtes EHPA 2007, 2011.

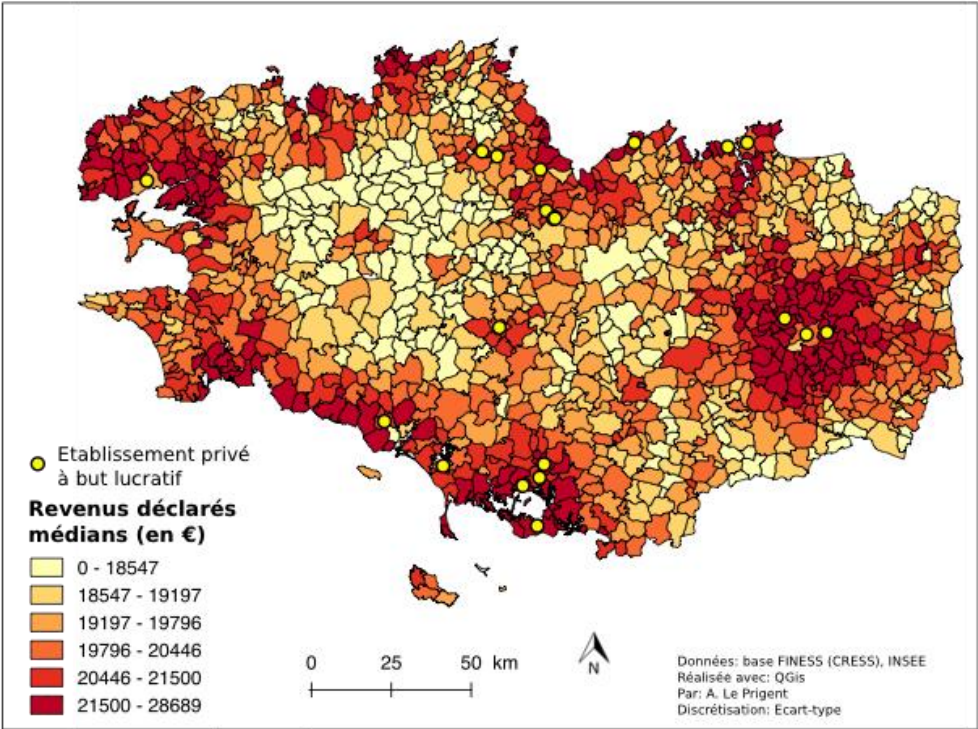
Figure 11. Répartition des structures EHPAD en fonction de leur statut

Entre 2007 et 2011, les acteurs historiques ; le public et l'économie sociale et solidaire, sont toujours amplement majoritaires dans le service hébergement. Ils représentent respectivement 52,7 % et 27,3 % des places installées. Néanmoins, le secteur privé lucratif connaît une croissance nette entre 2007 et 2011 de plus de 24 % de ses places contre 19 % dans l'ESS et 10 % dans le public. On assiste cependant, pour tous les établissements indifféremment du statut, à un recul de l'ouverture de maisons de retraite non médicalisées.

En 2016, selon l'INSEE, sur la Région Bretagne, dans les services hébergements EHPAD, la part d'entreprises privées commerciales est de 20 points de pourcentage inférieure à celle nationale, et l'activité resterait en grande majorité structurée par les aides publiques territoriales.

Néanmoins, si nous analysons la répartition des établissements sur le territoire breton, nous remarquons qu'en fonction de leurs statuts, ils ne choisissent pas les mêmes espaces d'accueil.

Nous pouvons remarquer que les établissements privés ne s'installent pas sur les mêmes territoires que les structures publiques, et qu'ils visent davantage les espaces où les revenus médians sont les plus forts.



Différentiel des prix journaliers d'hébergement dans les EHPAD publics, privés commerciaux et privés à but non lucratif

<p>Côtes d'Armor :</p> <p>81 EHPAD publics (48 à 60 euros)</p> <p>31 privés à but non lucratif (50 à 67 euros)</p> <p>5 privés commerciaux (72 à 85 euros)</p>	<p>Ille-et-Vilaine :</p> <p>72 EHPAD publics (prix de 50 à 65)</p> <p>61 privés à but non lucratif (52 à 72)</p> <p>6 privés commerciaux (93 à 123)</p>
<p>Finistère :</p> <p>84 publics (43 à 55)</p> <p>40 privés à but non lucratif (43 à 74) moyenne de 58</p> <p>2 privés commerciaux (70 en chambre double, 84 en chambre simple)</p>	<p>Morbihan :</p> <p>72 publics (49 à 60)</p> <p>30 privés à but non lucratif (52 à 64)</p> <p>8 privés commerciaux (67 à 115)</p>

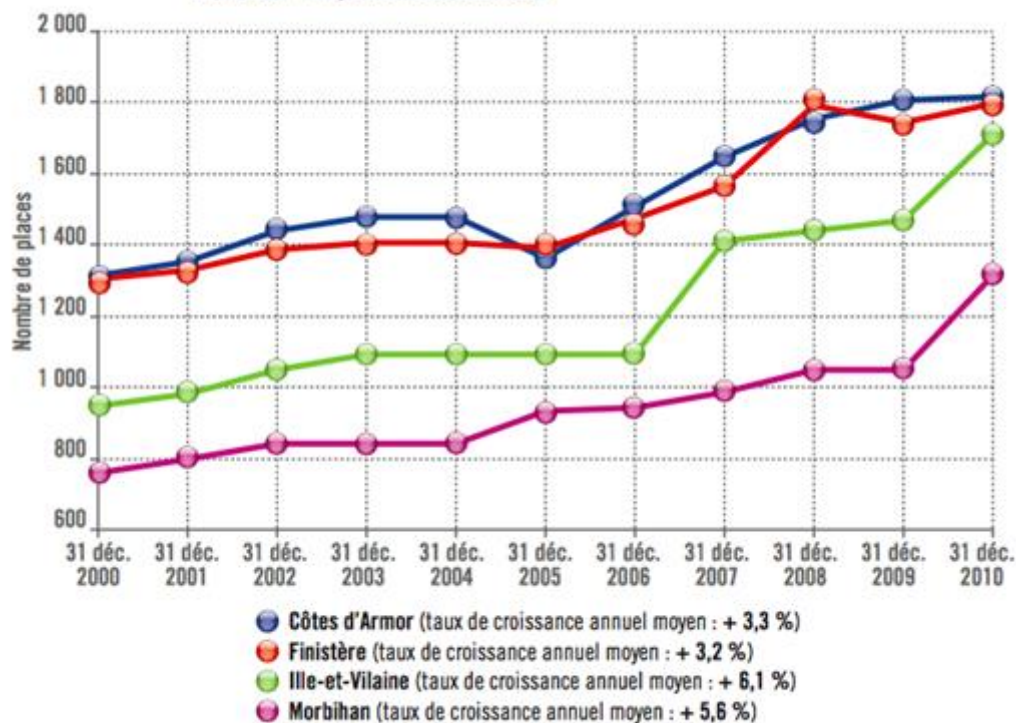
Figure 12. Différentiel des prix journaliers d'hébergement dans les EHPAD publics, privés commerciaux et privés à but non lucratif

Le prix de journée est, dans le lucratif, en moyenne de 75,1 euros, contre 59,6 dans l'économie sociale et solidaire.

Service du maintien à domicile

Les structures publiques d'aide au maintien à domicile sont les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD).

■ **Graphique 1 / Evolution du nombre de places en SSIAD et SPASAD de 2000 à 2010 dans les 4 départements bretons**



Source : STATISS[®] pour 2000-2003 et FINESS pour 2004-2010 (le STATISS ne rendant pas compte des places en SPASAD, créés en 2004)
- Réalisation : ARS Bretagne

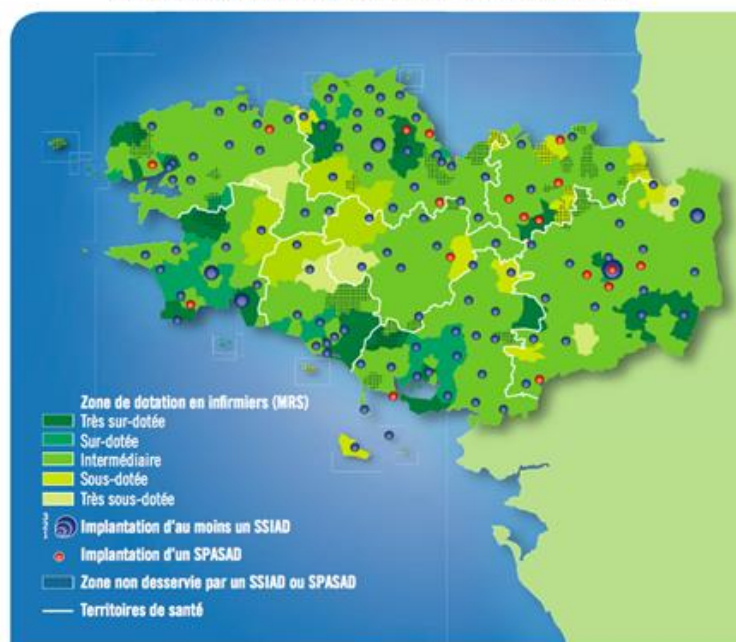
Les politiques gouvernementales ont pris le parti, dès les années 60, de favoriser la dotation financière des activités d'aide au maintien à domicile, sur celle des établissements collectifs. Le plan Vieillesse et Solidarités 2004-2007 prévoyant la création de 17 000 places de soins à domicile supplémentaires, puis le plan Solidarité Grand Age 2007-2012 axant un objectif de création de 6 000 places chaque année à partir de 2006. Toutefois, en Bretagne, la capacité d'accueil correspond à un taux d'équipement de 8 places pour 1 000 personnes de 60 ans et plus ou 20 places pour 1 000 personnes de 75 ans et plus, exactement comme en France.

Aussi, au niveau national et sur le territoire breton, la présence du secteur privé est bien plus forte. La majorité des services est rendue par des associations (55,9%), le secteur public est quasiment absent et le privé représente 34,1%. De plus entre 2014 et 2015, le secteur privé a vu son nombre d'heures augmenter de 7% alors que le secteur associatif a reculé de 2,1%. Il est aussi nécessaire

de préciser, en guise d'explication de la croissance du secteur privé, que selon l'INSEE, en 2013, les postes dans le secteur du maintien à domicile sont mieux rémunérés pour les salariés des employeurs particuliers. Effectivement, 30% des salariés d'employeurs particuliers ont une rémunération supérieure à 1,600 Smic horaire par mois, alors que seulement 2% des salariés d'organismes publics, 4% des salariés d'entreprises et 4% pour les associations touchent un salaire équivalent.

