

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2013 –

« Enjeux, intérêts et limites de la prévention du
vieillessement »

– Groupe n° 4 –

- | | |
|--------------------------------------|----------------------------------|
| – CHRISTIAEN Anne-Laure (IES) | – LIBOUBAN Laura (AAH) |
| – DA COSTA Maria (IASS) | – NENGBI Dieudonné (IASS) |
| – DULUC Marie-France (AAH) | – PRIGENT Alice (DH) |
| – GOMES Jacqueline (D3S) | – QUINART Hervé (DS) |
| – LACOUT Camille (D3S) | – WESTRELIN Pascal (DH) |
| – LE BRIS Charlotte (D3S) | |

Animatrice : Isabelle DONNIO

Sommaire

Introduction.....	1
1 LE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION IMPOSE AUX ACTEURS INSTITUTIONNELS DE METTRE EN OEUVRE UNE STRATEGIE DE PREVENTION	3
1.1 Le vieillissement de la population : un défi majeur à relever.....	3
1.2 Développer une dynamique de prévention du vieillissement : un enjeu de société prioritaire.....	7
2 MALGRE LES EXTERNALITES POSITIVES ATTENDUES D'UNE POLITIQUE DE « PREVENTION DU VIEILLISSEMENT », DE NOMBREUX OBSTACLES PERSISTENT	11
2.1 Promouvoir des actions en faveur du « bien vieillir » : de nombreux avantages à escompter.....	11
2.2 De nombreux obstacles freinent la mise en œuvre d'une politique active en faveur du vieillissement en bonne santé.....	13
3 UNE POLITIQUE GLOBALE DE PROMOTION DU « BIEN VIEILLIR » QUI DOIT S'INSCRIRE DANS NOTRE MODELE DE SOCIETE.....	17
3.1 Maintenir les personnes au travail en bonne santé et favoriser le vieillissement actif	17
3.2 Agir sur le volet sanitaire et médico-social des politiques de santé publique dans une dimension plurielle	19
3.3 Développer les politiques nationales autour de l'environnement et de la dimension sociale.....	22
3.4 Envisager de nouvelles sources de financement.....	24
Conclusion.....	27
Méthodologie	28
Bibliographie	29
Liste des annexes	I

Remerciements

Nos plus sincères remerciements à Madame Isabelle DONNIO, animatrice du groupe 4, qui a organisé tous les rendez-vous avec les professionnels et spécialistes du vieillissement et suivi de près la réalisation de ce rapport.

Un grand merci à l'ensemble de l'équipe organisatrice du MIP de l'EHESP, plus particulièrement à Madame Emmanuelle GUEVARA, coordonnatrice des référents logistiques.

Ce rapport doit beaucoup à toutes celles et tous ceux qui travaillent dans le monde professionnel du grand âge que nous avons côtoyés durant ces trois semaines :

- Le Docteur Charles-Antoine PERCHERON, médecin généraliste à Etrelles (35)
- Madame Agathe GESTIN, responsable du pôle formation et projets relatifs aux personnes âgées à la Fondation de France à Paris (75)
- Madame Marie-Luce LEGUEN, attachée à l'observatoire des besoins des personnes handicapées et des personnes âgées au Conseil général de l'Ille et Vilaine (35)
- Madame Véra BRIAND, déléguée aux personnes âgées et adjointe au maire de Rennes (35)
- Le Docteur Daniel LACOUT, médecin généraliste à Montpezat de Quercy (82)
- Madame Laetitia ANDRE, directrice de l'institut du vieillissement en Franche-Comté à Besançon (25)
- Le Professeur Dominique SOMME, chef de service de médecine gériatrique au CHU de Rennes (35) (site de la Tauvrais)
- Le Professeur AQUINO, Médecin gériatre et médecin de santé publique à Versailles (78)
- Monsieur Pierre-Yves MALO, psychologue au CHU de Rennes (35)
- Monsieur Benoît RAVIART, directeur de l'action sociale AG2R/La MONDIALE à Rennes (35)

Liste des sigles utilisés

ADMR : Association d'Aide à Domicile en Milieu rural

AGIRC : Association Générale des Institutions de Retraite des Cadres

APA : Allocation Personnalisée à l'Autonomie

ARRCO : Association pour le Régime de Retraite Complémentaire des salariés

ARS : Agence Régionale de Santé

CARSAT : Caisse d'Assurance Retraite et de Santé Au Travail

CESE : Conseil Economique Social et Environnemental

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination

CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

CODEM : Comité d'Observation de la Dépendance et de Médiation

CSG : Contribution Sociale Généralisée

DCS : Dépense Courante de Santé

DRH : Direction des Ressources Humaines

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EVSI : Espérance de Vie Sans Incapacité

GCSMS : Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale

GIR : Groupe Iso-Ressources

HAD : Hospitalisation A Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Loi portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires

INPES : Institut National pour la Prévention et l'Education en Santé

Liste des sigles utilisés (suite)

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

MADA : Municipalité Amie Des Aînés

MAIA : Maison de l'Autonomie et de l'Intégration pour des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées

MDA : Maison De l'Autonomie

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONU : Organisation des Nations Unies

PA : Personnes Agées

PCH : Prestation de Compensation du Handicap

PH : Personnes Handicapées

PRIAC : Programme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie

PRISMA : Projet et Recherches sur l'Intégration des Services pour le Maintien de l'Autonomie

SROMS : Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale

SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

UNCAM : Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie

USLD : Unité de Soins Longue Durée

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

Introduction

« Il est essentiel de maintenir les personnes âgées dans la société au contact des autres générations et d'éviter toute rupture brutale dans leurs conditions de vie ». Cette préconisation est issue du rapport Laroque qui constitue l'acte fondateur de la politique de la vieillesse qui a émergé dans les années 1960. Ainsi, la lutte contre les effets délétères du vieillissement semble être une question ayant déjà fait l'objet de débats. Cependant, la vocation première de ce rapport était de faire état de l'accroissement de la population âgée qui « grève inéluctablement les conditions d'existence de la collectivité française ».

Le vieillissement est alors envisagé comme un problème et conditionnera les représentations négatives autour de la vieillesse.

En 1979, Albert MEMMI (1) donne une définition sociologique de la dépendance analysée comme « une relation contraignante, plus ou moins acceptée, avec un être, un objet, un groupe, une institution, réels ou idéels, et qui relève de la satisfaction d'un besoin ». Deux lectures de cette définition sont alors possibles : une lecture positive, qui met en avant la notion de réseau d'interdépendance et de solidarité et une lecture négative qui place l'individu en situation d'assujettissement à la loi d'un autre. De par son caractère variable et multidimensionnel, le vieillissement est donc une construction sociale qui varie selon les individus, les époques, le contexte économique, l'environnement social, politique et culturel...

Au regard des enjeux démographiques, le vieillissement constitue pour la France un véritable défi. En effet, il résulte de deux facteurs : l'allongement de la durée de vie et l'arrivée au sein de la population âgée des générations du baby boom. Ces classes d'âges vont croître jusque vers 2030 alors que dans le même temps la part des jeunes est appelée à diminuer (2). Cette dynamique de vieillissement des populations va impacter les politiques publiques dans plusieurs domaines : logement, mobilité, santé, services de proximité, équipements publics, économie...

Tenter de circonscrire la question du vieillissement n'est donc pas chose aisée compte tenu du défi qu'il représente pour la France, de la diversité des champs qu'il appréhende et dans la mesure où il convient de le lier à la prévention. Étymologiquement, le terme de prévention signifie « venir devant », c'est-à-dire, devancer l'apparition d'un phénomène ou d'une situation. Cette temporalité de la prévention peut donc s'envisager à tous les âges de la vie afin d'empêcher la dégradation d'une situation à venir.

En l'espèce, sont à prévenir les effets indésirables du vieillissement. D'après le rapport AQUINO, « la prévention a un champ d'intervention très large : la préretraite, après la retraite, après une maladie, en institution, en fin de vie, tout au long de la vie ». Le vieillissement constitue un processus auquel on ne peut échapper et ne saurait correspondre à une tranche d'âge. « L'abandon de la catégorie d'âge comme support à l'action est une condition pour que la prévention puisse irriguer l'ensemble de la société » (3).

Un vieillissement en bonne santé se prépare tout au long de la vie, par une alimentation saine, la pratique d'une activité sportive et le maintien de liens sociaux notamment.

De surcroît, les politiques ciblées et catégorielles participent au renforcement des représentations négatives autour du vieillissement.

A ce titre, et au regard des enjeux de société que constitue le vieillissement pour la France, il est donc nécessaire de s'interroger sur la prévention du vieillissement péjoratif.

Il convient dès lors de faire de la prévention des conséquences du vieillissement un véritable projet de société. Une politique d'adaptation de la société à la prévention des fragilités et du vieillissement doit être engagée comme le préconise les rapports AQUINO (4), BROUSSY (5) et PINVILLE (6).

La prévention des fragilités repose à la fois sur une dimension collective (les politiques publiques) et sur une dimension individuelle. En effet, c'est principalement sur la sensibilisation et l'implication de chaque individu que la démarche de prévention doit se fonder. Il apparaît donc pertinent d'adopter l'esprit de la définition de la santé posée par l'OMS pour construire une politique de prévention du vieillissement en tant que projet de société. Ainsi, la bonne santé s'appréhende comme « un état de complet bien-être physique, mental et social et qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

Dans quelles mesures notre modèle économique et social favorise-t-il le vieillissement en bonne santé au sens de la santé globale définie par l'OMS ?

Au regard du contexte actuel, de multiples enjeux, notamment démographiques et financiers (I) justifient une politique *ad hoc* de prévention du vieillissement. Si d'une part, cette politique active présente des intérêts majeurs, elle se heurte, d'autre part, à un certains nombres d'obstacles (II). Afin de dépasser ces écueils, une politique globale de promotion du « bien vieillir » doit être engagée afin d'envisager de nouvelles perspectives pour notre société (III).

1 LE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION IMPOSE AUX ACTEURS INSTITUTIONNELS DE METTRE EN OEUVRE UNE STRATEGIE DE PREVENTION

1.1 Le vieillissement de la population : un défi majeur à relever

Selon les projections de l'INSEE, sur l'évolution de la population française jusqu'en 2050, le groupe des personnes âgées de 60 ans et plus va très fortement augmenter jusqu'en 2035. A cette date, une personne sur trois sera âgée d'au moins 60 ans. Les plus de 60 ans représenteront alors plus de 10,4 millions de personnes. Au 1^{er} janvier 2050, la France métropolitaine comptera 72,3 millions d'habitants dont 32 % de personnes de 60 ans et plus et 15,6 % de plus de 75 ans (2).

Les hypothèses établies par Eurostat (7) prévoient que la population des 27 pays de l'Union Européenne actuellement de 503,6 millions d'habitants, pourrait en compter 517 millions en 2060. En son sein, le nombre de personnes de plus de 65 ans pourrait doubler (151 millions) et celui des personnes âgées de plus de 80 ans presque tripler (61 millions), représentant respectivement 30 % et 12 % de la population totale.

Dans ce contexte, la France va connaître une profonde transformation de la structure de sa population par rapport à l'âge, due notamment à l'allongement de la durée de vie, et à l'arrivée massive à l'âge de la retraite des générations de « baby-boomers », c'est-à-dire les personnes nées après la seconde guerre mondiale.

Les enjeux du vieillissement démographique constituent aujourd'hui un véritable défi en matière d'anticipation, d'adaptation et d'accompagnement des personnes âgées en situation de fragilité.

Notre société doit anticiper et s'adapter dès à présent, pour permettre à tous de profiter dans les meilleures conditions sociales, économiques et sanitaires de ce progrès, porté par l'allongement de l'espérance de vie. Cette dernière est la conséquence, notamment, des avancées scientifiques, de l'amélioration de l'hygiène de vie et de la lutte contre les facteurs de risque des maladies cardiovasculaires (hypertension, diabète,...).

En effet, la France fait partie des pays du monde où l'espérance de vie est la plus élevée (84,8 ans pour les femmes et 78,4 ans pour les hommes).

Cependant, si l'on s'attache à l'indicateur d'espérance de vie sans incapacité (EVSI), indicateur qui permet de calculer, dans l'espérance de vie, le nombre d'années qu'un individu peut espérer vivre en bonne santé ou sans incapacité (en appréciant la qualité de vie et l'état de santé fonctionnel), on observe qu'il a légèrement baissé depuis 2008 (62,7 ans pour les hommes et 64,6 ans pour les femmes). En outre, comparée aux 26 autres pays de l'Union Européenne, la France, qui figure au premier rang pour l'espérance de vie des femmes, se place seulement au 10^{ème} rang pour l'indicateur d'EVSI. Pour les hommes, elle occupe respectivement la 8^{ème} place (espérance de vie) et la 11^{ème} place (EVSI) (8).

Cet état de fait conduit à dire qu'en France on vit plus vieux, mais en moins bonne santé même s'il apparaît que dans les pays où l'espérance de vie est déjà élevée, les gains d'années de vie se font aux âges les plus élevés, donc ceux où l'on est en moins bonne santé.

Le gain d'années de vie en bonne santé est un enjeu mais également un levier pour promouvoir le « bien vieillir » et réduire les risques de perte d'autonomie.

Enfin, le nombre de décès prématurés évitables (avant 65 ans) reste élevé par rapport à nos voisins. Cette mortalité prématurée diminue l'espérance de vie globale et pose la question de la prévention primaire en France.

Ainsi, le vieillissement de la population, signe de progrès et de l'amélioration des conditions de vie, est un phénomène général et irréversible. Sur le plan sociétal, il présente deux caractéristiques complémentaires et indissociables : l'une, personnelle car chaque individu avance en âge, l'autre globale et collective car chaque individu avance en âge au sein d'une société qui vieillit. Cette observation conduit à s'interroger d'une part, sur ce que chacun met en œuvre, en termes de comportement, de prévention et d'actions, pour être le plus longtemps possible en bonne santé. D'autre part, sur la manière dont la société pense et accompagne l'avancée en âge, et en amont du risque de perte d'autonomie.

Il convient de rappeler que, selon l'OMS, il existe trois niveaux de prévention, à savoir (9) :

- ✓ **La prévention primaire** qui consiste à éviter ou retarder l'apparition de la maladie en intervenant sur les facteurs de risque (éducation à la santé, information).
- ✓ **La prévention secondaire** qui, vise à repérer les facteurs de fragilités, à diminuer la prévalence d'une maladie et à réduire sa durée d'évolution.
- ✓ **Enfin, la prévention tertiaire** qui se centre sur les incapacités installées et a pour objectif d'en diminuer la prévalence.

En France, la mise en place d'une politique de prévention a été longue et difficile, voire chaotique jusque dans les années 1980.

L'émergence puis le développement de la pandémie du VIH ont favorisé la création d'offres de prévention nationales et régionales (9).

Au début des années 1990, le développement des actions de prévention au sein des politiques régionales de santé met en évidence la nécessité de faire participer activement l'ensemble des acteurs : Etat, assurance maladie, collectivités territoriales, professionnels de santé, associations de citoyens et d'usagers.

Depuis 2000, les pouvoirs publics ont pris conscience de la nécessité de mettre en place des actions de prévention en faveur des personnes de plus de 50 ans en perte d'autonomie.

En 2004, une nouvelle loi de santé publique est venue valoriser la prévention, en ce qu'elle planifie des plans et évalue les résultats. La même année, a été créée la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA).

En 2005, la Haute Autorité de Santé (HAS) a émis des recommandations sur la « prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée » et préconisé des programmes de « rééducation-réadaptation » pour cette population à risque, afin d'améliorer ses capacités physiques et renforcer son autonomie.

En 2009, le plan « bien vieillir » qui concerne les séniors de 50 à 70 ans vise à répondre au défi du vieillissement démographique en prévenant l'apparition précoce de pathologies ou d'incapacités. Ce plan propose les étapes d'un cheminement pour un « vieillissement réussi ».

En avril 2012, un comité de pilotage sur le thème « parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie » a proposé d'améliorer le parcours de santé des personnes âgées et de mettre en œuvre des coordinations solides entre secteurs : sanitaire, médico-social et libéral. Toutefois, les politiques sur l'autonomie devraient être traitées plus en amont, dès le plus jeune âge.

En effet, la CNSA a publié un rapport intitulé « pour une politique de prévention au service de l'autonomie » qui privilégie deux axes pour prévenir la perte d'autonomie chez les personnes âgées : d'une part l'amélioration de l'état de santé tout au long de la vie et d'autre part, un ciblage des actions sur les populations vulnérables et fragiles avant qu'elles ne deviennent âgées.

Par ailleurs, consciente du défi que la société aura à relever dans les années à venir, Madame Michèle DELAUNAY, Ministre déléguée aux personnes âgées, a lancé depuis septembre 2012 une mission interministérielle sur l'adaptation de la société française au vieillissement démographique.

C'est dans ce cadre que trois rapports ont été commandés à différentes personnalités qualifiées, Madame Martine PINVILLE, Monsieur Luc BROUSSY et Monsieur Jean-Pierre AQUINO, afin d'identifier les pratiques innovantes d'autres pays en matière de prise en charge du vieillissement démographique et transposables en France.

Au terme de sa mission, Madame PINVILLE expose qu'aucun autre pays n'a vraiment pris en compte dans ses politiques transversales la révolution de l'avancée en âge. Notre pays serait donc pionnier en la matière.

Par contre, ce rapport met en évidence l'existence depuis 2005 d'une initiative de l'OMS intitulée « ville-amie des aînés ». Il s'agit d'élaborer un projet axé sur le « bien vieillir » en bonne santé au travers de huit domaines d'actions (environnement bâti, transports, logement, participation au tissu social, respect et inclusion sociale, participation citoyenne et emploi, communication et soutien communautaire, services de santé).

Depuis 2009, la province du Québec, s'est également engagée dans une démarche « municipalités amies des aînés ». D'autres pays, tels le Royaume-Uni et l'Allemagne, décernent désormais des labels pour récompenser les commerces et les produits adaptés à une clientèle âgée.

