

LES PERSONNES AGEES

A LA REUNION : ANTICIPER

LES RISQUES ET LES BESOINS

SOMMAIRE

Première partie

Avis des Commissions du CESER.....	3
------------------------------------	---

Deuxième partie

Note.....	5
-----------	---

Introduction.....	6
-------------------	---

Eléments préliminaires.....	7
-----------------------------	---

1. Notion de dépendance appliquée aux personnes âgées.....	7
2. Classification et nomenclature : les GIR.....	7

Les personnes âgées à la Réunion : état des lieux.....	9
--	---

1. Un vieillissement rapide, précoce et des facteurs de risque importants.....	10
2. Un niveau de précarité incompatible avec les coûts de l'offre des services.....	11
a. Les différents modes d'accueil.....	11
b. Le financement de la dépendance : une dépense importante pour la collectivité départementale.....	13
c. Les revenus des personnes âgées : une grande précarité.....	15
3. Des solidarités familiales encore culturellement fortes.....	16
a. Liens intergénérationnels, solidarité familiale.....	16
b. Le phénomène de maltraitance.....	17

Pistes et propositions d'actions.....	19
---------------------------------------	----

1. Avoir une meilleure mesure de la dépendance : établir un fichier complet des dépendances et des diagnostics plus précis.....	20
2. Faire de la prévention une priorité.....	20
3. Maintenir à domicile et au sein de la famille (réunir les meilleures conditions possibles pour un maintien à domicile).....	21
4. Anticiper les alternatives aux structures d'hébergement actuelles.....	22
5. Professionnaliser les aidants et former à de nouveaux métiers.....	24
6. Une couverture universelle de la dépendance.....	24
7. Mettre en œuvre une coordination opérationnelle et efficace.....	24
8. Clarifier les responsabilités, désigner un pilote et évaluer.....	25

Conclusion.....	26
-----------------	----

Troisième partie

Annexes.....	27
--------------	----

Remerciements.....	49
--------------------	----

Composition de la Commission.....	51
-----------------------------------	----

Rapports et avis du CESER.....	53
--------------------------------	----

Première partie

AVIS DES COMMISSIONS DU CESER

Assemblée plénière du 28 juin 2011
Adoptés à l'unanimité des membres présents
et représentés

Les Commissions tiennent à souligner l'effort de synthèse et de clarté fait par la Commission « Affaires sociales, culturelles, sportives, solidarité et égalité des chances » au travers de cette note qui, compte tenu des délais, se veut plus d'alerte. Par ailleurs, le document réalisé présente l'intérêt d'aborder une problématique complexe sur un sujet majeur pour la société réunionnaise qui, au-delà de la gestion de la dépendance, comporte plusieurs dimensions : logements, activités, emplois, formations, ...

Il met en évidence les éléments essentiels dont il est nécessaire de tenir compte pour améliorer le sort de nos aînés et précise que la nature du sujet n'est pas la même à la Réunion qu'en Métropole dans son importance, ses caractéristiques qualitatives, les types de problématiques à gérer.

En particulier, les Commissions s'accordent à dire, comme il est écrit dans la note, qu'il faut rendre prioritaire la mise en place d'une véritable politique préventive contre la dépendance des personnes âgées. Elles insistent sur la question de leur accueil et de leur hébergement, notamment dans les structures dédiées. Cette question est d'autant plus cruciale qu'il existe un retard structurel à la Réunion et que l'évolution des solidarités, certes encore prégnantes aujourd'hui, est indissociable de l'évolution des modes de vie, comparable à celle qui s'est faite en France métropolitaine.

Même si la grande majorité des personnes âgées souhaite le maintien à domicile, les Commissions pensent que la capacité à mobiliser la solidarité intergénérationnelle va s'amenuiser pour des raisons économiques, sociales, matérielles (conception des logements, ...), financières, ... Pour elles, il ne faut pas le vivre comme une fatalité, mais au contraire anticiper afin d'entretenir les valeurs familiales fortes existantes à la Réunion et de maximiser la possibilité de mobiliser la solidarité intra-familiale : tout doit être mis en œuvre afin d'entretenir le plus longtemps possible cette solidarité à travers des politiques éducatives, familiales, d'emploi, ...

Les Commissions s'interrogent sur un aspect qui ne peut être passé sous silence et qui constitue le cœur du débat sur la dépendance : le financement. De quelles sources de financement peut-on disposer ? Quel est le niveau de participation de chacun ? Comment mettre en œuvre ces financements ? Comment préserver un niveau de ressources pour chaque personne âgée selon ses besoins ? Ce sont là autant de questions qu'elles souhaitent voir élucidées, une fois les choix politiques concertés faits.

De plus, alors que la problématique des personnes âgées dépendantes prend de l'ampleur, la proportion des jeunes ménages (et de moins jeunes) exclus de l'activité économique et donc de l'accès aux revenus, est plus que préoccupante. Les Commissions attirent l'attention sur la vigilance à accorder sur la précarisation des emplois, sachant que les salariés (et ceux sans emploi) d'aujourd'hui risqueront, comme leurs aînés, d'être pour une bonne partie des « bénéficiaires » du minimum vieillesse en 2040 à la Réunion. Par rapport à ce que peut représenter, en termes de marché, le secteur de la prise en charge des personnes âgées, les Commissions rappellent que 51 % des seniors réunionnais ont un niveau de vie inférieur au seuil de pauvreté national.

L'enjeu formation-emplois doit également être pris en compte en amont car l'aide à la personne peut générer beaucoup d'emplois pour autant que les métiers soient professionnalisés. Les Commissions insistent sur la nécessité d'anticiper les besoins futurs de ces métiers.

Cela suppose la reconnaissance des qualifications, mais aussi la mise en place d'un contrôle et d'un accompagnement, notamment des aidants familiaux, compte tenu de la pénibilité psychologique des métiers, et ce afin de prévenir tout risque de maltraitance.

Cette professionnalisation doit se faire sur la base d'une éthique et de valeurs humaines que l'on trouve dans les fondements des missions des associations à but non lucratif.

Ceci amène les Commissions à paraphraser la note en insistant sur le fait que pour décider d'un mieux vivre ensemble, « *les institutions doivent dans ce domaine, comme bien d'autres, apprendre à travailler ensemble* »¹. Elles souhaitent voir émerger une gouvernance partenariale et coordonnée, tant au niveau du pilotage que de la mise en place d'une évaluation et d'un suivi. Ce dernier aspect revêt un caractère primordial dans l'anticipation des réponses à apporter aux futurs besoins des personnes âgées.

Enfin, cette note met l'accent sur les actions de prévention ; les Commissions insistent sur l'impératif d'anticiper les besoins spécifiques des personnes âgées dans le contexte démographique, économique et social de l'île. Pour elles, tout doit être mis en œuvre afin de faire reculer la dépendance. L'anticipation consiste, dès lors, à créer les conditions pour une vieillesse heureuse et moins dépendante.

¹ Cf. page 25 de la note.

NOTE

Présentée par la Commission
« Affaires sociales, culturelles, sportives, solidarité et égalité
des chances »

INTRODUCTION

Engagé en 2007, le chantier de la dépendance s'accélère aujourd'hui avec le lancement par le Président de la République puis la Ministre des Solidarités et de la Cohésion sociale, début février 2011, du débat sur cette question au plan national.

Pour le CESER de la Réunion, saisi par le Conseil Economique, Social et Environnemental, il y a lieu au préalable de clarifier le débat. En effet, la dépendance recouvre plusieurs notions, prend de multiples formes, touche différentes catégories de publics et s'avère inhérente à la condition humaine.

Comme l'exprimait le sociologue Emile DURKHEIM (1895), *"la dépendance est un de ces mots qu'on emploie couramment et avec assurance, comme s'ils correspondaient à des choses bien connues et définies, alors qu'ils ne réveillent en nous que des notions confuses, mélanges indistincts d'impressions vagues, de préjugés et de passions"*.

La définition de la dépendance, donnée par le dictionnaire de la langue française, est « *situation d'une personne qui dépend d'autrui* ». Mais, le verbe « *dépendre* », c'est-à-dire « *pendre de, se rattacher à* » a, lui-même, plusieurs sens :

- le premier, « *ne pouvoir se réaliser sans l'action ou l'intervention d'une personne ou d'une chose* », exprime l'idée d'une solidarité de faits, d'une relation entre choses qui les rend nécessaires les unes aux autres ;
- le deuxième, c'est « *faire partie de quelque chose, appartenir à* » ;
- le troisième, le plus récent historiquement, c'est « *être sous l'autorité, la domination, l'emprise* », et il est connoté comme assujettissement, servitude, subordination.

Ainsi, dès sa naissance, l'être humain est dans un état de dépendance et l'important s'avère de savoir comment vivre cette dépendance, sur quels tuteurs s'appuyer.

Ces préalables montrent bien, à la fois, l'étendue et l'intérêt que revêt le thème de la dépendance. Le CESER de la Réunion souhaite s'atteler à cette réflexion dans une large dimension. Cette tâche nécessite cependant du temps, incompatible avec les délais prévus pour le débat par le Gouvernement et ceux de la saisine.

La présente note se cantonnera par conséquent au volet relatif aux personnes âgées, cœur de la concertation nationale et des préoccupations du CESER depuis bon nombre d'années². Il saisit en effet cette occasion pour faire le point sur cette thématique, pratiquement 20 ans après. Et, il tentera de dépasser la question de la prise en charge de la perte d'autonomie liée au vieillissement pour s'attacher au véritable enjeu de société sous-jacent qui est : Quelle place pour les personnes âgées, aujourd'hui et demain ?

A cette fin, sera détaillé dans une première partie l'état des lieux, en faisant ressortir la situation propre à la Réunion et dessiné quelques pistes d'actions avec pour fil conducteur la simplicité, l'adéquation avec les attentes et l'innovation.

² Cf. notamment les rapports suivants : « **Les personnes âgées à la Réunion** » - 1993, année européenne des personnes âgées et « Les associations, acteurs essentiels du secteur social et médico-social : des contraintes, un défi » novembre 2008, consultables sur le site du CESER www.ceser-reunion.fr

ELEMENTS PRELIMINAIRES

1. Notion de dépendance appliquée aux personnes âgées

Du point de vue médical, la dépendance se définit comme une déficience physique (pas obligatoirement un handicap) psychosensorielle ou intellectuelle. Cette déficience peut se manifester sous la forme de lésions organiques, de troubles biologiques, physiologiques ou psychologiques. Elle est congénitale ou acquise ; elle est responsable d'une perte contraignante de l'autonomie fonctionnelle ou comportementale dans la vie de tous les jours.

2. Classification et nomenclature : les GIR

Depuis 1997, la grille AGGIR³ mesure l'autonomie d'un individu dans ses activités mentales (cohérence, orientation et communication avec autrui), corporelles (alimentation, élimination, toilette, habillage, transfert des positions corporelles, déplacement à l'intérieur et à l'extérieur), domestiques et sociales (gestion personnelle de son patrimoine, cuisine, ménage, transports, achats, suivi d'un traitement, activités de temps libre, ...).

Toute personne âgée, demandeur d'une allocation personnalisée d'autonomie est ainsi évaluée par des équipes médico-sociales qui la classent dans l'un des six groupes homogènes en termes de ressources employées et de coûts (groupes iso-ressources dits GIR).

- Le **GIR 1** comprend les personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.
- Le **GIR 2** concerne les personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une aide pour la plupart des activités de la vie courante. Il regroupe aussi les personnes âgées dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui ont conservé leurs capacités à se déplacer.
- Le **GIR 3** réunit les personnes âgées ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui ont besoin plusieurs fois quotidiennement d'être aidées pour leur autonomie corporelle.
- Le **GIR 4** intègre les personnes âgées n'assumant pas seules leurs transferts mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur de leur logement. Elles doivent parfois être aidées pour la toilette et l'habillage. Il s'adresse également aux personnes âgées n'ayant pas de problèmes locomoteurs mais devant être aidées pour les activités corporelles et pour les repas.
- Le **GIR 5** comporte des personnes âgées ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.
- Le **GIR 6** réunit les personnes âgées n'ayant pas perdu leur autonomie pour les actes essentiels de la vie courante.

Cette évaluation est importante pour l'attribution d'une allocation et de son montant.

Selon les ressources, le montant plafond de l'allocation mensuelle potentielle attribuée est fixé, au 1er avril 2010, à :

- 1 235,65 euros pour les personnes relevant du GIR 1,
- 1 059,13 euros pour celles du GIR 2,
- 794,35 euros pour celles du GIR 3,
- 529,56 euros pour celles du GIR 4.

Lorsque la personne est classée en GIR 5 ou 6, elle peut prétendre, en fonction de ses ressources, au versement des prestations d'aide ménagère servies par son régime de retraite ou par l'aide sociale départementale.

³ AGGIR : Autonomie Gérontologie Groupes Iso Ressources.

**LES PERSONNES AGEES A LA
REUNION : ETAT DES LIEUX**

1. Un vieillissement rapide, précoce et des facteurs de risque importants

Le vieillissement de la population réunionnaise s'est accélérée et prend de l'ampleur⁴. Il résulte à la fois :

- d'une baisse de la mortalité et de l'allongement de la durée moyenne de vie,
- et d'une baisse de la natalité.

Si l'évolution de l'espérance de vie est parallèle à celle de la France, il reste cependant un écart de 3 à 4 ans en notre défaveur. Pour la Réunion, l'âge moyen d'espérance de vie est de 73 ans pour les hommes et 81 ans pour les femmes.

A la Réunion⁵, les personnes âgées, bien qu'en augmentation par rapport à 1992, sont encore peu nombreuses en 2010.

Aujourd'hui, les plus de 60 ans (89 200 personnes) représentent 11,3 % de la population.

Mais en 2040, elles seront 3 fois plus nombreuses (273 700 personnes), soit 25 % de la population totale.



En Métropole : les + de 60 =
22,9 % en 2010 (16 millions)
26,2 % en 2020 (17 millions)
31,0 % en 2040 (21 millions)

Les données (INSEE/CESER) plus complètes figurent en annexe du présent document.

Parallèlement, la taille des ménages de la Réunion devient de plus en plus petite. De même, plus les personnes vieillissent, plus elles vivent dans des ménages de petite taille. Elles sont de plus en plus seules ou en couple, après le départ des enfants. Ce phénomène devrait se renforcer en 2015 et s'accroître encore plus fortement en 2030.

Suivant les projections⁶, on assisterait à un doublement de la population âgée dépendante d'ici 2030. D'environ 14 000 aujourd'hui, le nombre des personnes âgées dépendantes serait entre 27 000 et 29 000 en 2030.

Les personnes les moins autonomes (équivalent GIR 1 à 4) représentent aujourd'hui 6 % des personnes de 60 à 64 ans, 21 % entre 75 et 79 ans et près de 30 % au-delà de 80 ans.

Le taux de nouvelles admissions en affection de longue durée (ALD) pour démences et maladies d'Alzheimer est sensiblement inférieur à la moyenne nationale avec 22 %.

Les données du Conseil général permettent de constater qu'en 2010, 34 % des personnes de plus de 75 ans sont en situation de dépendance (bénéficiant de l'APA⁷).

En termes de répartition territoriale, le plus grand nombre de personnes âgées dépendantes et de structures se situe dans la micro-région Sud de l'île.

Par ailleurs, l'enquête Handicap, Incapacités, Dépendance (HID) de l'INSEE⁸ en 2004 a permis d'observer que dès 50/59 ans, les niveaux de dépendance à la Réunion seraient équivalents à ceux observés à 70/79 ans en Métropole.

⁴ Etude INSEE de 2010 en partenariat avec le CESER (Données 2008).

⁵ Cf. les projections détaillées de l'INSEE/CESER figurant en annexe de ce document.

⁶ Actes du colloque de l'aide à la personne des 29 et 30 novembre 2010 - page 26.

⁷ APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie.

⁸ Enquête conjointe avec le Département, la DRASS (Agence Régionale de Santé aujourd'hui) et l'Agefip (Association pour la gestion des fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées).

2. Un niveau de précarité incompatible avec les coûts de l'offre des services

Toutes les approches du vieillissement se heurtent à un facteur prédominant dans les décisions personnelles, familiales, étatiques, départementales⁹ : "l'économie".

a. Les différents modes d'accueil

L'OFFRE		Commentaires et (ou) particularités
<p>☐ Institutions, équipements médico-sociaux et sanitaires</p> <p>Médico-social A fin 2010, l'offre est composée de 16 établissements hébergeant des personnes âgées dont 12 médicalisées. On parle non plus de maisons de retraite mais d'EHPA (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées) et d'EHPAD (Etablissements pour Personnes Agées Dépendantes). Cette offre représente :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 1 199 places installées en EHPAD, avec une généralisation d'unités spécialisées Alzheimer ○ 4 établissements non médicalisées (de petite capacité) <p>Le prix de journée en EHPAD varie entre 65 et 85 €, soit un coût de 2 000 à 2 500 € par mois.</p> <p>Sanitaire</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 2 Unités de Soins Longue Durée (USLD) de 79 places Une filière gériatrie structurée ces dernières années <p>Pour les malades d'Alzheimer :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Consultations mémoire sur chacun des 3 territoires de santé 	<p>En cours sur 2011/2013</p> <p>+ 371 places</p> <p>+ 24 places</p> <p>+ 34 places</p>	<p>6 % seulement des personnes âgées dépendantes (environ 14 000 personnes au total) se trouvent en institutions contre 39 % au plan national.</p> <p>Suivant l'ARS¹⁰, le constat est le suivant, concernant les personnes âgées en EHPAD :</p> <ul style="list-style-type: none"> - une population plus jeune de 5 ans au moins que celle nationale (48 % ont moins de 80 ans contre 22 %), - une dépendance plus lourde : les GIR 1 et 2 représentent 62 % contre 52 % au plan national, avec un GIR Moyen Pondéré (Cf. supra p. 7) à 705 contre 663. - Un fort taux de déments (72,38 %) dont 36,5 % de déments ambulants. - Un pourcentage élevé de grabataires (37,3 %). <p>Près de 60 % des établissements sociaux et médico-sociaux relèvent du secteur associatif.</p>

⁹ Actes du colloque de l'aide à la personne des 29 et 30 novembre 2010 - page 26.

¹⁰ Note d'appui au débat sur la dépendance d'avril 2011.