Cependant, selon les données statistiques STATISS et les interprétations de l'ARS Bretagne, les dotations en services publics et privés seraient complémentaires sur le territoire Breton ; la présence d'infirmiers libéraux viendrait compenser l'absence de structures publiques. Ainsi, il y aurait complémentarité et non concurrence directe ?

■ Carte 1 / Implantation des SSIAD et SPASAD dans les communes bretonnes au 1^{er} septembre 2011 en regard des niveaux de dotation infirmiers



Enfin, depuis 2014 et surtout à travers la mesure de contractualisation effectuée en 2017, le gouvernement vient soutenir la création d'activité privée commerciale dans le service de maintien à domicile. Guy Vaugeois, responsable du pôle développement des services à la personne du ministère de l'Économie et des Finances en 2017, proposait la suppression de l'autorisation administrative octroyée par les conseils départementaux, dont doivent obligatoirement se prévaloir les entreprises qui interviennent à domicile auprès des personnes vulnérables. Il proposait « une certification », sorte de contrat de qualité, attribuée automatiquement à toute structure, qu'elle soit

publique ou privée, à but lucratif ou non. Son projet visait à faire sauter tous les verrous pour ouvrir les portes de la branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins à domicile au secteur lucratif. Actuellement, seules les entreprises non lucratives, des associations pour l'essentiel, peuvent dispenser des soins médicaux et déployer un accompagnement social aux personnes fragilisées.

Néanmoins, en observant la répartition des structures en fonction de leur statut, sur le territoire breton, nous pouvons observer que les structures privées à but lucratif s'installent là où l'offre publique est la plus faible, et également là où le revenu moyen de la population est le plus fort. Ainsi, les entreprises privées ne viennent pas immédiatement concurrencer les services publics.

2. Expliquer le phénomène concurrentiel

Les entrepreneurs se retrouvent face à une immense fenêtre d'opportunité en voyant le marché de la Silver Économie croître et se structurer. Le système actionnarial et les initiatives innovantes privées se développent afin de profiter du potentiel économique que présentent la classe des personnes âgées. En parallèle, il semblerait que nous assistions à une crise de solvabilité des services publics, qui délègueraient donc leurs activités au secteur lucratif. Les gouvernements successifs encourageraient les initiatives privées afin de réduire les dépenses publiques.

Quelle réalité des coupes budgétaires ?

« C'est un cri d'alarme que nous lançons. Nous sommes mis en concurrence avec les structures privées, les plateformes Internet. Nous demandons simplement le juste prix de notre travail », défend Véronique Saily, hôtesse d'accueil, déléguée du personnel CGT et élue au comité d'entreprise de l'association Avad d'aide à domicile dans le Nord. Les mouvements sociaux de 2018 se sont emparés également de la question des EHPAD et du vieillissement, dénonçant la réduction des dotations publiques et la privatisation des activités, aggravant les conditions de prise en charge des personnes âgées et les conditions d'exercice des aides-soignants.

Au niveau national, en deux ans, 170 structures ont été rayées de la carte. Dix mille emplois ont été supprimés entre 2009 et 2012 au sein des entreprises marquées du label Silver Economie.

Entre 1997 et aujourd'hui la participation de l'État au financement de l'APA et de la prestation de compensation du handicap (PCH) est passée de 42 % du montant des plans d'aide à 31 %¹³. Les données statistiques sont extrêmement complexes, ambiguës, contradictoires et parfois insuffisantes, pour que nous puissions faire une restitution juste des évolutions des allocations budgétaires aux services liés à la personne âgée. Au vu de nos compétences en analyse de graphiques, nous ne préférons pas prendre le risque de présenter une étude biaisée et incomplète. Seuls les témoignages recueillis peuvent servir de matière pour émettre l'hypothèse d'une dotation financière insuffisante, au vu des besoins des structures publiques.

Au niveau départemental, nous retrouvons davantage de données statistiques. La loi de finances pour 2017 publiée le 30 décembre dernier, a renforcé les efforts demandés aux Départements en matière budgétaire afin qu'ils participent à la réduction des déficits publics. La nouvelle réduction de la Dotation Globale de Fonctionnement (DGF) est fixée à 1,148 milliard d'euros pour l'ensemble des Départements (effort identique à l'an passé).

La loi de finances prévoit également un nouveau prélèvement sur les recettes départementales pour financer les mesures de péréquation. Pour le Département, cette mesure se traduit par une diminution des recettes de 3,7 millions d'euros. Globalement, le Département doit ainsi supporter près de 20 millions d'euros de recettes en moins.

Le budget 2018 du département d'Ille et Vilaine est égal à 1,053 000 000 euros. La part destinée à la solidarité pour les personnes âgées est de 12,49%, c'est-à-dire 131 600 000 euros. Le budget consacré aux personnes âgées est quasiment équivalent à celui de 2017 ; 131 760 000 euros. Le département des Côtes d'Armor engage en 2018, 159 millions d'euros dans la solidarité aux personnes âgées. Dans le Morbihan, le budget 2018 s'élève à 714,26 millions d'euros, en diminution de 3 % par rapport au BP 2017, en raison des transferts de compétences en faveur de la région Bretagne.

¹³ VILLEZ Alain, « EHPAD, La crise des modèles », Fond nationale de Gérontologie, 2007

La mise en concurrence des organisations de l'économie sociale avec le secteur lucratif ; initiative des autorités publiques

Les crédits publics élargis au privé

Avec la loi de 1997, les financements publics ne sont plus accordés en fonction du statut juridique des établissements mais selon le niveau de dépendance des personnes qu'ils accueillent. Cela confère aux activités du secteur privé le droit d'accueillir des bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ainsi que l'obtention des financements publics de l'assurance maladie. À partir de 1997, les acteurs privés lucratifs peuvent donc intervenir dans l'hébergement des personnes dépendantes au même titre que les acteurs de l'économie sociale et les acteurs du public. Cet élargissement des subventions publiques aux institutions privées est initié selon le principe de libre choix. Selon ce principe, les usagers doivent être en capacité de décider de l'offre de services dont ils ont besoin grâce à une transparence de l'information et la possibilité de comparer les différents établissements entre eux. C'est ainsi notamment que nous sommes passés du système d'aide à la pierre au système d'APA, aide à la personne.

En quelques années et par un renforcement de la concurrence, les frontières entre entreprises privées à but non lucratif et entreprises privées à but lucratif se sont considérablement réduites. Suite aux créations des systèmes de réduction d'impôts en 1991, création du chèque emploi service (CES) en 1993, agrément qualité accessible au privé et création du titre emploi service (TES) en 1996, TVA à 5,5% en 1999 (hormis pour les services de téléassistance), ouverture du système mandataire aux entreprises en 2004, la donne a changé en quelques années. La loi Borloo en juillet 2005 a achevé la mise en place d'un cadre économique commun à l'ensemble du secteur des services à la personne, quel que soit le statut juridique.

Le rationnement de la création des EHPAD

La mise en concurrence des EHPAD se renforce dans un second temps *via* le remplacement des procédures d'autorisation, par des appels à projet institués par la loi HPST (hôpital, patients, santé et territoires) du 21 juillet 2009. Les procédures sont longues et complexes pour créer un

EHPAD, et un *numérus clausus* limitant le nombre de places est instauré. La concurrence entre les différents prestataires s'intensifie afin d'obtenir les quelques autorisations de création.

Entre 2007 et 2011, le taux de croissance annuel moyen de places d'EHPAD était de 2,87 %, en 2013, 6 000 lits ont été autorisés pour 572 000 lits existants, soit 1 % de plus que l'année précédente.

Les outils du benchmarking

Des outils de comparaisons entre les établissements se sont progressivement mis en place, afin de stimuler la compétitivité de chaque secteur d'activité. Les autorités publiques ont mis en place des « dispositifs, instruments, indicateurs et standards qui cherchent à réguler les pratiques administratives en proposant de mesurer la productivité, la « performance », les « résultats », et la « qualité » des réalisations ». La création du « palmarès des meilleures maisons de retraite » et l'allocation de crédit en fonction de l'impact social des établissements sont des outils permettant de stimuler la concurrence.

Les indicateurs GMP et le PMP sont caractéristique de ces nouvelles méthodes de gestion. Mis en place à l'origine pour réaliser un état des lieux de l'activité des établissements ainsi que pour donner une visibilité sur les niveaux de dépendance et de soins requis, ces deux indicateurs deviennent progressivement des « outils à tout faire » : Ils sont à la fois des outils de rationalisation « industrielle » du travail (évaluation du temps en minutes que chaque soignant doit consacrer par patient selon son niveau de GMP), mais aussi de financement des EHPAD. En effet, lors de leur conventionnement avec les autorités de tarification, les établissements doivent s'engager sur le maintien ou la progression des niveaux de ces indicateurs. Les EHPAD négocient ainsi avec les régulateurs le seuil de dépendance moyen de leurs pensionnaires pour les cinq ans à venir. Ce que dénonce la responsable du CCAS de Rennes, « *Nous ils nous arrive de dire non à des gens parce qu'ils sont trop dépendants, alors que, ils seraient rentrés peut-être un an avant ils auraient pu rentrer* ». Les outils de mise en concurrence et de financiarisation obligent à négliger l'éthique du métier d'aide-soignant.

Également, la mise en concurrence et le benchmarking obligent les structures à réajuster et rationaliser leurs organisations managériales, ce qui a un impact néfaste sur le travail des aides-soignants. Comme l'explique le rapport de la DRESS, « Étude qualitative sur les conditions de

travail dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes », les temps de travail sont réduits, certains aides-soignants se voient réaliser des journées de 12h en effectuant des tâches difficiles, l'absentéisme est un véritable problème car le remplacement intérimaire coûte très cher. La responsable du CCAS complète, « il y a un vrai problème de manque de personnel dans les EHPAD, contrairement à ce qu'a dit la ministre ce n'est pas une question de management et d'organisation. Il faut du temps pour s'occuper des personnes sans quoi on les maltraite si on fait ça. »¹⁴

La médicalisation des établissements

Enfin, « le projet de médicalisation des établissements, qui se traduit par des exigences d'augmentation des GMP de la part de la puissance publique a des conséquences différenciées pour les établissements selon leur statut juridique et la structure de leur financement. Dans un cadre concurrentiel, la médicalisation favorise le développement des établissements lucratifs alors qu'elle met en difficulté financière les établissements de l'économie sociale. En effet, les établissements ne bénéficient pas des mêmes marges de manœuvre financière selon leur statut et n'ont pas les mêmes moyens d'investir dans les projets de médicalisation. En outre, l'augmentation de la dépendance des publics accueillis s'inscrit dans la continuité des choix de gestion des établissements lucratifs alors qu'elle est en rupture avec les fondements historiques des établissements de l'économie sociale »¹⁵.

