09/05/2026

Vieillir sur la Côte d'Azur 2030

Prospective territoriale

État des lieux et leviers d'action collective face au vieillissement de la population

Document fondateur du groupe de réflexion et d'action

Prospective du vieillissement et innovation médico-sociale

Vers un territoire pilote, humain, coordonné et utile au reste de la France

Institut Azur - Dr. Samir Oumata - Vieillir au Mieux

Sommaire

1. Intention générale et ambition du travail

2. Pourquoi ce travail maintenant ? La séquence 2026-2030

3. État des lieux national : une France confrontée à la montée du grand âge

4. État des lieux régional : Provence-Alpes-Côte d'Azur, une région déjà engagée dans la transition du grand âge

5. Focus Alpes-Maritimes et Côte d'Azur : un territoire stratégique du vieillissement français

6. Lecture territoriale : littoral, moyen pays, arrière-pays : les différents visages du vieillissement azuréen

7. Cartographie des acteurs du vieillissement sur la Côte d'Azur

8. Les grandes tensions à anticiper

9. Les axes fondamentaux de prospective

10. Méthode de travail du groupe

11. Programme d'auditions et de contributions

12. Scénarios prospectifs Côte d'Azur 2030

13. Premiers livrables du groupe

14. Premières recommandations stratégiques

15. Conclusion générale : Faire du vieillissement un projet territorial

16. Épilogue : Une lampe avant la nuit

1. Intention générale et ambition du travail

1.1 Une transformation silencieuse devenue réalité territoriale

Le vieillissement de la population sur la Côte d'Azur constitue l'une des grandes transformations silencieuses des prochaines années. Il avance déjà dans nos villes, nos villages, nos familles, nos établissements, nos cabinets médicaux, nos services sociaux, nos immeubles, nos quartiers, notre littoral, notre moyen pays et notre arrière-pays.

Il ne relève plus seulement d'une projection démographique. Il est devenu une réalité humaine, sociale, sanitaire, médico-sociale, économique et territoriale.

Cette transformation touche l'intime autant que l'organisation collective. Elle se voit dans les familles qui s'inquiètent, dans les aidants qui s'épuisent, dans les professionnels qui tiennent le terrain, dans les logements qui deviennent inadaptés, dans les sorties d'hospitalisation difficiles, dans les services sous tension, dans les communes qui doivent déjà répondre à des besoins plus nombreux et plus complexes.

Le vieillissement n'est donc plus un sujet périphérique. Il devient un révélateur de la capacité d'un territoire à anticiper, coordonner, protéger et transmettre.

1.2 Un sujet qui nous concerne tous

Ce sujet nous concerne tous. Il parle de nos parents, de nos proches, de nos voisins, de ceux qui nous ont précédés et qui ont construit une part du monde que nous habitons. Il parle aussi de nous-mêmes, de notre propre avancée dans le temps, et de ce que nous choisirons de laisser aux générations qui viendront après nous.

Travailler sur le vieillissement, c'est interroger la manière dont une société accompagne la fragilité, préserve la dignité, soutient les liens, organise la solidarité et reconnaît la place de ses aînés dans la cité.

Ce travail touche donc à une question profonde : quelle société voulons-nous bâtir pour celles et ceux qui vieillissent aujourd'hui, pour ceux qui les accompagnent, et pour ceux qui vieilliront demain ?

Il ne s'agit pas seulement d'adapter des dispositifs. Il s'agit de penser la manière dont un territoire prend soin de sa mémoire vivante, de ses fragilités présentes et de son avenir commun.

1.3 La Côte d'Azur comme territoire particulièrement exposé et particulièrement stratégique

Sur la Côte d'Azur, cette question prend une force particulière. Le territoire est attractif, âgé, contrasté, dense sur son littoral, plus dispersé dans ses zones intermédiaires et son arrière-pays.

Il concentre des ressources considérables : institutions publiques, collectivités, communes, professionnels de santé, acteurs médico-sociaux, associations, aidants, chercheurs, universités, entrepreneurs, entreprises, citoyens et personnes âgées elles-mêmes.

Pourtant, ces forces restent encore trop souvent dispersées, alors que les besoins deviennent plus complexes, plus transversaux et plus urgents à anticiper.

Le vieillissement ne se manifeste pas partout de la même manière. Il ne produit pas les mêmes effets dans une grande ville littorale, dans une commune résidentielle du moyen pays, dans un quartier populaire, dans une résidence isolée, dans une vallée éloignée ou dans un village de l'arrière-pays. Cette diversité impose une lecture fine, territorialisée et opérationnelle.

La Côte d'Azur peut ainsi devenir un territoire d'observation privilégié : un espace où se croisent densité urbaine, attractivité résidentielle, vieillissement démographique, pression immobilière, inégalités sociales, tensions de mobilité, richesse institutionnelle, innovation et solidarités locales.

1.4 Un enjeu qui dépasse le seul champ médico-social

Le vieillissement dépasse largement le seul champ du soin ou de l'accompagnement médico-social. Il concerne l'hôpital, la médecine de ville, le domicile, les aidants, les métiers de l'autonomie, le logement, la mobilité, les communes, les CCAS, les associations, les entreprises, les institutions, la recherche, l'innovation, la culture, les solidarités de proximité et l'aménagement du territoire.

Il oblige à penser ensemble ce qui fonctionne encore trop souvent séparément.

Les parcours des personnes âgées ne suivent pas les frontières administratives. Une même situation peut mobiliser un médecin traitant, une aide à domicile, un infirmier, un aidant familial, une commune, un service social, un établissement hospitalier, une caisse de retraite, un bailleur, un dispositif de coordination, une association ou une solution numérique.

La personne âgée, elle, ne vit pas dans un organigramme. Elle vit dans un logement, un quartier, une famille, une histoire, un réseau parfois fragile, un corps qui change, des droits à comprendre, des services à mobiliser et des décisions à prendre souvent dans l'urgence.

C'est précisément cette complexité que le travail de prospective doit rendre lisible.

1.5 Une séquence 2026-2030 à anticiper

La période 2026-2030 doit être considérée comme une séquence décisive. Les besoins vont progresser, les parcours vont se complexifier, les aidants seront davantage sollicités, les professionnels de terrain devront être mieux reconnus, les logements devront être adaptés, les sorties d'hospitalisation devront être mieux préparées, les communes devront anticiper, les institutions devront coordonner.

L'innovation devra également trouver sa juste place : utile, sobre, éthique, humaine, au service du lien, de la prévention et de la continuité des parcours.

L'enjeu n'est pas de produire une réflexion décorative. Il est de préparer une organisation collective capable d'éviter les ruptures : chute non repérée, aidant épuisé, retour à domicile mal préparé, logement dangereux, isolement installé, absence de coordination, entrée contrainte en établissement.

Préparer 2030, c'est choisir dès aujourd'hui de regarder ces réalités avant qu'elles ne s'imposent sous la forme de crises successives.

1.6 La vocation du groupe de réflexion

Le groupe de réflexion Prospective du vieillissement et innovation médico-sociale naît de cette conviction : la Côte d'Azur doit se doter d'une lecture globale, documentée et partagée du vieillissement.

Il s'agit d'identifier les données, les acteurs, les fragilités, les ruptures, les initiatives existantes et les leviers d'action collective.

Il s'agit aussi de créer un espace de dialogue entre ceux qui décident, ceux qui accompagnent, ceux qui soignent, ceux qui innovent, ceux qui financent, ceux qui cherchent, ceux qui aident et ceux qui vivent directement l'avancée en âge.

Ce travail doit permettre de regarder le territoire avec lucidité :

- Où vieillit-on le plus vite ?
- Où les personnes âgées sont-elles les plus isolées ?
- Quels logements deviendront inadaptés ?
- Quels services seront sous tension ?
- Quels aidants risquent l'épuisement ?
- Quels professionnels manqueront demain ?
- Quelles communes seront les plus exposées ?
- Quels parcours se brisent déjà aujourd'hui ?
- Quelles innovations peuvent réellement améliorer la prévention, la coordination et la qualité de vie ?

Ces questions doivent être posées clairement. Elles constituent le point de départ d'une réflexion utile, exigeante et mobilisatrice.

1.7 Une ambition locale à portée nationale

La prospective n'a de sens que si elle prépare l'action. Elle doit éviter le constat sans lendemain, l'empilement de bonnes intentions et la réponse improvisée dans l'urgence.

Notre ambition est de construire une base de réflexion sérieuse, utile et mobilisatrice, capable d'éclairer les institutions, les collectivités, les professionnels, les associations, les entreprises, les chercheurs, les aidants et les citoyens.

Le travail engagé sur la Côte d'Azur a vocation à dépasser le seul cadre local. Par son profil démographique, son attractivité, ses contrastes sociaux, la densité de son littoral, la réalité de son moyen pays et de son arrière-pays, la richesse de ses acteurs institutionnels, sanitaires, médico-sociaux, associatifs, universitaires et économiques, ce territoire constitue un laboratoire particulièrement pertinent du vieillissement français.

Ce qui sera observé, analysé, structuré et expérimenté ici pourra servir de référence à d'autres territoires confrontés aux mêmes défis : vieillissement accéléré, maintien à domicile, isolement, épuisement des aidants, tension sur les métiers, adaptation de l'habitat, coordination des parcours, articulation entre sanitaire, social, médico-social et innovation.

L'ambition du groupe est donc double : produire une réflexion utile pour la Côte d'Azur et bâtir un modèle de lecture, de méthode et d'action susceptible d'inspirer une approche nationale du vieillissement territorial.

Il s'agit de partir d'un territoire réel, avec ses forces, ses fractures et ses urgences, pour construire une méthode sérieuse, documentée, reproductible et utile au reste du pays.

1.8 Un appel à l'engagement collectif

Vieillir sur la Côte d'Azur ne doit pas devenir une addition de solitudes, de ruptures et d'improvisations. Ce territoire peut devenir un laboratoire vivant du vieillissement anticipé, coordonné et humain. Il peut faire de l'avancée en âge un sujet de responsabilité collective, de dignité, d'innovation sociale et de cohésion territoriale.

Ce travail appelle toutes les forces disponibles. Il invite chacun à contribuer à sa place : élus, institutions, professionnels de santé, acteurs médico-sociaux, associations, aidants, chercheurs, entreprises, citoyens, personnes âgées elles-mêmes.

Car le vieillissement engage l'avenir de toute la société azuréenne. Il dit quelque chose de notre manière de prendre soin, de transmettre, de protéger les fragilités et de préparer le territoire que nous laisserons derrière nous.

Préparer 2030, c'est choisir dès aujourd'hui de ne pas laisser l'urgence décider seule. C'est regarder plus loin, relier les acteurs, comprendre les besoins, anticiper les ruptures et donner à la Côte d'Azur les moyens d'avancer avec intelligence, humanité et responsabilité.

Cette ambition doit maintenant être replacée dans le calendrier réel des transformations démographiques. La période 2026-2030 constitue une séquence courte, mais décisive : les générations nombreuses du baby-boom entrent progressivement dans les âges où les besoins d'aide, de soins, d'adaptation du logement, de soutien aux aidants et de coordination deviennent plus fréquents.

Faire de la Côte d'Azur un territoire pilote du vieillissement anticipé, coordonné et humain, capable d'éclairer demain d'autres territoires français confrontés aux mêmes défis.

Comprendre pourquoi ce travail doit commencer maintenant est donc indispensable. Le prochain chapitre présente cette fenêtre critique et montre pourquoi la Côte d'Azur doit passer sans délai de la prise de conscience à l'organisation collective du vieillissement.

2. Pourquoi ce travail maintenant ? La séquence 2026-2030

2.1 Une fenêtre critique pour passer de la prise de conscience à l'organisation

La période 2026-2030 constitue une fenêtre décisive. Elle correspond à un moment de bascule où le vieillissement cesse d'être une perspective générale pour devenir une pression concrète sur les territoires, les familles, les professionnels, les institutions et les finances publiques.

Ce moment impose de changer de regard. Le vieillissement ne peut plus être traité comme une question sectorielle, réservée au médico-social ou aux établissements. Il devient un sujet d'organisation territoriale : domicile, soins, aidants, logement, mobilité, prévention, métiers, coordination, innovation, accès aux droits et solidarités locales.

L'enjeu n'est donc pas seulement de constater que la population vieillit. Il est de comprendre ce que cette transformation va produire sur les bassins de vie, les services publics, les communes, les familles, les professionnels de terrain, les établissements, les hôpitaux et les dispositifs d'accompagnement. Préparer 2030, c'est donner au territoire le temps d'organiser ses réponses avant que l'urgence n'impose ses propres règles.

2.2 Le basculement générationnel du baby-boom

Les premières générations du baby-boom ont atteint l'âge de 75 ans à partir de 2021. Les travaux Insee-DREES publiés en octobre 2025 montrent qu'entre 2021 et 2031, l'augmentation de la perte d'autonomie concernerait surtout les 75-84 ans : le nombre de personnes âgées dans cette tranche augmenterait de 49 %, et celui des personnes en perte d'autonomie de 42 %. Cette décennie marque donc l'entrée progressive d'une génération nombreuse dans les âges où les besoins d'aide, de soins, d'adaptation du logement et de coordination deviennent plus fréquents.

Ce point est fondamental pour notre travail : 2030 n'est pas un horizon lointain. C'est une échéance opérationnelle. Les décisions prises maintenant détermineront la capacité des territoires à absorber les besoins qui arrivent : prévention, maintien à domicile, soutien aux aidants, coordination des parcours, accès aux soins, adaptation des logements, attractivité des métiers et usage raisonné de l'innovation.

La période 2026-2030 prépare aussi la suite. Après les 75-84 ans, la pression se déplacera progressivement vers les 85 ans et plus, lorsque les premières générations du baby-boom entreront dans le très grand âge. La décennie actuelle n'est donc pas une parenthèse : elle est le seuil d'un cycle long.

2.3 Une pression déjà visible sur les aides sociales et le domicile

À l'échelle nationale, les données administratives les plus récentes de la DREES montrent déjà cette montée en charge. Fin 2024, 1,5 million d'aides sociales aux personnes âgées étaient attribuées par les départements, en hausse de 1,7 % par rapport à 2023. L'APA à domicile représentait 54 % de ces aides, l'APA en établissement 37 %, et l'aide sociale à l'hébergement 7,7 %. Le nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile atteignait 832 000 personnes, tandis que l'APA en établissement concernait 561 000 personnes.

Ces chiffres disent une chose simple : le domicile devient l'un des principaux lieux de la transition démographique. Il ne peut plus être pensé comme un espace privé isolé du reste de l'organisation collective. Il devient un lieu de prévention, d'accompagnement, d'alerte, de coordination, de soins, d'adaptation et de soutien aux familles.

C'est souvent au domicile que les signaux faibles apparaissent en premier : fatigue de l'aidant, chutes répétées, troubles de l'alimentation, isolement, désorientation, perte de mobilité, logement inadapté, rupture de suivi médical. Une politique du vieillissement qui ne regarde pas le domicile de près découvre les fragilités trop tard.

2.4 Les métiers, les établissements et les habitats intermédiaires sous pression

La pression va porter fortement sur les métiers de l'autonomie. La DREES indique, dans une publication parue le 5 février 2026, que le soutien à l'autonomie des personnes âgées pourrait nécessiter entre 150 000 et 200 000 emplois supplémentaires d'ici 2050. Elle souligne également que, si les pratiques actuelles d'entrée en EHPAD étaient conservées, 365 000 places supplémentaires seraient nécessaires entre 2021 et 2050.

Ces projections montrent que le système ne pourra pas répondre uniquement par l'établissement. Il faudra structurer le domicile, développer les habitats intermédiaires, renforcer les services d'aide et de soins, sécuriser les parcours, soutenir les aidants et mieux organiser les coordinations locales.

Former des professionnels prend du temps. Adapter des logements prend du temps. Construire une culture de coordination prend du temps. Soutenir durablement les aidants demande une organisation solide. Déployer des outils numériques utiles exige de la méthode, de l'éthique et de la confiance. Installer une coopération réelle entre institutions, communes, hôpital, médecine de ville, domicile, associations et familles ne se décrète pas en quelques semaines.

C'est pourquoi la période 2026-2030 doit être abordée comme une période d'anticipation active. Le vieillissement ne doit plus être traité seulement au moment de la chute, de l'hospitalisation, de l'épuisement familial ou de l'entrée contrainte en établissement. Il doit être anticipé plus tôt, dans le quotidien, dans les logements, dans les parcours de soins, dans les services d'aide, dans les politiques communales et dans les solidarités de proximité.

2.5 Une région Provence-Alpes-Côte d'Azur particulièrement concernée

La région Provence-Alpes-Côte d'Azur est particulièrement concernée par cette transformation. Les projections régionales de l'Insee indiquent qu'à l'horizon 2050, la part des personnes âgées de 65 ans ou plus atteindrait 30 % de la population régionale, contre 23 % en 2018. La région compterait alors 410 000 habitants supplémentaires de 65 ans ou plus, et cette hausse serait intégralement portée par les 75 ans ou plus.

Cette trajectoire confirme que le vieillissement n'est pas une abstraction statistique. Il structure déjà les grands bassins de vie régionaux et azuréens, avec une progression attendue du grand âge, une pression croissante sur le domicile, les aidants, les métiers, l'habitat, les soins et la coordination.

Pour la Côte d'Azur, ces données imposent une lecture territoriale fine. Le vieillissement ne produira pas les mêmes effets sur le littoral dense, dans les villes fortement équipées, dans les communes résidentielles du moyen pays, dans les quartiers populaires, dans les zones touristiques ou dans l'arrière-pays plus éloigné des services.

2.6 Un contexte institutionnel qui rend le moment encore plus stratégique

Cette nécessité d'anticipation s'inscrit dans un mouvement institutionnel national. Le Service public départemental de l'autonomie, inscrit dans la loi Bien vieillir et autonomie du 8 avril 2024, vise à simplifier les démarches des personnes âgées, des personnes en situation de handicap et des aidants, en renforçant la coopération entre acteurs. La CNSA précise que le SPDA vise notamment le décloisonnement des secteurs social, médico-social, sanitaire et du droit commun — logement, transport, emploi, culture — afin de garantir une réponse plus globale et la continuité des parcours.

Les Alpes-Maritimes occupent une place particulière dans cette dynamique : le département a fait partie des 18 territoires préfigurateurs du SPDA en 2024, avant la généralisation du dispositif à l'ensemble des territoires en 2025. Ce point donne une légitimité supplémentaire à une réflexion prospective conduite depuis la Côte d'Azur : le territoire n'est pas seulement concerné par le vieillissement, il se trouve déjà au cœur d'une transformation nationale des politiques de l'autonomie.

Au niveau départemental, le schéma de l'autonomie 2022-2026 des Alpes-Maritimes confirme les priorités que notre travail doit approfondir : moderniser l'accès aux droits, structurer la coordination des acteurs, renforcer la prévention, fluidifier les parcours, conforter le domicile et la citoyenneté, transformer l'accueil et l'accompagnement, soutenir l'attractivité des métiers de l'autonomie et accompagner la professionnalisation du secteur.

La dynamique régionale récente va dans le même sens. Le 30 septembre 2025, l'ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur et la Carsat Sud-Est ont signé une convention-cadre pour renforcer la prévention de la perte d'autonomie et des risques professionnels dans les structures de santé et médico-sociales. Cette convention porte notamment sur la Silver Économie, le déploiement d'ICOPE, la prévention des risques professionnels, le plan antichute régional et le soutien à la sortie d'hospitalisation.

2.7 Ce que cette séquence impose à notre groupe de réflexion

Ces éléments montrent que la période 2026-2030 ne doit pas être abordée comme un simple horizon d'observation. Elle doit devenir une séquence de préparation collective. Il ne s'agit pas d'attendre que les tensions deviennent insoutenables. Il faut dès maintenant objectiver les besoins, identifier les acteurs, repérer les ruptures de parcours, comprendre les fragilités territoriales et construire des réponses communes.

C'est pour cette raison que notre groupe de réflexion doit se constituer maintenant. Son rôle n'est pas seulement de commenter les chiffres. Il est de comprendre ce qu'ils annoncent pour la Côte d'Azur, de relier les acteurs

concernés, d'identifier les zones de tension, de produire une méthode territoriale et de proposer des leviers d'action collective.

La période 2026-2030 est une séquence courte, mais stratégique. Elle doit permettre de passer d'une logique de réaction à une logique de préparation. Elle doit aider le territoire à ne plus découvrir les fragilités seulement au moment de la rupture : chute, hospitalisation, isolement, épuisement familial, absence de professionnels, logement devenu dangereux, entrée contrainte en établissement.

Préparer 2030, c'est refuser de découvrir trop tard ce que les données montrent déjà. C'est accepter que le vieillissement devienne un sujet central de stratégie territoriale. C'est donner au territoire le temps d'organiser ses réponses avant que l'urgence n'impose ses propres règles.

La période 2026-2030 est la fenêtre critique durant laquelle la Côte d'Azur doit passer de la prise de conscience à l'organisation collective du vieillissement.

Après avoir posé l'urgence de la séquence 2026-2030, il est nécessaire d'établir un socle statistique national. Ce cadrage permettra de comprendre la profondeur de la transformation en cours : progression du grand âge, perte d'autonomie, poids du domicile, tension sur les établissements, besoins en professionnels, rôle des aidants et pression croissante sur les départements.

Ce détour national n'éloigne pas du territoire ; il lui donne son cadre. Il permettra ensuite de resserrer progressivement l'analyse sur la Provence-Alpes-Côte d'Azur, puis sur les Alpes-Maritimes et la Côte d'Azur.

Sources principales :

- Insee-DREES, 700 000 seniors en perte d'autonomie supplémentaires d'ici 2050, octobre 2025.
- DREES, Les aides sociales aux personnes âgées ou handicapées continuent d'augmenter en nombre en 2024, données 2024.
- DREES, Soutien à l'autonomie des personnes âgées : entre 150 000 et 200 000 emplois supplémentaires seraient nécessaires en 2050, Études et Résultats n° 1365, février 2026.
- Insee Provence-Alpes-Côte d'Azur, Provence-Alpes-Côte d'Azur face aux enjeux du grand âge, décembre 2022.
- Insee Provence-Alpes-Côte d'Azur, projections démographiques régionales à horizon 2050.
- CNSA, ressources relatives au Service public départemental de l'autonomie et à sa préfiguration territoriale.
- ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur / Carsat Sud-Est, convention-cadre du 30 septembre 2025 sur la prévention de la perte d'autonomie et des risques professionnels.

3. État des lieux national : une France confrontée à la montée du grand âge

3.1 Une France qui vieillit durablement

La prospective du vieillissement sur la Côte d'Azur doit d'abord s'inscrire dans une réalité nationale : la France vieillit durablement, et cette transformation modifie déjà l'équilibre démographique, social, sanitaire, médico-social et économique du pays.

Au 1er janvier 2026, la population française est estimée à 69,1 millions d'habitants. Les personnes âgées de 65 ans ou plus représentent 22 % de la population, soit presque la même proportion que les moins de 20 ans. Les personnes âgées de 75 ans ou plus représentent 11,1 % de la population, soit 7,686 millions de personnes. Cette évolution marque un changement profond : la France entre dans une société où les générations âgées occupent une place démographique comparable à celle des générations les plus jeunes.

Ce basculement ne relève pas seulement du nombre de personnes âgées. Il traduit une recomposition plus large du pays : baisse des naissances, allongement de la durée de vie, arrivée des générations nombreuses du baby-boom aux âges avancés, transformation des ménages, progression des situations d'isolement et hausse progressive des besoins d'aide, de soins et de coordination.

La question du vieillissement devient donc une question d'organisation nationale, mais aussi territoriale. Chaque département, chaque métropole, chaque bassin de vie devra comprendre comment cette dynamique générale se traduit concrètement sur son territoire.

3.2 La perte d'autonomie : une pression déjà réelle

Les travaux Insee-DREES publiés en octobre 2025 donnent une mesure précise de la perte d'autonomie. En 2021, la France comptait 2,031 millions de seniors en perte d'autonomie, soit environ 11,2 % des personnes de 60 ans ou plus. Cette réalité ne se situe donc plus seulement dans les projections : elle pèse déjà sur les familles, les services, les établissements, les départements et les professionnels.

La perte d'autonomie augmente fortement avec l'âge. Elle devient particulièrement structurante à partir de 75 ans, puis s'intensifie encore après 85 ans. Entre 2021 et 2031, l'augmentation concernerait surtout les 75-84 ans : le nombre de personnes âgées dans cette tranche augmenterait de 49 %, et celui des personnes en perte d'autonomie de 42 %. Les premières générations du baby-boom ont atteint 75 ans à partir de 2021; c'est cette bascule générationnelle qui donne à la période 2026-2030 son caractère stratégique.

Après 2031, la croissance de la perte d'autonomie se poursuivrait, mais se déplacerait progressivement vers les 85 ans ou plus, dont le nombre augmenterait fortement lorsque les premières générations du baby-boom atteindront cet âge. Cela signifie que la décennie actuelle prépare la pression du très grand âge des années suivantes.

Pour notre document, cette donnée est capitale. Elle montre que la séquence 2026-2030 n'est pas une simple étape statistique. Elle correspond au moment où doivent être préparés les structures, les métiers, les parcours, les logements, les services et les coordinations nécessaires pour éviter que le vieillissement ne soit traité trop tard, seulement au moment de la rupture.

3.3 Le domicile comme premier lieu du vieillissement

Le domicile apparaît comme le premier lieu du vieillissement. Il concentre les attentes des personnes âgées, les inquiétudes des familles, les besoins d'aide humaine, les soins de proximité, les adaptations du logement, les risques de chute, l'isolement, les signaux faibles et les ruptures possibles.

Les données administratives récentes confirment cette réalité. Fin 2024, la DREES recensait 1,5 million d'aides sociales aux personnes âgées attribuées par les départements, en hausse de 1,7 % par rapport à 2023. L'APA à domicile représentait 54 % de ces aides, contre 37 % pour l'APA en établissement et 7,7 % pour l'aide sociale à l'hébergement. Le nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile atteignait 832 000 personnes, tandis que l'APA en établissement concernait 561 000 personnes.

Cette place du domicile est également visible dans le recours aux services à la personne. L'Insee indique qu'en 2019, 3,9 millions de ménages avaient recours aux services à la personne en France métropolitaine, en Martinique

et à La Réunion, soit 13,8 % des ménages. D'ici 2050, dans le scénario central, environ 5 millions de ménages y auraient recours, le vieillissement de la population constituant le principal moteur de cette progression.

Le domicile ne peut donc plus être pensé comme un simple lieu privé, séparé des politiques publiques. Il devient un espace stratégique de prévention, d'observation, d'alerte, de coordination et de continuité des parcours. C'est là que se joue une part décisive de l'avenir du vieillissement : bien avant l'hôpital, bien avant l'EHPAD, souvent bien avant que la fragilité ne soit officiellement nommée.

3.4 Les établissements sous tension

La montée du grand âge pose également une question majeure aux établissements. La DREES indique qu'en 2050, près de 23 millions de personnes âgées de 60 ans ou plus vivraient en France, soit 5 millions de plus qu'en 2021. Si les pratiques actuelles d'entrée en EHPAD étaient conservées, il faudrait créer 365 000 places supplémentaires entre 2021 et 2050, qui s'ajouteraient aux 640 000 places existantes en 2021.

Ce chiffre montre les limites d'une réponse uniquement institutionnelle. La France ne pourra pas répondre à la montée du grand âge uniquement par une extension massive des capacités d'hébergement médicalisé. Il faudra renforcer le domicile, structurer les habitats intermédiaires, mieux organiser les parcours, sécuriser les sorties d'hospitalisation et éviter les entrées contraintes en établissement lorsque des alternatives sont possibles.

Les établissements resteront indispensables, mais leur rôle pourrait évoluer. Si le nombre de places en EHPAD restait identique à celui de 2021, les établissements accueilleraient davantage de personnes très vulnérables : la DREES projette qu'en 2050, 85 % des résidents d'EHPAD seraient en perte d'autonomie sévère, contre 59 % en 2021. Cette évolution modifierait profondément leur vocation, leur niveau de médicalisation, leurs besoins en professionnels et leurs liens avec le domicile, l'hôpital et les soins de ville.

La question des habitats intermédiaires devient donc centrale : résidences autonomie, habitat inclusif, logements adaptés, solutions partagées, hébergement temporaire, accueil de jour, plateformes de répit. Entre le domicile ordinaire et l'EHPAD, il faut penser une gamme plus souple, plus progressive et plus territorialisée. La DREES souligne qu'à capacité d'accueil en EHPAD inchangée, le besoin d'habitat intermédiaire serait presque cinq fois plus important d'ici 2050.

3.5 Les métiers de l'autonomie : le mur humain

Le mur le plus important reste humain. Le soutien à l'autonomie repose d'abord sur des professionnels : aides à domicile, auxiliaires de vie, aides-soignants, infirmiers, agents de coordination, responsables de secteur, ergothérapeutes, professionnels sociaux, médecins, kinésithérapeutes, pharmaciens, psychologues, équipes mobiles et services hospitaliers.

La DREES estime qu'entre 150 000 et 200 000 emplois supplémentaires seraient nécessaires d'ici 2050 pour assurer les soins de base aux personnes âgées en perte d'autonomie, à domicile ou en EHPAD. Cette projection donne la mesure du défi : le vieillissement ne se résoudra pas seulement par des dispositifs administratifs ou des plateformes numériques. Il faudra recruter, former, fidéliser, reconnaître et mieux organiser les métiers de l'autonomie.

Cette question doit être prise au sérieux dès maintenant. Sans professionnels disponibles, qualifiés et respectés, aucune politique du grand âge ne tiendra. Le discours peut être élégant, mais une aide au lever, une toilette, une vigilance nutritionnelle, une surveillance des signes faibles, une présence rassurante ou une alerte précoce ne se réalisent pas par décret.

Le sujet des métiers doit donc être travaillé dans toutes ses dimensions : attractivité, rémunération, pénibilité, formation, évolution professionnelle, qualité de vie au travail, reconnaissance sociale, coordination avec les soignants, sécurisation des parcours professionnels et valorisation des savoir-faire du terrain.

3.6 Les départements en première ligne

Les départements sont en première ligne dans la politique de l'autonomie. L'APA, l'aide sociale à l'hébergement, les politiques de prévention, le financement des services, l'appui aux établissements, le soutien au domicile et la coordination territoriale mobilisent fortement leurs compétences et leurs budgets.