L'OFFRE	Commentaires et (ou) particularités
<p>□ Familles d'accueil</p> <p>Il existe 437 familles d'accueil agréées par le Conseil général pour environ 792 places réservées aux personnes âgées. L'accueil est limité à 3 personnes maximum. La micro-région Sud est la mieux dotée.</p>	<p>Ce type d'accueil est moins onéreux mais semble insuffisamment connu et demandé. La règle le limite à 3 personnes quel qu'en soit le degré de dépendance.</p>
<p>□ Domicile</p> <p>Le Schéma Départemental d'Organisation Sanitaire, Sociale et Médico-sociale pour 2007/2011, élaboré par le Conseil général fait du maintien à domicile un axe fort.</p> <p>L'offre sanitaire comprend :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 2 établissements d'Hospitalisation A Domicile (HAD), avec plusieurs antennes ○ 517 places de SSIAD¹¹ (dont 10 places pour les malades atteints d'Alzheimer) <p>Au plan médico social :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Des prestations de services à domicile sont prévues ○ 37 places d'accueil de jour Alzheimer existent 	<p>A la Réunion, la très grande majorité (87 à 90 %) des personnes âgées dépendantes se trouve encore à domicile contre 61 % au plan national.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 72 % des personnes de plus de 65 ans sont propriétaires dont 81 % en maison individuelle. ○ 27 % d'entre elles sont en location dont 45 % en maisons, 55 % en appartements et 58 % dans du logement social. ○ Globalement, les seniors occupent 31 % du parc social locatif. <p>L'indice de surpopulation des logements qu'occupent les seniors est inférieur à 6 % contre 18 % pour l'ensemble des ménages mais, ce sont globalement des logements anciens et d'un confort moindre, présentant davantage de défauts (électricité défaillante, manque d'eau chaude,...) sans compter l'inadaptation à la dépendance éventuelle (largeur des portes, escaliers, ...).</p> <p>Effet de la solidarité familiale et des liens intergénérationnels, ce mode d'hébergement est le plus répandu et souhaité.</p>

□ Maisons d'accueil « marrons »

Il est à noter qu'une offre d'accueil informelle (dite « marron ») existe. Difficiles à répertorier et non règlementées au plan de la capacité d'accueil et de l'encadrement, ces maisons et (ou) pensions de famille « dépannent » les familles et semblent concerner tout le territoire. Elles ne font l'objet d'aucun suivi ni contrôle. Elles seraient de l'ordre d'une centaine.

La demande semble importante malgré les risques. Elle résulte d'un choix délibéré mais peut s'expliquer en raison :

- d'une couverture insuffisante du territoire et d'une mauvaise répartition des établissements concentrés en agglomérations,
- du coût très élevé des établissements agréés,
- du manque de valorisation des aidants (pas de statut, pas suffisamment de répit, une rémunération insuffisante, ...).

¹¹ SSIAD : Services de Soins Infirmiers à Domicile.

Ce tableau de l'offre sanitaire et médico-sociale réunionnaise fait apparaître globalement un retard d'équipements comparé au taux d'équipement national, malgré un certain rattrapage ces dernières années (**62 contre 92 pour 1 000 habitants de 75 ans et plus**). Il a cependant été impossible d'évaluer le nombre de personnes sur listes d'attente, la plus grande opacité régnant dans ce domaine. En revanche, l'évolution prévisible de la population âgée dépendante nécessitera un effort soutenu pour le développement de ces équipements.

Il confirme le peu d'engouement, voire le blocage des personnes âgées dépendantes envers l'hébergement en institution (Cf. infra sous-titre 3). Parmi les raisons qui expliquent ce fait, le montant (2 000 à 2 500 € par mois) qui est demandé aux personnes âgées par les établissements, comparé à leurs revenus, s'avère déterminant.

Certes des aides existent qui sont plus ou moins importantes suivant le degré de dépendance de la personne et suivant ses ressources (cf. supra). Mais, il demeure un « reste à charge », autrement dit une participation financière de la personne qui pèse lourdement dans la décision du choix du mode d'hébergement. Lorsque les ressources de la personne âgée ne lui permettent pas d'acquitter ce dû, il est fait appel à la famille. L'obligation alimentaire qui existe pour les parents envers les enfants, joue également envers les ascendants. A ce titre, lorsque les enfants ne peuvent satisfaire à cette obligation et que la personne âgée dépendante dispose d'un patrimoine, un recours sur sa succession, dans certaines conditions et limites, peut être exercé. Cependant, le Conseil général de la Réunion, en sa séance publique des 21 et 22 mars 2007 a décidé de supprimer tous les recours en récupération des prestations sociales (aide ménagère, légale ou facultative, hébergement).

b. Le financement de la dépendance: une dépense importante pour la collectivité départementale

o **L'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie)**

L'Allocation Personnalisée d'Autonomie est une allocation destinée aux personnes âgées. Elle est ouverte aux personnes hébergées **à domicile ou dans un établissement**.

Le demandeur doit remplir un certain nombre de conditions :

- Etre âgé de 60 ans ou plus,
- Etre en manque ou en perte d'autonomie en raison de son état physique ou mental,
- Avoir besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou être dans un état nécessitant une surveillance régulière (groupes 1 à 4 de la grille AGGIR),
- Résider en France.

Cependant, cette allocation ne se cumule pas à l'aide sociale attribuée sous forme d'aide ménagère.

Instituée en 2002, après différentes allocations destinées à compenser la dépendance, l'APA est versée par le Conseil général, l'Etat lui ayant transféré cette charge dans le cadre des lois de décentralisation.

Le budget du Conseil général de la Réunion consacré à la seule APA qui représentait 11 millions d'euros lors de sa mise en place s'élève aujourd'hui à plus de 74 millions d'euros, soit pratiquement 7 fois plus en 8 ans. Après avoir connu une progression constante cette dépense s'est stabilisée depuis 2009.

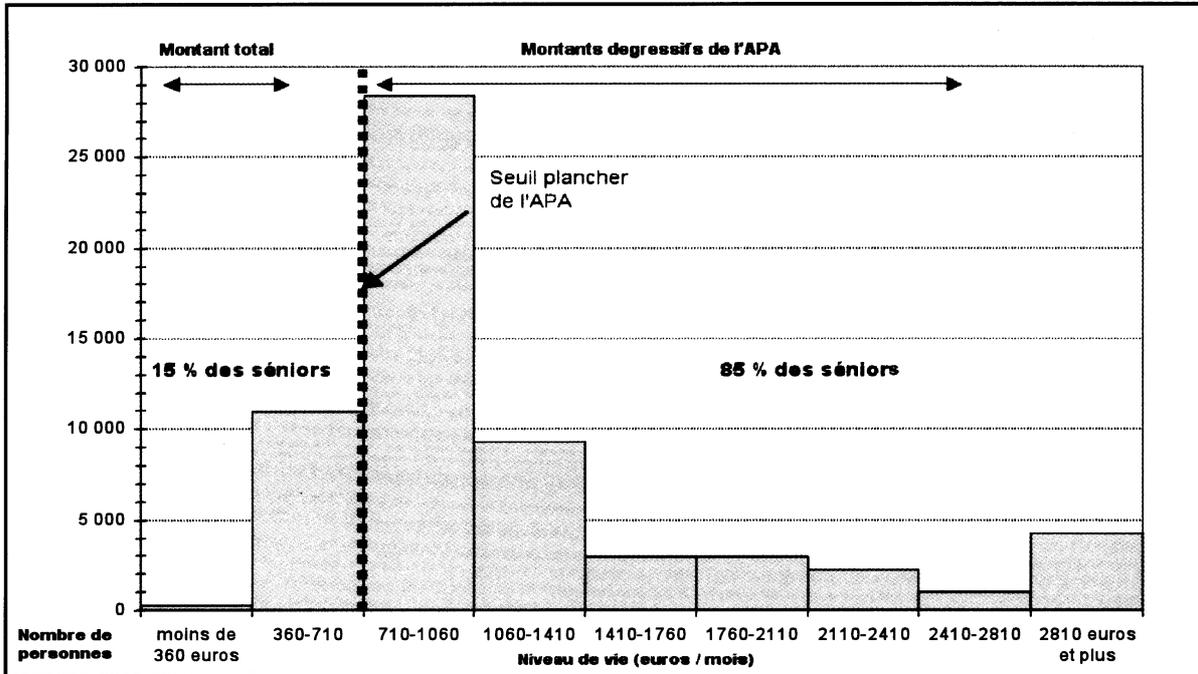
L'Etat ne contribue au financement de l'APA qu'à hauteur de 30 %.

L'Allocation Personnalisée d'Autonomie a constitué une ressource et une aide non négligeable pour les personnes âgées réunionnaises, « les gramounes », compte tenu de leur niveau de vie. Elle a connu un vif et franc succès en raison de la suppression du recours éventuel sur la succession du bénéficiaire¹² que comportaient les anciennes prestations (Prestation Spécifique Dépendance, notamment). Plus de 12 500 personnes âgées dépendantes en bénéficient.

¹² Cf. Loi n°2001-647 du 20/07/2011 créant l'APA.

Que l'APA soit attribuée à la personne âgée dépendante en établissement ou à domicile, son régime est le même.

- **Les ressources des seniors¹³ sont situées juste au-dessus du seuil de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie**



Source : INSEE et CESER (2011)

- **Le mécanisme du financement des établissements**

3 volets composent le coût de la dépense pour l'accueil d'une personne âgée dépendante par un établissement (EHPAD).

Le volet soins : financé par l'Etat (via l'Assurance maladie),

Le volet dépendance : financé par le Conseil général (Allocation Personnalisée d'Autonomie),

Le volet hôtellerie : financé pour partie par la personne elle-même (en moyenne 35 %) et pour partie par l'aide sociale qui vient du Conseil général (en moyenne 65 % de la dépense).

En effet, la part des allocataires du minimum vieillesse au sein de la population des plus de 60 ans est de 30,5 % à la Réunion et 3,5 % en moyenne en Métropole.

Ainsi, la dépense publique globalement est assumée à 65 % par le Conseil général, et à 35 % par l'Etat (Assurance maladie).

Le prix de journée (hors volet soins) de l'établissement est fixé par le Conseil général après discussion avec les chefs d'établissement.

¹³ Est considérée « senior » au sens de l'INSEE la personne âgée de 65 ans et plus.

Dans ce prix de journée, entrent en ligne de compte les coûts :

- des personnels au titre de l'hôtellerie,
- des personnels au titre de la dépendance (aides soignantes, ...),
- des repas, ...

Pour attribuer sa dotation à un établissement, le Conseil général définit un GIR moyen pondéré, contrôlé par un médecin de l'ARS, à partir de l'évaluation de la dépendance de chaque personne logée. Ainsi, un établissement accueillant beaucoup de personnes classées en GIR 1, aura un coût de fonctionnement plus élevé qu'une structure hébergeant des personnes plus légèrement dépendantes.

Le « girage¹⁴ » n'est cependant pas le seul critère permettant au Conseil général d'établir son prix pour chaque établissement. D'autres éléments ayant trait à la qualité d'hébergement, à la qualité des repas, ... sont considérés. Il est évident que plus ces exigences sont hautes, plus ce sera onéreux.

A la Réunion, 99 % des personnes âgées hébergées en EHPAD relèvent de l'aide sociale.

o **Le financement à domicile**

Comme pour les établissements, les personnes âgées dépendantes bénéficient de l'APA lorsqu'elles choisissent d'être maintenues à domicile. Elles peuvent alors utiliser cette allocation afin d'employer une personne soit de gré à gré, soit par l'intermédiaire d'une structure agréée. Elles ont le choix entre un membre de leur famille, « aidant naturel », et un professionnel. Dans la majorité des cas, elles optent pour un accompagnateur familial.

o **Les autres aides**

Indépendamment de l'APA, d'autres aides peuvent être apportées au titre de l'aide sociale.

Ainsi, une aide ménagère est accordée selon les cas par les Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS) ou les Caisses de retraite, si la personne est âgée d'au moins 65 ans (60 ans en cas d'inaptitude au travail), et si elle a besoin d'une aide matérielle en raison de son état de santé pour accomplir les travaux domestiques de première nécessité et lui permettre de rester à son domicile.

L'aide ménagère, appelée aussi aide à domicile ou auxiliaire de vie, est une personne professionnelle, qui se rend auprès de la personne âgée pour lui apporter :

- une aide matérielle pour des tâches quotidiennes d'entretien, des soins d'hygiène sommaire, des courses, des démarches simples qu'elle ne peut plus accomplir,
- et une présence attentive.

Le nombre d'heures attribuées est, en principe, fonction des besoins propres de la personne âgée.

Un service de livraison de repas à domicile est également assuré, dans certains cas, par les CCAS.

c. Les revenus des personnes âgées : une grande précarité

Peu de lisibilité existait sur les conditions de vie des personnes âgées. Aucun élément précis et récent n'était disponible en particulier sur leurs ressources. A la demande du CESER et en partenariat avec lui, la Direction régionale de l'INSEE a réalisé, sur les premiers mois de 2011, une étude sur les revenus des personnes âgées qui constitue le 2^{ème} volet, après celui sur la démographie, d'une série d'études consacrées aux personnes âgées.

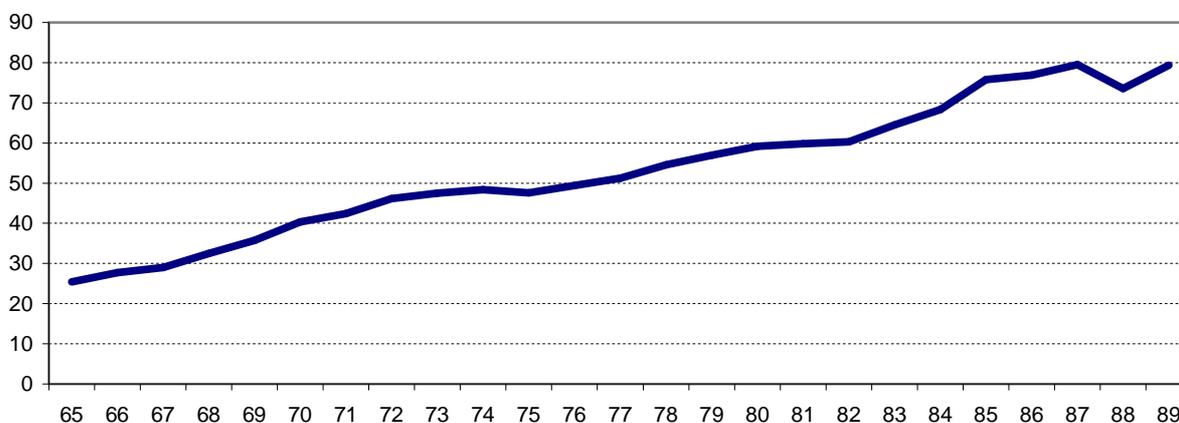
Les éléments les plus significatifs sont repris ci-dessous. L'intégralité des publications (mai 2011) figure en annexe de cette note.

- o **45 % des seniors réunionnais bénéficient du minimum vieillesse (montant moyen perçu : 363 euros pour une personne seule) (Cf. annexe 2).**
- o **Sans le minimum vieillesse, 10 % des personnes âgées vivraient avec moins de 220 euros.**
- o **Une grande précarité existe, surtout parmi les plus âgées.**

¹⁴ Calcul du GIR moyen pondéré.

La part des Réunionnais qui vivent avec le minimum vieillesse augmente avec l'âge. Si 27 % des 65-69 ans bénéficient du minimum vieillesse, ce chiffre grimpe à 63 % chez les 80-85 ans. Et parmi les plus de 90 ans, ce sont 8 personnes sur 10 qui vivent avec le minimum vieillesse.

Part des allocataires du minimum vieillesse à La Réunion selon l'âge en 2008



○ **32 100 seniors sous le seuil de pauvreté**

Malgré les minima sociaux, les seniors ne sont pas épargnés par la pauvreté : 32 100 personnes, soit 51 % des plus de 64 ans, sont considérées comme pauvres. C'est un niveau proche de la moyenne de l'île car 49 % des Réunionnais sont pauvres, leur niveau de vie étant inférieur au seuil de pauvreté national fixé à 911 euros.

Chez les seniors, la pauvreté augmente avec l'âge. Ainsi, 46 % des 65-69 ans vivent sous le seuil de pauvreté, 51 % des 70-74 ans et 57 % des plus de 74 ans. La mise en place progressive des caisses de retraites à La Réunion l'explique en partie. Ainsi, aujourd'hui les générations les plus âgées peuvent parfois difficilement justifier d'une carrière assortie de cotisations afin de prétendre à une retraite plus conséquente. Parallèlement le minimum vieillesse, dont bénéficient beaucoup de personnes âgées, est situé bien en dessous du seuil de pauvreté.

3. Des solidarités familiales encore culturellement fortes

a. Liens intergénérationnels, solidarité familiale

Les auditions organisées par le CESER de février à mars 2011 (Cf. en annexe la liste des personnes et organismes consultés) témoignent d'une solidarité familiale réunionnaise encore forte qui évolue cependant vers la tendance métropolitaine sous l'effet conjugué de la modernisation, de l'urbanisation et plus généralement de la modification des conditions et des modes de vie (inadaptation des logements, travail des femmes, ...) et de revenus.

Elles sont confortées par une enquête qualitative menée entre l'ARS, l'ORS et l'Université en 2009¹⁵, où il apparaît que le choix d'un maintien de la personne au domicile familial est très souvent considéré comme naturel et logique. La dernière étude de l'INED en partenariat avec l'INSEE sur les « Migrations, Famille, Vieillesse » pour les 4 DOM dont les résultats ont été publiés le 10 mai 2011, apporte également des éclairages sur ce phénomène socioculturel.

¹⁵ Extrait de la note d'appui au débat sur la dépendance de l'ARS d'avril 2011.

Héritage d'un passé rural pas si lointain, cette solidarité familiale est profondément ancrée dans la culture réunionnaise. Elle est aussi due à la place qu'occupent les "anciens" dans toutes les cultures et religions des Réunionnais.

Même si le choix est dicté souvent par des raisons pécuniaires, l'enquête pré-citée révèle que les familles éprouvent une certaine méfiance vis-à-vis des institutions et considèrent l'environnement familial comme le garant du bien-être du malade.

b. Le phénomène de maltraitance

Qu'il s'agisse du cadre institutionnel ou familial, la personne âgée dépendante n'échappe pas au risque de maltraitance. Ce phénomène est peu connu et visible, mis à part les quelques articles de journaux qui paraissent dans les cas les plus graves.