Le label « Age Positive » a été créé pour récompenser les employeurs qui maintiennent dans l'emploi des séniors.

Seule l'Allemagne a engagé une réflexion sur la mise en place d'un plan d'ensemble cohérent qui définit des champs d'actions et des orientations afin de renforcer les liens intergénérationnels entre tous les citoyens dans l'ensemble des domaines de la vie sociale y compris dans le champ de la vie professionnelle.

L'interrogation sur le vieillissement de la population est une question centrale qui nécessite une prise de conscience individuelle et collective, comme en témoigne, la démarche de l'Union Européenne qui a déclaré l'année 2012 « année du vieillissement actif et de la solidarité intergénérationnelle ».

L'avancée en âge est un défi majeur qui touche la société dans son ensemble et interroge la pérennité des modèles socio-économiques actuels.

1.2 Développer une dynamique de prévention du vieillissement : un enjeu de société prioritaire

Le défi que constitue le vieillissement de la population dépasse très largement le cadre traditionnel de la prise en charge de la dépendance. L'avancée en âge aura un impact et des conséquences dans de très nombreux domaines de la société.

Il est donc nécessaire de définir une véritable politique publique interministérielle en faveur de la prévention du vieillissement.

Non seulement, il s'agit de développer des actions fortes en matière d'aménagement de la ville et de l'urbanisme pour améliorer l'environnement des personnes âgées (logements individuels et habitat collectif, quartiers, villes, territoires, et transports) mais il s'agit aussi de conforter la place des aînés dans la société, de mieux expliciter et affirmer leurs droits, et de mieux soutenir les aidants familiaux en renforçant la solidarité intergénérationnelle.

Le Professeur AQUINO, dans son rapport intitulé « Anticiper pour une autonomie préservée : un enjeu de société » souligne la nécessité de coopération entre l'ensemble des acteurs pour permettre une meilleure intégration et participation dans la société des personnes concernées par l'avancée en âge.

Sont ainsi associés les professionnels de santé, les élus locaux, les pouvoirs publics dans leur ensemble mais aussi chaque citoyen qui peut agir dans cette prévention au quotidien.

C'est ainsi que, développer la culture de prévention du vieillissement, articulée autour des trois A : Anticipation, Adaptation et Accompagnement, s'impose désormais à notre société avec une acuité particulière et devra débiter dès le plus jeune âge.

Afin de donner aux personnes âgées toute la place qu'elles méritent dans la société, il est nécessaire de lutter contre les effets négatifs du vieillissement, de leur reconnaître des droits notamment dans la liberté de choix (cf. rapports PINVILLE et BROUSSY). C'est dans cet aspect que la prévention des effets du vieillissement joue un rôle important.

Dans cette dynamique, les pouvoirs publics souhaitent élaborer une véritable politique de prévention du vieillissement qui nécessitera l'intervention de tous les acteurs.

Le pouvoir d'achat des personnes âgées, qui représentent des acteurs incontournables dans l'économie d'aujourd'hui, incite à promouvoir la politique de prévention du vieillissement.

Ainsi, la « silver economy » qui désigne le regroupement des entreprises agissant pour et/ou avec les personnes âgées, est désormais considérée par les pouvoirs publics comme une source de croissance et d'emplois dont le bénéfice est reconnu pour la société. Ce chantier d'adaptation de la société au vieillissement de la population est une véritable opportunité, car porteur de croissance économique et donc d'emplois.

Le rapport TRILLARD (10) met en exergue un coût financier annuel de la dépendance estimé à 25 milliards d'euros et souligne la nécessité d'agir en amont du processus de la perte d'autonomie afin de favoriser une espérance de vie sans incapacité de manière optimale. Ce coût financier réaffirme aussi la nécessité de prévenir les effets du vieillissement par une action au plus près des personnes concernées par l'avancée en âge en prenant en compte leurs besoins et leurs choix.

La volonté d'atteindre un consensus autour des politiques publiques et de l'harmonisation des financements liés à la prévention du vieillissement est un enjeu politique.

En effet, en dédramatisant le phénomène d'avancée en âge, la prévention du vieillissement peut conduire à une valorisation de l'image de la vieillesse dans la société et instaurer ainsi une nouvelle dynamique permettant aux personnes concernées de participer activement ou d'être véritablement intégrées à la vie de la cité.

Par ailleurs, la prévention du vieillissement constitue un enjeu à la fois sanitaire et médico-social de par son action sur les inégalités de santé et sur le maillage territorial de l'offre de soins et de services à domicile.

En effet, mieux prévenir les effets du vieillissement c'est aussi prévoir et piloter une offre de soins et de services à travers tout le territoire de façon à ce que l'ensemble de la population soit touchée. Néanmoins, il apparaît nécessaire de mentionner la problématique des personnes isolées ou fragiles en milieu rural que la prévention n'atteint que partiellement.

Une meilleure articulation entre le sanitaire et le social serait alors une piste d'amélioration à exploiter bien que des efforts aient déjà été effectués dans ce domaine.

D'un point de vue sociétal la prévention du vieillissement pourrait constituer un levier d'action sur plusieurs points. D'abord, elle conduirait à une professionnalisation et une revalorisation des services à la personne. Ensuite, selon le Forum des Seniors 2012, la prévention contribuerait à une meilleure santé au travail par le biais d'actions préventives durant la vie active qui, combinée à un maintien dans l'emploi par l'allongement des carrières, permettrait un bénéfice économique et humain pour la société.

Enfin, l'enjeu sanitaire apparaît comme essentiel dans la mesure où la prévention du vieillissement conduirait les pouvoirs publics à encourager des actions favorisant davantage une meilleure hygiène de vie (tabac, alcool, sport) tout en assurant la promotion du vieillissement actif.

L'un des axes principaux de la prévention du vieillissement est selon le rapport TRILLARD d'agir en faveur de la progression de l'espérance de vie sans incapacité.

Il faut noter que la recherche médicale, la révolution technologique et géronto-technologique participeraient efficacement à la prévention du vieillissement.

L'ensemble de ces actions passe par l'adaptation de la société aux besoins de tous, notamment par l'accessibilité à l'habitat favorable au « bien vieillir » et par un environnement urbain concourant également au maintien à domicile.

L'allongement de l'espérance de vie que connaît l'ensemble des pays développés représente un défi majeur tant sur le plan individuel que sur le plan collectif.

Il s'agit en effet pour la société de garantir aux citoyens un vieillissement en bonne santé et de leur permettre de profiter des années de vie supplémentaires permises par les progrès médicaux et scientifiques.

L'atteinte de cet objectif passe par la mise en place d'une politique forte et ambitieuse de prévention du vieillissement. La mise en œuvre d'une telle politique présente des intérêts d'ordre économique et social. Elle comporte également des limites qui touchent aussi bien au mode d'organisation de notre système de santé qu'au manque de formation des médecins, ou encore à des barrières culturelles.

2 MALGRE LES EXTERNALITES POSITIVES ATTENDUES D'UNE POLITIQUE DE « PREVENTION DU VIEILLISSEMENT », DE NOMBREUX OBSTACLES PERSISTENT

2.1 Promouvoir des actions en faveur du « bien vieillir » : de nombreux avantages à escompter

Le vieillissement de notre population est généralement considéré comme une source d'inquiétude. Les visions de l'avenir sont souvent dominées par un discours pessimiste sur les capacités de la France à affronter les mutations socio-économiques, institutionnelles et politiques, générées par l'augmentation du nombre de personnes âgées. Dans ce contexte pourtant, certaines voix tentent de porter des messages dynamiques et positifs : les seniors pourraient être une « chance pour la France » (11), le vieillissement une « formidable opportunité pour la jeunesse » (5). Pour ces porteurs d'espoir, les solutions trouvées pour nous adapter à l'accroissement du nombre d'aînés et pour améliorer l'espérance de vie en bonne santé constitueront des atouts pour notre société.

Une opportunité d'améliorer la solidarité intergénérationnelle

Les Français deviennent grands-parents en moyenne à 52 ans et ils ont une chance sur deux de l'être à 60 ans (12). Nombre d'entre eux s'occupent de leurs petits-enfants. Ainsi, on évaluait en 2010 le temps consacré par les grands-parents à la garde de leurs petits enfants à 23 millions d'heures par semaine soit l'équivalent du volume horaire de travail des assistantes maternelles (13). Or, à 50-60 ans, ces jeunes grands-parents ont également de plus en plus de chance d'avoir encore en vie leurs propres parents : ils constituent donc la *génération pivot* qui occupe une place majeure dans la solidarité intergénérationnelle. Cette nouvelle distribution des rôles familiaux, constitue une perspective de reconfiguration des liens intergénérationnels. La *génération pivot*, active et en bonne santé, peut tenir un rôle déterminant dans la cohésion d'une nouvelle forme de famille à quatre ou cinq générations. Cette opportunité ne pourra toutefois s'exprimer que si elle est soutenue par une politique économique et sociale intégrant la promotion de la grand-parentalité active et l'accompagnement des aidants familiaux.

L'aménagement d'un cadre de vie plus agréable pour tous

L'aménagement de l'environnement est une des composantes du « bien vieillir » : l'accès aisé à tous les lieux et à tous les services est une condition incontournable de l'autonomie, du maintien en activité et de la préservation du lien social des personnes âgées.

Or, si les espaces et les services publics sont conçus pour répondre aux besoins des personnes vieillissantes, d'autres catégories d'utilisateurs pourront également en bénéficier.

Développer un usage simple et intuitif des dispositifs (ex. distributeurs à billets), faciliter l'information (visuelle, sonore, etc...), permettre des accès aux lieux avec un effort physique minimal sont, en effet, autant de dispositions qui simplifient la vie de tous.

Repenser totalement l'environnement, la conception des objets et des lieux en réponse à une évolution des capacités des personnes (âgées, handicapées ou non) a donc un impact positif sur l'ensemble de la société. Cette approche universaliste promue par l'ONU est connue sous le nom de Conception Universelle (Universal Design).

Le développement de nouvelles filières industrielles

Le vieillissement de la population française va générer de nombreux emplois de service et d'aide à la personne, cette idée est maintenant largement acceptée. Mais l'industrie doit, semble-t-il, elle aussi pouvoir bénéficier de ce phénomène : les technologies appliquées au bien-être et à la préservation de l'autonomie des personnes vieillissantes (les gérontotechnologies), encore balbutiantes aujourd'hui, sont appelées à se développer. Or, elles constituent une formidable opportunité pour la France (5) car elles touchent un large éventail de domaines et représentent un important potentiel de croissance. Les industries concernées relèvent de secteurs nouveaux dans la communication (visiophonie, téléphonie adaptée, télémédecine etc.), la sécurité (capteurs de mouvements, détecteurs de chutes etc.), l'aide à la motricité (déambulateurs intelligents, balises etc.), mais ils intéressent également des industries « anciennes » et implantées telles que l'automobile (adaptation des véhicules...) et la robotique (robots « aidants »). Une politique structurée et cohérente de promotion de ces technologies contribuera, à l'échelle nationale, à la création d'emplois, à l'ouverture de nouveaux marchés et au développement d'initiatives créatives (recherche, brevets, etc.).

Un moyen d'accroître la compétitivité des entreprises

La France se caractérise par ses mauvaises performances d'emploi des seniors et des jeunes. Ainsi, 80 % des emplois sont assurés par les 25-54 ans. Le taux d'emploi des seniors en particulier s'est effondré depuis 1980 et, avec 39 %, il est parmi les plus bas d'Europe (50 % environ). En parallèle, le taux d'emploi des moins de 25 ans est également un des plus bas d'Europe (31 % en France contre 41 %). Pourtant, la France est une des championnes de la longévité. Pour Anne-Marie GUILLEMARD, le départ précoce du marché du travail nuit à la compétitivité des entreprises et du pays (14).

Permettre aux travailleurs de rester plus longtemps en activité contribuerait, en effet, à maintenir leur pouvoir d'achat et donc à augmenter la consommation. Il faut alors repenser le pacte social entre les générations actives pour améliorer les performances des entreprises.

Une amélioration globale de notre état de santé à tous les âges de la vie

Prévenir le vieillissement consiste pour une part, à s'engager dans une prévention des risques à tous les âges de la vie (10). Par exemple, lutter dès le plus jeune âge contre certaines maladies (diabète, hypercholestérolémie, etc.), promouvoir à tout âge l'activité physique, prendre très tôt de bonnes habitudes alimentaires contribuent au « bien vieillir ». Ces politiques de prévention ont non seulement un impact favorable sur l'espérance de vie sans incapacité, mais également, sur la santé des personnes à tous les âges de la vie. Prévenir les effets du vieillissement, contribue, quel que soit l'âge, à vivre en meilleure santé. Les conseils d'administration de l'Association Générale des Institutions de Retraite des Cadres et de l'Association de Régime de Retraite Complémentaire des salariés (AGIRC-ARRCO) retiennent ainsi dans leurs orientations prioritaires des 9 et 10 décembre 2008 que, pour toucher une population cible qui ne se reconnaît pas forcément dans un projet « bien vieillir », « il est important de favoriser également des actions contribuant à la mise en œuvre d'une démarche de prévention qui semble déconnectée (a priori) du vieillissement ».

2.2 De nombreux obstacles freinent la mise en œuvre d'une politique active en faveur du vieillissement en bonne santé

Toutefois, la mise en œuvre d'une politique de prévention du vieillissement se confronte à de nombreux obstacles, relevant aussi bien de barrières culturelles ou sociales que de freins liés au mode d'organisation et de financement de notre système de santé.

Obstacles culturels

Mettre en place une politique active et globale de prévention du vieillissement induit une remise en cause profonde de l'organisation actuelle de notre société et du regard qu'elle porte sur la vieillesse. En effet, notre société moderne occidentale développe et impose l'image de l'éternelle jeunesse comme un idéal vers lequel il conviendrait de tendre. Michel BILLE et Didier MARTZ dans leur ouvrage, *La tyrannie du « bien vieillir »* dénoncent l'idéologie du « bien vieillir » qui nous enjoint de lutter contre les effets de la vieillesse au risque selon eux d'évoluer vers un modèle de société qui renierait l'idée même de vieillissement.

Dans ces conditions, le risque de déconsidérer la vieillesse est patent dans la mesure où elle symbolise la mort, la dégénérescence et la perte de nombreuses capacités.

Il importe de trouver un équilibre entre l'exigence du « bien vieillir », au sens d'assurer les conditions d'un vieillissement dans un meilleur état de santé, et le respect de la liberté des individus et de l'idée même de vieillissement.

Cela passe par un changement de regard porté par la société sur le vieillissement : il importe que non seulement les personnes âgées prennent conscience de la nécessité de ce nouveau modèle, mais également les autres catégories d'âge et en particulier les jeunes. Ce changement de paradigme majeur requiert tout d'abord que le lien entre avancée en âge et dégradation de soi soit rompu. Comme l'expliquent Michel BILLE et Didier MARTZ avec l'allongement de l'espérance de vie, la corrélation entre les termes « âgés » et « vieux » n'est plus vérifiée : « *nous pouvons être âgés sans être vieux, au sens péjoratif du terme* ». En outre, cette évolution ne pourra s'opérer que si la société dans son ensemble accepte la logique naturelle du temps, qui fait du vieillissement des individus une donnée implacable. Il est certes possible – au moyen d'une politique de prévention – d'améliorer les conditions du vieillissement des personnes. Il serait illusoire et même dangereux de croire qu'il serait possible de renier ce phénomène naturel. Il s'agit donc de lutter contre les représentations négatives de la vieillesse qui est aujourd'hui plus que jamais associée à de nombreux doutes et craintes. Cela suppose de recueillir l'adhésion de l'ensemble de la population. Il s'agit en effet de considérer la vieillesse et les éventuelles pertes d'autonomie qu'elle engendre comme une étape de la vie comme les autres. Cette étape doit certes être anticipée et préparée mais ne doit pas être associée à des représentations négatives (dégradation de soi...). En outre, il importe donc désormais d'ancrer dans les esprits qu'une politique de prévention doit permettre un vieillissement en bonne santé.

Obstacles liés à l'organisation de notre système de santé

La prévention est le parent pauvre de notre système de santé, ce dernier étant trop axé sur le curatif. Ainsi, le système de santé français est organisé pour prendre en charge une pathologie lorsqu'elle se déclare mais peine à prévenir l'apparition de ces mêmes pathologies.

Ainsi comme le souligne un rapport publié par le Conseil Economique Social et Environnemental (CESE) en février 2012 (« *Les enjeux de la prévention en matière de santé* ») (15) 5,9 milliards d'euros ont été consacrés à la prévention en 2010 auxquels s'ajoutent des dépenses estimées à 5,7 milliards et comptabilisées au titre du curatif, soit moins de 6 % de la dépense courante de santé (DCS).

Ces dépenses sont largement inférieures aux recommandations : ainsi l’OMS estime que l’on pourrait prolonger l’espérance de vie en bonne santé de 5 à 10 ans sans augmenter les dépenses si l’effort de prévention était accru pour lutter contre les principaux facteurs de risque.

En matière de vieillissement, l’enjeu de la prévention est donc déterminant : il s’agit d’améliorer tout au long de l’existence les conditions de vie des personnes afin de permettre un vieillissement en bonne santé. Des facteurs aussi divers que l’environnement social dans lequel la personne vit, son activité physique, son activité professionnelle, les liens sociaux qu’elle entretient ont un impact majeur sur les conditions du vieillissement de la personne, sur ses probabilités à développer ou non des démences, à connaître des situations de perte d’autonomie ou de dépendance. Les effets du manque de prévention sont révélés par les différences d’espérance de vie qui existent entre catégories sociales. Ainsi, la différence d’espérance de vie entre un cadre et un ouvrier est de 7 ans. De même, le risque de dépendance est beaucoup plus élevé chez les catégories sociales les moins favorisées : le risque de dépendance est ainsi de 5,4 % pour les ouvriers ou 4,6 % pour les agriculteurs contre 3,4 % pour les professions intermédiaires et de 2,2 % pour les cadres.