La responsable du CCAS explique que « dans les hôpitaux, il y a une suppression des places de soin de longue durée que l'on transfère en Ehpad, parce que les places d'unité de soin de longue durée étaient financées à 100% par l'assurance maladie et les Ehpad il y a 30% assurance maladie 10, à 15% dépendance et le reste voilà...il y a plein de places comme ça qui étaient dans les hôpitaux qui sont devenus des Ehpad, donc un coût supplémentaire pour les départements et puis un coût inférieur pour l'assurance maladie. (...) Les collectivités ont de plus en plus de compétences mais manquent de moyens. On veut développer l'ambulatoire mais là aussi il faut donner les moyens.

¹⁴ DRESS, Étude qualitative sur les conditions de travail dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes »

¹⁵ Id.

Les autres structures comme les résidences séniors, ne sont pas des établissements médicaux-sociaux, et celles-ci se multiplient dans Rennes. Ce sont des résidences services qui n'accueillent pas les personnes en situation de dépendance. Elles visent les personnes autonomes, c'est très cher, ceux qui vont en résidence service font ce choix car ils ont les moyens et ne souhaitent plus rester chez eux, contrairement à ceux qui se dirigent vers les EHPAD, qui y entrent le plus souvent à partir de l'âge 80 ans et ce pour majeure partie du temps pour dépendance cognitive ».

Les établissements, anciennement séparés en unités de soins de longue durée (USLD) et en maisons de retraite (MDR) plus ou moins médicalisées, ont été fusionnés dans le cadre unique des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) en 1999.

Parce qu'il est admis depuis les années 1960 (Rapport Laroque) que les personnes âgées préféreraient vivre à domicile, on admet que les personnes ne doivent être transférées en EHPAD que si elles subissent des conditions de dépendance insupportables à domicile. Le rapport Broussy ratifié en 2013 cette orientation : « qu'on en prenne acte ou qu'on le regrette, les EHPAD seront l'avenir des établissements spécialisés dans la grande dépendance voire dans la maladie d'Alzheimer ».

De ce fait, l'âge d'entrée en institution est de plus en plus tardif, en 2011 il est en moyenne de 84 ans et 5 mois et plus les années passent, plus les résidents ont besoin de soins. En moyenne, en 2016, 55 % des résidents des EHPAD sont en GIR 1-2.¹⁶

Vécu de la médicalisation par les aidants :

D'après une étude de la **DREES**, la médicalisation croissante des **EHPAD** constitue une forte inquiétude pour le personnel soignant. La médicalisation importante des établissements va à

¹⁶ 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015, Premiers résultats de l'enquête EHPA 2015, DRESS

l'encontre de leur identité professionnelle telle qu'ils aiment à la définir, c'est-à-dire faire primer l'accompagnement global, la relation humaine, sur la technicité des soins en elle-même.

De plus, le personnel accuse un manque de formation adéquate afin de garantir un accompagnement adapté aux besoins de ces publics.

L'EHPAD affiche un projet quant à lui plus hybride, renvoyant à un statut et une vocation médico-sociale que l'opinion publique ne parvient pas à identifier distinctement.

Ce débat rejaillit également dans les rapports avec les caisses d'Assurance maladie qui dès lors que leurs crédits sont attribués ont tendance à exiger en contrepartie un engagement clair à dispenser des soins thérapeutiques délivrés par des soignants bénéficiant des qualifications *ad hoc*. Dans ces conditions les malentendus sont fréquents et peuvent déboucher sur des contentieux toujours préjudiciables à la bonne conduite des projets d'établissement.

Nous pouvons conclure de ces analyses que les autorités publiques favorisent l'émergence d'entreprises privées à but lucratifs dans les secteurs de l'hébergement à la personne âgée, et cela afin d'alléger les dépenses publiques. Ainsi, la véritable difficulté rencontrée par les acteurs publics est la réduction systématique et croissante de leurs financements. C'est pourquoi il nous faut désormais réfléchir à des alternatives financières, palliant la crise des autorités publiques, et qui pourraient soutenir la solvabilité des activités publiques.

3. Quelles alternatives : comment solvabiliser en l'absence de financements publics

Le gouvernement a entendu les revendications de la mobilisation « *#balancetonEHPAD* » et a annoncé un plan d'investissement de 500 millions d'euros d'ici 2023. Cependant voici la réaction de la responsable du CCAS de Rennes : « *1% de l'augmentation de la dotation c'est dérisoire, on cherche à optimiser, on cherche à optimiser sur les achats, dans un Ehpad le personnel c'est 65/70% du coût. Il y a un, le personnel, deux, le loyer, le remboursement d'emprunt et trois, la restauration. Le loyer nous est imposé, la restauration bah on fait en sorte qu'il y ait une bonne alimentation etc.* » La récente mobilisation des personnels d'EHPAD dénonçait justement ces « *cadences infernales pour les personnels, casse-tête budgétaire pour les directeurs,*

désarroi des familles et difficultés de recrutement : la situation dans les maisons de retraite a atteint un point de rupture, au détriment des personnes âgées. ».

Les coupes budgétaires auront plusieurs conséquences : tout d'abord, une réduction de la qualité de l'accompagnement des personnes âgées qui vivent sur une même structure. La seconde conséquence est une réduction de la masse salariale, l'essentiel des dotations de fonctionnement servant à payer les salaires des employés, comme l'explique la responsable du CCAS : *« Les coupes se font dans les remplacements, y compris nous on estime qu'on n'a pas assez de personnel dans les établissements, ça, ça fait 15 ans, 20 ans qu'on le crie ! ».* Enfin, la troisième conséquence est l'augmentation du prix des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Comment réussir à rendre solvables les activités publiques liées aux personnes âgées ?

Les représentations sociales et le cloisonnement des financements privés et publics

Le mythe de l'incompétence du système associatif

La personne en charge de l'ESS à Rennes métropole nous invite à questionner les représentations sociales autour du système associatif : *« Et puis est ce qu'il n'y a pas des croyances sur les limites de la gouvernance associative, qui ne serait pas des fausses croyances. Alors peut-être qu'il y a un vrai raisonnement légitime, mais peut-être qu'il y a que des croyances et de la méconnaissance qui conduit à vouloir transformer une association en but lucratif ».* Elle explique que le système associatif est souvent associé, à défaut, à l'inefficacité, parce qu'il est non rentable, et que cela incite à des dynamiques de privatisation qui détruisent le système de solidarité. Au contraire, elle nous invite à repenser la collaboration entre fond public et fond privée, et structures associatives et commerciales.

Dédiaboliser les financements privés ; pour une collaboration des fonds

Les acteurs interrogés convergent vers un nouveau système de financement qui intégrerait davantage des fonds d'investisseurs privés, du mécénat et sponsoring, afin de pallier aux difficultés financières. Selon la chargée de l'ESS, Rennes Métropole, *« il faudrait imaginer une approche*

plus globale de mécénat et philanthropie, mais ce n'est pas dans la culture gestionnaire française, car c'est anesthésié par les interventions publiques trop forte. »

Il faudrait réfléchir à comment les acteurs associatifs peuvent oser aller vers de l'argent privé, sans tabou ? De même la directrice des activités innovantes Mutualité Côtes d'Armor explique : *« Les financements publics baissent, mais il ne faut pas tout attendre du public, des subventions. Sur l'innovation c'est très clair, oui on a besoin d'argent pour démarrer les choses, donc aider à impulser des dynamiques, oui c'est nécessaire, et là-dessus on a besoin d'argent public. Mais par contre il faut absolument que dès le départ on imagine tout de suite un modèle économique viable sur le long terme, et qui ne tient pas que sur des subventions tout le temps. C'est le meilleur moyen de sauvegarder les choses. Et puis par exemple dans notre résidence équipage, il faut que les gens qui ont les moyens payent, c'est un principe d'équité, et non d'égalité. »*

Déjà l'Etat a pris cette direction avec la loi du 1er août 2003 relative au mécénat, aux associations et aux fondations, puisqu'elle ouvre un droit à une réduction d'impôt de 60 % à hauteur de 0,5 % du chiffre d'affaires hors taxes, aux entreprises prêteuses.

Une collaboration des fonds privés et publics

La directrice des activités innovantes Mutualité Côtes d'Armor, dans son projet Ekip'âge que nous expliciterons par la suite, explique qu'elle a fait appel à la Conférence des financeurs, une déclinaison locale de la commission nationale solidarité autonomie (CNSA). Les financements sont récoltés autour du lundi de Pentecôte, un jour originellement férié qui ne l'est plus, et dont les bénéficiaires reviennent au financement de la dépendance. La CNSA récolte les financements et les alloue à une pluralité d'acteurs locaux ; l'ARS, la CPAM, la CARSAT.

Une autre proposition serait de mettre en place des labels qualité pour les produits et les services de la Silver économie et de construire des normes AFNOR et ISO pour être très présent dans le champ de la normalisation européenne et internationale et recevoir des offres d'appel à projet.

La chargée de l'ESS à Rennes Métropole propose un concept de mixité des financements, au sein même d'une structure publique : *« S'il y a le côté, avoir une activité rémunératrice pour solvabiliser celles qui ne le sont pas du tout. Un EHPAD aurait ainsi une partie restaurant lucratif,*

et les excédents générés viendrait financer le projet. C'est un côté très anglo-saxon, avec soit un réseau de bénévoles très impliqué soit une activité annexe complètement assumé. Les bénévoles qui organisent un vide grenier un dimanche par an, et la recette de 5000 euros vient financer l'EHPAD. Je ne sais pas du tout culturellement où ils en sont »

Réinventer les financements publics

*Le cinquième risque*¹⁷

La réforme du cinquième risque, annoncée par le gouvernement défend la création d'un système mixte, associant secteur public et secteur privé. Le système assurantiel privé constitue donc le dernier pilier du cinquième risque imaginé par le gouvernement. Son développement n'est plus pensé indépendamment d'une couverture publique, jugée insuffisante et difficile à augmenter, mais en complémentarité du dispositif public.