De l'expérience des professionnels ou de simples citoyens ayant accompagné des personnes âgées dépendantes, il s'avère que l'épuisement (le « burn out »), le manque de temps peuvent conduire à des phénomènes plus ou moins importants de maltraitance. L'une des conséquences est le sentiment, pour la personne âgée, de représenter un poids et cela l'incite à s'enfermer et à s'isoler. D'autres conséquences peuvent être encore plus graves à la fois sur le plan physique et/ou psychique.

Malgré l'existence d'excuses, une maltraitance même brève et passagère, voire compréhensive, n'est pas tolérable et ne saurait être acceptée comme une fatalité. Aussi, des pauses, du répit pour permettre aux uns et aux autres de « souffler » sont indispensables. Pour ce faire, des solutions d'accompagnement et palliatives doivent pouvoir se mettre en place.

Deux éléments forts ressortent de cet état des lieux et caractérisent la situation réunionnaise :

*** Des solidarités intergénérationnelles et familiales encore culturellement et sociologiquement bien ancrées.**

*** Des freins économiques qui sont le reflet du retard de la mise en place de certaines mesures sociales, d'un fort taux de chômage et d'une précarité importante qui impactent l'organisation de la société.**

PISTES ET PROPOSITIONS D' ACTIONS

1. Avoir une meilleure mesure de la dépendance : établir un fichier complet des dépendances et des diagnostics plus précis

Le classement en Groupe Iso Ressources (GIR) ne suffit pas ; il ne fonctionne pas pour les jeunes dépendants ; il n'est pas satisfaisant pour les cas de démence, notamment.

Il est donc nécessaire de mieux appréhender le niveau de dépendance d'une personne et d'avoir une idée plus précise des facteurs déclenchant la dépendance. En effet, une meilleure connaissance de la cause de la perte d'autonomie pourrait permettre la mise en œuvre d'un traitement le plus approprié possible.

A l'évidence, le diagnostic complet et régulier, net et clair de la dépendance du patient est primordial. Il doit être réalisé le plus tôt possible par une **équipe médicale réellement pluridisciplinaire** intégrant également un psychologue, l'aspect psychologique étant aujourd'hui un élément encore trop négligé.

2. Faire de la prévention une priorité

La dépendance n'est pas une fatalité ; la perte d'autonomie liée à l'âge n'est pas non plus inéluctable.

Ainsi que le font observer des intervenants sur le champ des personnes âgées¹⁶, l'annonce du triplement de la population des plus de 60 ans d'ici à 2030 et le doublement de la population âgée dépendante témoigne de l'impact de l'évolution des modes de vie (environnement, hygiène, ...). Il y a donc nécessité de prendre des mesures permettant de contrer les effets négatifs du vieillissement.

En premier lieu, le recours le plus tôt possible à un dépistage pourrait retarder le déclenchement de certaines dépendances grâce à un dispositif de prévention pertinent. S'il peut paraître onéreux au départ, un tel système évitera des dépenses plus lourdes par la suite.

Le triptyque Equilibre alimentaire, Activités physique et intellectuelle régulières, Protection contre les chutes, est primordial et doit être inclus dans toute politique de prévention.

Plusieurs initiatives ont été prises que ce soit par le mouvement associatif ou la Caisse Générale de Sécurité Sociale. Cette dernière est ainsi sollicitée par les associations, les CCAS¹⁷, notamment pour la prévention des chutes au domicile.

La démarche entreprise par la Mutualité de la Réunion est pour sa part pertinente et exemplaire. En effet, elle propose aux seniors une manière différente de vivre leur retraite avec des possibilités de maintenir leur autonomie. Le concept s'articule autour de 3 axes :

- une Université solidaire (avec une palette d'ateliers animés par des retraités bénévoles en fonction de leurs compétences),
- un Centre de bien-être et de remise en forme (offrant exercices et sports doux, ...),
- des Rencontres santé sur des thématiques reliées au maintien de l'autonomie (mémoire, soin des pieds, des yeux, ...).

¹⁶ Extrait des Actes du Colloque de l'aide à la personne des 29 et 30 novembre 2010.

¹⁷ CCAS : Centre Communal d'Action Sociale.

Le succès de ces interventions se mesure non seulement au nombre d'adhérents (environ 1500) mais aussi à l'aune de leur épanouissement (antidote à l'isolement).

Le schéma traditionnel français tend à mettre tous les moyens sur le « curatif » ; **il y a lieu de lutter contre cette tendance et faire de la prévention une priorité ; ce, à la Réunion en particulier. L'île vit une mutation et doit saisir l'opportunité de la période de transition qu'elle traverse pour anticiper les risques.** Divers fronts d'attaque et différentes actions de prévention doivent être amplifiées et généralisées, voire inventées. L'expérience de terrain démontre que l'échelle la plus appropriée pour les mener est le territoire communal en termes d'information et de formation. La proximité paie.

Il est donc possible de faire encore plus et encore mieux en matière de prévention en soutenant les initiatives et les innovations qui sont de mise.

3. Maintenir à domicile et au sein de la famille (réunir les meilleures conditions possibles pour un maintien à domicile)

Tout le monde est unanime : le maintien au sein de la cellule familiale et le domicile constitue une arme importante contre la dépendance, du moins, tant que celle-ci n'est pas devenue irréversible.

L'affection, les liens privilégiés tissés avec la personne, le brassage des générations et la vie tout simplement que la cellule familiale apporte, sont difficilement remplaçables.

De même garder ses repères habituels n'est pas chose indifférente. Vivre sans bousculer ses habitudes et au milieu de ses souvenirs, dans ses propres meubles, voir son médecin de quartier habituel et avoir la visite des relations du quartier, c'est ce que souhaite la très grande majorité des personnes âgées (85 %).

Cette option du vivre à domicile doit être un choix délibéré et non être fait par défaut ou par obligation, en raison notamment de préoccupations budgétaires et (ou) successorales.

Pour que cette solution soit envisageable, et ce le plus longtemps possible, des conditions matérielles sont requises qui relèvent de différents domaines.

▪ **Aménager l'habitat, construire différemment**

Des aides existent qui permettent d'adapter le logement de la personne âgée par exemple à la réduction de sa mobilité ou d'améliorer celui-ci pour des raisons de sécurité : Il faut bien entendu utiliser ces leviers.

Il y a lieu cependant de **prévoir des évolutions de fond**, dès aujourd'hui, dans les critères de construction. Dès la conception des programmes immobiliers neufs (notamment sociaux), il faudrait ainsi être vigilant sur l'équipement intérieur (salle de bains, largeur des portes, ...) et l'accessibilité des bâtiments (escaliers, ...). Les cahiers des charges devraient être revus en ce sens.

▪ **Elargir les champs de remboursement**

Un certain nombre d'appareils de nature à aider, au quotidien, la personne âgée dépendante pour marcher, pour être soulagée (élevateur, lit spécial, ...) existent et sont financés lors d'un choix d'hospitalisation à domicile. Les progrès de la domotique sont énormes et constants. Les personnes âgées doivent pouvoir en bénéficier.

Le champ de la prise en charge par la Sécurité sociale devrait cependant également être étendu aux petits produits de première nécessité utilisés en nombre tous les jours et qui pèsent fortement sur le budget des familles les plus défavorisées (aiguilles jetables, compresses, substituts alimentaires...).

- **Offrir des prestations d'aides à domicile et des services de maintien à domicile de qualité**

Les CCAS (Centres Communaux d'Action sociale) devraient pouvoir orienter les personnes âgées pour leur permettre d'accéder à des prestations d'aides et de services à domicile de qualité.

Cela signifie, par conséquent de pouvoir :

- **disposer de personnels qualifiés** (Diplômés d'Etat d'Auxiliaire de Vie Sociale, Auxiliaires Médico-Psychologiques et de Techniciens de l'information sociale et familiale), correctement rémunérés,
- **disposer d'un quota d'heures suffisant** concernant les aides ménagères.

Il est indispensable qu'il y ait les moyens financiers et donc les budgets à la hauteur de cette ambition.

- **Ouvrir au plus vite le chantier des transports**

Tout semble rester à faire dans ce domaine : Il faut rendre accessibles les bus par des équipements adéquats (marchepied, ...).

Il y a lieu également :

- d'étudier les circuits effectués par la population âgée,
- veiller au bon maillage des réseaux en fonction des besoins de déplacements des personnes âgées,
- prévoir des moyens de transports en commun, de type minibus, effectuant des circuits spécifiques à l'instar de ce qui existe pour les personnes handicapées.

4. Anticiper les alternatives aux structures d'hébergement actuelles

- **Elargir l'offre en structures de répit (accueil temporaire, séquentiel, de jour)**

L'accueil de jour temporaire se développe dans le département, notamment pour les malades atteints d'Alzheimer.

Ce type d'accueil est très important. Il ne doit cependant pas s'adresser aux seules personnes atteintes de ce mal. Il constitue une mesure complémentaire susceptible de favoriser et pérenniser le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes.

En effet, de nature très souple, l'accueil de jour permet à l'aidant, à la famille ou à l'accompagnateur de la personne âgée dépendante de retrouver son « souffle ».

Le séjour dans ces structures peut être quotidien, avoir une fréquentation programmée pour un jour ou plusieurs jours par semaine ou ponctuel (2 à 3 jours mensuellement ou en cas de nécessité).

Les horaires pratiqués se veulent conciliables avec une activité professionnelle de l'aidant familial.

Le coût de cet accueil pour les familles, étudié au plus juste ne devrait pas dépasser les 9 € par jour.

Ce système qui soulage la famille, offre une solution en cas de maladie de l'aidant, **présente l'avantage de ne pas couper la personne dépendante de sa vie sociale et doit être conforté en travaillant sur le volet du transport de la personne dépendante.**

- **Adapter les structures permanentes**

Les intervenants dans le champ de la dépendance observent que les structures permanentes d'hébergement que sont les EHPAD constituent des lieux de soins beaucoup plus que des lieux de vie. Elles devraient pourtant être avant tout des lieux de vie. Or, le plus souvent, une grande tristesse s'en dégage et les résidents passent leurs journées assis, sans aucune occupation.

Le budget d'animation de certains établissements s'élèverait à 800 € par an pour 80 résidents ! C'est dérisoire. Compte tenu de l'importance de la stimulation tant intellectuelle que physique dans la prévention de la progression de la dépendance, il est indispensable d'offrir de l'animation et des loisirs aux résidents. **A cet effet une véritable politique socioculturelle doit être menée et un budget spécifique prévu.**

Il paraît difficile d'ignorer plus longtemps le phénomène de l'accueil « marron » (clandestin, informel) connu de tous, qui « rend un service » et dont la suppression aggraverait le déficit de structures. Sans le stigmatiser ni lui donner la chasse, il apparaît nécessaire d'en faire un état des lieux précis.

Plus de souplesse dans les conditions d'agrément pour un certain nombre de structures, accompagnée d'un suivi et d'un contrôle plus strict des autorités seraient de nature à transformer les maisons pour personnes âgées informelles en maisons d'accueil familial.

Cela aurait aussi pour conséquence un développement du nombre de structures et une réponse mieux répartie sur l'ensemble du territoire.

▪ **Imaginer diverses solutions**

Les pistes d'alternatives aux structures actuelles devraient être inventives afin de lutter contre la morosité ambiante des espaces aménagés pour les personnes âgées. Il faut imaginer des solutions répondant à leurs différents besoins, aux différentes étapes qu'elles sont amenées à franchir.

Guidées par ce souci d'innovation ancré dans la réalité du terrain, suivent quelques propositions recueillies par le CESER.

Petites unités d'accueil, à échelle humaine pour les futurs EHPAD avec des plateformes mutualisées et des services communs. Ces structures se situeraient à mi-chemin entre les maisons familiales d'autrefois et des « clubs de vacances ».

Dans une île multi-culturelle comme la Réunion devront y être prévus, notamment, des espaces « neutres » permettant la pratique du culte de chacun.

Résidences de services: Il s'agirait de construire du logement locatif classique mais avec des plateaux techniques offrant des services à la carte. Ce mode d'hébergement collectif permettrait de conserver la convivialité, de développer des tâches d'utilité sociale ; ce que réclame bon nombre de personnes. Ne s'agissant pas d'un établissement, il reste proche du modèle réunionnais du maintien à domicile. Le coût de ce mode d'accueil alternatif pour les moins dépendants devrait se relever être moins élevé que celui en institution. Il faudrait envisager son financement dans le cadre de la réforme de la dépendance au même titre que les aides au logement social. Bien conçue, la vie dans ce type de résidence serait un « rempart » contre la dépendance et par conséquent un gain sur les dépenses qu'elle entraîne.

Réseaux de proximité: La Réunion a la chance d'être une petite île. Le domicile n'est jamais très loin d'une structure organisée, qu'elle soit sportive, artistique ou de soins. Un réseau spécifique et typique pourrait donc être constitué permettant de concilier le foyer, la maison, le lieu de vie et de rencontres entre les générations, le besoin de suivi et de prise en charge médicale ainsi que les activités culturelles et sportives, ...

Cette formule soulagerait les familles qui 24 h/24 accompagnent des parents atteints parfois gravement. Il pourrait d'ailleurs s'agir de créer un essaim de réseaux qui s'entrecroisent et qui offrent la possibilité de garder le lien social nécessaire. Son coût devrait pouvoir en être maîtrisé.

5. Professionnaliser les aidants et former à de nouveaux métiers

Certes, la dépendance a un coût. Elle entraîne des dépenses conséquentes. Mais, le secteur de la dépendance constitue aussi un « marché » générateur, par conséquent, d'activités économiques, de revenus et de formation. Ce secteur représente aussi une opportunité en termes de création d'emplois. Pour les métiers de l'aide à domicile, les perspectives¹⁸ d'ici 2020, font état de 6 759 emplois en temps partiel et de 2 253 emplois à temps plein. Concernant les établissements, se référer au rapport du CESER publié en novembre 2008¹⁹.

L'aidant familial de bonne volonté ne suffit plus et ne saurait encore moins suffire à l'avenir. L'accompagnateur d'une personne dépendante joue un rôle clé et prépondérant dans le quotidien de cette personne.

Les connaissances ont évolué, les causes de dépendance également : la maladie d'Alzheimer étant un des exemples le plus notoire et le plus frappant. Une professionnalisation s'avère donc indispensable par le biais d'une formation adéquate.

Par ailleurs, il est établi aujourd'hui que les loisirs, l'animation dans les structures, sont des facteurs clés et bénéfiques pour le moral, le mental et tout simplement le bien-être des personnes dépendantes âgées ou pas. Cela peut entraîner aussi un traitement médical moins lourd ou différé. Il existe donc dans ces domaines et autour de ces idées, des métiers nouveaux à concevoir et à créer.

6. Une couverture universelle de la dépendance

La cohésion sociale commande que ce risque soit couvert universellement, en particulier pour les plus défavorisés.

Deux raisons évidentes à cela :

- un motif éthique : la perte d'autonomie est un risque social au même titre que la maladie ; elle crée une incapacité dont l'individu n'est pas responsable et que la société doit prendre en charge.
- une situation économique et sociale à la Réunion qui n'offre guère d'autre possibilité.

7. Mettre en œuvre une coordination opérationnelle et efficace

De la coordination à 2 niveaux paraît nécessaire.

▪ Coordination des politiques

Un véritable millefeuille de structures de coordination se rencontre sur le terrain totalisant 9 catégories d'instances aux appellations diverses (réseaux de santé gériatriques, équipes médico-sociales de l'APA, services sociaux des Caisses d'Assurance Maladie, coordinations par les services à domicile ou Centres Locaux d'Information et de Coordination, ...)²⁰. Ainsi que le faisait remarquer un des intervenants au CESER, il ne manque plus qu'un coordonnateur de toutes ces coordinations !

De manière pratique, une seule instance regroupant les représentants des différentes structures concernées à l'échelle communale suffirait à rendre opérationnelle et efficace la coordination des services et de la politique en faveur de la population dépendante.

¹⁸ Extrait du document « Réforme de la dépendance - Etude d'impact et pistes de propositions » du Conseil général de la Réunion- mai 2011.

¹⁹ « Les Associations, acteurs essentiels du secteur social et médico-social : des contraintes, un défi ».

²⁰ Cf. extrait du PowerPoint du Docteur Pierre CATTEAU en annexe.

Les institutions doivent dans ce domaine, comme dans bien d'autres, apprendre à travailler ensemble.

- **Coordination de l'équipe qui intervient auprès de la personne dépendante**

Une personne dépendante gardée à domicile se retrouve confrontée à une multiplicité d'intervenants : SSIAD, médecin traitant, aide ménagère, kinésithérapeute, psychologue, Il est essentiel qu'un point régulier soit fait sur l'évolution de l'état de la personne avec l'ensemble des intervenants, pour rectifier ou ajuster le traitement. Aujourd'hui, de manière naturelle et informelle, le médecin traitant joue ce rôle de coordonnateur. Formaliser cette pratique serait nécessaire.

Ainsi, chacun prendrait conscience de faire partie d'une équipe avec un but commun et n'importe lequel d'entre eux pourrait déclencher une demande de mise au point à propos du patient. Par ailleurs, mettre en place, dans la mesure du possible, une seule et même équipe pour s'occuper de la personne âgée dépendante, faciliterait les coordinations.

8. Clarifier les responsabilités, désigner un pilote et évaluer

- **Pilotage**

La gestion de la dépendance est ambiguë et complexe de par l'enchevêtrement des financements et des instances décisionnelles qui la caractérise.

Relevant du médico-social, la dépendance se situe à la croisée de différentes politiques : celle de l'Assurance maladie, de l'Aide sociale et de la Solidarité. Ces 3 voies peuvent-elles être complémentaires ? **Ne faudrait-il pas un redécoupage des responsabilités ? A contrario, peut-on envisager, en fonction de la logique choisie, de confier à une seule et unique instance la gestion globale de la dépendance ?**

Lors des auditions du CESER, cette question a fait débat. Il semblerait présomptueux de le trancher ici : les partisans du « tout sanitaire », ceux d'une gestion par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) ayant des arguments, tous aussi valables les uns que les autres.