Il s’agit donc pour les pouvoirs publics de favoriser les comportements et les modes de vie qui préviennent ou retardent la survenue des problèmes de santé et la perte d’autonomie. Cet enjeu est tout autant éthique (réduire les inégalités sociales et territoriales de santé et lutter contre les comportements à risque) qu’économique (les actions de prévention doivent en effet permettre de diminuer le coût des prises en charge en réduisant le nombre de personnes malades et la gravité des pathologies dont elles souffrent).

Dans ces conditions, il s’agit de réussir à faire évoluer le système de santé français pour donner toute sa place à la prévention, et ce à tous les âges de la vie. La prévention du vieillissement doit en effet s’inscrire dans une démarche globale tendant d’une part à accroître le poids des dépenses de prévention au sein de la dépense totale de santé et d’autre part à développer en France – parmi les professionnels de santé mais aussi les citoyens – une véritable culture de la prévention.

Difficultés à atteindre l’ensemble des populations ciblées

L’isolement social des individus est une limite majeure à la mise en place des mesures de prévention et de dépistage des facteurs de risque de fragilité. Les médecins généralistes interrogés soulignent leur rôle de rempart contre l’isolement mais ils sont parfois confrontés à un refus de soins des personnes.

De même, alors que les inégalités d'accès aux soins restent en France très fortes, on sait qu'un nombre important de personnes – le plus souvent en situation de précarité et de fragilité – n'ont pas accès aux actions de prévention et aux dispositifs d'accompagnement. Ce non accès aux soins pose la question majeure de l'adaptation des dispositifs aux personnes en situation de précarité.

Obstacles liés à la formation des médecins généralistes

Le médecin généraliste est reconnu depuis la loi portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires (HPST) du 21 juillet 2009 comme étant le médecin de premier recours et coordonnateur de la prise en charge d'un patient sur le territoire de santé.

Comme le rappelle le professeur OUSTRIC, chef du département universitaire de médecine générale de Toulouse, il est « *le spécialiste de la prise en charge médicale de la personne âgée à son domicile* ». Le repérage des sujets fragiles et des risques de dégradation de l'état de santé des personnes âgées repose en grande partie sur ces acteurs de santé : il est important qu'ils soient sensibilisés et formés au dépistage de ces pathologies. Or, aujourd'hui, les médecins généralistes font état d'un manque crucial dans ce domaine. Réussir à accompagner le vieillissement implique l'identification des différentes composantes de la fragilité et une bonne compréhension des mécanismes du processus de dépendance. A ce jour, les outils de dépistage de la fragilité sont davantage utilisés dans la recherche clinique et dans les grands centres hospitaliers mais très peu en pratique courante alors qu'il s'agit du secteur d'activité dans lequel ce repérage est le plus important. En outre, les mesures de suivi ainsi que l'organisation des filières de prise en charge sont souvent méconnues des médecins généralistes.

Obstacles liés à la multiplicité des acteurs

Les actions mises en œuvre pour adapter la société au vieillissement et l'accompagner appellent le concours de multiples acteurs. Or, la coordination entre ces différents acteurs est faible ou peu efficace : ainsi que l'a rappelé le professeur AQUINO, le fractionnement des acteurs impliqués dans la prévention du vieillissement est source de déperdition d'informations ainsi que d'un défaut de transversalité dans la prise en charge de la personne âgée.

A titre d'exemple, la politique de la ville menée par la mairie en faveur des personnes âgées n'est pas systématiquement mise en perspective par rapport aux actions menées par le Centre Communal d'Action Sociale (CCAS).

3 UNE POLITIQUE GLOBALE DE PROMOTION DU « BIEN VIEILLIR » QUI DOIT S'INSCRIRE DANS NOTRE MODELE DE SOCIETE

Au-delà de la promotion du bien vieillir, il apparaît nécessaire que les politiques publiques puissent s'orienter vers un ensemble de mesures concomitantes avec l'objectif d'accompagner le vieillissement dans les meilleures conditions. Ainsi, il s'agit essentiellement d'adopter une stratégie globale et transversale au sein de laquelle le paradigme du vieillissement puisse être totalement intégré. Cette dynamique associée aux initiatives de la société civile ne pourra que concourir à la prise en compte des situations individuelles et collectives à l'endroit desquelles demain se dessine et se décide aujourd'hui.

Trois leviers principaux tels que le maintien au travail en bonne santé, le volet sanitaire, et l'adaptation de l'environnement aux besoins sociétaux sont en mesure d'inscrire un futur déjà proche dans une démarche positive en termes de promotion du « bien vieillir ». Ces items, s'ils n'ont pas la prétention de repousser les limites du vieillissement, permettraient de l'appréhender avec le plus large angle de vue possible, tant il est vrai qu'il s'agit d'un âge de la vie qui occupera une part de plus en plus importante dans notre cycle biologique. La réflexion s'achèvera à l'aune des stratégies et choix financiers qu'il importerait de rechercher et de mettre en œuvre, toute réforme s'accompagnant le plus souvent de moyens supplémentaires.

3.1 Maintenir les personnes au travail en bonne santé et favoriser le vieillissement actif

Le vieillissement actif consiste à maximiser et à utiliser les potentiels des séniors, à les considérer comme une chance pour la société. Il peut se décliner en quatre composantes : la participation à la vie sociale, le travail associatif, la poursuite de la formation, ainsi que l'emploi des séniors.

De nos jours, 27 % des personnes âgées de plus de 55 ans déclarent faire du bénévolat, en moyenne 14 heures par mois. C'est à 70 ans que la proportion de personnes déclarant faire du bénévolat est la plus forte.

Cette activité pourrait être encouragée car elle permet aux séniors de conserver un rôle dans la société, d'entretenir le lien social et elle contribue à l'amélioration de l'image de soi par rapport aux services rendus. Cette piste concerne en premier lieu les personnes retraitées qui disposent de plus de temps libre pour pouvoir exercer des activités bénévoles.

Afin de favoriser le vieillissement actif, il conviendrait également d'encourager, par l'information, la reprise de formation pour les séniors. Cela peut passer par le développement des universités du temps libre, avec des méthodes pédagogiques adaptées à l'avancée en âge qui permettent d'entretenir les capacités cognitives tout en maintenant le lien social et en rompant l'isolement que certains pourraient ressentir suite à l'arrêt de leur activité professionnelle (16).

Concernant l'emploi des séniors, outre le fait que le prolongement du travail limiterait les besoins de financement du régime actuel des retraites, il s'agirait également d'un facteur d'intégration sociale permettant de conserver une bonne forme intellectuelle et physique. Cela présuppose toutefois l'adaptation des postes de travail. En effet, il ne s'agit pas d'allonger cette durée sur des postes pour lesquels la pénibilité est importante, par exemple le travail en trois-huit, les éboueurs ou les aides-soignants. En revanche, en anticipant le déroulement des carrières des emplois dits pénibles, il est possible d'envisager suffisamment longtemps à l'avance un reclassement des personnes exerçant ces emplois. Ainsi, les danseurs de l'opéra d'Avignon ont une obligation de reconversion à l'âge de 42 ans. Cette reconversion étant programmée dès l'embauche des danseurs, elle est anticipée par l'employeur ainsi que par le salarié qui ne vit pas cette situation de manière négative (16).

Outre le reclassement, il pourrait être proposé une adaptation des horaires de travail ou une réorientation des fonctions, notamment, pour les séniors qui dirigeaient des équipes et pour qui le stress peut devenir, avec l'avancée en âge, difficilement supportable. Ainsi, dans le prolongement de la politique du gouvernement actuel s'agissant du contrat de génération, des fonctions de tutorat, de conseil ou d'expertise pourraient être généralisées. Cela permettrait de transmettre un savoir faire, une expérience et participerait à l'amélioration de l'image au sein de la société (16).

Dans ce contexte de reclassement programmé et d'adaptation des conditions de travail, la DRH a un rôle important à jouer. D'abord, en recensant les personnes concernées par des emplois pénibles, ensuite, en les recevant pour envisager avec elles la poursuite de leur carrière au sein du même établissement sur d'autres fonctions (16).

Dans cette optique, des formations spécifiques peuvent être proposées, ce qui, de plus, permet d'entretenir la motivation des salariés. Pour les sociétés de taille réduite, un partenariat avec d'autres structures peut être envisagé afin de disposer de suffisamment de postes susceptibles d'être proposés au reclassement.

Le rôle du manager de proximité est également très important pour garantir le bien-être au travail des séniors car il est en contact direct avec les salariés, et ainsi, le plus à même de détecter une dégradation de la situation de travail, une perte de motivation ou un sentiment de mal-être. C'est également le premier interlocuteur du salarié qui, avec l'avancée en âge, ne se sentirait plus autant capable qu'avant d'assurer ses fonctions. Ce manager doit pouvoir répondre aux attentes de ses subordonnés et notamment les orienter vers le dispositif existant adéquat (formation en vue de reclassement, entretien avec la DRH...).

Enfin, le médecin du travail a un rôle primordial de suivi de la santé des salariés et de détection de ceux qui ressentent un mal-être au travail. C'est pourquoi il est important de pérenniser cette fonction au sein de tous les établissements, en particulier dans la perspective d'accompagner les séniors en activité plus longtemps et en bonne santé (16).

3.2 Agir sur le volet sanitaire et médico-social des politiques de santé publique dans une dimension plurielle

Le vieillissement en bonne santé se met en œuvre dès le plus jeune âge, et le rôle joué par l'école en la matière est primordial.

En complément des dispositifs déjà existants, il serait intéressant de mettre en place des visites médicales scolaires obligatoires dès l'entrée à la crèche, suivies de bilans de santé en maternelle, afin de détecter précocement un éventuel problème de surpoids ou d'obésité, par exemple. Les parents devraient être associés à cette démarche afin d'assurer une continuité des mesures décidées si des difficultés étaient mises en exergue.

La promotion de l'éducation physique et sportive, dès l'école maternelle, pourrait être envisagée, en vue de créer une « culture » de l'activité physique pour que cela devienne un réflexe pour les enfants et ne constitue pas une obligation.

L'alimentation participe également au vieillissement en bonne santé. Ainsi, l'éducation nutritionnelle pourrait s'opérer au travers d'une heure d'instruction santé, sur le modèle de l'instruction civique, qui aurait lieu mensuellement et se matérialiserait par des repas à thème ou encore des ateliers culinaires afin qu'il s'agisse d'un moment ludique mais instructif pour les enfants et adolescents.

Le volet sanitaire ne saurait être envisagé sans aborder une politique de prévention élargie et ciblée. À titre d'illustration, si 70 % des femmes de 50 à 74 ans participaient au dépistage du cancer du sein, 3.000 décès seraient évités chaque année. S'agissant du cancer colorectal (responsable de 17.000 décès par an pour une prévalence de 37.000 cas), le taux de survie à 5 ans est de 11 % à un stade métastatique alors que s'il est diagnostiqué à temps, ce taux est de 91 % (70 % à un stade intermédiaire). À la lumière de ce constat, il importe de réaffirmer le rôle et les enjeux qui se rapportent à la prévention.

Dans le prolongement des campagnes de santé publique déjà mises en œuvre, notamment par l'Institut National pour la Prévention de l'Éducation en Santé (INPES), il conviendrait de leur associer la promotion des bilans gériatriques, qui pourraient, le cas échéant, intégrer des consultations mémoire. L'objectif à atteindre est, en effet, d'éviter et/ou retarder la dégradation physique précoce. À titre d'illustration, le bilan gériatrique pourrait associer un bilan dentaire afin de prévenir d'éventuelles carences (dents abimées, manquantes...) qui, à court terme, seraient responsables d'une mauvaise hygiène alimentaire pouvant entraîner une dénutrition.

Pour ce faire, il serait également opportun de développer plus avant l'actuelle convention médicale (publication au journal officiel du 25 septembre 2011) conclue entre l'Union Nationale des Caisses sur l'Assurance Maladie (UNCAM) et les organisations professionnelles représentatives de chaque catégorie de praticiens, sous la forme d'un avenant supplémentaire. Ainsi, la systématisation d'un bilan gérontologique entre 65 et 70 ans par le médecin traitant serait actée, valorisée et encouragée par la mise en œuvre de rémunérations spécifiques forfaitaires (dépistage, prévention, consultations spécifiques...), comme cela se fait pour certaines orientations de santé publique contenue dans l'actuelle convention.

L'ensemble des professionnels de la communauté médicale s'accorde à souligner le fait que plus les maladies neuro-dégénératives sont dépistées précocement, meilleure pourra être la prise en charge repoussant ainsi l'échéance de la sénescence. Il importe de rappeler que ce sont actuellement 900.000 personnes qui sont estimées atteintes de la maladie d'Alzheimer et que les projections augurent d'une augmentation à 1,3 millions en 2020 et 2 millions en 2040.

Le développement des services de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) gériatriques associé à un véritable projet de retour à domicile fait état de réels besoins. Par exemple, les services de SSR polyvalents, plus particulièrement situés en zone rurale, accueillent des personnes âgées dont l'état de santé est des plus dégradés et se retrouvent, le plus souvent, saturés par des patients qui relèvent davantage de l'Unité de Soins de Longue Durée (USLD) ou de l'Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD). Certaines familles usent de cette disposition dilatoire afin de retarder le plus possible l'entrée en institution, que ce soit pour des raisons financières ou affectives car ils ne parviennent pas à se résoudre au placement de leur parent.

Enfin, la formalisation institutionnelle de la collaboration ville / hôpital permettrait d'anticiper les situations de dégradation pathologique de certaines personnes âgées. Cela pourrait se traduire notamment par des rencontres régulières (et indemnisées) entre professionnels de santé, une meilleure connaissance de l'autre étant un facteur favorisant la collaboration.

Hormis les cas liés à l'urgence, différents programmes de retour à domicile peuvent être valorisés, et ce, dès l'hospitalisation et en fonction de l'état de la personne ainsi que de son environnement social et/ou familial.

Chaque établissement de santé pourrait généraliser, dès l'hospitalisation, la formalisation d'une procédure de retour à domicile en concertation avec les assistantes sociales basée sur un premier bilan du cadre de santé du service (ou en concertation pluridisciplinaire) et en lien direct avec les Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC), les associations d'Aide à Domicile en Milieu Rural (ADMR), ou les Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS).

Parallèlement, l'hospitalisation est souvent génératrice de perte d'autonomie en raison d'une assistance trop prégnante dans les actes de la vie courante. Il conviendrait donc de repenser les représentations et l'organisation du service autour de l'optimisation de l'autonomie de la personne âgée. Comme le propose le Professeur AQUINO, cette dynamique pourrait s'inscrire dans un projet de pôle et constituer un nouveau critère dans la démarche de certification.

La cohérence de l'action au sein du secteur médico-social doit impérativement être recherchée, notamment dans la coordination des filières gériatriques au travers des Maisons De l'Autonomie (MDA), si cette piste devait être retenue.

Il s'agit d'une proposition dont les rapports BROUSSY, PINVILLE et TRILLARD se font également l'écho. Ainsi, cet organisme centralisé de répartition des moyens logistiques et humains pourrait constituer un guichet d'entrée unique en termes d'aide à domicile ou sociale. Les établissements sanitaires pourraient y associer toutes leurs compétences : professionnels de santé, Service des Soins Infirmiers à Domicile et de l'Hospitalisation à Domicile (SSIAD et HAD).

Cette démarche pourrait, de surcroît, être exhaussée par l'accélération de la mise en œuvre du dossier patient informatisé qui inclurait, dans la Carte Vitale, l'ensemble des informations liées à la prise en charge à domicile (les besoins, les professionnels de santé, les intervenants...).

En dernier lieu, il conviendrait d'harmoniser les Programmes Interdépartementaux d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) avec les Schémas Régionaux d'Organisation Médico-Sociale (SROMS). Au-delà, la simplification des financements serait une piste qu'il conviendrait de suivre, dans un souci de transparence, de cohérence et d'équité des différents dispositifs à l'échelle du territoire national.

3.3 Développer les politiques nationales autour de l'environnement et de la dimension sociale

L'importance d'adapter le logement a été soulignée par le sénateur TRILLARD dans son rapport du mois de juin 2011 (seuls 6 % des français de 50 ans et plus déclarent habiter un logement spécialement adapté contre 16 % aux Pays-Bas). En effet, l'adaptation du logement répond aux besoins des personnes avançant en âge et peut être favorisée par le développement d'aides financières, par exemple, pour l'installation de portes plus larges facilitant les déplacements ou de douches à l'italienne afin d'éviter le risque de chutes dans la baignoire. Cela pourrait se matérialiser, notamment, par l'octroi de subventions à l'équipement particulier (rampes, monte-escaliers, domotique...), comme cela se fait avec la prestation de compensation du handicap (PCH).

S'agissant des locataires, des aides au déménagement associées à des solutions de relogement pourraient être proposées (notamment pour les bailleurs sociaux).

La création de résidences seniors devrait être encouragée car il s'agit d'une étape intermédiaire entre le domicile et les structures d'hébergement médicalisées de type EHPAD.

Ces résidences devraient être installées en centre-ville et à proximité des commerces en vue de permettre la participation à la vie communautaire. Les appartements de ces résidences seraient indépendants et adaptés à l'avancée en âge, mais comporteraient des salles communes pour permettre le développement de liens sociaux entre résidents. Par ailleurs, il est important d'intégrer ces logements dans un projet urbain comportant d'autres types d'habitat et de structures, et ce, afin d'éviter la création de « ghettos » de personnes âgées (11).

Enfin, les résidences seniors permettraient la création d'emplois non « délocalisables » et ne représenteraient pas une charge financière pour l'Etat, puisque la gestion en serait assurée par des investisseurs privés (11).