Favoriser l'épargne privée

Dans une étude récente, Christophe Courbage et Nolwenn Roudaut (2008) montrent que la demande d'assurance relative à la dépendance serait avant tout motivée par des comportements altruistes. L'objectif des assurés n'est pas de se protéger eux-mêmes mais plutôt de protéger les membres de leur famille des conséquences, notamment financières, d'un tel risque. L'attachement, très fort en France, à la transmission du patrimoine est un élément décisif, conduisant les parents vieillissants à souscrire une assurance pour éviter que l'héritage ne soit intégralement absorbé par le financement d'une aide lorsque se posent des problèmes de dépendance. Le développement de ce marché proposant une offre complémentaire à l'offre publique passe par la mise en place d'incitations fiscales pour susciter l'intérêt des classes moyennes, ou encore par l'élaboration de liens avec les garanties d'épargne retraite ou avec l'assurance vie.

¹⁷ LE BIHAN-YOUIYOU Blanche, « *La prise en charge des personnes âgées dépendantes en France, vers la création d'un cinquième risque ?* » CNAF, 2010

III. Quelles perspectives de gouvernance pour une filière Silver Eco ?

Le contrat de filière nous dit ceci : « L'enjeu est de créer un écosystème national et régional. [...] La signature de ce contrat de filière en est la concrétisation. Une industrie liée au vieillissement doit voir le jour en France pour positionner notre pays dans cette mutation anthropologique. » Il faut que naisse dans les Régions un ensemble d'entreprise qui développerait la Silver économie au-delà de la simple prise en compte du grand âge et la dépendance. En effet vivant de plus en plus longtemps et en bonne santé :

« Les jeunes seniors constituent une population nouvelle dont les comportements, les envies, les besoins et le rôle social sont encore trop peu pris en compte. » « Déjà, en 2013, le marché global de la Silver Économie française représentait 92 milliards d'euros et dépassera les 130 milliards en 2020 ». (Guide des Silver Régions : Silver Eco France)

Et c'est aux régions qu'incombe la mission de déployer la Silver Economie sur le territoire (Guide des Silver Régions : Silver Eco France), c'est pourquoi nous pouvons lire ceci :

« Qu'afin d'aider la structuration de la filière, le Comité de filière national pourra également s'appuyer sur des déclinaisons régionales permettant de diffuser au niveau local les actions du contrat, en prenant en compte les spécificités locales, les besoins des populations, ou encore les orientations des collectivités territoriales et compétences locales. »

En effet au point 1.1. du Contrat de filière, le but fixé est la subdivision du comité de filière à l'échelon régional afin qu'il soit au plus près des besoins locaux. L'Etat par le contrat de filière a fait le premier pas visant à impulser une dynamique Silver Economie. Mais pour que cette filière puisse bénéficier à tout le territoire il faut, que se décline aux différentes échelles de l'administration territoriale, le comité de filière. Il y a en premier lieu les départements en charge de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie (l'APA), ils sont de ce fait les *pilotes des politiques médico-sociales* ainsi donc du vieillissement. Puis les Régions qui ont à la fois la compétences en matière de développement économique, d'innovation, du numérique et de formation des professionnels sanitaires et médico-social, raison pour laquelle, elles ne sont pas à négliger, pour

ainsi dire semblent pertinentes comme pilote de la Silver Economie dans les territoires.

Nous voyons là qu'une première étape a été franchie, celle de la reconnaissance, de l'analyse d'une situation au niveau nationale, il serait intéressant de savoir si aux autres niveaux de l'échelle territoriale cette analyse a été faite et quelles actions ont été entreprises.

A. Défis et orientation pour demain

1. Une nécessité d'ampleur nationale

En 2013 le contrat de filière fait le constat suivant, qu'en France, « les personnes âgées de 60 ans et plus, atteindraient 20 millions en 2030 ». Quand en 2005 ils représentaient 12,6 millions de personnes selon l'INSEE.

« Le nombre de personnes âgées de 85 ans et plus sera multiplié par près de 4 en 40 ans passant de 1,4 à 4,8 millions d'ici à 2050. Notre société doit s'adapter sur le plan technologique, en proposant des produits et des services pour les âgés et l'autonomie, dès à présent, pour permettre à tous de profiter dans les meilleures conditions sociales et économiques de ce formidable progrès. » (Contrat de filière national silver économie 2013).

L'enjeu est donc de taille, le vieillissement de la population est un phénomène observable dans les économies dites développées, on y fait le constat d'un accroissement de la longévité, corrélé à une amélioration de la santé. Les services à la personne, le tourisme, le maintien médicalisé à domicile ou encore des activités telles que les loisirs et les sports sont des pratiques de plus en plus présentes chez les plus de 60 ans. La nécessité apparaît donc comme étant, en plus d'une réponse à des besoins croissants dû à l'essor d'une nouvelle population, c'est trouver le moyen de faire de cette demande (celle du troisième âge) un levier de croissance, de création d'emplois et d'innovation. Il s'agit donc dans le contexte d'une économie semble-t-il vieillissante, risquant donc de causer une perte de gain de productivité, en baisse de compétitivité, de développer un nouveau secteur, une nouvelle filière ayant le potentiel de dégager des gains de productivités.

La réponse qui a été apporté par le gouvernement est le lancement d'une nouvelle filière, celle de la Silver Economie par le contrat de filière national Silver Economie signé le 12 décembre 2013.

En effet *“les conseils régionaux se sont engagés à mettre en place des collectifs régionaux pour fédérer les acteurs économiques”* (Avis Note d’analyse sur la silver économie) cela passerait par la constitution de comités de filière sous la gouvernance du conseil régional et *«ces comités de filière régionaux permettent une concertation au niveau local, qui mobilise plus directement les acteurs régionaux concernés, et qui prend en compte les éventuelles spécificités régionales de la filière»* (Contrat de filière national silver économie 2013). Le contrat de filière dans l’énoncé de ses six axes de développement insiste sur l’importance du rôle de la Région proposant *« d’organiser un concours mondial d’innovation, s’appuyant sur les fonds régionaux »* afin de *« créer des innovations dans le champ de la Silver économie. »* Ce contrat de filière national marque le lancement de la Silver Economie, et delà certaines Régions et Département ont pris en main le sujet, mais *« certains avaient, déjà, des actions depuis plusieurs années. »*

« En raison de l’étendue de la Silver Economie, dans les régions, les acteurs ont tendance à définir leurs propres axes stratégiques : la Moselle avec l’habitat solidaire, le Limousin avec le maintien à domicile et les technologies... » (Guide des Financements de la Silver Economie pour les associations de services d’aide à domicile). Les comités de filière régionales seraient animés *« par le conseil régional ou par son émanation, l’Agence de développement économique »* (Contrat de filière national Silver économie 2013). Ils ont pour objectif de faciliter l’accès des acteurs de la filière aux dispositifs de financements publics et privés et d’apporter une expertise en matière d’ingénierie (à savoir un ensemble de technique financière permettant de réaliser les objectifs de financement, de valorisation d’investissements etc. dans le but de dégager du bénéfice).

En Bretagne il semblerait que l’agence de développement économique nommé Bretagne Développement Innovation ne se soit pas encore engagé dans la voie de la Silver Economie. C’est une association de loi 1901, créé le 7 mai 2011, elle est financée par le conseil régional, dispose d’un directoire et d’un conseil de surveillance. Ses projets s’inscrivent dans *la transition énergétique et l’industrie du futur* et les qualifie comme deux des priorités stratégiques développement économique de la région Bretagne. Son directoire permet de fédérer les compétences pluridisciplinaires mêlé d’une connaissance intime des acteurs du territoire et d’une appropriation concrète des priorités régionales.

2. Un contexte sociale et démographique particulier et des attentes spécifiques

En 2012 la moyenne d'âge bretonne était de 41.3 ans, un an de plus que la moyenne nationale, ce qui signifie que la population Bretonne était alors parmi les plus vieille de France, elle était classé 11e sur les 22 autres régions. On l'a dit plus tôt les causes du vieillissement de la population sont : l'arrivée à l'âge de la retraite des baby-boomers, la baisse de la fécondité et l'allongement de l'espérance de vie. Mais force est de constater que la Région Bretagne à d'autres causes qui lui sont propres : des jeunes qui sont de plus en plus nombreux à quitter la région à la recherche de travail ou pour leurs études, il y a comme une sorte d'échange, et les retraités sont attirés par le littoral et le centre. On constate donc des différences selon les territoires au sein de la région.

*« Seul le périurbain lointain voit sur la période la plus récente, entre 2007 et 2012, un rajeunissement de sa population, par l'implantation de jeunes couples avec enfants qui cherche à acquérir des maisons individuelles. Par exemple, la périurbanisation rennaise, toujours plus lointaine, entraîne une baisse de l'âge moyen, jusqu'à Broons dans les Côtes-d'Armor. Il en est de même pour Vannes dans le bassin de vie de Locminé. »*¹⁸ (France3 régions France Tv Info). On peut légitimement penser que l'apparition de nouvelle filière ou activités permettrait de limiter les départs et dans un sens apporter un dynamisme économique à la Région.

La notion de Silver Economie n'apparaît pas dans le contrat Etat-Région Bretagne 2015-2020 et pourtant si on en croit le Guide de la Silver Economie, il devrait y faire partie. Donc faire partie des priorités sur lesquelles s'accordent l'Etat, les Régions et les collectivités infrarégionales, à savoir les six volets définis comme essentiel pour l'avenir. La Silver Economie étant considéré comme une filière d'avenir, elle devrait être intégré dans le volet innovation (0.4 milliards d'euros sont prévu pour ce volet). Les Régions devraient faciliter l'accès au fond européen aux cluster (réseaux d'entreprises) de la Silver Economie par le biais des stratégies Régionales d'innovation. Ceci permettrait le développement de la filière en la structurant. C'est en 2016 qu'apparaît pour la première fois le terme Silver Economie dans les organigrammes des régions et dans les titres des délégations des élus, nous dit le guide de la Silver Economie.

La Silver Economie s'organise suivant les régions sous forme de thématique, dans Le guide de

¹⁸ france3-regions.francetvinfo.fr/bretagne/bretagne-la-population-vieillit-plus-rapidement-qu-en-metropole.

financement de la Silver Economie publié par Frédéric Serrière on peut voir que la région bretonne a fait le choix de se positionner sur un axe de développement de la Silver Economie, quand d'autres ont fait le choix de développer plusieurs thématiques. La position de la région Bretagne est « *l'E-Santé et l'M-Santé* »¹⁹. Ce positionnement peut s'expliquer par la loi relative au vieillissement, car celle-ci prévoit d'aider la demande à acheter les produits issus du M-Santé et de l'E-Santé.