- **Evaluation**

Fidèle à une de ses dernières productions²¹, reflet d'une préoccupation constante depuis bien des années, le CESER ne peut que rappeler **l'absolue nécessité d'un suivi rigoureux des actions menées et d'une évaluation de la politique de la dépendance actuelle et à venir.**

²¹ Rapport « Renforcer les capacités d'évaluation des politiques publiques à la Réunion à partir de l'exemple des programmes européens » - mars 2010.

CONCLUSION

Au terme de cette note, beaucoup de questions restent posées, d'autres n'ont pu être abordées. Comme indiqué, en préambule, le CESER y reviendra.

Une chose lui apparaît d'ores et déjà certaine cependant. Au-delà des structures, des équipements et des personnels qualifiés, bien entendu nécessaires, un défi sociétal est à relever. Malgré l'évolution de l'environnement et les modes de vie défavorables, il est vital de lutter contre l'isolement des personnes âgées dépendantes ou non. Pour cela, conserver ou recréer du lien social dynamique et épanouissant, notamment par une politique socioculturelle envers les seniors en parallèle de la politique médico-sociale menée à leur égard, doit constituer une recherche constante. Pour le CESER, le maintien à domicile et une politique de prévention concertée, cohérente et efficace devraient avoir un retour sur investissement non négligeable.

Un terme récurrent employé par les acteurs du champ de la dépendance recouvre tout un concept et résume bien la démarche qui doit guider l'approche de la dépendance : « l'humanité », avec son corollaire : **la vraie solidarité**, celle qui lorsqu'elle est prodiguée n'attend rien en retour... Il y va de la dignité de l'être humain.

Troisième partie

ANNEXES

SOMMAIRE DES ANNEXES

- Personnes âgées : démographie et conditions de vie.....p. 29

- Informations Rapides n° 183 (mai 2011)
sur les ressources des personnes âgées.....p. 38

- Informations Rapides n° 184 (mai 2011)
sur les niveaux de vie des personnes âgées.....p. 42

- Récapitulatif des structures de coordination.....p. 46

- Contribution de la C.G.T.R. (Confédération Générale des Travailleurs de la Réunion).....p. 47

Personnes âgées

démographie et conditions de vie

Les personnes âgées sont encore peu nombreuses, mais leur poids dans la structure de la population réunionnaise augmentera fortement dans les prochaines années. Depuis la départementalisation, les gains d'espérance de vie ont été importants, et devraient se poursuivre : les personnes vivront plus longtemps, et en meilleure santé qu'auparavant. En 2040, l'île comptera 219 000 personnes âgées d'au moins 65 ans, contre 62 000 aujourd'hui. La prise en charge et la solidarité envers ces personnes âgées constituent un des principaux enjeux de La Réunion pour les années à venir.

Les personnes âgées vivent majoritairement en couple, avec ou sans enfant. Néanmoins, depuis quelques années, elles vivent plus souvent seules, avec l'augmentation des divorces et du célibat. La solidarité familiale, jusque là profondément ancrée dans les modes de vie réunionnais, est aujourd'hui en perte de vitesse. La personne âgée, lorsqu'elle ne vit plus en couple ou seule, est en effet moins souvent intégrée au sein de la famille d'un de ses enfants. La vie en institution spécialisée reste toutefois marginale, puisqu'elle ne concerne aujourd'hui que 4 % des personnes âgées d'au moins 75 ans.

Les logements qu'occupent les personnes âgées pourraient sembler idéals aux plus jeunes : une maison individuelle, spacieuse, dont ils sont propriétaires. Les enfants partis, les personnes conservent généralement le même logement, ce qui leur procure plus d'espace. Néanmoins, s'agissant plus souvent de logements anciens, ils accusent quelques défauts, notamment au niveau de l'installation électrique. À un âge où apparaissent les premiers

handicaps, les grands seniors sont les plus pénalisés par l'inconfort de leur logement.

Dans un contexte de chômage et de recul de l'âge légal de départ à la retraite, l'emploi des seniors fait l'objet de toutes les attentions. Entre 50 et 64 ans, un peu plus de la moitié des Réunionnais sont actifs, c'est à dire qu'ils travaillent ou sont au chômage. Les autres ne se portent pas sur le marché du travail, soit parce qu'ils sont à la retraite, qu'ils n'ont jamais travaillé, qu'ils n'espèrent plus trouver d'emploi ou qu'ils bénéficient d'un revenu de solidarité. L'activité baisse dès 50 ans, mais l'augmentation du taux d'activité observée sur les trois dernières années (+ 5 points) laisse à penser que le comportement des seniors sur le marché de l'emploi évolue.

Ce dossier propose un premier volet d'études sur la démographie et les conditions de vie des personnes âgées. Il sera complété dans nos prochaines publications par d'autres éclairages, tels que la santé, la famille ou les revenus.



Champ :

Dans ces études, la population étudiée est généralement celle des personnes âgées d'au moins 50 ans. Les pré-seniors ont entre 50 et 64 ans, les mid-seniors entre 65 et 74 ans et les grands seniors 75 ans ou plus. Néanmoins, l'article traitant de l'évolution et de la projection de la population âgée à l'horizon 2040 étudie les 65 ans ou plus. Celui sur l'emploi étudie les comportements des 50-64 ans.

Le vieillissement de la population : un défi pour les années à venir 12

La solidarité familiale en perte de vitesse 14

L'activité baisse dès 50 ans 16

Des logements spacieux, mais qui comportent des défauts 18

Le vieillissement de la p un défi pour les années

Les Réunionnais âgés d'au moins 65 ans sont 62 000 aujourd'hui. Ils sont trois fois plus nombreux qu'au début des années 80. La population réunionnaise vieillit et en un quart de siècle, la croissance des plus âgés s'est accélérée. Elle reste néanmoins moins rapide que celle attendue d'ici 2040 où l'île comptera 219 000 seniors. Le taux de dépendance économique des personnes âgées, qui mesure le rapport de la population âgée sur celle en âge de travailler, serait alors de 35 %.

La population réunionnaise vieillit. En un quart de siècle, la population des seniors¹ de l'île a presque triplé, passant de 24 000 Réunionnais âgés de 65 ans ou plus en 1982 à 62 000 en 2007. Leur poids dans l'ensemble de la population a doublé et atteint désormais 8 %. Sur la même période, la population des seniors a augmenté trois fois plus vite que la population totale. Avec les gains d'espérance de vie et les progrès en terme d'autonomie, les seniors d'aujourd'hui ne ressemblent en rien aux « gramounes » d'autrefois. Néanmoins dans les prochaines années, les seniors seront de plus en plus nombreux, et La Réunion fait face à l'un des enjeux majeurs de toute société moderne : le vieillissement de sa population.

Les seniors forment une population hétéroclite. Les plus jeunes d'entre eux, qui ont moins de 74 ans, sont presque tous retraités mais encore largement autonomes. Ce sont les mid-seniors. Ils sont 38 000 aujourd'hui, deux fois plus nombreux qu'en 1982. Leurs aînés, les grands seniors, sont eux 25 000. Ils sont trois fois plus nombreux qu'en 1982, avec un rythme de croissance plus

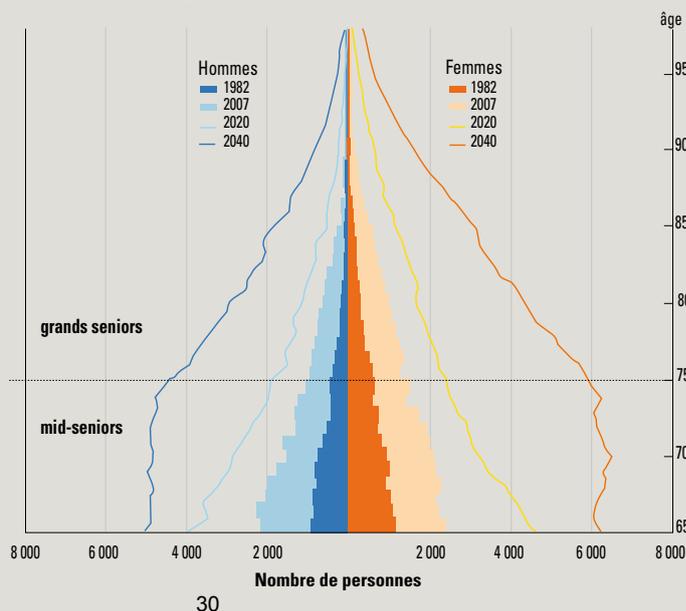
soutenu encore que celui des mid-seniors. La population très âgée a même quadruplé en 25 ans : l'île compte environ 2 000 nonagénaires ou centenaires en 2007. Ces grands seniors sont plus fréquemment en situation de dépendance et ont des modes de vie spécifiques.

Le taux de dépendance économique s'accroît

Le poids que les seniors représentent dans la société peut être calculé au travers du taux de dépendance économique des personnes âgées. Il correspond au rapport entre la population des 65 ans et plus et celle des 15 à 64 ans, en âge de travailler. Il s'est accentué entre 1982 et 2007, passant de 8 % à 12 %. Il s'élève à 26 % en France métropolitaine.

Le vieillissement actuel de la population réunionnaise est d'abord le résultat des forts gains d'espérance de vie depuis la départementalisation. À cette époque, l'espérance de vie à la naissance était d'environ 50 ans. L'amélioration de l'appareil médical, le recul important des maladies

Pyramide des âges des seniors en 1982, 2007, 2020 et 2040



Source : Insee, recensements de la population 1982 et 2007, projections de populations 2020 et 2040

¹ Cette étude concerne les personnes âgées de 65 ans ou plus. Un « mid-senior » est âgé de 65 à 74 ans et un « grand senior » de 75 ans ou plus. Sources utilisées : Recensements de la population - Projections de population 2010 (scénario central), Insee

Population : à venir

infectieuses et parasitaires tel que le paludisme sont quelques-uns des facteurs de l'amélioration des conditions de vie des Réunionnais. En 2007, les Réunionnaises vivent en moyenne 82 ans et les hommes 75 ans, soit respectivement 8 ans et 9 ans de plus qu'en 1982.

Par ailleurs, dans les années 50 et 60, l'île amorçait sa transition démographique. L'accroissement naturel était alors important grâce à un taux de natalité élevé et un taux de mortalité en diminution constante. Cette population nombreuse âgée aujourd'hui de 40 à 60 ans viendra d'ici 5 à 25 ans intégrer la population des seniors.

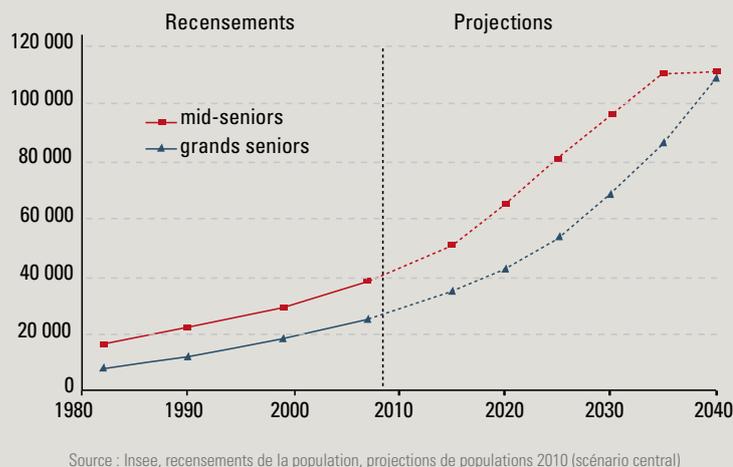
Vers un papy-boom réunionnais

À l'horizon 2040, la population de l'île devrait dépasser le million d'habitants. La population continuant à vieillir, l'âge moyen des Réunionnais serait de 40 ans contre 32 actuellement. La structure par âge de la population se rapprocherait alors de celle observée actuellement en France métropolitaine. Néanmoins, La Réunion resterait avec Mayotte et la Guyane l'un des plus jeunes départements de France.

Jusqu'en 2020, la population des seniors croît fortement : 4 % par an. La croissance de cette population devrait être quatre fois plus rapide que celle de la population totale. L'île compterait alors 106 000 personnes âgées qui représenteraient 12 % de la population.

Les mid-seniors constitueraient toujours le groupe le plus important, avec 64 000 personnes. Avec une croissance identique, la part des grands seniors parmi les plus de 65 ans serait stable jusqu'en 2020, à 39 %. Ils seraient néanmoins deux fois plus nombreux qu'actuellement et cinq fois plus qu'en 1982, grâce à l'avancée en âge de générations nombreuses et aux gains d'espérance de vie. Au nombre de 42 000, les personnes d'au moins 75 ans représenteraient alors 5 % de la population.

Les seniors toujours plus nombreux



L'accueil des personnes âgées dépendantes : un défi à relever

Les seniors devraient représenter 21 % de la population réunionnaise en 2040, avec 219 000 personnes. Alors que la croissance des mid-seniors ralentirait dès 2020, les plus âgés des seniors devraient croître de façon continue jusqu'en 2040, à un rythme soutenu de 5 % par an. Les grands seniors seraient alors plus de 108 000, soit presque autant que les mid-seniors. Un Réunionnais sur dix aurait alors au moins 75 ans contre un sur cent en 1982. Cette croissance concerne d'ailleurs le quatrième âge, à partir de 90 ans. En 2040, l'île devrait compter 12 000 nonagénaires et centenaires soit six fois plus qu'actuellement.

Sous l'effet conjugué d'une augmentation de la part de la population âgée de 65 ans ou plus (+ 13 points) et d'une baisse de la population de 15 à 64 ans (- 7 points), le taux de dépendance économique des personnes âgées passerait de 12 % actuellement à 35 % en 2040. L'accueil des personnes les plus âgées potentiellement dépendantes, dans de bonnes conditions, est dès aujourd'hui un enjeu majeur pour l'île.

Les pré-seniors moins nombreux entre fin 2020 et mi-2030

La population âgée de 50 à 64 ans est nombreuse et généralement encore active. Elle a plus que doublé en un quart de siècle et compte 108 000 individus en 2007. La croissance de la population de cette tranche d'âge se maintient dans un avenir proche, mais cette population devrait diminuer entre fin 2020 et mi-2030. Ils représenteront 16 % de la population en 2040.

La solidarité familiale en perte de vitesse

Les seniors vivent plus souvent seuls aujourd'hui. Parce qu'ils divorcent plus, vivent plus longtemps en bonne santé, mais aussi parce que la solidarité familiale est en perte de vitesse. La vie en famille reste néanmoins largement majoritaire, principalement en couple. Mais il est plus rare aujourd'hui de vivre sans conjoint aux côtés de ses enfants ou d'un autre membre de sa famille. Enfin, la vie en institution reste très marginale.

Au fil du temps, le mode de vie familial des Réunionnais se modifie. Ils sont notamment de plus en plus nombreux à vivre seuls, et cette tendance est plus accentuée encore chez les seniors¹. En 25 ans, le nombre de seniors vivant seuls a quadruplé, pour s'établir à 29 300 en 2007. Le vieillissement de la population est en partie à l'origine de cette évolution, mais le fait de vivre seul s'est aussi répandu progressivement dans les mœurs. Ainsi, 17 % des seniors vivent seuls aujourd'hui contre 11 % en 1982.

Vivre seul suite à un divorce

La banalisation du divorce explique en partie cette augmentation de la décohabitation des ménages âgés. La génération la plus concernée est celle des pré-seniors qui vivent seuls, pour lesquels la part des divorcés a triplé en 25 ans. Ils sont aujourd'hui 29 % dans cette situation. Par ailleurs, le célibat est de plus en plus fréquent chez les 50-64 ans, surtout chez les hommes. La moitié de ceux qui vivent seuls sont célibataires contre 36 % des femmes. Ces pré-seniors d'aujourd'hui seront les grands seniors de demain.

Pour les plus âgés, vivre seul fait généralement suite au décès du conjoint. L'espérance de vie des femmes étant plus importante que celle des hommes, les personnes âgées de 75 ans ou plus sont donc essentiellement des veuves.

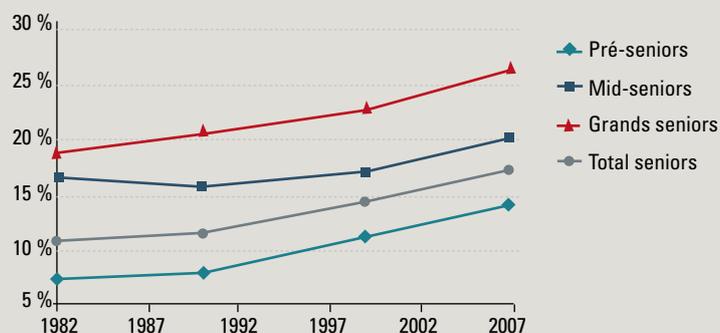
À l'avenir, avec la croissance attendue de la population âgée, et si les changements d'habitudes de vie se poursuivent, la part des seniors vivant seuls continuera de croître. L'île sera confrontée à un phénomène d'ampleur, qui devra être pris en compte dans les aménagements à prévoir pour ces futurs seniors.

Les seniors vivent moins souvent avec leurs enfants

Alors que le phénomène de décohabitation progresse, la vie en couple reste le mode de vie le plus fréquent chez les plus âgés. Depuis 1990, la part des seniors qui vivent en couple reste stable autour de 60 %, ce qui représente 104 000 personnes. Néanmoins, au sein des couples, les seniors vivent aujourd'hui majoritairement sans enfant, ce qui n'était pas le cas auparavant. Plus de personnes aux âges avancés, moins d'enfants,

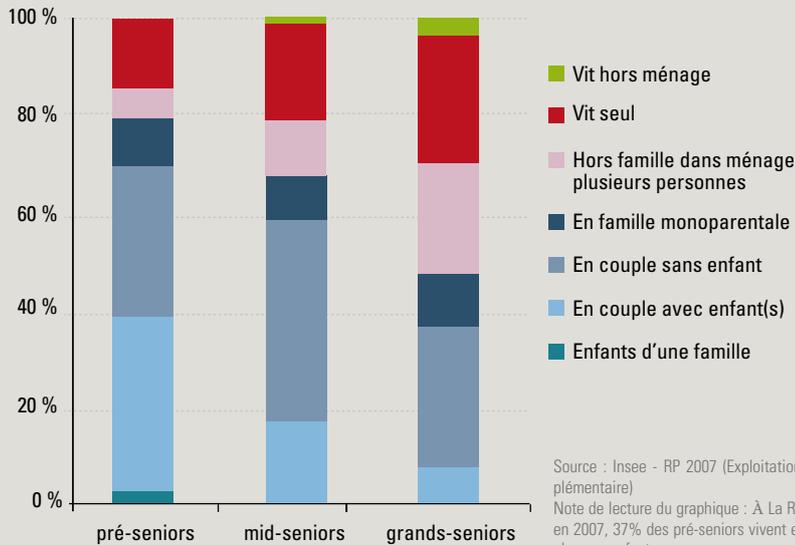
¹ Dans cette étude, les seniors ont 50 ans ou plus ; les pré-senior 50 à 64 ans ; les mid-seniors 65 à 74 ans ; les grand seniors 75 ans ou plus.