Fin 2024, les départements attribuaient 1,5 million d'aides sociales aux personnes âgées, en hausse de 1,7 % par rapport à 2023. En France, 9,2 % des personnes âgées de 65 ans ou plus étaient bénéficiaires de l'APA, et cette

proportion atteignait 53 % chez les personnes âgées de 90 ans ou plus. Sept bénéficiaires de l'APA sur dix étaient des femmes.

Cette montée en charge impose de réfléchir à la soutenabilité des modèles. Les dépenses d'autonomie ne doivent pas être regardées seulement comme un coût. Elles doivent aussi être analysées comme un investissement social : prévenir les ruptures, soutenir les aidants, adapter les logements, éviter les hospitalisations évitables, renforcer le domicile et mieux coordonner les parcours peut permettre de préserver l'autonomie plus longtemps.

La prospective territoriale doit donc intégrer le rôle des départements, mais aussi leurs limites. Aucun département ne pourra répondre seul à la montée du grand âge. Les politiques de l'autonomie devront mieux articuler Département, ARS, communes, CCAS, hôpital, médecine de ville, services à domicile, associations, bailleurs, mutuelles, entreprises et citoyens.

3.7 Ce que cela annonce pour les territoires

L'état des lieux national montre que la France se trouve face à une transformation profonde. Le vieillissement n'est plus seulement une question démographique. Il devient une question de modèle social, de santé publique, d'aménagement du territoire, de politiques départementales, d'économie des services, de reconnaissance professionnelle, de solidarité familiale et d'innovation utile.

Pour un territoire comme la Côte d'Azur, ce constat national a une conséquence directe, il ne suffit pas de reprendre les moyennes françaises. Il faut comprendre comment ces dynamiques se traduisent localement, avec les spécificités régionales, les contrastes sociaux, la densité du littoral, la réalité du moyen pays et de l'arrière-pays, les tensions de logement, l'accès aux soins, l'isolement, les mobilités et la capacité des acteurs à se coordonner.

Chaque territoire doit désormais produire sa propre lecture prospective. Les moyennes nationales donnent le cadre ; elles ne disent pas comment on vieillit dans un appartement sans ascenseur, dans une commune littorale chère, dans une vallée éloignée, dans un quartier populaire, dans une résidence isolée, ou auprès d'un aidant déjà épuisé.

La France entre dans une phase durable de montée du grand âge : l'enjeu n'est plus seulement d'accompagner davantage de personnes âgées, mais de réorganiser les territoires, les métiers, le domicile, les établissements, les aidants et les parcours autour d'un vieillissement massif, progressif et irréversible.

Après ce cadrage national, il devient nécessaire d'observer comment cette dynamique se traduit à l'échelle régionale. La Provence-Alpes-Côte d'Azur, par son vieillissement marqué, ses contrastes sociaux, son attractivité résidentielle, la diversité de ses territoires et les tensions qui traversent son offre de soins, d'habitat, de mobilité et d'accompagnement, constitue une étape essentielle de l'analyse.

Cette lecture régionale devra ensuite être resserrée sur les Alpes-Maritimes et la Côte d'Azur, où le vieillissement prend une forme particulièrement stratégique, littoral dense, communes attractives, moyen pays résidentiel, arrière-pays plus éloigné des services, pression immobilière, enjeux de mobilité, présence d'acteurs institutionnels structurants et rôle central du Département dans les politiques de l'autonomie.

Ce passage progressif - France, région, Alpes-Maritimes, Côte d'Azur - permettra de comprendre pourquoi notre territoire peut devenir un espace pertinent d'observation, d'expérimentation et de modélisation d'une réponse collective au vieillissement.

Sources principales :

- Insee, Bilan démographique 2025, Insee Première n° 2087, janvier 2026.
- Insee, Population par sexe et groupe d'âges — données annuelles 2026, janvier 2026.
- Insee-DREES, 700 000 seniors en perte d'autonomie supplémentaires d'ici 2050, Insee Première n° 2078, octobre 2025.
- DREES, Les aides sociales aux personnes âgées ou handicapées continuent d'augmenter en nombre en 2024, décembre 2025.
- DREES, Soutien à l'autonomie des personnes âgées : entre 150 000 et 200 000 emplois supplémentaires seraient nécessaires en 2050, Études et Résultats n° 1365, février 2026.
- Insee, projections sur le recours aux services à la personne à horizon 2050.

4. État des lieux régional : Provence-Alpes-Côte d'Azur, une région déjà engagée dans la transition du grand âge

4.1 Une région plus âgée que la moyenne nationale

La Provence-Alpes-Côte d'Azur est déjà l'une des régions françaises les plus directement concernées par le vieillissement. Au 1er janvier 2026, elle compte environ 5,318 millions d'habitants, soit près de 8 % de la population de France métropolitaine. Les Alpes-Maritimes et le Var représentent chacun environ 22 % de la population régionale, avec près de 1,15 million d'habitants chacun.

Le vieillissement y est plus marqué qu'au niveau national. En 2025, les personnes âgées d'au moins 75 ans représentent 13 % de la population régionale, soit deux points de plus qu'en France métropolitaine. Entre 2015 et 2025, leur part a progressé de 2,6 points dans la région, contre 2 points en France métropolitaine.

Cette évolution s'inscrit dans un mouvement démographique plus large. La région connaît une baisse des naissances, un solde naturel devenu négatif et une espérance de vie élevée. En 2025, l'espérance de vie à la naissance atteint 86 ans et 1 mois pour les femmes et 80 ans et 10 mois pour les hommes en Provence-Alpes-Côte d'Azur, des niveaux légèrement supérieurs à ceux de la France métropolitaine.

Ces données montrent que le vieillissement régional ne relève pas d'un phénomène ponctuel. Il s'inscrit dans une transformation durable de la structure démographique, avec une progression des âges élevés, un renouvellement naturel plus fragile et une demande croissante d'adaptation des politiques publiques.

4.2 Une progression attendue du grand âge

Les projections régionales confirment cette trajectoire. L'Insee estime qu'en Provence-Alpes-Côte d'Azur, la part des personnes âgées de 65 ans ou plus atteindrait 30 % de la population en 2050, contre 23 % en 2018. La région compterait alors 410 000 habitants supplémentaires de 65 ans ou plus, et cette hausse serait intégralement portée par les 75 ans ou plus.

L'enjeu du très grand âge est particulièrement fort. En 2019, environ 200 000 personnes âgées de 85 ans ou plus vivaient dans la région. À l'horizon 2050, la population de 85 ans ou plus augmenterait de 93 %. Sa part dans la population régionale passerait de 3,8 % en 2019 à 7,3 % en 2050, un niveau supérieur à celui projeté en France métropolitaine.

Cette progression du très grand âge est essentielle pour la prospective. Les 85 ans ou plus sont davantage exposés aux limitations fonctionnelles, aux troubles cognitifs, à l'isolement, aux chutes, aux besoins d'aide humaine, aux hospitalisations et aux ruptures de parcours. La question régionale n'est donc pas seulement celle du nombre de seniors. Elle est celle de la montée progressive des situations complexes.

4.3 Un vieillissement territorialement contrasté

Le vieillissement régional ne se répartit pas de façon uniforme. Les dernières données détaillées Insee disponibles pour la région indiquent qu'en 2022, la Provence-Alpes-Côte d'Azur comptait 948 654 personnes âgées de 60 à 74 ans et 608 787 personnes âgées de 75 ans ou plus, soit 1 557 441 personnes de 60 ans ou plus, représentant environ 30,1 % de la population régionale. Cette part confirme un vieillissement plus marqué que la moyenne nationale.

Cette géographie impose une lecture fine. Le vieillissement du littoral ne produit pas les mêmes effets que celui des zones alpines, des vallées, des communes résidentielles ou des centres urbains. Dans les espaces denses, les enjeux portent souvent sur le logement, les copropriétés anciennes, les mobilités urbaines, l'accès aux services, l'isolement social et la coordination entre nombreux intervenants. Dans les territoires moins denses, les questions de distance, d'accès aux soins, de continuité des interventions et de présence des professionnels deviennent plus aiguës.

L'Insee rappelait déjà, dans son étude régionale de référence sur le grand âge, que les seniors sont particulièrement présents sur certaines parties du littoral, notamment varois, mais aussi dans des zones moins denses comme le Queyras ou le haut de la vallée de la Vésubie. Cette diversité confirme que la Provence-Alpes-Côte d'Azur doit être analysée comme une région à plusieurs visages : littorale, urbaine, touristique, résidentielle, alpine, rurale par endroits, socialement contrastée et fortement attractive.

Cette diversité fait sa richesse, mais elle complexifie la réponse au vieillissement.

4.4 Le domicile au cœur du modèle régional

La région confirme une tendance majeure observée à l'échelle nationale : la grande majorité des personnes âgées dépendantes vivent à domicile. Dans son étude régionale de référence, l'Insee indiquait qu'en 2019, 225 000 personnes âgées de 60 ans ou plus se déclaraient dépendantes en Provence-Alpes-Côte d'Azur, dont 61 500 sévèrement dépendantes. La grande majorité de ces personnes âgées dépendantes vivaient à domicile. (insee.fr)

Cette centralité du domicile est confirmée par les données plus récentes sur les services à la personne. En Provence-Alpes-Côte d'Azur, 241 600 ménages avaient recours à ces services en 2019, soit 10,6 % des ménages ; l'Insee estime qu'à horizon 2050, le nombre de ménages utilisateurs augmenterait de 25 %, principalement sous l'effet du vieillissement de la population. (insee.fr)

Cette réalité place le domicile au centre de la réflexion régionale. Il est le lieu du choix de vie, mais aussi celui des fragilités invisibles : chutes, isolement, difficultés d'alimentation, troubles cognitifs débutants, épuisement des aidants, mauvaise adaptation du logement, ruptures de soins et défaut de coordination.

Le domicile doit donc être pensé comme un espace stratégique : lieu de prévention, de repérage, d'alerte, d'intervention, de coordination et d'adaptation. La région ne pourra pas répondre au vieillissement uniquement par les établissements. Elle devra structurer une réponse domiciliaire plus lisible, mieux coordonnée et mieux articulée avec les soins, les aidants, les communes et l'habitat

4.5 Des établissements indispensables, mais une offre sous tension

Les établissements restent un pilier de l'accompagnement du grand âge, mais leur rôle doit être replacé dans une trajectoire régionale plus large. L'ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur recense 578 EHPAD en région PACA, représentant 44 992 places, ainsi que 109 logements-foyers représentant 6 000 places et 42 unités de soins de longue durée. Cette offre constitue un socle important, mais elle ne suffit pas à elle seule à répondre à la progression attendue du très grand âge.

Les données Insee disponibles dans l'étude régionale de référence indiquaient qu'en 2019, 43 300 personnes âgées de 60 ans ou plus vivaient en maison de retraite ou en EHPAD dans la région. Parmi les 85 ans ou plus, 28 800 personnes y résidaient, soit 15 % de cette classe d'âge, contre 18 % en France métropolitaine. Cette donnée doit être lue comme une photographie de référence, utile pour comprendre la place des établissements dans le parcours régional du grand âge.

À mesure que la population très âgée progressera, les établissements devront probablement accueillir des personnes plus dépendantes, avec des besoins plus lourds et des parcours plus complexes. La DREES estime qu'à l'échelle nationale, maintenir les pratiques actuelles d'entrée en EHPAD supposerait de créer 365 000 places supplémentaires entre 2021 et 2050, en plus des 640 000 places existantes en 2021. Cela rend indispensable une meilleure articulation entre EHPAD, domicile, hôpital, médecine de ville, services sociaux, aidants et dispositifs territoriaux de coordination.

4.6 Des inégalités sociales qui compliquent la réponse

La Provence-Alpes-Côte d'Azur présente une caractéristique importante : les seniors y sont nombreux, parfois plus aisés qu'ailleurs, mais aussi traversés par des écarts sociaux marqués. Dans son étude régionale de référence, l'Insee indiquait qu'en 2019, 12,5 % des personnes vivant dans des ménages dont la personne de référence avait 60 ans ou plus étaient considérées comme pauvres, et que 76 000 seniors bénéficiaient du minimum vieillesse. Parmi les ménages dont la personne de référence avait 60 ans ou plus, les personnes âgées vivant seules représentaient 45 %.

Les données territoriales plus récentes confirment que la pauvreté reste un enjeu régional. En 2023, le taux de pauvreté en Provence-Alpes-Côte d'Azur atteignait 18,9 % pour l'ensemble de la population, 14,6 % chez les 65-74 ans et 12,8 % chez les 75 ans ou plus. Ces taux sont inférieurs à ceux des classes d'âge plus jeunes, mais ils ne doivent pas masquer les situations de grande fragilité, notamment chez les personnes âgées seules, les femmes âgées, les locataires modestes ou les personnes confrontées à des restes à charge importants.

La prospective régionale doit donc intégrer cette double réalité : attractivité et vulnérabilité, niveau de vie élevé pour certains et précarité réelle pour d'autres. Vieillir en Provence-Alpes-Côte d'Azur ne signifie pas vieillir dans les mêmes conditions selon que l'on habite une résidence aisée du littoral, un logement ancien en centre-ville, un quartier populaire ou une commune éloignée des services.

4.7 Les métiers de l'autonomie : un enjeu régional majeur

Le vieillissement régional pose une question majeure de ressources humaines. En 2019, l'équivalent de 77 500 emplois à plein temps travaillaient auprès des personnes âgées en Provence-Alpes-Côte d'Azur, dont 47 300 à domicile et 30 200 en institution. Parmi eux, 68 300 emplois étaient mobilisés pour la prise en charge de personnes âgées dépendantes. Ces données constituent une photographie de référence du poids déjà important des métiers du grand âge dans la région.

Des données plus récentes confirment la tension à venir sur le domicile. En Provence-Alpes-Côte d'Azur, 82 800 salariés travaillaient dans les services à la personne en 2019 ; si la consommation évoluait au même rythme que le nombre de ménages utilisateurs, près de 21 000 salariés supplémentaires seraient nécessaires d'ici 2050, à comportements de temps de travail constants.

Cette évolution intervient alors que la population active régionale devrait augmenter jusqu'en 2036, puis diminuer ensuite. Le défi est donc clair : la région aura besoin de davantage de professionnels pour accompagner le vieillissement, dans un contexte où l'attractivité, la formation, la fidélisation, les conditions de travail, les déplacements, le logement et la reconnaissance des métiers deviendront décisifs.

4.8 Une dynamique régionale de prévention et d'innovation à renforcer

La région dispose déjà d'un cadre institutionnel favorable à la prévention et à l'innovation. Le 30 septembre 2025, l'ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur et la Carsat Sud-Est ont signé une convention-cadre visant à coordonner leurs actions en matière de prévention des risques liés au vieillissement et de prévention des risques professionnels dans les structures médico-sociales.

Cette convention s'organise autour de plusieurs axes structurants : valorisation de la Silver Économie, adaptation du logement, des transports et de l'espace public, soutien aux aidants, lien social, citoyenneté, déploiement du programme ICOPE, prévention des risques professionnels, plan antichute régional et soutien à la sortie d'hospitalisation.

Le programme ICOPE, inspiré des recommandations de l'Organisation mondiale de la santé, vise à détecter précocement les signes de fragilité chez les personnes de 60 ans et plus afin de préserver leurs capacités cognitives, leur autonomie et leur bien-être global. L'ARS et la Carsat Sud-Est se sont engagées à le généraliser en partenariat avec les acteurs du soin et de l'accompagnement.

Cette orientation régionale confirme que la prospective du vieillissement ne doit pas se limiter à la dépendance installée. Elle doit intégrer la prévention, le repérage précoce, les chutes, les sorties d'hospitalisation, les risques professionnels, les aidants, l'innovation utile et la coordination des acteurs. La région dispose donc d'un terrain favorable pour développer une approche plus intégrée du vieillissement.

4.9 Ce que la région annonce pour la Côte d'Azur

L'état des lieux régional montre que la Provence-Alpes-Côte d'Azur est déjà entrée dans une transition profonde du grand âge. La région est plus âgée que la moyenne nationale, la part des 75 ans et plus progresse rapidement, les 85 ans ou plus vont presque doubler à horizon 2050, la majorité des personnes âgées dépendantes vivent à domicile, les logements sont encore insuffisamment adaptés, les établissements sont indispensables mais sous tension, les métiers de l'autonomie constituent un point critique, et les inégalités sociales rendent les situations très contrastées.

Ce cadrage régional prépare naturellement le focus sur les Alpes-Maritimes et la Côte d'Azur. C'est là que les dynamiques régionales prennent une forme particulièrement aiguë : densité du littoral, attractivité résidentielle, poids des grandes communes, contraste entre zones urbaines et arrière-pays, pression immobilière, accès aux soins, mobilité, isolement, rôle du Département, de la MDA, des communes, des CCAS, des acteurs sanitaires, médico-sociaux, associatifs et économiques.

La région donne le cadre. La Côte d'Azur en donne le terrain sensible, concret, opérationnel.

La Provence-Alpes-Côte d'Azur est déjà engagée dans une transition avancée du grand âge : son vieillissement marqué, ses contrastes sociaux et territoriaux, le poids du domicile, les tensions sur les métiers et les besoins de prévention en font une région stratégique pour penser l'avenir du vieillissement en France.

Après ce cadrage régional, il faut resserrer l'analyse sur les Alpes-Maritimes et la Côte d'Azur. C'est à cette échelle que les enjeux deviennent pleinement territoriaux : littoral dense, moyen pays résidentiel, arrière-pays plus éloigné, vieillissement des grandes communes, isolement, habitat, mobilité, accès aux soins, tension sur les services et nécessité d'une coordination locale plus lisible.

Le chapitre suivant permettra d'entrer dans le territoire réel de notre démarche : celui où le vieillissement doit être observé, compris, cartographié et progressivement organisé avec l'ensemble des acteurs concernés.

Sources principales :

- Insee Provence-Alpes-Côte d'Azur, Moins de naissances, plus de décès : le déficit naturel se creuse, Insee Flash n°121, avril 2026.
- Insee Provence-Alpes-Côte d'Azur, Provence-Alpes-Côte d'Azur face aux enjeux du grand âge, Insee Analyses n°109, décembre 2022.
- Insee Provence-Alpes-Côte d'Azur, La population croîtrait lentement pour atteindre un pic vers 2050, Insee Flash n°84, novembre 2022.
- Insee Provence-Alpes-Côte d'Azur, La population active culminerait autour de 2036 avant de diminuer, Insee Analyses n°132, septembre 2024.
- ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur / Carsat Sud-Est, convention-cadre du 30 septembre 2025 sur la prévention de la perte d'autonomie et des risques professionnels.

5. Focus Alpes-Maritimes et Côte d'Azur : un territoire stratégique du vieillissement français

5.1 Un département déjà fortement âgé

Les Alpes-Maritimes constituent l'un des territoires où la question du vieillissement se pose avec une intensité particulière. Au 1er janvier 2026, l'Insee estime la population départementale à 1 154 619 habitants. Les personnes âgées de 60 ans ou plus représentent 32,6 % de la population, et les personnes âgées de 75 ans ou plus 14,4 %. Cela signifie qu'environ un habitant sur trois a déjà 60 ans ou plus, et qu'environ un habitant sur sept a 75 ans ou plus.

Cette situation place le département dans une position singulière. Les Alpes-Maritimes ne sont pas seulement un territoire qui va vieillir ; elles sont déjà un territoire âgé, où la question du grand âge s'inscrit dans la vie quotidienne des communes, des familles, des professionnels, des établissements, des services publics et des politiques départementales.

Le recensement de 2022 confirme cette tendance. Le département comptait alors 203 516 personnes âgées de 60 à 74 ans et 144 895 personnes âgées de 75 ans ou plus, contre respectivement 179 356 et 128 533 en 2011. La progression est nette, continue, et elle concerne précisément les classes d'âge qui vont alimenter les besoins d'aide, de soins, d'adaptation du logement, de mobilité et de coordination dans les prochaines années.

Le vieillissement départemental s'inscrit aussi dans un contexte démographique plus large : en 2024, les Alpes-Maritimes ont enregistré 9 920 naissances domiciliées pour 12 313 décès domiciliés. Le solde naturel négatif rappelle que la dynamique du territoire repose de plus en plus sur sa structure d'âge, ses mobilités résidentielles, son attractivité et sa capacité à organiser le vieillissement de sa population.

5.2 Une Côte d'Azur structurée par de grands bassins de vie vieillissants

La Côte d'Azur ne peut pas être réduite à une seule ville ou à un seul littoral. Elle est composée de plusieurs bassins de vie, chacun porteur d'une réalité spécifique du vieillissement.

Les dernières données détaillées disponibles par intercommunalité sont celles du recensement 2022, publiées dans les dossiers territoriaux Insee actualisés en 2026. Elles montrent que le vieillissement traverse déjà l'ensemble des grands bassins azuréens.

En 2022, la Métropole Nice Côte d'Azur comptait 171 112 personnes âgées de 60 ans ou plus, dont 71 397 personnes âgées de 75 ans ou plus. La Communauté d'agglomération Cannes Pays de Lérins comptait 55 885 personnes de 60 ans ou plus, dont 25 417 âgées de 75 ans ou plus.

La Communauté d'agglomération Sophia Antipolis comptait 58 458 personnes de 60 ans ou plus, dont 23 744 âgées de 75 ans ou plus. Le Pays de Grasse comptait 29 701 personnes de 60 ans ou plus, dont 10 923 âgées de 75 ans ou plus. La Riviera Française comptait 22 715 personnes de 60 ans ou plus, dont 9 458 âgées de 75 ans ou plus. Le Pays des Paillons comptait 6 861 personnes de 60 ans ou plus, dont 2 638 âgées de 75 ans ou plus.

Ces données doivent être complétées par une lecture prospective. Les projections territoriales Insee disponibles à horizon 2030 et 2050 indiquaient déjà une progression forte du quatrième âge en Provence-Alpes-Côte d'Azur. Selon le scénario central Omphale, le nombre de personnes de 75 ans ou plus augmenterait de 44 % d'ici 2030 dans la région, soit environ 230 000 habitants supplémentaires, et représenterait 15 % de la population régionale. Dans le système azuréen, la part des 75 ans ou plus atteindrait 15,8 % en 2030 et 20,2 % en 2050.

La publication Insee-DREES d'octobre 2025 confirme la singularité des Alpes-Maritimes : en 2021, 41,1 % des seniors du département avaient 75 ans ou plus, et 11,5 % des seniors étaient en perte d'autonomie. Cela confirme que les Alpes-Maritimes sont déjà un territoire fortement âgé, mais que la perte d'autonomie doit être analysée finement selon les lieux de vie, les revenus, l'habitat, l'isolement, l'accès aux soins et la présence des aidants.

Ces chiffres montrent que le vieillissement n'est pas concentré dans un seul espace. Il traverse Nice, Cannes, Antibes, Cagnes-sur-Mer, Grasse, Menton, les communes résidentielles, les territoires intermédiaires et les vallées. Il concerne à la fois les grandes polarités urbaines, les zones touristiques, les communes aisées, les quartiers populaires, les secteurs périurbains et les zones plus éloignées.

Cette dispersion impose une méthode. Le territoire doit être observé par bassins de vie, et non uniquement à partir d'une moyenne départementale. Une moyenne peut rassurer ; une carte révèle souvent les fractures.

5.3 Le littoral, le moyen pays et l'arrière-pays : trois réalités du vieillissement

La Côte d'Azur ne peut pas être réduite à une seule ville ou à un seul littoral. Elle est composée de plusieurs bassins de vie, chacun porteur d'une réalité spécifique du vieillissement.

Les dernières données détaillées disponibles par intercommunalité sont celles du recensement 2022, publiées dans les dossiers territoriaux Insee actualisés en 2026. Elles montrent que le vieillissement traverse déjà l'ensemble des grands bassins azuréens. En 2022, la Métropole Nice Côte d'Azur comptait 99 715 personnes de 60 à 74 ans et 71 397 personnes de 75 ans ou plus, soit 171 112 personnes âgées de 60 ans ou plus.

La Communauté d'agglomération Cannes Pays de Lérins comptait 30 468 personnes de 60 à 74 ans et 25 417 personnes de 75 ans ou plus, soit 55 885 personnes de 60 ans ou plus.

La Communauté d'agglomération Sophia Antipolis comptait 34 714 personnes de 60 à 74 ans et 23 744 personnes de 75 ans ou plus, soit 58 458 personnes de 60 ans ou plus. Le Pays de Grasse comptait 18 778 personnes de 60 à 74 ans et 10 923 personnes de 75 ans ou plus, soit 29 701 personnes de 60 ans ou plus.

La Riviera Française comptait 13 257 personnes de 60 à 74 ans et 9 458 personnes de 75 ans ou plus, soit 22 715 personnes de 60 ans ou plus. Le Pays des Paillons comptait 4 223 personnes de 60 à 74 ans et 2 638 personnes de 75 ans ou plus, soit 6 861 personnes de 60 ans ou plus.

Ces chiffres montrent que le vieillissement n'est pas concentré dans un seul espace. Il traverse Nice, Cannes, Antibes, Cagnes-sur-Mer, Grasse, Menton, les communes résidentielles, les territoires intermédiaires et les vallées. Il concerne à la fois les grandes polarités urbaines, les zones touristiques, les communes aisées, les quartiers populaires, les secteurs périurbains et les zones plus éloignées.

Cette dispersion impose une méthode. Le territoire doit être observé par bassins de vie, et non uniquement à partir d'une moyenne départementale. Une moyenne peut rassurer ; une carte révèle souvent les fractures.

5.4 L'isolement : un signal territorial majeur

Le vieillissement des Alpes-Maritimes doit être lu à travers la question de l'isolement. En 2022, selon l'Insee, 32,7% des personnes âgées de 65 à 79 ans vivant en ménage dans le département vivaient seules. Chez les personnes âgées de 80 ans ou plus, cette proportion atteignait 49,4%. Autrement dit, près d'une personne de 80 ans ou plus sur deux vit seule dans son logement.

Cette donnée doit être placée au cœur de la prospective. L'isolement n'est pas seulement une situation sociale. Il devient un facteur de risque : retard de recours aux soins, chute non repérée, dénutrition, rupture de traitement, troubles cognitifs non identifiés, épuisement invisible, difficulté à mobiliser les droits, hospitalisation évitable.

Dans un département où le vieillissement est déjà avancé, l'isolement doit être considéré comme un enjeu de santé publique, de solidarité locale et de coordination territoriale. Les communes, les CCAS, les associations, les professionnels de santé, les services à domicile, les aidants, les voisins et les acteurs du lien social doivent être intégrés dans une même lecture.

La solitude du grand âge n'est pas toujours bruyante. Elle peut être élégante, discrète, presque invisible derrière une porte fermée. C'est précisément pour cela qu'elle doit être organisée comme un sujet territorial majeur.

5.5 Le domicile, premier lieu de fragilité et de prévention

Dans les Alpes-Maritimes, comme au niveau national et régional, le domicile devient le premier lieu du vieillissement. Il est le lieu du choix, de l'attachement, de la mémoire, mais aussi celui des fragilités non repérées.

Le recensement montre une progression continue des personnes âgées de 60 ans ou plus dans le département. Cette progression signifie mécaniquement davantage de besoins à domicile : aide humaine, accompagnement dans les actes de la vie quotidienne, prévention des chutes, coordination avec les soignants, adaptation du logement, soutien aux aidants, sécurisation des sorties d'hospitalisation et repérage précoce des ruptures.

Le domicile ne doit donc plus être considéré comme un simple lieu d'intervention. Il doit devenir un espace de vigilance territoriale. C'est là que peuvent être observés les premiers signes de fragilité : fatigue, désorientation, perte d'appétit, isolement, logement dangereux, refus d'aide, rupture de lien avec le médecin traitant, aidant épuisé.

La prospective azuréenne devra ainsi poser une question centrale : comment faire du domicile un lieu de prévention, d'alerte et de coordination, sans le transformer en espace de surveillance intrusive ? C'est là que se

joue l'équilibre entre liberté, dignité, sécurité et accompagnement.5.6 Une offre d'hébergement importante, mais à penser dans une logique de parcours

5.6 Une offre d'hébergement importante, mais à penser dans une logique de parcours

Les Alpes-Maritimes disposent d'une offre d'hébergement significative. Le portail national d'information pour les personnes âgées recense 145 EHPAD dans le département, ce qui témoigne d'un maillage important de l'offre médico-sociale d'hébergement. Cette offre est réelle, mais elle ne suffit pas, à elle seule, à répondre à la montée du grand âge, surtout si les besoins augmentent plus vite que les capacités humaines, financières et organisationnelles.

Ces chiffres doivent être lus avec prudence. Ils montrent l'existence d'une offre, mais ils ne disent pas tout : accessibilité financière, disponibilité réelle des places, niveau de dépendance des résidents, habilitation à l'aide sociale, articulation avec l'hôpital, capacité à accueillir les situations complexes, liens avec le domicile, plateformes de répit, accueil temporaire, accueil de jour.

La question n'est donc pas seulement le nombre d'établissements. Elle est celle du parcours : quand entrer en établissement ? Pour qui ? À quel moment ? Avec quelles alternatives ? Avec quels retours possibles ? Avec quelle coordination avec les services à domicile, les médecins, les familles, les aidants et les dispositifs territoriaux ?

5.7 Un territoire déjà engagé dans une transformation institutionnelle

Les Alpes-Maritimes occupent une place particulière dans la transformation nationale des politiques de l'autonomie. Le département a fait partie des 18 territoires préfigurateurs du Service public départemental de l'autonomie en 2024, avant la généralisation du SPDA à l'ensemble des territoires en 2025. La CNSA précise que la mise en place du SPDA s'inscrit dans une politique publique de temps long, avec un socle de missions partagé entre les acteurs.

Ce point est essentiel. Il donne au territoire une légitimité particulière pour conduire une réflexion prospective. Les Alpes-Maritimes ne partent pas de rien : elles sont déjà inscrites dans un mouvement national de décloisonnement, de simplification des parcours et de coordination autour des personnes âgées, des personnes en situation de handicap et des aidants.

Le schéma départemental de l'autonomie 2022-2026 confirme cette orientation. Il s'organise autour de cinq axes stratégiques : moderniser l'accès aux droits et structurer la coordination des acteurs ; renforcer la prévention et fluidifier les parcours ; conforter le domicile et la citoyenneté ; accélérer la transformation de l'accueil et de l'accompagnement ; renforcer l'attractivité des métiers de l'autonomie et accompagner la professionnalisation du secteur.

Ce cadre départemental rejoint directement l'ambition de notre groupe de prospective. Il ne s'agit pas de se substituer aux institutions, ni de dupliquer les dispositifs existants. Il s'agit d'apporter une lecture transversale, territoriale, prospective et mobilisatrice, capable d'éclairer les politiques publiques et de relier les acteurs autour d'une vision commune.