La région doit faire face à deux enjeux : apporter une réponse à des besoins sociaux et en même temps participer au développement économique local. Différents acteurs régionaux accusent un manque de coordination entre eux, comme le rapporte Le Guide de financement la Silver Economie pour la région Bretagne. Par exemple « *la Start-up Famileo (située à Saint Malo) n'a pas réussi à trouver de soutiens en Bretagne et est affiliée à la Silver Eco parisienne. A Paris la structure Silver Eco favorise vraiment l'émergence de start-up dans le champs de la Silver-Eco et qui joue son rôle de "businessman" autour, ce qu'on a pas en Bretagne...c'est encore éparpillé.* »²⁰ Il se manifeste là un besoin de soutien de la part des acteurs intermédiaires de la Silver Economie, qui déplorent une absence de dispositif privilégié, exclusivement dédié au financement des entreprises sensibles à la question du vieillissement, qui leur permettrait d'émerger, se déployer et se faire connaître.

3. La Silver Economie est-elle un axe stratégique de la région Bretagne ?

Effectivement au vu des attentes ou même des engagements pris par les régions lors de la signature du contrat de filière national, nous pouvons nous demander, ce qu'il en est au niveau de la région Bretagne, qu'en est-il de sa mise en application des recommandations issue du contrat de filière national. La région Bretagne fait-elle de la Silver Economie un pan à part entière de son économie, un axe stratégique de sa stratégie de développement économique et par quelle action si tel est le cas cela se concrétise-t-il ?

Différents acteurs dénoncent en effet une baisse des financement publics mais une chose est sûre nous disait la directrice des activités innovantes, chargée des études, recherche et innovation à la

¹⁹ M-Santé correspond à ce qui est la Santé mobile : Il s'agit de tous les services touchant de près ou de loin à la santé disponible en permanence via un appareil mobile connecté à un réseau ; les plus répandus auprès du grand public étant les smartphones ou plus récemment encore les tablettes informatiques. En d'autres termes, on peut dire également que la m-santé est l'e-santé accessible avec un téléphone mobile ou une tablette.

²⁰ Entretien avec la directrice des activités innovantes, chargée des études, recherches et innovations à la mutualité française côtes d'Armor.

mutualité française côtes d'Armor :

« Sur l'innovation c'est très clair, oui on a besoin d'argent pour démarrer les choses, donc aider à impulser des dynamiques, oui c'est nécessaire et là-dessus on a besoin d'argent public. Il manque vraiment aussi une impulsion au niveau de la Région, pour soutenir ces filières économiques. »

La Région Bretagne dans sa stratégie régionale de développement économique, d'innovation et d'internationalisation accorde un volet à la Silver Economie dans le cap qu'elle s'est fixée. Sa stratégie est représentée par trois couleurs : le vert, le bleu et le gris. Ce cap :

« C'est la Glaz économie : Le résultat d'un travail qui a mobilisé l'ensemble de l'écosystème économique social Breton sous l'égide de Bretagne Développement Innovation.

La silver économie est prise dans la couleur grise, le gris ... c'est aussi la prise en compte de la silver economy, qui fait du vieillissement démographique une chance de développement. » (Ex-Président du conseil Régional de Bretagne, Stratégie régionale de développement économique, d'innovation et d'internationalisation, 2013). Nous retrouvons aussi dans ce gris le numérique.

La Région Bretagne a bel et bien classé la Silver Economie comme étant une attente, en l'assignant dans la partie défis et orientation pour demain de son rapport de Stratégie régionale de développement économique, d'innovation et d'internationalisation : *« l'accélération de l'essor des nouvelles activités porteuses d'avenir. »* La Silver Economie y est identifiée comme *« source de nouveaux besoins, marchés et échanges intergénérationnels. »*

La région fait donc le pari de l'intergénérationnel au sein des entreprises si l'on en croit ce qui est inscrit dans la stratégie régionale de développement économique, d'innovation et d'internationalisation (SRDEII), celles-ci bénéficieraient d'un croisement de regard qui favoriserait le développement du territoire. Dans sa SRDEII elle fait le constat d'une population vieillissante, qu'en ce qui concerne la Bretagne les plus de 60 ans représentent 28.3% de la population (Source INSEE). Et qu'elle envisage de prendre position sur ce fait, en prenant en compte ce que cela implique : *« le développement d'activités permettant aux plus jeunes de bien vieillir en Bretagne »* (c'est lié à l'habitat, la santé, le transport) dont il faudrait assurer le modèle économique et financier, mais aussi stimuler l'innovation technologique et sociale. » (Stratégie régionale de développement économique, d'innovation et d'internationalisation, 2013) Elle reconnaît le potentiel de croissance et d'emploi que représente la Silver Economie et a aussi conscience de la présence :

D'« *une gouvernance de cette filière sur le plan national. La stratégie de la Glaz économie concernant la Silver économie semble reposer sur les actions menées au niveau national bâtir*

ensemble la glaz économie c'est anticiper l'émergence de la Silver économie en l'intégrant dans les stratégies bretonnes (santé, numérique et innovation sociale), la création au niveau national d'un comité de filière de demain, la fixation d'une nouvelle feuille de route et l'inscription de l'assistance aux personnes âgées comme enjeux du plan France Robots initiatives valorisent les projets sur les territoires.»

Néanmoins poursuit en se fixant comme objectif (le septième sur sept) celui de faire de la région Bretagne à l'horizon 2020 « *une région de référence sur les activités de la prévention santé/économie de la santé en lien avec les défis et les opportunités de la Silver Economie et de l'économie du bien-être.* »

Le terme « Silver Economie » apparaît sept fois dans le dossier SRDEII 2014-2020 de 641 pages et ce pour faire le constat de l'existence de besoin à venir qui devront être pris en compte, qu'un nouveau marché émerge. Mais à aucun moment n'est exposé les actions qui seront menées pour favoriser le développement de ce secteur/filière. Son positionnement semble clair mais ne dit pas comment procéder, reconnaît qu'un soutien est nécessaire, montre les efforts et actions faites au niveau national, mais ne mesure pas l'importance de sa non implication concrète sur le déploiement de la filière au niveau régional.

Selon la définition que fait Frédéric Serrière de la Silver Economie : « *c'est une filière, un ensemble d'activité, le maintien à domicile, la sécurité, les transports, l'alimentation.* » C'est pourquoi la région est compétente pour agir dans ce domaine d'autant plus que le développement économique et l'innovation relèvent de ses compétences exclusives.

B. Silver Economie en Bretagne : faut-il une structuration en filière ?

1. L'engagement des Régions

Les Régions se sont engagées dans le cadre du contrat de filière national, l'objectif nous dit le contrat de filière, est d'œuvrer de sorte à ce que les différents acteurs se connaissent, forment un réseau d'information. Pour que ce soit possible la région doit manifester une forte volonté politique.

Elles se sont engagées à :

« - *Introduire un volet Silver économie dont les Régions seraient l'opérateur dans les plans industriels qui y concourent (objets connectés, robotique, alimentation...)*

- *Présider des comités de filière régionaux.* » De plus, les actions du projet de contrat de filière précise dans la partie sous-action 1.1 que « *les régions peuvent être responsables de l'organisation territoriale de l'offre industrielle et technologique.* » mais que ce n'est pas leur rôle d'organiser la demande. Ajoute en « *sous-action 2.5 : les régions devraient être également pilotes de l'action, étant cosignataires des CPER.* » Ces quelques points bien que non exhaustifs désignent la Région, et plus généralement les régions comme les pilotes de l'action.

Parmi les six axes édictés par le contrat de filière national nous en retrouvons quatre qui pourraient nous aider à mieux saisir et nous permettre de résumer les attentes majeures du contrat de filière nationale :

- Axe 1 : créer les conditions d'émergence d'un grand marché de la Silver Economie et ce par la présidence d'un comité régional
- Axe 2 : favoriser le développement d'une offre compétitive de la Silver Economie par la mise en place d'un interlocuteur unique.
- Axe 4 : Professionnaliser les acteurs de la Silver Economie par le biais des programmes régionaux de formation.
- Axe 6 : Créer des innovations dans le champ de la Silver Economie en mobilisant les fonds européens.

Ceci dit les départements ne sont pas en reste, ils sont les « *pilotes des politiques médico-sociales* » et donc du vieillissement et c'est à ce titre, qu'ils gèrent 5.5 milliards d'euros d'APA, « *mais aussi et surtout par les dispositifs qu'ils imaginent localement pour prendre en charge efficacement le vieillissement* » ils ne peuvent être écartés de la question du développement la Silver Economie.

Comment se sont concrétisées ces différentes recommandations, quelles stratégies ont été adoptées suivant les différentes régions, peut-on les regrouper suivant un modèle d'action ?

C'est ce que nous allons voir à présent puis nous verrons où la Région Bretagne se situe dans tout

cela et nous verrons vers quelle forme tend-évoluer la situation de la Région Bretagne concernant la Silver Economie.

2. Les modes de gouvernance en présence

Selon l'INSEE, «*la filière désigne couramment l'ensemble des activités complémentaires qui concourent, d'amont en aval, à la réalisation d'un produit fini.*»²¹Ce qui signifie qu'une filière dispose d'un réseau qui joue le rôle d'une chaîne de production qui lui est propre, spécialisé dans la Silver Economie. Le développement de filière est le propre de l'entreprise, qui peut faire le choix soit de se spécialiser ou de se diversifier (on dit qu'elle élargit son portefeuille d'activité), elle négocie les échanges avec ses partenaires afin d'arriver à un produit fini qui sera vendu (le produit comprend aussi bien service et bien). Une collectivité n'est pas une entreprise, mais peut fournir ou mettre en place des outils/structures visant à favoriser l'émergence et le développement d'entreprises qui prendraient en charge cette question.

Rappelons ce qu'est la Silver économie, selon Frédéric Sérrière c'est une filière, un ensemble d'activité, le maintien à domicile, la sécurité, les transports, l'alimentation.

Avec ces deux notions à l'esprit voyons comment certaines régions ont choisie de développer ou gérer la filière Silver Economie.

Actuellement nous pouvons parler de Silver région pour le cas de 5 régions qui ont mis en place la formalisation d'outils et de processus acté par les pouvoirs politiques régionaux Basse-Normandie (à laquelle on associe maintenant la Haute-Normandie), l'Aquitaine, Midi Pyrénées, la Lorraine et la Corse.

Le cas Normand : Gouvernance directe

Gouverner c'est, se baser sur un dispositif, utiliser un instrument afin donner la direction à quelque chose, tel un gouvernail. La gouvernance s'apprécie non seulement en tenant compte du degré

²¹ Cité dans Lacam, J. & Salvetat, D. (2016). L'étendue d'une filière et l'étendue géographique des stratégies de coopération comme source de complexité des réseaux ? Le cas des PME et des ETI de la filière nautique française. *Management & Avenir*, 88, (6), 59-82.

d'organisation et d'efficience, mais aussi et surtout d'après des critères tels que la transparence, la participation et le partage de responsabilité. La gouvernance se veut plus démocratique et consensuel, « *une production collective.*²²»

La Normandie est la première Silver Région labellisée par le gouvernement. Elle se développe autour de trois axes principaux : une gouvernance (le comité de filière), de nombreuses entreprises innovantes et des marchés pilotes.