Les seniors vivent de plus en plus seuls



Source : Insee - Recensements de la population 1982, 1990, 1999 et 2007
Note de lecture : En 1982, 19% des grands-seniors vivent seuls

Mode de cohabitation : Les seniors vivent longtemps en couple



qui quittent plus facilement le domicile familial, sont à l'origine de ce phénomène. En effet, arrivés à l'âge adulte, les enfants vivent moins souvent qu'avant chez leurs parents : pour poursuivre leurs études (les départs étant facilités par les aides à la mobilité), par l'acquisition d'une situation professionnelle stable, ou pour s'installer eux-mêmes en couple. La vie en famille monoparentale est également aujourd'hui un peu moins répandue qu'auparavant chez les seniors.

Lorsqu'il ne vit plus en couple ou en tant qu'adulte d'une famille monoparentale, le senior cohabite également moins souvent avec un membre de sa famille : par exemple auprès d'un de ses enfants vivant en couple, ou avec un frère ou une sœur... Ils étaient 12 % à vivre ainsi en 1990, ils ne sont plus que 8 % aujourd'hui.

La vie en institution est marginale

La solidarité familiale est donc en perte de vitesse, mais la vie en institution reste marginale. Seules 1 800 personnes de 50 ans ou plus vivent hors-ménage, soit 1 % des seniors. Une minorité d'entre eux (14 %) vivent dans des communautés

religieuses et les trois quarts vivent dans des services de longs ou moyens séjours (maisons de retraites...). Les personnes vivant dans ces services sont logiquement plus âgées, mais restent peu nombreuses : 4 % des 75 ans ou plus. L'entrée dans ces structures est souvent liée à la perte de dépendance et au développement de maladies chroniques nécessitant un suivi particulier.

La population des grands séniors augmentera fortement dans l'avenir. De plus, le phénomène de décohabitation, qui progresse depuis les années quatre-vingt, devrait encore s'amplifier. La prise en charge des personnes potentiellement dépendantes deviendra cruciale dans les années qui viennent, et constitue un réel enjeu. Afin de privilégier la maintien à domicile, le développement de services à la personne adaptés à ces situations sera nécessaire. En tous les cas, le besoin de lits en institution destinés à l'accueil de ce type de public sera plus pressant.

Manuela **AH-WOANE**
Chargée d'études

Bibliographie :
MESPOULHÉS A., « L'Auvergne face au vieillissement de sa population », La Lettre n° 58 - Insee Auvergne, janvier 2010.
LEFÈVRE G., « Pour anticiper le phénomène du vieillissement sur le Grand Nancy : pré-seniors, mid-seniors et grands seniors », Économie lorraine n° 190, novembre 2009.
GRANGÉ C., « Les anciens restent en famille », Revue Économie de La Réunion n° 113, octobre 2002.

Définitions

Ménage : ensemble des personnes qui partagent la même résidence principale sans qu'elles soient nécessairement unies par des liens de parenté (en cas de cohabitation par exemple). Les individus vivant seuls constituent également un ménage.

Famille : partie d'un ménage comprenant au moins deux personnes et constituée soit d'un couple marié ou non, avec ou sans enfant(s), soit d'un adulte avec son ou ses enfant(s). Dans une famille, l'enfant doit être célibataire (lui-même sans enfant).

Couple : ensemble de deux personnes de sexe différent, âgées de 15 ans ou plus qui partagent la même résidence principale et, sauf exception, déclare être mariées ou vivre en couple

L'activité baisse dès 50 ans

Dans un contexte de chômage et de recul de l'âge légal de départ à la retraite, l'emploi des seniors est une préoccupation importante. L'activité décroît sensiblement dès 50 ans. A partir de cet âge, différents dispositifs peuvent en effet inciter les personnes sans emploi à choisir l'inactivité. Néanmoins depuis quelques années, les seniors occupent plus fréquemment un emploi, notamment les femmes.

¹ Les seniors désignent dans cette étude les personnes âgées de 50 à 64 ans.

² Les différentes mesures sont décrites dans le n°62 DARES Analyses (<http://www.travail-solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/2010-062.pdf>)

Le revenu de solidarité (RSO)

Mis en place en décembre 2001, le RSO donne aux allocataires du RMI âgés de 50 ans ou plus, et percevant cette prestation depuis au moins deux ans, la possibilité de se retirer du marché du travail et de l'emploi tout en conservant un revenu amélioré jusqu'à ce qu'ils bénéficient d'une retraite à taux plein. Ces deux conditions rapprochent le RSO d'une forme de préretraite très spécifique. Son ouverture de droit met automatiquement fin au droit du RMI et n'est pas compatible avec la perception d'un revenu d'activité professionnelle.

À La Réunion, 53 % des personnes âgées de 50 à 64 ans sont actives, c'est-à-dire qu'elles travaillent ou sont au chômage. C'est 6 points de moins qu'en France métropolitaine. Néanmoins en 3 ans, le taux d'activité des seniors¹ réunionnais a progressé de plus de 5 points. Cette évolution a été plus marquée chez les femmes (+ 7 points) que chez les hommes (+ 3 points). À ces âges, les enfants autonomes, l'écart entre les taux d'activité masculin et féminin se réduit. De 19 points entre 25 et 49 ans, il n'est plus que de 11 points entre 50 et 64 ans.

Une période de transition vers l'inactivité

À partir de 50 ans, la sortie de l'emploi est plus souvent synonyme d'inactivité que de chômage. Sur le marché de l'emploi, les jeunes seniors âgés de 50 à 54 ans ont une situation assez favorable. Bien qu'ils soient moins souvent actifs que les 25-49 ans (respectivement 69 % et 78 %), leur taux d'emploi est identique, aux alentours de 55 %.

La transition vers l'inactivité s'intensifie à partir de 55 ans. Pour les 55-59 ans, le taux d'activité baisse de 15 points comparativement aux 50-54 ans. Le taux d'emploi diminue sensiblement, de 8 points, pour s'établir à 47 %. Après 60 ans, âge légal aujourd'hui du départ à la retraite, la transition s'achève. Entre 60 et 64 ans, ils ne sont plus qu'une minorité à travailler : un quart de la population est active, presque toute en emploi.

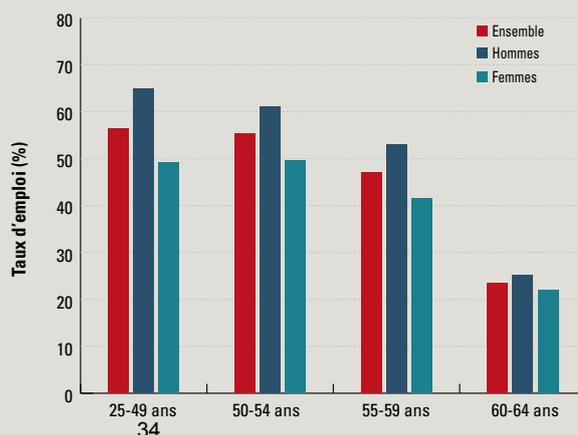
De nombreux dispositifs existant aujourd'hui ex-

pliquent la baisse sensible du taux d'activité avant 60 ans. Dans les Dom, les seniors sans emploi ont la possibilité de toucher le Revenu de solidarité, plus attractif que le Revenu minimum d'insertion, s'ils s'engagent à quitter le marché de l'emploi et de l'insertion. Pour compléter le dispositif, l'accès à certaines formes de préretraites² d'une part, ou la dispense de recherche d'emploi à partir de 58 ans d'autre part incitent les personnes à se retirer du marché du travail. Enfin, une partie des chômeurs renonce finalement à trouver un emploi, par découragement.

Les femmes moins présentes sur le marché du travail

La transition vers l'inactivité s'observe aussi bien pour les hommes que pour les femmes. Cependant, la situation des femmes seniors sur le marché du travail est moins favorable, puisque seulement 40 % d'entre elles travaillent, contre 49 % des hommes. Pour les femmes réunionnaises de ces générations, le modèle familial traditionnel est sans doute à l'origine du fait qu'elles soient peu nombreuses à occuper un emploi. De plus, leur faible niveau de qualification participe également à la difficulté qu'elles éprouvent à trouver un emploi. Enfin, pour celles ayant travaillé, certaines mesures de retraite anticipée liées au nombre d'enfants peuvent les inciter à quitter plus tôt le marché du travail. Toutefois, en 3 ans, le taux d'emploi des 50-64 a progressé de 3,5 points, principalement au bénéfice des femmes (+ 5,3 points).

Le taux d'emploi baisse sensiblement à partir de 55 ans



Source : Enquête Emploi Réunion, Insee 2010 (situation au 2^e trimestre)

11 familles professionnelles concentrent la moitié des emplois des seniors

Familles professionnelles	Effectif	%	Part des femmes seniors (%)
Enseignants	4 050	10	47
Agents d'entretien	3 930	10	69
Employés administratifs de la fonction publique (catégorie C)	2 470	6	56
Agriculteurs, éleveurs, sylviculteurs, bûcherons	1 780	4	18
Aides à domicile et aides ménagères	1 590	4	97
Conducteurs de véhicules	1 290	3	3
Employés de maison	1 210	3	98
Employés administratifs de la fonction publique (catégorie B)	1 170	3	51
Maîtrise des magasins et intermédiaires du commerce	1 140	3	36
Cadres de la fonction publique	1 110	3	33
Médecins, dentistes, pharmaciens et vétérinaires	1 100	3	27
Autres	19 950	49	35
TOTAL	40 770	100	43

Source : Recensement de la population 2007
 Champ : Personnes âgées de 50 à 64 ans occupant un emploi

Des emplois stables pour les seniors

Les conditions d'emploi des seniors sont meilleures que celles des plus jeunes. L'ancienneté qu'ils ont souvent accumulée ou l'expérience acquise avec l'âge leur permet d'occuper plus fréquemment des emplois stables. Ils sont en effet 83 % à bénéficier d'un contrat à durée indéterminée ou à être titulaires de la fonction publique, contre 72 % des plus jeunes. La stabilité de l'emploi est toutefois plus fréquente chez les hommes, les femmes ayant des conditions d'emploi plus précaires. Elles sont notamment 2,5 fois plus nombreuses que les hommes à occuper des emplois à durée déterminée (25 % des femmes contre 10 % des hommes).

Le travail à temps partiel est aussi répandu chez les seniors que chez les plus jeunes, un emploi sur cinq étant à temps partiel. La grande majorité d'entre eux sont occupés par des femmes (87 %), bien qu'elles soient minoritaires parmi les seniors en emploi. Plus des deux tiers de ces emplois à temps partiel ne résultent pas d'une volonté de la personne de limiter son temps de travail. Ce sont des temps partiels subis, par défaut de n'avoir pas trouvé d'emploi à temps complet.

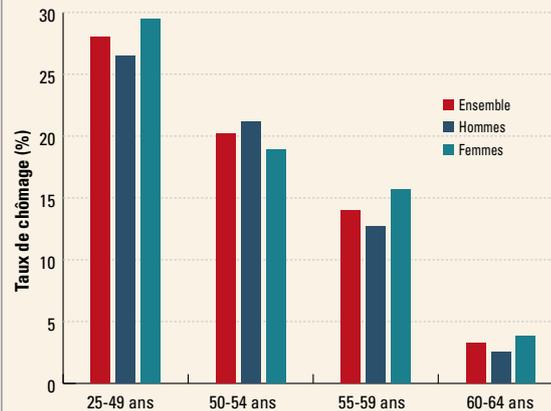
Les métiers des femmes sont moins diversifiés et moins qualifiés

Près de 41 000 seniors exercent un emploi à La Réunion, et la majorité d'entre eux sont âgés de 50 à 54 ans. Les femmes sont globalement minoritaires (43 %), mais certains métiers leurs sont presque exclusivement réservés, particulièrement dans le secteur privé. Les métiers qu'elles exercent sont moins diversifiés que ceux des hommes. La moitié des actives occupées se regroupent en effet sur 6 familles de métiers seulement, contre 12 pour les hommes.

Contrairement au secteur privé, la fonction publique emploie autant d'hommes que de femmes. Parmi les enseignants, premier métier exercé par les seniors avec 4 000 emplois, 47 % sont des femmes.

Dans le secteur privé, les femmes seniors occupent des métiers peu qualifiés. La profession la

Moins de chômage chez les seniors



Source : Enquête Emploi Réunion, Insee 2010 (situation au 2^e trimestre)

Faible chômage des seniors mais de plus longue durée

Le taux de chômage est relativement faible chez les seniors par rapport à leurs cadets. Il s'élève à 16 % contre 28 % chez les 25-49 ans. Cependant, il est 2,5 fois plus élevé qu'en France métropolitaine, malgré les dispositifs mis en place pour les faire sortir du marché du travail.

Quand ils sont au chômage, les seniors le sont nettement plus longtemps que les plus jeunes. Près des deux tiers d'entre eux recherchent un emploi depuis plus de deux ans.

Sources

L'Enquête Emploi Dom est réalisée chaque année au 2^e trimestre à La Réunion. Tous les résultats de cette étude sont ceux de l'Enquête Emploi 2010, à l'exception de ceux relatifs aux métiers exercés. Ils sont issus d'une autre source, **le Recensement de la population**, qui fournit des résultats au 1^{er} janvier 2007.

Définitions

BIT : Bureau international du travail.

Au sens du BIT : Un **actif** est une personne qui a un emploi ou qui est au chômage.

Un **actif ayant un emploi (ou actif occupé)** est une personne âgée de 15 ou plus ayant travaillé (ne serait-ce qu'une heure) au cours d'une semaine de référence, qu'elle soit salariée, à son compte, employeur ou aide dans l'entreprise ou l'exploitation familiale.

Un **chômeur** est une personne en âge de tra-

vailer (15 ans ou plus) qui répond à trois conditions simultanément :

- 1) être sans emploi, c'est-à-dire ne pas avoir travaillé, ne serait-ce qu'une heure, durant une semaine de référence ;
- 2) être disponible pour prendre un emploi dans les 15 jours ;
- 3) avoir cherché activement un emploi dans le mois précédent ou en avoir trouvé un qui commence dans moins de trois mois.

Le **taux d'activité** est le rapport entre le nombre d'actifs (actifs occupés et chômeurs) et la population totale correspondante (de même sexe et de même âge).

Le **taux d'emploi** est le rapport entre le nombre d'actifs ayant un emploi (actifs occupés) et la population totale correspondante (de même sexe et de même âge).

Le **taux de chômage** est le pourcentage de chômeurs dans la population active correspondante (de même sexe et de même âge).

plus répandue est agent d'entretien, qui regroupe 15 % des emplois féminins. Elles sont plus de 2 700 à exercer ce métier. Elles sont également nombreuses à exercer le métier d'aide à domicile ou d'aide ménagère (1 500) et celui d'employée de maison (1 200).

Les hommes seniors ont deux métiers spécifiques : agriculteurs et conducteurs de véhicules (respectivement 1 500 et 1 200 emplois). Ils occupent également des métiers plus qualifiés que les femmes, et sont notamment plus fréquemment cadres de la fonction publique ou médecins. Plus de 1 500 hommes seniors occupent ces emplois.

Sarah **Abdouni**
Chargée d'études

La réforme des retraites dans les grandes lignes

Dès la mi-2011, l'âge légal de départ à la retraite recule progressivement. Il passera de 60 ans aujourd'hui à 62 ans en 2018. L'âge de la retraite à taux plein recule de 2 ans pour atteindre 67 ans en 2023. Des dérogations sont accordées à certaines personnes. Les salariés justifiant d'une incapacité physique supérieure ou égale à 10 % liée à un travail pénible, les personnes ayant commencé à travailler tôt et ayant cotisé deux ans de plus que la durée légale, les travailleurs handicapés et les mères âgées de 55 ans ou plus ayant trois enfants peuvent partir plus tôt à la retraite.

Pour en savoir plus : <http://www.travail-solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/RETRAITESmodedemploi.pdf>

Des logements spacieux mais qui comportent de

Les personnes âgées occupent très souvent un logement qui pourrait sembler idéal aux plus jeunes : une maison individuelle, spacieuse, dont ils sont propriétaires. Mais si les plus de 50 ans disposent de davantage d'espace, ils occupent également des logements anciens. Ceci a des conséquences sur leur qualité : 63 % des logements de seniors présentent au moins un défaut. Les installations électriques posent particulièrement problème.

C'est d'abord l'espace qui caractérise le logement des seniors¹. Les plus de 50 ans disposent d'un nombre de pièces plus important que la moyenne : 1,66 pièces par personne, contre 1,15 parmi les ménages âgés de 15 à 49 ans. Leurs logements sont plus spacieux, 61 % ayant une surface d'au moins 70 m², contre 55 % chez les 15-49 ans. Bien que les propriétaires soient généralement les mieux lotis, les seniors locataires disposent eux aussi d'un espace supérieur à la moyenne.

Avec l'avancée en âge, les ménages seniors profitent d'un espace de plus en plus grand. Le nombre de pièces par personne s'accroît de 1,53 pièces par personne chez les pré-seniors à plus de 2 pièces chez les grands seniors.

Avec le départ des enfants, la diminution de la taille des ménages s'amorce à partir de 45 ans, mais le logement reste souvent le même. Entre 50 et 54 ans, la taille du ménage diminue encore et se situe en dessous de la moyenne réunionnaise (3 personnes). Enfin, parmi les personnes âgées d'au moins 75 ans, seul un ménage sur sept comporte plus de deux personnes. Parallèlement, le nombre de pièces du logement se stabilise autour de 4 à partir de 40 ans, évoluant peu par la suite.