Ainsi, le site intergénérationnel de Couëron, en Loire Atlantique, a été inauguré en juin 2012. Il comprend des logements sociaux, de l'habitat privé, des logements réservés pour les personnes handicapées, des équipements médicaux et paramédicaux, des commerces, une crèche et une école (11). Une résidence intergénérationnelle a également été créée à Rennes : l'espace Simone de Beauvoir (plus connu sous ce nom) à la caserne Anatole France, au sein de laquelle des personnes âgées – essentiellement des femmes – cohabitent avec des familles et des étudiants qui ont signé une charte les engageant à s'investir dans la vie collective. Les résultats de cette expérience sont globalement positifs, bien que des points négatifs méritent d'être soulignés, notamment le financement non pérenne de certaines activités (animation), en raison de son caractère expérimental, et la différence de rythme de vie entre personnes âgées et étudiants.

Le développement de transports en commun adaptés aux personnes âgées (minibus aménagés qui desserviraient les lignes suburbaines afin de rompre avec l'isolement) associé à la perspective de leur inclusion au sein de la ville constituerait un bénéfice dont les effets pourraient toucher le plus grand nombre de personnes, qu'elles soient âgées ou non. Il conviendrait d'y associer le développement de zones piétonnes et la construction de parkings périphériques avec navettes gratuites.

D'une part, cela assurerait la promotion de la marche à pied, avec, en filigrane l'activité physique par l'intégration de la personne dans le paysage urbain ; d'autre part, cela rendrait les centres villes plus attractifs. Ce projet conduirait, de facto, à des externalités positives s'agissant des problématiques environnementales, urbaines (bruit, pollution), et économiques.

Parallèlement, l'aménagement d'espaces de convivialité, tels qu'une place en centre-ville avec de nombreux bancs où les personnes âgées pourraient se retrouver serait un facteur d'attractivité supplémentaire. La prise en compte des personnes âgées dans les projets d'urbanisme et de transports en commun permettrait de faciliter leur mobilité et par là même, leur intégration dans la communauté. Il convient ainsi d'éviter la mise en place d'escaliers lorsque cela est possible, ce qui facilite également les déplacements des personnes handicapées et des personnes avec des poussettes.

Cette stratégie globale serait préfiguratrice d'un système gagnant/gagnant dans lequel commerçants et consommateurs se retrouveraient. En effet, de plus en plus d'élus déplorent la désaffection des centres villes où les commerces ferment les uns après les autres.

3.4 Envisager de nouvelles sources de financement

Toute réforme s'accompagne nécessairement de financements à rechercher, plus particulièrement à l'aune de la mise en œuvre de mesures nouvelles. Il serait en effet illusoire d'espérer pouvoir le faire à moyens constants.

Bien que la mise en œuvre des propositions citées précédemment puisse augurer de substantielles économies sur la prise en charge du vieillissement à moyen ou long terme, et ainsi, permettre l'autofinancement de celles-ci, il convient, néanmoins, de réfléchir sur les modes de financement de ces dispositifs à court terme.

Ainsi, dans le cadre du lancement des débats sur le financement du cinquième risque sous le quinquennat du Président SARKOZY, deux rapports se voulaient force de propositions. Les rapports ROSSO-DEBORD – 2010 (17) / VASSELLE 2 –2011 (18) –envisagent différents leviers en vue d'assurer un financement pérenne de la dépendance. Cinq axes principaux avaient été retenus :

- Réintroduction de la récupération sur l'actif successoral de l'allocation personnalisée à l'autonomie (APA) : si cette mesure peut s'avérer discutable sous l'angle de la solidarité nationale, elle peut, de surcroît, s'avérer inefficace en raison du risque d'organisation de sa propre insolvabilité (donations de son vivant par exemple ou comportement dispendieux).
- Exclusion du groupe iso-ressources (GIR) 4 (aide aux actes de la vie quotidienne) de l'APA : la question qui se pose est de savoir si cela constitue une mesure socialement acceptable.

- Développement de dispositifs assurantiels privés : vers une assurance dépendance obligatoire ? : cette voie peut apparaître particulièrement risquée tant il est vrai que la France basculerait dans un système trop libéral au risque de renier ses principes fondamentaux qui ont fait les valeurs de la République tels que ceux de l'égalité et la fraternité. D'autre part, le libéralisme à l'excès pourrait ouvrir la voie d'une assurance santé totalement privée pour laquelle certains lobbies d'assureurs français militent et dont les effets délétères sont bien connus (notamment aux Etats-Unis).
- Instauration d'un second jour de solidarité : il pourrait s'agir d'une piste intéressante qui aurait le mérite d'être égalitaire dans la mesure où elle touche tous les travailleurs. En revanche, elle ne touche que les travailleurs, ce qui pourrait s'avérer injuste à l'endroit des retraités vers qui le financement de la prise en charge s'adresse prioritairement.
- Augmentation de la contribution sociale généralisée (CSG) : créée en 1991 sous le gouvernement de Monsieur ROCARD, cette solution serait plus cohérente puisqu'elle serait entièrement dédiée à la prise en charge de la vieillesse dans sa globalité (retraite + prise en charge du volet sanitaire et social du vieillissement). Elle constituerait, par ailleurs, une solution plus équitable puisque son assiette est la plus large de l'imposition française (revenus du travail, de remplacement et du patrimoine). Tout le monde contribuerait à hauteur de ses capacités respectives.

Dans une perspective d'équité et de justice sociale, avec, en filigrane, une action transparente et pédagogique, il importe de minimiser toute velléité d'opposition des français les uns par rapport aux autres. Pour autant, il s'agit de notre avenir et surtout de celui des générations futures vers lesquelles nos actions doivent converger afin de ne pas laisser une situation dégradée. Tout un chacun doit se sentir concerné, dépasser l'entre soi, et prendre fidèlement sa part de contribution à l'effort collectif.

Ainsi, à titre d'illustration, l'APA pourrait être limitée à un plafond de revenus (2.000 € par exemple) : cette prestation est universelle (comme les allocations familiales) et n'est donc pas soumise à conditions de ressources. Si elle versée en totalité pour des revenus inférieurs à 725 € par mois, elle est proportionnelle jusqu'à 2.830 € par mois et au-delà, elle est versée à hauteur de 10 % du montant.

Conclusion

Après avoir envisagé les enjeux de la prévention du vieillissement ainsi que les intérêts et les limites qui en découlent, il ressort une réelle nécessité de cultiver une vision positive du vieillissement comme partie intégrante de la vie et de faire évoluer le dispositif législatif.

Ainsi, depuis plusieurs années, la prévention est devenue une des préoccupations majeures de la politique de santé. En effet, partant du constat que la prévention est le parent pauvre de notre système de santé et que celui-ci se fonde sur un fonctionnement en tuyau d'orgue, la loi HPST a vocation à introduire transversalité et décloisonnement entre des secteurs interdépendants (le médico-social, le sanitaire, la prévention, l'ambulatoire). Elle concourt, de ce fait, à fluidifier le parcours du patient (exemple de la filière gériatrique). Le renforcement du volet prévention dans la prochaine loi de santé publique devra donc être un axe privilégié afin d'inscrire l'accompagnement global de l'individu tout au long de sa vie dans un continuum.

Le témoignage d'une dame de 83 ans nous a fortement interpellé dans sa manière d'exprimer son sentiment face au vieillissement et à l'institutionnalisation. Elle considère que l'institutionnalisation constitue une situation d'oisiveté totale en contradiction avec la période de la vie active. Les personnes âgées gagneraient alors en sécurité et en protection (soins dispensés notamment) au détriment d'une part de leur liberté qu'elles concèdent à l'institution (liberté d'aller et venir notamment). En filigrane, c'est la notion de perte d'autonomie qui est abordée. Littéralement, l'autonomie, du latin « *auto nomos* », signifie « la loi que l'on se donne à soi-même ». De fait, la perte d'autonomie correspond à la perte du droit à se gouverner par soi-même. Existe alors un réel risque de confusion entre l'incapacité à faire et l'incapacité à décider/choisir. Il convient, dès lors, de rompre le lien entre vieillissement et perte d'autonomie. Cela justifie donc une évolution des mentalités et des représentations autour du vieillissement ainsi que la mise en œuvre de nombreuses actions en faveur de la promotion du bien vieillir en cours et à venir.

En 2012, l'année européenne du vieillissement actif et de la solidarité intergénérationnelle a favorisé une multitude d'initiatives qui méritent d'être reconduites et systématisées dans toute la société au-delà d'une mobilisation ponctuelle.

Méthodologie

Concernant les aspects méthodologiques, le groupe du MIP a souhaité recueillir l'avis de professionnels concernés par la thématique du vieillissement, qui ont pu apporter leurs différents éclairages en fonction de leur degré d'expertise et de leur spécialité.

Une plus-value certaine a pu être retirée de ces témoignages.

S'agissant de la conduite de ces entretiens, le groupe 4 a fait le choix de ne pas opter pour une grille d'entretien commune, les fonctions des personnalités rencontrées étant de nature disparate (élus, médecins généraliste, personnalité qualifiée...) et la problématique ayant un caractère pluridimensionnel. Par ailleurs, la définition du sujet comportait une formulation paradoxale : en effet, comment prévenir le vieillissement qui, *de facto*, est un processus physiologique irréversible ?

Le groupe s'est également inspiré de la littérature dont la restitution commune a permis d'élaborer une grille de lecture qui a servi de base à la construction du plan et à l'alimentation des réflexions.

Le travail en interfiliarité a été une ressource dans la mesure où il a favorisé l'expression d'une diversité de points de vue et a permis de mutualiser les expériences.

Bibliographie

- (1) MEMMI A. (1979). *La Dépendance*. Paris : Gallimard. p. 32
- (2) INSEE (2010). *Projection de la population 2007-2060*. Documents en ligne : http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATTEF02164
Insee résultats, n° 117, décembre 2010
http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1320
- (3) IMBERT G., coor. (2012). *Prévention et vieillissement : modèles, expérimentations et mise en œuvre*. *Gérontologie et société*, n° spécial, septembre 2012.
- (4) AQUINO J.-P. (2013). *Anticiper pour une autonomie préservée : un enjeu de société*. Paris : La documentation française. Document en ligne : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/134000175/0000.pdf>
- (5) BROUSSY L. (2013). *L'adaptation de la société au vieillissement de la population : France : année zéro ! Rapport à Mme Michèle Delaunay, Ministre déléguée aux personnes âgées et à l'autonomie*. Paris : La documentation française. Document en ligne : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/134000173/0000.pdf>
- (6) PINVILLE M. (2013). *Relever le défi politique de l'avancée en âge : perspectives internationales : rapport remis à M. le Premier Ministre*. Document en ligne : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapportspublics/134000174/0000.pdf>
- (7) Données Eurostat citées par INSEE. (2013). *Population par âge. Tableaux de l'économie française - édition 2013*. Document en ligne : http://www.insee.fr/fr/mobile/etudes/document.asp?reg_id=0&ref_id=T13F032
- (8) INSERM (2012). *Les dernières données sur l'espérance de vie en bonne santé dans les 27 pays de l'UE*. Document en ligne : <http://www.inserm.fr/espace-journalistes/les-dernieres-donnees-sur-l-esperance-de-vie-en-bonne-sante-dans-les-27-pays-de-l-ue-rendues-publiques-a-paris-cette-semaine>
- (9) JOURDAIN A., BRECHAT P.-H., dir. (2012). *La nouvelle planification sanitaire et sociale*. 2^{ème} éd. Rennes : Presses de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique.
- (10) TRILLARD A. (2012). *Rapport - Mission au profit du Président de la République relative à la prévention de la dépendance des personnes âgées*. Document en ligne : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000390/0000.pdf>
- (11) CESE, Institut Silverlife. (2012). *Actes du Forum « Senior : une chance pour la France » organisé les 19 et 20 novembre 2012 à Paris*. Document en ligne : <http://www.acteurspublics.com/files/silverlife/Actes-papier.pdf>
- (12) CASSAN F., MAZUY M., TOULEMON L. (2001). *Douze millions et demi de grands-parents*. INSEE Première, n° 776, mai 2001. Document en ligne : <http://www.institutdelafamillegeneve.org/grandparents.pdf>

(13) Centre d'analyse stratégique. (2010). *La "grand-parentalité active", un triple enjeu de solidarité, de conciliation travail /hors travail et d'emploi des seniors*. Note d'analyse n° 199, novembre 2010. Document en ligne :

<http://politiquessociales.net/IMG/pdf/NA199-Qsociales-Grandparentalite.pdf>

(14) GUILLEMARD A.M. (2012). *Refonder la solidarité entre les générations pour la retraite et l'emploi. Une politique qui prend en compte les cycles de vie*. Document consulté le 14/5/2013 sur le site Agevillage.com – Bien vieillir et accompagner le grand âge. Document en ligne :

<http://www.agevillage.com/actualite-7619-1-anne-marie-guillemard-refonder-la-solidarite-entre-les-generations-pour-la-retraite-et-l-emploi.html>

(15) CESE. (2012). *Les enjeux de la prévention en matière de santé*.

Document en ligne :

http://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/avis2012_03_prevention_sante.pdf

(16) Mutuelle Nationale Territoriale (MNT). Observatoire social territorial. (2012). *Gérer et anticiper les fins de carrière : les séniors dans la fonction publique territoriale*. Les Cahiers de l'Observatoire social territorial, n° 5, juin 2012. Document en ligne :

<http://www.inet.cnfpt.fr/documents/062012/120612100318Atelierdeobservatoireren5bd.pdf>

(17) ROSSO-DEBORD V. (2010). *Rapport issu des travaux de la mission sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes*.

Document en ligne :

<http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i2647.asp>

(18) VASSELLE A. (2011). *Rapport d'information fait au nom de la mission commune d'information sur la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque*.

Document en ligne :

<http://www.senat.fr/rap/r10-263/r10-2631.pdf>

Liste des annexes

Annexe 1 : Tableau récapitulatif des enjeux, intérêts, limites et évolutions autour de la problématique

Annexe 2 : Entretien avec un médecin généraliste à Etrelles (35)

Annexe 3 : Entretien avec le responsable du pôle formation et projets relatifs aux personnes âgées à la Fondation de France à Paris (75)

Annexe 4 : Entretien avec le responsable de l'observatoire des besoins des personnes handicapées et des personnes âgées au Conseil Général de l'Ille et Vilaine (35)

Annexe 5 : Entretien avec l'adjointe au maire de Rennes (35), déléguée aux personnes âgées

Annexe 6 : Entretien avec un médecin généraliste à Montpezat de Quercy (82)

Annexe 7 : Entretien avec la directrice de l'Institut du Vieillissement en Franche-Comté à Besançon (25)

Annexe 8 : Entretien avec le chef de service de médecine gériatrique au CHU de Rennes (35) (site de la Tauvrais)

Annexe 9 : Entretien avec le président du Comité de l'avancée en âge à Versailles (78)

Annexe 10 : Entretien avec un psychologue du CHU de Rennes (35)

Annexe 11 : Entretien avec le directeur de l'action sociale de l'AG2R/La Mondiale (35)

Annexe 12 : Témoignage d'une personne âgée de 83 ans

ANNEXE 1

TABLEAU RECAPITULATIF DES ENJEUX, INTERETS, LIMITES ET EVOLUTIONS AUTOUR DE LA PROBLEMATIQUE

Rapports	Enjeux	Intérêts	Limites	Evolutions, Inflexions
Trillard	Financiers (Etat) notamment le coût de la dépendance estimé à 25 mds	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ecrire dès à présent une stratégie de financement qui s'inscrira dans la durée ✓ Subvenir à ses propres besoins et aides à domicile éventuelles ✓ Silver-économie 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Actions trop tournées vers le curatif au détriment du préventif ✓ Quelles sources de financement ? ✓ Revenus trop faibles 	Voir point suivant
Trillard	Financier (personnes âgées et familles)			Création de l'APA
Broussy	Financement des géronto-technologies			
Broussy	Politique	Atteindre un consensus autour des politiques publiques et de l'harmonisation des financements		
Broussy	Gouvernance des instances de pilotage (nationales, régionales, départementales)	Unicité de la décision	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pas de fongibilité des enveloppes ✓ Diversité des acteurs 	
Trillard	Inégalités de santé et maillage territorial de l'offre de soins et de services d'aides à domicile	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Egalité de tous devant l'offre ✓ Relever le niveau de santé de la population vers le plus haut niveau possible 	Fonctionnement et initiatives locales désordonnées, en tuyau d'orgue, isolées, en doublon Inégalités de santé, déserts médicaux Niveau de revenus et renoncement aux soins	MDPH puis réflexion vers MDPA HPST CMU – CMU-C – ACS

Rapports	Enjeux	Intérêts	Limites	Evolutions, Inflexions
Pinville	Articulation des dimensions sanitaires et sociales	Décloisonnement de l'offre sanitaire et médico-sociale		
Pinville Broussy	Professionnalisation et revalorisation des carrières des services à la personne –	<ul style="list-style-type: none"> ✓ création de nouveaux métiers ✓ lutte contre le chômage 		
Forum séniors	Maintien au travail et santé au travail (allongement des carrières) – comparaisons européennes / harmonisation	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Maintien d'une bonne forme intellectuelle et physique ✓ Intégration sociale 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Adaptation du poste de travail à la pénibilité ✓ Pénurie de médecins du travail 	
Trillard Aquino Broussy	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Hygiène de vie (tabac, alcool, activité physique...) ✓ Sensibilisation des personnes dans les tranches d'âge qui précèdent celui de la retraite ✓ Promotion du vieillissement actif 	Recul de la maladie, augmentation de l'EVSI	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mise en œuvre des différentes politiques de prévention ✓ Comportements individuels et prise de conscience ✓ Facilités financières ✓ Accès à l'information 	Education, prévention Progression de la part consacrée à la prévention de 4 à 7 % en 10 ans
Trillard	Photographie de l'état de santé des personnes âgées	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mesurer l'état de santé de la population âgée et des besoins qui s'y rapportent ✓ Renforcer l'adaptation de l'offre 	Projections démographiques – progression prévisible de la dépendance mais sans réelle précision Allongement de l'espérance de vie	Mobilisation des médecins généralistes (médecin traitant) et dernières conventions médicales