La première action fût la création d'un comité de filière en mettant en place un collectif territorial :

TECH Sap Ouest, pôle de développement des nouvelles technologies dans le secteur des services à la personne, et le pôle de compétitivité « *Transition électronique sécurisée (TES)* » ont donné l'impulsion en faveur d'une politique de Silver Economie. Afin d'appuyer l'organisation de la filière, la Région Basse-Normandie, les Conseils généraux, l'Agence Régionale de la Santé ont lancé la création d'un comité en janvier 2014. Ce collectif est animé par MIRIADE, l'agence régionale de développement, et a pour mission de mobiliser les acteurs de la filière et de favoriser la co-construction entre les secteurs d'activité. Ce comité regroupe donc collectivités locales, Etat, Entreprises et Secteur Médico-Sociales. Ce comité a ensuite défini des thématiques, au nombre de 6 : l'e-santé ; les services à la personne ; l'habitat ; mobilité, tourisme ; agro-alimentaire. Il s'organise autour de groupes de travail et chaque groupe a pour objectif de développer des solutions économiques en partant des besoins liés aux caractéristiques démographiques régionales.

La région Normandie a su tourner en sa faveur cet écosystème en mobilisant des structures déjà en action :

- TECHSAP Ouest : Cluster d'entreprises normand, basé à Alençon, qui regroupe plus d'une cinquantaine d'adhérents, principalement des industriels, pour développer les marchés de la Silver Economie, en utilisant des ressources dédiées (Living Lab, Maison domotique, centres de formation, pépinière...), et en impulsant des projets collaboratifs.²³
- Pôle TES : Le Pôle de compétitivité TES regroupe plus de 120 acteurs : grands groupes,

²² Gaudin, J. (2002). Chapitre 1. L'éloge de la gouvernance. Dans Pourquoi la gouvernance (pp. 13-31). Paris: Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P.)

²³ TechSap Ouest, Cluster Normand Silver Eco <https://www.youtube.com/watch?v=Ci7WYehlkSk>

PME-PMI, laboratoires, collectivités locales... Ensemble, ils œuvrent pour renforcer l'attractivité de la Normandie et la positionner comme un territoire référence de l'expérimentation des services et des usages dans le numérique. La vocation du Pôle est de soutenir l'innovation et de favoriser le développement des projets collaboratifs innovants.

- La Maison de la Domotique d'Application Pédagogique (MDAP) est une vitrine pour des produits de la Silver Economie mis à disposition par des industriels. Elle constitue une ressource pédagogique pour des organismes de formation des secteurs SAP, santé et social. Elle est le laboratoire du Living Lab de TECHSAP Ouest. (Source : Note d'analyse Avise I L'ESS dans la Silver économie p 13/14).

La Région Normandie dispose désormais d'un site internet exclusivement dédié à la silver économie. La démarche adoptée par la Région Normandie représente de globalement la démarche adoptée par les régions ayant fait le choix d'un pilotage, mode de gouvernance directe encadré, animé par la région ou par son émanation.

Le Pays de la Loire : une forme de gouvernance externe

Le Pays de la Loire dès 2010 lance la création du Gérontopôle « Autonomie Longévité ». Création qui est « *l'initiative du professeur Gilles Berrut, avec l'appui des chu de Nantes, d'Angers, de la chambre de commerce et d'industrie (cci) pays de la Loire et donc du conseil régional.* » Ici bien que loin d'être un réel comité qui émane d'une agence de développement économique, le Gérontopôle a réussi à fédérer « *différents acteurs sur le territoire dont l'agence régionale de Santé, les conseils départementaux, les villes de Nantes, d'Angers ou de Laval, des associations et entreprises comme le groupe nantais d'EHPAD privés, le noble Âge.* » (France Silver Eco, Les Silver régions Déployer la Silver économie Sur tous nos territoires)

Une chose ne déroge pas à la règle, il s'est fixé (le Gérontopôle) «*4 objectifs principaux :*

- *Stimuler la recherche et l'innovation sur le bien vieillir*
- *améliorer la formation et l'enseignement en lien avec les métiers de l'autonomie*
- *agir pour le développement économique des entreprises et de la région*

- *accompagner les politiques publiques des territoires* » (Rapport, France Silver Eco, Les Silver régions Déployer la Silver économie Sur tous nos territoires)

Le Gérontopôle bénéficie du financement du conseil régional ainsi que de fonds européens, ce qui va leur permettre d'assurer une croissance économique dans le champ du vieillissement et d'enrichir l'expertise de R&D des entreprises et de formations professionnelles innovantes. Comme nous pouvons le voir sur le site consacré au Gérontopôle Pays-de-la-Loire. On est dans une forme de gouvernance externe, bien que le conseil régional soit présent ce n'est pas lui qui est à l'initiative, c'est par un organisme indépendant de la région, qu'est géré le développement de la filière Silver Economie bien que financé par la régions ou l'union européenne, l'ARS, le département et la caisse des Dépôts et consignations... Le Guide de la Silver Economie ajoute ceci : *«au lieu de créer elle-même sa propre structure, la Région Pays de Loire, verse 400.000 euros à l'association Gérontopôle et 106.000 euros à la CCI Pays de la Loire pour financer l'animation de la filière (financement d'une chargée de mission, production d'une lettre de veille mensuelle, organisation d'événements). Ce qui pour autant ne remplace pas totalement la mission d'un véritable Comité de filière « officiel »* »²⁴.

3. Le modèle breton

La région Provence-Alpes-Côte d'Azur est celle qui se rapproche le plus d'un point démographique (*« une population vieillissante et isolée dans l'arrière-pays et un littoral [...] alimenté par l'arrivée de nombreux séniors »*) ainsi que par son choix de positionnement dans sa stratégie de développement (*«spécialisation intelligente»* qui est l'e-santé) de la région Bretagne. Cette région a bénéficié d'un ancien écosystème basé à Nice *«la Ville de Nice a développé une action particulièrement audacieuse et ambitieuse depuis des années en direction de la e-santé et de la Silver Economie, action qui a abouti à la construction d'un espace dédié, l'Espace Delvalle près de l'Hôpital Pasteur de Nice.»* (Guide des Silver Régions : Silver Eco France). La Région a fini par s'investir en publiant un guide émanant de l'Agence Régionale pour l'innovation et l'internationalisation (qui est l'équivalent de Bretagne Développement Innovation (BDI)), qui a été

²⁴ Rapport, France Silver Eco, Les Silver régions Déployer la Silver économie Sur tous nos territoires

intitulé «*La Silver Économie une opportunité en Région PACA*». *La Provence-Alpes-Côte d'Azur «n'a commencé que récemment à structurer une véritable filière régionale»* (Rapport, France Silver Eco, Les Silver régions Déployer la Silver économie Sur tous nos territoires).

La Région Bretagne se veut suivant les termes employés dans le SRDEII, région de référence sur les activités de la prévention santé/économie de la santé en lien avec les défis et les opportunités de la Silver Economie. Nous voyons là que ce n'est pas directement de la Silver Economie qu'il s'agit, qui vient comme un complément, secondaire. Et ceci peut nous amener à comprendre la position adoptée par la Région Bretagne sur la question de la Silver Economie. La Région au vu de son contexte sociale et économique estime qu'il ne serait pas pertinent d'agir directement sur/dans le domaine de la Silver Economie. Du moins la structuration de la Silver Economie sous la forme d'une filière ne fait pas consensus pour lors. Car «*l'axe privilégié c'est l'activité industrielle.*»²⁵ Néanmoins la Région «*sait qu'il y a des sujets important dans la Silver Economie au croisement du numérique et de la santé.*»²⁶C'est pourquoi la Région fait le choix de répondre à l'opportunité qu'offre la Silver Economie en proposant «*via notamment des appels à projet territoriaux d'accompagner ou de susciter l'activité économique d'association d'entreprise d'acteurs qui auraient envie de se positionner de manière un peu innovante sur la thématique de la Silver Economie.*»²⁷ Comme en témoigne une jeune start-up nommé Familéo, qui nous a confié avoir bénéficié de fond de la part de la Région pour le lancement de son activité, d'avoir répondu à des appels à projet passé par les Tag. Elle nous a aussi confié que la recherche de financement n'a pas été de tout repos, mais a tout de même pu y avoir accès. Ce témoignage démontre un manque de communication et d'information des différentes parties prenantes à la question des mécanismes en place pour aider aux développement. Témoignant d'une gestion plutôt floue, qui nécessiterait un réel interlocuteur ou une plateforme qui recenserait toutes données nécessaires pouvant faciliter les démarche des jeunes entreprises. Une structure ou un dispositif qui réaliserait un travail d'information et de mise en réseau afin d'éviter des couches supplémentaires qui viendraient complexifier l'organisation, cela contribuerait ainsi à rendre le paysage de l'offre des financements encore plus facile à appréhender par les acteurs et favoriserait un développement rapide et un accompagnement efficace pour les jeunes start-up exclusivement tournée vers la Silver Economie.

²⁵ Entretien avec un membre de la Direction de l'économie de la Région Bretagne.

²⁶ id.p.91

²⁷ Id.p.91

Familéo l'exprime en ces termes :

« En fait quand vous montez quelque chose, pour être tout à fait honnête, il y a quand même beaucoup de chose qui existent ... Il ne faut pas multiplier les dispositifs pour les multiplier et s'ils sont créés, faut que ça ait une complémentarité. [...] Le combat quand vous montez une boîte, à la fois aller chercher le client, faire le produit, le réseautage, et toute cette partie réseautage, faut vraiment qu'elle soit utile.[...]Moi de ce que je peux voir, en tout cas au niveau des start-up, le besoin numéro 1, un des vrai facteur clef de succès, c'est vraiment l'expérimentation avec des pro.[...] Le plus important c'est d'être vraiment ancré dans le réel, d'aller rencontrer des directeurs de maison de retraite, des acteurs du de maintien à domicile, des médecins, des auxiliaires de vie. La clef du succès d'une boite est dans la manière dont elle va se confronter à ces futures clients/utilisateurs quoi. [...] Sans retour d'expérience, vous avez rien quoi, vous avez aucune preuve que votre concept tient la route [...] Nous on a apporté une idée, qui a été énormément amendée [...] ce sont toutes ces modifications qui font aujourd'hui que l'offre plaît.»