Ainsi, les seniors sont moins exposés au surpeuplement que les plus jeunes. L'indice de surpeuplement permet de déterminer si la taille des logements - mesurée en nombre de pièces - est adaptée au nombre de personnes du ménage et à sa composition. À La Réunion, 18 % des ménages vivent dans des logements trop petits pour eux. En comparaison, moins de 6 % des ménages seniors vivent dans ces conditions. Au contraire, trois ménages seniors sur quatre vivent en situation de sous-peuplement, c'est à dire qu'ils disposent au moins d'une pièce en plus comparativement à leurs besoins.

Des habitations parmi les plus anciennes de l'île

Installés depuis 20 ans en moyenne, les seniors résident majoritairement dans des habitations qui sont parmi les plus anciennes de l'île. La moitié vivent dans des logements construits avant 1981 (les deux tiers parmi les grands seniors), contre 23 % chez les moins de 50 ans.

La qualité des logements en est affectée, particulièrement pour les grands seniors où certains éléments de confort sont encore inexistants. Malgré tout, le parc de logements dit « sans confort » a quasiment disparu de l'île. On ne compte plus que 10 700 résidences principales qui n'ont pas au moins un des éléments de confort suivants : électricité, douche ou baignoire, eau courante. Mais ce parc est occupé pour moitié par les ménages seniors.

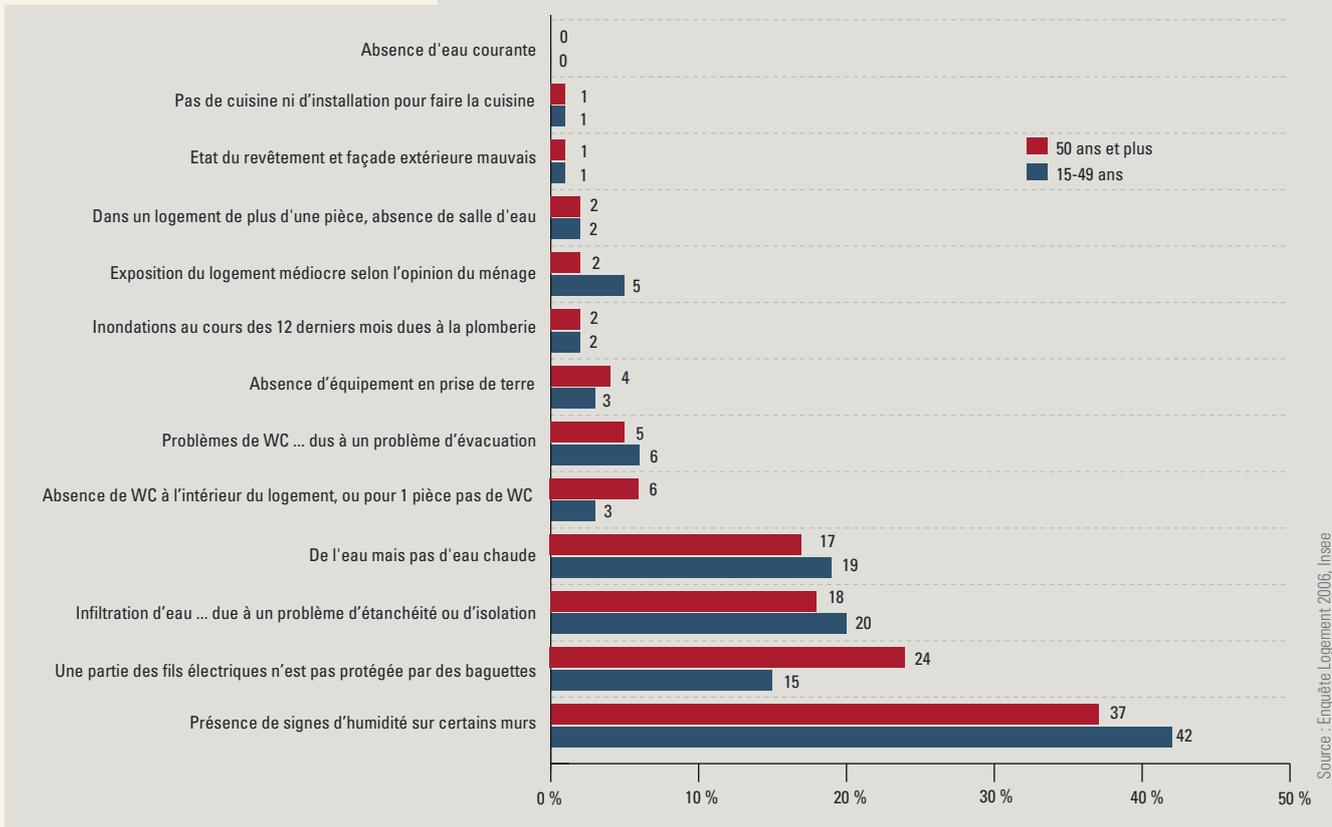
De façon générale, on retrouve au sein du logement des seniors les principaux défauts déjà observés dans le parc réunionnais : les signes d'humidité sur certains murs (37 %) ; l'absence de protection des fils électriques (25 %) ; l'infiltration d'eau (18 %) et l'absence d'eau chaude (17 %).

Selon 13 critères retenus par la loi Solidarité et renouvellement urbain (SRU) pour évaluer la qualité des logements, 64 400 logements présenteraient au moins un défaut, soit 63 % des logements accueillant au moins un senior.

Les grands seniors sont alors les plus pénalisés, à un âge où apparaissent les premiers handicaps. Ainsi, 71 % des logements de grands seniors présentent au moins un défaut, et plus d'un tiers en possèdent au moins deux. Les installations élec-

âgés, sans défauts

Pourcentage de résidences principales présentant chacun des 13 défauts (loi SRU)



triques posent particulièrement problème : 42 % vivent dans des logements où les fils électriques ne sont pas protégés et près de 10 % ne possèdent pas d'équipements en prise de terre.

Même si certains défauts peuvent paraître difficiles à vivre au quotidien, les personnes âgées sont parmi les plus satisfaites de leurs conditions de logement. Près de neuf ménages seniors sur dix considèrent en effet leur logement actuel comme acceptable ou satisfaisant. Ayant connu les éléments de confort moderne plus tardivement dans leur vie, les personnes âgées sont souvent moins exigeantes vis à vis de leurs conditions de logement.

Des seniors massivement propriétaires

Les seniors sont plus souvent propriétaires de leur logement : 69 % des ménages possèdent leur foyer, contre 55 % des 35-49 ans. Pour le reste, les seniors se répartissent entre locataires (27 %

et logés gratuitement (4 %). L'accession à la propriété progresse avec l'âge, et les deux tiers des pré-seniors sont déjà propriétaires. À partir de 65 ans, ils se stabilisent aux alentours de 72 %.

La proportion de seniors résidant en maisons individuelles culmine à 81 %. L'accession à la propriété s'accompagne logiquement d'un transfert vers l'habitat individuel : 95 % des seniors propriétaires ont acquis une maison. Les locataires quant à eux se répartissent équitablement entre maisons (44 %) et appartements (55 %).

Lorsqu'ils sont locataires, c'est majoritairement dans le social

Le recours à la location est le plus important chez les pré-seniors (30 %), qui correspondent à la classe d'âge encore en activité. Lorsqu'ils sont locataires, les seniors occupent majoritairement des logements sociaux (58 %, contre 44 % pour les 15-49 ans). Globalement, ils occupent 31 % du parc locatif social. Leur installation dans des

logements sociaux, en moyenne plus ancienne, permet d'expliquer ce recours plus faible au locatif privé. Ils ont vraisemblablement pu bénéficier de la construction soutenue de logements locatifs sociaux au cours des années 1990.

Frédéric Kosmowski
Chargé d'études

Sources

Le Recensement de la population 2007 est la principale source de cette étude. L'Enquête Logement de 2006 a permis d'apporter les éclairages sur le parc locatif social et la qualité des logements, au travers des critères de décence de la loi SRU.

¹ Les logements des seniors regroupent les 105 000 résidences principales dont le chef de famille à 50 ans ou plus.



Les allocataires du minimum vieillesse en 2008

45 % des seniors réunionnais vivent avec le minimum vieillesse

En 2008, 45 % des Réunionnais âgés de 65 ans ou plus sont allocataires du minimum vieillesse. Avec 633 euros par mois pour une personne seule, ces seniors vivent en dessous du seuil de pauvreté nationale. C'est parmi les plus de 75 ans, qui sont essentiellement des femmes, que le risque de pauvreté est le plus important. Les allocations du minimum vieillesse, qui viennent compléter les autres ressources, procurent en moyenne la moitié du montant des revenus des allocataires vivant seuls.

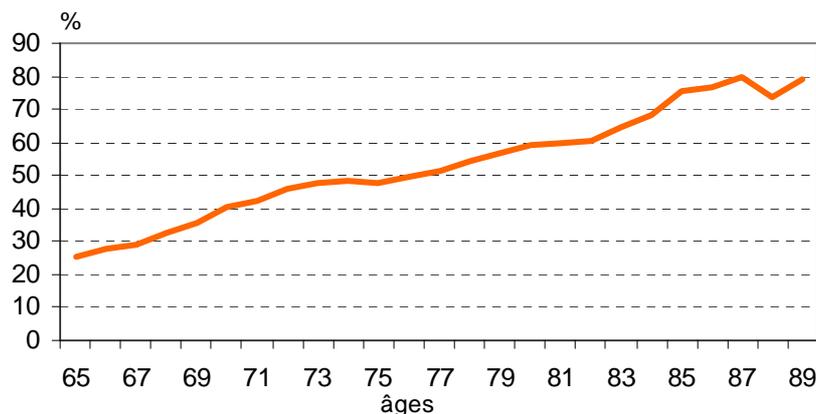
À La Réunion, depuis 2000, le nombre d'allocataires du minimum vieillesse a diminué en moyenne de 1,2 % par an. Leur nombre reste toutefois élevé, puisque 45 % des 65 ans ou plus (30 600 retraités) la perçoivent. L'écart avec la France métropolitaine est considérable : 5,4 % seulement des personnes âgées touchaient le minimum vieillesse en 2004. À La Réunion, 124 millions d'euros ont été alloués sur l'année 2008 pour le versement de ces allocations.

Les années à venir seront marquées par le vieillissement de la population réunionnaise. En 2020, l'île comptera 42 000 personnes âgées de plus de 75 ans, contre 25 000 aujourd'hui. L'augmentation du nombre des plus âgés pose un problème réel de société : les risques de précarité et d'isolement sont en effet importants. Les dépenses de santé et de celles liées à la perte d'autonomie augmenteront, et leur financement sera plus difficile à assurer. Bien en appréhender les enjeux est essentiel.

Davantage de précarité parmi les plus âgés

Avec l'avancée en âge, la part des Réunionnais qui vivent avec le mini-

Graphique 1 : Part des allocataires au minimum vieillesse à La Réunion en 2008 : elle augmente avec l'âge.



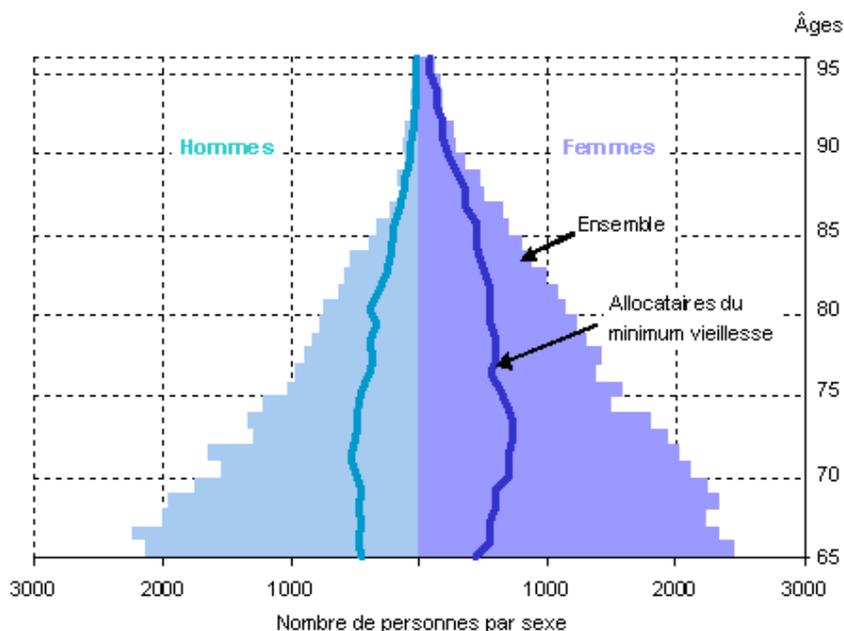
Sources : Insee, CGSS, Saspa, MSA, Cavimac, RSI.

mum vieillesse augmente (*graphique 1*). Ainsi, la moyenne d'âge des allocataires est élevée : 76 ans. Alors que 27 % des 65-69 vivent avec le minimum vieillesse, la proportion grimpe à 63 % chez les 80-85 ans. Et parmi les plus de 90 ans, huit sur dix vivent avec le minimum vieillesse.

Six allocataires sur dix sont des femmes. Deux raisons expliquent qu'elles soient majoritaires. D'une part, elles ont une plus faible activité et davantage de temps partiel sur le marché de l'emploi au cours de leur

vie. De ce fait, elles ont moins souvent accumulé de droits à la retraite. Ces inégalités de cotisations génèrent par la suite des inégalités dans le montant des retraites. D'autre part, la différence d'espérance de vie implique une plus grande longévité des femmes, donc un veuvage plus fréquent. C'est ainsi que des retraitées qui ne pouvaient prétendre au minimum vieillesse se retrouvent éligibles lors de la perte de leur conjoint.

Graphique 2 : Les allocataires au minimum vieillesse en 2008 : une population plus âgée et plus féminine.



Sources : Insee, CGSS, Saspa, MSA, Cavimac, RSI.

du régime général (*graphique 3*), les montants moyens des retraites s'élèvent à 166 euros. De plus, il n'est pas rare qu'un retraité ayant effectué une carrière complète ne puisse prétendre qu'à une pension infime. C'est alors qu'une majoration de taux de retraite est accordée, pour augmenter le montant versé. Ce type de majoration atteint en moyenne 100 euros pour les personnes seules au minimum vieillesse, et les différentes majorations (pour enfants, conjoints...) 60 euros. Les prestations du minimum vieillesse viennent compléter ces allocations pour atteindre le seuil de 633 euros fixé par décret. Au sein du régime général, elles s'élèvent à 289 euros en moyenne.

Frédéric Kosmowski
Chargé d'études

Le minimum vieillesse représente la moitié des revenus des personnes âgées qui vivent seules

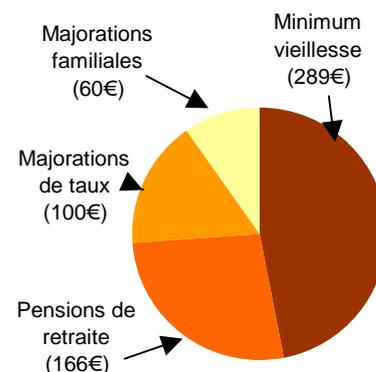
Les différentes allocations du minimum vieillesse perçues par les personnes âgées qui vivent seules s'élèvent en moyenne à 336 euros, soit 52 % du total de leurs revenus. Le minimum vieillesse est aussi parfois la seule source de revenus. Ainsi, un quart des allocataires n'ont acquis aucun droit de retraite, dont 81 % de femmes seules. La situation familiale de l'assuré impacte également le montant du minimum vieillesse. Ainsi, les veufs(ves) qui bénéficient d'une pension de

réversion perçoivent une allocation moins élevée (47 % des revenus), comparativement aux séparé(e)s et divorcé(e)s (54 %) et surtout aux célibataires (67 %).

Au sein du régime général (*encadré 3*), la part des pensions de retraite ou de réversion augmente avec l'âge : les retraités les plus jeunes ont moins cotisé que leurs aînés. Ainsi, les retraites représentent en moyenne 27 % du revenu des personnes âgées de 65 ans ou plus : 38 % chez les plus de 80 ans, contre 21 % chez les 65-74 ans.

Parmi les personnes seules relevant

Graphique 3 : Montant moyen des différentes prestations touchées par les personnes seules allocataires du régime général.



Source : CGSS, 2008.

Encadré 1 : le minimum vieillesse s'élève à 633 euros par mois en 2008

Créé en 1956, le minimum vieillesse permet à toute personne âgée de 65 ans ou plus de disposer d'un revenu minimum de retraite. Ce seuil est abaissé à 60 ans en cas d'invalidité ou d'inaptitude.

Au 1er avril 2008, son montant a été fixé par décret à 633 euros par mois pour une personne seule (1 136 euros pour un couple). Les ressources prises en compte pour l'attribution du minimum vieillesse sont celles du couple (si la personne est en couple) ou de la personne si elle est seule.

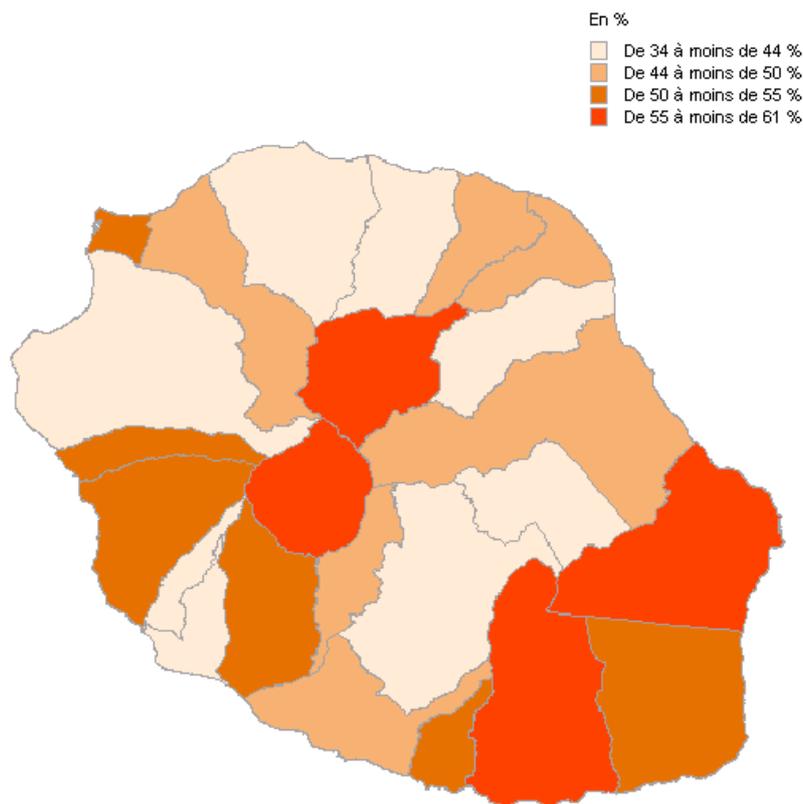
Le minimum vieillesse est une allocation différentielle (non contributive) : elle vient compléter les montants de retraites perçues de manière à garantir un seuil fixé de ressources (633 euros). Plus une personne aura cotisé au cours de sa vie active, et donc percevra une pension de retraite élevée, plus le montant des allocations du minimum vieillesse sera réduit. Le minimum vieillesse ne permet toutefois pas d'échapper à la pauvreté : la majorité des allocataires vivent sous le seuil de pauvreté national, qui correspond à un niveau de vie de 911 euros par mois et par unité de consommation.

Depuis 2007, deux allocations permettent d'atteindre le minimum vieillesse : l'Allocation de Solidarité aux personnes âgées (ASPA) et l'Allocation Supplémentaire d'Invalidité (ASI).

Le décret n°2009-473 précise les étapes de la revalorisation pour les personnes seules jusqu'en 2012 : 742 euros au 1er avril 2011 et 777 euros au 1er avril 2012.

Encadré 2 : 42 % des allocataires vivent dans le Sud

Selon les microrégions ou les communes de l'île, la part des allocataires au minimum vieillesse varie sensiblement (*carte 1*). Elle évolue de manière similaire à d'autres indicateurs, tels que le niveau de revenu ou le taux de chômage. Le Nord se démarque des autres microrégions, puisqu'un tiers seulement des seniors perçoivent le minimum vieillesse. À l'opposé, quatre communes comptent plus de 55 % de personnes âgées qui vivent avec le minimum : Cilaos, Salazie, Sainte-Rose et Saint-Joseph. Ce sont finalement dix communes qui comptent plus de la moitié de leurs personnes âgées au minimum vieillesse. Le Sud regroupe 42 % des allocataires du minimum vieillesse de l'île.



Sources : Insee, CGSS, Saspa, MSA
© IGN, Insee 2011

Encadré 3 : les limites de l'analyse et les sources

Parmi les allocataires du minimum vieillesse, un tiers sont des couples. Il est alors difficile d'évaluer le montant de la retraite qui est perçu par les deux membres du ménage. En effet, on ne connaît pas toujours les revenus de l'autre membre qui peut toucher les allocations du minimum vieillesse en tant que prestataire, en tant que conjoint, ou simplement ne pas être éligible. C'est pourquoi l'analyse des montants n'a été conduite qu'à partir des données concernant les personnes seules.

Par ailleurs, l'analyse du montant des différentes allocations perçues (*graphique 3*) n'a pu être conduite que sur le régime général.

Définitions

Le **seuil de pauvreté**, utilisé au niveau européen, permet de mesurer la proportion de personnes ayant un niveau de vie inférieur à 60 % de la médiane des niveaux de vie. Compte tenu de la distribution des niveaux de vie métropolitains, le seuil de pauvreté national s'établit à 911 euros en 2008. En 2008, 49 % des Réunionnais ont un niveau de vie inférieur à ce seuil.

Les **allocations contributives** désignent les droits directs et les droits dérivés acquis par le retraité au cours de sa vie active. Les **droits directs** découlent directement des trimestres acquis par l'assuré ; les **droits dérivés** désignent les pensions de réversion acquises par les veufs ou veuves après le décès du conjoint.

Les **majorations** comprennent l'article L814-2 du Code de la Sécurité sociale et les différents avantages familiaux : majoration pour enfants, pour conjoint et pour tierces personnes.

Sources :

Cette étude sur le minimum vieillesse, inédite à La Réunion, a pu être réalisée grâce à une collaboration avec la CGSS Réunion, la MSA Réunion, la CDC Bordeaux, Cavimac et RSI.

Elle s'appuie sur le regroupement des données administratives des différentes caisses de retraites :

La Caisse Générale de Sécurité Sociale (CGSS) est le principal régime de base avec 77 % des allocataires. Le Service de l'Allocation de Solidarité aux Personnes Agées (SASPA) regroupe les retraités n'ayant cotisé à aucun régime de base (12 %) tandis que la Mutualité Sociale Agricole (MSA) concerne 11 % des allocataires. Enfin, trois régimes regroupent moins de 1 % des allocataires : la Caisse d'Assurance Vieillesse Invalidité et Maladie des Cultes (CAVIMAC), le Régime Social des Indépendants (RSI) et la Caisse Nationale de Retraite des Agents des Collectivités Locales (CNRACL).

Régime	En %
	Répartition par caisse
Régime général	76,8
MSA exploitants agricoles	10,6
SASPA	12,1
RSI	0,2
CAVIMAC	0,3
CNRACL	0,0

Champ : Retraités de 65 ans ou plus qui résident à La Réunion au 31/12/2008.

Bibliographie :

Chaput H., Julienne K. et Lelièvre M., 2007, « L'aide à la vieillesse pauvre : la construction du minimum vieillesse », *Revue française des Affaires sociales*, DREES, La Documentation française, n° 1 janvier-mars.

Augris N., « Les allocataires du minimum vieillesse », n°631, DREES Études et Résultats, avril 2008.

Ah-Woane M., « Le vieillissement de la population : un défi pour les années à venir », revue *Économie de la Réunion* n° 137, novembre 2010.



Niveaux de vie des personnes âgées en 2008

Forte concentration du niveau de vie des seniors entre 633 et 1 000 €

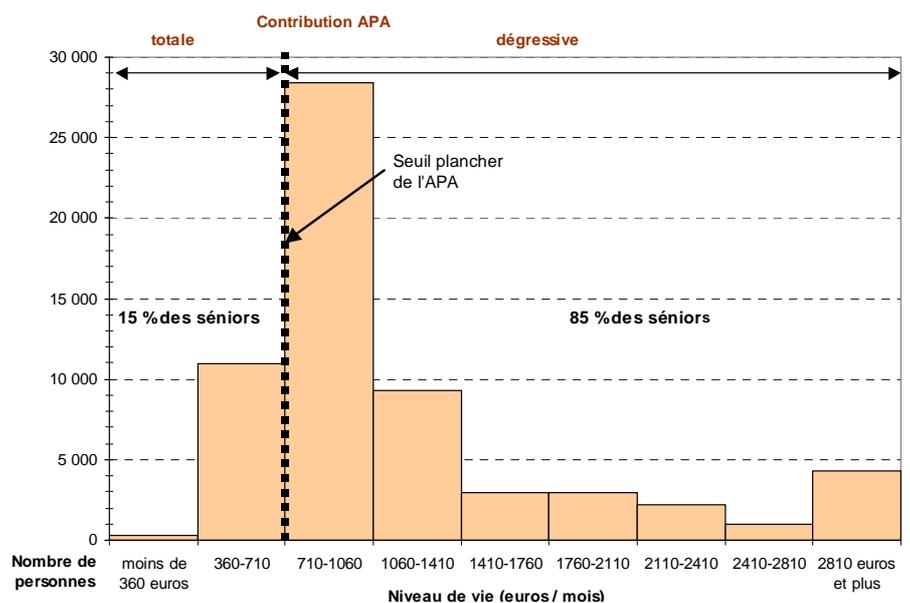
En 2008, plus de la moitié des personnes âgées de 65 ans et plus ont un niveau de vie mensuel compris entre 633 euros, montant du minimum vieillesse, et 1 000 euros. Les inégalités monétaires sont moins fortes chez les personnes âgées que dans l'ensemble de la population. Malgré les minima sociaux, 51 %, soit 32 100 personnes âgées ont un niveau de vie inférieur au seuil de pauvreté national, fixé à 911 euros. Lorsque le senior vit au sein du ménage avec une personne en emploi, les niveaux de vie s'élèvent sensiblement.

En 2008 à La Réunion, les niveaux de vie des 65 ans et plus sont fortement concentrés entre 633 euros (minimum vieillesse) et 1 000 euros par mois. Ce sont au total 34 000 personnes, soit plus de la moitié des personnes âgées (55 %), qui ont un revenu par unité de consommation (ou niveau de vie, cf. définitions) situé entre ces deux seuils.

Cette forte concentration des ressources est spécifique aux personnes âgées. À titre de comparaison, à La Réunion, seule une personne sur trois a un niveau de vie compris entre 633 euros et 1 000 euros. D'une part, peu de seniors ont un niveau de vie très faible en raison notamment du minimum vieillesse : 10 % des seniors vivent avec au plus 633 euros par mois, contre 23 % dans l'ensemble de la population. D'autre part, les retraites se substituent progressivement aux revenus d'activités (principale composante du revenu). Les retraites sont par définition moins élevées.

Ainsi, les inégalités monétaires sont moins fortes chez les personnes âgées que dans le reste de la population, en particulier que chez les 50-64 ans. Les 10 % des seniors les plus pauvres vivent avec au plus 633 euros par mois, les 10 % les

Graphique 1 : Niveaux de vie des seniors : ils sont concentrés juste au-dessus du seuil de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie.



Sources : Insee, DGFIP, CAF ; ERFS 2008.

plus riches avec au moins 2 300 euros par mois. Le rapport entre ces deux niveaux de vie est de 3,6 tandis qu'il s'élève à 5,2 pour l'ensemble de la population réunionnaise et à 7,4 pour les 50-64 ans. La différence de ressources entre individus aisés et modestes est beaucoup plus faible chez les personnes âgées.

Le minimum vieillesse, la garantie d'un revenu minimum

Les seniors les plus modestes ont des niveaux de vie plus élevés que les réunionnais les plus modestes. Le minimum vieillesse, aujourd'hui dénommé Allocation de Solidarité aux Personnes Agées (ASPA), constitue la garantie d'un revenu minimum (633 euros), supérieur au

RMI. En 2008, le RMI n'était en effet que de 448 euros par mois pour une personne seule.

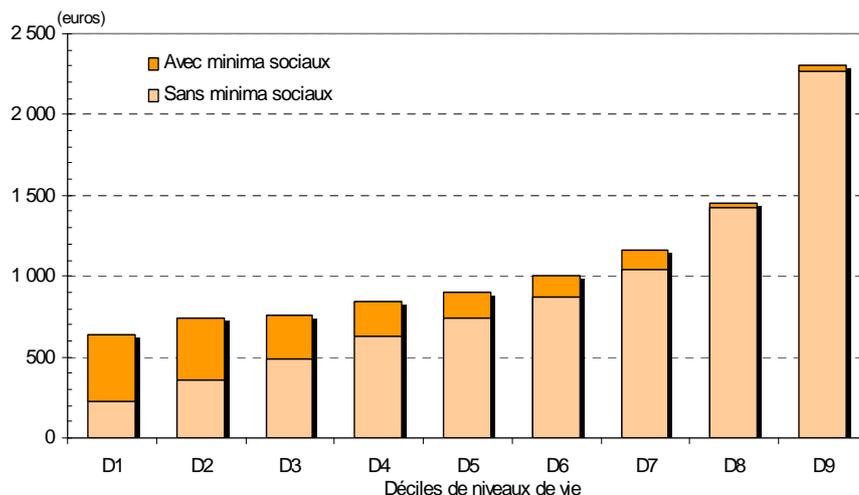
Les minima sociaux, dont l'ASPA représente la majeure partie, s'élèvent en moyenne à un quart des ressources des personnes âgées. Malgré tout, 4 000 personnes âgées ont des niveaux de vie inférieurs au minimum vieillesse de 633 euros. Ce sont principalement des personnes âgées qui partagent leurs revenus, au sein du ménage, avec d'autres personnes avec peu ou pas de ressources. Sans l'ASPA, 25 000 personnes âgées auraient un niveau de vie inférieur à 633 euros, soit 40 % des 65 ans et plus, contre 10 % avec l'ASPA.

32 100 seniors sous le seuil de pauvreté

Malgré les minima sociaux, les seniors ne sont pas épargnés par la pauvreté : 32 100 personnes, soit 51 % des 65 ans ou plus, ont un niveau de vie inférieur au seuil de pauvreté national. Celui-ci est fixé à 911 euros par mois en 2008. C'est un niveau proche de la moyenne de l'île, 49 % des Réunionnais étant dans cette situation.

Chez les seniors, la pauvreté augmente avec l'âge : 46 % des 65-69 ans vivent sous le seuil de pauvreté, 51 % des 70-74 ans et 57 % des plus de 74 ans. Avec la disparition du conjoint retraité, les

Graphique 2 : Niveaux de vie : sans le minimum vieillesse, 10 % des personnes âgées vivraient avec moins de 220 euros par mois.



Lecture : 10 % (D1) des 65 ans et plus ont un niveau de vie inférieur ou égal à 633 euros. Sans les minima sociaux, principalement le minimum vieillesse, leur niveau de vie serait inférieur ou égal à 220 euros. 60 % (D6) ont un niveau de vie inférieur à 1 000 euros.

Sources : Insee, DGFIP, CAF ; ERFS 2008.

revenus de la personne restant seule sont susceptibles de diminuer, ce qui peut expliquer cette augmentation du nombre de personnes pauvres avec l'âge.

Un senior sur quatre vit avec une personne en emploi

Une personne âgée sur quatre vit avec une personne en emploi. Il peut s'agir du conjoint, pour les seniors les moins âgés. Mais majoritairement

il s'agit d'une personne de la famille, souvent l'enfant. Ce mode de cohabitation bien qu'en perte de vitesse, reste encore prégnant à La Réunion. Les personnes âgées qui vivent avec une personne en emploi bénéficient d'une source de revenus supplémentaire, ce qui leur permet au final de disposer d'un niveau de vie plus élevé.

Ainsi, lorsqu'il n'y a pas de personne en emploi au sein du ménage, un

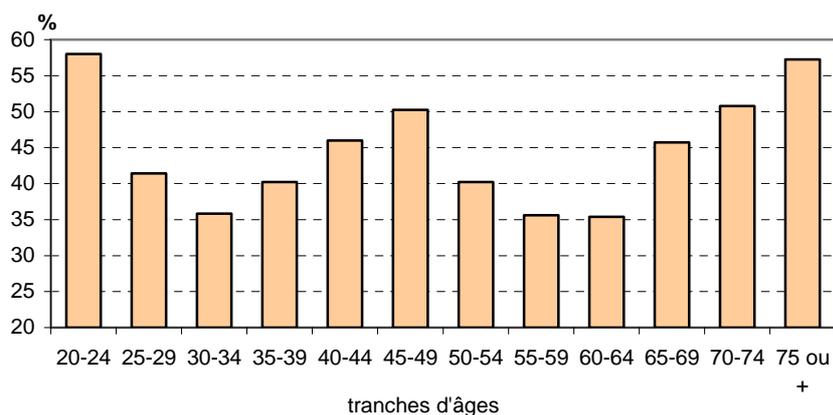
Encadré 1 : l'Allocation Personnalisée d'Autonomie bénéficie aux personnes âgées dépendantes

L'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) est destinée aux personnes âgées dépendantes. Elle a pour vocation de financer les dépenses qui y sont liées soit dans le cas d'un maintien à domicile, soit lors d'un séjour en maison de retraite. Pour en bénéficier, il faut :

- être âgé de 60 ans ou plus,
- être en manque ou en perte d'autonomie en raison de son état physique ou mental,
- avoir besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou être dans un état nécessitant une surveillance régulière (groupe 1 à 4 de la grille Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources - AGGIR),
- résider de façon stable et régulière en France.

Le montant de l'APA dépend du degré de dépendance et du revenu des personnes concernées. Pour les plus faibles revenus (inférieurs à 710 euros par mois), l'allocation prend en charge la totalité des dépenses liées à la dépendance. Au-delà de ce seuil, l'allocation est modulée en fonction des revenus. À La Réunion, les niveaux de vie sont très concentrés juste au-dessus de ce seuil. Toute modification de celui-ci aurait donc un impact fort sur le nombre de personnes dépendantes devant contribuer aux dépenses dues à la perte d'autonomie.

Graphique 3 : Taux de pauvreté par âge : il croît après 64 ans.



Source : Insee, DGFIP, CAF ; ERFS 2008

Lecture : entre 65 et 69 ans, 45 % des personnes vivent en dessous du

sénior sur deux a un niveau de vie inférieur à 860 euros par mois. Ce niveau de vie dit médian augmente de 190 euros lorsqu'il y a une personne en emploi dans le ménage et de 310 euros lorsqu'il y a deux personnes en emploi.

Au final, 13 % des ressources des seniors proviennent de revenus d'activité, alors que cette source de revenus représente la moitié des ressources des 50-64 ans.

Thomas Patenotte
Chargé d'études

Tableau 1 : Type de ressource : part moyenne dans le revenu du ménage.

	en %					
	revenus d'activité	minima sociaux	revenus du patrimoine	prestations sociales	retraites	chômage et pré-retraites
pré-seniors						
50-54 ans	59,8	14,6	3,5	8,1	6,7	6,2
55-59 ans	51,4	15,6	1,8	5,1	18,0	7,2
60-64 ans	33,4	13,6	3,1	3,7	37,5	8,0
Ensemble	50,6	14,7	2,8	6,0	18,0	7,0
seniors						
65-69 ans	13,3	18,1	3,9	4,1	57,9	2,3
70-74 ans	12,4	22,9	4,1	3,9	54,2	2,1
75 ans ou plus	13,1	28,3	3,6	4,2	49,2	1,2
Ensemble	13,0	23,3	3,8	4,1	53,6	1,8

Lecture : en moyenne, 13 % des ressources prises en compte dans le niveau de vie des plus de 65 ans proviennent de revenus d'activité.

Source : Insee, DGFIP, CAF ; ERFS 2008

Encadré 2 : plus de personnes âgées considérées comme pauvres dans le sud de l'île

Le Sud héberge 37 % des personnes âgées réunionnaises. C'est une région historiquement agricole, avec un tissu économique diffus, sans concentration notable. Les personnes âgées y sont très majoritairement plus pauvres que dans le reste de l'île. Le Sud, mais aussi l'Est, constituent les territoires les plus enclavés de l'île. St-Philippe, St-Joseph, Petite-Île, l'Entre-Deux et Cilaos pour le Sud ; Ste-Rose et Salazie pour l'Est sont des communes mal desservies par

les réseaux routiers. Les seniors, disséminés sur l'ensemble de ces deux microrégions, sont donc plus éloignés des services médicaux, ce qui peut entraîner un coût de prise en charge médicale plus important. Le Nord et l'Ouest regroupent chacune un quart des seniors. Ces deux régions ont les niveaux de vie les plus dispersés. Les niveaux de vie de la région Nord, fortement urbanisée et économiquement très dynamique, sont les plus élevés de l'île. À l'Ouest coexistent des seniors

aux revenus très modestes et d'autres aux niveaux de vie bien plus conséquents.

Tableau 2 : Taux de pauvreté des personnes âgées de 65 ans ou plus par microrégion.

	en %
Nord	39
Est	52
Ouest	53
Sud	58
La Réunion	51

Source : Insee, DGFIP, CAF ; ERFS 2008

Encadré 3 : Une nouvelle source sur les revenus, l'enquête Revenus fiscaux et sociaux

Conformément aux décisions prises lors du Comité Interministériel pour l'Outre Mer de fin 2009, l'Insee a intensifié ses travaux portant sur la mise en place d'une source en vue de disposer de mesure des revenus et de la pauvreté de façon régulière. Pour se faire, la réflexion a porté avant tout sur l'adaptation des sources sur les revenus existantes en France métropolitaine, aujourd'hui rendue possible grâce à la qualité des sources administratives, en particulier fiscales et sociales. Le projet a été mené à La Réunion dans le cadre d'une collaboration étroite avec la CAF.

L'Enquête Revenus fiscaux et Sociaux (ERFS) pour l'année 2008 consiste en un appariement statistique du fichier de l'enquête Emploi réalisée au 2ème trimestre 2008 avec les fichiers fiscaux (déclarations des revenus) de la DGFIP de l'année 2008 et les données sur les prestations sociales versées au cours de l'année 2008 par la CAF de La Réunion. La source s'appuie sur les revenus déclarés aux impôts. Elle ne prend donc pas en compte les revenus du patrimoine exonérés d'impôts ou soumis au prélèvement libératoire. À ce titre, elle minimise la mesure des inégalités, les revenus du patrimoine étant en général d'autant plus élevés que les revenus d'activité de la personne sont importants.

Avertissement : les comparaisons menées dans cette étude avec les données métropolitaines s'appuient sur l'enquête ERFS menée au niveau national, hors imputations de revenus du patrimoine. Pour cette raison, les statistiques nationales présentées ici peuvent être légèrement différentes de celles publiées au niveau national.

Cette étude s'inscrit dans le cadre d'un **partenariat** avec le Ceser sur les conditions de vie des personnes âgées.

Définitions :

Déciles : ils partagent la population en dix, tels que 10 % des personnes disposent d'un niveau de vie inférieur au premier décile (D1), 20 % d'un niveau de vie inférieur au deuxième décile (D2) etc.

Le **niveau de vie** d'une personne est calculé à partir de l'ensemble du revenu disponible du ménage. Afin de pouvoir comparer des personnes entre elles, diviser ce revenu disponible total par le nombre d'individus du ménage ne permettrait pas de prendre en compte les économies d'échelles liées à la vie en commun : ainsi deux personnes vivant ensemble n'achètent pas deux réfrigérateurs. On prend donc en compte des « unités de consommation (UC) » : le premier adulte du ménage vaut pour 1 UC, les autres personnes âgées de plus de 14 ans pour 0,5 UC, et enfin les enfants de moins de 14 ans pour 0,3 UC. Le niveau de vie est le rapport entre le revenu disponible du ménage et le nombre d'unités de consommation. Il est le même pour chacun des membres d'un ménage. Une personne seule dont le revenu disponible est de 911 euros possède le même niveau de vie que deux personnes vivant en couple et dont l'ensemble des revenus est de 1 370 euros (un couple valant 1,5 UC).

Niveau de vie médian : il partage la population en deux, une moitié des personnes dispose d'un niveau de vie inférieur, l'autre d'un niveau de vie supérieur

Ménage : ensemble des occupants d'un même logement, sans que ces personnes soient nécessairement unies par des liens de parenté (en cas de cohabitation par exemple). Un ménage peut être composé d'une seule personne.

Revenu disponible : il comprend les revenus déclarés à l'administration fiscale (revenus d'activités, retraites et pensions, indemnités de chômage et certains revenus du patrimoine), les prestations sociales perçues et la prime pour l'emploi. Les revenus financiers non déclarés ne sont pas pris en compte ici (produits d'assurance-vie, livrets exonérés, PEA, PEP, CEL, PEL). Tous ces revenus sont nets des impôts directs (impôt sur le revenu, impôts locaux, contribution sociale généralisée -CSG- et contribution à la réduction de la dette sociale -CRDS-). Ce revenu disponible est ainsi proche du concept de revenu disponible brut (RDB) au sens de la comptabilité nationale mais son champ est moins étendu.

Pauvreté monétaire : une personne est considérée comme pauvre lorsque son niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté.

Seuil de pauvreté : il est égal à 60 % du niveau de vie médian. Compte tenu de la distribution des niveaux de vie métropolitains, le seuil de pauvreté national s'établit à 911 euros en 2008. Ce seuil permet d'appréhender une pauvreté dite relative : si tous les revenus augmentent, alors le seuil de pauvreté s'élève mécaniquement, sans que le nombre de personnes pauvres ne soit modifié. En revanche, si les revenus des plus modestes augmentent, mais moins vite que ceux du reste de la population, alors le nombre de personnes pauvres s'accroît, bien que leur niveau de vie soit supérieur.

Récapitulation des structures de coordination actuellement rencontrées sur le terrain

- Les Instances locales de coordination (ILG) (1)
- Les réseaux « Soubie » (2)
- Les Equipes médico-sociales de l'A.P.A. (n> 100) (3)
- Les Centres Locaux d'information et de coordination (CLIC) (n=500) (4)
- Les réseaux de santé gérontologiques (5)
- Autres structures de coordination
 - Le service social des CRAM (6)
 - Des équipes mobiles gériatriques hospitalières intervenant à domicile (filières gériatriques) (7)
 - Des coordinations par les services à domicile (8)
 - Des coordinations par les acteurs de l'assurance dépendance (9)

Contribution de la CGTR

La note de la commission s'inscrit dans le débat national sur la dépendance. Cependant, elle porte essentiellement sur les personnes âgées étant entendu que cette problématique n'est qu'un aspect de la perte d'autonomie que nous préférons au concept de dépendance.

En effet, la notion de dépendance renvoie à celle de personne âgée alors que la perte d'autonomie peut intervenir jeune ou moins jeune du fait notamment des conditions de vie et de travail.

La prévention primordiale permettra une meilleure évolution de l'espérance de vie en bonne santé.

Notre population vieillit vite et mal. La fin de la transition démographique accélère le vieillissement de la population alors que nos vieux, dont les conditions de vie (financière, de logement, matrimoniale...) sont aggravées par rapport à la métropole, subissent plus tôt la perte d'autonomie (dès 50/59 ans, les niveaux de dépendance ici seraient équivalents à ceux observés 70/79 ans en France).

La note décrit bien la situation précaire d'une grande partie de la population réunionnaise. Nous considérons que des expertises sont nécessaires. Le gouvernement devra débloquer ensuite des moyens spécifiques afin que nous puissions bâtir un vrai plan de rattrapage dans le cadre d'un schéma directeur.

Une véritable Politique publique de l'aide à la personne doit être définie afin de mieux prendre en charge de façon solidaire et collective ces besoins sociaux dont la satisfaction conditionne la cohésion de notre société, gage de développement durable.

C'est un secteur important de création d'établissements de santé, de services et d'emplois qui se met en place. Il contribuera fortement à la formation et à la recherche.

La nécessité d'assurer un service public permettant l'accès du plus grand nombre à de bonnes prestations renvoie à celle de la structuration de la branche, et partant à la professionnalisation de ces métiers. La formation notamment en gériatrie et en gérontologie s'avère indispensable pour le personnel. Ces métiers, nouveaux souvent, doivent se structurer et s'agencer dans une Politique publique. Elle ne peut se résumer à une gestion mutualisée des contrats aidés au risque de construire une énorme machine à précariser.

Les personnels, conscients de leur devoir de bien servir nos "vieux", doivent avoir des perspectives professionnelles à partir d'un socle de droits sociaux.

Une politique publique pour répondre à un problème sociétal suppose, au delà d'un service public structurant, à minima, d'encadrer publiquement l'intervention marchande dont le développement sans une intervention publique rigoureuse ne ferait qu'accentuer les inégalités sociales. Cette politique doit être à l'opposé d'une marchandisation d'un secteur juteux.

La question du financement est essentielle.

Compte tenu de la situation de nos "vieux", les mécanismes de solidarité doivent jouer un rôle primordial. La Sécurité sociale doit prendre en charge le financement. Pour la CGTR, la 2ème journée de solidarité, le recours sur succession et les assurances privées doivent être abandonnés.

Nos "vieux" ne sont pas une charge pour la société, ils peuvent être des créateurs et des conservateurs de lien sociaux. Ils peuvent participer au fonctionnement d'espaces non marchands de la vie.

Les besoins pris en charge collectivement sont supportables, individuellement souvent intenable.

La croissance exponentielle de la charge du conseil général (les sommes alloués à l'APA ont été multipliées par 7 en 8 ans) sans les ressources nécessaires doit nous interpeller.

Saint Denis le 28 juin 2011

REMERCIEMENTS

La Commission « Affaires sociales, culturelles, sportives, Solidarité et Egalité des chances » du CESER remercie les personnes ci-après qui ont accepté d'être auditionnées dans le cadre de cette réflexion :

ARS (Agence Régionale de Santé) : Mlle Audrey de FONDAUMIERE, Chargée de mission auprès de la Directrice générale de l'ARS OI.

CCAS (Centre Communal d'Action Sociale) de Saint-Pierre : **M. Jacques LOMBARDI**, Directeur général des services.

CGSS (Caisse Générale de Sécurité Sociale) :

- **Mme Pascale HAMON SAVOYE**, Collaboratrice du Directeur adjoint chargée de l'action sociale,
- **M. Kader AKHOUN**, Directeur adjoint chargé des retraites et de l'action sociale.

CONSEIL GENERAL : Mme Marcelle MARIANNE, Directrice de la DASI (Direction de l'Action Sociale et de l'Intégration).

CROIX ROUGE : M. Bernard JUDET, Directeur de la MAPAD.

Docteur Ismaël MOUSSA, Médecin algologue (spécialiste de la douleur)

FEHAP : (Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Assistance Privée à but non lucratif)

- **Mme Mona PADER**, Directrice de la maison de retraite les Lataniers (La Possession).
- **M. Christian BONNEAU**, Président de la FEHAP,
- **M. Yves BAILLIF**, administrateur de la Fondation Pierre Favron,

Groupe de Dialogue Inter-religieux de la Réunion :

- **M. Idriss, Issop BANIAN**, Président du groupe de dialogue,
- **Mme Rachida BANIAN**, membre du groupe de dialogue,
- **Mme Danielle MOUSSA**, bénévole auprès des personnes âgées, membre du groupe de dialogue.
- **Mme Alixe PONAPIN**, retraitée, secrétaire du groupe de dialogue,
- **M. CHANEMOUGANE**, médecin, Président de l'association tamoule « Tamij Sangam », Vice Président du groupe de dialogue,
- **M. Clément AH-LINE**, trésorier du groupe et ancien Président des associations chinoises,
- **M. Abdoul KASSOUM**, retraité, membre du groupe de dialogue,
- **M. Ayub INGAR**, retraité, représentant l'association musulmane de la Réunion,

INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques) :

- **M. Pascal CHEVALIER**, Directeur régional,
- **M. Thomas PATENOTTE**, Chargé d'Etudes,
- **M. Frédéric KOSMOWSKI**, Chargé d'Etudes.

Mutualité de la Réunion :

- **M. Théodore HOARAU**, Président,
- **Mme Aurélie NATIVEL**, Chargée de la promotion de la santé.

URIOPSS (Union Régionale Interfédérale des Œuvres des Organismes Privés Sanitaires et Sociaux) :
Docteur Pierre CATTEAU, Gérontologue.

**COMPOSITION DE LA COMMISSION
« AFFAIRES SOCIALES, CULTURELLES,
SPORTIVES, SOLIDARITE ET EGALITE
DES CHANCES »**

Président : Maximin BANON (C.G.T.R.)

Vice-présidente : Paulette LACPATIA

Rapporteurs : Théodore HOARAU (Groupement réunionnais des coopératives et des mutuelles) et Marie LAFITTE (UIR-CFDT)

Membres : Michèle ANDRE (Personnalité qualifiée)

Marcel BOLON (C.G.P.E.R.)

Robert BOULANGER (Organisations représentant les consommateurs)

Yann DE PRINCE (MEDEF)

Jean-François FROMENS (Associations de chômeurs et les associations caritatives EMMAÛS, Association Père Favron et ATD QUART MONDE)

Patrick GEIGLE (Fédération bancaire française, Caisse Régionale du crédit agricole, Caisse d'épargne)

Georges-Marie LEPINAY (C.G.T.R.)

Thierry MOULAN (UIR-CFDT)

Michel OBERLE (ARMOS : Association des Maîtres d'Ouvrages Sociaux)

RAPPORTS ET AVIS DU CESER

QUELQUES RAPPORTS ET AVIS DU CESER DE LA REUNION

- Eléments de réflexion sur le schéma de services collectifs de l'enseignement supérieur et de la recherche pour la Réunion - avril 1999
- L'OCM Sucre : quelques pistes de réflexion pour la prochaine OCM - novembre 1999
- Contributions-cadres du Conseil économique et social régional de la Réunion pour la préparation de la Loi d'Orientation pour l'Outre-Mer – 1999
- La coopération régionale : un enjeu pour la Réunion ? - novembre 1999
- Le dispositif « emploi-jeune » : d'une opportunité à un enjeu stratégique - novembre 1999
- Les déplacements à la Réunion : l'urgence des choix - décembre 1999
- Réflexions sur le Fonds Régional pour le Développement et l'Emploi - juin 2000
- Actes du séminaire sur la rénovation du bâti scolaire du 1^{er} degré - avril 2001
- Le schéma directeur portuaire de Port Réunion - octobre 2001
- La vie étudiante : un espace à construire - décembre 2001
- La desserte aérienne de la Réunion - septembre 2001
- Pour un dispositif répondant aux besoins de l'emploi à la Réunion - septembre 2002
- Enjeux et défis de la Réunion à l'horizon 2020 - septembre 2002
- Investissement local et fiscalité – avril 2003
- L'aménagement, la protection et la valorisation du littoral : un défi pour l'avenir – octobre 2003
- Quel projet de développement agricole pour la Réunion ? – décembre 2003
- Contribution sur la continuité territoriale – juin 2004
- Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences – octobre 2004
- Contribution sur l'emploi dans les secteurs de la santé, du médico-social et du social – novembre 2004
- Bilan de mandature 1998-2004
- Pour une meilleure coopération régionale au départ de la Réunion dans l'océan Indien – juillet 2005
- La Validation des Acquis de l'Expérience : un enjeu de taille et une réelle opportunité – décembre 2006
- Avis sur le projet de contrat de projets Etat/Région/Département 2007-2013 – février 2007
- Le foncier et l'immobilier économiques à la Réunion – mars 2007
- Le congé solidarité : une solution pour la Réunion – octobre 2007
- Avis sur le projet présidentiel pour le développement économique de l'Outre-mer – octobre 2007
- Premières réflexions sur le projet de loi programme pour le développement économique et la promotion de l'excellence outre-mer – mars 2008
- Contribution sur la communication de la communication européenne sur la stratégie pour les RUP – avril 2008
- Avis sur le projet de loi programme pour le développement économique et la promotion de l'excellence outre-mer – mai 2008
- Avis sur le projet de loi de programme relatif à la mise en œuvre du Grenelle de l'environnement – juin 2008
- Avis complémentaire sur la saisine rectificative relative au projet de loi de programme pour le développement économique et la promotion de l'excellence Outre-mer – juillet 2008
- L'apprentissage : une voie de formation contribuant au développement humain – novembre 2008
- Les associations, acteurs essentiels du secteur social et médico-social : des contraintes ; un défi – novembre 2008
- Quel aménagement pour les mi-pentes de la Réunion à l'horizon 2030 ? – novembre 2008
- Avis sur le rapport « Révision à mi-parcours du dispositif de l'octroi de mer » - janvier 2009
- Avis préparé par la commission "Développement économique" sur le rapport d'étude concernant l'évaluation des aides publiques en faveur des entreprises de la Réunion – février 2009
- Première contribution du C.E.S.R. : Réorganisation territoriale de la Réunion (Version du 27 février 2009)
- Avis sur le projet de schéma régional des formations sanitaires et sociales – mars et juillet 2009
- Contribution aux Etats généraux de l'Outre-mer - juillet 2009

- Avis sur les Etats généraux de l'Outre-mer – Réunion - août 2009
- Avis sur le projet de Schéma Directeur d'Aménagement et de Gestion des Eaux de la Réunion 2010-2015 (SDAGE) - septembre 2009
- Avis sur le projet de SAR - octobre 2009
- Avis sur les projets de décrets découlant de la LODEOM – novembre et décembre 2009
- Avis sur le rapport mesure 2.15 "ingénierie financière - capital investissement" du POE FEDER 2007-2013 - création d'un fonds commun de placement à risque souscription du Conseil régional au fonds d'investissement – décembre 2009
- Contribution « Renforcer les capacités d'évaluation des politiques publiques à la Réunion à partir de l'exemple des programmes européens » - mars 2010
- Rapport « Pour une île *lettrée* » - septembre 2010

Les rapports mentionnés ci-dessus ainsi que les avis du Conseil économique, social et environnemental régional sur saisine du Conseil régional, du Conseil général, de l'Etat, sur différents documents d'orientation, de planification, de schéma, sont à votre disposition au CESER, peuvent vous être adressés sur simple demande, ou sont consultables et chargeables sur le site www.ceser-reunion.fr.