Rapports	Enjeux	Intérêts	Limites	Evolutions, Inflexions
Trillard	Progression de l'espérance de vie sans incapacité (EVSI)	Retarder le handicap, la dépendance	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Conditions de travail et hygiène de vie tout au long de la vie ✓ Inactivité ✓ Fragilité ✓ Niveau d'éducation, de vie et de réceptivité à la prévention ✓ Allongement de l'espérance de vie ✓ Augmentation importante de la MA et apparentées 	Réforme des 35 heures Facilitation de l'outil de travail Politiques de prévention
Trilliard Pinville Broussy Aquino	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Adaptation de la société aux besoins de tous ✓ Adaptabilité et accessibilité pour tous du logement et de l'urbanisme ✓ Favoriser le maintien à domicile 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Faciliter l'intégration de tous au sein de la société, le maintien à domicile ✓ Favoriser l'accessibilité aux transports, voirie, commerces de proximité, accès aux services 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Financières ✓ Respect des opposabilités faites à la construction et accessibilité urbaine 	Création de l'APA
Trillard	Accompagnement (conseil, information, orientation...)	Favoriser la fluidité de l'information Faciliter la prise de décision	Eclatement de la bulle familiale	Initiatives locales de solidarités intergénérationnelles
Trillard	Repérer les personnes fragiles	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cibler les personnes concernées ✓ Permettre une prise en charge plus rapide 	Organisationnelle : on ne peut pas toucher tout le monde	Politique institutionnelle de recensement par les professionnels de santé (cures, aidants, associations, assistantes sociales, médecins traitant,

Rapports	Enjeux	Intérêts	Limites	Evolutions, Inflexions
Trillard Pinville Broussy	Repérer les personnes seules et lutte contre l'isolement	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cibler les personnes concernées ✓ Permettre une prise en charge plus rapide 	Organisation du signalement : qui fait quoi et comment	Politique institutionnelle de recensement par les professionnels de santé (cures, aidants, associations, assistantes sociales, médecins traitant,
Pinville Broussy	Reconnaissance des droits de la personne âgée (liberté, choix...)		Conciliation de l'éthique et de la sécurité	
Pinville Broussy	Changement du regard de la société sur les personnes âgées (paradigme)	Lutte contre les discriminations et stigmatisation	Culturelles et humaines	
Pinville Broussy	L'implication de chacun	Prise conscience présente et à venir	Culturelles et humaines	
Pr Baulieu	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Recherche médicale ✓ Révolution technologique et géronto-technologique 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Thérapeutiques nouvelles ✓ Création d'emplois ✓ Développement de la silver-économie 		

ANNEXE 2

RENCONTRE AVEC UN MEDECIN GENERALISTE A ETRELLES (35)

Médecin généraliste, président d'un SSIAD, il a participé à la mise en place du bistrot mémoire de Vitré (35) qu'il préside. Il travaille actuellement sur un projet de montage d'un pôle de santé disciplinaire sur le secteur.

Le Docteur P. fait de la prévention au quotidien dans ses consultations. La prévention du vieillissement passe principalement par la lutte contre les facteurs de risques entraînant des atteintes physiques (AVC, diabète). S'agissant du vieillissement cognitif, et notamment de la maladie d'Alzheimer, le Docteur P. observe qu'il est difficile d'agir. Il exprime la complexité qu'il y a à annoncer un diagnostic de maladie d'Alzheimer, cette pathologie étant considérée comme plus grave qu'un cancer car c'est un état définitif. Le diagnostic précoce n'est donc pas toujours pertinent à ses yeux car l'annonce est parfois génératrice d'un état dépressif; dans certains cas, il souligne que « ne pas savoir » permettrait de « gagner en qualité de vie » au début de la maladie.

Interrogé sur l'accès aux soins et sur les personnes qui ne viennent pas en consultation, le Docteur P. précise que le manque d'argent pour se faire soigner et les difficultés d'accès à l'offre de soins ne sont pas réels sur le secteur.

Il ajoute que mis à part le problème des transports, on trouve dans le secteur de Vitré / Etreilles, un SSIAD, des infirmiers, des médecins, un service de portage à domicile, une équipe spécialisée Alzheimer.... Malgré ce, il reste, comme en ville, des personnes isolées qui, pour certaines ne veulent pas se faire soigner. Ce refus de soins peut être accentué par le sentiment de perte lié, par exemple, à une incapacité. Il peut être aussi le fait d'un isolement géographique, dans certains lieux ou hameaux retirés, par exemple.

Globalement, l'isolement est aussi présent selon lui dans les campagnes qu'en ville. Certaines personnes s'isolent d'elles mêmes et les tentatives d'aide restent sans réponse. Il est alors difficile d'aller à l'encontre des choix individuels.

La vie associative peut être une clé importante pour palier à cet isolement.

Le bistrot mémoire de Vitré a été créé en 2007 à l'initiative d'un vitréen, dont l'épouse était atteinte de la maladie d'Alzheimer, qui fréquentait le bistrot mémoire de Rennes et qui est venu voir le Docteur P. pour lancer une structure analogue sur Vitré.

Le bistrot mémoire est un lieu d'écoute et d'échanges où, aidants familiaux et parfois patients atteints de la maladie d'Alzheimer se retrouvent avec un psychologue, des bénévoles et des intervenants extérieurs (juge, avocat, ...). Les rencontres s'articulent autour d'un thème et d'échanges d'informations mais c'est bien souvent pour se retrouver et passer du temps ensemble que les gens viennent.

Par ailleurs, depuis décembre 2012, une équipe mobile Alzheimer a été mise en place dans le cadre d'un partenariat avec le SSIAD de La Guerche de Bretagne. Il fonctionne avec un ergothérapeute et des aides-soignantes, spécialement formées en gériatrie. Il y a déjà cinq prises en charge sur le secteur.

Le Docteur P. travaille actuellement à la mise en place d'un pôle de santé pluridisciplinaire, l'idée étant de mettre en commun des compétences, de travailler ensemble, tout en restant dans son propre cabinet. Un premier objectif consiste à anticiper le départ de médecins vieillissants (trois des six médecins du secteur sont âgés respectivement de 63, 65 et 65 ans) en essayant d'attirer de jeunes médecins par un travail pluridisciplinaire avec kiné, infirmiers et pharmaciens. Cet objectif se double d'une volonté de travailler ensemble pour mieux articuler les prises en charge, de rédiger un projet commun et de rendre visible cette multidisciplinarité.

Des projets d'éducation thérapeutique sur le diabète, la BPCO, les plaies chroniques et les addictions sont en cours d'élaboration. De même, un dispositif de prévention sur les TMS (impliquant des ergothérapeutes et kiné) est en cours de réalisation avec la CARSAT, la maison de l'emploi de Vitré et la médecine du travail.

A cet égard, le Docteur P. évoque les difficultés à articuler l'action du généraliste et du médecin du travail dans les problématiques d'adaptation aux postes, pour des salariés âgés, lorsque la volonté des entreprises manque.

Questionné sur le sport, il précise que ce sont surtout les jeunes qui sont concernés par ces activités. Il n'y a que peu de sportifs dans les âges intermédiaires (à l'exception d'ateliers de danse).

A un horizon de 2025-2030, il y aura une très forte augmentation des troubles cognitifs et, surtout, des personnes âgées atteintes de maladie(s) chronique(s), tels que : le diabète, ou l'obésité. Certainement, également, une augmentation des lits et places de SSIAD, ainsi que des professionnels. Pour autant, il n'est pas certain que l'on voit arriver les personnes malades plus tôt.

Le Docteur P. observe qu'il y a trente ans, il voyait un AVC par quinzaine, tous conduisant systématiquement au décès. Aujourd'hui, dans la mesure où ils sont détectés plus tôt, il en voit en moyenne deux par an d'un meilleur diagnostic, même si les patients peuvent être lourdement affectés. Les coûts de prise en charge s'en trouvent d'autant plus élevés.

Pour lui, il est indispensable de travailler sur l'avenir. A titre d'exemple, il cite la problématique du suicide, dont la prévention devrait être appréhendée sur du très long terme dans les familles concernées, notamment via des groupes de parole. Un dispositif de prise en charge qui suppose des moyens financiers et humains à la hauteur.

Le Docteur P. est dubitatif sur certaines campagnes de prévention et d'éducation thérapeutique. Elles n'apportent pas nécessairement de plus value par rapport à ce que l'on sait déjà et aux informations que les généralistes peuvent dispenser, notamment pour ce qui concerne le diabète ou l'obésité.

Quant aux dispositifs comme les bilans de santé des CPAM ou encore les campagnes de dépistage, il observe que les gens qui s'y présentent sont bien souvent ceux qui viennent le plus souvent en consultations chez lui. Il ajoute ne pas savoir précisément comment faire venir les autres. Enfin, en regardant le contenu des caddies dans les grandes surfaces, il s'interroge sur la portée de certains slogans nutritionnels et notamment le message « *cinq fruits cinq légumes par jours* » qui, finalement, touche principalement des personnes déjà sensibilisées, vivant à proximité d'un marché et ayant les moyens de s'y approvisionner.

Revenant sur les maisons de santé, le Docteur P. observe que la pratique en cabinet a beaucoup évolué depuis trente ans. Des réunions de coordination sont organisées entre professionnels afin de garantir la cohérence des prises en charge et le partage des informations médicales, notamment avec les infirmiers et kinésithérapeutes. Le rôle d'écoute a été renforcé. Le fonctionnement en réseau est devenu capital, mais il doit être structuré sur la base du volontariat et non imposé. Il sera également nécessaire d'y adosser des moyens supplémentaires car le secrétariat médical et la coordination de façon bénévole ne pourront plus durer. Les jeunes médecins ne voudront, légitimement, plus l'accepter désormais.

ANNEXE 3

ENTRETIEN AVEC LE RESPONSABLE DU POLE FORMATION ET PROJETS RELATIFS AUX PERSONNES AGEES - FONDATION DE FRANCE PARIS (75)

La Fondation de France est reconnue d'utilité publique et a pour principale mission l'attribution de fonds pour des causes. Créée en 1969 elle avait pour but de développer en France la philanthropie et le mécénat. L'attribution des fonds s'effectue par le biais des appels à projets et a pour but de soutenir des actions innovantes. La sélection de ces projets se fait avec l'aide d'experts-bénévoles. Les projets soutenus doivent répondre aux besoins des personnes âgées mais aussi avoir un impact localement sur la société.

Le programme Personnes âgées a été lancé en 1975 ; ses orientations ont évolué : au départ il était orienté vers le vieillissement à domicile, aujourd'hui il est plus axé sur l'utilisation des nouvelles technologies.

Pour les personnes âgées, la volonté est d'encourager les établissements et les services à aller plus loin que la loi du 2 janvier 2002 avec le souhait d'une accentuation du droit des usagers en adaptant l'organisation de l'établissement et leurs services.

Le deuxième axe est celui de la participation des personnes âgées à la vie locale avec une adaptation et une ouverture sur l'extérieur de leurs lieux de vie.

Les projets soutenus sont pour le maintien des personnes âgées dans leur lieu de vie, favoriser l'autonomie, lutter contre l'isolement, favoriser le bien être des personnes les plus âgées, mobilité et transport solidaire à la demande.

L'ensemble des projets doit permettre une meilleure qualité de vie des personnes âgées et des activités sociales créatrices de liens sociaux : lieux de partage, de solidarité et de convivialité. Ces projets ont donné lieu par exemple à la création de cafés-sociaux, de boutiques autogérées mais également au financement de projets liés à l'habitat comme les colocations entre aînés et les habitats partagés.

L'idée est celle du partage, de la solidarité, de la vie en collectivité mais surtout une ouverture aux autres. (Voir les actions des associations type « OLD-UP » ou anciennement « solidarité africaine »).

La Fondation de France adopte une vision globale du vieillissement. Bien que les projets relatifs aux personnes âgées soient désormais rattachés au pôle personnes vulnérables (concernant les enfants, les personnes âgées, les personnes malades du Sida, les personnes atteintes de troubles psychiques et les personnes handicapées) de la Fondation de France, l'on souhaite différencier le vieillissement d'un processus strictement médical, strictement relatif à la santé.

La Fondation de France n'utilise pas le terme de « Bien vieillir » car ce terme s'applique différemment à chacun qui conçoit le vieillissement d'une manière propre à sa personne. Pour certains le bien vieillir sera de vieillir en bonne santé, pour d'autres, c'est vieillir sans incapacité. De plus, il existe des inégalités sociales et culturelles qui affectent de plus en plus fortement le vieillissement des personnes au fur et à mesure de leur avancée en âge. Par ailleurs, il faut travailler sur le problème de la perte d'autonomie et de son image dans la société avec une vision plus positive des choses : par exemple on travaille désormais sur le vocabulaire employé : personnes âgées : aînés, dépendance : perte d'autonomie vers une vision plus positive des choses. La définition du mot personne âgée qui est adoptée au sein de la Fondation de France est celle utilisée pour les statistiques : aujourd'hui cela désigne les personnes de plus de 75 ans mais cette définition reste à la discrétion de chacun.

Le terme des aînés s'inspire du modèle canadien et la France s'est approprié ce terme.

La prévention du vieillissement est, selon Madame G., un non-sens car on ne peut prévenir au sens d'éviter un processus inéluctable. On peut prévenir les effets indésirables du vieillissement. En revanche, le vieillissement s'anticipe mais ce processus ne doit pas intervenir trop tôt dans la vie pour ne pas créer une peur. De plus, il faut prendre garde à ne pas culpabiliser les personnes qui ne disposent pas des ressources nécessaires leur permettant de « bien vieillir » (accès aux soins, compréhension des recommandations...). Par ailleurs, l'environnement conditionne beaucoup le bien vieillir : ainsi une personne dépendante parce qu'elle habite au 4^{ème} étage sans ascenseur ne le sera plus du tout si elle a la possibilité de déménager dans un logement au rez-de-chaussée.

Les difficultés rencontrées dans la démarche relative aux personnes âgées est celle d'une contrainte économique liée aux fonds dont la Fondation dispose. Pour impacter efficacement les populations, il faut cibler précisément les problématiques.

Aujourd'hui en matière de prévention du vieillissement, tout n'est pas à inventer mais des innovations doivent se faire sur des domaines bien précis

La Fondation de France finance des projets innovants sur plusieurs années afin qu'ils puissent montrer leur efficacité et leur viabilité, leur permettant ensuite de trouver des financements pérennes. Dans la prévention du vieillissement, il est nécessaire d'accompagner les plans Bien vieillir avec des fonds, une méthodologie et une formation des élus afin de permettre une mise en œuvre concrète.

La notion de Sport-Santé commence à s'appliquer aux personnes âgées mais on reste encore éloignés d'une véritable prévention. Il faut par ailleurs noter qu'il est difficile d'évaluer les effets de la prévention ce qui en rend difficile l'appréciation et les moyens alloués.

L'idée est celle qu'une personne âgée va pouvoir faire la même chose que les autres. Il faut permettre aux gens d'assumer leurs choix de vie ce qui est un des facteurs du « bien vieillir ».

**ENTRETIEN AVEC LE RESPONSABLE DE L'OBSERVATOIRE DES BESOINS
DES PERSONNES HANDICAPEES ET DES PERSONNES AGEES AU CONSEIL
GENERAL DE L'ILLE ET VILAINE (35)**

Quel est l'intérêt de la création d'un observatoire ? Pour qui ?

Madame L. rappelle que la loi de 2005 a préconisé la mise en place d'un observatoire des besoins des PH, mais cela n'a pas été réalisé partout.

Sa mission au sein de la maison départementale des personnes âgées et handicapées (MDPH) arrivant à son terme, le Président du CG et la directrice des services lui ont demandé de mettre en place un observatoire des besoins des PA/PH afin de capitaliser ses ressources (compte tenu de sa connaissance des publics PA/PH) - C'est une approche singulière du département qui n'a pas vocation à être généralisée.

L'observatoire est un petit service, composé de trois personnes (une secrétaire mi temps, une statisticienne à 80% et de Madame L.)

Madame L. se concentre plus sur les besoins des PA. Elle précise qu'elle a participé à l'élaboration des schémas de programmation PA et PH, la liste d'attente des PA. Outre les schémas, sur le département, sont déjà en place des unités Alzheimer, une gestion informatisée des places disponibles.

Pour les PH, le recensement des besoins est plus compliqué à évaluer, dans la mesure où la cotation des handicaps n'est pas réalisée.

Un observatoire a été mis en place en 2009 en Ile de France, mais sans trop de moyens. Il n'existe pas beaucoup de modèles.

Madame L. observe que les contraintes budgétaires sont telles (aussi bien sur le plan national que départemental) que les Conseils généraux ne peuvent pas tout faire. A cet égard, un ciblage est nécessaire.

Comment faites-vous la remontée des besoins ? :

Compte tenu de son parcours, Madame L. a une bonne connaissance des besoins généraux qui s'appuie, notamment, sur le travail des associations (enfants et adultes). Le collectif handicap 35 regroupe 43 associations. Certaines déficiences sont bien connues mais d'autres handicaps sont laissés pour compte (épilepsie active, psy, handicap rare, traumatisés cérébraux).

Ainsi, il convient de signaler que toutes les déficiences ne sont pas repérées, notamment les « handicaps invisibles » car le « codage » des pathologies n'est pas fait dans les dossiers MDPH

Actuellement le Conseil Général réactualise le schéma pour l'autonomie (PA/PH), avec des représentants et des usagers.

Depuis 1982, il n'existe qu'une seule direction PA/PH. La dépendance PA/PH est la même problématique même si, à la demande des associations, il est important de pouvoir les singulariser.

Comment intégrez-vous la prévention ? Quelle articulation avec les orientations nationales ?