5.8 Les tensions spécifiques à anticiper dans les Alpes-Maritimes

Le focus sur les Alpes-Maritimes fait apparaître plusieurs tensions à anticiper.

La première est démographique : le poids des 60 ans et plus, et surtout des 75 ans et plus, est déjà élevé. La pression sur l'aide, les soins, le logement et les aidants va donc se renforcer.

La deuxième est territoriale : le département est fragmenté entre littoral dense, moyen pays résidentiel et arrière-pays plus éloigné. Une même réponse ne peut pas convenir partout.

La troisième est sociale : le vieillissement concerne aussi bien des ménages aisés que des personnes âgées modestes, seules, éloignées de leurs proches ou confrontées à un reste à charge important.

La quatrième est sanitaire : l'accès aux soins doit être pensé en fonction des distances, des disponibilités réelles, de la démographie médicale, des sorties d'hospitalisation, des situations complexes et de la coordination avec la médecine de ville.

La cinquième est domiciliaire : le maintien à domicile repose sur des professionnels, des aidants, des logements adaptés, des services fiables et une capacité d'alerte. Si l'un de ces piliers cède, le parcours se fragilise.

La sixième est humaine : les métiers de l'autonomie, déjà sous tension, devront être rendus plus attractifs, mieux reconnus et mieux organisés. Sans intervenants, la plus belle stratégie territoriale restera une belle maquette sans escalier.

5.9 Pourquoi la Côte d'Azur peut devenir un territoire pilote

La Côte d'Azur possède une combinaison rare : vieillissement avancé, densité urbaine, attractivité résidentielle, contrastes sociaux, diversité géographique, présence d'acteurs institutionnels structurés, écosystème universitaire, innovation, tissu associatif, acteurs médico-sociaux, professionnels de santé, entreprises et collectivités.

Cette combinaison en fait un territoire pertinent pour observer, comprendre, expérimenter et modéliser une réponse au vieillissement. Ce qui sera construit ici pourra intéresser d'autres territoires français confrontés aux mêmes défis : grandes villes littorales, territoires résidentiels, zones touristiques, espaces périurbains, arrière-pays isolés, départements âgés, collectivités sous pression.

Le rôle de notre groupe est donc d'aider à passer d'un constat à une méthode. Il faut produire une lecture territoriale utile, où sont les besoins ? Qui sont les acteurs ? Où sont les ruptures ? Quels parcours se fragilisent ? Quels territoires sont les plus exposés ? Quelles initiatives existent déjà ? Quelles coopérations peuvent être renforcées ? Quelles innovations méritent d'être testées ? Quels enseignements peuvent être transférés ailleurs?

La Côte d'Azur peut devenir un laboratoire vivant du vieillissement coordonné, à condition de ne pas confondre laboratoire et vitrine. Le territoire n'a pas besoin d'un décor. Il a besoin d'une méthode, d'une cartographie, d'une écoute du terrain, d'indicateurs, d'expérimentations utiles et d'une ambition collective.

Les Alpes-Maritimes et la Côte d'Azur concentrent déjà les grands défis du vieillissement français : poids élevé des seniors, isolement, pression sur le domicile, diversité territoriale, tension sur les parcours, besoin de coordination et opportunité de devenir un territoire pilote à portée nationale.

Après ce focus sur les Alpes-Maritimes et la Côte d'Azur, il faut approfondir la lecture territoriale. Le vieillissement ne se répartit pas de manière homogène : il prend des formes différentes selon le littoral, le moyen pays, l'arrière-pays, les grandes communes, les quartiers populaires, les communes résidentielles et les vallées.

Le chapitre suivant permettra donc d'analyser plus finement les réalités territoriales du vieillissement azuréen. Il s'agira de comprendre comment les lieux de vie, les mobilités, l'habitat, l'accès aux soins, les ressources locales et les solidarités de proximité modifient concrètement la manière de vieillir sur la Côte d'Azur.

Sources principales

- Insee, Estimations de population par sexe et âge au 1er janvier 2026 - comparaisons départementales.
- Insee, Dossier complet : Département des Alpes-Maritimes (06), données RP2022 et état civil 2024.
- Insee Provence-Alpes-Côte d'Azur, Provence-Alpes-Côte d'Azur face aux enjeux du grand âge, Insee Analyses n°109, décembre 2022.
- CNSA, ressources relatives au Service public départemental de l'autonomie et à sa préfiguration territoriale.
- Maison de l'Autonomie / Département des Alpes-Maritimes, Schéma départemental de l'autonomie 2022-2026.
- Portail national d'information pour les personnes âgées, annuaire des EHPAD des Alpes-Maritimes

6. Lecture territoriale : littoral, moyen pays, arrière-pays : Les différents visages du vieillissement azuréen

6.1 Pourquoi la moyenne départementale ne suffit pas

Les Alpes-Maritimes présentent une réalité démographique forte, mais une moyenne départementale ne suffit pas à comprendre le vieillissement du territoire. Le département s'étend sur 4 298,6 km^2, avec une densité moyenne de 259,3 habitants par km^2 en 2022. Cette moyenne recouvre pourtant des situations très différentes entre le littoral dense, les grandes centralités urbaines, les communes résidentielles du moyen pays et les espaces plus éloignés de l'arrière-pays.

Cette diversité impose une lecture territoriale fine. Le vieillissement ne se manifeste pas de la même manière dans un centre urbain, une copropriété ancienne, une villa isolée, une vallée, une commune touristique, un quartier populaire ou un village de montagne. Les besoins d'aide, de soins, de mobilité, de lien social et de coordination varient selon les lieux de vie.

La prospective doit donc éviter le piège de la vision uniforme. Elle doit entrer dans le détail des bassins de vie, des mobilités réelles, de l'habitat, de l'accès aux soins, de la densité des services, de l'isolement et des solidarités locales. Une stratégie du vieillissement qui ignore la géographie du territoire risque de produire des réponses justes sur le papier, mais inadaptées sur le terrain.

6.2 Le littoral : densité, attractivité et concentration des besoins

Le littoral azuréen concentre une part majeure de la population, des services, des établissements, des professionnels de santé, des commerces, des transports, des acteurs économiques et des institutions. Cette densité constitue une ressource, mais elle crée aussi des tensions spécifiques.

Dans les communes littorales, le vieillissement se combine souvent avec une forte pression immobilière, un parc d'habitat collectif, des copropriétés anciennes, des logements parfois exigus, des difficultés de stationnement pour les intervenants, une circulation dense, une saisonnalité touristique et un coût de la vie élevé. Le maintien à domicile y dépend autant de la disponibilité des services que de leur capacité à intervenir dans des conditions concrètes parfois difficiles.

Le littoral peut donner l'impression d'un territoire mieux équipé, parce que les ressources y sont plus visibles. Mais la visibilité ne garantit pas la fluidité des parcours. Dans un même secteur, une personne âgée peut relever de son médecin traitant, d'un infirmier, d'un service d'aide à domicile, d'un CCAS, d'un hôpital, d'une caisse de retraite, d'un aidant familial éloigné et d'un dispositif de coordination. Sans articulation claire, l'abondance d'acteurs peut devenir un labyrinthe.

Le littoral azuréen doit donc être pensé comme un espace de forte intensité : intensité démographique, intensité des besoins, intensité des services, mais aussi intensité des risques de fragmentation.

6.3 Les grandes centralités urbaines : proximité apparente, complexité réelle

Nice, Cannes, Antibes, Cagnes-sur-Mer, Grasse, Menton et les autres grandes centralités du département jouent un rôle structurant dans l'organisation du vieillissement. Elles concentrent une partie importante des personnes âgées, des services de soins, des établissements, des transports, des commerces, des associations, des professionnels et des dispositifs publics.

Cette concentration peut faciliter l'accès à certaines ressources. Elle permet une proximité relative avec l'hôpital, les médecins, les pharmacies, les services sociaux, les commerces et les transports. Mais elle peut aussi masquer des fragilités très fortes : isolement en appartement, précarité invisible, logements sans ascenseur, ruptures de voisinage, difficultés d'accès aux droits, saturation des services, situations complexes dans les centres anciens ou les quartiers populaires.

Les données départementales montrent que l'isolement augmente avec l'âge : en 2022, dans les Alpes-Maritimes, 32,7 % des personnes de 65 à 79 ans vivant en ménage vivent seules ; chez les 80 ans ou plus, cette proportion atteint 49,4 %. Cette donnée donne une profondeur particulière au vieillissement urbain : la proximité des services ne protège pas toujours de la solitude.

La ville doit donc être abordée comme un territoire de paradoxes. Elle rapproche les services, mais elle peut éloigner les personnes. Elle concentre les professionnels, mais elle peut fragmenter les parcours. Elle offre des ressources, mais elle ne garantit pas toujours le lien.

6.4 Le moyen pays : autonomie apparente et fragilités discrètes

Le moyen pays azuréen porte une autre réalité du vieillissement. Il est souvent résidentiel, moins dense que le littoral, parfois perçu comme plus confortable, plus calme, plus familial. Mais cette image peut masquer des fragilités spécifiques.

Les personnes âgées peuvent y vivre dans des maisons individuelles, des villas, des résidences dispersées ou des secteurs moins bien desservis par les transports. Tant que l'autonomie est préservée, ces cadres de vie peuvent être protecteurs. Mais dès que surviennent une chute, une perte de mobilité, une maladie chronique, un trouble cognitif ou l'épuisement d'un aidant, la distance devient un facteur de risque.

Dans le moyen pays, le problème n'est pas toujours l'absence totale de ressources. Il est souvent dans le temps nécessaire pour les mobiliser : temps de déplacement des professionnels, disponibilité des médecins, coordination avec les familles, transport vers les soins, adaptation du logement, repérage des fragilités avant la rupture.

La prospective devra donc regarder le moyen pays comme un espace d'alerte discrète. La fragilité n'y est pas toujours visible. Elle peut s'installer lentement, derrière des situations qui semblent encore maîtrisées. C'est précisément pour cela que le repérage précoce, les liens de proximité, les communes, les professionnels de terrain et les aidants y jouent un rôle essentiel.

6.5 L'arrière-pays et les vallées : distance, continuité et égalité d'accès

L'arrière-pays et les vallées posent une question encore plus fondamentale : celle de l'égalité réelle d'accès à l'accompagnement. L'Insee souligne que les personnes de 85 ans ou plus sont très présentes sur le littoral régional, mais que l'accès aux commerces, aux services publics et à l'offre de soins devient plus compliqué dès lors que l'on s'éloigne des centres-villes.

Cette réalité prend une importance particulière dans les Alpes-Maritimes, département à la fois littoral, urbain, valléen et montagnard. Dans l'arrière-pays, le vieillissement interroge la présence effective des services, la continuité des interventions, les temps de trajet, la disponibilité des professionnels, les conditions climatiques, la mobilité des personnes âgées et la capacité à répondre rapidement aux situations de rupture.

Une personne âgée isolée dans une vallée ne fait pas face aux mêmes risques qu'une personne âgée vivant à proximité d'un hôpital ou d'un réseau dense de professionnels. Les deux peuvent être fragiles, mais leurs fragilités n'ont pas la même géographie. La réponse territoriale doit donc tenir compte de cette distance, sinon elle risque d'installer une inégalité silencieuse entre les lieux de vieillissement.

L'arrière-pays appelle une approche spécifique : renforcement des relais locaux, identification des acteurs de proximité, coopération avec les communes, adaptation des réponses mobiles, soutien aux aidants, coordination avec les professionnels de santé et capacité d'alerte en cas de rupture.

6.6 L'habitat : un facteur décisif du vieillissement territorial

L'habitat est l'un des déterminants majeurs du vieillissement. Dans les Alpes-Maritimes, le parc de logements reflète fortement les tensions du territoire : en 2022, le département comptait 795 862 logements, dont 67,1 % de résidences principales, 24,9 % de résidences secondaires ou logements occasionnels et 8 % de logements vacants. Cette structure traduit à la fois l'attractivité résidentielle, touristique et immobilière du territoire.

Pour les personnes âgées, le logement peut devenir un facteur de maintien ou de rupture. Un escalier, une salle de bain inadaptée, l'absence d'ascenseur, l'éloignement des commerces, la difficulté à faire entrer des professionnels, la précarité énergétique ou l'impossibilité de financer des travaux peuvent transformer progressivement le domicile en lieu de risque.

À l'échelle régionale, l'Insee signalait déjà, dans son étude de référence sur le grand âge, qu'en 2014, seulement un logement sur dix occupé par un senior disposait d'au moins un aménagement spécifique favorisant l'autonomie. Cette donnée est ancienne, mais elle reste un signal d'alerte utile : elle montre que l'adaptation du logement est un chantier structurel, à actualiser et à approfondir dans le cadre des travaux du groupe.

La prospective devra donc intégrer l'habitat comme un axe structurant : adaptation des logements, accès aux aides, rôle des bailleurs, copropriétés, résidences autonomie, habitat inclusif, logements intermédiaires, prévention des chutes et coordination avec les acteurs de l'urbanisme.

6.7 Les inégalités sociales : deux vieillissements sur un même territoire

La Côte d'Azur porte une double réalité. Elle accueille des personnes âgées au niveau de vie confortable, parfois installées dans des communes attractives, avec une capacité à financer une partie de leurs besoins. Mais elle compte aussi des personnes âgées seules, modestes, locataires, éloignées de leurs proches ou confrontées à des restes à charge difficiles.

À l'échelle régionale, les données Insee disponibles dans l'étude de référence sur le grand âge montraient qu'en 2019, 12,5 % des personnes vivant dans des ménages dont la personne de référence a 60 ans ou plus étaient considérées comme pauvres en Provence-Alpes-Côte d'Azur, et que 76 000 seniors bénéficiaient du minimum vieillesse. Ces données doivent être lues comme une photographie sociale de référence, à compléter par les indicateurs de revenus et de pauvreté plus récents disponibles dans les dossiers territoriaux.

Cette réalité doit empêcher toute lecture simpliste du vieillissement azuréen. Vieillir sur la Côte d'Azur ne signifie pas automatiquement vieillir dans l'aisance. Le territoire peut réunir, parfois à quelques rues de distance, une retraite confortable, une solitude profonde, une aide familiale organisée, un isolement invisible, une capacité à financer des services privés et une incapacité à faire face au reste à charge.

La prospective doit donc intégrer les inégalités sociales comme un élément central. Le vieillissement n'est pas seulement une question d'âge. Il dépend aussi du revenu, du logement, de l'entourage, de la santé, de la mobilité, de la maîtrise du numérique, de l'accès aux droits et de la capacité à demander de l'aide.

6.8 La mobilité : condition réelle d'accès aux soins, aux services et au lien social

La mobilité est l'un des déterminants les plus concrets du vieillissement. Sur la Côte d'Azur, elle ne se résume pas aux transports publics ou à la voiture. Elle concerne l'accès au médecin, au pharmacien, au kinésithérapeute, au laboratoire, au marché, à la mairie, au CCAS, aux activités sociales, aux proches, aux lieux de culte, aux associations et aux espaces publics.

Dans les Alpes-Maritimes, les déplacements sont déjà structurants pour la population active : en 2022, 52,3 % des actifs ayant un emploi travaillaient dans une commune autre que celle de leur résidence, et 62,6 % utilisaient la voiture, le camion ou la fourgonnette pour se rendre au travail. Ces données ne concernent pas directement les personnes âgées, mais elles rappellent combien le territoire fonctionne par déplacements, distances et dépendance à la mobilité.

Pour une personne âgée, la perte de mobilité peut entraîner une cascade de ruptures : renoncement aux soins, réduction des courses, isolement, dépendance accrue à l'aidant, perte de vie sociale, difficulté à maintenir les rendez-vous médicaux, et parfois entrée plus rapide dans un parcours de dépendance.

La prospective devra donc poser la mobilité comme un sujet de santé, d'autonomie et de citoyenneté. Les réponses devront associer communes, intercommunalités, transports, services à domicile, professionnels de santé, associations, aidants et acteurs de proximité.

6.9 Les lieux de vie comme grille d'analyse du vieillissement

Le vieillissement azuréen doit être lu à partir des lieux de vie. La bonne question n'est pas seulement : combien de personnes âgées vivent sur le territoire ? Elle est aussi : dans quelles conditions vieillissent-elles ?

Il faudra donc analyser :

- Les centres-villes anciens ;
- Les grands ensembles et quartiers populaires ;
- Les copropriétés vieillissantes ;
- Les zones pavillonnaires du moyen pays ;
- Les résidences secondaires devenues résidences principales de retraite ;
- Les communes touristiques ;
- Les villages et vallées ;
- Les quartiers proches des hôpitaux ;

- Les territoires éloignés des services ;
- Les zones où les aidants sont eux-mêmes âgés ou éloignés.

Cette grille de lecture permettra de passer d'une approche administrative à une approche vécue. Elle aidera à comprendre les parcours réels : comment une personne âgée se déplace, qui la voit, qui l'aide, qui alerte, qui coordonne, qui intervient, qui manque, et où la rupture peut survenir.

C'est à cette condition que la prospective deviendra utile. Elle ne devra pas seulement décrire le vieillissement. Elle devra montrer où il se joue, comment il se transforme, et où les réponses doivent être renforcées.

6.10 Ce que cette lecture territoriale impose à la méthode du groupe

Cette lecture territoriale impose une méthode précise. Le groupe devra travailler par bassins de vie, par types de territoires et par situations concrètes. Il devra croiser les données démographiques, sociales, sanitaires, médico-sociales, économiques et géographiques.

Il faudra produire une cartographie qui distingue :

- Les zones de forte concentration de personnes âgées ;
- Les zones d'isolement ;
- Les secteurs de logement inadapté ;
- Les territoires éloignés des soins ;
- Les communes où les services sont sous tension ;
- Les secteurs où les aidants sont fragilisés ;
- Les zones où les interventions à domicile sont difficiles à organiser ;
- Les territoires où des initiatives existent déjà et pourraient être amplifiées.

Cette approche évitera deux erreurs. La première serait de croire qu'un seul modèle peut répondre à toute la Côte d'Azur. La seconde serait de traiter chaque difficulté séparément, sans voir les liens entre habitat, mobilité, soins, aidants, services, revenus et coordination.

La géographie du vieillissement est une géographie du quotidien. Elle se lit dans les escaliers, les distances, les trajets, les revenus, les horaires d'intervention, les portes fermées, les pharmacies, les arrêts de bus, les salles d'attente, les voisins, les aidants et les silences. C'est là que le territoire se révèle vraiment.

Le vieillissement azuréen ne peut pas être compris à partir d'une moyenne départementale : il prend des formes différentes selon les lieux de vie, les mobilités, l'habitat, l'isolement, l'accès aux soins et les ressources de proximité. C'est cette lecture territoriale fine qui permettra de construire des réponses justes, utiles et transférables.

Après avoir posé cette lecture territoriale, il faut désormais identifier les acteurs capables d'agir sur ces réalités. Le vieillissement mobilise une chaîne très large : institutions, Département, MDA, ARS, communes, CCAS, hôpitaux, médecine de ville, services à domicile, établissements, associations, aidants, bailleurs, acteurs de la mobilité, entreprises, chercheurs, innovateurs et citoyens.

Le prochain chapitre aura donc pour objectif de cartographier les intervenants du vieillissement sur la Côte d'Azur, de comprendre leurs rôles, leurs complémentarités, leurs limites et les conditions nécessaires pour mieux les relier.

Sources principales

- Insee, Comparateur de territoires : Département des Alpes-Maritimes, données RP2022, état civil 2024, logement et revenus.
- Insee, Dossier complet : Département des Alpes-Maritimes (06), données RP2022.
- Insee Provence-Alpes-Côte d'Azur, Provence-Alpes-Côte d'Azur face aux enjeux du grand âge, Insee Analyses n°109, décembre 2022.
- Insee-DREES, 700 000 seniors en perte d'autonomie supplémentaires d'ici 2050, octobre 2025.

7. Cartographie des acteurs du vieillissement sur la Côte d'Azur

7.1 Pourquoi cartographier les acteurs ?

Le vieillissement de la Côte d'Azur ne pourra pas être accompagné par un seul acteur, une seule institution ou une seule catégorie professionnelle. Il mobilise une chaîne large, composée d'intervenants publics, sanitaires, médico-sociaux, sociaux, associatifs, économiques, universitaires, technologiques, familiaux et citoyens.

Cette chaîne existe déjà. Elle agit chaque jour. Elle soigne, accompagne, finance, oriente, loge, transporte, informe, alerte, soutient, innove, coordonne parfois. Mais elle demeure souvent difficile à lire pour les personnes âgées, les familles et même pour les professionnels eux-mêmes.

La cartographie des acteurs n'est donc pas un exercice administratif. Elle est une condition de réussite de la prospective. Elle doit permettre de répondre à plusieurs questions simples : qui intervient ? Pour quel public ? Sur quel territoire ? Avec quelles compétences ? Avec quelles limites ? Avec quels relais ? Avec quelles possibilités de coopération ?

Sans cartographie claire, le risque est connu : les acteurs existent, mais les parcours restent fragmentés. La personne âgée et son aidant deviennent alors les seuls véritables coordinateurs d'un système qu'ils ne maîtrisent pas toujours. C'est précisément ce que notre travail doit éviter.

7.2 Les personnes âgées, les aidants et les familles : les premiers acteurs du vieillissement

La première erreur serait de commencer la cartographie par les institutions. Le point de départ doit être la personne âgée elle-même, son entourage et ses conditions réelles de vie.

Les personnes âgées ne constituent pas un groupe homogène. Certaines sont autonomes, actives, engagées dans la vie sociale, associative ou familiale. D'autres sont fragiles, isolées, en perte d'autonomie, confrontées à des troubles cognitifs, à des limitations physiques, à une précarité financière ou à un logement inadapté. Certaines disposent d'un entourage présent. D'autres vieillissent seules, avec des proches éloignés ou des liens familiaux fragiles.

Les aidants familiaux jouent un rôle central. Conjoints, enfants, proches, voisins ou amis assurent souvent une part essentielle de l'accompagnement : courses, rendez-vous médicaux, démarches administratives, surveillance, soutien moral, coordination des intervenants, adaptation du quotidien. Leur rôle est immense, mais souvent invisible.

Les familles doivent donc être considérées comme des acteurs à part entière. Elles ne sont pas seulement bénéficiaires d'information ou relais pratiques. Elles portent une partie de l'équilibre du maintien à domicile. Quand elles s'épuisent, tout le parcours peut se fragiliser.

La cartographie devra donc intégrer les personnes âgées et les aidants dès le départ, avec une attention particulière à leur parole, à leurs besoins, à leurs limites et à leur capacité réelle à se repérer dans l'organisation territoriale.

7.3 Les institutions publiques : structurer, financer, orienter

Les institutions publiques constituent le socle de l'organisation territoriale du vieillissement. Dans les Alpes-Maritimes, le Département, la Maison de l'Autonomie, l'ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur, la CNSA, les communes, les intercommunalités, les CCAS, la Région, les services de l'État et les caisses de retraite jouent des rôles complémentaires.

Le Département est en première ligne dans la politique de l'autonomie, notamment à travers l'APA, l'aide sociale, la prévention, le soutien aux services, l'orientation et les politiques territoriales. La Maison de l'Autonomie constitue un point d'appui central pour l'information, l'évaluation, l'orientation et l'accès aux droits des personnes âgées, des personnes en situation de handicap et de leurs proches.

Le schéma départemental de l'autonomie 2022-2026 des Alpes-Maritimes s'organise autour de cinq axes : moderniser l'accès aux droits et structurer la coordination des acteurs ; renforcer la prévention et fluidifier les parcours ; conforter le domicile et la citoyenneté ; transformer l'accueil et l'accompagnement ; renforcer

l'attractivité des métiers de l'autonomie et accompagner la professionnalisation du secteur. Cette orientation donne un cadre institutionnel solide à notre réflexion prospective. (mda.departement06.fr)

L'ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur intervient sur la prévention, les soins, les établissements et l'organisation de parcours articulant ville, hôpital et médico-social. Elle indique assurer la coordination de la prévention, des soins et de l'accompagnement des personnes âgées, avec l'objectif de renforcer une médecine de parcours, globale et continue. (paca.ars.sante.fr)

Les communes et les CCAS jouent, quant à eux, un rôle de proximité indispensable : repérage de l'isolement, information locale, animation sociale, aides facultatives, plans canicule, lien avec les associations, veille de proximité, soutien aux publics fragiles. Ils sont souvent les premiers capteurs territoriaux des fragilités.

7.4 Le SPDA : un cadre national pour relier les acteurs

La cartographie des acteurs doit s'inscrire dans la dynamique du Service public départemental de l'autonomie. La CNSA rappelle que le SPDA vise à mettre en place un service public guidé par le service rendu aux personnes, en partant d'un diagnostic partagé : les politiques de l'autonomie reposent déjà sur de nombreux acteurs, mais ceux-ci doivent mieux travailler ensemble. (cnsa.fr)

Le SPDA concerne les personnes âgées, les personnes en situation de handicap et les aidants. Il mobilise les acteurs du secteur sanitaire, médico-social, social et du droit commun. Ses objectifs sont clairs : permettre aux personnes d'être actrices de leurs choix et de leur parcours, favoriser l'interconnaissance et la coopération, apporter une réponse décloisonnée dans le respect des compétences de chacun. (cnsa.fr)

Cette logique rejoint directement l'ambition de notre groupe. La cartographie des acteurs ne doit pas créer une couche supplémentaire. Elle doit rendre lisible ce qui existe, identifier les zones de friction, les doublons, les manques, les relais et les opportunités de coopération.

Les Alpes-Maritimes ayant fait partie des territoires préfigurateurs du SPDA, la Côte d'Azur dispose d'un cadre particulièrement pertinent pour penser une organisation territoriale plus lisible du vieillissement. Notre travail peut contribuer à cette dynamique en produisant une lecture fine, indépendante, prospective et opérationnelle des acteurs à mobiliser.

7.5 Les acteurs sanitaires : soins, prévention et continuité médicale

Les acteurs sanitaires occupent une place décisive dans la prévention et l'accompagnement du vieillissement. Ils comprennent les médecins généralistes, gériatres, infirmiers, kinésithérapeutes, pharmaciens, orthophonistes, psychologues, ergothérapeutes, équipes mobiles, services hospitaliers, services d'urgence, HAD, CPTS, maisons de santé et établissements de soins.

La médecine de ville est souvent le premier point d'appui. Le médecin traitant connaît l'histoire médicale, les traitements, les fragilités, l'entourage et les risques. Les infirmiers libéraux, kinésithérapeutes, pharmaciens et autres professionnels de proximité voient parfois les évolutions du quotidien avant même qu'elles ne soient formalisées dans un dossier.

L'hôpital joue un rôle majeur dans les épisodes aigus : chute, décompensation, infection, accident, aggravation cognitive, épuisement familial, urgence sociale ou médicale. Mais le moment critique se situe souvent à la sortie d'hospitalisation. C'est là que les fragilités s'accumulent : retour à domicile mal préparé, absence d'aide suffisante, aidant dépassé, logement non adapté, transmissions incomplètes, rendez-vous non organisés.

La cartographie devra donc identifier les acteurs sanitaires par fonctions :

Prévention, soins courants, urgences, gériatrie, rééducation, retour à domicile, coordination médicale, soins palliatifs, santé mentale, troubles neurocognitifs. L'enjeu n'est pas seulement de savoir qui soigne, mais comment les informations circulent et comment les parcours sont sécurisés.

7.6 Les acteurs médico-sociaux : le cœur opérationnel de l'accompagnement

Les acteurs médico-sociaux constituent le cœur opérationnel de l'accompagnement du grand âge. Ils comprennent les services autonomie à domicile, les anciens SAAD, SSIAD et SPASAD, les EHPAD, les résidences autonomie, les accueils de jour, les hébergements temporaires, les plateformes de répit, les centres de ressources territoriaux et les dispositifs d'appui aux situations complexes.

Dans les Alpes-Maritimes, le portail national d'information pour les personnes âgées recense 247 services autonomie à domicile d'aide, 41 services autonomie à domicile de soins infirmiers, 145 EHPAD et 26 résidences autonomie. Ces chiffres montrent l'existence d'un tissu dense, mais ils ne suffisent pas à garantir la lisibilité des parcours. (pour-les-personnes-agees.gouv.fr)

Le secteur médico-social est confronté à plusieurs défis : continuité des interventions, attractivité des métiers, coordination avec les soins, gestion des situations complexes, transmission des informations, articulation avec les familles, adaptation aux troubles cognitifs, prévention des chutes, repérage des signaux faibles, suivi des retours d'hospitalisation.

Les centres de ressources territoriaux, développés en région PACA dans la logique des EHPAD "hors les murs", apportent une réponse intéressante. Leur mission est de permettre à des personnes âgées en perte d'autonomie de vieillir chez elles le plus longtemps possible grâce à un accompagnement renforcé à domicile, lorsque l'accompagnement classique devient insuffisant. (paca.ars.sante.fr)

La cartographie devra donc distinguer les acteurs selon leur rôle réel dans le parcours : aide humaine, soins à domicile, hébergement, répit, coordination, accompagnement renforcé, expertise, prévention, urgence sociale, soutien aux aidants.

7.7 Les acteurs sociaux et associatifs : lien, repérage et solidarité de proximité

Les acteurs sociaux et associatifs jouent un rôle souvent décisif, même lorsqu'ils ne sont pas toujours visibles dans les schémas institutionnels. Ils comprennent les associations de seniors, associations d'aidants, associations de lutte contre l'isolement, structures culturelles, associations communautaires, lieux de culte, réseaux de bénévoles, clubs seniors, associations intergénérationnelles, médiateurs sociaux et dispositifs de proximité.

Ces acteurs apportent ce que les dispositifs formels ne peuvent pas toujours produire seuls : présence, confiance, lien, régularité, connaissance fine des quartiers, capacité à repérer une personne qui ne sort plus, à comprendre une famille éloignée, à maintenir une participation sociale ou à prévenir une rupture silencieuse.

Dans un territoire où l'isolement des personnes âgées constitue un signal majeur, les associations et les solidarités de voisinage doivent être intégrées comme des acteurs essentiels de la prévention. Elles ne remplacent ni les professionnels ni les institutions, mais elles complètent la chaîne d'attention.

La cartographie devra donc identifier les ressources sociales du territoire :

Où sont les lieux de lien ? Qui repère les personnes isolées ? Quelles associations interviennent auprès des aidants ? Quels réseaux de bénévolat existent ? Quelles initiatives locales peuvent être amplifiées ? Où les solidarités de proximité sont-elles fortes ? Où sont-elles absentes ?