Jusqu'à lors la question de la Silver Economie comme nous le constatons n'est pas traité de front mais plutôt de manière transversale.

Alors le 17 avril 2018 suite à une réunion au BDI en présence de différents acteurs territoriaux, l'idée d'une gestion de la Silver Economie sous la forme d'un projet a été énoncée. Lorsque l'on parle de gestion, cela suppose gouvernance et l'associer à un instrument n'est pas dénué de sens quand nous savons que la gouvernance peut être envisagé comme un dispositif. *«Un instrument en action publique constitue un dispositif à la fois technique et social qui organise des rapports sociaux spécifique entre la puissance publique et ses destinataires en fonction des représentations et des significations dont il est porteur».*²⁸ L'étendu de la filière Silver Economie si nous devons la traiter comme tel, c'est-à-dire lui consacrer un pan spécifique, semble incohérent aux yeux de certains acteurs tant ce domaine est connexe à d'autres. La crainte est que ce type de gestion ou structuration vienne, freiner l'expansion des domaines d'activités traité de manière plus globale. C'est pourquoi suite à cette réunion du 17 avril il a été décidé de donner comme réponse à la question de la prise en compte de la Silver Economie, de mettre en place un projet.

L'étendu de la Silver Economie, fait que pour favoriser son développement, il nécessaire

²⁸ Lascoumes, Pierre, et Patrick Le Galès. « Instrument », Dictionnaire des politiques publiques. 4^e édition précédée d'un nouvel avant-propos. Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P.), 2014, pp. 325-33

d'organiser un réseau coopératif convergent, qui permettrait de mobiliser des ressources et compétences externes et internes qui lui serait essentiel.

Le projet apparaît comme la solution la mieux adaptée pour le moment, qui permet d'intégrer la Silver Economie au sein des axes de développement stratégique abordés par le SRDEII et pris en charge par le BDI. En effet mener une réflexion particulière à destination des personnes âgées montre une volonté politique réelle, de prendre en main le fait que «*la silver économie est un marché bien particulier*», qui par sa démographie représente «*un potentiel important*» comme le soutient le SRDEII et nous confiait un membre de la Direction de l'économie de la Région Bretagne.

Qu'est-ce que signifie mener une action sous forme de projet ? Cela implique une collaboration entre plusieurs acteurs, une prise en compte des points de vue différents, faire consensus, d'autant plus que nous l'avons vu les avis diverges. Le projet serait comme la base de départ avant d'établir définitivement la Silver Economie.

«*Le projet est donc un instrument saturé de valeurs, ... ces valeurs peuvent être parfois en contradiction entre elles et difficilement situables sur le plan idéologique.*»²⁹ Il nécessitera alors un lieu de rencontre, permettant de discuter de sorte à ce que le méta-projet soit «*...régulièrement actualisé, précisé, amendé au fil des itérations qui le relie aux opérations concrètes.*»³⁰

Ce projet devra se décomposer en deux niveaux, chacun correspondant à des objectifs : «*un premier niveau constitué par le méta-projet, ensemble de grands principes fixant un horizon, donnant un souffle à l'action permettant à la fois de mobiliser des réseaux d'acteurs ... et de cadrer leurs interactions.*»³¹ Au deuxième niveau, apparaissent les phases opérationnelles, de concrétisations.

Gilles Pinson parle de :

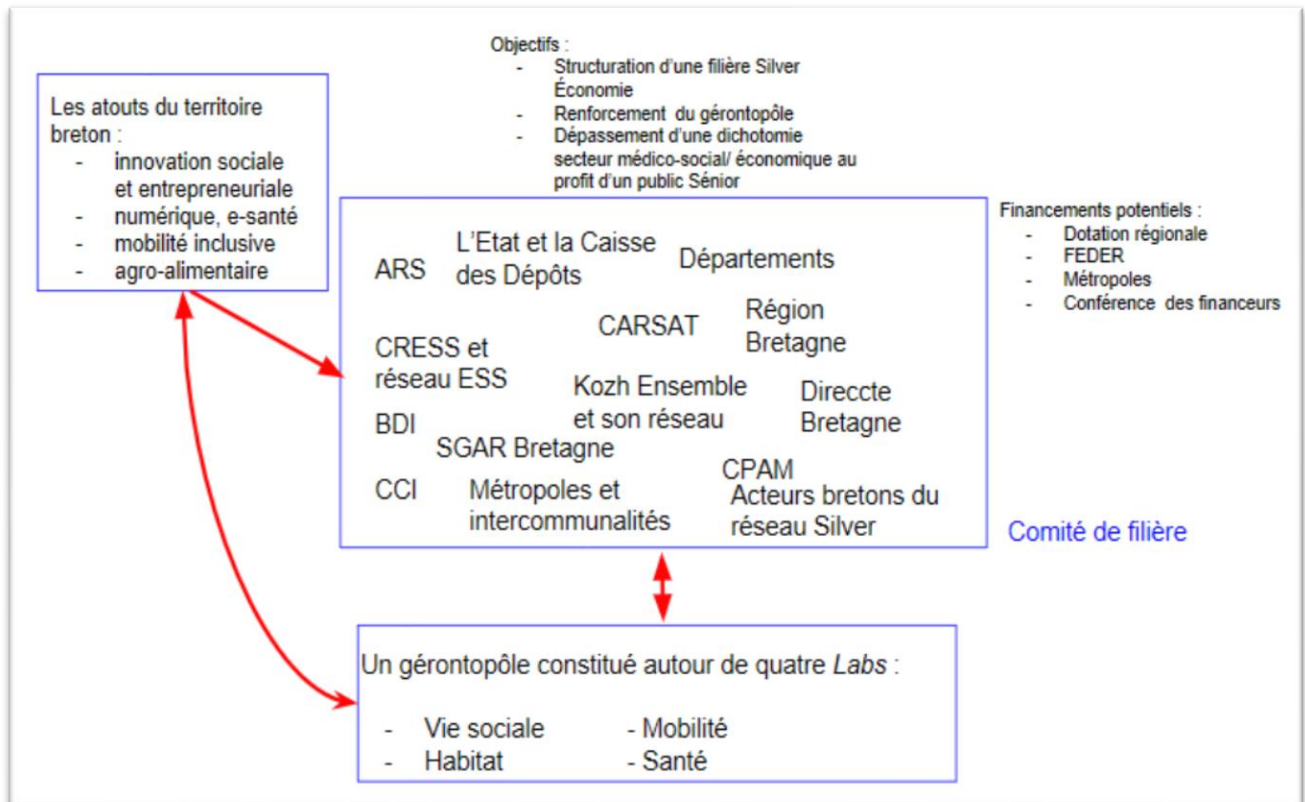
«*Projets ponctuels ou concrets, à l'échelle desquels les acteurs entrent en interaction, des réseaux se constituent, se densifient et définissent des objectifs intermédiaires permettant de concrétiser le*

²⁹ Gilles Pinson, « Chapitre 5 : Le projet urbain comme instrument d'action publique », in Pierre Lascombes et al., Gouverner par les instruments, Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P.) « Académique », 2005 (), p. 222.

³⁰ Ibid.p.93

³¹ Ibid.p.93

méta-projet, des acteurs se confrontent aux contingences de la mise en œuvre, à l'état effectif des ressources disponibles et peuvent compléter et/ou amender en retour le méta-projet.»³² Le tout devant être organisé dans un pôle de réflexion, communément appelé comité de pilotage, que nous avons essayé de matérialiser dans le schéma qui suit :



³² Ibid.p.93

Préconisations

Ces préconisations visent à structurer les initiatives et les intérêts liés au vieillissement sur le mode du projet, capitaliser des ressources disponibles, rendre lisible le système d'acteurs, structurer autour du Gérontopôle.

Préconisation 1 : Lisibilité des acteurs	Plateforme générale pour tout ce qui touche à la Silver Economie en Bretagne. Site internet : informations et nom des acteurs et organisation du réseau. Capitaliser les expériences au même endroit pour orienter les projets. <ul style="list-style-type: none">- Plateforme de partage et de retour d'expérience
Préconisation 2 : Un intérêt commun	Rassembler l'intérêt des acteurs autour des valeurs et des identités communes pour venir nourrir le réseau de Kozh Ensemble : utilité sociale, coopération, ancrage local, innovations sociales, solidarité...
Préconisation 3 : Décloisonner	Hybrider les acteurs dans l'organisation de la structure : acteurs publics, acteurs de l'ESS. Décloisonner financement privé/financement public. Créer des liens avec les conférences des financeurs des départements bretons.

<p>Préconisation 4 : Revalorisation des ressources³³</p>	<p>Revoir la gestion des ressources :</p> <p>Insister sur le réseau, participation aux ressources de la part des structures désirant adhérer au réseau (heures de bénévolat³⁴, cotisation, autres ressources...). En contrepartie, le réseau s'engage à mettre à disposition son annuaire de contact (entreprises ESS, structures médico-sociales...) et ses rapports/analyses..</p>
<p>Préconisation 5 : Réflexion sur une formation Silver Economie</p>	<p>Cette formation pourrait être à l'exemple du Master politique du vieillissement et Silver Economie à Paris.</p>

³³ Par ressources nous entendons ceci : Valeurs et identité communes, Intérêt d'une diversité d'acteur : mutuelles, Réseau, Informations, Bénévolat.

³⁴ La question du Bénévolat pourrait passer par la mise en place d'un ETP pour venir renforcer le bénévolat.


Conclusion

Le territoire breton est traversé par des grandes mutations dues au vieillissement. Cependant, même si le nombre de personnes de 85 ans va doubler dans les 10 ans à venir, « le nombre de personnes en incapacité n'augmentera que de 20 % environ d'ici 2020 et de 23 % entre 2020 et 2040. »³⁵ La réflexion sur l'autonomie des personnes est primordiale et intrinsèquement liée au phénomène du vieillissement, cependant, les acteurs doivent travailler sur d'autres sujets. La médicalisation systématique des structures ne semble pas pertinente au vue de la diversité des situations des personnes âgées. Des alternatives doivent être proposées au-delà de la dichotomie domicile/EHPAD. Il convient de revenir sur des prises en charge plus personnalisées, d'engager une réflexion sur la notion de parcours et le développement d'établissement comme les résidences autonomie. L'ASV vient accompagner le parcours de vie des personnes mais seulement à travers une revalorisation de l'APA. La réflexion sociétale doit dépasser que le simple apport financier.

La place de l'ESS tant dans le médico-social que dans l'économie des Silvers est essentielle. Riche de ses valeurs sociales, l'ESS porte une conception du soin soulignant la dimension humaine et la dimension solidaire de la protection contre les risques. Par son approche multiscalaire, tant locale que globale, l'ESS est pertinente dans la construction de réponses spécifiques comme par exemple le projet Ekip'Âge à Dinan, la résidence d'habitat accompagné laissant la place aux Séniors autonomes. De plus, son réseau permet une dynamique de coopération et de mutualisation des ressources très forte. C'est par la Silver Economie que la réflexion liée aux Séniors peut s'élargir (vie sociale, mobilité, santé, numérique..).En réponse à cette nécessité d'ordre sociale et économique, les Régions se sont engagées au développement d'une filière Silver Economie, au-travers du contrat de filière national. Plusieurs types de gouvernances (directe ou indirecte) ont été mis en place par les Régions ayant emboîtés le pas, selon le contexte politique et socio-économique.

La Région Bretagne reconnaît que la Silver Economie correspond à une opportunité non négligeable, mais du fait de son contexte politico-social économique ne se voit pas encore

³⁵ Ennuyer Bernard, « Quel avenir pour les personnes dites « âgées » ayant besoin d'aide et de soins dans leur vie quotidienne ? », dans *Allongement de la vie. Quels défis ? Quelles politiques ?* Paris, La Découverte, « Recherches », 2017, p. 279-295



structurer la Silver économie comme une filière à part entière. Les débats et intérêts issus de la réunion de la Stratégie régionale de l'ESS, le 17 avril 2018, semblent regrouper les acteurs autour d'une démarche de projet.

Au-delà de la capacité de l'ESS d'aborder une problématique aussi complexe est transversale que le vieillissement d'un territoire, elle capitalise un bon nombre d'initiatives et d'innovation sociale lié à la Silver Economie. Dans un souci de mutualisation des efforts et de coopération des acteurs, l'étude a révélé qu'une capitalisation autour du réseau d'acteur Kozh Ensemble était pertinente. Le réseau regroupe des acteurs investis sur tous les aspects la problématique du vieillissement qui peuvent être sollicités.

De ce fait, la Région, les Départements et les acteurs bretons de l'ESS doivent adopter une stratégie partagée sur les enjeux du vieillissement. Un co-pilotage acteurs public/ acteur ESS pourra ensuite être réalisé avec les acteurs voulant s'investir durablement. Ainsi, comment dépasser la phase de diagnostic ?

Une démarche en trois étapes

- **L'élaboration** : après la prise de conscience d'un problème ou d'un enjeu, l'élaboration d'un diagnostic a pour objectif d'établir un socle commun.

Le diagnostic est un processus de définition des enjeux et des finalités pour créer un consensus d'action entre les acteurs. « Le diagnostic est un moment privilégié d'échange entre les différentes composantes »³⁶, ainsi il constitue une première mobilisation des acteurs.

Dans ce sens, il constitue en lui-même une première co-construction et collaboration, ainsi qu'une mise en partage des résultats. Cette logique de coordination met l'accent sur la nécessité d'action collective³⁷ à partir d'une base commune. Il s'agit également de « faire exister un collectif qui pourra être par la suite stabilisé dans des formes organisées », faire émerger un collectif d'acteur sur le sujet. Ainsi, les diagnostics vont cimenter une identité commune, mobiliser les acteurs et constituer une grille de lecture du réseau pour une action future.

Ce diagnostic, comme le débat de la réunion sur la Stratégie régionale de l'ESS, viennent interpeller les acteurs sur la nécessité d'agir et d'anticiper le vieillissement en Bretagne. Ces démarches ont pour objectifs la mise en place de connaissances communes sur le sujet.

- L'appropriation :

La décision de la constitution d'un groupe de projet participe de cette logique d'appropriation. Il convient de déterminer quels acteurs sont intéressés et prêt à s'investir dans le projet. Les ressources (financière, ingénierie, réseau, bénévolat...) que chacun propose doivent être explicitées.

- La mise en œuvre :

Dans cette phase, le rôle des acteurs doit être défini. Un co-pilotage, idéalement hybride (public, ESS), peut être mis en place pour la constitution d'un comité de pilotage. Un comité élargi peut se

³⁶ Id.

³⁷ Ibid, p17.

construire avec des groupes de travail différents (avec tous les niveaux territoriaux et acteurs ESS concernés) pour avoir un maillage exhaustif. Les groupes de travail et le comité de pilotage doivent se réunir régulièrement (à définir). Afin de faciliter les démarches administratives, le projet devrait comporter la mise en place d'un secrétariat commun et d'un financement commun.

Difficultés	Opportunités	Point de vigilance
<ul style="list-style-type: none"> - Une co-construction est un processus long, il faut pouvoir s'accorder entre acteurs - Les objectifs et les temporalités des acteurs investis peuvent être différents - Croisement avec les décisions et les stratégies nationales (ESS, Silver Economie, médico-sociale) 	<ul style="list-style-type: none"> - Culture commune entre le public et l'ESS - Richesse d'une co-construction - Complémentarité et cohérence de l'action des acteurs 	<ul style="list-style-type: none"> - Conserver une cohérence avec les valeurs communes du département - Baisse des budgets des collectivités - Financement de l'ESS déjà très sollicités par différents enjeux (sport, jeunesse...)

Auditions et contributions

Entretiens réalisés :

- Olivier Chapalain, UNA/UDESS, 12 décembre 2017.
- Viviane Pihan, CCAS de Rennes, 2 février 2018.
- Marie-Thérèse Auffray, responsable EHPAD Gaetan Hervé, 6 février 2018.
- Nadia Chalaye, Chargée de mission et création développement économique, Rennes Métropole, 13 février 2018.
- Nathalie Wright, Chargée de l'ESS, Rennes Métropole, 13 février 2018.
- Isabelle Arhant, Directrice des activités innovantes Mutualité Côtes d'Armor, mars 2018.
- Jean-François GIUNTI, Direction des personnes âgées des Côtes d'Armor (22), entretien téléphonique, 22 mars 2018.
- TAG22, Bastien JOLIVOT, Chargé de mission incubateur, 27 mars 2018.
- Gael Guégan, direction de l'économie de la Région Bretagne, entretien téléphonique, 29 mars 2018.
- Famileo, De Gelis, Fondateur du groupe Famileo, entretien téléphonique, 5 avril 2018.
- Béatrice Collet, Déléguée régionale du groupe La Poste, 5 avril 2018.
- Gwenael Planchin, ARESAT 29, responsable Lab Vie Sociale, 11 avril 2018.

Entretiens extérieurs à l'enquête et mobilisés ici:

- Responsable service innovation de la direction économique de la Région Bretagne, 28 mars 2018.
- Responsable Direction économie, emploi, innovation de Rennes Métropole, 13 mars 2018.

IV. Bibliographie

Ouvrages :

DELOUETTE Illona, « Le processus de privatisation du secteur des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes », ESKA, 2016

Ennuyer Bernard, « Quel avenir pour les personnes dites « âgées » ayant besoin d'aide et de soins dans leur vie quotidienne ? », dans *Allongement de la vie. Quels défis ? Quelles politiques ?* Paris, La Découverte, « Recherches », 2017, p. 279-295

Gaudin, J. (2002). Chapitre 1. L'éloge de la gouvernance. Dans *Pourquoi la gouvernance* (pp. 13-31). Paris: Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P.)

Gilles Pinson, « Chapitre 5 : Le projet urbain comme instrument d'action publique », in Pierre Lascoumes et al., *Gouverner par les instruments*, Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P.) « Académique », 2005 (), p. 222.

GUIOT Denis, « Comprendre le consommateur âgé », De Boeck Supérieur, 2000

LE BIHAN-YOUIYOU Blanche, « La prise en charge des personnes âgées dépendantes en France, vers la création d'un cinquième risque ? » CNAF, 2010

Lacam, J. & Salvetat, D. (2016). L'étendue d'une filière et l'étendue géographique des stratégies de coopération comme source de complexité des réseaux ? Le cas des PME et des ETI de la filière nautique française. *Management & Avenir*, 88, (6), 59-82.

Lascoumes, Pierre, et Patrick Le Galès. « Instrument », *Dictionnaire des politiques publiques*. 4e édition précédée d'un nouvel avant-propos. Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P.), 2014, pp. 325-33

Pierre Lascoumes, « Controverse », in Laurie Boussaguet et al., *Dictionnaire des politiques publiques*, Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P.) « Références », 2014 (4e éd.), p174-175.

Pitaud, Philippe, et Marika Redonet. « Solitude de l'âge, solitudes des âges », *Solitude et isolement des personnes âgées*. ERES, 2010, pp. 25-76.

VILLEZ Alain, « EHPAD, La crise des modèles », *Fond nationale de Gérontologie*, 2007

Rapports :

ANFOR, enquête nationale de la Silver économie, « Consommation : quelles sont les attentes des seniors ? », 2014. Saisir les attentes principales des séniors quant à leurs besoins de consommateurs avertis.

Avis Note d'analyse sur la silver économie, 2014

Contrat Etat-Région Bretagne 2015-2020

Contrat de filière national silver économie 2013

CREDOC, Comment consomment les Seniors, cahier de recherche du CREDOC, 2012.

DRESS, « Étude qualitative sur les conditions de travail dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes »

France Silver Eco, Les Silver régions Déployer la Silver économie Sur tous nos territoires.

Guide des Financements de la Silver Economie pour les associations de services d'aide à domicile, Edition Mars 2015

Guide des Silver Régions : Silver Eco France, 2016

Le guide de financement de la Silver Economie par Frédéric Serrière

LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

SRDEII Bretagne 2014-2020

Autres sites :

france-silvereco.fr

france3-regions.francetvinfo.fr/bretagne/bretagne-la-population-vieillit-plus-rapidement-qu-en-metropole.

TechSap Ouest, Cluster Normand Silver Eco <https://www.youtube.com/watch?v=Ci7WYehlkSk>

Tables des illustrations

Figure 1. Exemple de fiche récapitulative AGGIR.	18
Figure 2. Grille AGGIR.	19
Figure 3. Age moyen en 2012 en Bretagne par bassin de vie. Source : Insee 2015.....	22
Figure 4. Carte des établissements référencés ESS en Bretagne. Source : CRESS.	25
Figure 5. Démarche de Kozh Ensemble dans la réalisation et l'expérimentation à travers les labs.	26
Figure 6. Les acteurs de l'ESS et du vieillissement.....	27
Figure 7. Les acteurs labellisé Silver Eco en Bretagne, par département	28
Figure 8. Les structures de la prise en charge de la dépendance.....	41
Figure 9. Répartition des structures EHPAD en fonction de leur statut	56
Figure 10. Différentiel des prix journaliers d'hébergement dans les EHPAD publics, privés commerciaux et privés à but non lucratif	58