La prévention n'est pas une mission du Conseil Général et ce n'est pas le rôle d'un observatoire. Il s'agit d'une mission qui concerne principalement l'assurance maladie, les mutuelles et les caisses de retraites complémentaires (AGIRC-ARRCO par exemple). C'est également une démarche citoyenne et solidaire. En effet, on sait ce qu'il faut faire pour essayer de préserver la santé (alimentation, lutte contre le stress et la sédentarité, surveillance du poids, de la tension,...).

« La prévention du vieillissement devrait commencer dès 25 ans ; il faudrait même l'inculquer plus tôt » (PMI – protection maternelle infantile -, éducation nationale « semaine du goût » dans les cantines). Il y a quelques années, il avait été question de transférer le service de santé scolaire au Conseil Général. Ce transfert n'a pas eu lieu, le service de santé scolaire est moribond.

Le Conseil Général, via la PMI, s'occupe de la prévention de la petite enfance.

Actuellement, dans le cadre d'une mission sur les personnes âgées en perte d'autonomie, il soutient, en s'appuyant sur les CLIC, les aidants professionnels et familiaux (groupe de paroles, « cafés citoyens »...).

A l'initiative de l'ARS, des contrats locaux de santé (CLS) vont être signés notamment à Vitré, Rennes, Redon, Fougères. Au travers de ces contrats, se manifeste une volonté de développer le volet prévention. Le Conseil Général (un pôle territoire / sept agences territoriales) est partie prenante, via le financement mais surtout par des mises à disposition de personnels. Les infirmières sont très impliquées dans les CLS.

Beaucoup de prévention concernant : l'alcoolisme, la lutte contre l'exclusion (RSA, mauvaise habitude alimentaire...), les conduites addictives, la maltraitance dans la petite enfance, et l'obésité. Vitré a été un territoire pionnier dans la mise en place du PNNS (programme national nutrition santé).

Pensez-vous que le regard de la société a changé par rapport au handicap / vieillissement ? Pourquoi ?

Le regard de la société a changé. Une énorme avancée a été faite, notamment sur le handicap, même s'il reste du chemin à parcourir. Maintenant c'est exceptionnel que les PH ne sortent pas. Davantage de demandes de prestations de compensations du handicap sont déposées. Malgré ce, certaines formes d'handicap (autisme, psy..) font peur et sont encore cachées.

Le regard a changé grâce à une information importante et parce qu'un réseau d'assistantes sociales conséquent a été mis en place. Cela tient également à un phénomène régional.

La Bretagne est une terre de solidarité (particulièrement l'Ille et Vilaine, les Côtes d'Armor et le Finistère). Une volonté politique forte, quelle que soit la tendance politique, et enfin une implication de certaines personnes qui n'hésitent pas à donner de leur temps y compris bénévolement (cycle de conférence regroupant gériatres, juristes....).

Que pensez-vous des campagnes de prévention ?

La prévention routière est très importante, notamment dans le monde du handicap.

De manière générale, les campagnes de prévention participent à la prise de conscience mais elles sont insuffisantes ; il faudrait les développer (dépistage cancer du sein, ateliers pédagogiques sur la semaine du goût.....). Elle souligne que lorsqu'on est sensibilisé, on se sent concerné, plus en éveil, et que la répétition d'un message finit par atteindre la cible (campagne prévention routière plus agressive).

Pensez-vous que l'on puisse contraindre les personnes à faire de la prévention ?

Madame L. estime que, plus que la contrainte, la force de conviction est préférable. Les changements ne peuvent pas être imposés, il faut convaincre de l'utilité d'une action. Il faut un mélange des deux. Par exemple, avec la loi de 2005, les établissements publics ont été incités à rendre accessibles leurs locaux aux personnes handicapées. La limite était fixée en 2015.

Compte tenu du fait que l'objectif ne sera pas atteint, la limite a été repoussée. Elle pense que certaines normes doivent être imposées.

Certaines actions de prévention relèvent de la volonté individuelle, par exemple la mammographie pour les 50 -70 ans – liberté individuelle, mais il faudrait malgré tout proposer des examens annuels.

D'autres actions de prévention ont des répercussions collectives (par exemple vaccinations des enfants). Pour celles-là, il faudrait imposer des normes radicales, ne pas laisser le choix.

Quelles sont les limites de la prévention ?

Il existe une limite financière mais ce n'est pas la seule et ce n'est pas forcément la principale. Je pense que la limite c'est l'individu. Comment faire pour qu'il se sente concerné ?

Le budget prévention est insuffisant. Certaines actions sont faites par l'AGIRC ARCCO mais elles ne s'adressent qu'à leurs adhérents.

La mutualité d'Ille et Vilaine mène également des actions mais qui ne s'adressent qu'à un petit nombre (prévention des chutes).

Avec le CHU, Madame L. a conduit des actions en direction des malades d'Alzheimer et porteurs de maladies apparentées.

Pensez-vous que le regroupement des crédits dédiés à la prévention au sein d'une seule structure soit une bonne idée ?

Madame L. estime qu'actuellement les actions de prévention sont menées par différents organismes, qu'elles sont trop ciblées et, de fait, ne touchent que leurs seuls adhérents (AGIRC ARCCO). Regrouper les crédits pourrait être une bonne idée.

A la fin de l'entretien, Madame L. fait part des observations qu'elle a faites au cours de deux voyages d'études menés au Québec en 1984 et 1996. Parmi tous les modèles rencontrés (béguinage, hébergement temporaire, baluchonnage, développement d'habitat regroupé avec une maîtresse de maison), certains ont été expérimentés en Ille et Vilaine.

Interrogée sur la question des droits des PH et PA, Madame L. estime qu'ils sont globalement respectés, même s'il peut demeurer des lacunes au niveau individuel.

A cet égard, dans le département, les conseils de la vie sociale et les règlements de la vie intérieure sont mis en place et respectés, les services du Conseil général constituant une structure d'appui particulièrement sollicitée (groupes de travail, concertation, coopération). Elle revient ensuite sur la nécessité pour le Conseil général de mener à bien le codage du handicap principal et des handicaps associés afin de mieux identifier les besoins des PH. Elle décrit rapidement des modalités techniques de ce codage qui s'appuie sur un thésaurus CNSA, en lien avec la classification internationale.

Après avoir évoqué les missions de la statisticienne avec laquelle elle travaille (études sur bénéficiaires APA, PMI, « portrait de canton », cartographie,...) et les liens fonctionnels avec l'ARS, Madame L. conclut l'entretien en évoquant certains des chantiers qu'elle a pu conduire depuis qu'elle travaille au Conseil général, en s'appuyant sur les professionnels : temps partiel dans les ESAT, accueil de nuit en institution ou au domicile, charte de coopération pluridisciplinaire sur le handicap physique (aujourd'hui modélisée par l'ARS), mise en place d'un premier référentiel qualité en établissement de personnes âgées (avant Angélique), création d'une cellule maltraitance dès 2005 (signalement, assistance, formation des professionnels)...

ANNEXE 5

ENTRETIEN AVEC L'ADJOINTE AU MAIRE DE RENNES (35), DELEGUEE AUX PERSONNES AGEES

Présentation personnelle : elle est revenue tout d'abord sur les différentes missions qu'elle assume tant pour la ville de Rennes qu'au CCAS

1. Première mission : la direction de la délégation aux personnes âgées rattachée au CCAS avec gestion d'une part des services d'aide à domicile (SAD + SSIAD + équipe mobile spécialisée Alzheimer) et d'autre part des établissements (EHPAD et foyer logement pour un total de 540 places).
2. Deuxième mission : la politique gérontologique de la ville qui s'appuie sur le CODEM (Comité d'Observation de la Dépendance et de Médiation), qui est une particularité du département d'Ille et Vilaine. Le territoire de Rennes est limité strictement à la ville de Rennes avec un CODEM qui définit les actions du CLIC de Rennes. Ce dernier est spécifiquement dédié aux personnes âgées (ne traite pas des problématiques relatives aux personnes handicapées). Le CODEM réunit l'ensemble des acteurs sanitaires, sociaux, fournisseurs,...qui œuvrent dans le domaine de la gérontologie.
3. Troisième mission : elle est également vice-présidente de l'union départementale des CCAS et membre de l'union nationale des CCAS
4. Quatrième mission : au niveau régional, elle est depuis 2009 à la tête d'un GCSMS (Groupement de Coopération Sanitaire et Médico-Social) réunissant les CCAS bretons. Ce GCSMS permet notamment un accès aux formations qualifiantes pour renforcer la qualité des personnels des CCAS. Seule région de France à procéder de la sorte au niveau de la formation, véritable valeur ajoutée.
5. Cinquième mission : elle est Présidente de l'Association Inter CLIC formée par les 4 CLIC du pays de Rennes. Cette association a été créée pour répondre à un appel à projet de création de MAIA. Elle précise qu'elle affectionne peu la sémantique « délégation aux personnes âgées » car c'est trop réducteur : les missions menées ont parfois des cibles plus larges que les personnes âgées.

Les projets entrepris pour améliorer l'environnement urbain et l'habitat sont par exemple également pensés pour les femmes enceintes, les personnes handicapées. On ne pense pas la ville qu'à travers le prisme des personnes âgées, mais pour qu'elle accompagne le vieillissement, pour les personnes fragiles de façon plus globale. La réflexion entreprise pour améliorer la ville via le protocole de Vancouver (voir ci-dessous) ne colle pas vraiment avec l'étiquette « personnes âgées » de la délégation.

Présentation des différents projets conduits depuis son arrivée à la délégation en 2008 :

- La semaine bleue à destination des personnes âgées est maintenue et développée.
- Alors que le gouvernement entame une réflexion nationale sur « Bien vieillir-vivre ensemble » des groupes ont travaillé sur l'adaptation de la ville et de l'urbanisme à l'habitat, la citoyenneté, le logement et les nouvelles technologies. Elle inscrit la ville de Rennes dans deux de ces groupes : *l'habitat et le logement et les nouvelles technologies*
- Par le biais des réflexions menées par Rennes dans le cadre de ces groupes de travail, elle a connaissance du label OMS « Villes amies des aînées » et du protocole de Vancouver. Ce label va lui donner la clé méthodologique pour développer une politique en faveur des personnes âgées au sein de la ville en pensant de façon transversale, pluridisciplinaire.

Un audit urbain est entrepris suivant la méthode préconisée par le protocole de Vancouver. Remise en question du nom porté par la délégation à ce moment là car l'étiquette « personnes âgées » ne doit pas conduire à un fléchage uniquement sur la dépendance, les fragilités sont aussi à prendre en considération.

L'audit a permis de mettre en évidence les nombreuses missions déjà existantes sur la ville de Rennes. Il a rendu visibles et lisibles certaines instances et actions.

Le projet a également permis à la ville d'entrer dans un réseau. Création en février dernier du Réseau Francophone « Ville-Amie des aînés » qui regroupe, notamment, Dijon, Besançon, Lyon, Quimper, Rennes ... avec des échanges et réflexions communes régulières. Au sein de ce réseau, les villes peuvent s'appuyer sur ce qui a déjà été expérimenté ailleurs, et partager les informations et les projets.

Pour l'engagement de la ville de Rennes à l'issue de l'audit urbain sur un plan d'actions : Madame B. a alors fait le choix de ne sélectionner que 3 axes d'action sur les 8 items présents dans l'audit afin de ne pas partir de front sur trop de domaines différents.

Priorité a été donnée à l'habitat, à l'isolement des personnes âgées et à l'information donnée aux personnes âgées :

L'habitat : l'Ille et Vilaine dispose d'équipements et est bien dotée en EHPAD (pas de nouvelle création en vue) avec une tendance à un recul en âge et une plus grande dépendance des personnes qui entrent en institution. Il y a donc un double enjeu dans le plan d'action sur l'habitat : le logement et l'environnement autour du logement sont à adapter et améliorer. En effet, le travail d'adaptation du logement n'est possible que si l'environnement lui-même est adapté (commerces de proximité, transports, sorties d'immeubles adaptées...).

La question est ici de savoir comment travailler pour créer un habitat favorable au vieillissement. Des groupes de travail ont été instaurés avec des habitants, des techniciens, des bailleurs sociaux, afin de parvenir à un référentiel habitat. (Exemple : les cafés citoyens ont permis de véhiculer des réflexions autour des colocations entre personnes âgées).

Le référentiel adopté à l'issue des travaux menés doit permettre aux bailleurs sociaux d'avoir un guide pour l'aménagement des ZAC (Zone d'Aménagement Concerté). Les préconisations du référentiel doivent être respectées, ce référentiel est opposable. Il a en outre été acté par la ville de Rennes que les ZAC soient à l'avenir en partie utilisées en direction de l'habitat favorable au vieillissement.

Un rapport a été réalisé sur le référentiel en France, et Rennes apparaît comme la ville qui a été le plus loin à ce jour sur ce référentiel.

Expérimentation sur Beauregard : Présence d'une ZAC de 5000 m² qui va être aménagée en habitats favorables au vieillissement. Livraison prévue pour 2016.

Le but c'est de ne pas « ghettoïser » les personnes âgées, de favoriser la mixité des personnes à qui seront destinés ces logements équipés pour le vieillissement. Il n'existe pas de modèle type ni une seule façon d'envisager ces habitats favorables au vieillissement. Les premières expériences réalisées avec de la mixité ont montré que les cycles de vie entre les différentes générations sont parfois trop variables. Le rythme de vie de chacun doit pouvoir être respecté.

Les logements envisagés à Beauregard auront des espaces communs avec des lieux de vie partagés entre les résidents (salle commune pour prendre les repas - le but étant de briser l'isolement qui découle parfois du portage du repas ; buanderie commune ou encore jardin partagé). Les animateurs présents sur le site seront également communs aux différents résidents.

L'expérience qui a été réalisée sur Simone de Beauvoir à la caserne Anatole France avec une résidence intergénérationnelle fonctionne bien (population âgée – essentiellement des femmes- mélangée à des familles et à des étudiants qui ont signé une charte pour s'investir dans la vie collective).

C'est une bonne expérience mais il faut rester modeste et nuancer ce résultat

- Les financements octroyés pour l'animation du projet ne sont pas pérennes et restent encore expérimentaux. Le financement des actions menées doit être sérieusement pris en charge, c'est une véritable limite aujourd'hui. On ne peut faire reposer ces projets uniquement sur des acteurs bénévoles et des financements d'expérimentations.
- La différence de rythme de vie entre personnes âgées et étudiants a pu poser question : les désirs de vie et des besoins des personnes âgées ont très vite évolué ces dernières années sans que les pouvoirs publics n'aient eu la capacité de se préparer à ce changement. Aujourd'hui, la France connaît un retard considérable dans les villes (cf. rapport BROUSSY).

L'isolement des personnes âgées : On a une réelle difficulté de détection des personnes isolées. La délégation a tenté de connaître les projets des associations présentes sur Rennes avec un partage des informations par quartier pour mieux voir le maillage qui existe sur la ville de Rennes. Le but étant de mettre en place des actions de prévention.

Dans les conseils de quartiers, certains se sont emparés de ce sujet avec le CLIC pour mettre en place des dynamiques d'action afin de repérer les personnes âgées isolées. (Exemple: sentinelles via les médecins généralistes, les pharmaciens, les commerces de proximité...). Il y a une nécessité de donner à ces sentinelles des clés pour communiquer de l'information à ces personnes isolées sur les institutions et mesures qui existent en leur faveur. Un travail sur le lien social dans les quartiers a été mis en œuvre depuis 2010.

L'enjeu est ici de parvenir à organiser des temps de rencontre entre les acteurs par quartier pour que les associations, les bénévoles, les acteurs de proximité se rencontrent et s'informent les uns sur les autres. Créer des repères est indispensable.

L'information donnée aux personnes âgées : Nécessité d'organiser des outils et des repères adaptés pour ne pas noyer les personnes âgées sous trop d'informations. Il faut également rendre les institutions et les outils lisibles et visibles, organiser des permanences décentralisées dans les quartiers pour rendre les instances accessibles à tous.

Un travail est en cours de réalisation pour rédiger un guide spécifique à destination des aînés sur la ville de Rennes. Les habitants participent activement à ces groupes de travail. (Exemple : Guide des toilettes publiques mis en place à Rennes). Ces guides aident les personnes à avoir un parcours de vie harmonieux dans la ville.

Au-delà des projets menés à Rennes, l'entrée dans le réseau francophone « Villes amies des aînés » oblige la ville de Rennes à apporter une aide aux autres villes françaises qui souhaitent développer une politique de la ville en faveur des personnes âgées. Cela passe par le partage des informations et l'explication des méthodes employées.

Rennes s'inspire également de certaines autres villes (Exemples : le cyclopousse développé à Lyon pour les personnes âgées avec une ligne budgétaire dédiée au projet, Mix-âge et le Fête de l'inter génération à Angers, les Rendez-vous de l'âge à Besançon...).

Limites identifiées par Madame B. dans les mesures prises pour adapter la ville de

Rennes au vieillissement :

- ⇒ Les financements : à pérenniser
- ⇒ Dispositif législatif sur le fléchage des logements : la loi interdit aujourd'hui de flécher un logement pour une catégorie de personne, cela devrait évoluer.
- ⇒ La volonté de travailler ensemble dans les institutions de la ville est indispensable au succès de la démarche (décloisonnement entre politique de la ville et CCAS)
- ⇒ Donner du temps aux projets pour qu'ils se consolident et se concrétisent
- ⇒ Difficulté de l'expérimentation des nouvelles technologies liée au logement tels que l'ouverture des portes par les services d'aide à domicile, les chemins lumineux, les rampes de douches, WC suspendus... (le coût même minime demandé aux particuliers est un véritable frein au projet). Préconise le financement des technologies et de l'adaptation du logement par l'APA (Michèle Delaunay)

D'éventuelles solutions/ pistes pour l'avenir ?