7.8 Les acteurs de l'habitat, de l'urbanisme et de la mobilité

Vieillir sur la Côte d'Azur dépend fortement du logement et de la mobilité. Les acteurs de l'habitat et de l'aménagement doivent donc être pleinement intégrés dans la cartographie : bailleurs sociaux, syndics de copropriété, promoteurs, agences d'urbanisme, communes, intercommunalités, services logement, opérateurs d'adaptation, ergothérapeutes, artisans, acteurs de l'habitat inclusif, résidences autonomie, gestionnaires de logements intermédiaires.

Un logement non adapté peut transformer une fragilité légère en perte d'autonomie accélérée. Une salle de bain dangereuse, un escalier, l'absence d'ascenseur, l'éloignement des commerces ou l'impossibilité de sortir seul peuvent réduire l'autonomie plus vite qu'une maladie stabilisée.

La mobilité est tout aussi centrale. Les acteurs du transport, du transport à la demande, des navettes communales, des taxis, des services de mobilité solidaire, des plateformes d'accompagnement, des associations et des collectivités locales doivent être associés à la réflexion. L'accès aux soins, aux courses, aux activités sociales, aux démarches administratives et aux proches dépend de la capacité à se déplacer.

La prospective devra donc relier vieillissement, logement, urbanisme et mobilité. Une politique du grand âge qui ignore les escaliers, les trottoirs, les arrêts de bus, les distances et les ascenseurs finit toujours par parler trop haut au-dessus du réel.

7.9 Les acteurs économiques : assurance, services, silver économie et investissement utile

Les acteurs économiques occupent une place croissante dans le vieillissement : mutuelles, assureurs, caisses de retraite complémentaires, banques, entreprises de services, acteurs de la téléassistance, domotique, adaptation du logement, restauration, transport, plateformes numériques, start-up, investisseurs à impact, entreprises de la silver économie.

Leur rôle peut être important, à condition d'être orienté vers l'utilité réelle. Le vieillissement ne doit pas devenir seulement un marché. Il doit d'abord rester une responsabilité collective. L'innovation économique a du sens lorsqu'elle améliore la prévention, sécurise les parcours, facilite la coordination, soutient les aidants, réduit les ruptures ou améliore la qualité de vie.

La cartographie devra donc distinguer les acteurs économiques selon leur contribution effective : financement, prévention, services, technologies, habitat, mobilité, formation, emploi, coordination, inclusion numérique, soutien aux aidants. Cette approche évitera deux écueils : rejeter l'économie comme si elle n'avait aucun rôle, ou célébrer la silver économie sans vérifier son impact réel sur les personnes âgées et les territoires.

7.10 Recherche, université, formation et innovation

La Côte d'Azur dispose de ressources importantes en matière de recherche, de formation et d'innovation : Université Côte d'Azur, laboratoires, living abs, écoles, organismes de formation, acteurs numériques, réseaux professionnels, Telecom Valley, chercheurs en santé publique, sociologues, urbanistes, designers de services, spécialistes de l'éthique, de l'intelligence artificielle et des données.

Ces acteurs peuvent contribuer à objectiver les besoins, évaluer les expérimentations, concevoir des outils, former les professionnels, accompagner les transformations organisationnelles, analyser les usages et produire des modèles transférables à d'autres territoires.

La formation occupe une place centrale. Les métiers de l'autonomie auront besoin de compétences renforcées : repérage des fragilités, troubles cognitifs, relation avec les aidants, prévention des chutes, bientraitance, transmission d'informations, coordination, numérique, gestion des situations complexes, éthique du domicile.

L'innovation doit être traitée avec sérieux. Elle ne doit pas être un décor technologique. Elle doit répondre à des besoins identifiés, respecter les personnes, protéger les données, soutenir les professionnels, renforcer la coordination et améliorer concrètement les parcours.

La cartographie devra donc intégrer les acteurs capables de produire de la connaissance, de former, d'évaluer et d'expérimenter. Sans évaluation, l'innovation devient une promesse. Avec méthode, elle peut devenir un levier territorial.

7.11 Les acteurs du droit commun : culture, sport, citoyenneté et vie sociale

Le vieillissement ne peut pas être réduit à la dépendance. Les personnes âgées restent des citoyens, des habitants, des bénévoles, des transmetteurs, des participants à la vie locale. Les acteurs du droit commun doivent donc être intégrés dans la cartographie : culture, sport adapté, médiathèques, maisons des associations, centres sociaux, universités du temps libre, lieux de culte, clubs, espaces publics, commerces, dispositifs intergénérationnels.

Ces acteurs contribuent à la prévention de l'isolement, au maintien des capacités, à l'estime de soi, à la participation sociale et à la citoyenneté. Ils rappellent que vieillir ne signifie pas seulement être aidé. C'est aussi continuer à appartenir à une communauté.

La cartographie devra donc repérer les lieux où les personnes âgées peuvent rester visibles, actives, reconnues et reliées. Une société qui ne voit ses aînés qu'au moment de la dépendance arrive déjà trop tard.

7.12 Vers une matrice territoriale des acteurs

Pour être utile, la cartographie devra être organisée sous forme de matrice. Elle ne devra pas seulement lister des organismes, mais clarifier les rôles et les articulations.

La matrice pourra distinguer :

- Les acteurs de l'accès aux droits ;
- Les acteurs du repérage ;

- Les acteurs du soin ;
- Les acteurs de l'aide à domicile ;
- Les acteurs de l'hébergement ;
- Les acteurs du répit ;
- Les acteurs de la coordination ;
- Les acteurs de l'habitat ;
- Les acteurs de la mobilité ;
- Les acteurs du lien social ;
- Les acteurs de la prévention ;
- Les acteurs de la formation ;
- Les acteurs de l'innovation ;
- Les acteurs du financement ;
- Les acteurs de l'évaluation.

Pour chaque famille d'acteurs, il faudra préciser : missions, publics concernés, territoire d'intervention, mode de saisine, points forts, limites, besoins de coordination, données disponibles, initiatives existantes et pistes de coopération. Cette matrice sera l'un des outils les plus importants du groupe. Elle permettra de passer d'un paysage d'acteurs dispersés à une compréhension partagée des forces disponibles, des manques, des doublons et des points de rupture.

7.13 Ce que cette cartographie doit produire

La cartographie des acteurs doit aboutir à plusieurs résultats concrets. Elle doit d'abord rendre le système plus lisible. Une personne âgée, un aidant, un professionnel ou une commune doivent pouvoir comprendre plus facilement qui fait quoi.

Elle doit ensuite repérer les zones de fragilité : territoires peu couverts, acteurs isolés, absence de relais, doublons, manque de coordination, difficultés de transmission, points d'entrée insuffisamment clairs.

Elle doit également identifier les coopérations possibles : entre domicile et hôpital, entre communes et associations, entre services d'aide et professionnels de santé, entre bailleurs et acteurs de l'adaptation, entre recherche et terrain, entre innovation et besoins réels.

Enfin, elle doit permettre de préparer les auditions du groupe. Une fois les familles d'acteurs identifiées, il deviendra possible de les interroger avec méthode : quels besoins observent-ils ? Quelles ruptures voient-ils ? Quelles solutions existent ? Quels obstacles persistent ? Quelles coopérations seraient utiles ?

La cartographie est donc une étape de méthode autant qu'un outil stratégique. Elle donne au territoire une vision de lui-même. Et parfois, c'est déjà un premier acte de transformation

Le vieillissement de la Côte d'Azur mobilise une chaîne d'acteurs très large; l'enjeu n'est pas seulement de les identifier, mais de rendre leurs rôles lisibles, leurs complémentarités effectives et leurs coopérations capables de sécuriser les parcours des personnes âgées, des aidants et des professionnels.

Après avoir identifié les grandes familles d'acteurs, il faut analyser les tensions qui traversent le territoire. Le vieillissement ne crée pas seulement de nouveaux besoins ; il révèle les fragilités de l'organisation existante : isolement, perte d'autonomie, épuisement des aidants, pénurie de professionnels, ruptures de parcours, logement inadapté, accès aux soins, mobilité, fracture numérique, reste à charge et insuffisance de coordination.

Le prochain chapitre aura donc pour objectif de nommer clairement les grandes tensions à anticiper. Cette étape est indispensable pour éviter une prospective trop générale et préparer des axes d'action réellement utiles.

Sources principale :

- CNSA, ressources relatives au Service public départemental de l'autonomie, à ses missions et à ses acteurs.
- CNSA, Service public départemental de l'autonomie — présentation du 4 février 2025.
- Maison de l'Autonomie / Département des Alpes-Maritimes, Schéma départemental de l'autonomie 2022-2026.
- ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur, ressources relatives aux personnes âgées ou en perte d'autonomie.
- ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur, ressources relatives aux centres de ressources territoriaux.
- Portail national d'information pour les personnes âgées, annuaires des services autonomie à domicile, services de soins infirmiers à domicile, EHPAD et résidences autonomie dans les Alpes-Maritimes.

8. Les grandes tensions à anticiper

8.1 Pourquoi nommer les tensions ?

Après avoir identifié les dynamiques démographiques, les réalités territoriales et les grandes familles d'acteurs, il faut désormais nommer les tensions qui traversent le vieillissement azuréen. Cette étape est indispensable. Une prospective utile ne consiste pas à aligner des constats rassurants ; elle doit repérer les fragilités avant qu'elles ne deviennent des ruptures.

Les tensions à anticiper ne sont pas des catastrophes certaines. Elles sont des signaux de vigilance. Elles permettent de comprendre où le territoire risque de se fragiliser si les réponses restent dispersées, tardives ou insuffisamment coordonnées.

Pour la Côte d'Azur, ces tensions se situent à plusieurs niveaux : perte d'autonomie, isolement, aidants, domicile, logement, accès aux soins, sorties d'hospitalisation, métiers, établissements, mobilité, reste à charge, coordination, numérique, climat et inégalités territoriales.

L'enjeu du groupe de réflexion est de les regarder sans dramatiser, mais sans les édulcorer. Une tension bien identifiée devient un sujet de travail. Une tension ignorée devient une crise.

8.2 La progression de la perte d'autonomie

La première tension est celle de la perte d'autonomie. Les travaux Insee-DREES publiés en octobre 2025 estiment qu'en 2021, la France comptait environ 2,031 millions de seniors en perte d'autonomie, soit 11,2 % des personnes de 60 ans ou plus. Entre 2021 et 2031, la hausse concernerait surtout les 75-84 ans, avec une progression de 49 % du nombre de personnes dans cette tranche d'âge et de 42 % du nombre de personnes en perte d'autonomie.

Cette évolution donne à la période 2026-2030 un caractère stratégique. Le territoire doit se préparer à une augmentation des besoins d'aide, de soins, de repérage, de prévention, d'adaptation du logement et de coordination. La perte d'autonomie ne surgit pas brutalement dans toutes les situations. Elle s'installe souvent par étapes : fatigue, chute, isolement, perte d'appétit, difficulté à sortir, troubles cognitifs, rupture de traitement, épuisement de l'aidant.

La tension principale tient donc à la capacité de repérer plus tôt. Si la perte d'autonomie est identifiée seulement au moment de la chute, de l'hospitalisation ou de l'entrée contrainte en établissement, le territoire intervient trop tard. L'enjeu est de passer d'une logique de réparation à une logique de vigilance précoce.

8.3 L'isolement : une fragilité silencieuse

L'isolement constitue l'une des tensions les plus sensibles du vieillissement. Il ne se mesure pas seulement au nombre de personnes vivant seules. Il se lit aussi dans l'absence de visites, la perte des liens de voisinage, la difficulté à demander de l'aide, la fracture numérique, l'éloignement des enfants, la disparition progressive des repères sociaux.

Dans les Alpes-Maritimes, cette question est particulièrement importante : en 2022, 32,7 % des personnes de 65 à 79 ans vivant en ménage vivaient seules, et cette proportion atteignait 49,4 % chez les personnes âgées de 80 ans ou plus. Autrement dit, près d'une personne de 80 ans ou plus sur deux vit seule dans son logement.

Cette solitude peut devenir un facteur de risque : chutes non repérées, dénutrition, dépression, retard de recours aux soins, aggravation de troubles cognitifs, rupture administrative, difficulté à activer les aides. Elle concerne les quartiers populaires, les centres anciens, les résidences aisées, les communes résidentielles et les territoires éloignés. Elle peut être visible ou parfaitement silencieuse.

La prospective devra donc traiter l'isolement comme un sujet de santé publique, de solidarité locale et de coordination territoriale. Les CCAS, les communes, les associations, les voisins, les professionnels de santé, les services à domicile, les lieux de culte, les clubs, les commerces de proximité et les aidants doivent être pensés comme des capteurs possibles de cette fragilité.

8.4 Les aidants : une infrastructure invisible sous pression

Les aidants familiaux sont l'une des grandes infrastructures invisibles du vieillissement. Ils accompagnent, surveillent, rassurent, organisent, transportent, remplissent les dossiers, prennent les rendez-vous, coordonnent les intervenants, gèrent les urgences et portent souvent une charge émotionnelle considérable.

La DREES indique qu'en France, 9,3 millions de personnes déclarent apporter une aide régulière à un proche en situation de handicap ou de perte d'autonomie. Parmi elles, une partie apporte une aide à la vie quotidienne, une autre un soutien moral régulier, une aide financière ou plusieurs formes d'aide en même temps.

Cette tension est majeure pour la Côte d'Azur. Le vieillissement des personnes âgées s'accompagne aussi du vieillissement des aidants. Certains conjoints aidants sont eux-mêmes âgés. Certains enfants vivent loin. D'autres travaillent, élèvent leurs propres enfants, ou portent déjà plusieurs responsabilités familiales et professionnelles.

Quand l'aidant tient, le domicile tient souvent. Quand l'aidant s'épuise, le parcours peut basculer rapidement : hospitalisation, entrée en établissement, conflit familial, rupture d'aide, crise sociale. Le groupe devra donc considérer les aidants comme des acteurs à part entière, avec des besoins de répit, d'information, de formation, de soutien psychologique, de coordination et de reconnaissance.

8.5 Le domicile : lieu de choix, mais aussi lieu de risque

Le domicile est au cœur du vieillissement. Il est le lieu du choix, de la mémoire, des habitudes et de la dignité. Mais il est aussi le lieu où les fragilités peuvent rester invisibles jusqu'à la rupture.

Fin 2024, la DREES recensait 1,5 million d'aides sociales aux personnes âgées attribuées par les départements. L'APA à domicile représentait 54 % de ces aides, contre 37 % pour l'APA en établissement. Le nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile atteignait 832 000 personnes.

Ces données confirment que le domicile est déjà le premier lieu de la politique de l'autonomie. Pourtant, il reste souvent insuffisamment structuré comme espace de prévention et de coordination. Le domicile concentre plusieurs risques : logement inadapté, chute, isolement, absence de transmission entre intervenants, difficultés de recrutement, aidant épuisé, refus d'aide, défaut de suivi médical.

Le défi est clair : faire du domicile un lieu de vigilance et de prévention sans le transformer en espace intrusif. Il faut préserver la liberté des personnes tout en organisant mieux les alertes, les transmissions, les adaptations et les coordinations.

8.6 L'habitat inadapté et les ruptures du logement

Le logement est l'un des déterminants les plus concrets de l'autonomie. Une salle de bain dangereuse, un escalier, une absence d'ascenseur, un éclairage insuffisant, un éloignement des commerces ou une mauvaise isolation peuvent accélérer la perte d'autonomie.

En Provence-Alpes-Côte d'Azur, l'Insee soulignait qu'en 2014, seulement un logement sur dix occupé par un senior disposait d'au moins un aménagement spécifique favorisant l'autonomie. Cette donnée est ancienne, mais elle reste un signal fort : l'adaptation du logement est encore loin d'être généralisée.

Sur la Côte d'Azur, cette tension prend une dimension particulière. Le parc immobilier est souvent ancien dans certains centres urbains, les copropriétés peuvent être complexes à adapter, le coût du logement est élevé, les résidences secondaires pèsent sur l'organisation territoriale, et certains logements deviennent progressivement incompatibles avec l'avancée en âge.

Le logement doit donc être travaillé comme un axe majeur de prévention. Adapter un domicile, ce n'est pas seulement poser une barre d'appui. C'est parfois éviter une chute, retarder une hospitalisation, soutenir un aidant, préserver un choix de vie et maintenir une personne dans son environnement.

8.7 L'accès aux soins et les sorties d'hospitalisation

L'accès aux soins constitue une autre tension majeure. Le vieillissement augmente les besoins en médecine générale, soins infirmiers, kinésithérapie, pharmacie, gériatrie, rééducation, santé mentale, soins palliatifs, accompagnement des troubles cognitifs et suivi des maladies chroniques.

La tension devient particulièrement forte lors des sorties d'hospitalisation. Une hospitalisation peut être nécessaire, mais le retour à domicile est souvent un moment de fragilité : fatigue, perte de repères, traitements

modifiés, besoin d'aide renforcé, logement non adapté, aidant inquiet, transmissions incomplètes, rendez-vous à organiser.

La convention-cadre signée le 30 septembre 2025 entre l'ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur et la Carsat Sud-Est confirme que la sortie d'hospitalisation fait partie des axes régionaux à renforcer, aux côtés du déploiement d'ICOPE, du plan antichute, de la prévention des risques professionnels et du soutien aux aidants.

Pour la Côte d'Azur, ce sujet est central. Les parcours ville-hôpital-domicile doivent être mieux sécurisés. Il faut savoir qui prépare le retour, qui vérifie le logement, qui prévient l'aidant, qui ajuste les heures d'aide, qui contacte le médecin traitant, qui suit la situation à J+7, J+30 et J+90. Sans cela, la sortie d'hospitalisation devient une porte tournante : on rentre chez soi, puis on revient à l'hôpital.

8.8 Les métiers de l'autonomie : pénurie, reconnaissance et organisation

La tension sur les métiers est probablement l'un des points les plus critiques. Aide à domicile, auxiliaire de vie, aide-soignant, infirmier, responsable de secteur, coordinateur, ergothérapeute, assistant social, médecin généraliste, kinésithérapeute : tous ces métiers seront davantage sollicités.

La DREES estime qu'entre 150 000 et 200 000 emplois supplémentaires seraient nécessaires d'ici 2050 pour assurer les soins de base aux personnes âgées en perte d'autonomie, à domicile ou en EHPAD. Cette projection donne la mesure du défi humain.

La difficulté ne tient pas seulement au nombre de professionnels. Elle tient aussi à l'attractivité, à la formation, à la pénibilité, aux déplacements, aux rémunérations, à la reconnaissance, à la qualité de vie au travail, aux horaires morcelés et à la capacité à fidéliser les équipes.

Sur la Côte d'Azur, la tension peut être renforcée par le coût de la vie, les difficultés de logement des professionnels, les déplacements, la circulation, le stationnement et les écarts entre les zones d'intervention. Le risque est simple : des besoins croissants, mais des bras insuffisants pour y répondre. Et là, aucune belle stratégie ne remplace une intervenante qui monte les escaliers.

8.9 Les établissements et les habitats intermédiaires sous tension

Les EHPAD resteront indispensables, mais ils ne pourront pas absorber seuls la progression du grand âge. La DREES indique que, si les pratiques actuelles d'entrée en EHPAD étaient conservées, 365 000 places supplémentaires seraient nécessaires entre 2021 et 2050, en plus des 640 000 places existantes en 2021. Elle souligne aussi que, sans création de places supplémentaires, les EHPAD accueilleraient une part beaucoup plus importante de résidents en perte d'autonomie sévère.

Cette tension impose de penser l'ensemble de la chaîne : domicile ordinaire, domicile renforcé, habitat inclusif, résidences autonomie, accueil de jour, hébergement temporaire, plateformes de répit, EHPAD, centres de ressources territoriaux, soins palliatifs, hôpital.

Le problème n'est pas de choisir entre domicile et établissement. Le problème est de construire des parcours progressifs, lisibles et réversibles lorsque c'est possible. Entre le "tout domicile" et le "tout établissement", il manque souvent des solutions intermédiaires, souples, accessibles et bien coordonnées.

Sur la Côte d'Azur, cette question est d'autant plus sensible que le coût du foncier, le coût de l'hébergement, la disponibilité des professionnels et la pression sur les familles peuvent compliquer les trajectoires. L'habitat intermédiaire devra être l'un des grands sujets de la prospective.

8.10 La mobilité et l'accès réel aux services

La mobilité est une tension transversale. Elle conditionne l'accès aux soins, aux commerces, aux services publics, aux activités sociales, aux aidants, aux professionnels et aux lieux de vie.

Sur le littoral, les services sont plus nombreux, mais les déplacements peuvent être difficiles : circulation, stationnement, densité urbaine, saisonnalité touristique. Dans le moyen pays et l'arrière-pays, la difficulté porte davantage sur les distances, la rareté des transports, l'accès aux soins et la continuité des interventions.

Pour une personne âgée, perdre la capacité à se déplacer peut provoquer une cascade de ruptures : renoncement aux soins, arrêt des activités, isolement, dépendance accrue à l'aidant, difficulté à faire ses courses, perte de lien social. La mobilité doit donc être pensée comme un déterminant de santé, d'autonomie et de citoyenneté.

Le groupe devra intégrer les transports publics, les navettes communales, les transports à la demande, les taxis, les associations, les services d'accompagnement, les aidants et les solutions de proximité dans la réflexion. Vieillir, ce n'est pas seulement rester chez soi. C'est pouvoir encore rejoindre le monde.

8.11 Les inégalités sociales et le reste à charge

Le vieillissement azuréen se déploie dans un territoire socialement contrasté. Certaines personnes âgées disposent de ressources importantes. D'autres vivent avec des pensions modestes, seules, locataires, éloignées de leurs proches ou confrontées à des restes à charge difficiles.

À l'échelle régionale, l'Insee indique que 12,5 % des personnes vivant dans un ménage dont la personne de référence a 60 ans ou plus sont pauvres en Provence-Alpes-Côte d'Azur, et que 76 000 seniors y bénéficiaient du minimum vieillesse en 2019.

Cette tension est majeure. Le coût du domicile, de l'aide humaine, de l'adaptation du logement, des transports, des protections, des repas, des équipements, des restes à charge en établissement et des solutions de répit peut devenir un facteur d'inégalité.

La prospective devra donc éviter une vision trop homogène du vieillissement. Vieillir sur la Côte d'Azur peut signifier vivre dans une retraite confortable au bord de la mer. Cela peut aussi signifier vivre seul dans un logement ancien, avec une pension modeste, des soins difficiles à organiser et une aide insuffisante. Les deux réalités coexistent. Le document doit les regarder ensemble.

8.12 La coordination : le point de rupture central

La coordination est la tension qui traverse toutes les autres. Les acteurs existent, les dispositifs existent, les compétences existent, mais les parcours restent souvent difficiles à lire. La personne âgée, l'aidant ou le professionnel de terrain peuvent se retrouver face à une succession de guichets, d'interlocuteurs, de formulaires, d'évaluations, de délais et d'informations fragmentées.

Le Service public départemental de l'autonomie répond précisément à cette difficulté. La CNSA rappelle que le SPDA vise à améliorer le service rendu aux personnes, à favoriser l'interconnaissance et la coopération des acteurs, et à décloisonner les secteurs social, médico-social, sanitaire et du droit commun.

Pour les Alpes-Maritimes et la Côte d'Azur, cette dynamique est déterminante. La coordination ne doit pas être un mot-valise. Elle doit se traduire par des règles concrètes : qui alerte ? qui évalue ? qui oriente ? qui suit ? qui transmet ? qui rappelle la famille ? qui sécurise la sortie d'hospitalisation ? qui repère la fragilité ? qui prend le relais quand l'aidant craque ?

C'est probablement ici que se jouera la qualité réelle du vieillissement territorial. Une bonne coordination ne supprime pas les difficultés, mais elle évite que chacun les porte seul.

8.13 Le numérique, l'innovation et la fracture d'usage

L'innovation peut être un levier puissant, mais elle peut aussi devenir une nouvelle fracture. Capteurs, applications, dossiers partagés, téléconsultation, intelligence artificielle, plateformes de coordination, outils d'alerte : ces solutions peuvent aider, à condition de répondre à des besoins réels.

Le risque est double. D'un côté, sous-utiliser des outils qui pourraient améliorer la prévention, la coordination et la traçabilité. De l'autre, installer des solutions trop complexes, mal acceptées, peu évaluées ou déconnectées des usages des personnes âgées, des familles et des professionnels.

La CNSA rappelle que l'information, l'orientation et les services numériques font partie des leviers de simplification des démarches et d'accès aux droits, mais ces outils doivent rester au service des personnes et des aidants.

La prospective devra donc poser une doctrine claire : innovation utile, sobre, éthique, accessible, évaluée, respectueuse des données, au service de l'humain. Le numérique doit soutenir la relation ; il ne doit pas la remplacer. Le vieux rêve technologique qui oublie la personne finit souvent en application brillante que personne n'ouvre.

8.14 Le risque climatique et les épisodes de chaleur

Le vieillissement azuréen doit aussi être pensé dans un contexte climatique. Les vagues de chaleur constituent un risque sanitaire important, en particulier pour les personnes âgées, isolées, handicapées ou fragiles. Le ministère

de la Santé rappelle que les personnes âgées ou isolées peuvent se faire inscrire sur les registres communaux afin d'être contactées en cas de vague de chaleur.

Santé publique France indique que la canicule peut avoir un impact sanitaire considérable et que certaines mesures doivent être mises en place en priorité pour les personnes les plus à risque. L'agence rappelle aussi l'existence du système d'alerte canicule et santé, mis en place après 2003, pour identifier les vagues de chaleur susceptibles d'avoir un impact sanitaire majeur.

Sur la Côte d'Azur, cette tension climatique est particulièrement importante : habitat parfois ancien, logements mal isolés, personnes vivant seules, épisodes de chaleur, îlots urbains, difficultés de mobilité, aidants éloignés, nécessité de veille communale. Les plans canicule, les CCAS, les communes, les services à domicile, les voisins, les professionnels de santé et les associations doivent être intégrés dans une stratégie plus large de prévention.

Le climat n'est pas un sujet annexe. Il devient une condition concrète du vieillissement à domicile.

8.15 Ce que ces tensions imposent à la prospective

Ces tensions ne doivent pas être traitées séparément. Elles s'additionnent, se renforcent et se combinent dans les situations réelles.

Une personne âgée peut vivre seule, dans un logement inadapté, avec un aidant éloigné, des revenus modestes, un médecin difficile à joindre, une mobilité réduite et un service à domicile sous tension. Ce n'est pas une addition de problèmes : c'est une situation de rupture en devenir.

Le rôle du groupe sera donc de croiser les tensions plutôt que de les empiler. Il faudra comprendre comment l'isolement aggrave le risque de chute, comment le logement inadapté pèse sur les aidants, comment le manque de professionnels fragilise le domicile, comment la mauvaise coordination augmente les hospitalisations, comment la fracture numérique complique l'accès aux droits, comment la chaleur rend les personnes isolées plus vulnérables.

La prospective doit produire une méthode pour repérer ces combinaisons de risques. C'est là que se situe la vraie valeur du travail : passer d'une liste de problèmes à une lecture systémique du vieillissement territorial.

Les grandes tensions du vieillissement azuréen ne sont pas isolées : perte d'autonomie, isolement, aidants, domicile, logement, soins, métiers, mobilité, coût, coordination, numérique et climat se combinent dans les parcours réels. Les anticiper ensemble est la condition d'une réponse territoriale efficace.

Après avoir nommé les grandes tensions à anticiper, il faut désormais organiser les axes de travail du groupe. Ces tensions doivent être transformées en chantiers prospectifs : démographie, domicile, prévention, aidants, parcours complexes, sorties d'hospitalisation, coordination territoriale, habitat, mobilité, métiers, économie du vieillissement, innovation et citoyenneté.

Le chapitre suivant aura donc pour objectif de structurer les axes fondamentaux de prospective. Il permettra de passer du diagnostic des risques à l'organisation d'un programme de travail clair, mobilisateur et utile pour l'ensemble des acteurs de la Côte d'Azur.

Sources principales

- Insee-DREES, projections nationales de perte d'autonomie des seniors à horizon 2050.
- DREES, données 2024 sur les aides sociales aux personnes âgées et l'APA.
- DREES, projections 2026 sur les besoins en emplois et en places d'EHPAD à horizon 2050.
- Insee Provence-Alpes-Côte d'Azur, analyse régionale des enjeux du grand âge.
- ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur / Carsat Sud-Est, convention-cadre du 30 septembre 2025 sur la prévention de la perte d'autonomie et des risques professionnels.
- CNSA, ressources sur le Service public départemental de l'autonomie.
- Santé publique France et Ministère de la Santé, ressources relatives aux vagues de chaleur et aux populations vulnérables.

9. Les axes fondamentaux de prospective

9.1 Passer des tensions aux chantiers structurants

Après avoir identifié les grandes tensions du vieillissement azuréen, il faut maintenant les transformer en axes de travail. C'est le rôle de ce chapitre : organiser la réflexion du groupe autour de chantiers clairs, lisibles et suffisamment larges pour mobiliser l'ensemble des acteurs du territoire.

Ces axes ne doivent pas être compris comme des silos. Ils sont liés entre eux. Le domicile renvoie aux aidants, les aidants renvoient aux métiers, les métiers renvoient à la coordination, la coordination renvoie à l'hôpital, l'hôpital renvoie au retour à domicile, le domicile renvoie au logement, le logement renvoie à la mobilité, et la mobilité renvoie au lien social.

La prospective utile consiste précisément à relier ces dimensions. Elle doit permettre de passer d'une accumulation de problèmes à une organisation cohérente des priorités. Le groupe devra donc travailler à la fois sur les données, les parcours, les territoires, les acteurs, les usages, les métiers, les innovations et les conditions réelles de vie.

9.2 Axe 1 : Démographie, données et observation territoriale

Le premier axe doit porter sur la connaissance du territoire. Il s'agit de produire une lecture précise du vieillissement sur la Côte d'Azur : répartition des 60 ans et plus, des 75 ans et plus, des 85 ans et plus, évolution des ménages âgés, isolement, revenus, logement, accès aux soins, offre médico-sociale, mobilité, densité des services et fragilités locales.

Cet axe devra permettre de construire un observatoire territorial du vieillissement azuréen. Il ne s'agira pas seulement de collecter des chiffres, mais de les rendre intelligibles pour l'action : où les besoins progressent-ils le plus vite ? Quels territoires cumulent vieillissement, isolement, logement inadapté et accès difficile aux services ? Quelles communes sont déjà sous tension ? Quels bassins de vie nécessitent une attention prioritaire ?

La donnée doit devenir un outil de pilotage, pas un décor statistique. Elle doit aider les institutions, les communes, les professionnels et les associations à mieux comprendre les besoins réels du territoire.

9.3 Axe 2 : Domicile, maintien à domicile et vigilance précoce

Le domicile constitue l'un des axes centraux de la prospective. Il est le lieu du choix de vie, de l'attachement, de la mémoire et de l'autonomie. Mais il est aussi le lieu où les fragilités peuvent rester invisibles : chute, isolement, dénutrition, troubles cognitifs, épuisement de l'aidant, logement dangereux, rupture de soins.

L'enjeu est de penser le domicile comme un espace de prévention, d'alerte et de coordination. Cela suppose de mieux relier les services à domicile, les professionnels de santé, les aidants, les communes, les CCAS, les dispositifs d'appui, les bailleurs, les acteurs de l'adaptation du logement et les outils numériques utiles.

La DREES montre déjà le poids central du domicile dans les politiques d'autonomie, avec une majorité d'aides sociales aux personnes âgées relevant de l'APA à domicile fin 2024. Cette réalité confirme que le domicile est devenu un espace stratégique du vieillissement, et qu'il doit être mieux structuré comme lieu de prévention et de continuité des parcours.

9.4 Axe 3 : Prévention de la perte d'autonomie et repérage des fragilités

La prévention doit devenir un chantier majeur. Elle concerne les chutes, la nutrition, l'activité physique, la cognition, l'audition, la vision, la santé psychique, le lien social, l'adaptation du logement, la iatrogénie médicamenteuse et l'épuisement des aidants.

Le programme ICOPE, développé par l'Organisation mondiale de la santé et déployé en France pour repérer précocement les signes de fragilité, constitue un repère important. Il vise notamment à suivre les capacités intrinsèques des personnes âgées et à identifier les fragilités avant la perte d'autonomie installée.

Pour la Côte d'Azur, cet axe devra répondre à une question très concrète : comment repérer plus tôt les fragilités dans les lieux de vie ? Le repérage ne doit pas rester cantonné au cabinet médical. Il peut aussi passer par les intervenants à domicile, les pharmaciens, les infirmiers, les kinésithérapeutes, les CCAS, les associations, les aidants, les voisins et les lieux de proximité.

Prévenir, ici, signifie voir avant la rupture. C'est probablement l'un des leviers les plus puissants pour éviter des hospitalisations, retarder la perte d'autonomie et préserver la qualité de vie.

9.5 Axe 4 : Aidants, familles et entourage

Les aidants doivent être considérés comme un axe stratégique à part entière. Ils ne sont pas seulement autour du système ; ils en sont souvent l'un des piliers silencieux.

Le groupe devra travailler sur plusieurs dimensions : repérage des aidants, information, accès aux droits, répit, soutien psychologique, formation, coordination avec les professionnels, reconnaissance du rôle des aidants, prévention de l'épuisement, accompagnement des aidants éloignés et soutien des conjoints âgés.

Sur la Côte d'Azur, cette question prend une importance particulière : familles parfois éloignées, personnes âgées vivant seules, coût de la vie élevé, complexité des démarches, situations de rupture après hospitalisation, vieillissement des conjoints aidants. Quand l'aidant s'épuise, le domicile se fragilise très vite.

Cet axe devra donc permettre de bâtir une véritable lecture territoriale des aidants : où sont-ils ? De quoi ont-ils besoin ? Quels relais existent ? Quels dispositifs sont connus ? Quels temps de répit sont accessibles ? Quelles associations interviennent déjà ? Où les familles restent-elles seules face à la complexité ?

9.6 Axe 5 : Parcours complexes et sorties d'hospitalisation

Les parcours complexes constituent l'un des lieux où le système montre ses limites. Il peut s'agir d'une personne âgée isolée, d'un trouble cognitif débutant, d'un refus d'aide, d'un logement dangereux, d'un aidant épuisé, d'une absence de médecin traitant, d'une sortie d'hospitalisation mal préparée ou d'une succession de petites ruptures qui finissent par créer une crise.

La sortie d'hospitalisation doit être un axe prioritaire. Elle concentre les risques : traitements modifiés, fatigue, besoin d'aide renforcé, logement non adapté, transmissions insuffisantes, aidant inquiet, services à réorganiser. La convention-cadre signée le 30 septembre 2025 entre l'ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur et la Carsat Sud-Est identifie précisément le soutien à la sortie d'hospitalisation parmi les axes de prévention à renforcer.

Le groupe devra donc travailler sur des questions opérationnelles : qui prépare le retour ? Qui évalue le domicile ? Qui informe la famille ? Qui ajuste l'aide humaine ? Qui assure le suivi à J+7, J+30 et J+90 ? Qui repère la rechute ? Qui coordonne lorsque plusieurs acteurs interviennent ?

Un territoire qui sécurise mieux les sorties d'hospitalisation gagne sur tous les plans : qualité de vie, prévention des réhospitalisations, soutien aux aidants, meilleure utilisation des ressources et confiance des familles.

9.7 Axe 6 : Coordination territoriale et lisibilité des parcours

La coordination territoriale est l'axe central. Sans coordination, les acteurs peuvent être nombreux et compétents, mais les parcours restent fragiles. La personne âgée et son aidant deviennent alors les seuls véritables assembleurs du système, ce qui est à la fois injuste et inefficace.

Le Service public départemental de l'autonomie donne un cadre national à cette ambition. La CNSA rappelle que le SPDA repose sur quatre grandes missions : accueil, information, orientation et mise en relation ; évaluation et attribution des prestations ; soutien à des parcours personnalisés, continus et coordonnés ; actions de prévention et d'aller-vers.

Pour la Côte d'Azur, cet axe devra permettre de travailler sur la lisibilité des rôles :

- Qui est le point d'entrée ?
- Qui alerte ?
- Qui oriente ?
- Qui suit ?
- Qui transmet ?
- Qui prend le relais ?
- Comment éviter les renvois de guichet en guichet ?
- Comment articuler Département, MDA, ARS, communes, CCAS, hôpital, ville, domicile, associations et aidants ?

La coordination ne doit pas rester un mot institutionnel élégant. Elle doit devenir une pratique concrète, vérifiable, utile aux personnes et aux professionnels.

9.8 Axe 7 : Habitat, urbanisme et mobilité

Le vieillissement doit être intégré à l'habitat, à l'urbanisme et à la mobilité. Un territoire peut disposer de services, mais rester difficile à vivre pour une personne âgée si les logements sont inadaptés, les ascenseurs absents, les trottoirs difficiles, les commerces éloignés, les transports peu accessibles ou les démarches trop dispersées.

Cet axe devra travailler sur l'adaptation des logements, les copropriétés anciennes, l'habitat inclusif, les résidences autonomie, les solutions intermédiaires, les espaces publics, les bancs, les cheminements, les commerces de proximité, les transports à la demande, les navettes communales et la mobilité solidaire.

La Côte d'Azur a des contraintes spécifiques : pression immobilière, coût du foncier, habitat ancien, densité du littoral, zones pentues, vallées, arrière-pays, mobilité saisonnière, difficulté de stationnement pour les professionnels. Vieillir chez soi ne dépend pas seulement de l'aide humaine ; cela dépend aussi de la possibilité concrète de sortir, de recevoir, de se déplacer, de se soigner et de rester relié.

9.9 Axe 8 : Métiers de l'autonomie, formation et reconnaissance

Les métiers de l'autonomie seront l'un des points de tension majeurs des prochaines décennies. La DREES estime qu'entre 150 000 et 200 000 emplois supplémentaires seraient nécessaires en 2050 pour le soutien à l'autonomie des personnes âgées. Cette projection montre que le vieillissement est aussi un défi massif de ressources humaines.

Le groupe devra travailler sur l'attractivité des métiers, la formation, la pénibilité, les déplacements, la rémunération, la reconnaissance, la qualité de vie au travail, l'évolution professionnelle, la coordination avec les soignants et la valorisation des compétences de terrain.

Sur la Côte d'Azur, le coût de la vie, les difficultés de logement des professionnels, la circulation, les temps de déplacement et la fragmentation des interventions peuvent aggraver les tensions. Un territoire qui veut mieux vieillir doit aussi prendre soin de ceux qui accompagnent le vieillissement.

Cet axe devra accorder une place centrale aux intervenants de terrain. Ce sont eux qui voient les signaux faibles, comprennent les habitudes, repèrent les ruptures et maintiennent souvent le lien quotidien. Une politique du vieillissement qui oublie ces professionnels construit sur du sable.

9.10 Axe 9 : Économie du vieillissement et soutenabilité des modèles

Le vieillissement soulève une question économique majeure : comment financer durablement l'aide, les soins, le domicile, les établissements, les adaptations de logement, les transports, les innovations utiles et le soutien aux aidants ?

Cet axe devra examiner les dépenses publiques, les restes à charge, l'APA, les aides sociales, les assurances, les mutuelles, les caisses de retraite, les investissements privés utiles, les modèles d'habitat intermédiaire, les coûts évités par la prévention et les conséquences financières des ruptures de parcours.

La prospective devra éviter deux erreurs. La première serait de regarder le vieillissement uniquement comme une charge. La seconde serait de le transformer uniquement en marché. Le bon angle est celui de la soutenabilité : quels investissements permettent de préserver l'autonomie, d'éviter les crises, de soutenir les aidants, de réduire les hospitalisations évitables et de renforcer la qualité de vie ?

L'économie du vieillissement doit être pensée comme une économie de la prévention, de la coordination et du lien.

9.11 Axe 10 : Innovation, numérique, données et éthique

L'innovation doit être un axe important, mais elle doit rester au service de l'humain. Capteurs, téléassistance, applications de coordination, intelligence artificielle, télésanté, tableaux de bord, outils d'alerte, partage sécurisé d'informations : ces solutions peuvent aider si elles répondent à des besoins réels.

Le groupe devra poser une doctrine claire : innovation utile, sobre, éthique, accessible, évaluée et respectueuse des données. Le numérique doit soutenir la relation, faciliter la coordination, améliorer la prévention et simplifier les parcours. Il ne doit pas remplacer la présence humaine ni créer une nouvelle fracture pour les personnes âgées, les aidants ou les professionnels.

Cet axe devra également traiter la question des données :

- Quelles données collecter ?

- Pour quel usage ?
- Avec quel consentement ?
- Avec quelle sécurité ?
- Avec quelle gouvernance ?
- Comment produire des indicateurs utiles au territoire sans réduire les personnes à des tableaux de bord ?

La Côte d'Azur dispose d'un écosystème favorable à l'innovation. Encore faut-il que l'innovation parte du terrain, des besoins, des usages et des fragilités réelles. La technologie utile est celle qui se fait oublier parce qu'elle rend la vie plus simple.

9.12 Axe 11 : Citoyenneté, lien social, culture et transmission

Le vieillissement ne doit pas être réduit à la dépendance. Les personnes âgées sont aussi des citoyens, des habitants, des bénévoles, des grands-parents, des voisins, des transmetteurs, des porteurs de mémoire et des acteurs de la vie locale.

Cet axe devra travailler sur le lien social, la participation, la culture, le sport adapté, l'intergénérationnel, les lieux de sociabilité, les médiathèques, les associations, les clubs, les espaces publics, les conseils des aînés, les universités du temps libre, les lieux de culte et les solidarités de voisinage.

Une société qui ne voit les personnes âgées qu'au moment où elles deviennent dépendantes arrive déjà trop tard. La prévention commence aussi par la participation, la reconnaissance, le sentiment d'utilité, les liens réguliers, la possibilité de sortir, de parler, d'apprendre, de transmettre et d'être attendu quelque part.

Pour la Côte d'Azur, ce sujet est essentiel. Le territoire a une richesse culturelle, associative, mémorielle et humaine considérable. La prospective devra intégrer cette dimension : vieillir, ce n'est pas disparaître progressivement de la cité ; c'est continuer à y avoir une place.

9.13 Axe 12 : Modélisation territoriale et transférabilité nationale

Le dernier axe doit porter sur la méthode elle-même. Notre ambition est de produire une lecture utile pour la Côte d'Azur, mais aussi un modèle transférable à d'autres territoires français.

Cela suppose de formaliser une méthode : données, cartographie des acteurs, lecture territoriale, analyse des tensions, auditions, scénarios, indicateurs, expérimentations, évaluation et recommandations. Ce qui sera construit ici devra pouvoir être compris, adapté et réutilisé ailleurs.

La Côte d'Azur est un territoire pertinent pour cette modélisation : vieillissement avancé, littoral dense, moyen pays résidentiel, arrière-pays éloigné, contrastes sociaux, pression immobilière, ressources institutionnelles, tissu associatif, professionnels engagés, innovation, recherche et enjeux forts de coordination.

L'objectif n'est pas de prétendre que la Côte d'Azur résume toute la France. L'objectif est de partir d'un territoire réel, complexe et exigeant, pour produire une méthode robuste. Une méthode capable d'éclairer d'autres territoires confrontés à la même équation : vieillir plus nombreux, plus longtemps, avec des parcours plus complexes et des ressources humaines à organiser.

9.14 Organisation des axes en programme de travail

Pour être utiles, ces axes devront être traduits en programme de travail. Chaque axe pourra donner lieu à :

- Un état des lieux ;
- Une cartographie des acteurs concernés ;
- Une liste de tensions prioritaires ;
- Des auditions ciblées ;
- Des indicateurs simples ;
- Des exemples d'initiatives existantes ;
- Des propositions d'expérimentation ;
- Des recommandations opérationnelles ;
- Une évaluation de la transférabilité.

Cette organisation permettra au groupe de ne pas rester dans une réflexion générale. Elle donnera à chaque axe une méthode, des acteurs, des données et des livrables.

Le groupe pourra ainsi avancer progressivement : comprendre, écouter, cartographier, comparer, expérimenter, évaluer, transmettre. La prospective deviendra alors un outil de travail collectif, et pas seulement un exercice d'analyse.

Les axes de prospective doivent transformer les tensions du vieillissement en chantiers d'action : données, domicile, prévention, aidants, parcours complexes, coordination, habitat, mobilité, métiers, économie, innovation, citoyenneté et transférabilité nationale. C'est cette organisation qui donnera au groupe sa capacité d'analyse, de mobilisation et d'impact.

Après avoir défini les axes fondamentaux de prospective, il faut préciser la méthode de travail du groupe. Les chantiers identifiés ne pourront produire des résultats utiles que s'ils sont organisés avec rigueur : collecte de données, cartographie des acteurs, auditions, ateliers, retours terrain, scénarios, indicateurs, recommandations et restitution.

Le chapitre suivant aura donc pour objectif de formaliser la méthode du groupe. Il devra montrer comment passer d'une ambition territoriale à une démarche structurée, capable de produire des livrables concrets et d'impliquer progressivement les acteurs concernés.

Sources principales

- CNSA, ressources relatives au Service public départemental de l'autonomie et à ses quatre missions structurantes.
- Ministère des Solidarités, lancement et généralisation du Service public départemental de l'autonomie.
- DREES, Soutien à l'autonomie des personnes âgées : entre 150 000 et 200 000 emplois supplémentaires seraient nécessaires en 2050, Études et Résultats n°1365, février 2026.
- ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur / Carsat Sud-Est, convention-cadre du 30 septembre 2025 sur la prévention de la perte d'autonomie et des risques professionnels.
- Portail national d'information pour les personnes âgées, ressources 2026 sur le programme ICOPE et le repérage des signes de fragilité.
- Ministère des Solidarités, généralisation du programme ICOPE pour prévenir la perte d'autonomie des 60 ans et plus.

10. Méthode de travail du groupe

10.1 Pourquoi formaliser une méthode ?

Après avoir défini les grands axes de prospective, il faut préciser comment le groupe va travailler. Une réflexion territoriale sur le vieillissement ne peut pas reposer uniquement sur des intuitions, même justes, ni sur des constats généraux. Elle doit s'appuyer sur une méthode claire : données, cartographie, auditions, retours terrain, analyse des ruptures, scénarios, recommandations et restitution.

La méthode est essentielle pour trois raisons :

La première : est la crédibilité. Le vieillissement est un sujet sensible, complexe, traversé par des enjeux humains, sociaux, sanitaires, économiques et politiques. Pour être entendue par les institutions, les professionnels, les associations, les entreprises et les citoyens, la réflexion doit être structurée et vérifiable.

La deuxième : est l'efficacité. Sans méthode, le risque est d'empiler des sujets sans hiérarchie : domicile, aidants, EHPAD, innovation, logement, hôpital, mobilité, financement, coordination. Tous sont importants, mais ils doivent être organisés pour produire une lecture utile.

La troisième : est la mobilisation. Un groupe de prospective doit donner à chacun une place claire : contribuer, témoigner, analyser, proposer, expérimenter, évaluer. Une méthode lisible permet aux acteurs de comprendre pourquoi ils sont sollicités et comment leur contribution sera utilisée.

10.2 Un principe directeur : partir du territoire réel

La méthode du groupe devra partir du territoire réel, et non d'un modèle théorique. La Côte d'Azur ne doit pas être étudiée comme une abstraction. Elle doit être regardée à partir de ses lieux de vie, de ses communes, de ses bassins de vie, de son littoral, de son moyen pays, de son arrière-pays, de ses vallées, de ses quartiers, de ses logements, de ses mobilités et de ses acteurs.

Cette approche implique de croiser plusieurs niveaux :

- Le niveau national, pour comprendre les grandes dynamiques ;
- Le niveau régional, pour situer Provence-Alpes-Côte d'Azur ;
- Le niveau départemental, pour analyser les Alpes-Maritimes ;
- Le niveau local, pour comprendre les bassins de vie et les communes ;
- Le niveau du quotidien, pour observer les situations concrètes des personnes âgées, des aidants et des professionnels.

Ce principe est fondamental. Les données générales donnent le cadre, mais les situations vécues donnent le sens. Une prospective utile doit pouvoir passer de la statistique à la porte d'entrée d'un logement, du schéma départemental à la réalité d'un aidant, de la carte territoriale à la tournée d'une intervenante.

10.3 Étape 1 : Constituer un socle documentaire et statistique

La première étape consistera à constituer un socle documentaire et statistique. Il devra rassembler les données disponibles sur la démographie, la perte d'autonomie, l'APA, l'offre médico-sociale, les établissements, les services à domicile, les aidants, le logement, la mobilité, les revenus, les métiers, l'accès aux soins, la prévention et les politiques publiques.

Les sources devront être hiérarchisées. Les données issues de l'Insee, de la DREES, de la CNSA, de l'ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur, de la Maison de l'Autonomie, du Département, des communes, des CCAS, des caisses de retraite et des observatoires publics devront constituer la base principale.

Le socle documentaire devra permettre de distinguer :

- Les données vérifiées ;
- Les projections ;
- Les tendances ;
- Les hypothèses ;
- Les zones d'incertitude ;
- Les points nécessitant une enquête de terrain.

Cet état des lieux ne devra pas être figé. Il pourra être actualisé régulièrement, notamment lorsque de nouvelles données publiques seront disponibles. L'objectif est de construire une base robuste, mais vivante.

10.4 Étape 2 : Produire une cartographie territoriale des besoins

La deuxième étape consistera à produire une cartographie territoriale des besoins. Cette cartographie devra montrer où se situent les principales concentrations de personnes âgées, les territoires les plus isolés, les zones d'habitat inadapté, les secteurs éloignés des soins, les communes où les services sont sous tension et les bassins de vie où les risques de rupture sont les plus importants.

La cartographie devra croiser plusieurs dimensions :

- Age de la population ;
- Part des 75 ans et plus ;
- Part des 85 ans et plus ;
- Personnes vivant seules ;
- Revenus et précarité ;
- Type de logement ;
- Accès aux soins ;
- Présence de services à domicile ;
- Offre d'hébergement ;
- Mobilité ;
- Distance aux services ;
- Initiatives locales existantes.

Elle devra éviter une lecture trop administrative. Le vieillissement ne suit pas toujours les frontières institutionnelles. Une personne âgée peut vivre dans une commune, se soigner dans une autre, être aidée par un service situé ailleurs, dépendre d'un aidant éloigné et être hospitalisée dans un établissement encore différent. La cartographie devra donc être pensée à partir des usages réels du territoire.

10.5 Étape 3 : Cartographier les acteurs et leurs rôles

La troisième étape portera sur la cartographie des acteurs. La partie consacrée à la cartographie des acteurs a montré que le vieillissement mobilise une chaîne très large : personnes âgées, aidants, familles, Département, MDA, ARS, communes, CCAS, hôpitaux, médecine de ville, services à domicile, EHPAD, résidences autonomie, associations, bailleurs, acteurs de la mobilité, mutuelles, entreprises, chercheurs, innovateurs et citoyens.

La cartographie devra préciser, pour chaque famille d'acteurs :

- Ses missions ;
- Son territoire d'intervention ;
- Ses publics ;
- Ses modalités de saisine ;
- Ses points forts ;
- Ses limites ;
- Ses liens avec les autres acteurs ;
- Ses besoins de coordination ;
- Ses difficultés opérationnelles ;
- Ses initiatives déjà engagées.

Cette étape s'inscrit dans la logique du Service public départemental de l'autonomie, qui vise à renforcer l'interconnaissance, le décloisonnement et la coopération entre les acteurs intervenant autour de la perte d'autonomie. Le SPDA repose notamment sur l'accueil-orientation, l'évaluation des situations, le soutien à des parcours personnalisés et coordonnés, ainsi que les actions de prévention et d'aller-vers.

L'objectif de notre groupe ne sera pas de créer une structure supplémentaire. Il sera de rendre le paysage plus lisible, de repérer les points de friction et de proposer des conditions concrètes de coopération.

10.6 Étape 4 : Organiser des auditions ciblées

La quatrième étape consistera à organiser des auditions ciblées. Elles permettront de compléter les données par la parole des acteurs, des professionnels, des aidants et des personnes âgées.

Les auditions devront être organisées par familles d'acteurs :

- Institutions publiques ;
- Communes et CCAS ;
- Acteurs sanitaires ;
- Acteurs médico-sociaux ;
- Services à domicile ;
- Établissements ;
- Associations ;
- Aidants ;
- Personnes âgées ;
- Bailleurs et acteurs de l'habitat ;
- Mobilité ;
- Innovation et numérique ;
- Formation ;
- Économie du vieillissement.

Chaque audition devra suivre une grille commune, adaptée à l'acteur interrogé. Les questions devront porter sur les besoins observés, les ruptures de parcours, les difficultés de coordination, les initiatives existantes, les angles morts, les priorités 2026-2030 et les pistes d'action.

Les auditions ne devront pas devenir une succession de témoignages isolés. Elles devront être restituées dans une grille d'analyse commune afin de faire apparaître les convergences, les divergences, les signaux faibles et les propositions concrètes.

10.7 Étape 5 : Croiser les données et les retours terrain

La cinquième étape sera le croisement entre les données et les retours terrain. C'est là que le travail prendra toute sa valeur.

Les données peuvent montrer une concentration de personnes âgées dans un territoire. Les auditions peuvent révéler que les difficultés viennent surtout du logement, de la mobilité, du manque d'intervenants, de l'absence de coordination ou de l'isolement. Inversement, un territoire statistiquement moins préoccupant peut concentrer des situations complexes peu visibles dans les chiffres.

Le groupe devra donc croiser :

- Les données statistiques ;
- Les informations institutionnelles ;
- Les retours des professionnels ;
- Les témoignages des aidants ;
- La parole des personnes âgées ;
- Les observations des communes ;
- Les constats des associations ;
- Les initiatives économiques et innovantes ;
- Les contraintes de terrain.

Ce croisement permettra de passer d'un diagnostic descriptif à une lecture stratégique. Il permettra de comprendre non seulement où sont les besoins, mais pourquoi certains parcours se fragilisent et comment le territoire pourrait mieux y répondre.

10.8 Étape 6 : Identifier les ruptures de parcours

La sixième étape consistera à produire un cahier des ruptures de parcours. Le vieillissement se joue souvent dans des moments de bascule : chute, hospitalisation, retour à domicile, décès du conjoint, épuisement de l'aidant,

refus d'aide, aggravation cognitive, perte de mobilité, isolement soudain, logement devenu dangereux, rupture de droits ou absence de médecin traitant.

Chaque rupture devra être analysée selon une logique simple :

- Situation de départ ;
- Signaux faibles ;
- Acteurs impliqués ;
- Moment de bascule ;
- Défaut de coordination ;
- Conséquences pour la personne ;
- Conséquences pour l'aidant ;
- Réponses existantes ;
- Points d'amélioration ;
- Leviers de prévention.

Ce travail sera particulièrement important pour les sorties d'hospitalisation. La convention ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur / Carsat Sud-Est du 30 septembre 2025 inscrit le soutien à la sortie d'hospitalisation parmi les axes de prévention à renforcer, aux côtés du déploiement d'ICOPE, du plan antichute, de la prévention des risques professionnels et du soutien aux aidants.

Le cahier des ruptures permettra de rendre visibles les failles concrètes du système. Il sera l'un des outils les plus utiles pour produire des recommandations opérationnelles.

10.9 Étape 7 : Construire des scénarios prospectifs à horizon 2030

La septième étape consistera à construire plusieurs scénarios à horizon 2030. Ces scénarios ne devront pas prédire l'avenir, mais éclairer les conséquences possibles des choix actuels.

Quatre scénarios pourront être travaillés :

Scénario d'inertie : les acteurs continuent à agir séparément, les besoins augmentent, les ruptures deviennent plus fréquentes.

Scénario de tension systémique : pénurie de professionnels, aidants épuisés, hospitalisations évitables, logements inadaptés, établissements sous pression.

Scénario de coordination territoriale : les acteurs se relient mieux, les parcours sont plus lisibles, les sorties d'hospitalisation sont sécurisées, les aidants sont mieux soutenus.

Scénario d'innovation utile et éthique : les outils numériques, les données, les capteurs, la télésanté et l'intelligence artificielle soutiennent la prévention et la coordination, sans remplacer la relation humaine.

Ces scénarios permettront au groupe de montrer les risques de l'inaction et les bénéfices d'une organisation plus anticipatrice. Ils donneront aussi aux institutions et aux partenaires une lecture plus concrète des choix possibles.

10.10 Étape 8 : Formaliser des recommandations opérationnelles

La huitième étape consistera à formaliser des recommandations opérationnelles. Elles devront être hiérarchisées, réalistes et reliées aux constats du territoire.

Les recommandations pourront porter sur :

- Le repérage précoce des fragilités ;
- Le soutien aux aidants ;
- La sécurisation des sorties d'hospitalisation ;
- La coordination des acteurs ;
- L'adaptation du logement ;
- Les mobilités ;
- Les métiers de l'autonomie ;
- La formation ;

- Le rôle des communes ;
- L'innovation utile ;
- Les indicateurs territoriaux ;
- Les expérimentations à lancer ;
- Les coopérations à renforcer.

Chaque recommandation devra préciser : l'objectif, les acteurs concernés, le public visé, le territoire prioritaire, les moyens nécessaires, les conditions de réussite, les risques et les indicateurs de suivi.

Le schéma départemental de l'autonomie 2022-2026 des Alpes-Maritimes donne déjà un cadre utile, avec des axes portant sur la lisibilité de l'offre, la coordination, la prévention, le domicile, l'accueil, l'accompagnement, l'attractivité des métiers et la professionnalisation. Notre méthode devra s'articuler avec cette feuille de route, sans la dupliquer.

10.11 Étape 9 : Proposer des expérimentations territoriales

La neuvième étape consistera à identifier des expérimentations possibles. Une prospective utile doit ouvrir des pistes d'action concrètes. Ces expérimentations pourront être limitées, progressives, évaluables et construites avec les acteurs concernés.

Elles pourraient porter sur :

- Un repérage renforcé des fragilités dans un bassin de vie ;
- Une cellule territoriale de suivi des sorties d'hospitalisation ;
- Une cartographie locale des aidants et des relais de répit ;
- Un dispositif de vigilance domicile avec les services d'aide, les infirmiers, les pharmaciens et les CCAS ;
- Une expérimentation de coordination autour des situations complexes ;
- Un parcours de formation croisée entre acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux ;
- Un pilote d'innovation numérique autour des alertes et de la traçabilité ;
- Une action ciblée sur l'adaptation du logement et la prévention des chutes.

Ces expérimentations devront être pensées avec prudence. Il ne s'agit pas de multiplier les projets vitrines. Il s'agit de tester des réponses utiles, avec des objectifs simples, des indicateurs clairs et une évaluation honnête.

10.12 Étape 10 : Restituer, partager et rendre transférable

La dernière étape consistera à restituer les travaux du groupe. Le document final devra pouvoir être partagé avec les institutions, les communes, les professionnels, les associations, les chercheurs, les entreprises, les aidants et les citoyens.

La restitution devra prendre plusieurs formes :

- Un document complet ;
- Une synthèse stratégique courte ;
- Une cartographie visuelle ;
- Une présentation orale ;
- Des fiches thématiques ;
- Des scénarios 2030 ;
- Des propositions d'expérimentation ;

Une version transférable à d'autres territoires.

La transférabilité est essentielle. L'ambition du groupe est de produire une lecture utile pour la Côte d'Azur, mais aussi une méthode pouvant inspirer d'autres territoires français confrontés aux mêmes défis : vieillissement accéléré, domicile, aidants, métiers, coordination, habitat, mobilité, innovation et inégalités territoriales.

La méthode devra donc être suffisamment ancrée dans le réel pour être crédible, et suffisamment claire pour être reprise ailleurs. Une bonne prospective ne se contente pas d'éclairer un territoire. Elle laisse une méthode derrière elle.

10.13 Organisation pratique du travail

Pour avancer efficacement, le groupe pourrait organiser ses travaux en plusieurs séquences.

Une première séquence : serait consacrée au diagnostic : données, documents, cartographie des besoins, identification des acteurs.

Une deuxième séquence : porterait sur les auditions : institutions, communes, professionnels, aidants, associations, personnes âgées, acteurs économiques et chercheurs.

Une troisième séquence : serait dédiée à l'analyse : ruptures de parcours, tensions territoriales, scénarios, priorités.

Une quatrième séquence : viserait la production : recommandations, expérimentations, livrables, restitution et stratégie de diffusion.

Cette organisation permettra d'éviter la dispersion. Elle donnera au groupe un rythme, une progression et une capacité de production réelle. Le sujet est immense ; la méthode doit être solide pour ne pas se perdre dans l'immensité.

10.14 Gouvernance et posture du groupe

La gouvernance du groupe devra rester ouverte, exigeante et lisible. Le groupe n'a pas vocation à se substituer aux institutions, aux dispositifs publics ou aux acteurs existants. Il a vocation à produire une lecture transversale, à favoriser le dialogue, à objectiver les besoins, à formuler des propositions et à soutenir l'émergence d'une vision partagée.

Sa posture devra être claire :

- Indépendante dans l'analyse ;
- Respectueuse des compétences de chacun ;
- Ouverte aux contributions ;
- Attentive au terrain ;
- Rigoureuse dans les données ;
- Prudente dans les hypothèses ;
- Ambitieuse dans les propositions ;
- Concrète dans les livrables.

Cette posture est indispensable pour que le groupe soit pris au sérieux. Il devra éviter l'entre-soi, les discours trop généraux, les promesses vagues et les solutions toutes faites. Le vieillissement azuréen mérite mieux qu'un alignement de bonnes intentions. Il demande une méthode, une écoute, une rigueur et une capacité à relier les acteurs.

La méthode du groupe doit transformer une ambition territoriale en démarche structurée : collecter les données, cartographier les besoins et les acteurs, écouter le terrain, analyser les ruptures, construire des scénarios, formuler des recommandations, expérimenter et rendre le modèle transférable.

Une fois la méthode posée, la prochaine étape consiste à identifier les personnes et les organisations à auditionner. Les auditions permettront de confronter les données au terrain, de recueillir les perceptions des acteurs, d'identifier les ruptures vécues, de repérer les initiatives existantes et de faire émerger des propositions réalistes.

Le prochain chapitre aura donc pour objectif de formaliser un programme d'auditions et de contributions. Il précisera les grandes familles d'acteurs à mobiliser, les objectifs des auditions, les questions à poser et les modalités de restitution.

Sources principales

- CNSA, ressources relatives au Service public départemental de l'autonomie et à ses missions structurantes.
- Ministère des Solidarités, lancement et généralisation du Service public départemental de l'autonomie.
- Maison de l'Autonomie / Département des Alpes-Maritimes, schéma départemental de l'autonomie 2022-2026.
- ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur / Carsat Sud-Est, convention-cadre du 30 septembre 2025 sur la prévention de la perte d'autonomie et des risques professionnels.
- DREES, projections 2026 sur les besoins en emplois et en organisation du soutien à l'autonomie.

11. Programme d'auditions et de contributions

11.1 Pourquoi organiser des auditions ?

Après avoir posé les données, les tensions, les axes de prospective et la méthode de travail, il faut ouvrir le document à la parole des acteurs. Une prospective territoriale sérieuse ne peut pas être construite uniquement à partir de statistiques, de rapports ou d'analyses institutionnelles. Elle doit aussi entendre celles et ceux qui vivent, organisent, accompagnent, financent, soignent, orientent, innovent ou subissent les réalités du vieillissement.

Les auditions ont donc une fonction essentielle : confronter le diagnostic aux réalités du terrain. Elles permettront de recueillir les expériences, les difficultés, les initiatives, les alertes, les besoins non couverts et les propositions concrètes des acteurs du territoire.

Elles devront éviter deux écueils. Le premier serait de produire une simple collection de témoignages, sans méthode ni exploitation. Le second serait de réduire les auditions à une consultation symbolique. L'objectif est plus exigeant : faire émerger une intelligence collective du vieillissement azuréen.

Le programme d'auditions devra donc être structuré, progressif et documenté. Chaque audition devra nourrir la cartographie des acteurs, l'analyse des ruptures, les scénarios 2030, les recommandations et les expérimentations possibles.

11.2 Les objectifs des auditions

Les auditions poursuivront plusieurs objectifs :

Le premier objectif : est de compléter les données par l'expérience. Les chiffres montrent les tendances; les acteurs expliquent les situations réelles. Ils permettent de comprendre pourquoi une personne âgée renonce à une aide, pourquoi une sortie d'hospitalisation échoue, pourquoi un aidant s'épuise, pourquoi un service peine à recruter ou pourquoi une innovation reste peu utilisée.

Le deuxième objectif : est de repérer les ruptures de parcours. Les auditions devront identifier les moments où le système se fragilise : absence d'information, délai d'évaluation, manque d'intervenants, mauvaise transmission, logement inadapté, aidant dépassé, coordination insuffisante, retour à domicile mal préparé.

Le troisième objectif : est d'identifier les initiatives existantes. Le territoire ne part pas de zéro. Des communes, associations, services, établissements, professionnels, entreprises et chercheurs expérimentent déjà des réponses. Il faut les repérer, les comprendre, les évaluer et voir ce qui peut être renforcé ou transféré.

Le quatrième objectif : est de préparer des propositions réalistes. Une recommandation utile doit être confrontée à ceux qui devront la mettre en œuvre. Les auditions permettront d'éviter les idées séduisantes mais impraticables.

Le cinquième objectif : est de créer une culture commune. Le vieillissement mobilise des mondes qui se connaissent parfois mal : institutionnel, sanitaire, médico-social, associatif, économique, universitaire, communal, familial. Les auditions doivent favoriser l'interconnaissance, condition indispensable à toute coordination durable.

11.3 Une logique cohérente avec le SPDA

Le programme d'auditions s'inscrit dans une dynamique nationale de décloisonnement portée par le Service public départemental de l'autonomie. La CNSA rappelle que le SPDA implique l'ensemble des acteurs intervenant autour de la perte d'autonomie et vise à clarifier leurs rôles et interactions dans le service rendu aux personnes.

Cette logique rejoint directement l'ambition du groupe : comprendre comment les acteurs coopèrent, où les parcours se bloquent, où les responsabilités se chevauchent, où les personnes et les aidants se perdent, et quelles améliorations concrètes peuvent être proposées.

Le document de présentation du SPDA indique que le regard croisé des acteurs autour du parcours permet d'identifier les points de blocage, de poser des axes d'amélioration, de formaliser des procédures et de construire des outils communs. Cette approche donne un fondement méthodologique solide à notre programme d'auditions.

Dans les Alpes-Maritimes, cette logique est d'autant plus pertinente que le schéma départemental de l'autonomie 2022-2026 affirme une approche territorialisée et décloisonnée des politiques de l'autonomie.

11.4 Les institutions publiques à auditionner

La première famille d'auditions devra concerner les institutions publiques. Elles structurent les politiques de l'autonomie, financent une partie des réponses, organisent les droits, pilotent les schémas, orientent les dispositifs et fixent les priorités territoriales.

Les acteurs à mobiliser prioritairement sont :

- Le Département des Alpes-Maritimes ;
- La Maison de l'Autonomie ;
- L'ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur ;
- La CNSA, ou ses ressources régionales et nationales ;
- La Région Sud, selon les sujets formation, innovation et développement économique ;
- Les services de l'État concernés ;
- Les caisses de retraite ;
- La Conférence des financeurs ;
- Les intercommunalités.

Ces auditions devront permettre de comprendre les priorités publiques, les marges de manœuvre, les dispositifs déjà engagés, les contraintes budgétaires, les besoins de coordination et les orientations à horizon 2030.

Elles devront aussi clarifier le rôle de chaque niveau : ce qui relève du Département, de l'ARS, des communes, des caisses, des acteurs sanitaires, des acteurs médico-sociaux, et ce qui nécessite une coopération renforcée.

11.5 Les communes et les CCAS

Les communes et les CCAS doivent constituer une famille d'auditions à part entière. Elles sont les acteurs de la proximité. Elles voient les situations concrètes : isolement, précarité, logement difficile, aidants épuisés, personnes qui ne sortent plus, difficultés de mobilité, vulnérabilité en période de chaleur, demandes d'aide sociale, solitude discrète.

Les communes devront être auditionnées selon la diversité du territoire :

- Grandes villes littorales ;
- Communes du moyen pays ;
- Communes de l'arrière-pays ;
- Communes touristiques ;
- Communes résidentielles ;
- Quartiers populaires ;
- Territoires exposés à l'isolement ou à la difficulté d'accès aux services.

Les CCAS devront être interrogés sur leur rôle de repérage, d'accueil, d'orientation, d'aide facultative, de veille sociale, de coordination avec les associations et de soutien aux publics fragiles.

Ces auditions devront permettre de répondre à plusieurs questions :

Comment les communes identifient-elles les personnes âgées isolées ? Quels dispositifs fonctionnent ? Quelles limites rencontrent-elles ? Comment coopèrent-elles avec la MDA, les services à domicile, les associations, les professionnels de santé et les familles ? Quels besoins montent le plus vite ?

La commune est souvent le premier lieu où le vieillissement devient visible. Elle est aussi, parfois, le dernier filet avant la rupture.

11.6 Les acteurs sanitaires

Les acteurs sanitaires devront être auditionnés pour comprendre les besoins médicaux, les ruptures de soins, les sorties d'hospitalisation, la prévention, la gériatrie, les maladies chroniques, les troubles cognitifs, les soins palliatifs et la coordination ville-hôpital-domicile.

Les acteurs à mobiliser sont notamment :

- Médecins généralistes ;

- Gériatres ;
- Services hospitaliers ;
- Urgences ;
- Équipes mobiles ;
- Infirmiers libéraux ;
- Kinésithérapeutes ;
- Pharmaciens ;
- HAD ;
- CPTS ;
- Maisons de santé ;
- Services sociaux hospitaliers ;
- Acteurs de la santé mentale ;
- Acteurs des soins palliatifs.

L'ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur indique assurer la coordination de la prévention, des soins et de l'accompagnement des personnes âgées, avec l'objectif de renforcer une médecine de parcours articulant soins de ville, soins hospitaliers et soins médico-sociaux.

Ces auditions devront porter sur les situations de rupture : absence de médecin traitant, retours à domicile fragiles, défaut de transmission, hospitalisations évitables, coordination insuffisante avec les services d'aide, difficultés de suivi après une chute, troubles cognitifs non repérés, épuisement familial.

La question centrale sera simple : comment mieux organiser la continuité médicale, sociale et médico-sociale autour de la personne âgée ?

11.7 Les acteurs médico-sociaux

Les acteurs médico-sociaux devront être au cœur du programme d'auditions. Ils sont souvent au contact direct des personnes âgées et de leurs familles. Ils connaissent les difficultés quotidiennes du maintien à domicile, des établissements, des services, des métiers et des situations complexes.

Les acteurs à auditionner sont notamment :

- Services autonomie à domicile ;
- Anciens SAAD ;
- SSIAD ;
- SPASAD ;
- EHPAD ;
- Résidences autonomie ;
- Accueils de jour ;
- Plateformes de répit ;
- Hébergement temporaire ;
- Centres de ressources territoriaux ;
- DAC / dispositifs d'appui à la coordination ;
- Gestionnaires associatifs ;
- Gestionnaires privés ;
- Responsables de secteur ;
- Coordinateurs de parcours ;
- Intervenants à domicile.

Les auditions devront porter sur les tensions de terrain : recrutement, continuité des interventions, coordination avec les soignants, gestion des absences, difficultés de transmission, acceptation de l'aide, troubles cognitifs, refus d'aide, familles éloignées, sorties d'hospitalisation, maltraitance, événements indésirables, qualité, formation et épuisement professionnel.

Ces acteurs devront aussi être interrogés sur les innovations utiles, les besoins de formation, les limites réglementaires, les possibilités de coopération et les conditions réelles d'un parcours plus fluide.

Le médico-social est le lieu où la stratégie rencontre le quotidien. C'est donc là que beaucoup de vérités apparaîtront.

11.8 Les aidants, familles et proches

Les aidants ne doivent pas être auditionnés à la marge. Ils doivent être entendus comme des acteurs essentiels du vieillissement territorial.

Les auditions devront inclure plusieurs profils :

- Conjoints aidants ;
- Enfants aidants vivant à proximité ;
- Enfants aidants éloignés ;
- Aidants en activité professionnelle ;
- Aidants âgés ;
- Aidants de personnes avec troubles cognitifs ;
- Aidants confrontés à une sortie d'hospitalisation ;
- Aidants ayant connu une rupture de parcours ;
- Familles ayant recours à des services à domicile ;
- Familles ayant accompagné une entrée en établissement.

Les questions devront porter sur leur vécu concret : comment ont-ils trouvé les informations ? Qui les a aidés ? Quels moments ont été les plus difficiles ? Quels dispositifs ont fonctionné ? Où se sont-ils sentis seuls ? Quelles démarches ont été trop complexes ? De quoi auraient-ils eu besoin plus tôt ?

L'aidant voit souvent ce que le système ne voit pas. Il connaît les nuits, les inquiétudes, les hésitations, les petits signes, les refus, les chutes évitées de justesse, les dossiers qui n'avancent pas, les appels sans réponse. Sa parole doit nourrir le diagnostic avec une force particulière.

11.9 Les personnes âgées elles-mêmes

Une prospective du vieillissement qui n'entend pas les personnes âgées manquerait son cœur. Les personnes âgées doivent être auditionnées dans leur diversité : autonomes, fragiles, isolées, vivant seules, vivant en couple, vivant en établissement, vivant à domicile avec aide, vivant en zone urbaine, en moyen pays ou en arrière-pays.

Les auditions devront porter sur leurs attentes, leurs peurs, leurs ressources, leurs difficultés, leur rapport au domicile, aux services, aux soins, au numérique, aux transports, aux démarches administratives, à la solitude, à la sécurité et à la participation sociale.

Il faudra veiller à inclure des personnes qui ne prennent pas spontanément la parole : personnes très isolées, personnes modestes, personnes avec difficultés numériques, personnes vivant dans des logements inadaptés, personnes issues de parcours migratoires, personnes avec troubles cognitifs légers ou accompagnées par un proche.

La parole des personnes âgées doit permettre de rappeler une évidence : le vieillissement ne se résume pas à des dispositifs. Il concerne des existences, des habitudes, des attachements, des pertes, des choix et des dignités.

11.10 Les associations et acteurs du lien social

Les associations jouent un rôle majeur dans le repérage de l'isolement, le maintien du lien social, le soutien aux aidants, l'animation locale, la médiation culturelle, l'intergénérationnel, la solidarité de voisinage et l'accès aux droits.

Les auditions devront inclure :

- Associations de seniors ;
- Associations d'aidants ;
- Associations de lutte contre l'isolement ;
- Associations culturelles ;
- Associations communautaires ;
- Associations intergénérationnelles ;

- Bénévoles de proximité ;
- Lieux de culte ;
- Centres sociaux ;
- Clubs et espaces seniors ;
- Acteurs de la médiation sociale.

Ces acteurs connaissent souvent les fragilités avant qu'elles n'apparaissent dans les circuits officiels. Ils savent qui ne vient plus, qui décroche, qui perd ses repères, qui n'ose plus demander, qui a besoin d'un appel, d'une visite, d'un accompagnement ou d'une présence.

Leur audition devra permettre de cartographier les lieux de lien, les zones de solitude, les initiatives existantes et les manques. Le lien social n'est pas une animation secondaire. C'est une condition de santé, d'autonomie et de citoyenneté.

11.11 Les acteurs de l'habitat, de l'urbanisme et de la mobilité

Le vieillissement ne se joue pas seulement dans les soins. Il se joue aussi dans les logements, les escaliers, les ascenseurs, les salles de bain, les trottoirs, les arrêts de bus, les distances, les commerces, les parkings, les vallées et les déplacements.

Les auditions devront mobiliser :

- Bailleurs sociaux ;
- Syndics de copropriété ;
- Acteurs de l'adaptation du logement ;
- Ergothérapeutes ;
- Artisans spécialisés ;
- Urbanistes ;
- Agences d'urbanisme ;
- Services logement des communes ;
- Opérateurs de l'habitat inclusif ;
- Gestionnaires de résidences autonomie ;
- Acteurs du transport public ;
- Services de transport à la demande ;
- Taxis ;
- Associations de mobilité solidaire ;
- Intercommunalités.

Ces auditions devront répondre à plusieurs questions : quels logements posent le plus de difficultés ? Quels freins à l'adaptation ? Quels besoins en habitat intermédiaire ? Comment intégrer le vieillissement dans les politiques d'urbanisme ? Comment faciliter les déplacements des personnes âgées et des intervenants ? Comment éviter que la perte de mobilité ne devienne une perte de citoyenneté ?

L'habitat et la mobilité sont des politiques du vieillissement, même lorsqu'elles ne portent pas ce nom.

11.12 Les acteurs économiques, mutuelles, assurances et silver économie

Les acteurs économiques doivent être associés à la réflexion, à condition de les interroger sur leur utilité réelle pour les parcours de vie. Le vieillissement crée des besoins économiques, mais il ne doit pas être réduit à un marché.

Les auditions pourront concerner :

- Mutuelles ;
- Assureurs ;
- Caisses de retraite complémentaires ;
- Banques ;
- Entreprises de services ;
- Téléassistance ;

- Domotique ;
- Adaptation du logement ;
- Restauration ;
- Mobilité ;
- Start-up ;
- Investisseurs à impact ;
- Entreprises de la silver économie.

Les questions devront porter sur les modèles économiques, le reste à charge, l'accessibilité financière, les solutions de prévention, l'évaluation de l'impact, l'articulation avec les acteurs publics, les conditions d'acceptabilité par les personnes âgées et les familles.

La silver économie doit être interrogée avec discernement. Une innovation ou un service n'a de valeur que s'il améliore réellement la vie des personnes, réduit les ruptures, soutient les aidants, facilite les interventions ou renforce la coordination.

11.13 Recherche, université, formation et innovation

Les acteurs de la recherche, de l'université, de la formation et de l'innovation doivent contribuer au travail prospectif. Ils peuvent aider à objectiver les données, concevoir des méthodes, évaluer les expérimentations, former les professionnels, analyser les usages, structurer les indicateurs et rendre la démarche transférable.

Les acteurs à mobiliser peuvent inclure :

- Université Côte d'Azur ;
- Living Labs Ulysseus ;
- Laboratoires de recherche ;
- Écoles ;
- Organismes de formation ;
- Chercheurs en santé publique ;
- Sociologues ;
- Urbanistes ;
- Spécialistes du numérique ;
- Experts en données ;
- Spécialistes de l'éthique ;
- Acteurs de l'intelligence artificielle ;
- Réseaux d'innovation.

La convention-cadre ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur / Carsat Sud-Est du 30 septembre 2025 identifie notamment la Silver Économie, le déploiement d'ICOPE, le plan antichute régional, les risques professionnels et le soutien à la sortie d'hospitalisation comme des axes régionaux de prévention. Ces sujets appellent précisément une contribution croisée entre terrain, recherche, formation et innovation.

Ces auditions devront permettre de répondre à une question centrale : comment produire une innovation utile, évaluée, éthique, accessible, respectueuse des données et réellement ancrée dans les besoins des personnes âgées, des aidants et des professionnels ?

11.14 Grille commune d'audition

Pour garantir la cohérence du travail, chaque audition devra s'appuyer sur une grille commune, adaptée selon les acteurs.

La grille de base pourra comporter les questions suivantes :

- Quels sont les besoins liés au vieillissement que vous observez sur votre territoire ou dans votre activité ?
- Quelles situations se sont aggravées depuis ces dernières années ?
- Quels publics vous semblent les plus fragiles ou les moins visibles ?
- Quels sont les principaux points de rupture dans les parcours ?
- Quels acteurs interviennent déjà, et comment coopèrent-ils ?

- Quels dispositifs fonctionnent bien ?
- Quels dispositifs sont mal connus, insuffisants ou difficilement accessibles ?
- Quelles difficultés rencontrez-vous dans la coordination ?
- Quels besoins de formation, de moyens ou d'outils identifiez-vous ?
- Quelles initiatives locales mériteraient d'être renforcées ?
- Quelles expérimentations seraient utiles à horizon 2026-2030 ?
- Quelles recommandations souhaiteriez-vous voir figurer dans le document final ?

Cette grille permettra de comparer les réponses, d'identifier les convergences et de construire une restitution structurée. Elle devra rester suffisamment souple pour laisser émerger les signaux faibles.

11.15 Modalités de restitution des auditions

Les auditions devront faire l'objet d'une restitution méthodique.

Chaque entretien ou réunion devra produire une fiche de synthèse indiquant :

- L'acteur auditionné ;
- Son rôle ;
- Son territoire d'intervention ;
- Les besoins observés ;
- Les tensions identifiées ;
- Les ruptures de parcours signalées ;
- Les initiatives existantes ;
- Les freins rencontrés ;
- Les propositions formulées ;
- Les points à approfondir ;
- Les éventuelles données ou documents transmis.

Ces fiches ne devront pas être de simples comptes rendus. Elles devront être exploitables pour l'analyse transversale. Le groupe pourra ensuite produire une synthèse par famille d'acteurs, puis une synthèse générale des auditions.

Cette restitution devra permettre de repérer :

- Les points de convergence ;
- Les divergences ;
- Les angles morts ;
- Les territoires prioritaires ;
- Les initiatives à valoriser ;
- Les blocages récurrents ;
- Les propositions immédiatement mobilisables ;
- Les sujets nécessitant une expérimentation.

La parole recueillie devra être respectée, mais elle devra aussi être organisée. C'est cette organisation qui transformera l'écoute en matière stratégique.

11.16 Priorisation des auditions

Le programme d'auditions devra être progressif. Il ne sera pas possible d'entendre tout le monde immédiatement. Il faudra donc prioriser.

Une première vague pourrait concerner les acteurs structurants :

- Département ;
- MDA ;
- ARS PACA ;
- Communes et CCAS ;
- DAC / acteurs de coordination ;
- Représentants des médecins généralistes ;

- Hôpital / gériatrie ;
- Services à domicile ;
- EHPAD ;
- Aidants ;
- Associations de lutte contre l'isolement.

Une deuxième vague : pourrait élargir aux acteurs de l'habitat, de la mobilité, de l'innovation, de la formation, des mutuelles, des caisses de retraite, des chercheurs et des entreprises.

Une troisième vague : pourrait être consacrée aux territoires spécifiques : littoral, moyen pays, arrière-pays, quartiers populaires, communes résidentielles, vallées, zones touristiques.

Cette priorisation permettra d'avancer sans se disperser. Le groupe devra écouter large, mais travailler avec ordre. Même la meilleure boussole ne sert à rien si l'on court dans toutes les directions.

11.17 Ce que les auditions doivent produire

Le programme d'auditions doit aboutir à plusieurs résultats concrets.

Il doit d'abord enrichir la cartographie des acteurs. Les auditions permettront de préciser les rôles, les interactions, les limites et les besoins de coordination.

Il doit ensuite alimenter le cahier des ruptures de parcours. Les situations concrètes racontées par les acteurs permettront d'identifier les moments où les personnes âgées et les aidants se retrouvent en difficulté.

Il doit également nourrir les scénarios 2030. Les acteurs pourront indiquer ce qui risque de se produire si rien ne change, et ce qui pourrait être amélioré par une meilleure organisation.

Il doit enfin permettre de formuler des recommandations crédibles. Une proposition portée par les données et confirmée par les acteurs aura plus de poids qu'une idée formulée en chambre.

Les auditions sont donc un passage obligé. Elles donnent chair au document. Elles évitent que la prospective reste suspendue au-dessus du terrain. Elles rappellent que le vieillissement se comprend mieux lorsqu'on écoute ceux qui le vivent, ceux qui l'accompagnent et ceux qui essaient, chaque jour, d'en éviter les ruptures.

Les auditions doivent transformer la prospective en intelligence collective : écouter les institutions, les communes, les professionnels, les aidants, les personnes âgées, les associations, les acteurs économiques, les chercheurs et les innovateurs afin de construire une lecture partagée, concrète et opérationnelle du vieillissement azuréen.

Après avoir défini le programme d'auditions et de contributions, il faudra organiser les scénarios prospectifs à horizon 2030. Les auditions permettront de nourrir ces scénarios avec des données, des expériences, des alertes et des propositions issues du terrain.

Le prochain chapitre aura donc pour objectif de formaliser plusieurs trajectoires possibles pour la Côte d'Azur : inertie, tension systémique, coordination territoriale et innovation utile. Ces scénarios permettront de rendre lisibles les conséquences de l'inaction, les risques à anticiper et les bénéfices d'une organisation collective plus structurée.

Sources principales

- CNSA, ressources relatives au Service public départemental de l'autonomie et à ses acteurs.
- CNSA, Service public départemental de l'autonomie - présentation du 4 février 2025.
- Maison de l'Autonomie / Département des Alpes-Maritimes, Schéma départemental de l'autonomie 2022-2026.
- ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur, ressources relatives aux personnes âgées ou en perte d'autonomie.
- ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur / Carsat Sud-Est, convention-cadre du 30 septembre 2025 sur la prévention de la perte d'autonomie et des risques professionnels.

12. Scénarios prospectifs Côte d'Azur 2030

12.1 Pourquoi construire des scénarios ?

Après avoir établi le diagnostic, identifié les tensions, structuré les axes de travail et défini la méthode d'audition, il faut désormais ouvrir plusieurs trajectoires possibles. La prospective ne consiste pas à prédire l'avenir. Elle sert à rendre visibles les conséquences possibles de nos choix, de nos retards ou de nos capacités d'organisation.

Les scénarios ont donc une fonction stratégique. Ils permettent de répondre à une question simple : que peut devenir le vieillissement sur la Côte d'Azur à horizon 2030 selon que le territoire reste fragmenté, se tend davantage, se coordonne mieux ou mobilise une innovation réellement utile ?

Ces scénarios ne sont pas exclusifs les uns des autres. Le territoire peut déjà porter des éléments de chacun : ici des dynamiques de coordination, là des tensions fortes, ailleurs des innovations utiles, parfois une inertie préoccupante. Leur intérêt est de clarifier les trajectoires, d'identifier les risques et de montrer les leviers d'action.

La période 2026-2030 constitue une fenêtre courte. Entre 2021 et 2031, les travaux Insee-DREES montrent que la hausse de la perte d'autonomie concernerait surtout les 75-84 ans : le nombre de personnes dans cette tranche d'âge augmenterait de 49 %, et celui des personnes en perte d'autonomie de 42 %. Ce mouvement donne aux scénarios une portée très concrète : ils portent sur un avenir proche, déjà engagé.

12.2 Scénario 1 : L'inertie territoriale

Le premier scénario est celui de l'inertie territoriale. Dans cette trajectoire, les acteurs continuent à agir avec sérieux, mais principalement chacun dans son périmètre. Les institutions pilotent leurs dispositifs, les communes développent leurs actions locales, les services à domicile interviennent au quotidien, les professionnels de santé prennent en charge leurs patients, les associations maintiennent le lien, les familles essaient de coordonner, les établissements accueillent les situations les plus lourdes.

Rien ne s'effondre brutalement. Mais rien ne se transforme vraiment.

Dans ce scénario : le territoire reste organisé par juxtaposition. Les initiatives existent, mais elles sont inégalement connues. Les dispositifs sont nombreux, mais leur lisibilité reste insuffisante. Les familles continuent à chercher le bon interlocuteur. Les professionnels manquent de temps pour transmettre. Les sorties d'hospitalisation restent fragiles. Les aidants découvrent souvent trop tard les relais disponibles. Les innovations apparaissent par touches, sans vision commune ni évaluation partagée.

L'inertie n'est pas l'absence d'action. C'est l'absence d'organisation collective suffisante.

À horizon 2030, ce scénario produirait une augmentation progressive des ruptures silencieuses : personnes âgées isolées non repérées, domiciles mal adaptés, hospitalisations évitables, aidants épuisés, intervenants sous pression, communes inégalement outillées, parcours illisibles pour les familles.

Le risque principal de ce scénario est la banalisation de la fragmentation. Chaque acteur continuerait à faire sa part, mais le territoire manquerait d'une lecture partagée du vieillissement. La personne âgée resterait trop souvent le point de jonction fragile entre des dispositifs qui ne se parlent pas assez.

12.3 Scénario 2 : La tension systémique

Le deuxième scénario est celui de la tension systémique. Dans cette trajectoire, les besoins augmentent plus vite que les capacités d'organisation du territoire.

La progression du grand âge entraîne une hausse des demandes d'aide à domicile, des besoins de soins, des situations de perte d'autonomie, des sorties d'hospitalisation complexes, des troubles cognitifs, des besoins d'adaptation du logement et des demandes de répit. Dans le même temps, les métiers de l'autonomie peinent à recruter, les aidants s'épuisent, les services à domicile doivent absorber des situations plus lourdes, les établissements accueillent des publics plus dépendants, et les familles rencontrent davantage de difficultés à financer ou organiser les accompagnements.

Ce scénario : est d'autant plus crédible que les projections nationales confirment une tension humaine majeure : la DREES estime qu'entre 150 000 et 200 000 emplois supplémentaires seraient nécessaires d'ici 2050 pour le soutien à l'autonomie des personnes âgées, et que 365 000 places supplémentaires en EHPAD seraient nécessaires si les pratiques actuelles d'entrée en établissement étaient conservées.

Sur la Côte d'Azur, cette tension pourrait être renforcée par des facteurs territoriaux spécifiques : coût du logement pour les professionnels, circulation, stationnement, distance dans le moyen pays et l'arrière-pays, pression immobilière, inégalités sociales, isolement des personnes âgées, difficultés d'adaptation des logements et coût des restes à charge.

Dans ce scénario, les ruptures deviennent plus fréquentes : Le domicile tient jusqu'au moment où il ne tient plus. L'aidant tient jusqu'à l'épuisement. Le service intervient jusqu'à saturation. L'hôpital accueille, stabilise, puis renvoie vers un domicile insuffisamment préparé. Les familles appellent plusieurs interlocuteurs. Les professionnels font au mieux, mais dans un système sous pression.

Le risque principal de ce scénario est la perte de confiance. Les personnes âgées, les familles et les professionnels peuvent avoir le sentiment que le territoire réagit trop tard, trop partiellement, ou trop difficilement. La tension systémique ne se voit pas toujours dans un seul indicateur ; elle apparaît dans l'accumulation des délais, des renoncements, des ruptures et des fatigues.

12.4 Scénario 3 : La coordination territoriale

Le troisième scénario est celui de la coordination territoriale. Dans cette trajectoire, la Côte d'Azur fait du vieillissement un sujet d'organisation collective. Les acteurs ne se contentent plus d'exister côte à côte; ils apprennent à se relier autour des parcours.

Ce scénario : s'appuie sur une logique déjà présente dans le Service public départemental de l'autonomie. La CNSA rappelle que le SPDA repose notamment sur l'accueil, l'information, l'orientation, la mise en relation, l'évaluation, l'attribution des prestations, le soutien à des parcours personnalisés, continus et coordonnés, ainsi que les actions de prévention et d'aller-vers.

Sur la Côte d'Azur, cela signifierait construire une organisation plus lisible entre Département, MDA, ARS, communes, CCAS, hôpital, médecine de ville, services à domicile, établissements, associations, aidants, bailleurs, acteurs de la mobilité et acteurs de l'innovation.

Dans ce scénario, plusieurs progrès deviennent possibles :

- Les personnes âgées et les familles identifient plus facilement les points d'entrée ;
- Les sorties d'hospitalisation sont préparées en amont ;
- Les aidants sont repérés plus tôt ;
- Les services à domicile transmettent mieux les signaux faibles ;
- Les communes et CCAS contribuent à l'aller-vers ;
- Les professionnels de santé sont mieux reliés aux acteurs médico-sociaux ;
- Les situations complexes sont orientées plus vite ;
- Les données territoriales servent à prioriser les actions ;
- Les initiatives locales sont repérées, évaluées et diffusées.

La coordination territoriale ne signifie pas centraliser tout le système. Elle signifie clarifier les rôles, organiser les relais, réduire les angles morts et sécuriser les passages sensibles du parcours.

Le risque de ce scénario est de rester au niveau du discours. La coordination est un mot souvent invoqué, rarement suffisamment outillé. Pour devenir réelle, elle doit se traduire par des procédures simples, des référents identifiés, des modes de transmission, des réunions utiles, des indicateurs, des retours d'expérience et une confiance entre acteurs.

Si elle est correctement conduite, cette trajectoire peut devenir le cœur du modèle azuréen : un territoire où le vieillissement n'est pas seulement accompagné, mais organisé.

12.5 Scénario 4 : L'innovation utile et éthique

Le quatrième scénario est celui de l'innovation utile et éthique. Dans cette trajectoire, la Côte d'Azur mobilise ses ressources universitaires, technologiques, entrepreneuriales, médico-sociales et sanitaires pour développer des outils réellement au service des personnes âgées, des aidants et des professionnels.

Il ne s'agit pas de techniciser le vieillissement. Il s'agit d'utiliser l'innovation pour mieux prévenir, mieux repérer, mieux transmettre, mieux coordonner et mieux évaluer.

Les outils possibles sont nombreux : plateformes de coordination, tableaux de bord territoriaux, applications d'alerte, télésanté, téléassistance, capteurs de chute, piluliers connectés, outils de repérage des fragilités,

partage sécurisé d'informations, aide à la décision, analyse des données territoriales, intelligence artificielle encadrée.

La dynamique régionale va déjà dans ce sens. La convention-cadre signée le 30 septembre 2025 entre l'ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur et la Carsat Sud-Est mentionne notamment la Silver Économie, le déploiement d'ICOPE, la prévention des risques professionnels, le plan antichute régional et le soutien à la sortie d'hospitalisation.

Dans ce scénario : l'innovation part du terrain. Elle répond à des besoins identifiés : repérer une fragilité, éviter une chute, soutenir un aidant, préparer une sortie d'hospitalisation, améliorer une transmission, faciliter l'accès aux droits, suivre un indicateur, rendre une coordination plus simple.

Ce scénario : exige une doctrine claire, l'innovation doit être utile, sobre, éthique, accessible, évaluée, respectueuse des données et acceptable par les personnes. Elle doit aider les professionnels plutôt que les surcharger. Elle doit soutenir la relation humaine plutôt que la remplacer.

Le risque principal est celui de l'innovation vitrine, outils séduisants, démonstrateurs brillants, discours ambitieux, mais usage faible, appropriation limitée, évaluation insuffisante et impact réel incertain. La technologie mal pensée peut devenir un nouvel étage de complexité.

Une innovation réussie, au contraire, se voit à ses effets concrets : moins de ruptures, meilleure coordination, aidants mieux soutenus, professionnels mieux informés, personnes âgées plus sécurisées, données mieux utilisées, décisions plus rapides et parcours plus lisibles.

12.6 Scénario 5 : Le territoire apprenant et transférable

Un cinquième scénario peut être ajouté pour donner à notre travail sa pleine ambition : celui du territoire apprenant et transférable.

Dans cette trajectoire, la Côte d'Azur ne se contente pas de répondre à ses propres difficultés. Elle formalise une méthode. Elle construit un modèle d'analyse, d'observation, de coordination et d'expérimentation pouvant inspirer d'autres territoires français.

Ce scénario repose sur plusieurs piliers :

- Un observatoire territorial du vieillissement ;
- Une cartographie des acteurs ;
- Un cahier des ruptures de parcours ;
- Un programme d'auditions ;
- Des expérimentations ciblées ;
- Une évaluation régulière ;
- Une doctrine d'innovation utile ;
- Une restitution publique ;
- Une méthode transférable.

La Côte d'Azur présente une combinaison suffisamment riche pour jouer ce rôle : vieillissement marqué, littoral dense, moyen pays résidentiel, arrière-pays éloigné, inégalités sociales, pression immobilière, présence d'institutions structurantes, acteurs sanitaires et médico-sociaux, tissu associatif, écosystème universitaire et capacité d'innovation.

Ce scénario : ne prétend pas faire de la Côte d'Azur un modèle parfait. Il propose d'en faire un territoire apprenant, un territoire qui observe, teste, corrige, partage et transmet.

C'est probablement la trajectoire la plus ambitieuse. Elle permettrait de dépasser l'échelle locale sans l'abandonner. Elle ferait de l'expérience azuréenne une contribution nationale au vieillissement territorial.

12.7 Comparaison des scénarios

Les scénarios peuvent être comparés autour de cinq dimensions : organisation, effets sur les personnes âgées, effets sur les aidants, effets sur les professionnels et potentiel de transférabilité.

Scénario	Logique dominante	Effets probables	Risque principal	Potentiel stratégique
Inertie territoriale	Les acteurs continuent à agir séparément	Réponses existantes mais parcours fragmentés	Banalisation des ruptures	Faible
Tension systémique	Les besoins augmentent plus vite que les capacités	Saturation progressive, aidants épuisés, professionnels sous pression	Perte de confiance	Faible à moyen
Coordination territoriale	Les acteurs se relient autour des parcours	Parcours plus lisibles, sorties mieux sécurisées, repérage plus précoce	Coordination déclarative sans outils	Fort
Innovation utile et éthique	Les outils soutiennent la prévention et la coordination	Alertes, traçabilité, partage d'informations, pilotage amélioré	Innovation vitrine ou fracture numérique	Fort si évalué
Territoire apprenant	Le territoire observe, expérimente et transmet	Méthode reproductible, contribution nationale	Ambition sans gouvernance solide	Très fort

Cette comparaison montre que les scénarios les plus utiles ne sont pas ceux qui promettent une solution unique. Les trajectoires les plus solides sont celles qui combinent coordination, prévention, écoute du terrain, innovation utile, évaluation et transférabilité.

12.8 Scénario cible proposé

Le scénario cible pour la Côte d'Azur devrait combiner trois trajectoires :

- Coordination territoriale, pour relier les acteurs et sécuriser les parcours.
- Innovation utile et éthique, pour mieux repérer, mieux transmettre, mieux suivre et mieux piloter.
- Territoire apprenant et transférable, pour produire une méthode utile au-delà du seul territoire azuréen.

Ce scénario cible peut être formulé ainsi :

Faire de la Côte d'Azur un territoire pilote du vieillissement coordonné, capable de repérer plus tôt les fragilités, de soutenir les aidants, de sécuriser les parcours, de renforcer les professionnels, d'utiliser l'innovation avec discernement et de transmettre une méthode à d'autres territoires français.

Il ne s'agit pas d'un scénario idéal déconnecté du terrain. Il s'agit d'un scénario de travail. Il fixe une direction, une exigence et une méthode.

12.9 Conditions de réussite du scénario cible

Pour que ce scénario cible devienne crédible, plusieurs conditions devront être réunies.

La première : est la lisibilité des rôles. Chaque acteur doit savoir ce qu'il fait, ce qu'il ne fait pas, vers qui il oriente, et comment il transmet.

La deuxième : est la confiance entre acteurs. Sans confiance, la coordination reste administrative. Avec confiance, elle devient opérationnelle.

La troisième : est la place donnée au terrain. Les intervenants à domicile, les aidants, les personnes âgées, les communes et les associations doivent être pleinement intégrés.

La quatrième : est la qualité des données. Le territoire devra disposer d'indicateurs simples, actualisés et utiles à la décision.

La cinquième : est la formation des professionnels. Les métiers devront être soutenus, reconnus et outillés.

La sixième : est la sobriété de l'innovation. Les outils devront simplifier, sécuriser et relier. S'ils ajoutent de la complexité, ils échoueront.

La septième : est l'évaluation. Toute expérimentation devra être suivie, corrigée et documentée.

La huitième : est la transférabilité. Ce qui sera produit devra pouvoir être compris et adapté par d'autres territoires.

Ces conditions donnent au scénario cible une base réaliste. Elles rappellent que l'avenir ne se décrète pas. Il se construit par méthode, constance et responsabilité.

12.10 Ce que les scénarios doivent produire pour le groupe

Les scénarios doivent produire plusieurs effets utiles. Ils doivent d'abord permettre au groupe de sortir d'une lecture purement descriptive. Il ne suffit pas de dire que le territoire vieillit. Il faut montrer ce qui peut se produire selon les choix collectifs.

Ils doivent ensuite aider à prioriser les actions. Si le scénario de tension systémique est jugé crédible, alors les métiers, les aidants, le domicile et la coordination deviennent des priorités absolues. Si le scénario de coordination territoriale est retenu comme cible, alors il faut investir dans la lisibilité des parcours, les interfaces entre acteurs et les outils de transmission.

Ils doivent aussi servir d'outil de dialogue avec les institutions, les communes, les professionnels, les associations, les entreprises et les citoyens.

Un scénario bien construit permet à chacun de se situer :

Que voulons-nous éviter ? que voulons-nous construire ? que pouvons-nous tester maintenant ?

Enfin, les scénarios doivent préparer les recommandations. Ils seront le pont entre le diagnostic et l'action.

Les scénarios 2030 montrent que l'avenir du vieillissement azuréen n'est pas écrit : entre inertie, tension, coordination, innovation utile et territoire apprenant, la Côte d'Azur peut choisir de subir la montée du grand âge ou d'en faire un projet collectif structuré, humain et transférable.

Après avoir construit les scénarios prospectifs, il faut préciser les livrables que le groupe devra produire. Les scénarios donnent la direction ; les livrables donneront la forme concrète du travail : note fondatrice, atlas statistique, cartographie des acteurs, cahier des ruptures de parcours, programme d'auditions, baromètre territorial, recommandations, synthèse publique et modèle transférable.

Le chapitre suivant aura donc pour objectif de formaliser les productions attendues du groupe. Il permettra de transformer la réflexion prospective en objets concrets, partageables et utiles à l'action territoriale.

Sources principales

- Insee-DREES, 700 000 seniors en perte d'autonomie supplémentaires d'ici 2050, octobre 2025.
- DREES, Soutien à l'autonomie des personnes âgées : entre 150 000 et 200 000 emplois supplémentaires seraient nécessaires en 2050, Études et Résultats n° 1365, février 2026.
- CNSA, ressources relatives au Service public départemental de l'autonomie et à ses missions.
- ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur / Carsat Sud-Est, convention-cadre du 30 septembre 2025 sur la prévention de la perte d'autonomie et des risques professionnels

13. Premiers livrables du groupe

13.1 Pourquoi formaliser des livrables ?

Après avoir défini les scénarios prospectifs, il faut préciser ce que le groupe devra produire concrètement. Une réflexion territoriale, même solide, risque de rester abstraite si elle ne débouche pas sur des livrables clairs, partageables et exploitables.

Les livrables ont trois fonctions :

La première est de structurer le travail : Ils donnent une progression, un calendrier possible, des objectifs précis et une forme à la réflexion collective.

La deuxième est de rendre le travail partageable : Institutions, communes, professionnels, associations, entreprises, chercheurs, aidants et citoyens doivent pouvoir s'approprier les résultats sous des formats adaptés.

La troisième est de préparer l'action : Les livrables ne doivent pas être de simples documents de communication. Ils doivent aider à décider, prioriser, expérimenter, évaluer et transmettre.

L'enjeu est donc de produire des supports à la fois rigoureux, lisibles et mobilisateurs. Chaque livrable devra répondre à une question simple : à quoi sert-il, pour qui, et comment pourra-t-il être utilisé ?

13.2 Livrable 1 : La note fondatrice

Le premier livrable est la note fondatrice du groupe de réflexion. Elle constitue le socle du travail.

Elle devra présenter :

- L'intention générale ;
- L'urgence de la séquence 2026-2030 ;
- Le cadrage national ;
- L'état des lieux régional ;
- Le focus Alpes-Maritimes / Côte d'Azur ;
- La lecture territoriale ;
- La cartographie des acteurs ;
- Les grandes tensions ;
- Les axes de prospective ;
- La méthode de travail ;
- Le programme d'auditions ;
- Les scénarios 2030 ;

Les livrables et premières recommandations.

Cette note aura une fonction stratégique. Elle devra permettre à tout nouvel acteur de comprendre rapidement pourquoi le groupe existe, ce qu'il veut produire, comment il souhaite travailler et en quoi son action peut être utile au territoire.

Elle devra être rédigée dans un style clair, institutionnel, mais suffisamment vivant pour donner envie de contribuer. Une note fondatrice trop technique décourage. Une note trop lyrique inquiète. Le bon équilibre est celui d'un document sérieux, humain et orienté vers l'action.

13.3 Livrable 2 : L'atlas statistique du vieillissement Côte d'Azur 2026-2030

Le deuxième livrable devra être un atlas statistique du vieillissement.

Il devra rassembler les principales données du territoire :

- Population totale ;
- Part des 60 ans et plus ;
- Part des 75 ans et plus ;
- Part des 85 ans et plus ;
- Évolution démographique ;
- Personnes vivant seules ;

- Bénéficiaires APA ;
- Offre de services à domicile ;
- EHPAD ;
- Résidences autonomie ;
- Logements ;
- Revenus ;
- Accès aux soins ;
- Mobilité ;
- Indicateurs d'isolement ;
- Répartition par bassins de vie.

Cet atlas devra être visuel, lisible et actualisable. Il pourra comporter des cartes, des tableaux, des graphiques simples, des commentaires courts et des indicateurs prioritaires.

L'objectif n'est pas de produire un document statistique lourd. L'objectif est de rendre visibles les dynamiques territoriales : où le vieillissement est-il le plus marqué ? Où les fragilités se cumulent-elles ? Où les services sont-ils les plus présents ? Où les ruptures risquent-elles d'apparaître ?

L'atlas devra devenir un outil d'aide à la décision. Il pourra servir aux institutions, communes, associations, professionnels, chercheurs et acteurs économiques pour comprendre le territoire et orienter les actions.

13.4 Livrable 3 : La cartographie des acteurs

Le troisième livrable sera une cartographie des acteurs du vieillissement sur la Côte d'Azur.

Elle devra identifier :

- Institutions publiques ;
- Département ;
- Maison de l'Autonomie ;
- ARS ;
- Communes ;
- CCAS ;
- Acteurs sanitaires ;
- Acteurs médico-sociaux ;
- Services à domicile ;
- Établissements ;
- Associations ;
- Aidants ;
- Acteurs de l'habitat ;
- Acteurs de la mobilité ;
- Mutuelles ;
- Assureurs ;
- Entreprises ;
- Chercheurs ;
- Acteurs de l'innovation ;
- Organismes de formation ;
- Citoyens et personnes âgées elles-mêmes.

Cette cartographie ne devra pas être un simple annuaire. Elle devra préciser les rôles, les missions, les publics concernés, les territoires d'intervention, les modalités de saisine, les points forts, les limites, les liens existants et les besoins de coordination.

Elle devra permettre de répondre à une question centrale : qui fait quoi, où, pour qui, avec qui, et avec quelles limites ?

Ce livrable sera essentiel pour renforcer la lisibilité du système. Un territoire peut disposer de nombreux acteurs et rester difficile à comprendre. La cartographie devra transformer cette complexité en lecture utile.

13.5 Livrable 4 : Le cahier des ruptures de parcours

Le quatrième livrable devra être un cahier des ruptures de parcours.

Il devra identifier les situations dans lesquelles le vieillissement bascule :

- Chute ;
- Retour d'hospitalisation mal préparé ;
- Aidant épuisé ;
- Refus d'aide ;
- Trouble cognitif non repéré ;
- Isolement ;
- Logement dangereux ;
- Absence de médecin traitant ;
- Perte de mobilité ;
- Rupture administrative ;
- Difficulté financière ;
- Entrée contrainte en établissement ;
- Coordination insuffisante.

Chaque rupture pourra être analysée selon une grille commune :

- Situation de départ ;
- Signaux faibles ;
- Acteurs impliqués ;
- Moment de bascule ;
- Conséquences pour la personne âgée ;
- Conséquences pour l'aidant ;
- Défauts de coordination ;
- Réponses existantes ;
- Leviers de prévention ;
- Propositions d'amélioration.

Ce cahier sera l'un des livrables les plus opérationnels. Il permettra de passer des constats généraux aux situations réelles. Il montrera comment une fragilité devient une rupture lorsque le repérage, la coordination ou les relais font défaut.

Il devra aussi servir à préparer des expérimentations ciblées, notamment autour des sorties d'hospitalisation, du domicile, de l'isolement, des aidants et des situations complexes.

13.6 Livrable 5 : Le programme d'auditions et ses synthèses

Le cinquième livrable sera le programme d'auditions, accompagné de ses synthèses.

Il devra comprendre :

- La liste des familles d'acteurs à auditionner ;
- Les priorités d'audition ;
- Les grilles de questions ;
- Les modalités de restitution ;
- Les fiches de synthèse par audition ;
- La synthèse transversale par famille d'acteurs ;
- Les points de convergence ;
- Les divergences ;
- Les angles morts ;
- Les propositions récurrentes.

Ce livrable aura une fonction importante : il donnera une preuve de méthode. Il montrera que le groupe ne produit pas seulement une analyse depuis un bureau, mais qu'il écoute les acteurs du territoire.

Les auditions devront nourrir les autres livrables : cartographie, cahier des ruptures, scénarios, recommandations, expérimentations. Elles seront le lien entre la donnée et le vécu.

13.7 Livrable 6 : Le baromètre territorial du vieillissement

Le sixième livrable pourrait être un baromètre territorial du vieillissement.

Ce baromètre aurait vocation à être actualisé régulièrement, par exemple chaque année ou tous les deux ans. Il permettrait de suivre les grandes évolutions du territoire.

Il pourrait comporter plusieurs familles d'indicateurs :

- Démographie ;
- Isolement ;
- Perte d'autonomie ;
- Domicile ;
- Aidants ;
- Logement ;
- Accès aux soins ;
- Offre médico-sociale ;
- Métiers ;
- Mobilité ;
- Coordination ;
- Innovation ;
- Climat et vulnérabilité.

Le baromètre devra être simple, lisible et utile. Il ne devra pas chercher à tout mesurer. Il devra sélectionner quelques indicateurs stratégiques capables de montrer si le territoire progresse, stagne ou se fragilise.

Ce livrable permettra de donner une continuité au travail du groupe. La prospective ne doit pas être une photographie unique. Elle doit devenir une observation régulière du territoire.

13.8 Livrable 7 : Les scénarios Côte d'Azur 2030

Le septième livrable sera la formalisation des scénarios prospectifs Côte d'Azur 2030.

Ces scénarios devront être présentés de manière claire :

- Scénario d'inertie territoriale ;
- Scénario de tension systémique ;
- Scénario de coordination territoriale ;
- Scénario d'innovation utile et éthique ;
- Scénario de territoire apprenant et transférable.

Chaque scénario devra préciser :

- Sa logique dominante ;
- Ses effets possibles sur les personnes âgées ;
- Ses effets sur les aidants ;
- Ses effets sur les professionnels ;
- Ses conséquences pour les institutions ;
- Ses risques ;
- Ses conditions de prévention ;
- Ses leviers d'action.

Ce livrable aura une forte valeur pédagogique. Il permettra aux décideurs, partenaires et contributeurs de comprendre que l'avenir n'est pas écrit. Il montrera les conséquences de l'inaction, mais aussi les bénéfices possibles d'une organisation plus coordonnée.

Les scénarios devront être utilisés comme support de discussion, d'arbitrage et de mobilisation.

13.9 Livrable 8 : Les recommandations opérationnelles

Le huitième livrable sera un document de recommandations opérationnelles.

Ces recommandations devront être hiérarchisées et reliées aux constats du diagnostic.

Elles pourront porter sur :

- Le repérage précoce des fragilités ;
- La prévention de la perte d'autonomie ;
- Le soutien aux aidants ;
- Les sorties d'hospitalisation ;
- La coordination territoriale ;
- L'adaptation des logements ;
- La mobilité ;
- Les métiers de l'autonomie ;
- La formation ;
- Les situations complexes ;
- L'innovation utile ;
- Les indicateurs ;
- Les expérimentations.

Chaque recommandation devra préciser :

- L'objectif ;
- Le public concerné ;
- Les acteurs à mobiliser ;
- Le territoire prioritaire ;
- Les conditions de réussite ;
- Les moyens nécessaires ;
- Les risques ;
- Les indicateurs de suivi ;
- Le niveau de faisabilité ;
- Le potentiel de transférabilité.

Ce livrable devra être particulièrement rigoureux. Une recommandation vague affaiblit un document. Une recommandation claire, réaliste et reliée au terrain lui donne de la force.

13.10 Livrable 9 : Les fiches expérimentations

Le neuvième livrable pourra prendre la forme de fiches expérimentations.

Elles permettront de transformer certaines recommandations en projets concrets, limités, évaluables et transférables.

Exemples d'expérimentations possibles :

- Repérage des fragilités dans un bassin de vie ;
- Coordination renforcée des sorties d'hospitalisation ;
- Dispositif local de soutien aux aidants ;
- Cartographie communale de l'isolement ;
- Parcours de prévention des chutes ;
- Formation croisée entre acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux ;
- Cellule de suivi des situations complexes ;
- Expérimentation d'un outil numérique d'alerte et de coordination ;
- Action d'adaptation du logement dans une commune pilote ;
- Dispositif mobilité pour personnes âgées isolées.

Chaque fiche devra contenir :

- Le problème identifié ;

- L'objectif de l'expérimentation ;
- Le public cible ;
- Le territoire pilote ;
- Les acteurs impliqués ;
- La méthode ;
- Les indicateurs ;
- Le calendrier ;
- Les risques ;
- L'évaluation ;
- Les conditions de généralisation.

Ces fiches auront une valeur stratégique. Elles montreront que le groupe ne se contente pas de penser, mais prépare des actions concrètes.

13.11 Livrable 10 : La synthèse publique mobilisatrice

Le dixième livrable devra être une synthèse publique mobilisatrice.

Elle devra être courte, lisible et destinée à un public large : élus, partenaires, professionnels, associations, citoyens, aidants et personnes âgées.

Elle devra présenter :

- Le constat principal ;
- Les chiffres essentiels ;
- Les grandes tensions ;
- Les scénarios ;
- Les priorités ;
- Les recommandations principales ;
- L'appel à contribution ;
- L'ambition territoriale et nationale.

Cette synthèse devra éviter le langage trop technique. Elle devra donner envie de rejoindre le travail, de contribuer, de relayer, de soutenir ou de participer à une expérimentation.

Le document complet donnera la profondeur. La synthèse publique donnera l'élan.

13.12 Livrable 11 : La présentation institutionnelle

Le onzième livrable pourra être une présentation institutionnelle.

Elle devra être conçue pour les rencontres avec :

- Département ;
- MDA ;
- ARS ;
- Communes ;
- CCAS ;
- CCI ;
- Universités ;
- Mutuelles ;
- Fondations ;
- Associations ;
- Partenaires économiques ;
- Acteurs de l'innovation.

Cette présentation devra comporter :

- Le sens du projet ;
- Les chiffres clés ;

- La méthode ;
- Les axes de prospective ;
- Les scénarios ;
- Les livrables ;
- Les besoins de contribution ;
- Les opportunités de partenariat ;
- La portée nationale possible.

Elle devra être claire, sobre et professionnelle. L'objectif sera de permettre à un interlocuteur institutionnel de comprendre rapidement la valeur du projet et la place qu'il peut y prendre.

13.13 Livrable 12 : Le modèle transférable à d'autres territoires

Le douzième livrable devra formaliser le modèle transférable.

Il s'agira de montrer comment la méthode construite sur la Côte d'Azur peut inspirer d'autres territoires.

Ce modèle pourra comprendre :

- Une méthode de diagnostic ;
- Une grille de cartographie des acteurs ;
- Une grille d'analyse des ruptures ;
- Une méthode d'audition ;
- Une structure d'atlas statistique ;
- Une trame de scénarios ;
- Une matrice de recommandations ;
- Une méthode d'expérimentation ;
- Des indicateurs de suivi ;
- Des conditions de transférabilité.

Ce livrable donnera au travail une portée nationale. Il permettra de dire que la Côte d'Azur n'est pas seulement un terrain d'observation, mais un territoire capable de produire une méthode utile pour le reste du pays.

La transférabilité devra rester prudente. Il ne s'agit pas de copier mécaniquement. Chaque territoire a son histoire, sa géographie, ses acteurs et ses contraintes. Mais une méthode solide peut voyager, s'adapter et inspirer.

13.14 Hiérarchisation des livrables

Tous les livrables ne pourront pas être produits en même temps. Il faudra les hiérarchiser.

Une première phase pourrait comprendre :

- La note fondatrice ;
- L'atlas statistique initial ;
- La cartographie des acteurs ;
- Le programme d'auditions ;
- Les premières fiches de ruptures de parcours.

Une deuxième phase pourrait produire :

- Les synthèses d'auditions ;
- Le cahier des ruptures ;
- Les scénarios 2030 ;
- Le baromètre territorial ;
- Les premières recommandations.

Une troisième phase pourrait ouvrir :

- Les fiches expérimentations ;
- La synthèse publique ;
- La présentation institutionnelle ;

- Le modèle transférable ;
- La restitution élargie.

Cette hiérarchisation permettra au groupe d'avancer sans se disperser. Le sujet est vaste; les livrables doivent donner une discipline au travail.

13.15 Ce que les livrables doivent permettre

Les livrables devront produire plusieurs effets.

Ils devront d'abord rendre le vieillissement plus lisible. Un territoire qui ne voit pas clairement ses fragilités intervient trop tard.

Ils devront ensuite faciliter la coopération. Une cartographie claire des acteurs, des ruptures et des priorités peut aider les institutions, les communes, les professionnels et les associations à mieux se relier.

Ils devront aussi soutenir la décision. Les chiffres, les scénarios, les recommandations et les expérimentations doivent aider les décideurs à prioriser.

Ils devront enfin ouvrir une dynamique collective. Le vieillissement ne pourra pas être préparé par un seul acteur. Les livrables devront donner à chacun une place possible dans le travail commun.

La qualité du groupe se mesurera donc à la qualité de ses productions. Une ambition n'existe vraiment que lorsqu'elle devient partageable, utilisable et transmissible.

Les livrables doivent transformer la prospective en outils concrets : note fondatrice, atlas statistique, cartographie des acteurs, cahier des ruptures, programme d'auditions, baromètre territorial, scénarios, recommandations, expérimentations, synthèse publique et modèle transférable.

Après avoir défini les livrables attendus, il faut commencer à formuler les premières recommandations stratégiques. Ces recommandations ne devront pas prétendre clore le travail avant les auditions, mais elles permettront de dégager les orientations prioritaires déjà visibles à partir du diagnostic.

Le chapitre suivant aura donc pour objectif de proposer les premières lignes d'action : renforcer la coordination, repérer plus tôt les fragilités, soutenir les aidants, sécuriser les sorties d'hospitalisation, adapter les logements, valoriser les métiers, structurer l'innovation utile et faire de la Côte d'Azur un territoire apprenant.

Sources principales

Ce chapitre est principalement méthodologique. Il s'appuie sur les sources déjà mobilisées dans les chapitres précédents : Insee, DREES, CNSA, ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur, Carsat Sud-Est, Maison de l'Autonomie, Département des Alpes-Maritimes et portail national d'information pour les personnes âgées.

14. Premières recommandations stratégiques

14.1 Pourquoi formuler des recommandations à ce stade ?

Les recommandations présentées dans ce chapitre ne prétendent pas clore le travail du groupe. Elles constituent des orientations initiales, issues du diagnostic, des tensions identifiées, des axes prospectifs et des scénarios 2030.

Elles devront être enrichies, corrigées et priorisées après les auditions. Leur rôle est de donner une première direction : faire passer la prospective du vieillissement d'un constat partagé à une stratégie territoriale organisée.

Ces recommandations reposent sur une conviction simple : la Côte d'Azur ne doit pas attendre que les ruptures s'accumulent pour agir. Le vieillissement est déjà visible dans les données, dans les familles, dans les services, dans les établissements, dans les communes et dans les métiers. L'urgence n'est pas seulement de répondre davantage ; elle est de répondre mieux, plus tôt, de manière plus coordonnée et plus lisible.

14.2 Recommandation 1 : Créer un observatoire territorial du vieillissement azuréen

La première recommandation est de structurer un observatoire territorial du vieillissement à l'échelle de la Côte d'Azur.

Cet observatoire aurait pour mission de rassembler, suivre et rendre lisibles les principales données du vieillissement :

- Population des 60 ans et plus ;
- Population des 75 ans et plus ;
- Population des 85 ans et plus ;
- Personnes âgées vivant seules ;
- Bénéficiaires APA ;
- Offre de services à domicile ;
- Offre d'hébergement ;
- Accès aux soins ;
- Logement ;
- Mobilité ;
- Aidants ;
- Métiers ;
- Isolement ;
- Ruptures de parcours ;
- Initiatives locales.

L'objectif n'est pas de produire une base de données froide. L'objectif est de créer un outil d'aide à la décision. Un territoire ne peut pas organiser ce qu'il ne voit pas clairement.

L'observatoire devra être simple, actualisable et utile aux institutions, communes, associations, professionnels, chercheurs et acteurs économiques. Il pourrait devenir l'un des premiers livrables structurants du groupe.

14.3 Recommandation 2 : Produire une cartographie opérationnelle des acteurs

La deuxième recommandation est de produire une cartographie opérationnelle des acteurs du vieillissement.

Cette cartographie devra dépasser l'annuaire. Elle devra préciser :

- Qui intervient ;
- Sur quel territoire ;
- Pour quels publics ;
- Avec quelles missions ;
- Avec quelles limites ;
- Selon quelles modalités de saisine ;
- Avec quels relais ;
- Avec quels besoins de coordination.

Elle devra intégrer les institutions, les communes, les CCAS, les acteurs sanitaires, médico-sociaux, sociaux, associatifs, économiques, universitaires, les aidants, les familles et les personnes âgées elles-mêmes.

Cette recommandation s'inscrit directement dans la dynamique du Service public départemental de l'autonomie. La CNSA rappelle que le SPDA implique l'ensemble des acteurs intervenant autour de la perte d'autonomie et vise à clarifier leurs rôles et interactions dans le service rendu aux personnes.

L'objectif est clair : rendre le système plus lisible. Une personne âgée, un aidant ou un professionnel ne devrait pas avoir à deviner seul le bon interlocuteur. La cartographie doit devenir un outil de compréhension, d'orientation et de coopération.

14.4 Recommandation 3 : Faire du domicile un lieu de prévention, d'alerte et de coordination

La troisième recommandation est de considérer le domicile comme un espace stratégique du vieillissement.

Le domicile ne doit plus être pensé seulement comme le lieu où l'on intervient après une perte d'autonomie. Il doit devenir un lieu de repérage précoce, de prévention, d'adaptation, d'alerte et de coordination.

Cela suppose de mieux relier :

- Services à domicile ;
- Infirmiers ;
- Médecins traitants ;
- Pharmaciens ;
- Kinésithérapeutes ;
- Ergothérapeutes ;
- Aidants ;
- CCAS ;
- Associations ;
- Bailleurs ;
- Acteurs de l'adaptation du logement ;
- Dispositifs de coordination.

Cette orientation rejoint la réalité nationale : la DREES montre que le soutien à l'autonomie reposera de plus en plus sur une organisation combinant domicile, établissements, habitats intermédiaires et professionnels nombreux, avec des besoins humains très importants à horizon 2050.

Pour la Côte d'Azur, cette recommandation est centrale. Le domicile est à la fois le lieu du choix et le lieu du risque. Il faut préserver l'intimité, mais organiser la vigilance. Il faut respecter la liberté, mais éviter que les fragilités restent invisibles jusqu'à la chute, l'hospitalisation ou l'épuisement familial.

14.5 Recommandation 4 : Mettre en place une stratégie territoriale de repérage des fragilités

La quatrième recommandation est de construire une stratégie de repérage précoce des fragilités.

Cette stratégie devra porter sur :

- Chutes ;
- Dénutrition ;
- Isolement ;
- Troubles cognitifs ;
- Troubles sensoriels ;
- Perte de mobilité ;
- Fatigue de l'aidant ;
- Logement dangereux ;
- Rupture de soins ;
- Précarité ;
- Renoncement aux droits.

Le programme ICOPE, promu dans la dynamique régionale ARS PACA / Carsat Sud-Est, constitue un point d'appui important pour développer une culture du repérage précoce. La convention-cadre du 30 septembre 2025 entre l'ARS PACA et la Carsat Sud-Est mentionne notamment le déploiement d'ICOPE, le plan antichute régional, la prévention des risques professionnels et le soutien à la sortie d'hospitalisation.

La recommandation n'est pas de créer un repérage médicalisé lourd. Elle est de diffuser une culture commune de vigilance. Les fragilités peuvent être repérées par un médecin, mais aussi par une aide à domicile, un pharmacien, un infirmier, un kiné, un voisin, un CCAS, une association ou un aidant.

Le repérage précoce doit devenir une compétence territoriale partagée.

14.6 Recommandation 5 : Sécuriser les sorties d'hospitalisation

La cinquième recommandation est de faire des sorties d'hospitalisation un chantier prioritaire.

La sortie d'hospitalisation est l'un des moments les plus fragiles du parcours : modification des traitements, perte de repères, fatigue, besoin d'aide renforcé, logement inadapté, aidant inquiet, rendez-vous à organiser, transmissions parfois incomplètes.

La dynamique régionale reconnaît déjà cet enjeu : le soutien à la sortie d'hospitalisation figure dans les axes de la convention-cadre ARS PACA / Carsat Sud-Est du 30 septembre 2025.

La Côte d'Azur pourrait travailler sur une méthode simple :

- Repérage des situations fragiles avant la sortie ;
- Information de l'aidant ;
- Vérification du domicile ;
- Coordination avec le médecin traitant ;
- Ajustement des aides à domicile ;
- Transmission aux intervenants ;
- Suivi à J+7, J+30 et J+90 ;
- Retour d'expérience en cas de réhospitalisation évitable.

Une sortie d'hospitalisation réussie n'est pas seulement une sortie administrative. C'est un retour sécurisé dans un environnement de vie. Là se joue souvent la différence entre maintien à domicile et rupture de parcours.

14.7 Recommandation 6 : Construire une véritable stratégie aidants

La sixième recommandation est de considérer les aidants comme un pilier stratégique du vieillissement territorial.

Les aidants doivent être repérés, informés, soutenus, orientés et protégés de l'épuisement. Ils doivent être intégrés comme des partenaires du parcours, sans être transformés en professionnels gratuits ou en variable d'ajustement silencieuse.

La stratégie aidants devra inclure :

- Identification des aidants ;
- Information sur les droits ;
- Accès au répit ;
- Soutien psychologique ;
- Formation ;
- Groupes de parole ;
- Coordination avec les professionnels ;
- Accompagnement des aidants éloignés ;
- Soutien spécifique aux conjoints âgés ;
- Dispositifs d'urgence en cas d'épuisement.

La CNSA rappelle que ses missions incluent notamment la prévention de la perte d'autonomie, la lutte contre l'isolement et le soutien aux aidants des personnes âgées ou en situation de handicap.

Sur la Côte d'Azur, cette recommandation est déterminante. Quand l'aidant tient, le domicile tient souvent. Quand il craque, tout le parcours peut basculer.

14.8 Recommandation 7 : Adapter massivement les logements et prévenir les chutes

La septième recommandation est de faire de l'adaptation du logement un axe majeur.

Le logement peut protéger ou fragiliser. Une salle de bain dangereuse, un escalier, une absence d'ascenseur, une mauvaise isolation, un éclairage insuffisant ou un éloignement des commerces peuvent accélérer la perte d'autonomie.

MaPrimeAdapt', mise en place depuis le 1er janvier 2024, est une aide nationale dédiée à l'adaptation des logements des personnes âgées ou en situation de handicap ; elle peut financer 50 % ou 70 % des travaux selon les ressources, avec accompagnement par un assistant à maîtrise d'ouvrage.

La Côte d'Azur doit s'emparer de cet enjeu avec méthode :

- Repérer les logements à risque ;
- Informer les personnes âgées et les familles ;
- Mobiliser les communes et CCAS ;
- Associer bailleurs, syndics et copropriétés ;
- Intégrer les ergothérapeutes ;
- Articuler adaptation du logement et prévention des chutes ;
- Prioriser les territoires où l'habitat ancien et l'isolement se cumulent.

Adapter un logement, ce n'est pas seulement réaliser des travaux. C'est préserver une trajectoire de vie.

14.9 Recommandation 8 : Valoriser et sécuriser les métiers de l'autonomie

La huitième recommandation est de placer les métiers de l'autonomie au cœur de la stratégie.

La DREES estime qu'entre 150 000 et 200 000 emplois supplémentaires seraient nécessaires d'ici 2050 pour assurer le soutien à l'autonomie des personnes âgées.

Cette donnée impose une action forte sur :

- Attractivité ;
- Formation ;
- Qualité de vie au travail ;
- Rémunération ;
- Évolution professionnelle ;
- Reconnaissance sociale ;
- Prévention des risques professionnels ;
- Coordination avec les soignants ;
- Fidélisation ;
- Logement et mobilité des professionnels.

Sur la Côte d'Azur, le coût de la vie, les difficultés de logement, les temps de déplacement, la circulation et le stationnement peuvent aggraver les tensions. Une stratégie du vieillissement qui ne prend pas soin des professionnels du domicile, des établissements et du soin est une stratégie fragile.

Les intervenants de terrain sont souvent les premiers à voir les signaux faibles. Ils doivent être reconnus comme des vigies du quotidien, pas seulement comme des exécutants de tâches.

14.10 Recommandation 9 : Renforcer la coordination territoriale autour des parcours

La neuvième recommandation est de renforcer la coordination territoriale.

Le Service public départemental de l'autonomie vise précisément à améliorer le service rendu aux personnes âgées, aux personnes en situation de handicap et aux aidants, en renforçant les coopérations entre acteurs. La CNSA insiste sur la nécessité de clarifier les rôles et les interactions des acteurs dans le déploiement du SPDA.

Pour la Côte d'Azur, cette coordination devra être concrète.

Elle devra répondre à des questions très simples :

- Qui est le point d'entrée ?
- Qui évalue ?
- Qui oriente ?
- Qui alerte ?
- Qui suit ?
- Qui transmet ?
- Qui prend le relais ?
- Qui accompagne l'aidant ?
- Qui sécurise la sortie d'hospitalisation ?
- Qui anime le retour d'expérience ?

La coordination doit être territoriale, lisible et pratique. Elle doit réduire les ruptures, éviter les doublons, clarifier les responsabilités et soutenir les professionnels.

La coordination ne doit pas être une incantation. Elle doit devenir une manière de travailler.

14.11 Recommandation 10 : Développer des habitats intermédiaires et des solutions progressives

La dixième recommandation est de penser l'entre-deux entre domicile ordinaire et EHPAD.

Les trajectoires de vieillissement ne sont pas binaires. Beaucoup de personnes ne relèvent pas immédiatement d'un établissement médicalisé, mais ne peuvent plus vivre seules sans adaptation, présence, coordination ou environnement sécurisé.

Il faut donc renforcer :

- Résidences autonomie ;
- Habitat inclusif ;
- Logements adaptés ;
- Accueil de jour ;
- Hébergement temporaire ;
- Plateformes de répit ;
- Centres de ressources territoriaux ;
- Dispositifs renforcés à domicile ;
- Solutions de transition après hospitalisation.

La DREES souligne que, si les pratiques actuelles d'entrée en EHPAD étaient conservées, il faudrait créer 365 000 places supplémentaires entre 2021 et 2050 ; cette projection montre la nécessité de penser des alternatives et des solutions intermédiaires.

La Côte d'Azur doit travailler cette question avec sérieux, car le coût du foncier, les restes à charge, la pression immobilière et la disponibilité des professionnels compliquent les trajectoires classiques.

14.12 Recommandation 11 : Construire une doctrine d'innovation utile, sobre et éthique

La onzième recommandation est de formaliser une doctrine d'innovation.

L'innovation peut aider à mieux repérer, coordonner, transmettre, alerter, suivre et évaluer. Mais elle peut aussi ajouter de la complexité si elle part de la technologie plutôt que des besoins.

La doctrine proposée pourrait reposer sur sept principes :

- Partir des besoins réels ;
- Respecter la personne ;
- Protéger les données ;
- Soutenir les aidants ;
- Simplifier le travail des professionnels ;

- Renforcer la coordination ;
- Évaluer l'impact.

L'innovation devra concerner les outils numériques, les capteurs, les dispositifs d'alerte, les tableaux de bord, la téléassistance, la télésanté, l'IA, mais aussi les innovations organisationnelles, sociales et territoriales.

La Côte d'Azur dispose d'atouts universitaires, économiques, numériques et médico-sociaux. L'enjeu sera de les relier au terrain. Une innovation utile est une innovation qui réduit une rupture, simplifie un parcours ou améliore une vie.

14.13 Recommandation 12 : Faire de la prévention climatique un axe du vieillissement

La douzième recommandation est d'intégrer le risque climatique dans la prospective du vieillissement.

Les vagues de chaleur exposent particulièrement les personnes âgées, isolées ou fragiles. Le ministère de la Santé rappelle que les personnes âgées ou isolées peuvent être inscrites sur les registres communaux afin d'être contactées en cas de vague de chaleur.

Sur la Côte d'Azur, cet enjeu doit être pris très au sérieux : chaleur, habitat ancien, logements mal isolés, personnes vivant seules, mobilité réduite, îlots urbains, aidants éloignés, difficultés de veille dans certains territoires.

La prévention climatique devra associer :

- Communes ;
- CCAS ;
- Services à domicile ;
- Professionnels de santé ;
- Associations ;
- Voisins ;
- Bailleurs ;
- Familles ;
- Acteurs du logement ;
- Dispositifs d'alerte.

Le climat ne doit pas être traité comme un sujet annexe. Il devient une condition concrète du vieillissement à domicile.

14.14 Recommandation 13 : Construire une culture commune du vieillissement

La treizième recommandation est de développer une culture commune du vieillissement.

Le territoire doit apprendre à parler un langage partagé entre institutions, soignants, médico-social, communes, associations, familles, entreprises, chercheurs et innovateurs.

Cette culture commune devra porter sur :

- La prévention ;
- Les fragilités ;
- Les droits ;
- Les aidants ;
- Les situations complexes ;
- Les sorties d'hospitalisation ;
- Les transmissions ;
- L'éthique ;
- La coordination ;
- L'innovation utile ;
- La place des personnes âgées dans la cité.

Elle pourra être développée par des formations croisées, des ateliers, des rencontres territoriales, des retours d'expérience, des outils partagés et des supports simples.

Une culture commune ne gomme pas les différences de métiers. Elle permet à chacun de mieux comprendre la place de l'autre. C'est souvent le premier pas vers une coordination réelle.

14.15 Recommandation 14 : Faire de la Côte d'Azur un territoire apprenant et transférable

La quatorzième recommandation est de donner au travail une portée nationale.

La Côte d'Azur doit être pensée comme un territoire apprenant : un territoire qui observe, expérimente, évalue, corrige et transmet.

Cela suppose de formaliser :

- Une méthode de diagnostic ;
- Une cartographie des acteurs ;
- Un observatoire ;
- Un cahier des ruptures ;
- Un programme d'auditions ;
- Des scénarios ;
- Des recommandations ;
- Des expérimentations ;
- Des indicateurs ;
- Une méthode de transfert.

L'objectif n'est pas de prétendre que la Côte d'Azur détient une solution universelle. L'objectif est de produire une méthode robuste, ancrée dans un territoire réel, capable d'inspirer d'autres territoires français confrontés aux mêmes enjeux.

Ce qui sera appris ici devra pouvoir être partagé ailleurs. C'est ainsi que le travail local prend une portée nationale.

14.16 Hiérarchiser les recommandations

Toutes les recommandations ne pourront pas être mises en œuvre simultanément. Il faudra les hiérarchiser.

Une première priorité pourrait porter sur les fondations :

- Observatoire territorial ;
- Cartographie des acteurs ;
- Programme d'auditions ;
- Cahier des ruptures ;
- Stratégie de coordination.

Une deuxième priorité pourrait concerner les sujets de terrain les plus urgents :

- Domicile ;
- Aidants ;
- Sorties d'hospitalisation ;
- Logement ;
- Métiers ;
- Repérage des fragilités.

Une troisième priorité pourrait ouvrir les expérimentations :

- Innovation utile ;
- Mobilité ;
- Habitat intermédiaire ;
- Territoire pilote ;
- Transférabilité nationale.

Cette hiérarchisation permettra d'éviter la dispersion. La prospective doit rester ambitieuse, mais elle doit aussi savoir ordonner ses chantiers.

14.17 Ce que ces recommandations doivent produire

Ces recommandations doivent produire plusieurs effets.

Elles doivent d'abord clarifier la direction : anticiper, coordonner, prévenir, soutenir, adapter, former, innover et transmettre.

Elles doivent ensuite préparer les auditions : chaque acteur pourra réagir à ces orientations, les compléter, les corriger ou les prioriser.

Elles doivent également ouvrir des expérimentations concrètes.

Enfin, elles doivent donner au document une portée stratégique. Il ne s'agit pas seulement de dire que la Côte d'Azur vieillit. Il s'agit de proposer une manière de préparer ce vieillissement, avec méthode et responsabilité.

Les premières recommandations doivent engager la Côte d'Azur dans une stratégie de vieillissement anticipé : observer le territoire, cartographier les acteurs, prévenir les fragilités, soutenir les aidants, sécuriser les parcours, adapter les logements, valoriser les métiers, coordonner les interventions, utiliser l'innovation avec discernement et construire un modèle transférable.

Après avoir formulé ces premières recommandations stratégiques, il faudra conclure le document en rappelant le sens global de la démarche. La prospective du vieillissement sur la Côte d'Azur n'est pas un exercice théorique. Elle porte une ambition humaine, territoriale et nationale : préparer un territoire à prendre soin de ses aînés, soutenir ceux qui accompagnent, anticiper les ruptures et transmettre une méthode utile au reste de la France.

Sources principales

- CNSA, ressources relatives au Service public départemental de l'autonomie et au rôle des acteurs dans son déploiement.
- DREES, Soutien à l'autonomie des personnes âgées : entre 150 000 et 200 000 emplois supplémentaires seraient nécessaires en 2050, février 2026.
- ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur / Carsat Sud-Est, convention-cadre du 30 septembre 2025 sur la prévention de la perte d'autonomie et des risques professionnels.
- France Rénov', ressources relatives à MaPrimeAdapt' et à l'adaptation du logement.
- CNSA, L'essentiel de la CNSA 2025, missions de prévention, financement, information et soutien aux aidants.

15. Conclusion générale : Faire du vieillissement un projet territorial

15.1 Le vieillissement comme épreuve de vérité du territoire

Le vieillissement de la population n'est pas seulement une évolution démographique. Il est une épreuve de vérité pour un territoire.

Il révèle la solidité des liens, la capacité des institutions à coopérer, la place donnée aux aidants, la reconnaissance accordée aux professionnels, l'adaptation des logements, l'accessibilité des soins, la qualité des solidarités locales et la manière dont une société regarde celles et ceux qui avancent en âge.

Sur la Côte d'Azur, cette épreuve prend une intensité particulière. Le territoire est attractif, âgé, contrasté, dense sur son littoral, plus dispersé dans son moyen pays et son arrière-pays. Il dispose de ressources considérables, mais il porte aussi des fragilités réelles : isolement, tension sur les métiers, logement inadapté, sorties d'hospitalisation complexes, aidants épuisés, coordination encore trop fragmentée.

L'enjeu n'est donc pas seulement de mieux accompagner les personnes âgées. Il est de préparer une organisation territoriale capable d'anticiper, de prévenir, de relier et de soutenir.

15.2 Une responsabilité humaine, familiale et collective

Ce travail parle de nos parents, de nos proches, de nos voisins, de ceux qui nous ont transmis une part du monde que nous habitons. Il parle aussi de nous-mêmes, de notre propre vieillissement, et de ce que nous laisserons aux générations suivantes.

Une société se juge souvent à la manière dont elle accompagne ses fragilités. Le vieillissement oblige à regarder cette responsabilité avec lucidité. Il ne s'agit pas de célébrer le grand âge dans les discours tout en laissant les familles, les aidants, les professionnels et les personnes âgées seules face à la complexité.

Préparer le vieillissement, c'est reconnaître que la dignité ne se décrète pas. Elle s'organise. Elle demande des services accessibles, des professionnels formés, des aidants soutenus, des logements adaptés, des parcours lisibles, des institutions coordonnées et une attention réelle aux personnes.

15.3 La Côte d'Azur comme territoire pilote

La Côte d'Azur peut devenir un territoire pilote du vieillissement anticipé, coordonné et humain.

Elle en a les raisons : un vieillissement déjà avancé, une diversité territoriale forte, une densité d'acteurs, un tissu institutionnel structuré, des professionnels engagés, des associations présentes, des chercheurs, des entreprises, des communes mobilisables et une capacité d'innovation réelle.

Mais elle ne le deviendra pas par déclaration. Elle le deviendra par méthode.

Cette méthode doit reposer sur des données solides, une cartographie claire des acteurs, une écoute du terrain, un repérage des ruptures, des scénarios prospectifs, des recommandations réalistes et des expérimentations évaluées.

Un territoire pilote n'est pas un territoire qui prétend avoir tout résolu. C'est un territoire qui accepte de regarder les difficultés en face, d'apprendre, de tester, de corriger et de transmettre.

15.4 Passer de la réaction à l'anticipation

La période 2026-2030 impose un changement de posture.

Le vieillissement ne doit plus être traité uniquement au moment de la chute, de l'hospitalisation, de l'épuisement familial, de la perte d'autonomie installée ou de l'entrée contrainte en établissement.

Il doit être anticipé plus tôt : dans le domicile, dans les communes, dans les cabinets médicaux, dans les services d'aide, dans les pharmacies, dans les associations, dans les logements, dans les parcours de soins, dans les solidarités de voisinage.

Ce passage de la réaction à l'anticipation est le cœur du travail. Il demande de repérer les signaux faibles, de soutenir les aidants avant l'épuisement, d'adapter les logements avant la chute, de sécuriser les sorties

d'hospitalisation avant la réhospitalisation, de former les professionnels avant la saturation, de coordonner les acteurs avant la rupture.

Préparer 2030, c'est refuser que l'urgence devienne le mode normal d'organisation.

15.5 Relier les forces dispersées

Le territoire ne manque pas seulement d'acteurs. Il manque parfois de lisibilité entre les acteurs.

Institutions, Département, MDA, ARS, communes, CCAS, hôpitaux, médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, pharmaciens, services à domicile, EHPAD, résidences autonomie, associations, aidants, bailleurs, mutuelles, entreprises, chercheurs, innovateurs et citoyens : tous détiennent une part de la réponse. Mais aucune réponse durable ne naîtra d'une juxtaposition.

La coordination territoriale doit devenir l'un des principes fondateurs du vieillissement azuréen. Elle ne doit pas rester un mot confortable. Elle doit se traduire par des parcours plus lisibles, des relais mieux identifiés, des transmissions plus fiables, des responsabilités clarifiées et une capacité collective à accompagner les situations complexes.

Relier les forces dispersées, c'est déjà commencer à transformer le territoire.

15.6 Préserver l'humain dans l'innovation

L'innovation aura sa place. Elle peut aider à mieux repérer, mieux alerter, mieux transmettre, mieux suivre et mieux coordonner. Mais elle devra rester à sa juste place : au service de l'humain.

La technologie ne remplacera jamais la présence d'une intervenante qui remarque une fatigue inhabituelle, d'un pharmacien qui s'inquiète d'un traitement non renouvelé, d'un voisin qui ne voit plus une personne sortir, d'un médecin qui connaît une histoire familiale, d'un aidant qui perçoit un changement discret.

L'innovation utile est celle qui soutient cette attention humaine. Elle simplifie. Elle sécurise. Elle relie. Elle respecte les données, la dignité, le consentement et la liberté des personnes.

La Côte d'Azur peut être un territoire d'innovation médico-sociale, à condition de ne jamais confondre modernité et gadget. Le progrès réel est celui qui rend les parcours plus humains.

15.7 Une méthode utile au reste de la France

Ce travail a vocation à dépasser le seul cadre local.

La Côte d'Azur rassemble des défis que d'autres territoires connaissent déjà ou connaîtront bientôt : vieillissement accéléré, littoral dense, arrière-pays plus éloigné, logement coûteux, aidants sous pression, métiers en tension, besoin de coordination, nécessité d'innovation, inégalités sociales et exigence de prévention.

Ce qui sera observé, structuré, expérimenté et évalué ici pourra servir ailleurs.

L'ambition n'est pas de produire un modèle figé. Elle est de construire une méthode transférable : observer, cartographier, écouter, analyser les ruptures, scénariser, recommander, expérimenter, évaluer, transmettre.

C'est ainsi qu'un travail territorial peut devenir une contribution nationale.

15.8 Appel final à l'engagement

Le vieillissement de la Côte d'Azur n'est pas un sujet à reporter. Il est déjà là. Il avance dans les chiffres, dans les familles, dans les services, dans les établissements, dans les logements, dans les quartiers, dans les communes et dans les silences des aidants.

Le choix qui se présente au territoire est simple.

Il peut subir cette transformation, répondre au coup par coup, laisser les ruptures s'accumuler et découvrir trop tard ce que les données annonçaient déjà.

Ou il peut décider d'en faire un projet collectif : anticiper, coordonner, prévenir, soutenir, former, adapter, innover avec discernement et transmettre une méthode.

Notre groupe de réflexion s'inscrit dans cette deuxième voie.

Il appelle les institutions, les collectivités, les professionnels, les associations, les aidants, les chercheurs, les entreprises, les citoyens et les personnes âgées elles-mêmes à contribuer à une ambition commune : faire de la Côte d'Azur un territoire capable de vieillir avec dignité, intelligence et responsabilité.

Le grand âge n'est pas une marge de la société. Il en est l'un des miroirs les plus exigeants.

Préparer le vieillissement, c'est préparer la société que nous voulons devenir.

Faire de la prospective du vieillissement un projet territorial, humain et national : anticiper les fragilités, relier les acteurs, soutenir les aidants, reconnaître les professionnels, préserver la dignité des personnes âgées et construire sur la Côte d'Azur une méthode utile au reste de la France.

Vieillir sur la Côte d'Azur ne doit pas devenir une addition de solitudes et de réponses tardives. Ce territoire peut choisir une autre voie : celle de l'anticipation, de la coordination, de la dignité et de l'intelligence collective.

La période 2026-2030 est notre fenêtre d'action. Ce que nous construirons maintenant dira beaucoup de ce que nous voulons laisser derrière nous.

16. Épilogue : Une lampe avant la nuit

Il est des territoires que l'on croit connaître parce qu'on en traverse les routes, les villes, les places, les collines et les rivages. On croit les connaître par leurs lumières, leurs façades, leurs ports, leurs marchés, leurs villages suspendus, leurs vallées et cette mer qui donne parfois l'illusion que tout demeure éternel. Puis vient un autre temps, plus silencieux, plus exigeant, où l'on comprend qu'un territoire ne se mesure pas seulement à sa beauté, à son attractivité ou à sa prospérité, mais à la manière dont il regarde ses fragilités, dont il protège ses anciens, dont il accompagne ceux qui avancent plus lentement sur le chemin.

Ce travail est né de cette conviction. Regarder le vieillissement en face, avant que l'urgence ne parle à notre place. Ne pas attendre la chute, l'hospitalisation, l'épuisement d'un aidant, la solitude derrière une porte close ou l'entrée contrainte en établissement pour comprendre que quelque chose aurait pu être anticipé. Il porte la trace d'un engagement, d'une inquiétude féconde, d'un désir de relier ce qui s'éparpille : les familles, les aidants, les soignants, les communes, les institutions, les professionnels du domicile, les associations, les voisins, les lieux de soin, les lieux de vie, les voix discrètes que l'on entend trop tard lorsqu'elles n'ont plus la force de demander.

La Côte d'Azur y apparaît comme un seuil. Un territoire de lumière, certes, mais aussi de contrastes profonds. Un littoral dense où l'on peut vivre entouré de monde et pourtant seul. Un moyen pays où l'autonomie peut sembler intacte jusqu'au jour où la distance devient un obstacle. Un arrière-pays où la beauté des lieux n'efface pas la difficulté d'accéder aux soins, aux services, aux relais. Des maisons à adapter, des escaliers à regarder autrement, des parcours à sécuriser, des aidants à soutenir, des métiers à reconnaître, des liens à retisser patiemment.

Ce document veut être une boussole. Il ne prétend pas dresser un monument, ni offrir une promesse facile. Il cherche plutôt à poser une pierre solide sur le chemin d'un territoire plus prévoyant. Une pierre parmi d'autres, mais une pierre nécessaire : celle qui oblige à voir, à nommer, à relier, à organiser. Car vieillir ne devrait jamais signifier disparaître peu à peu du regard commun. Vieillir devrait rester une manière d'habiter la cité, d'y être reconnu, d'y être attendu, d'y conserver sa place, même lorsque le corps ralentit, même lorsque la mémoire hésite, même lorsque la dépendance approche.

À travers ce travail se dessine une ambition simple et haute : que la fragilité ne soit pas reléguée, mais entourée ; que les aidants ne soient pas laissés seuls au bord de l'épuisement ; que les professionnels du domicile ne soient pas les vigies oubliées du grand âge ; que les institutions, les communes, les soignants, les acteurs sociaux et médico-sociaux apprennent à mieux se parler ; que les données ne restent pas froides, mais deviennent des repères pour agir ; que les territoires ne découvrent pas trop tard ce qu'ils auraient pu préparer ensemble.

Préparer 2030, c'est peut-être cela : apprendre à voir avant la rupture. Écouter avant le cri. Relier avant l'isolement. Adapter avant la chute. Soutenir avant l'épuisement. Organiser avant l'urgence.

C'est allumer une lampe avant la nuit, pour que personne n'ait à chercher seul la porte du lendemain.

Le veilleur,

Vieillir sur la Côte d’Azur 2030

Prospective territoriale, état des lieux et leviers d’action collective

2030
CÔTE D’AZUR

TERRITOIRE

ANTICIPER

RELIER

ORGANISER

Vieillir ensemble sur un territoire qui anticipe

DOMICILE

AIDANTS

COORDINATION

TERRITOIRES

Le vieillissement de la population n’est plus une perspective lointaine. Il est déjà à l’œuvre dans les villes, les villages, les familles, les logements, les services à domicile, les établissements, les hôpitaux, les communes et les territoires de la Côte d’Azur.

Ce document propose une lecture globale, documentée et prospective de cette transformation : dynamiques nationales, régionales et départementales ; focus sur les Alpes-Maritimes ; littoral dense, moyen pays résidentiel, arrière-pays plus éloigné ; domicile, aidants, isolement, logement, mobilité, métiers de l’autonomie et coordination des parcours.

La période 2026-2030 constitue une fenêtre décisive. Elle impose de passer d’une logique de réaction à une logique d’anticipation : prévenir les ruptures, soutenir les aidants, sécuriser le domicile, valoriser les professionnels, adapter les logements et relier les acteurs.

Porté par le groupe de réflexion Prospective du vieillissement et innovation médico-sociale, ce travail vise à faire de la Côte d’Azur un territoire pilote du vieillissement anticipé, coordonné et humain. Il propose une méthode : observer, cartographier, écouter, identifier les ruptures, construire des scénarios et préparer des actions collectives.

Vieillir sur la Côte d’Azur ne doit pas devenir une addition de solitudes, de réponses tardives et de parcours fragmentés. Ce territoire peut choisir une autre voie : lucidité, coordination, dignité et intelligence collective.

> ***Préparer 2030, c’est décider dès aujourd’hui.***
>
> ***Ne pas laisser l’urgence organiser seule le vieillissement de demain.***

Une démarche territoriale pour comprendre, anticiper et organiser le vieillissement sur la Côte d’Azur.

Relier domicile, aidants, institutions, professionnels, communes, associations et citoyens autour d’une ambition commune.

Vieillir sur la Côte territoriale et leviers d’action collective d’Azur 2030 Prospective

Une démarche territoriale pour comprendre, anticiper et organiser le vieillissement sur la Côte d'Azur

Institut Azur - Dr. Samir Oumata - Vieillir au Mieux