- ⇒ Développer l'hébergement temporaire pour soulager les aidants
- ⇒ Travailler sur l'adaptation du logement pour sécuriser et permettre aux personnes d'y vieillir
- ⇒ Etre inventif sur les projets, en adaptant chaque modèle au quartier dans lequel il s'insère (pas de modèle type)
- ⇒ Anticiper le vieillissement en élargissant les actions aux personnes de 50 – 60 ans même si à ce jour, peu d'entre elles se sentent concernées.
- ⇒ Changer le regard porté sur le vieillissement et « les vieux »
- ⇒ Anticiper les moments dits de rupture : autour de la retraite, cessation de l'activité professionnelle, ou encore décès d'un proche qui peut conduire à une perte de repères...

ANNEXE 6

ENTRETIEN AVEC UN MEDECIN GENERALISTE A MONTPEZAT-DE-QUERCY (82)

Il exerce actuellement en libéral dans son propre cabinet, il siège à la CME de l'hôpital local auquel est rattachée la maison de retraite de la commune (il est le médecin référent) et participe avec un autre médecin généraliste à la mise en place d'une maison de santé pluridisciplinaire (elle associera le SSIAD, deux médecins, une diététicienne, un psychologue et un kinésithérapeute).

Interrogé sur son rôle dans la prévention du vieillissement, il souligne comme l'avait fait le précédent médecin interrogé, que le généraliste fait de la prévention au quotidien dans la plupart de ses consultations.

La prévention du vieillissement passe par la lutte contre les facteurs de risques cardiovasculaires tels que l'obésité, le diabète, la prévention des AVC mais elle passe également par la pratique des dépistages (cancers du sein, de la prostate, du colon..) dès lors que les sujets concernent des populations à risque. Le médecin généraliste est le premier acteur sur ce plan là.

Le médecin généraliste a également un lourd travail d'éducation thérapeutique, les patients y sont aujourd'hui plus sensibilisés qu'il y a quelques années ; il remarque que les informations données sont mieux intégrées et prises en considération aujourd'hui. Grâce aux campagnes médiatiques et publicitaires, il pense que l'accent mis sur la prévention et l'éducation thérapeutique porte ses fruits. Les comportements ont changé.

Et les pratiques ?

A ce niveau les pratiques elles aussi ont évolué, les médecins sont plus attentifs à la démarche de prévention (il revient sur la prédominance du curatif dans notre système de santé et sur l'ouverture qui s'est faite sur le préventif).

Les contrôles réguliers effectués par l'assurance maladie (tous les 3-4 mois) sur les pratiques des médecins obligent les professionnels à s'interroger sur leur façon d'exercer.

Lors de ces entretiens, l'assurance maladie procède à une comparaison de la pratique du professionnel rencontré par rapport à celle des autres professionnels du secteur sur un thème de prévention précis. Chaque rendez vous est l'occasion d'aborder plus finement un nouveau thème.

Au départ vécue comme une contrainte, encore aujourd'hui un peu pesante, c'est quand même une démarche positive à ses yeux.

Concernant la prévention du vieillissement, il m'interroge sur le contour que l'on donne à cette notion, sur la population visée. Il observe alors que l'on ne doit pas perdre de vue que de nombreuses personnes âgées vivent aujourd'hui à leur domicile et autonomes jusqu'à un âge avancé (90 ans c'est courant dans sa « patientèle », il a même plusieurs centaines qui ne sont pas encore entrés en institution). On a trop souvent un regard un peu négatif sur la vieillesse et tendance à penser que l'on n'en fait pas assez mais des progrès colossaux ont été réalisés sur la qualité de vie après 60 ans et sur l'autonomie des personnes. Bien sur, il est important de continuer à accompagner le vieillissement mais le contexte a changé, l'espérance de vie a considérablement progressé et l'âge à partir duquel on se considère « vieux » s'est lui-même déplacé. Les attentes sociétales ne sont donc plus les mêmes.

Sur l'activité des personnes âgées et sur l'isolement social qu'elles peuvent rencontrer :

Aujourd'hui, nombre de personnes âgées restent actives très longtemps après l'arrivée de la retraite. Il évoque les activités associatives proposées aux séniors, par exemple : club de randonnée, club de voyages, université des aînés... Dans notre commune, une Maison des aînés anime de nombreux projets auxquels participent volontiers les personnes âgées des alentours. Le lien social et l'utilité sociale sont fondamentaux.

La façon d'avoir pensé et préparé sa retraite compte énormément à ce niveau là. Les personnes qui ont eu une capacité à anticiper s'en sortent nettement mieux. Il remarque que l'origine sociale peut également jouer sur le vécu du passage à la retraite.

Comme le précédent médecin, il précise, sur l'isolement, qu'aujourd'hui être en ville ou à la campagne n'est guère différent car les services assurés par le SSIAD, les infirmiers, les médecins, l'ADMR, ou encore la Maison des aînés constituent un réseau solide et de proximité pour les personnes âgées vivant en campagne.

Les personnes isolées sont très rares dans sa « patientèle ». Il n'a jamais vraiment été confronté à une personne en situation de rupture ou de refus de soins.

Sur la mise en œuvre de la prévention, les améliorations qu'on pourrait lui porter et sur l'opportunité d'envisager un suivi de la personne tout au long de sa vie...

Il n'identifie pas vraiment à son échelle des actions nouvelles qu'il pourrait mettre en œuvre pour renforcer la prévention du vieillissement en ciblant la tranche plus jeune des 45 – 60 ans.

L'adaptation de la société au vieillissement et l'amélioration du domicile pour maintenir au maximum les personnes dans leur lieu de vie lui paraissent être des mesures prioritaires. L'augmentation de l'accueil temporaire, de l'HAD et l'exercice de proximité sont selon lui les seules clés à ce jour pour améliorer l'accompagnement du vieillissement.

Il travaille actuellement sur la mise en place d'une maison de santé pluridisciplinaire, l'idée étant de rassembler sur un même lieu l'ensemble des acteurs, de travailler ensemble et d'assurer la pérennité de la présence d'un médecin généraliste sur la commune, les deux médecins actuels étant proches de leur départ en retraite (1 an pour l'un, 8 ans pour l'autre). Impulsé par les pouvoirs publics, ce projet a été véritablement pris en main par les acteurs qui y voient l'opportunité de mieux échanger, de prévoir des temps de coordination plus formels et enfin de travailler sur un projet commun (actuellement le projet est orienté sur la nutrition, la prévention du diabète et de l'obésité et sur le parcours de la personne âgée).

Questionné sur le sport, il remarque que de nombreuses personnes de plus de 60 ans continuent une activité physique (marche, natation, aquagym, ...) il lui apparaît important d'encourager les personnes qui le peuvent à se maintenir dans ce type d'activité le plus longtemps possible. Au-delà de l'hygiène de vie c'est aussi une façon de conserver un lien avec les autres.

**ENTRETIEN AVEC LA DIRECTRICE DE L'INSTITUT REGIONAL DU
VIEILLISSEMENT (IRV) EN FRANCHE-COMTE A BESANCON (25)**

Quel est le rôle de l'Institut Régional du Vieillissement ?

L'IRV est constitué sous la forme d'une association ; il s'agit de l'unique institut de ce type qui existe en France. Il a été créé en 2002 à titre expérimental en Franche Comté sous l'impulsion de Madame Paulette GUINCHARD, à l'époque secrétaire d'Etat aux personnes âgées.

Cet institut a été créé à la demande des professionnels médicaux qui déploraient le manque de contacts ou relations avec les milieux sociaux ou les professionnels de terrain et souhaitaient échanger avec des universitaires.

Les objectifs de l'IRV sont les suivants :

- rassembler les professionnels autour de la problématique du vieillissement,
- mettre en lien les différents acteurs et les accompagner dans la mise en œuvre d'actions,
- organiser des rencontres entre professionnels : colloques, forums..., et animer des groupes de réflexion autour de thématiques particulières (ex : sur la question du passage à la retraite, ou de la prévention chez les immigrés vieillissants),
- inciter au développement de recherches autour du vieillissement (dans les domaines de la sociologie, de la psychologie, du droit, et travail avec des laboratoires, notamment le laboratoire d'ergonomie de Belfort-Montbéliard, pour développer des objets adaptés aux difficultés rencontrées par les personnes âgées ou des microtechniques telles que l'e-santé),
- mettre en lien les collectivités territoriales avec les laboratoires, notamment les Conseils Généraux, qui font appel à des laboratoires pour connaître les besoins réels des personnes âgées.

Au printemps prochain, l'IRV organisera un forum intitulé « préparer et bien vieillir sa retraite » : approche positive du vieillissement par les termes utilisés. L'IRV a acquis aujourd'hui une reconnaissance sur le terrain.

L'IRV a procédé à une relecture de son projet associatif début 2012 (après 10 ans de fonctionnement) et réinscrit le rôle de sensibilisation aux questions du vieillissement (anticipation du vieillissement). Il s'est interrogé sur la manière de mettre en place des outils permettant la prévention du vieillissement. Ex : prévention des accidents domestiques.

Quelles sont les personnes concernées par votre démarche ?

- Les Professionnels, les personnes âgées, et surtout le public à partir de 55 ans.

L'IRV met en œuvre des actions de prévention du vieillissement sous tous ses aspects : santé, isolement social...

Quels sont les acteurs et réseaux impliqués dans votre démarche ?

- Le secteur médical, le secteur social (accompagnement des personnes âgées à domicile et en établissement), les personnes en charge de l'aménagement du territoire (logements, accès aux services, accès aux soins, aux transports). En matière d'urbanisme, il est important de créer des espaces de convivialité. Cela relève des politiques locales.
- Le CHU de Besançon travaille en collaboration avec l'IRV, notamment sur le projet de développement d'un espace dédié à la problématique de l'adaptation du logement. Le projet porte sur la création de logements, qui seraient adaptés aux besoins des personnes âgées mais aussi des personnes handicapées.
- Le CHU est associé à ce projet afin d'orienter les personnes âgées sortant d'hospitalisation vers ce type de logement avant leur retour à domicile, dans le but de déterminer les réels besoins de la personne à domicile.
- Ce projet a également pour objectif de sensibiliser les publics à l'importance de l'adaptation des logements.

Il existe d'autres formes de réseaux dans le domaine gérontologique, mais ils sont plutôt axés sur l'accompagnement de la dépendance.

Un GIE IMPA-Ingénierie Maintien à domicile des PA (CARSAT, MSA, RSI) a été créé en Bourgogne-Franche-Comté pour l'accompagnement des personnes âgées et le maintien à domicile. Ce GIE permet notamment de déclencher, de façon urgente, des aides à domicile. Un projet d'extension de ce GIE dans d'autres régions est en cours.

La mise en œuvre du programme PAPA (préservation de l'autonomie des personnes âgées) : co-piloté par l'ARS et le GIE IMPA. Travaille sur diverses thématiques, comme par exemple la lutte contre la dénutrition.

Quelles sont les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre de votre démarche ?

- Modalités de financement de l'association : par des subventions des collectivités territoriales (conseil régional, département, ville de Besançon), des caisses de retraite et par la réponse à des appels à projet de recherche.
- Rigidités statutaires, car il ne s'agit pas d'une association de bénévoles. Et donc, il y a davantage de difficultés à mobiliser les membres.
- Choix sociétaux et politiques.

Quelle est, selon vous, la définition des expressions « vieillissement », « personnes âgées », « prévention du vieillissement » ?

- **Le vieillissement** : Le vieillissement est un processus et ne peut correspondre à une tranche d'âge, dès la fin de la croissance (environ 20 ans) débute le processus de vieillissement. Vieillir : changer.

La 1^{ère} étape visible du vieillissement est représentée par le passage à la retraite.

Le vieillissement est une succession de deuil : activité, parents, conjoint...

- **Les personnes âgées** : il ne peut y avoir une définition standard, cela dépend des individus et des domaines concernés.

Exemple : les seniors en entreprise sont les 45 ans et plus. Pour Pôle Emploi, ce sont des travailleurs âgés : 55 ans et plus.

- **La prévention du vieillissement** : elle, doit débuter dès l'enfance : prendre soin de soi et de son environnement et se poursuivre tout le long de la vie.

Pour conclure, Madame A. a précisé qu'un changement de mentalités est nécessaire afin de transformer la vision péjorative du vieillissement dans la société. Parce que le mot « vieillissement » contient le mot « vie ».

ANNEXE 8

ENTRETIEN AVEC LE CHEF DE SERVICE DE MEDECINE GERIATRIQUE AU CHU DE RENNES (35) (SITE DE LA TAUVRAIS)

Professeur de gériatrie à l'université (poste n°1), il exerce à la faculté de Rennes ; concomitamment, il est chef de service de médecine gériatrique au CHU de Rennes. Son cursus professionnel a une forte empreinte de santé publique avec un focus sur la prise en charge à domicile des personnes âgées.

Il a effectué un stage post-doctorat au Québec pour élargir ses connaissances quant au dispositif d'intégration.

De retour en France, il a effectué des travaux autour de la gestion de cas et du principe de l'intégration entre 2003 et 2011 où, dans le cadre du Plan national Alzheimer, il a conduit une expertise. Il a exposé ses résultats au ministère ; on lui a confié la mission de la création d'un outil de planification individualisé. Selon lui, ce qui importait, c'était d'abord la réorganisation du système de santé, ce qu'il a notamment pu réaliser avec le projet PRISMA.

Il ressort de ce projet une concertation interinstitutionnelle : entendre par là une rencontre autour d'un projet commun dont ils seront coresponsables. Il appartient à chacun de prendre fidèlement sa part de responsabilité.

En France, une constellation d'acteurs locaux entraîne un fonctionnement cloisonné. La difficulté réside essentiellement en ce que chacun puisse mettre ses compétences en commun, sous l'égide organisationnelle et non par la hiérarchie. Or, la différence entre intégration et coordination réside dans le fait que la coordination appelle au respect des institutions, acteurs et missions, tandis que l'intégration est un mécanisme continu ayant pour objectif la réduction de la complexité du système. Dans le système d'intégration, tout est sujet de débat, d'analyse, d'action, d'évaluation et de révision.

Contrairement au Québec, où il n'y a pas d'interférence des acteurs politiques, en France, de nombreux acteurs sont sollicités (ARS, caisses de retraite, personnels médicaux, pouvoirs publics). La politique intervient ainsi à tous les niveaux, ce qui complexifie le système et crée des interférences.

Selon lui, en France, la politique est davantage axée sur la coordination que sur l'intégration. Par conséquent, pour être efficace, la politique de prise en charge des personnes âgées devra nous conduire à revoir nos processus et réfléchir à un modèle d'intégration qui sera défini comme un axe prioritaire.

A l'instar des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA), le projet d'intégration devrait associer une équipe de chercheurs indépendants.

Le rapport faisait état qu'à aucun moment les 17 MAIA n'avaient pu atteindre le stade de l'intégration. Pour réussir le modèle d'intégration, il nous faut trouver un mécanisme qui modifie les rapports institutionnels, doté d'un dispositif d'appui national continu et fort. L'intégration devrait se faire par population et par territoire.

Aujourd'hui, en France, pour coordonner les systèmes de prise en charge des personnes âgées, le métier de gestionnaire de cas a été créé. Il s'agit d'un professionnel référent (infirmier, psychologue...), en charge de situations complexes, s'occupant du plan d'aide et de soins du patient.

L'intégration doit s'inscrire dans une démarche globale, se faire par territoire, par approche populationnelle et non par maladie.

Peu de pays ont mis en place un modèle d'intégration : Hollande, Singapour, la province du Québec. D'autres pays, comme le Royaume-Uni, en parlent sans encore y parvenir.

Quelles perspectives pour une bonne prise en charge de la personne âgée ?

Un des enjeux urgents est la prise de mesure du problème. On ne sait pas pourquoi on dépense 1,2 % du PIB pour la perte d'autonomie (même si cela comprend le handicap). On sait ce qu'on paye, mais pas ce qu'on fait. La prévention reste le parent pauvre de la politique de santé publique, aujourd'hui essentiellement centrée sur le curatif.

Les MAIA ont contribué à améliorer significativement le quotidien des malades, mais nous ne disposons pas de moyens d'évaluation.

Il est très favorable aux initiatives « ville-amie des aînés ».

Il pense « que l'on peut prévenir les maladies de la vieillesse, mais pas prévenir le vieillissement. En revanche, les notions d'activité et d'utilité sont centrales dans la prévention du vieillissement ».

ANNEXE 9

ENTRETIEN AVEC LE PRESIDENT DU COMITE DE L'AVANCEE EN AGE A VERSAILLES (78)

Présentation de son parcours

Médecin gériatre et médecin de santé publique, il exerce ses fonctions au sein de la clinique de Versailles, un ESPIC composé de 3 pôles : médecine gériatrique, SSR, et oncologie.

Il a toujours été intéressé par la prévention en gérontologie: a participé au développement des 14 centres AGIRC ARCCO.

Il a été sollicité pour le Plan National « Bien Vieillir »: une idée de Coordination des acteurs de la prévention de la gérontologie en France.

Il préside le comité « Avancée en âge » depuis 2012 : ce comité a 3 ambitions :

1. formuler des propositions pour la future loi autonomie dans un rapport remis au gouvernement (1ere partie : Anticipation et prévention).

Adaptation de la société au vieillissement. Accompagnement (financement).

2. Coordonner les acteurs de la prévention en gérontologie en France : grande diversité des acteurs de la prévention mais manque de coordination. Pas d'axe prioritaire. Perte d'énergie liée à ce manque de coordination : CNAV, CNAM, AGIRC ARCCO, RIS –MSA, mutuelles, caisse de retraites complémentaires. Proposer une hiérarchisation des actions sans priver les acteurs de la spontanéité de leurs actions.

1^{er} socle commun de travail est la collaboration entre la CNAM, la MSA, le RSI et AGIR et élargir cette collaboration vers d'autres partenaires.

Nécessité de disposer des Schémas régionaux de prévention, des contrats locaux de santé, de la politique de la ville.

Se rapprocher des professionnels de terrain, seul gage d'efficacité de cette politique.

Adapter les politiques aux spécificités du terrain. (Opposition rural / urbain).

L'acteur incontournable de cette collaboration structurée est le secrétariat des ministères sociaux.

3. Plan d'action : prévention de la perte d'autonomie.

Rappel : 60% des personnes âgées de plus de 80 vivent à domicile. 1,2 millions de bénéficiaires de l'APA. Porter son attention sur prévention GIR 5 et 6 pour éviter dégradation de leur état. Il faut prendre en compte la notion de fragilité. Linda FRIED a défini la fragilité à partir de 5 symptômes (perte de poids non désirée, force musculaire diminuée, activité physique réduite, fatigabilité, vitesse de marche ralentie).

Dans cette situation de fragilité, il y a un risque fort de basculer vers la perte d'autonomie, à l'occasion d'un évènement anodin. Dès l'apparition de 2 symptômes, il faut mettre en place des actions de prévention. Repérage et mise en place d'actions adaptées sont les maîtres mots.

Tous les GIR 5 et 6 devraient faire l'objet de prévention, de même que les personnes qui n'ont pas vu de dentiste depuis 5 ans (cf. troubles alimentaires et risques de dénutrition).

Précision importante formulée par Monsieur A. : « La prévention du vieillissement n'existe pas. Le vieillissement c'est l'effet du temps sur les êtres vivants, on ne peut l'empêcher. Il s'agit d'un phénomène irréversible, progressif, délétère. Il convient de différencier le vieillissement normal et vieillissement pathologique (évènements qui surviennent et pour lesquels des actions de prévention peuvent être engagées) ».

Points critiques

Hôpital : il faut travailler à la préservation de la perte d'autonomie des PA dans le cadre de l'hospitalisation des PA. Risque fort pour les PA de quitter l'hôpital guéries mais perte d'autonomie majeure pendant l'hospitalisation.

Monsieur A. propose que la préservation de l'autonomie des PA devienne un nouveau sujet pour la certification.

EHPAD : Préservation de l'autonomie des PA en EHPAD devrait être valorisée. Agir sur les GIR 4 ou 5.

Prévention des accidents médicamenteux car les PA consomment beaucoup de médicaments. Il faut développer une politique de prévention du risque médicamenteux.

Les dernières années de vie professionnelle (études SHARE) : développer une organisation plus structurée entre médecine du travail et médecine de ville, anticiper le départ à la retraite. Mettre en place des actions à destination des seniors au travail.

Problèmes liés à la conception même de la prévention en gérontologie.

Ne pas s'intéresser aux seuls aspects sanitaires mais prendre l'individu dans sa globalité, son environnement.

La question du logement est majeure : il faut des logements adaptés/logements adaptables. Les géronto-technologies apportent des solutions techniques face la perte d'autonomie, tout comme la « silver-economy » est génératrice d'emplois.

Ces avancées technologiques butent au moment de l'industrialisation du projet. Questionnement éthique face à des personnes en perte d'autonomie. Ne pas se substituer au personnel soignant alors que la PA a besoin de lien, de contacts...

Nécessité de développer une approche interministérielle. Ne pas avancer vers une approche en tuyau d'orgue.

La dynamique préventive doit commencer dès le plus jeune âge : prévention tout au long de la vie et reproduction des comportements en santé issus des parents, d'où, l'importance de la prévention dès le plus jeune âge.

Suite à la mission de Dominique LIBAULT, des expérimentations vont être lancées (cf. expérience dans le Nord Est parisien, création d'un numéro de téléphone unique sur un territoire donné pour orientation des PA). Dans le cadre de la stratégie nationale de santé, il y aura des préconisations sur cette question de la transversalité des prises en charge.

Représentation sociale du vieillissement : choisir entre une société exclusive (excluant les PA) ou inclusive qui intègre le vieillissement comme une partie normale de la vie. Favoriser une meilleure connaissance des personnes âgées par les plus jeunes. (Exemple : Transmission des métiers par de jeunes retraités : développer les liens intergénérationnels).

Accès aux dispositifs des personnes précaires : actions de prévention touchent souvent les personnes qui en ont le moins besoin. Aller chercher les personnes en dehors des dispositifs : rapport du CAS relatif à la prévention. (Nouvelles approches : approche psycho-comportementales. Prévention doit s'inspirer de ces techniques pour attirer vers elles des personnes hors des dispositifs).

ENTRETIEN AVEC UN PSYCHOLOGUE DU CHU DE RENNES (35)

Monsieur M. est psychologue au CHU de Rennes et Président de l'association « psychologie et vieillissement ». Il reçoit notamment des patients présentant des troubles de la mémoire et les aidants de tels patients.

Il a participé à la mise en place des bistrotts mémoire (Rennes, Vitré, Cesson...). Il s'agit de lieux permettant aux aidants de patients atteints de la maladie d'Alzheimer de se réunir. Des personnes malades peuvent également y participer. Ces rencontres constituent des temps d'échange, et ont un rôle d'information, par exemple sur les différentes mesures de protection juridique existantes (tutelle, curatelle, sauvegarde de justice). Des bénévoles et un psychologue sont présents afin d'accueillir et soutenir les participants.

En revanche, selon Monsieur M., les ateliers mémoire ont du sens seulement pour les personnes ne souffrant pas de troubles de la mémoire, mais ne présentent pas d'intérêt thérapeutique et n'empêchent pas le développement de tels troubles.

Selon Monsieur M., le changement des mentalités constitue la première des préventions. Cela serait notamment possible à travers un changement du discours social, qui véhicule cette vision péjorative du vieillissement dans la société.

Le rôle du psychologue dans la prévention du vieillissement est de discuter de la vieillesse avec les individus afin de les aider à accepter le vieillissement et à faire face à leur peur de vieillir, et d'aider à la prise de conscience précoce de la perte d'autonomie.

En effet, avant de prévenir le vieillissement, il faut l'accepter, ce qui est difficile dans la société contemporaine en raison de la « tyrannie du bien vieillir ». Cela se matérialise par de nombreuses campagnes de santé publique nous indiquant les comportements à suivre. En appliquant ces « règles », les individus pensent qu'ils ne mourront pas. La mort devient alors inacceptable.

Monsieur M. a pointé les limites des récents rapports relatifs au vieillissement : les objectifs de rééducation et de traitement sont mis en avant, en laissant de côté la dimension psycho-sociale de l'individu.

La possibilité pour une personne âgée de rester autonome, c'est-à-dire de prendre elle-même les décisions la concernant, constitue un vecteur du bien vieillir. Il serait ainsi judicieux de développer de nouvelles formes d'hébergement, qui se situeraient entre le domicile et l'EHPAD : exemple : le béguinage, ou encore la résidence mise en place à Simone de Beauvoir à Rennes, avec pour limite que cette dernière fonctionne grâce au travail d'une animatrice, qui « crée » de l'intergénérationnel.

ENTRETIEN AVEC LE DIRECTEUR DE L'ACTION SOCIALE –
AG2R LA MONDIALE

Attributions

AGIRC ARCCO est une fédération qui gère les retraites complémentaires. Elle agit dans trois domaines ; prévoyance dans sa relation avec l'entreprise, mutuelle dans son rôle de protection sociale et AG2R dans une offre de capitalisation.

AGIRC et ARCCO ont fusionné en 1999. La fédération a une gestion paritaire (5 représentants syndicats des salariés, 5 représentants syndicats patronaux). Elle agit dans une logique d'accompagnement social des individus. Elle s'adapte à l'évolution de la société (par exemple dans les années 50, délivrance des bons « charbon », dans les années 70, préparation à la retraite, actuellement promotion du « bien vieillir »).

La révolution du XXème siècle c'est la longévité de la vie, de ce fait le comportement des institutions change et s'inscrit dans une logique de prévention du début à la fin de la vie.

Enjeux de la prévention

Pas faciles à identifier. Ils s'inscrivent dans une logique de partenariat avec d'autres acteurs en particulier les ARS et les Conseils Régionaux. AGIRC-ARRCO a la particularité de pouvoir établir une dimension personnelle forte avec ses adhérents et d'avoir un réseau qui « maille » les territoires. Les organismes ont la capacité d'observer les comportements individuels et d'espérer les infléchir. Ils disposent d'une liberté d'action et de moyens différents des services publics. Chaque institution a une certaine liberté d'initiative, et a une organisation de proximité.

AGIRC-ARCCO - plan d'actions 2009-2013

En 2013, il existe 17 centres de préventions médico-psycho-sociaux. L'organisation territoriale a changé (création des ARS), il est essentiel de maintenant imaginer des partenariats public/privé. Mr R. constate qu'il y a eu un basculement en 2010. Le public est plus sensibilisé car il a pris conscience de la longévité (jusqu'à 4 générations qui vivent en même temps ce qui implique un positionnement différent dans la famille). Le modèle des parents vieillissants existe maintenant.

Il faut dépasser le stade de la prévention primaire et travailler sur l'engagement et la responsabilité individuelle : faire comprendre aux individus qu'en « s'occupant des autres, on s'occupe de soi ».

Le grand défi de l'institution AGIRC-ARRCO consiste actuellement à montrer qu'elle a une légitimité à être un acteur de prévention et à combler un déficit d'image lié à la complexité de sa structure.

Actions de prévention

Le premier centre de prévention a été créé à Grenoble, ville qui avait une culture gérontologique. C'est un dispositif qui n'est pas exclusif. Il s'agit d'une construction partenariale qui a bénéficié de fonds d'innovation. Une évolution des cultures est indispensable : le milieu associatif doit ainsi évoluer pour s'adapter (problèmes des aides ménagères). Mr R indique également que du côté des ARS, une évolution des cultures est nécessaire. Des efforts doivent encore être faits pour faciliter la mise en œuvre des partenariats. Il cite l'exemple des difficultés rencontrées lors d'une reconversion d'un site en Touraine (BTP).

Trois actions nationales qui s'adressent aux 75 ans et plus :

- sortir plus : « pour rester chez soi il faut pouvoir sortir » (transport accompagné)
- cibler les GIR 5 et 6 : aide à domicile momentanée
- « viens chez moi » : ergothérapeute qui se déplace au domicile de la personne (en préparation).

Le véritable verrou de la prévention c'est la barrière d'âge. La particularité c'est que certaines branches d'emploi font des demandes d'actions de prévention particulières. C'est notamment le cas dans la restauration rapide : les artisans boulangers (goutent la pâte et souffrent de caries dentaires), les aides à domicile (par rapport au accident de trajet). L'offre doit se construire.

Quelles sont les limites de la prévention

C'est une prise de conscience et un engagement individuel : il faudrait presque un « coach » pour chaque adhérent...

Le modèle économique : celui qui investit dans la prévention n'a pas directement le retour sur investissement (si les hospitalisations diminuent, c'est la sécurité sociale qui économise : d'où la nécessité de partenariat avec les pouvoirs publics).

Les institutions ont une obligation de mutualisation, et l'ARS a encore du chemin à faire.

La crise peut-elle être une opportunité ?

Elle oblige à réfléchir. Toutefois il y a un risque sociétal de clivage et d'avancée à deux vitesses : les plus précarisés, sont les plus exposés et risquent d'être laissés pour compte.

TEMOIGNAGE DE RENEE, 83 ANS, MARIEE, DEUX ENFANTS,
EN RETRAITE DEPUIS 1990

« Ci-joint, en vrac, à propos de votre travail en équipe *Prévention du vieillissement*, pour moi, tout ce qui aide, non pas à prolonger la vie (à mon sens, il ne faut pas aller plus loin, la société ne peut pas le supporter, les individus non plus, je pense - qui rêve de survivre comme une plante verte ?), mais à vieillir dans de meilleures conditions.

Il faut s'y préparer avant le jour de son départ en retraite : prévoir si on changera, ou non, de domicile et (si on doit changer) préparer petit à petit son nouveau nid en pensant qu'un jour on ne pourra plus conduire et, donc, qu'il ne faudra pas se retrouver brusquement coupé du monde : commerçants, soins médicaux, assistance ménagère. Il ne s'agit pas de jouer les Robinson Crusoé.... Il faut penser qu'en prenant sa retraite, on ne doit pas se couper de la société. Au contraire : envisager du bénévolat (avec la commune, avec une association ou individuellement), en fixant à l'avance le temps qu'on lui consacrerait pour ne pas se laisser dévorer tout son temps et toutes ses forces !

Pour ceux qui n'en ont guère envie, c'est le moment de leur dire qu'ils ont du temps et encore du temps pour faire ce qu'ils n'ont pas pu faire avant : bricolage, musique, pêche, études (pourquoi pas ?), etc. Et peut-être communiquer leur savoir : aide scolaire, garde d'enfants en dépannage, et surtout, aide aux plus âgés : courses, petits dépannages et bricolage que les professionnels refusent de faire. Et, à cette occasion, apprendre le sens du service en offrant la gratuité sans esprit de retour (pas de travail au noir).

Pour tous, provoquer des rencontres entre personnes âgées de tous âges autour d'un thé, d'un café, avec une animation préparée par les plus jeunes retraités : jeux de cartes, petites promenades, causeries auxquelles on pourrait faire participer les plus âgés qui n'osent plus s'exprimer quand on ne les sollicite pas. Il faudrait les faire parler sur des thèmes divers, non personnels, pour qu'ils continuent à s'exprimer de façon compréhensible, en les aidant. Ce qui pourrait être intéressant serait de leur passer des documentaires et de les faire parler autour.

Je l'ai compris depuis longtemps : en maison de retraite, les gens passent du jour au lendemain d'une vie active (les tâches ménagères) à une oisiveté totale : ils ne doivent plus toucher à rien, ne doivent plus rien dire, surtout pas critiquer quoi que ce soit. Ils ont gagné le confort et la sécurité.... Ils ont perdu... la liberté et c'est ainsi qu'on les infantilise... De plus, (je l'ai remarqué) ils sont vraiment exigeants parce qu'ils paient ! (...).

C'est vrai que c'est frustrant, après avoir commandé toute sa vie, même si ce n'est qu'à soi et autour de soi, de se retrouver, du jour au lendemain soumis à un règlement rigoureux : douche le lundi à 6h du matin et se recoucher jusqu'au petit déjeuner, repas du soir à 18h15 en plein été alors que la nuit tombe à 22h00, pression de la télé qui hurle dans la salle commune, etc.

C'est ça perdre sa liberté d'aller et de venir, de manger quand on en a envie et ce qu'on veut. A mon sens, c'est ce qu'il y a de plus dur dans la vie en collectivité, même si on a le confort, la sécurité et les soins dont on a besoin.

J'insiste sur la nécessité d'occuper les résidents des EHPAD : il faudrait des ateliers couture, cuisine (pour ceux qui peuvent), bricolage, vannerie, etc. L'encadrement pourrait être assuré par de jeunes retraités bénévoles qu'on formerait comme on forme des personnels pour encadrer, par exemple, les personnes handicapées. Moins contraignant peut-être pour les jeunes retraités : organiser une troupe de théâtre qui se produirait dans les EHPAD du département par exemple (en les aidant financièrement pour les déplacements).

Il faudrait absolument combler le fossé qui existe actuellement entre les jeunes retraités qui souhaitent profiter de leur liberté toute neuve (voyages, sorties, petits-enfants,...) et vieux retraités qui ne peuvent plus bouger. Ce doit être possible si on parvient à convaincre les premiers qu'il leur suffirait de donner quelques heures (en définir le nombre) par semaine ou par mois, voire occasionnellement pour remplacer des absents. Essayer de combattre l'égoïsme. Tout est là...

A la campagne (et peut-être même en ville), il faudrait que la municipalité organise

- la livraison de courses de première nécessité à partir d'une commande faite par téléphone par la personne âgée (par exemple une fois par mois) ; la distribution d'espèces à domicile par la Poste ou les banques (une fois par mois par exemple).
- un « ramassage » des personnes un peu éloignées du bourg pour aller au marché, une fois ou deux par mois par exemple. Elles feraient leurs achats, rencontreraient du monde, parleraient, garderaient le contact avec le commerce (produits de saison, prix, nouveaux produits, etc...).

Le CCAS pourrait, dans les mairies s'occuper de ces problèmes.

Les personnes âgées : se faire suivre médicalement tout le corps, mais aussi les yeux, les oreilles, les pieds, les troubles de l'équilibre et de la mémoire (d'où l'intérêt de la lecture, des jeux, etc.).

Enjeux, intérêts et limites de la prévention du vieillissement

- **CHRISTIAEN Anne-Laure (IES)**
- **DA COSTA Maria (IASS)**
- **DULUC Marie-France (AAH)**
- **GOMES Jacqueline (D3S)**
- **LACOUT Camille (D3S)**
- **LE BRIS Charlotte (D3S)**
- **LIBOUBAN Laura (AAH)**
- **NENGBI Dieudonné (IASS)**
- **PRIGENT Alice (DH)**
- **QUINART Hervé (DS)**
- **WESTRELIN Pascal (DH)**

Résumé :

Compte tenu des projections démographiques, la prévention des effets délétères du vieillissement est un sujet qui se pose avec une acuité particulière. En effet, l'augmentation du nombre de personnes âgées dans la société et de l'espérance de vie, conduisent la société à s'interroger sur la capacité de notre modèle économique et social à promouvoir le « bien vieillir ».

Seules des évolutions structurelles et comportementales permettront d'engager notre société sur ce chemin. Au travers d'une politique de prévention du vieillissement transversale, elles devront s'appuyer sur une vision positive de l'avancée en âge. Toutefois, si des actions ponctuelles sont développées, elles ne suffisent plus à garantir la viabilité de notre système actuel.

De nouvelles propositions peuvent être envisagées : maintien au travail en bonne santé, volet sanitaire et médico-social, ou adaptation de l'environnement. Néanmoins, ces réflexions ne pourront s'affranchir des stratégies financières qu'il conviendra de mettre en œuvre afin d'étayer les propositions.

Mots clés : *accompagnement, avancée en âge, défi démographique, gériatrie, gérontologie, innovation technologique, personnes âgées, perte d'autonomie, prévention, représentation, vieillissement*

L'École des hautes études en santé publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les rapports : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs