



EHESP

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2011 –

« BIEN VIEILLIR, PREVENTION DE LA DEPENDANCE ? »

– Groupe n° 1 –

- **BEUDET Astrid**
- **COPPIN Marine**
- **HENNEBIQUE Virginie**
- **LABART Sophie**
- **LEFEBVRE Jean**
- **LE NAY Céline**
- **PELLEGRINO Nicole**
- **REDON Christine**
- **SAUVEPLANE Catherine**

Animatrices :

Françoise MOHAER

Karine CHAUVIN

Sommaire

Introduction	1
1 La dépendance : une notion qui fait débat.....	3
1.1 Notion de dépendance	3
1.2 Les enjeux de la dépendance aujourd’hui	4
1.3 Une notion véhiculant une perception négative de la vieillesse.....	5
1.4 Une notion occultant la prévention	5
2 .Le bien vieillir : une notion novatrice ?.....	6
2.1 Le bien vieillir, une préoccupation ancienne	6
2.2 Une notion aux contours flous.....	7
2.3 Les limites du concept	9
3 Le bien vieillir : moyen de prévention de la dépendance ?.....	11
3.1 Le concept de prévention	11
3.2 Les actions de prévention du plan Bien Vieillir et ses limites	13
4 Comment faire du "bien vieillir" la porte d'entrée pour repenser le vieillissement et rendre ce concept plus opérationnel ?	20
4.1 Des notions à optimiser en plaçant l'usager au cœur du dispositif.....	20
4.2 Un plan soucieux des inégalités sociales.....	21
4.3 Une action globale à coordonner.....	22
4.4 Le bien vieillir dans nos perspectives professionnelles.....	22
Conclusion.....	25
Bibliographie.....	26
Liste des annexes	I

Remerciements

Nous adressons à *Françoise MOHAER* et *Karine CHAUVIN*, animatrices de ce groupe, nos remerciements pour leur aide, leur soutien, et les échanges constructifs qu'elles ont su susciter tout au long de notre réflexion.

Nous remercions également toutes les personnes interviewées, qui ont accepté de nous consacrer du temps pour des entretiens riches d'enseignements.

Nous avons souhaité que ce mémoire soit le reflet fidèle de leurs témoignages.

Nous adressons une pensée toute particulière à toutes les personnes âgées dont nous aurons à prendre en compte les besoins et la singularité dans nos métiers respectifs. Ce travail nous a permis de prendre conscience de notre nécessaire engagement professionnel vis-à-vis de cet enjeu de société qu'est le bien vieillir.

Ce mémoire réalisé en interfiliarité aura été l'occasion d'échanges riches et dynamiques.

Enfin, nous remercions le responsable du module interprofessionnel *François-Xavier SCHWEYER* et ses collaborateurs, tout particulièrement *Emmanuelle GUEVARA* et *Jean-Marie DENIS* pour leur disponibilité.

Liste des sigles utilisés

ARS :	Agence Régionale de Santé
CCAS :	Centre Communal d'Action Sociale
CLIC :	Centre Local d'Information et de Coordination
CNSA :	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
DESSMS :	Directeur d'Etablissements Sanitaires, Sociaux et Médico Sociaux
DH :	Directeur d'Hôpital
DS :	Directeur de Soins
EHESP :	Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
EHPAA :	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Autonomes
IASS :	Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale
IFOP :	Institut Français d'Opinion Publique
INSEE :	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
DREES :	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
MSA :	Mutualité Sociale Agricole
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
PIB :	Produit Intérieur Brut

Introduction

« *La vieillesse est pleine de douceur pour qui sait en jouir* » écrivait SENEQUE¹ dans sa lettre à Lucilius. Sa conviction est loin d'être partagée par la majorité de la population française aujourd'hui puisque, selon une enquête de l'Institut Français d'Opinion Publique (IFOP)² de mars 2011, 62% des français estiment qu'il est difficile de « bien vieillir ».

« Bien vieillir » constitue cependant un enjeu fondamental dans notre société car cela concerne une part toujours plus importante de la population. En effet, selon les prévisions démographiques, la part des plus de 75 ans aura doublé en 2050 par rapport à 2005 : ils seront alors 10,9 millions. Toujours sur la même période, la part des plus de 85 ans aura quadruplé pour atteindre une population totale de 4,2 millions. En termes de poids démographique, les plus de 65 ans représenteront 25% de la population française totale en 2030 et 29% en 2050. Les plus de 85 ans représenteront quant à eux, 4% de la population française totale en 2030 et 9% en 2050³!

Cette évolution démographique laisse présager une augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes, la dépendance étant ici comprise de manière négative comme la perte d'autonomie ou de capacités. En effet, le grand âge peut être accompagné du développement de certains handicaps ou d'incapacités. Ainsi, selon une étude de 2006, en supposant une stabilité de la durée de vie moyenne en dépendance, 1 200 000 personnes seront dépendantes en 2040 contre 800 000 actuellement.⁴ Par ailleurs, la dépendance représente un coût important pour la société. Sa part passerait de 1% du PIB en 2009 à 1,2 voire 1,3% du PIB en 2020.

Force est de constater que les diverses mesures en faveur des personnes âgées visent essentiellement à apporter une réponse financière à des situations de dépendance avérées. L'aspect préventif est très peu développé. Il en résulte une perception très négative de la dépendance comme étant une fatalité et une menace pour les finances publiques. Pour autant, ne plus apporter de soutien à nos aînés n'est pas envisageable.

D'où l'importance de développer une politique de prévention et des solutions permettant aux personnes âgées de bien vieillir. « *La priorité est à la prévention, ce qui*

¹ SENEQUE, « *Des Avantages de la Vieillesse* », Lettre XII à Lucilius

² Sondage IFOP réalisé auprès d'un échantillon de 1007 personnes, représentatif (méthode des quotas) de la population française de 18 ans et plus, après stratification par région et catégorie d'agglomérations, par questionnaire en ligne (CAWI - Computer Assisted Web Interviewing) du 1er au 3 février 2011. annexe IX

³ DUEE M., REVILLARD C., 2006, *La société française*, Revue Données sociales, INSEE

⁴ Ibid.

implique un changement sociétal important - éducatif, médical et politique - pour ne pas dire un bouleversement»⁵. En effet, la dépendance des personnes âgées ne peut essentiellement reposer sur la dimension médicale qu'est le développement de handicaps ou d'incapacités.

Le concept de «bien vieillir» tel que défini initialement par ROWE et KAHN en 1987 s'inscrivait dans cette logique essentiellement médicale. Selon ces deux auteurs, bien vieillir impliquait l'absence de pathologies ou de facteurs de risques. Cette vision n'est cependant aujourd'hui plus envisageable. Avec l'allongement de l'espérance de vie et ses conséquences physiques, le développement de maladies chroniques, il est préférable de parler de vieillissement usuel ou habituel ou alors du «vieillissement actif» développé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)⁶. La notion de bien vieillir a également beaucoup évolué, prenant davantage en compte les autres dimensions de la dépendance liées au vieillissement : solitude, isolement social ou familial, inadaptation du logement, pauvreté... Si aucune définition à proprement parler n'est donnée dans le rapport « Bien Vieillir » de 2007, ni dans aucun autre rapport en lien avec cette thématique, celle-ci consiste, selon Laurence HARDY, sociologue, à «*rester acteur de sa vie, le plus longtemps possible compte tenu de l'avancée de l'âge*». De façon complémentaire, la définition du bien vieillir du Docteur Pierre GUILLET⁷ comme consistant à «*s'adapter aux changements et cultiver ce que l'on devient à mesure que l'on change*» nous paraît appropriée pour illustrer le fait que le bien vieillir ne peut se limiter uniquement au champ médical mais doit se concevoir de manière multidimensionnelle.

Changement amorcé des mentalités ou effet d'annonce, dans quelle mesure le bien vieillir peut constituer un nouveau cadre pour penser la prévention de la dépendance ?

Etant tous issus de différentes filières - Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale (IASS), Directeur d'Etablissements Sanitaires Sociaux et Médico-Sociaux (DESSMS), Directeur de Soins (DS), Directeur d'Hôpital (DH) - nous pencher sur cette question a été l'occasion d'avoir une vision globale du vieillissement tel qu'il est perçu par la société et de comprendre quels concepts le sous-tendent. Notre travail s'est construit sur la base de

⁵CUZIN E, janvier 2009, *Dossier vieillissement*, revue Pharmaceutiques, N° 163, p. 34

⁶Organisation mondiale de la santé (OMS), *Vieillir en restant actif* cadre d'orientation, Genève OMS, 2002, 60p

⁷GUILLET P., 2007, *le dialogue des âges, histoires de bien vieillir*, Gallimard, ville, 243p

recherches documentaires et de nombreux entretiens dont la liste et la méthodologie sont présentées en annexe⁸.

Pour rendre compte de nos travaux et sur la base des différents entretiens avec des professionnels, des usagers et des responsables politiques, nous reviendrons dans un premier temps sur la problématique de la dépendance telle qu'elle est perçue et traitée aujourd'hui. Nous aborderons, dans un second temps, la notion du bien vieillir dont nous exposerons les multiples dimensions. Ensuite, nous démontrerons dans quelle mesure la prévention permet de lier bien vieillir et dépendance. Enfin, nous formulerons dans une quatrième et dernière partie des préconisations pour rendre la notion de bien vieillir plus opérationnelle.

1 La dépendance : une notion qui fait débat

1.1 Notion de dépendance

La notion de dépendance est relativement récente. Elle a été utilisée pour la première fois, en 1973 par le Docteur Yves DELOMIER, selon lequel *«le vieillard dépendant a besoin de quelqu'un pour survivre car il ne peut, du fait de l'altération des fonctions vitales, accomplir de façon définitive ou prolongée les gestes nécessaires à la vie»*.⁹ L'article 2 alinéa III de la loi instituant la prestation spécifique dépendance¹⁰ officialise la définition du terme dépendance : *«La dépendance est définie comme l'état de la personne qui, nonobstant les soins qu'elle est susceptible de recevoir, a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou requiert une surveillance régulière»*. Bernard ENNUYER, sociologue, déplore la vision négative de la dépendance qui résulte de la *« confusion volontairement entretenue entre dépendance et perte d'autonomie comme synonyme d'incapacité à faire... et finalement d'incapacité à être »*¹¹.

La notion de dépendance définie de façon déficitaire et incapacitaire *« stigmatise une population âgée dépendante »* selon lui. De nombreux professionnels - comme la psychologue et consultante Isabelle DONNIO, Jean-Claude HENRARD, Professeur de Santé Publique et Jean BOJKO, artiste et créateur du TêATR'êPROUVêTe - s'inscrivent

⁸ Annexes I à IV

⁹ DELOMIER Y., septembre 1973, *Le vieillard dépendant. Approche de la dépendance*, Gérontologie n°12, p.9

¹⁰ Loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à répondre mieux aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance, JORF n° 21 du 25 janvier 1997, p. 1280

¹¹ ENNUYER B., 2002, *Les malentendus de la dépendance. De l'incapacité au lien social*, Paris, Dunod, 333p.

dans cette mouvance et dénoncent cette vision négative de la dépendance. Le Docteur Jean-Pierre AQUINO, gériatre, initiateur du plan Bien Vieillir, affirme lui qu'il faut raisonner sur les compétences des gens, leur autonomie et pas sur leurs incapacités. Prise sous un angle positif, la dépendance ne se limite pas aux personnes âgées, elle existe entre tous les individus qui composent la société. Pour Laurence HARDY, responsable du Centre de Ressources Pédagogiques et Documentaires de l'Institut Régional du Travail Social de Bretagne, la dépendance est le « *fondement du lien social* ». L'absence de consensus sur le vocabulaire, accentuée par les représentations individuelles, à propos de la définition de dépendance amène certains à préférer d'autres notions comme celle de perte d'autonomie pour Michel MACE, vice-président du CODERPAG, ou Anne-Yvonne EVEN, Directrice adjointe du département de l'offre médico-sociale de l'Agence Régionale de Santé (ARS) de Bretagne.

1.2 Les enjeux de la dépendance aujourd'hui

Comme le relève Blanche LE BIHAN, enseignant-chercheur à l'École des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP), « *Aujourd'hui le débat politique autour de la dépendance est essentiellement axé sur son coût, la vision est trop économique* ». Face à l'évolution démographique et au défi annoncé de la dépendance des personnes âgées, les inquiétudes sont essentiellement d'ordre financier : comment assumer ce « fardeau » ? La réforme de la dépendance, engagée par le Président de la République Nicolas SARKOZY, au début de son mandat, pour mettre fin aux difficultés de financement de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie, devrait être mise en place avant la fin de son quinquennat. Certaines pistes de financement semblent être abandonnées, comme l'obligation de contracter une assurance privée portée par la députée Valérie ROSSO-DEBORD, ou le recours sur succession. D'autres sont toujours étudiées comme la hausse de la Contribution Sociale Généralisée ou la suppression de niches fiscales. Le mode de financement va déterminer de réels choix de société en matière d'économie et de solidarité. La Ministre des Solidarités et de la Cohésion Sociale, Roselyne BACHELOT-NARQUIN, a d'ailleurs récemment réaffirmé sa volonté de « *rester sur un socle massif de solidarité* »¹². Le Docteur Olivier BEAUCHET, chef de service de gériatrie clinique à Angers et vice-président du Gérontopôle de la région Pays de Loire, est favorable à un financement solidaire de la dépendance afin de ne pas peser sur les générations futures.

¹²11 mai 2011 intervention de Madame la Ministre sur RMC et BFMTV
EHESP – Module interprofessionnel de santé publique – Bien vieillir G.1 2011

Au-delà du financement d'une prestation, c'est également le financement de structures et le développement de solutions de prise en charge innovantes qui sont concernés. En effet la dépendance nécessite de revoir les modes de prise en charge existants et de créer des intermédiaires entre le maintien à domicile et l'hébergement en maison de retraite afin de permettre un libre choix et de soutenir les aidants.

1.3 Une notion véhiculant une perception négative de la vieillesse

Un consensus de la part des professionnels semble se faire autour de la représentation négative d'une «*société empreinte de jeunisme*» à l'égard du vieillissement (Christian FREMONDIÈRE, Directeur de l'Espace du bien vieillir Robert ROBIN à Angers). Il ressort des entretiens un «*sentiment d'inutilité*» lié à la vieillesse (Véra BRIAND, adjointe au maire de Rennes, déléguée auprès des personnes âgées) partagé par les personnes âgées : Andrée P. 77 ans, résidente en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Autonomes (EHPAA) «*le mieux serait de ne pas vieillir, de mourir jeune*». Cette vision négative de la vieillesse est accentuée par l'emploi de la notion de «dépendance» pour qualifier les effets du vieillissement. En effet, dans les débats publics, le seul mot qui revient pour parler de la vieillesse c'est dépendance. Cette porte d'entrée sur le vieillissement est très limitée car elle laisse penser que toutes les personnes âgées deviennent inéluctablement dépendantes au cours de leur vie. Cette idée fait peur et suggère, comme le développe le Professeur Olivier BEAUCHET, que toutes les personnes âgées sont «*moches, puent, vivent dans des établissements et coûtent cher à la société*». De plus, la notion de dépendance véhicule l'idée que le vieillissement ne concerne que les personnes âgées dépendantes c'est-à-dire le très grand âge, âge de la dépendance en général et provoque ainsi un désintérêt de la population pour ces questions. Comme le développe Béatrice GAINARD, «*peu de personnes viennent s'informer au Centre Local d'Information et de Coordination pour anticiper leur vieillissement car personne n'accepte de vieillir, ça fait peur. En conséquence, on prend les informations pour les parents mais jamais pour nous !*».

1.4 Une notion occultant la prévention

La notion de «dépendance», en visant le très grand âge (au delà de 80 ans), occulte le fait que le vieillissement est un phénomène progressif qui peut se prévenir par des actions ciblées tout au long de la vie. La politique de santé française est centrée sur le

curatif et non sur le préventif et c'est cette optique qui a été choisie pour lutter contre les effets du vieillissement. Or, le dépistage, l'évaluation, l'intervention et le suivi de la dépendance peuvent être orchestrés par le médecin traitant. Son véritable rôle se situe en amont pour faire en sorte que le patient ne développe pas d'incapacités. Selon le Professeur Jean-Claude HENRARD, la prévention est mise en avant par les médecins mais il s'agit d'une vue monofactorielle. Il faudrait une vision plurifactorielle (biomédicale, environnementale, architecturale, conditions de travail...) qui jusqu'à maintenant est quasi inexistante.

2 .Le bien vieillir : une notion novatrice ?

2.1 Le bien vieillir, une préoccupation ancienne

Le «bien vieillir» n'est pas une notion moderne malgré les apparences. Ainsi, Bernadette PUIJALON et Jacqueline TRINCAZ¹³ décrivent très bien les différentes étapes du désir de rester jeune face au vieillissement dans les mythes et l'histoire.

Dans l'imaginaire, le rajeunissement, le désir de paraître comme on était avant n'est pas une obsession nouvelle. Par exemple, dans le mythe de FAUST, ce dernier va retrouver une seconde jeunesse au prix d'une éternité de souffrance. Dans l'Histoire, dès l'Antiquité, les hommes ont cherché à vivre vieux et en bonne santé. Hippocrate puis Cicéron ont proposé pour combattre la vieillesse, des conseils d'exercice et d'alimentation modérée. Au Moyen Age, ont été inventés les élixirs de longue vie et de jouvence constitués de sang d'enfant, ou de lait de femmes. Plus tard, ce seront les injections de liquides variés obtenus à partir de diverses glandes génitales d'animaux. Au XVIIIème siècle, les scientifiques cherchent à décrypter les secrets des centenaires, puis à partir du XIXème siècle, les traités sur l'art de conserver sa jeunesse se multiplient (injection de sperme dans le sang des vieillards, greffe de testicules jeunes...). Enfin, grâce à la plus grande maîtrise des produits chimiques, se développent des traitements à base d'hormones et de correction génétique.

¹³PUIJALON, B. et TRINCAZ, J., 2000, *Le droit de vieillir*, Paris : Fayard. 281p

2.2 Une notion aux contours flous

Malgré son historique, la définition du principe de bien vieillir est très complexe à établir. Ainsi, tous les professionnels (dans les champs social, médico-social, sanitaire ou politique), que nous avons rencontrés, ont déclaré que le bien vieillir était une notion floue, très difficile à définir. Cette difficulté de définition s'explique par la subjectivité de la notion et par le fait qu'elle soit multidimensionnelle (sociale, sanitaire, financière...).

La première tentative de conceptualisation du bien vieillir date seulement de 1987. ROWE et KAHN¹⁴ ont énoncé le principe de «vieillesse réussie» qui recouvre l'absence de maladie ou de facteur de risque, un niveau de fonctionnement physique et cognitif élevé et une vie active sur les plans occupationnel et social. Si elle présente l'intérêt de prendre en compte le champ psycho-social, cette notion est cependant limitée aux personnes vieillissant sans pathologie, supposant ainsi la possibilité d'un vieillissement «raté» très stigmatisant.

Cette conception du bien vieillir très exigeante semble partagée par 70% des Français qui dans le sondage IFOP¹⁵ «les français et le bien vieillir» publié en mars 2011 et commandé par le groupe Prévoir ont déclaré que bien vieillir «c'est vieillir en bonne santé».

De même, le plan Bien Vieillir 2007-2009¹⁶, bien que ne définissant pas explicitement ce qu'est le bien vieillir, fait référence au concept de «vieillesse réussie» dans sa partie III intitulée «principe du bien vieillir, vers un vieillissement réussi».

Dans le plan Bien Vieillir, il a été choisi, dans la partie conceptualisation, de faire un inventaire des notions qui existent (vieillesse réussie, vieillissement actif de l'OMS, Healthy Aging de l'Union Européenne) sans retenir une définition du bien vieillir. Cependant, on peut penser que le principe de vieillissement réussi est le concept qui a guidé l'élaboration du plan centré essentiellement sur un bien vieillir médical pour les cinq premiers axes (prévenir les facteurs de risque d'un vieillissement lors du départ à la retraite, alimentation équilibrée, activités physiques, prévention des pathologies, bon usage des médicaments) et ouvrant sur les trois derniers axes la notion de bien vieillir sur le social (solidarité entre les générations, développer le bien vieillir au niveau local, développer la

¹⁴ ROWE J. W., KAHN R. L., 1999, *successful aging*, Dell, 288p.

¹⁵ cf annexe IX

¹⁶ cf annexe VIII

recherche et innovation). Ce plan s'adressait essentiellement aux personnes encore autonomes.

A contrario, tous les professionnels que nous avons rencontrés ont donné une définition large et minimale du concept du bien vieillir afin d'englober l'ensemble de la population y compris les plus dépendants.

Ainsi, par exemple, pour Laurence HARDY, le bien vieillir «*c'est rester acteur de sa vie le plus longtemps possible compte tenu de l'avancée de l'âge*»; pour le Professeur Olivier BEAUCHET, «*le bien vieillir c'est la perception subjective que peut avoir un individu âgé vis à vis de son vieillissement*»; pour Béatrice CHANCEREUL, coordinatrice de l'espace intergénérationnel Simone de Beauvoir à Rennes, «*le bien vieillir c'est d'abord bien vivre, continuer à vivre, permettre aux gens de rester maître de leur vie et de leur destin*» ; pour Christian FREMONDIÈRE «*c'est accepter de vieillir, accepter les petites pertes, une succession de petits deuils*» ; pour le metteur en scène et créateur des «Ateliers Poivre et Sel» Vincent COLIN, «*le bien vieillir est une intelligence de vie, un état d'esprit*» ; enfin, pour le Docteur Jean-Pierre AQUINO, «*le bien vieillir est une synthèse qui tient compte des efforts de prévention et des possibilités que le corps humain offre*».

Pour ce mémoire, le choix du groupe a été de retenir l'avis des professionnels et donc de donner une définition large et minimaliste, socle sur lequel chaque français pourrait construire sa propre définition du bien vieillir en adéquation avec ses exigences et ses possibilités (économiques, culturelles, sociales, physiques).

Pour définir le bien vieillir, nous nous sommes donc inspirés des concepts de vieillissement actif de l'OMS : processus d'optimisation des possibilités de santé, de participation et de sécurité dans le but d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées tout au long de la vie, et de vieillissement en bonne santé de l'Union Européenne¹⁷ : processus d'optimisation de la santé physique, mentale et sociale afin de permettre aux personnes âgées d'être actives socialement sans discrimination et de jouir de leur indépendance et d'une bonne qualité de vie. Ces deux concepts permettent d'inclure toutes les personnes âgées, celles ayant un vieillissement réussi (sans pathologie, avec peu de risques d'en développer et une grande autonomie), un vieillissement normal (sans pathologie mais avec des risques d'en développer) ou un vieillissement pathologique (marqué par de nombreux facteurs de risques, des pathologies et/ou des incapacités installées très tôt).

¹⁷Healthy Aging- Draft Report 2006

Ainsi, dans ce mémoire, le bien vieillir signifie «s'adapter aux changements et cultiver ce que l'on devient à mesure que l'on change» (Docteur Pierre GUILLET) et donc «être acteur tout au long de sa vie» (Laurence HARDY).

2.3 Les limites du concept

Le concept de bien vieillir, qui est une préoccupation des français comme le montre le sondage IFOP, présente des limites largement soulignées par la littérature et les professionnels que nous avons interrogés et dont nous devons avoir conscience tout au long de ce mémoire.

Tout d'abord, ce concept semble peu connu des usagers. Sur l'ensemble des usagers interrogés dans le cadre du mémoire, seule une minorité d'usagers connaissait le concept sans pour autant pouvoir l'expliquer. Ce sondage a également montré que les français avaient une conception très limitée du bien vieillir. Ce manque de connaissance du sujet est expliqué par Laurence HARDY en raison d'un problème d'accès à l'information : *«les campagnes de sensibilisation à grande échelle ne sont pas suffisantes, l'information doit être relayée au plus près des usagers par les professionnels, par les familles, les mutuelles, le « bouche à oreille »* ». D'après elle, l'information touche toujours les classes sociales les plus aisées, qui sont les plus réceptives, et se diffuse ensuite à l'ensemble de la population. D'après Béatrice GAIGNARD, responsable du Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC) d'Angers, *«la limite la plus importante à l'information ce sont les mentalités»*. *«Les citoyens savent que des structures telles que les CLIC existent mais ne pensent pas être concernés par le vieillissement: il y a très peu d'anticipation des conséquences du vieillissement»*. La peur de vieillir limiterait ainsi les effets bénéfiques de la prévention.

Ce concept de bien vieillir implique des moyens (temps passé pour s'informer, coût important des structures adaptées, coût d'une alimentation équilibrée) qui rendent difficile son application.

Ainsi 62% des personnes interrogées lors du sondage IFOP répondent qu'il est « difficile » de bien vieillir. Il apparaît que les différentes catégories de la population ne sont pas sur le même pied d'égalité face au vieillissement. 33% des personnes interrogées estiment que c'est « le manque d'argent » qui représenterait un frein à leur bien vieillir. De fait, le vieillissement serait une affaire de catégorie sociale comme en témoigne l'écart de perception de l'âge de basculement dans la vieillesse. Ainsi, celui-ci survient dans les

catégories populaires entre 65 et 66 ans, par comparaison avec les catégories les plus aisées de la population où il survient vers 70 ans pour les cadres supérieurs et 72 ans pour les personnes aux revenus les plus hauts. De plus, le sondage montre que les personnes évoluant dans un contexte socioprofessionnel aisé (cadres supérieurs, personnes aux revenus élevés) décrivent davantage un mode de vie en adéquation avec les recommandations pour bien vieillir que les personnes évoluant dans un contexte plus défavorisé (ouvriers, personnes aux faibles revenus).

La troisième limite de ce concept, qui serait plutôt une dérive, serait que le bien vieillir devienne une injonction, un concept culpabilisant. Michel BILLE¹⁸ démontre que le bien vieillir peut devenir une tyrannie : une obligation de « bien » se faire soigner, de prendre « bien » soin de soi, de « bien » manger, de soigner son apparence, de gérer son corps. Le bien vieillir deviendrait ainsi une obligation, une contrainte, un devoir et nous serions coupables si notre vieillissement était raté. Cette dérive du concept de bien vieillir est soulignée par de nombreux professionnels.

Véra BRIAND préfère parler de «vieillir bien» plutôt que de «bien vieillir» car dans l'idée de bien vieillir il y aurait une injonction qui lui semble une atteinte à la liberté personnelle. De même, Bernard ENNUYER a défini le bien vieillir «*comme une affaire de mode, une injonction d'autonomie : prenez vous en charge vous-même !* ». Selon lui, le concept de bien vieillir «*renvoie l'individu à sa responsabilité personnelle ; c'est un moyen de dédouaner la société de sa responsabilité collective en chargeant la responsabilité individuelle*». Cette vision peut conduire à d'importantes dérives comme le refus de prendre en charge de manière solidaire certaines pathologies qui auraient pu être anticipées par une prévention individuelle. Dans un contexte de déficit public, il est à craindre que certains comportements individuels soient pénalisés et stigmatisés.

Enfin, le bien vieillir serait un concept difficile à évaluer. Comme il a été dit précédemment, le bien vieillir est une notion très subjective qui varie selon les individus et leurs possibilités (physiques, financières, sociales, sanitaires...). Comment dès lors trouver des critères objectifs pour évaluer un «bon» vieillissement ?

Malgré les limites énoncées, le principe de bien vieillir annonce une révolution des mentalités, car il permet de concevoir le vieillissement de manière positive, ce que ne permettent pas les notions actuelles, comme celle de dépendance.

¹⁸BILLE M., MARTZ D., 2000, «*La tyrannie du bien vieillir* », Paris, Éditions Le bord de l'eau, Collection Clair et Net, Paris 180 p

2.4 Son apport : ré-enchanter la vieillesse.

Si, aujourd'hui, il s'avère nécessaire de mettre l'expression «bien vieillir» sur ce qui pourrait sembler naturel et a toujours été un objectif, cela s'explique par l'image négative de la vieillesse véhiculée par notre société. La vieillesse, dans notre société où les valeurs centrales sont la jeunesse, la santé, la vitesse, la performance et le beau, fait peur car elle est devenue synonyme d'indigence, de dépendance et de déclin. L'invention récente du concept de bien vieillir a ainsi pour principal objectif de changer le regard que la société porte sur les personnes âgées, sur le vieillissement, en un mot de ré-enchanter la vieillesse.

Cette vision est très optimiste. Le ré-enchantement de la vieillesse doit se traduire par des actions concrètes. Or, aujourd'hui, les nombreuses limites de la notion de dépendance empêchent d'appréhender la prévention dans sa globalité. La notion de bien vieillir peut elle permettre de penser autrement la prévention de la dépendance ?

L'hypothèse que nous cherchons à confirmer est : **Le bien vieillir est une opportunité pour aller vers des actions innovantes en matière de prévention de la dépendance.**

3 Le bien vieillir : moyen de prévention de la dépendance ?

3.1 Le concept de prévention

Si, aux XVIIIème et XIXème siècles, l'approche hygiéniste marque les débuts de la mise en place de politiques de prévention, l'essor de la médecine curative au XXème siècle (découverte des antibiotiques, progrès médicaux ou chirurgicaux...) fait chuter la mortalité mais relègue la prévention au second plan. Le regain d'intérêt pour la prévention se fera autour des années 1970, suite à la remise en cause de la médecine curative (résistance aux antibiotiques, augmentation des maladies chroniques, cancers...).

L'OMS définit la prévention comme l'ensemble des mesures visant à éviter ou à réduire le nombre ou la gravité des maladies ou accidents. L'article 79 de la loi du 4 mars 2002¹⁹ complète cette définition en précisant que *«la politique de prévention a pour but d'améliorer l'état de santé de la population en évitant l'apparition, le développement ou*

¹⁹ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
EHESP – Module interprofessionnel de santé publique – Bien vieillir G.1 2011

l'aggravation des maladies ou accidents et en favorisant les comportements individuels et collectifs pouvant contribuer à réduire le risque de maladie et d'accident».

Différentes approches permettent de classifier la prévention en plusieurs niveaux. Les trois niveaux définis par l'OMS correspondent aux états successifs de la maladie et ainsi aux *«moyens à mettre en œuvre pour empêcher l'apparition des pathologies jusqu'à leur thérapeutique, et éventuellement, la réinsertion sociale des malades»²⁰*. La prévention primaire a pour but d'éviter l'apparition de maladie en agissant sur les causes ou facteurs de risque. Pour le Professeur Olivier BEAUCHET *«C'est l'environnement qui joue sur l'évolution de la maladie»*.

La prévention secondaire vise, quant à elle, la détection de la maladie à un stade où il est encore possible d'agir avec une certaine efficacité (dépistage).

La prévention tertiaire recherche, en limitant les complications des séquelles, la diminution des récives et des incapacités mais aussi la réinsertion sociale.

Mohammed MALKI, Conseiller Technique au Ministère des Solidarités et de la Cohésion Sociale, en charge de la politique en faveur des personnes âgées, précise qu'*«en France (et dans certains autres pays), on ne sait pas faire de prévention secondaire et tertiaire. Pourtant, il y a vraiment des outils, il faut aller vers ça, développer ces types de prévention»*. Pour le Professeur Jean-Claude HENRARD, actuellement, *«On prévient les maladies mais pas la dépendance»*.

Face à une population cible, il est possible de mettre en place des méthodes de prévention individuelle ou collective. La prévention individuelle recherche la modification des comportements individuels par l'amélioration des connaissances sur les problèmes de santé. Pour Bernard ENNUYER, *«la prévention individuelle (diabète, nutrition, arthrose, hypertension) est pertinente, il faut continuer à la développer»*. La prévention collective s'attache, quant à elle, à réduire les facteurs de risque liés à l'environnement. Bernard ENNUYER précise que *«la prévention collective ne se fait pas du tout aujourd'hui»*.

La prévention peut revêtir la forme d'une obligation ou d'une incitation. La prévention incitative nécessite d'informer les populations que ce soit par une information de masse (campagne de communication) ou par une information ciblée en direction des groupes à risques.

²⁰FLAJOLET A., 2008, *« Les disparités territoriales des politiques de prévention sanitaires »* Annexe1 La prévention : définitions et comparaisons

Face à certaines limites de la prévention, (inefficacité, stigmatisation, éthique, manque d'évaluation), la recherche d'approches plus globales est privilégiée telle que l'éducation et la promotion de la santé. L'éducation pour la santé a pour but de donner aux individus et groupes les compétences nécessaires pour réaliser les choix de vie favorables à la santé, à la qualité de vie et au bien-être. Il s'agit de permettre à chacun d'améliorer sa santé à partir de ses nouvelles connaissances et de favoriser la responsabilité individuelle face à des choix de comportements. La promotion de la santé repose sur la capacité des individus et des groupes à agir sur leurs conditions de vie. En 1986, la charte d'Ottawa de l'OMS précise que la promotion de la santé vise l'égalité en matière de santé et a pour but «*de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer*»²¹. Le Professeur Jean-Claude HENRARD s'attache à la différence entre prévention et promotion et précise que : «*La promotion qui est la participation des usagers à leur santé n'a pas pignon sur rue en France, elle est très en retard*».

3.2 Les actions de prévention du plan Bien Vieillir et ses limites

Le vieillissement de la population est une incitation forte au développement d'une politique de prévention de la dépendance. Car si vivre vieux est un progrès, bien vieillir en serait un autre. L'épisode de la canicule, en août 2003, a montré les insuffisances de la prévention pour les personnes fragiles et a été l'élément déclencheur d'une prise de conscience nationale.

C'est dans ce contexte qu'est né le plan national Bien Vieillir 2007-2009 qui fait suite au programme national Bien Vieillir initié par Hubert FALCO en 2003. Il s'inscrit dans le projet européen triennal «Healthy Aging» lancé par le programme de santé publique de l'Union Européenne en 2004. Le plan Bien Vieillir avait pour objectif de proposer des mesures permettant d'assurer un «vieillessement réussi» au plus grand nombre tant du point de vue de la santé individuelle que des relations sociales, en favorisant l'organisation et la mise en œuvre d'actions de prévention adaptées.

Le Docteur Jean-Pierre AQUINO explique que «*la prévention en gérontologie doit impérativement dépasser une démarche organiciste, trop réductrice, pour s'obliger à une approche spécifique, globale, bio médico psycho sociale. Il convient de rappeler la*

²¹ Charte d'Ottawa OMS 1986

définition de la santé par Georges CANGUILHEM²²: capacité prolongée d'un individu à faire face à son environnement physiquement, émotionnellement et socialement.»²³

En effet, « *Ne pas prévoir, c'est déjà gémir* » disait Léonard de Vinci.

Le plan Bien Vieillir visait à inciter les seniors à adopter des attitudes positives pour un vieillissement en bonne santé. Il développait des axes visant à favoriser des stratégies de prévention des complications des maladies chroniques, des axes pour la promotion de comportements favorables à la santé, l'amélioration de l'environnement individuel et collectif et le renforcement du rôle social des seniors par leur participation. La thématique du «vieillissement réussi» est ambitieuse car elle s'adresse à une partie large de la population française et se fonde sur une approche préventive. Certains axes du plan ont été développés, au niveau local, comme l'axe 7: «solidarité locale, développer le bien vieillir au niveau local». Ainsi l'expérience menée par la municipalité rennaise, comme l'a expliqué Véra BRIAND, a consisté à développer un réseau permettant de décloisonner et de rendre plus cohérentes les actions des différents services (exemple : création d'une «maison des seniors» sorte de guichet unique qui rassemble tous les services dont peuvent avoir besoin les personnes âgées). D'autre part, du point de vue de la santé, les axes 2 et 3 du plan mettent un accent particulier sur la notion de comment bien manger et comment bien bouger, renforcés par les plans nationaux nutrition santé. Ainsi, Mohammed MALKI a indiqué que les principaux risques pour les personnes âgées sont la malnutrition, la faiblesse musculaire et l'isolement social. Le plan Bien Vieillir reprend ces axes de prévention.

Néanmoins, le bilan établi par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) met en évidence un déficit de gouvernance, de structuration, et de moyens.

En effet, alors que la thématique de la dépendance revêt un caractère interministériel et intersectoriel, aucun pilote n'avait été clairement désigné. Ce qui, au niveau de la gouvernance, a été préjudiciable à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation des actions du plan. Par ailleurs, le déficit de structuration peut s'expliquer par l'historique d'élaboration du plan : démarche juxtaposant des idées pertinentes plutôt que structurant logiquement une problématique. S'ajoutant à cela, les différents niveaux d'application et d'exécution, tant national que régional ou départemental ne facilitent pas une cohésion d'ensemble, chacun menant à son niveau des actions individuelles mais pas toujours coordonnées.

²² Georges CANGUILHEM, médecin et philosophe français (1904-1995)

²³ AQUINO JP., juin 2008, *le plan national « bien vieillir »*, *Gérontologie et Société* n° 125, p.51.

Concernant les moyens, même s'il existe une richesse d'initiatives financées par la CNSA au cours d'appels à projet, il est à déplorer un manque d'évaluation nécessaire au réajustement. De plus, le Docteur Jean-Pierre AQUINO souligne parfois le manque de renouvellement de financement ayant une répercussion sur la mobilisation des acteurs et par la même sur la pérennité des projets. Toutefois, il confirme que le plan Bien Vieillir a eu pour effet positif d'attirer l'attention sur la prévention des effets du vieillissement.

En effet, le plan visait les seniors en bonne santé qui représentent la première catégorie de personnes âgées correspondant à la tranche d'âge 55-70 ans, soit environ 60 % des personnes âgées. Il s'agit, pour la plupart, de personnes autonomes, profitant pleinement de la vie, actifs (même parfois plus actifs que les gens plus jeunes), qui ont une vie sociale dense (associations, loisirs, sports etc) et globalement aussi un pouvoir économique important.

Ainsi, ce qui ressort de l'évaluation actuelle du plan Bien Vieillir est que le public cible doit s'élargir. En effet, pour que le lien entre bien vieillir et dépendance puisse exister, le prochain plan doit cibler les personnes fragiles et à risques, celles qui ne sont pas encore dans la dépendance mais peuvent à tout moment y basculer. C'est l'idée conjointe des interlocuteurs que nous avons rencontrés tels que Mohammed MALKI et le Docteur Jean-Pierre AQUINO, qui a conceptualisé cette notion de fragilité. Selon lui *«cet état se caractérise par une instabilité liée à la réduction des réserves physiologiques, associée à une précarité du contexte médical et socio-économique»*. Au-delà de l'approche médicale donnée à cette notion de fragilité, elle doit être *«plus largement appréhendée en intégrant aussi les facteurs psychologiques et sociaux. Tout doit être fait pour éviter que la fragilité ne mène à la dépendance»*.²⁴ Aujourd'hui, l'attention doit se porter plus spécifiquement sur ce public cible qui représente la deuxième catégorie, soit 30 % du nombre de personnes âgées. Ainsi, les actions de prévention ciblées sur cette population limiteront le passage dans la troisième catégorie que représentent les personnes âgées dépendantes (environ 8 % des personnes âgées). Pour ces dernières, la prévention s'attachera plutôt à limiter le glissement vers une plus grande dépendance et à favoriser le bien-être de la personne dans le respect de sa dignité. Bien vieillir consistera essentiellement à apporter de la qualité à la vie.

3.3 Les déclinaisons territoriales du plan Bien Vieillir et leurs limites

²⁴AQUINO JP., 2009, *vivre vieillir, bien vieillir*, la santé de l'homme, N° 401, pp. 17-19

Dans le cadre de nos entretiens nous sommes allés à la rencontre de professionnels ayant mis en place des actions innovantes prenant en compte l'aspect global du bien vieillir tel que notre groupe de travail le définit. Ces actions, qu'elles soient du domaine de l'information, de l'animation, de l'habitat ou bien artistiques participent toutes à leur manière à la prévention de la dépendance. Ces initiatives souvent locales proviennent essentiellement du milieu associatif en lien avec les collectivités territoriales (Conseil Régional, Conseil Général, villes, communes rurales...), la CNSA ou bien encore les ministères. Elles sont aussi impulsées par le corps médical comme dans le cadre des Gérontopôles ou par les municipalités elles-mêmes par le biais des labels «Bien vieillir, vivre ensemble».

- **Agir sur l'environnement de la personne âgée**

L'importance de l'environnement a été soulignée à de nombreuses reprises lors des entretiens menés. La question de l'accessibilité que ce soit dans le logement, en ville ou à la campagne est un élément à prendre en considération. L'aménagement du logement en fonction des incapacités de la personne apparaît comme une priorité.

Pour ce faire, les services d'aide à domicile, le médecin, les services de soins infirmiers peuvent servir de relais afin d'attirer l'attention de la personne âgée sur les risques et se faire relayer par les équipes pluridisciplinaires des CLIC, dont certaines bénéficient d'ergothérapeutes, pour faire pratiquer un diagnostic du logement afin de mettre en place les aménagements adéquats. A titre d'exemple, la mise en place d'un chemin lumineux réduit les chutes de 35 % car il met en autonomie, il alerte la personne, de fait elle remobilise ses compétences.

Suite au Plan Bien Vieillir, l'accessibilité en milieu urbain a été améliorée dans certaines villes françaises à l'exemple de Nice reconnue «Ville Amie des aînés» par l'OMS ou Rennes qui bénéficie du label national «Bien vieillir, vivre ensemble». Par ce label, les villes s'engagent sur 5 ans à mettre en place un plan d'action pour améliorer la qualité de vie des seniors : logements, transports, vie sociale, santé... avec comme maître-mot la prévention.

La réflexion ne porte d'ailleurs pas seulement sur l'accessibilité au transport ou au bâti mais plus largement sur la place de la personne âgée dans la cité et c'est en cela qu'elle s'insère parfaitement dans l'objectif de socialisation des personnes âgées. Les expériences

d'habitat intergénérationnel, comme la résidence Simone De Beauvoir à Rennes, constituent des modèles qui servent à tester des modes de mixité visant à re-créeer des solidarités dans un environnement sécurisant et «multiservices» : restaurant, vigilance les uns par rapport aux autres, petits services entre générations, projet de jardin partagé, sorties, échanges de savoirs. Le site regroupe des bailleurs sociaux et privés, une crèche, un accueil de jour pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, une maison de quartier, des professionnels de santé et un accueil pour personnes handicapées. Cette perception de la prévention de la dépendance est particulièrement innovante car, au delà d'un habitat adapté et d'une offre de services, l'idée est de créer du lien entre les personnes, de faire évoluer les mentalités et les représentations de chacun.

A Angers, l'espace Robert ROBIN baptisé «Espace du bien vieillir» est une structure innovante car elle coordonne sur un même lieu un hébergement via un EHPAA, de l'information via le CLIC, de la prévention par le biais d'un réseau gérontologique et des loisirs avec animations, billetterie, expositions et restaurant. L'idée de la mixité dans ce projet est de faire venir et entrer les personnes qui n'y résident pas, de venir y chercher des informations, de créer des lieux de rencontres et de fluidité des échanges. En 2010, l'espace a accueilli 360 associations en lien avec la personne âgée qui y tiennent leurs réunions. Mais si *«l'espace est devenu incontournable dans le quartier»* aux dires de Christian FREMONDIERE, il est conscient que le regard à du mal à changer aux yeux des usagers interrogés : les liens ne se décrètent pas, la participation aux activités doit correspondre à une envie, si ce n'est un besoin, et les évaluations auprès de ce public sont difficiles à mener.

- **Faire évoluer l'image de la vieillesse en inscrivant les personnes âgées dans des réseaux différents**

C'est ce que propose Jean BOJKO en faisant participer des personnes âgées à son activité du TéATR'ÉPROUVÈTE. Il interpelle la société sur l'image de la vieillesse et permet de lutter contre le sentiment d'inutilité des personnes âgées. Il met en avant les capacités des personnes âgées. Ces actions peuvent sembler a priori *«pas sérieuses, farfelues»* selon les dires de M. BOJKO, mais permettent d'intégrer la personne dans un réseau complètement différent. Alors, *«l'impossible devient possible»* comme pour Denise 86 ans devenue actrice et recevant sa première fiche de paye.

- **Conserver du sens à la vie des personnes âgées**

Le lien social ne se crée pas artificiellement. La notion «d'engagement» développée par nos interlocuteurs est sans doute une piste susceptible de redonner du sens à une activité qu'elle relève du domaine artistique comme le suggère Vincent COLIN ou associative comme le suggère Mohammed MALKI. Susciter l'intérêt, l'enthousiasme et l'adhésion des personnes âgées exige, selon Vincent COLIN, que les activités proposées aient un but précis et passe par une implication de la personne. En effet trop d'usagers rencontrés par ailleurs, bien que bénéficiant d'animations, nous font part d'un profond sentiment d'inutilité.

- **Rompre l'isolement**

Favoriser le lien social passe aussi par des actions de lutte contre l'isolement des personnes âgées. Le rompre devient un problème plus aigu dans les territoires à faible densité d'équipement, de ressources ou encore de compétences. Dans ce contexte, l'action «CAP'AGE» a été mise en place par l'antenne de l'association Familles Rurales de Saint Briec, en étroite collaboration avec les Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS) de trois communes. Les activités proposées visent au maintien du lien social pour une population rurale et fragile car en grande partie isolée et nécessitant parfois une aide aux activités de la vie quotidienne. Il s'agit d'animations de proximité - jeux de société, activités autour du potager - réalisées avec le concours de bénévoles qui accompagnent ces personnes. Proposer sans imposer, donner le goût, montrer qu'on est encore capable d'apprendre, d'échanger, malgré ses fragilités, que la vie ne s'arrête pas à l'âge où la vie professionnelle s'interrompt. La coordinatrice, Cécile JAMONEAU, considère que *«le bien vieillir est dans la tête et passe par le maintien de la vie relationnelle, les activités proposées étant des alibis pour sortir de chez soi»*.

- **Libérer la parole**

La prévention ne doit pas passer uniquement par le dépistage médical comme ce que permettent les «consultations mémoires» mais il faut aussi s'attacher à libérer la parole. La prévention de la dépendance dans une perspective de «bien vieillir» implique une anticipation de la part des personnes âgées et de leur famille de leur dépendance. Cette

question du vieillissement est rarement abordée au sein des familles. Les «Bistrot mémoire» fonctionnent sur la dynamique de groupe et de parole. Ils proposent d'aborder les thèmes de la maladie, de la dépendance et les difficultés rencontrées dans la relation aidants-aidés, dans un lieu ouvert et neutre, avec l'aide d'une psychologue. Ils s'adressent aux patients atteints de la maladie d'Alzheimer, à leur entourage ainsi qu'à toute personne intéressée. Le lien familial reste primordial comme l'affirme Cédric BOUTONNET. Selon Blanche LE BIHAN, les familles restent effectivement très impliquées dans la prise en charge des personnes âgées et constituent les principaux «aidants». La dépendance ne peut être envisagée comme concernant uniquement la personne âgée mais aussi ses aidants. Les mesures de prévention doivent donc mobiliser à la fois la personne âgée et ses aidants.

- **Fédérer les actions**

La création récente du «Gérontopôle» d'Angers, constitue une réponse à une organisation en région, centrée sur les besoins de la personne âgée. Cette structure a pour objectif de fédérer des équipes de recherche et de cliniciens et s'ouvre sur des innovations dans le domaine de la recherche, de la technologie, de la prévention et de la promotion de la santé. Ces innovations concernent tous les secteurs d'activités : transport, habitat, signalisation, réseaux d'information et constituent des gisements de développement économique par les marchés qu'elles génèrent. Cependant, il est encore trop tôt pour évaluer leur impact sur le bien vieillir.

- **Les limites des initiatives territoriales**

Si les actions sont nombreuses et créatives, elles sont cependant trop dépendantes des volontés politiques locales et restent limitées aux territoires dans lesquels elles s'inscrivent. D'après Christian FREMONDIÈRE, *«elles sont parfois aussi fragiles que les personnes auxquelles elles s'adressent»*.

La majeure partie des interlocuteurs rencontrés a souligné un manque de coordination entre les différents acteurs engagés. Ainsi, sur un territoire restreint comme la ville de Rennes, nous avons pu constater que les acteurs ne se connaissaient pas toujours entre eux et que les actions se chevauchaient parfois. De fait, il en résulte une perte d'efficacité et un manque de lisibilité tant pour les acteurs que pour les usagers.

Par ailleurs, la perception négative que les usagers ont de la vieillesse et le déni de certains semblent constituer des obstacles à leur bonne information et à leur participation aux actions de prévention.

De plus, la pérennité des actions menées nécessite un financement stable. Or le déficit public actuel menace la reconduction de certains financements pour des actions pourtant reconnues efficaces. A titre d'exemple, certains postes d'animatrices ne sont plus pris en charge par les financements publics et leurs coûts sont directement répercutés sur les usagers.

Enfin, il est à noter un déficit d'évaluation des actions. Ainsi, par exemple, le Professeur Olivier BEAUCHET estime que l'absence d'une culture d'évaluation en France empêche d'analyser les facteurs de dysfonctionnement des expériences menées et conduit à la reproduction d'actions inadaptées voire d'erreurs.

A cette étape de la réflexion et au regard du périmètre de notre étude, nous pouvons valider notre hypothèse : le bien vieillir est un moyen de prévention de la dépendance. Toutefois, les limites observées nous amènent à formuler des préconisations.

4 Comment faire du "bien vieillir" la porte d'entrée pour repenser le vieillissement et rendre ce concept plus opérationnel ?

4.1 Des notions à optimiser en plaçant l'utilisateur au cœur du dispositif

Prendre le bien vieillir comme pierre angulaire de la prévention exige que les différentes notions convoquées soient clairement définies. Cette exigence apparaît comme la condition de la cohérence des différentes actions mises en place. Arriver à une définition unanime du bien vieillir n'est pas chose aisée. Nous avons bien vu que le bien vieillir recoupe des réalités très différentes selon les personnes : qui préférera rester à son domicile, qui préférera aller en institution pour se sentir plus sécurisé et entouré. La volonté d'exercer son libre arbitre ainsi que le caractère subjectif des attentes de chacun pour «bien vieillir» souligne également l'importance de donner la parole aux usagers pour donner un sens à cette notion. C'est donc de l'utilisateur que doit provenir cette définition, il doit être placé au cœur de la réflexion et être associé à chaque étape. Il nous apparaît primordial qu'il participe aux débats afin de garantir le respect de son choix, de sa dignité,

et ce tout au long de son parcours de vie. Compte tenu de nos futurs métiers, cette règle guidera nos actions.

Mettre l'usager au cœur du dispositif n'est cependant pas suffisant. Il serait souhaitable que les pouvoirs publics mènent en parallèle des actions de prévention à toutes les étapes de la vie pour optimiser les chances d'un meilleur vieillissement: auprès des jeunes par le biais de l'école, auprès des adultes par le biais de l'entreprise et de la santé au travail.

Dès lors, le bien vieillir impliquerait de promouvoir le lien social, de promouvoir une vision positive de la dépendance en mettant en avant non plus les handicaps mais les capacités des personnes âgées.

On perçoit ainsi le rôle que peuvent avoir les pouvoirs publics dans la conception de campagnes de prévention suffisamment larges et bien articulées pour sensibiliser et informer au mieux la population mais aussi ne pas stigmatiser les personnes dépendantes au sens médical du terme. La réussite du prochain plan Bien Vieillir passera par des définitions larges du bien vieillir et de la dépendance afin de ne pas stigmatiser les individus qui «vieilliraient mal», cibler tous les âges, et de ne pas faire du bien vieillir une notion trop normative. Le nouveau plan Bien Vieillir, actuellement en réflexion, associera plusieurs ministères et sera mis en cohérence par l'intermédiaire d'un pilote clairement désigné.

4.2 Un plan soucieux des inégalités sociales

La tendance induite par le Plan Bien Vieillir de 2007 était d'accentuer la responsabilité individuelle dans le vieillissement. Or, le vieillissement est largement influencé par la catégorie socioprofessionnelle à laquelle on appartient. Plus encore, les inégalités sociales influent à la fois sur l'espérance de vie mais également sur l'espérance de vie sans incapacité. Ainsi, les politiques publiques visant à promouvoir le bien vieillir ou à prévenir la dépendance ne pourront avoir de légitimité que si elles s'attaquent à réduire les inégalités sociales existantes en amont. Une grande attention doit donc être accordée aux déterminants socio-économiques dans la mesure où ils ont été insuffisamment pris en compte dans les politiques publiques alors qu'il s'agit d'un enjeu essentiel pour réduire les inégalités sociales de santé. En effet, si les actions de prévention ne tiennent pas compte des différences sociales, elles risquent de les creuser encore dans la société. Il faudra dans l'avenir cibler les actions de prévention en direction des personnes

fragiles, vulnérables, qui sont les plus éloignées des démarches de prévention et d'éducation à la santé. Le bien vieillir serait idéalement une politique de correction des inégalités sociales qui permettrait à tous de bien vieillir.

4.3 Une action globale à coordonner

Il découle donc de ce qui a été dit précédemment que, pour construire ces nouvelles politiques publiques autour du bien vieillir de manière plus opérationnelle, il convient de mieux coordonner les divers acteurs. Effectivement, de nombreuses actions sont déjà menées au niveau local. L'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées doit se fonder sur ce qui existe déjà. Au-delà d'une meilleure coordination des différentes actions menées, une évaluation systématique permettrait également d'améliorer la cohérence des actions menées et de les généraliser. Cela est conditionné par une information et une communication adéquate à tous les niveaux.

Dans cette perspective, la création des ARS suscite beaucoup d'espoir de la part des acteurs concernés par la problématique. Les ARS qui ont été créées pour décloisonner les champs du sanitaire et du médico-social sauront-elles relever le défi et mettre en place des coopérations pour impulser une dynamique de bien vieillir sur leur territoire de santé ?

4.4 Le bien vieillir dans nos perspectives professionnelles

Rencontrer différents professionnels dans le cadre de ce module nous aura permis de saisir toute l'importance de la prévention comme vecteur d'amélioration de la qualité de vie des personnes vieillissantes. Prévenir la dépendance revient aussi à réduire les coûts de prise en charge de la personne âgée pour la société.

La réalisation de ce mémoire nous aura, par ailleurs, permis de dégager des principes visant à garantir une meilleure coordination et la mise en place d'actions concrètes autour du bien vieillir. Cet apport est d'autant plus précieux qu'il nous faudra, dans l'exercice de nos professions futures, faire preuve de créativité pour trouver des solutions adaptées à la prise en charge de la personne âgée dans sa globalité.

Concernant les IASS, ces solutions impliquent de placer l'utilisateur au cœur des actions d'animation territoriale, de faire coopérer les acteurs et de créer des réseaux et filières. Pour ce faire, la planification est un outil précieux. Actuellement, les Projets Régionaux de

Santé sont en cours d'élaboration et devraient être un moyen pour impulser une dynamique du bien vieillir par la coordination des acteurs d'un territoire de santé autour de la prévention, de la lutte contre les inégalités dans l'accès aux soins et à la prévention. A travers les missions d'inspection et les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, les IASS ont également un rôle de contrôle et d'accompagnement des établissements dans leurs démarches de bien-traitance et de qualité.

L'élaboration du mémoire aura également permis de dégager des pistes de réflexion pour l'exercice du métier de DS. Pour ce dernier, il s'agit de contribuer ou de s'assurer, en collaboration avec les acteurs concernés, que les organisations prennent en compte les besoins des personnes âgées, que des actions d'évaluation et d'orientation précoces sont prévues pour favoriser le projet de vie qu'elles ont pu construire. Les DS doivent également veiller aux compétences des professionnels à tous les niveaux de prise en charge. L'évaluation des pratiques professionnelles, en particulier dans les domaines de la nutrition, de la mobilisation, de la prévention des chutes ou des déficits sensoriels, doit permettre l'amélioration des procédures instituées. Pour les DS responsables d'Instituts de formation paramédicale, la prise en compte du bien vieillir implique d'inclure dans le projet pédagogique les deux axes suivants : la représentation des futurs professionnels eux-mêmes sur la problématique du vieillissement et la coopération avec les acteurs de terrain au sein d'une équipe pluri-professionnelle. En effet, les professionnels en formation seront de plus en plus appelés à exercer dans le secteur des personnes âgées et devront savoir travailler de concert avec les professionnels des secteurs social et médico-social.

Les DESSMS devront de leur côté veiller au recrutement d'un personnel formé à la prise en charge de personnes âgées. La création de nouveaux métiers en lien avec l'animation et les technologies de l'information et de la communication devra également être envisagée afin de permettre aux personnes âgées dépendantes en institution de garder un sentiment d'utilité et du lien social. Là encore, l'usager doit être placé au cœur de la réflexion des DESSMS. Les différents projets – projets d'établissement ou projets de vie – doivent découler d'une véritable écoute et consultation des personnes âgées et de leurs familles.

Le bien vieillir doit également être intégré par les DH dans leur pratique professionnelle. Le vieillissement de la population oblige effectivement les Centres Hospitaliers à s'adapter. L'arrivée aux urgences de personnes âgées pose la question du service d'accueil puisque ces personnes sont souvent poly-pathologiques. De plus, le retour à domicile n'étant parfois pas envisageable, la coordination avec le secteur médico-social

est d'autant plus importante. Aujourd'hui, trouver des lits ou des places en structures d'accueil d'aval pour les personnes âgées à la sortie des urgences ou suite à une hospitalisation représente un défi quotidien pour les équipes. Dans ce contexte, le travail des assistantes sociales revêt une importance toute particulière. Pour soulager les urgences, certains Centres Hospitaliers Universitaires, comme celui d'Angers, ont mis en place une Unité Médicale Post-Urgence (UMPU) généraliste qui prend en charge la majorité des personnes âgées reçues aux urgences. Le développement d'une filière gériatrique au sein de l'établissement - un service de médecine gériatrique, un service de soins de suite et de réadaptation, un hôpital ou accueil de jour - apparaît également comme une solution. La constitution d'une équipe mobile de gériatrie permet aussi de sensibiliser les autres équipes aux spécificités de la prise en charge des personnes âgées et d'ajuster les protocoles de soins. Des solutions s'appuyant davantage sur la technologie pourront également être envisagées comme la télémédecine, déjà très répandue au Canada et au Danemark.

Conclusion

A l'issue de notre analyse, il apparaît clairement que la notion de bien vieillir est une opportunité pour penser autrement le vieillissement de la population.

Le bien vieillir, c'est-à-dire le fait de rester acteur tout au long de sa vie, change la conception de la prise en charge des effets du vieillissement. Il ne suffit plus seulement de lutter contre la dépendance une fois survenue mais de la prévenir tout au long de sa vie. Cette prévention, encore trop inexistante en France, est au coeur du plan Bien Vieillir et de ses déclinaisons territoriales.

Penser le vieillissement à travers le prisme du bien vieillir peut être une chance à différents niveaux. Au niveau sanitaire, social et médico social, la prévention peut retarder l'entrée dans la dépendance. Au niveau sociétal, le bien vieillir peut changer la perception négative de la vieillesse si cette notion permet de ne plus assimiler vieillesse et dépendance. Au niveau financier, le recul attendu de la dépendance grâce au développement de la prévention devrait permettre, à terme, d'économiser des financements qui pourraient être réinvestis dans de nouvelles formes de prévention.

Si le bien vieillir n'est pas encore la porte d'entrée pour penser le vieillissement comme le montrent actuellement les débats publics sur la dépendance, il doit la devenir. Le passage du prisme de la dépendance au bien vieillir ne sera pas facile et c'est à nous, professionnels de santé, de favoriser cette évolution, évolution qui peut révolutionner les pratiques professionnelles au quotidien des cadres de la santé mais plus globalement aussi la société qui cesserait ainsi de voir la longévité comme un fardeau, alors que c'est une réelle chance.

Bibliographie

MANUELS et OUVRAGES

OLLIVIER JP., 2011, *Demain les vieux*, CNRS Editions, Paris, 198p.

GUILLET P., 2007, *le dialogue des âges, histoires de bien vieillir*, Gallimard, ville, 243p

MARTIN C., 2003 *La dépendance des personnes âgées, Quelles politiques en Europe ?*, Rennes, Editions ENSP, 368p

ENNUYER B., 2002, *Les malentendus de la dépendance. De l'incapacité au lien social*, Paris, Dunod, 333p.

PIUJALON, B. et TRINCAZ, J., 2000, *Le droit de vieillir*, Paris : Fayard. 281p

BILLE M., MARTZ D., 2000, «*La tyrannie du bien vieillir* », Paris, Éditions Le bord de l'eau, Collection Clair et Net, Paris 180 p

ROWE J. W., KAHN R. L., 1999, *successful aging*, Dell, 288p.

TEXTES OFFICIELS

Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, JORF n°36 du 12 février 2005 page 2353.

Loi n°2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées. JORF n°151 du 1 juillet 2004 page 11944, Version consolidée au 7 juillet 2010, disponible sur Internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000622485>

Loi n°2003-289 du 31 mars 2003 portant modification de la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie, disponible sur Internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000236875>

Loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie, JORF n° 167 du 21 juillet 2001 page 11737, disponible sur Internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000406361>

Loi n°97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance JORF n° 21 du 25 janvier 1997 page 1280. Version consolidée au 22 décembre 2007, disponible sur Internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000747703&dateTexte=>

ARTICLES et REVUES

HARDY L., Mai 2011, dossier coordonné par, *vieillir vieux, vieillir mieux, réenchantement et créativité ?* IRTS de Rennes, Le Sociographe, n°35

BARTHELEMY L., PIN S., RICHARD L., FILIATRAULT J., janvier février 2011, dossier thématique coordonné par, *les déterminants sociaux et environnementaux de la santé des aînés*, la Santé de l'homme, n° 411

CUZIN E., janvier 2009, *Dossier vieillissement*, revue Pharmaceutiques, N° 163 pp. 27-44,

RISQUES, juin 2009, *Dépendance ... perte d'autonomie, analyses et propositions*, Risques, les cahiers de l'assurance, n°, n°78.

AQUINO JP., 2009, *vivre vieillir, bien vieillir*, la santé de l'homme, N° 401, pp. 17-19

HENRARD JC., 2009, *face aux soins, développer le préventif et le médicosocial au profit des personnes âgées*, entretien avec Geneviève IMBERT, la santé de l'homme, N° 401, pp. 23-25

AQUINO JP, 2009, *Les personnes âgées qui en ont le plus besoin échappent à la prévention*, la santé de l'homme, N° 401, pp. 26-28

BARTHELEMY L., IMBERT G., PIN LECORRE S., mai juin 2009, dossier thématique coordonné par, *promouvoir la santé des personnes âgées*, la santé de l'homme, n° 401

CASSOU B., juin n°2008, coordonné par, *prévenir les maladies et promouvoir la santé*, fondation nationale de gérontologie, Paris, gérontologie et société, n°125

AQUINO JP., juin 2008, *le plan national « bien vieillir »*, Gérontologie et Société n° 125, pp 39-52.

GERONTOLOGIE ET SOCIETE, décembre 2006, *architecture et accessibilité*, fondation nationale de gérontologie, Paris, n°119

DUEE M., REVILLARD C., édition 2006, *La société française*, Revue données sociales, INSEE.

MONTADON A., septembre 2005, coordonné par, *vieillir dans la littérature*, fondation nationale de gérontologie, Paris, gérontologie et société, n°114

ENNUYER B., mars 2005, *Dépendance et handicap définition, évaluation et politiques publiques*, revue CREA Bourgoigne- Bulletin d'informations, n°246, pp 5-12,.

DELOMIER Y, septembre 1973, "*Le vieillard dépendant. Approche de la dépendance*", Gérontologie, n°12, p 9

RAPPORTS

VASSELLE A., 2011, Rapport d'information au nom de la commission commune

EHESP – Module interprofessionnel de santé publique – Bien vieillir G.1 2011

d'information sur *la prise en charge de la dépendance et du Cinquième risque*, Sénat

ROSSO-DEBORD V., juin 2010, Rapport pour la Mission Parlementaire des affaires sociales de l'Assemblée nationale, sur *la prise en charge des personnes âgées dépendantes*,

CNSA, 2010, Partie II, *Pour une politique de prévention au service de l'autonomie*.

Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 2002, *Vieillir en restant actif cadre d'orientation*, Genève OMS, 60p

SENAT, VASSELLE A., 2008, fait au nom du Rapport d'information du de la mission commune d'information sur *la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque*.

FLAJOLET A., 2008, « *Les disparités territoriales des politiques de prévention sanitaires* » Annexe1 La prévention : définitions et comparaisons

Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie CNSA, 2008, Rapport sur le *Droit universel d'aide à l'autonomie : un socle, une nouvelle étape*.

GISSEROT H, mars 2007,.Procureur général honoraire près la Cour des comptes, *Perspectives financières de la dépendance des personnes âgées à l'horizon 2025 : prévisions et marges de choix*.

CENTRE D'ANALYSE STRATEGIQUE, juin 2006, Rapport sur les *Personnes âgées dépendantes : bâtir le scénario du libre choix*.,

COUR DES COMPTES, novembre 2005, *Les personnes âgées dépendantes*.,

INSEE, avril 2004, *La dépendance des personnes âgées : une projection à long terme*, Série des documents de travail de la Direction des études et des synthèses économiques.

ARRECKX M., 1979, *L'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées dépendantes*, Paris, La Documentation française.

BRAUN T. et STOURM M., Juin 1988 – octobre 1990 *Les personnes âgées dépendantes*,
Théo BRAUN, Ministre délégué chargé des Personnes Agées

LAROQUE P. 1962, Le rapport de la Commission d'étude des problèmes de la vieillesse,
dit rapport LAROQUE

ETUDES

IFOP, mars 2011, sondage pour le groupe Prévoir, *les français et le bien vieillir*

DREES, février 2010, *Une approche de l'autonomie chez les adultes et les personnes âgées. études et résultats*, n°718.

DREES, juillet 2000, *La prise en charge de la dépendance des personnes âgées : une comparaison internationale*, études et résultats, n° 74.

DREES, décembre 2000, *Le nombre de personnes âgées dépendantes d'après l'enquête Handicaps-incapacités-dépendance*, études et résultats, n° 94.

OMS, 1986, *charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*.

PLANS NATIONAUX

Evaluation du Plan National Bien Vieillir 2007-2009, Haut Conseil de la Santé Publique, 9 décembre 2010.

Plan Alzheimer 2008-2012.

Plan Solidarité grand âge 2007-2012.

Plan Bien Vieillir 2007-2009.

Plan Vieillissement et solidarités 2003-2006

Liste des annexes

- Annexe I :** Méthodologie de l'enquête
- Annexe II :** Guide d'entretien
- Annexe III :** Grille d'analyse
- Annexe IV :** Liste de personnes interviewées
- Annexe V :** Extraits d'entretiens
- Annexe VI :** Méthodologie du groupe de travail
- Annexe VII :** Carnet de Bord
- Annexe VIII :** Plan Bien Vieillir : table des matières, synthèse et évaluation
- Annexe IX :** sondage IFOP
- Annexe X :** Le label « Bien vieillir, vivre ensemble »
- Annexe XI :** Le TéATr'éPROUVèTe
- Annexe XII :** L'atelier Poivre et Sel présente l'art d'être grand-père
- Annexe XIII :** le gérontopôle des Pays de la Loire
- Annexe XIV :** CAP'âge
- Annexe XV :** La résidence Simone de Beauvoir à Rennes
- Annexe XVI :** programme de la journée du 19 mai Géront expo 2011

ANNEXE I : méthodologie de l'enquête

Les différents concepts mobilisés nous ayant permis de préciser l'hypothèse initiale retenue, nous avons voulu mener une enquête auprès des acteurs concernés.

Les objectifs :

Cette enquête cherchait à confronter l'hypothèse retenue aux représentations des acteurs qui sont quotidiennement, de par leur situation personnelle ou professionnelle, au cœur de la problématique du bien vieillir. Il s'agissait de soumettre l'hypothèse à l'épreuve des faits, et de révéler la logique des personnes interviewées.

La méthode retenue :

L'entretien semi-directif nous a paru la meilleure façon de pouvoir recueillir les éléments d'analyse nécessaires. « *S'entretenir avec quelqu'un est, davantage encore que questionner, une expérience, un événement singulier, que l'on peut maîtriser, coder, standardiser, professionnaliser, gérer, refroidir à souhait, mais qui comporte un certain nombre d'inconnues (et donc de risques) inhérentes au fait qu'il s'agit d'un processus interlocutoire, et non pas simplement d'un prélèvement d'informations.* »²⁵

Les interlocuteurs choisis peuvent être classés en trois catégories: les professionnels, les politiques et les usagers. Certaines personnes appartenaient parfois à deux catégories différentes, nous avons alors choisi le questionnaire le plus approprié, sachant que les trois guides d'entretien étaient assez similaires.

21 entretiens ont été menés sur les trois semaines du MIP²⁶. 2 ou 3 personnes se rendaient au rendez-vous pour une heure environ d'entretien, enregistrés pour la plupart avec l'accord de l'interviewé. Les questions étaient ouvertes, permettant de ne pas induire les réponses et d'identifier le cheminement du discours. Tous les interlocuteurs ont accepté d'être cités dans le travail écrit.

Intérêts :

La méthode d'enquête (entretien semi-directif), nous a permis de recueillir au plus près les témoignages des acteurs, leurs réflexions et leurs doutes parfois.

La diversité des interlocuteurs a offert une grande richesse de points de vue sur le sujet. La qualité de l'accueil est à souligner. Les personnes interviewées ont montré un réel intérêt pour le sujet, nous avons à chaque fois rencontré des personnes très impliquées, chacune à leur niveau de responsabilité, dans la recherche de solutions pour ce problème de société. Cela nous a laissé penser que, au-delà des discours parfois entendus, le bien vieillir est une préoccupation qui mobilise de nombreux acteurs, sur le terrain comme au niveau de l'Etat.

Limites :

Ce travail de recherche mené sur trois semaines, s'il a été très riche pour chacun, a cependant ses limites.

Le temps qui nous était imparti ne nous a pas permis d'être suffisamment exhaustifs. Nous aurions voulu en effet interviewer plus de personnes, notamment d'usagers : il paraît en effet essentiel de partir de leurs discours et représentations.

La taille de l'échantillon ne nous permet évidemment pas d'extrapoler les résultats obtenus, la démarche proposée ne représentant qu'une approche modeste de l'ensemble de la question traitée.

Il aurait pu être intéressant d'interviewer des usagers et des politiques d'autres régions que la Bretagne, car nous avons à plusieurs reprises pu constater que les actions s'inscrivent dans des problématiques territoriales spécifiques.

Enfin, certaines données ont pu ne pas être exploitées complètement. Les entretiens menés ont été très riches, et le groupe a souvent dû faire le sacrifice de quelques éléments des discours des acteurs pour ne retenir que l'essentiel.

²⁵ A.Blanchet & A.Gotman « L'enquête et ses méthodes : l'entretien »éd.Armand Colin, 2005,p.21

²⁶ Cf annexe IV

ANNEXE II : Guides d'entretiens

Préalablement à l'entretien :

1. Se présenter, rappeler pourquoi on est là sans donner trop d'indications quant au contenu de l'entretien.
2. Demander à l'interlocuteur de se présenter, de nous rappeler son parcours.

I/ GRILLE D'ENTRETIEN AUPRES DES PROFESSIONNELS

1/ le concept lui-même (ce qu'il en pense, ce qu'il en connaît, interroger sur les enjeux locaux, la mise en place locale, débats initiaux, difficultés de mise en œuvre)

2/ la pratique (au niveau sociétal, ce qu'il en pense, comment il applique et comment cela interroge sa pratique ?) Connaissez-vous des expériences précises ? Quels acteurs concernés ? Comment cela a pu être facilité au niveau local ? Quelles difficultés rencontrées ? Place des usagers ? Quelle est la population concernée (Retraités, maisons de retraite, comment fait-on participer l'utilisateur) ; à votre avis, quel serait l'idéal de l'organisation ? Comment vous referiez les choses, ... ? *Relance sur l'évaluation (évaluation officielle, objective et subjective, si pas d'évaluation : pourquoi, qu'est ce qui l'empêche ?)*

3 / la dépendance : Peut-on faire un lien entre bien vieillir et dépendance ? Si oui lequel ? Sinon, pourquoi ? *Relance sur la prévention de la dépendance si cela na pas encore été abordé par l'interlocuteur (que pensez-vous de la prévention de la dépendance aujourd'hui , est ce que le courant du bien vieillir peut selon vous améliorer la prévention de la dépendance ?)*

4/ interroger les représentations du bien vieillir :

Pour vous, qu'est ce que « bien vieillir » ? Comment peut-on faciliter le bien-vieillir ? (valeurs) est ce que votre représentation du bien vieillir et de la vieillesse a changé depuis la mise en place du plan? En quoi et pourquoi ce changement a-t-il une valeur ajoutée?

Relances sur les intérêts et limites

Commencer par la dimension professionnelle, la pratique plutôt que les concepts

II/ GRILLE D'ENTRETIEN AUPRES DES POLITIQUES

1/ le concept lui-même (ce qu'il en pense, ce qu'il en connaît, interroger sur les enjeux locaux, la mise en place locale, débats initiaux, difficultés à l'élaboration du projet, avant la mise en œuvre)

relances :

Comment est né le plan bien vieillir ? Quels enjeux ? Auprès du corps électoral, pourquoi est-il intéressant de mettre en œuvre cette démarche ? Véra Briand : interroger sur le label

2/ la pratique par rapport à sa fonction d'élu (au niveau sociétal, ce qu'il en pense, comment il applique et comment cela interroge sa pratique ?) Connaissez-vous des expériences précises sur votre territoire ? Qu'en pensez-vous ? Quels acteurs sont concernés ? Comment cela a pu être facilité au niveau local ? comment cela s'est-il mis en œuvre ? Quelles difficultés rencontrées ? Place des usagers ? Quelle est la population concernée (retraités, maisons de retraite, comment fait-on participer l'utilisateur) ; à votre avis, quel serait l'idéal de l'organisation ? Comment vous referiez les choses... ? *Relance sur l'évaluation (Evaluation officielle, objective et subjective, si pas d'évaluation : pourquoi, qu'est ce qui l'empêche ?)*

3 / la dépendance : Peut-on faire un lien entre bien vieillir et dépendance ? Si oui lequel ? Sinon, pourquoi ? *Relance sur la prévention de la dépendance si cela na pas encore été abordé par l'interlocuteur (que pensez-vous de la prévention de la dépendance aujourd'hui , est ce que le courant du bien vieillir peut selon vous améliorer la prévention de la dépendance ?)*

4/ interroger les représentations du bien vieillir :

Pour vous, qu'est ce que « bien vieillir » ? Comment peut-on faciliter le bien-vieillir ? (valeurs) est ce que votre représentation du bien-vieillir et de la vieillesse a changé depuis la mise en place du plan? en quoi et pourquoi ce changement a-t-il une valeur ajoutée?

III/ GRILLE D'ENTRETIEN AUPRES DES USAGERS

1/ le concept :

Avez-vous entendu parler du « bien-vieillir » ? Pourriez-vous l'expliquer ? Si oui, qu'en savez-vous ? Si non, qu'est ce que cela pourrait signifier pour vous ?

→ Relance ; donner la définition et voir sa réaction.

2/ la pratique

Que faites-vous pour bien vieillir ? Collective(activité sportive, club, loisir...), Individuelle (actions au quotidien).

Pourquoi ? Quels sont vos besoins ? Quelles sont vos attentes ? Quelles conséquences avez-vous pu noter ? Quelle place pour votre famille/entourage ?

Si vous ne faites rien, pourquoi ?

Avez-vous participé à des opérations de prévention ? Par quel biais ?

Comment envisagez-vous votre vieillesse ?

Pensez-vous que bien-vieillir coûte trop cher ?

3/ Représentations de la vieillesse :

Que pensez-vous de la façon dont est prise en compte la vieillesse ?

Comment vous sentez-vous perçu par votre entourage / la société ?

4 / la dépendance :

Peut-on faire un lien entre bien vieillir et dépendance ? Si oui lequel ? Sinon, pourquoi ? *Relance sur la prévention de la dépendance si cela na pas encore été abordé par l'interlocuteur (que pensez-vous de la prévention de la dépendance aujourd'hui , est ce que le courant du bien vieillir peut selon vous améliorer la prévention de la dépendance ?)*

Quels moyens avez-vous pris pour maintenir votre autonomie ? Pour prévenir la dépendance ?

Connaissez-vous des actions ou expériences mises en place dans votre commune/département/région ou ailleurs ?

Qu'aimeriez-vous voir se développer ?

Pour clore les entretiens :

- Quelque chose à rajouter ?
- Demander si on peut les recontacter pour d'éventuelles précisions.
- Remerciements.
- Information quant à l'éventuelle publication du travail. Si refus, anonymisation de l'entretien.
- Leur demander s'ils souhaitent conserver une version de notre travail.
- Donner un contact.

ANNEXE III : Grille d'analyse des entretiens

	Recherche documentaire	Entretiens
Bien Vieillir		
Définition		
Limites du bien vieillir		
Représentations		
Représentations Sociales		
Représentations personnelles		
Plan BV		
Dépendance		
Définition		
Lien avec le BV		
Prévention		
Evaluation des plans ou de l'utilisation du concept		
Pratiques		
Expériences		
partenariat		
Place des usagers		
Evaluation des expériences : Difficultés, blocage, conflit d'intérêt		
Organisation idéale		
Intérêt et enjeux		
Financement		
Préconisations		

ANNEXE IV : Liste des entretiens

Jeudi 5 mai

- 10h00 Monsieur Boutonnet délégué régional FEHAP Tracy le Val Picardie
- 14h00 Madame Hardy Sociologue IRTS Bretagne

Vendredi 6 mai

- 14h30 Monsieur Henrard, Professeur de Santé Publique Fondation nationale de gérontologie, Paris
- 18h30 Monsieur Colin théâtre du Lucernaire, Paris (Ateliers poivre et sel)
- 20h00 Pièce de Théâtre : « L'art d'être grand-père »

Lundi 9 mai

- 8h30 Madame Donnio psychologue, directrice d'un SSIAD, fondatrice des bistrotts mémoire
- 10h00 Monsieur Fremondière directeur de l'Espace bien vieillir à Angers
- 10h30 Monsieur Hamiache Responsable CRSA Picardie Chaumont en Vexin
- 11h45 Madame Gaignard responsable du CLIC d'Angers
- 13h30 rencontre avec des usagers de l'Espace Bien Vieillir d'Angers
- 15h00 Docteur Aquino, rédacteur du plan Bien Vieillir 2007 Versailles
- 16h45 Docteur Beauchet , PUPH et vice président du gérontopôle de la région Pays de Loire à Angers

Mardi 10 mai

- 17h30 Mme Even Directrice adjointe de l'Offre de Soins à l'ARS Bretagne Rennes

Mercredi 11 mai

- 9h30 Monsieur Macé vice-président du CODERPAG 35 Rennes
- 10h00 Entretien téléphonique avec Monsieur Ennuyer sociologue et Directeur de SSIAD à la retraite
- 15 h00 Madame Chancereul coordinatrice de la Résidence intergénérationnelle Simone de Beauvoir Rennes

Jeudi 12 mai

- 10h30 Monsieur François-Dainville et Monsieur Malki Conseillers de Madame Bachelot-Narquin Ministre des Solidarités et de la Cohésion sociale à Paris
- 10h30 Madame Jamoneau , coordinatrice Cap'Age Saint Briec
- 13h30 Madame Briand, adjointe au maire de Rennes déléguée personnes âgées
- 17h00 entretien téléphonique avec Monsieur Bojko animateur du TêATR'éPROUVète

Vendredi 13 mai

- 16 h00 Madame Le Bihan (EHESP Rennes)

Jeudi 19 mai

- Gérontexpo porte de Versailles

bien vieillir

« c'est un gâchis total de considérer qu'à 65 ans on n'est plus rien. »

« le bien vieillir est lié au bien vivre, c'est une intelligence de vie, un état d'esprit »

« une affaire de mode : in,jonction d'autonomie : prenez-vous en charge vous-même ! »

« mal vieillir est un état dépressif »

« le bien vieillir, c'est avant tout la perception subjective que peut avoir un individu âgé vis-à-vis de son vieillissement. Bien vieillir, c'est surtout la qualité de vie ressentie par la personne. »

« je me suis rendu compte que j'étais vieux à 70 ans, on est rattrapé par le physique, les premiers maux débutent vers 75 ans »

« il faut entretenir le cognitif, cela permet de rester vif »

représentations de la vieillesse

« il faut qu'on arrête d'opposer les jeunes, les vieux, les seniors. Il faut des projets de société qui questionnent le vivre ensemble. Tant qu'on va cloisonner et mettre des frontières on n'avancera pas. Un des enjeux de la société c'est de montrer qu'on est complémentaires dans notre société les uns avec les autres. »

« les gens représentent un vieux comme quelqu'un qui ne comprend rien, ne sent pas bon, et est dans une maison de retraite . Personne ne veut vieillir comme ça, et ça oblige donc à payer plus d'impôts et décaler l'âge de la retraite . Le bien vieillir le bien vieillir c'est l'image que nous renvoient les générations d'avant sur le vieillissement et les conséquences directes que va entraîner ce vieillissement sur leur vie à eux ».

prévention

« on est trop dans la solution et pas dans la prévention »

« c'est l'environnement qui joue sur l'évolution de la maladie »

« il existe des actions de prévention uniquement ouvertes à certaines personnes adhérentes, ça n'a pas de sens, tout le monde devrait pouvoir y accéder »

« je fais de la prévention mais sans le faire exprès. »

« pour bien vieillir il suffit de vivre pleinement et le corps suit »

« en tant qu'artiste on peut aller plus loin, au départ ça ne paraît pas sérieux mais on arrive à faire changer les choses »

dépendance

« il y a une confusion avec l'idée que la dépendance c'est l'apanage des vieux, or on est tous dépendants les uns des autres »

évaluation

« le bonheur commun, le goût à être ensemble ça ne peut pas être évalué »

lien bien vieillir et dépendance

« pour le bien vieillir, il faut travailler sur la dépendance en amont »

« pour le bien vieillir, il faut accepter d'anticiper, de regarder, de se poser des questions sur comment va évoluer le vieillissement naturel ; c'est quelque chose que la grande majorité des personnes ne fait pas car c'est difficile de se projeter dans son vieillissement »

A partir du questionnement initial (document distribué par Mmes Chauvin et Mohaër aux participants avant le début du MIP), le groupe s'est exprimé sous forme de « brain storming » : chacun a pu dire ce que le sujet lui inspirait comme réflexion, comment il comprenait le sujet à traiter, quelle vision il en avait. Les membres du groupe avaient -ou pas - une expérience personnelle ou professionnelle par rapport à ce thème.

Les membres du groupe ont essayé de mettre en perspective le sujet afin de pouvoir orienter l'angle sous lequel la question serait abordée : au regard de mon expérience professionnelle, de ma future fonction, de mon futur lieu d'exercice, de la coopération entre les différents professionnels que nous sommes (secteur sanitaire, médicosocial), quel est l'intérêt de ce travail ?

Afin de confronter nos représentations et de nous mettre d'accord sur les champs explorés (bien vieillir, prévention, dépendance), un temps de recherche bibliographique en sous-groupes a été organisé. Une première restitution sans les animatrices nous a permis d'identifier les définitions qui nous paraissaient convenir le mieux et d'ébaucher un «plan», ou plutôt une articulation de la réflexion. La restitution en grand groupe en présence des animatrices a permis de finaliser la problématique. Le groupe s'est assez rapidement mis d'accord sur celle-ci et un premier plan a été arrêté. Les entretiens commençant dès le lendemain, les grilles d'entretien ont été écrites. Une grille d'entretien a été élaborée en commun, et déclinée en fonction des interlocuteurs : une pour les professionnels, une pour les politiques et une pour les usagers.

Les premiers entretiens ont eu lieu dès le lendemain à partir des grilles définies. En grand groupe, nous nous sommes mis d'accord sur la façon de mener les entretiens et de les analyser (grille d'analyse annexe III)

- Les entretiens ont été menés par deux ou trois personnes, qui définissaient le rôle de chacun avant de commencer : une personne mène l'entretien, une ou deux personnes retranscrivent au plus près au fur et à mesure, n'intervenant que pour relancer si un élément de question avait été oublié ou pas suffisamment explicite.

- l'entretien, avec l'accord des interlocuteurs, était enregistré.
- dès la fin de l'entretien, un débriefing «à chaud» était organisé entre les intervieweurs.
- une première analyse par thèmes était faite

A la suite des 2 premiers entretiens, une grille d'analyse par thèmes (comparaison des éléments recueillis et des éléments de littérature) a été élaborée par le groupe.

Les entretiens ont dès lors été exploités et analysés au travers de cette grille. Le débriefing commun en présence des animatrices du groupe nous a permis de réajuster la grille d'analyse, en ajoutant notamment des éléments d'analyse des actions menées (partenariat, place des usagers, présentation des expériences, difficultés et enjeux, projection d'organisation idéale, évaluation) et en distinguant dans la rubrique «représentations» les représentations sociales et individuelles.

Après discussion entre les membres du groupe, le choix d'un type de plan a été fait : plan en quatre parties traduisant le cheminement de notre questionnement plutôt qu'en parties reprenant les éléments théoriques, les analyses d'entretien et les propositions.

Les membres du groupe ont convenu de relire avant la fin de la deuxième semaine tous les comptes-rendus d'entretien afin de proposer un plan détaillé avant la rédaction définitive.

En fin de deuxième semaine, les entretiens étant terminés et en grande partie analysés, un plan détaillé définitif a été validé après discussion entre les membres du groupe et les animatrices. Une répartition des tâches pour ce qui concernait la rédaction du document final a été définie.

Une mise en commun et trois journées de travail de rédaction en grand groupe ont permis de finaliser le document, avec l'aide ponctuelle des animatrices. Le jeudi 19 mai, trois membres du groupe se sont rendus à Gérontexpo. Les autres ont supervisé la relecture du document et préparé la soutenance orale.

Groupe 1 – Module InterProfessionnel

Dates : du 2 au 20 mai 2011

Composition du groupe : Astrid Beudet (DH) ; Marine Coppin (IASS) ; Virginie Hennebique (IASS) ; Sophie Labart (D3S) ; Jean Lefebvre (DS) ; Céline Le Nay(DH) ; Nicole Pellegrino(D3S) ; Christine Redon(DS) ; Catherine Sauveplane(D3S)

Animatrices : Karine Chauvin ; Françoise Mohaër

Thème : Bien vieillir, prévention de la dépendance ?

Déroulement du module :

Lundi 2 mai :

10 à 11 heures : présentation en grand amphithéâtre des différents groupes, thèmes et animateurs, des objectifs et modalités d'organisation du module (Mr François-Xavier Schweyer)

11 à 12 heures : rassemblement en groupe, présentation des membres du groupe et des animateurs, premières prises de rendez-vous et nomination de deux référentes logistiques (Christine Redon et Catherine Sauveplane)

14 à 17 heures : premières prises de rendez-vous et contacts (des animateurs et des membres du groupe)

Brain storming sur le thème et le sujet à traiter

Identification de premiers axes de travail et des interlocuteurs et interviewés

Organisation des recherches du lendemain en 3 sous-groupes

Mardi 3 mai :

9 à 11 heures : recherches bibliographiques

11 à 12 heures : mise en commun du résultat des recherches

14 à 16 heures : identification du sujet, de la problématique, questionnement sur les axes de travail à envisager et les questions à aborder

Elaboration d'un budget prévisionnel

Mercredi 4 mai :

9 à 12 heures : présentation aux animatrices de la problématique choisie, discussion, définition d'une hypothèse, élaboration d'un plan, puis des 3 grilles d'entretien selon 3 logiques (professionnels, politiques, usagers). Finalisation des rendez-vous et des documents administratifs (autorisations de déplacement et frais). Finalisation du budget à transmettre le soir même

14 à 16 heures : mise en forme des guides d'entretien, répartition des premières tâches de rédaction, nomination d'un référent « méthodologie de travail » et « carnet de bord » (Jean Lefebvre), nomination d'une référente qui recueille la bibliographie (Christine Redon)

16 à 17 heures : recherches bibliographiques suite

Jeudi 5 mai :

Premiers rendez-vous d'entretiens (cf tableau récapitulatif). Travail de rédaction et de recherche pour d'autres

Débriefing, retranscription et première ébauche d'analyse avant la mise en commun en grand groupe

Début du travail de rédaction en sous-groupes (intro, 1^o partie)

Vendredi 6 mai :

Réunion de 5 personnes du groupe et élaboration d'une grille d'entretien proposée aux autres membres du groupe par mail.

Analyse de deux premiers entretiens à partir de cette grille

Entretiens à Paris et pièce de théâtre

Lundi 9 mai :

Entretiens à Rennes (EHESP), Chaumont en Vexin, Versailles et Angers

Débriefings et analyses en groupes

Envois par mail des travaux de chacun en préparation de la restitution du lendemain

Mardi 10 mai :

Entretien Rennes (ARS)

Restitution en grand groupe avec Mmes Chauvin et Mohaër des entretiens et analyse collective .

Réajustement des grilles

Choix d'un type de plan

Recherches bibliographiques

Restitutions des entretiens et analyse en sous groupes

Mercredi 11 mai :

Entretiens Rennes

Débriefings et analyse

Jeudi 12 mai :

Entretiens à Paris, à Saint-Brieuc, à Rennes et un entretien téléphonique

Préparation de la rédaction d'un plan détaillé

Vendredi 13 mai :

Derniers entretiens, retranscriptions et analyse.

Travail en groupe avec Mmes Chauvin et Mohaër sur le plan définitif

Adoption d'un plan et d'une répartition des différents éléments à rédiger

Lundi 16 mai :

Travaux de rédaction individuels.

Mise en commun de 18 à 19 heures

Mardi 17 mai :

Travail en groupe sur la rédaction commune.

Mercredi 18 mai :

Travail en groupe sur la rédaction commune. Rencontre de 16 à 18 heures avec les animatrices

Jeudi 19 mai :

Relecture en groupe de la rédaction commune.

Trois membres du groupe se sont rendus à Géront'Expo à Paris

Vendredi 20 mai :

Harmonisation des documents, mise en forme, rassemblement des annexes

Dépôt du mémoire sur Réal et préparation de la soutenance orale

Sommaire du Plan Bien Vieillir

PREAMBULE.....	2
CONTEXTE	3
II-1 Démographie	3
II-2 Population Concernée	3
II-3 Principe du vieillissement physiologique	4
II-4 Etat de santé des seniors.....	4
II-5 La retraite : impact sur la santé.....	4
PRINCIPE DU BIEN VIEILLIR , VERS UN VIEILLISSEMENT RÉUSSI	
III-1 Le concept du “vieillissement réussi”.....	5
III-2 Les clés du “bien vieillir”	6
MESURES	
AXE 1 : Dépister et prévenir lors du départ en retraite les facteurs de risque d’un vieillissement	7
1-1 Consultations médicales de prévention lors du départ en retraite ou de la cessation d’activité	7
1-2 Favoriser les sessions de préparation à la retraite et créer des outils pour les animer	8
1-3 Passeport pour une retraite active	9
1-4 Transmission du dossier de la médecine du travail	9
AXE 2 : Promouvoir une alimentation équilibrée pour rester en forme après 55 ans	10
2-1 Guide nutrition à partir de 55 ans	10
2-2 Campagne de communication	10
2-3 Un livret pour les professionnels	10
AXE 3 : Promouvoir une activité physique et sportive 11	
3-1 Annuaire des associations sportives proposant des activités pour les seniors	12
3-2 Soutien des fédérations sportives s’adressant aux seniors	12
3-3 Formation des professionnels	13
3-4 Evaluer les aptitudes physiques des seniors	13
3-5 Journée “portes ouvertes” pour les seniors des fédérations	14

AXE 4 : Prévenir les facteurs de risque et les pathologies influençant la qualité de vie	15
4-1 Accidents de la vie courante et travail sur l'équilibre :promotion et diffusion du référentiel	15
4-2 Prévention de l'Ostéoporose	15
4-3 Déficit auditif : la presbyacousie	16
4-4 Déficit visuel	17
4-5 Prévention des cancers chez les Seniors	17
4-6 Soins buccodentaires	18
4-7 Campagne de communication et d'éducation multi-thématique	18
 AXE 5 : Promouvoir le bon usage des médicaments	19
5-1 Réglementation des médicaments et substances anti-âge	19
5-2 Programmes de bonnes pratiques sur la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé	19
 AXE 6 : Promouvoir la solidarité entre les générations : l'intergénération et le "vivre ensemble", creuset du "bien vieillir"	20
6-1 Contribuer au développement de la semaine bleue	20
6-2 Favoriser les expériences d'habitat intergénérationnel	21
 AXE 7 : Développer le "bien vieillir" au niveau local	22
7-1 Appels à projets annuels de la CNSA-DGAS-DGS	22
7-2 Création d'un label "bien vieillir - vivre ensemble"	23
 AXE 8 : Développer la recherche et l'innovation dans le domaine du "bien vieillir"	24
8-1 Identifier les innovations les plus pertinentes	24
8-2 Mieux connaître les interactions entre vieillesse et précarité	24
8-3 Mettre en place des expérimentations ciblées sur certaines populations de personnes âgées :	25
Les personnes sans domicile fixes vieillissantes	25
Les migrants âgés	26
 AXE 9 : Inscrire la démarche française dans la dimension européenne	27
The "Healthy ageing" EU project pour 2004-2007	27
 GLOSSAIRE	28
 ANNEXES	29

PREAMBULE

La France va connaître, de 2005 à 2050, une profonde transformation de la structure de sa population par âge due à la conjonction de deux facteurs ; l'allongement de la durée de la vie due aux progrès sanitaires et à l'élévation du niveau de vie et l'arrivée à l'âge de la retraite des " baby boomers" c'est à dire les personnes nées dans les années 1946-1960, alors que dans le même temps, les personnes nées dans les années 1975-1990 seront moins nombreuses

Le poids relatif dans notre société des personnes âgées de plus de 60 ans va donc augmenter considérablement.

Si le rapport Laroque, publié en 1962, anticipait le phénomène du vieillissement démographique, il était difficile de prédire cette véritable onde de choc démographique, potentiellement porteuse de déséquilibres de tous ordres dans la structure économique et sociale, arrivant dans un environnement lui même fondamentalement modifié, générateur de vulnérabilités et de ruptures ou à tous le moins de réorganisations radicales (mondialisation, développement des technologies numériques, modification de la structure de production, faible croissance durable des pays du Nord, modification de la structure familiale...)

Les enjeux du vieillissement démographique constituent donc un formidable défi et selon le propos de Pierre MASSE, ancien commissaire général du Plan *"Il s'agit moins de décrire le futur que de le construire, moins de prédire l'avenir que de préparer le meilleur avenir souhaitable."*

Dans ce cadre, le plan national "bien vieillir" présenté ici a pour ambition de proposer les étapes d'un chemin pour un "vieillissement réussi" tant du point de vue de la santé individuelle que des relations sociales, en valorisant l'organisation et la mise en oeuvre d'actions de prévention adaptées.

"Quelle place peut et doit être faite aux personnes âgées dans la société française d'aujourd'hui et, plus encore dans celle de demain ?" demandait le rapport Laroque, cette question reste d'actualité et sa réponse qui était de refuser d'isoler les problèmes de la vieillesse de ceux des autres groupes d'âge et recommandait de maintenir les personnes âgées en relation avec les autres générations reste pertinente.

Une politique du "bien vieillir" résultera tant de la prise de conscience individuelle du cycle de vie de chaque citoyen que des choix solidaires que nous ferons collectivement pour "bien vivre ensemble".

Les travaux de recherche sur le "bien vieillir", qui ont émergé pour la plupart dans les années quatre-vingts ont pris diverses formes : on parle d'un vieillissement en bonne santé, d'un vieillissement habituel ou usuel, d'un vieillissement réussi.

Le "vieillissement habituel ou usuel" se caractérise par l'absence de maladie exprimée, mais inclut les troubles fonctionnels liés à l'avancée en âge, aux traumatismes physiques, aux facteurs de risque et au retentissement psychologique des pertes jalonnant le parcours de vie.

Le concept de "vieillissement réussi" apparaît en 1987, il concerne les individus qui gardent des fonctions physiologiques très satisfaisantes jusqu'à un âge avancé malgré l'existence de pathologies, ou bien les personnes qui disposent de fonctions physiologiques moins bonnes

mais qui vont les améliorer au cours de l'avancée en âge, ou bien encore les personnes chez lesquelles, on remarque une bonne adaptation à ce qu'elles peuvent faire physiologiquement et à ce qu'elles ont envie de faire.

La prise en compte d'un état de "bien-être" subjectif se fonde sur différents critères :

- des possibilités comportementales (motrices, cognitives, sensibles) ;
- un état de satisfaction psychique (optimisme, conformité entre objectifs visés et situations atteintes) ;
- une qualité de vie appréhendée à travers une évaluation positive des relations familiales, amicales, des activités et entreprises menées, du logement, du voisinage, des revenus...

Si cette approche a le mérite d'introduire une dynamique dans le processus de vieillissement, une critique demeure cependant : qui dit "vieillesse réussie" sous-entend implicitement possibilité d'un vieillissement raté, de même, qui dit "bien vieillir" sous-entend la possibilité de "mal vieillir".

Cette terminologie, intellectuellement satisfaisante, peut en pratique se révéler réductrice parce qu'elle schématise, encore de façon abusive, une réalité fonctionnelle complexe, mais rares sont les approches qui évitent cet écueil.

On distingue donc trois types possibles de vieillissement 3 :

- le processus "réussi", sans pathologie, avec peu de risques d'en développer et une grande autonomie ;
- le processus "normal" sans pathologie mais avec des risques d'en développer ;
- le processus "pathologique" marqué par de nombreux facteurs de risques, des pathologies et/ou des incapacités installées très tôt.

On peut ajouter

- le concept de "vieillesse active", qui pour l'OMS (2002) 4, est défini comme "le processus d'optimisation des possibilités de santé, de participation et de sécurité dans le but d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées tout au long de la vie et "vieillesse en santé" qui pour le programme européen "Healthy Aging" 5, qui vise à établir des recommandations en matière de promotion de la santé et de prévention en direction des personnes âgées à partir d'une revue de littérature, est défini comme "le processus d'optimisation de la santé physique, mentale et sociale afin de permettre aux personnes âgées d'être actives socialement sans discrimination et de jouir de leur indépendance et d'une bonne qualité de vie".

3 Rowe JW. et Kahn RL. Successful aging. The Gerontologist, 1997, 37 : 433-440.

4 Organisation mondiale de la santé (OMS), Vieillesse en restant active : cadre d'orientation, Genève : OMS, 2002 : 60 p.

5 Healthy aging - Draft report (2006).

III-1 Le concept du "vieillesse réussie"

PRINCIPE DU BIEN VIEILLIR VERS UN VIEILLISSEMENT REUSSE

Si à un âge avancé, les différents organes assurent à l'organisme une fonction satisfaisante, la survenue de facteurs déstabilisants (maladie, choc psychologique, agression, modification de l'environnement) peut induire une situation de rupture. Plus l'avance en âge est importante, plus l'équilibre de base est précaire et une agression de plus en plus minime peut suffire à bouleverser ce fonctionnement physiologique, d'autant plus si la personne est en situation de fragilité.

En outre, la survenue des incapacités est un processus multifactoriel qui met en jeu une multitude de paramètres, tant médicaux que socio-économiques et comportementaux. La prévention des facteurs de risque de certaines pathologies invalidantes et la promotion de

facteurs favorisant le maintien ou la récupération de l'autonomie sont efficaces à tout âge et permettent d'améliorer la qualité de vie des personnes vieillissantes.

Il est important à tout âge et plus encore entre 55 et 75 ans d'adopter des conduites favorables au "bien- vieillir".

Les principales recommandations sont les suivantes 6 :

- continuer à entretenir, voire améliorer son capital intellectuel, physique, social et psychique (promotion de la santé) ;
- prévenir les maladies survenant avec l'âge en adoptant un mode de vie adaptée ;
- prendre en charge précocement les maladies ou les troubles qui sont susceptibles d'entraîner une incapacité ;
- avoir une activité physique ou sportive régulière ;
- adapter son alimentation selon les principes du Programme National Nutrition Santé (PNNS) ;
- adapter son environnement physique et social ;
- conserver une vie sociale riche et les liens intergénérationnels ;
- lutter contre l'isolement ;
- valoriser les notions de projet de vie, d'estime de soi, d'adaptation au changement.

Ainsi le plan "bien vieillir" a pour objectifs généraux de favoriser :

- des stratégies de prévention des complications des maladies chroniques (hypertension, troubles sensoriels, de la marche, de l'équilibre...) ;
- des comportements favorables à la santé (activités physiques et sportives, nutrition) ;
- l'amélioration de l'environnement individuel et collectif et de la qualité de vie de la personne âgée: logement, aides techniques, aménagement de la cité ;
- le renforcement du rôle social des seniors en favorisant leur participation à la vie sociale, culturelle, artistique, en consolidant les liens entre générations et en promouvant la solidarité intergénérationnelle.

6 Healthy Aging, 2006 ; Health Evidence Network (HEN), What are the main risk factors for disability in old age and how can disability be prevented ?, WHO-Europe, 2003, 17 p.

International Union for health Promotion and Education (IUHPE).

The evidence of health promotion effectiveness. Part two : Evidence book. ECSC, 1999.

University of Jyväskylä (Finlande), Disability in old age :final report, conclusions and recommendations. Burden of disease Network Project, 2004.

Synthèse de l'évaluation du plan Bien Vieillir 2007-2009

Le Plan national Bien vieillir 2007-2009 (PNBV) fait suite au Programme national Bien vieillir initié par Hubert Falco en 2003 et renforcé en 2005. Il s'inscrit dans le projet multinational de trois ans «Healthy Ageing» lancé par le programme de santé publique de l'Union européenne en 2004. Son pilotage a relevé de trois directions ministérielles : la Direction générale de la santé (DGS), la Direction des sports et la Direction générale de l'action sociale (devenue Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)) qui assurait également le rôle de secrétariat.

Il a pour objectif de proposer des mesures permettant d'assurer un «vieillissement réussi» au plus grand nombre tant du point de vue de la santé individuelle que des relations sociales, en favorisant l'organisation et

EHESP – Module interprofessionnel de santé publique – Bien vieillir G.1 2011

la mise en oeuvre d'actions de prévention adaptées. On trouve ainsi des axes visant à favoriser des stratégies de prévention des complications des maladies chroniques, des axes pour la promotion de comportements favorables à la santé, l'amélioration de l'environnement individuel et collectif et le renforcement du rôle social des seniors par leur participation.

La thématique du «vieillissement réussi» visée par le PNBV est éminemment pertinente compte tenu du contexte démographique français. Elle est également ambitieuse car elle s'adresse à une partie large de la population française et elle se fonde sur une approche préventive.

Cependant, malgré l'ambition et la pertinence de la thématique et des objectifs, on peut déplorer un déficit de gouvernance, de structuration et de moyens. Ce déficit s'explique par l'historique d'élaboration du plan, démarche agrégeant des idées pertinentes plutôt que structurant logiquement une problématique. En ce sens, il s'agit davantage d'un ensemble de mesures que d'un plan *stricto sensu*. Les actions définies sont le plus souvent orientées sur le développement d'outils, sans que soient organisés l'accompagnement et l'utilisation de ceux-ci. Cette lacune initiale impacte ensuite la définition et l'attribution des responsabilités, la mise en oeuvre de mesures au niveau régional, l'allocation des moyens, et l'évaluation. Cela est renforcé par l'absence de réel responsable du plan au niveau administratif.

Le caractère interministériel et intersectoriel de la problématique d'accompagnement efficiente du «bien vieillir», combinée au manque de gouvernance, a rendu dans ces conditions le pilotage et le suivi du plan quasiment impossibles, malgré le professionnalisme d'acteurs investis dans les projets dont ils ont la charge.

Tableau de synthèse Points clés	PNBV
Planification stratégique	Pas de stratégie globale rassemblant les différents axes/objectifs
Organisation	Pas de structuration des axes
Suivi d'activité	Inexistant, ou très hétérogène Pas de compte rendu validé disponible
Suivi budgétaire	Inexistant, ou très hétérogène Pas de tableau de bord disponible
Pré-évaluation	Un tableau de l'avancement des mesures a été transmis par les directions concernées

LES FRANÇAIS ET LE « BIEN VIEILLIR » UNE ETUDE EXCLUSIVE GROUPE PREVOIR – IFOP

62% des Français pensent qu'il est difficile de bien vieillir

70% des Français déclarent que « bien vieillir c'est vieillir en bonne santé » ce qui demande une bonne hygiène de vie et un environnement social et culturel riche

72% des Français pensent que leur style de vie leur permettra de bien vieillir mais toutes les catégories socio-professionnelles ne sont pas égales devant le vieillissement

Paris le 1er mars 2011

Le Groupe Prévoir publie aujourd'hui les résultats de l'étude réalisée avec l'Ifop¹ sur les Français et le « bien vieillir ».

Échantillon de **1007** personnes, représentatif de la population française âgée de 18 ans et plus. La représentativité de l'échantillon a été assurée par la méthode des quotas (sexe, âge, profession de la personne interrogée) après stratification par région et catégorie d'agglomération. Les interviews ont eu lieu par questionnaire auto-administré en ligne (CAWI-Computer Assisted Web Interviewing). Du 1er au 3 février 2011.

« L'espérance de vie des Français ne cesse d'augmenter. Pourtant, il n'est pas donné à tous les Français de vieillir dans de bonnes conditions. Notre étude montre à la fois les interrogations des Français et les réponses qu'ils apportent naturellement à leurs questionnements. Bien vieillir, c'est vieillir en bonne santé. Selon leurs catégories socioprofessionnelles les Français ne sont pas égaux devant le vieillissement. Depuis 1996, le Groupe Prévoir s'est attaché à concevoir des solutions adaptées au plus grand nombre pour favoriser la prise de conscience et anticiper les risques liés au vieillissement par des actions concrètes d'accompagnement santé, » souligne Sylvie Duffaud, Directrice générale des sociétés d'assurance du Groupe Prévoir.

« Les réponses des Français révèlent de nouveaux besoins en sécurité auxquels les édifices actuels de la protection sociale, bâtis après la Seconde guerre mondiale, ne sont pas à même de répondre. Désormais la sécurité des individus ne passe plus seulement par une indemnisation a posteriori de risques standards. La protection sociale doit être préventive et viser à sécuriser des trajectoires de vie désormais individualisées et incertaines, faites de ruptures multiples tout au long de l'existence et de va-et-vient entre formation, travail et inactivité. Il s'agit donc d'une sécurité attachée à l'individu et à son parcours spécifique. Cette nouvelle stratégie d'investissement social implique la mise en oeuvre de nouveaux instruments définis comme des « politiques du cycle de vie ». L'offre d'une large gamme de services préserve les possibilités de choix pour couvrir des besoins désormais plus individualisés. » commente le Professeur Anne-Marie Guillemard, sociologue, Université Paris-Descartes Sorbonne

LES PERCEPTIONS DU « BIEN VIEILLIR » : VIEILLIR NATURELLEMENT ET EN BONNE SANTE, UN CHALLENGE POUR LA MAJORITE DES FRANÇAIS

La **majorité des personnes interrogées indique ainsi qu'il est «difficile» de bien vieillir** (62%). Toutefois, cette perception semble davantage tenir d'une projection pessimiste que d'un constat puisque les personnes âgées de plus de 65 ans considèrent en majorité qu'il est facile de bien vieillir (57% contre 31% des moins de 25 ans). En moyenne, les Français établissent l'âge du basculement dans la vieillesse à 69 ans. Ils repoussent cette échéance, au fur et à mesure qu'ils s'en approchent : elle est estimée à 61 ans chez les moins de 25 ans et à 77 ans chez les plus de 65 ans.

En France, le vieillissement est aussi affaire de catégorie sociale. En témoigne l'écart de perception au sein de la population : dans les catégories populaires, chez les ouvriers (65 ans) et chez les personnes aux faibles revenus (66 ans), l'âge du vieillissement est largement anticipé en comparaison avec les catégories les plus

aisées de la population (70 ans) chez les cadres supérieurs et 72 ans chez les personnes aux revenus les plus hauts).

Le « bien vieillir » repose presque exclusivement sur la notion de vieillissement en bonne santé (70%). Les autres représentations interviennent de manière secondaire : 14% des personnes interrogées considèrent que « bien vieillir » signifie avant tout vieillir actif, 8% sans soucis financiers, et 8% entouré. Si bien vieillir apparaît comme quelque chose de difficile, il n'est nul besoin, selon les Français, d'utiliser des artifices (crème, teinture, chirurgie...) pour y parvenir. Le vieillissement peut tout à fait être réalisé naturellement (89%) et peu de Français semblent être convaincus de la nécessité d'avoir recours aux soins esthétiques (11%, dont 17% de femmes et seulement 4% d'hommes).

Attachés à un vieillissement naturel, les Français fixent assez tard le moment où, selon eux, il devient nécessaire de commencer à se soucier de bien vieillir : ils l'établissent en moyenne à 49 ans.

LES PRATIQUES DU « BIEN VIEILLIR » : UN MODE DE VIE EN ADEQUATION AVEC CE QUI, SELON LES FRANÇAIS, LEUR PERMETTRAIT DE BIEN VIEILLIR, MAIS DES INEGALITES FLAGRANTES ENTRE LES DIFFERENTES CATEGORIES DE LA POPULATION

Pour les Français, la garantie de « bien vieillir » repose avant tout sur deux piliers : une bonne hygiène de vie et un environnement social et culturel riche. 72% des personnes interrogées estiment que leur style de vie leur permettra de bien vieillir. Les personnes âgées entre 25 et 34 ans (56%), les ouvriers (55%) et les employés (56%) ont en revanche un regard plus critique sur leur mode de vie actuel qu'ils jugent moins en phase avec la notion de « bien vieillir ».

Face au vieillissement, les différentes catégories de la population ne sont pas à armes égales : les personnes évoluant dans un contexte socio-professionnel aisé (cadres supérieurs, personnes aux revenus élevés) décrivent davantage un mode de vie en adéquation avec les recommandations pour bien vieillir que les personnes évoluant dans un contexte plus défavorisé (ouvriers, personnes aux faibles revenus). Que ce soit sur le plan de la santé physique (manger sainement, faire du sport, etc.) ou sur le plan de la santé psychique (se cultiver, voyager), elles prennent davantage soin d'elles-mêmes dans l'optique de s'assurer une bonne vieillesse.

Par ailleurs, lorsqu'elles n'adoptent pas les résolutions qui leur permettraient d'envisager sereinement le vieillissement, les personnes interrogées invoquent en premier lieu un manque de moyens financiers (33%). 22% évoquent un manque de temps, 16% de volonté, 2% d'équipement et 1% d'information.

TROIS LEVIERS DU BIEN VIEILLIR : ALIMENTATION, VIE SOCIALE ET EXERCICE PHYSIQUE

Dans la quête du bien vieillir, les Français apparaissent dans l'ensemble comme conscients des risques et des bonnes pratiques : leur mode de vie semble réellement s'accorder avec celui qu'ils dessinent comme un idéal pour bien vieillir.

Afin de bien vieillir, il leur paraît avant tout essentiel de manger sainement (58%), d'avoir une vie sociale importante (48%), et de faire du sport et de l'exercice (47%).

Des écarts à noter entre les connaissances et les pratiques : pour environ un quart de la population, il apparaît essentiel pour réussir son vieillissement de se cultiver (27% ; et 38% le pratiquent, soit un écart de 11 points), de ne pas fumer (25%, soit un écart de 17 points) et de s'épanouir dans une relation amoureuse (23%, +8 points).

Moins de 20% des personnes interrogées soulignent l'importance de voyager (18%, +13 points), de travailler (12%, +14 points), de ne pas boire d'alcool (11%, +12 points) et enfin de fréquenter des personnes plus jeunes (9%, +7 points).



Roselyne Bachelot-Narquin et Nora Berra lancent le label « Bien vieillir – Vivre ensemble »

Roselyne BACHELOT-NARQUIN, ministre de la Santé et des Sports, et Nora BERRA, secrétaire d'Etat chargée des Aînés, ont lancé aujourd'hui le label « Bien vieillir – Vivre ensemble » en partenariat avec l'association des maires de France (AMF) et l'association parlementaire « vieillir ensemble ». Ce label s'inscrit dans le plan national « Bien vieillir 2007-2009 » porté par le ministère de la santé et le ministère du travail.

D'ici 2030, trois personnes sur cinq vivront dans les villes et 28% de la population sera âgée de plus de 65 ans, il est donc nécessaire de mettre en place dès aujourd'hui des structures adaptées pour répondre aux enjeux liés à la place des aînés dans les villes.

De nombreux axes peuvent être développés pour relever le défi du vieillissement démographique, comme les transports, l'habitat, l'urbanisme, le logement, les prestations de services et le renforcement du lien social.

Le rôle des communes est donc primordial pour favoriser une politique locale en faveur des aînés. Chaque ville qui s'engagera dans l'obtention de ce label témoignera d'une véritable volonté d'établir un plan d'action sur 5 ans. Un élu municipal « Bien vieillir - Vivre ensemble » sera désigné comme référent et coordinateur du programme entre les différents services de la commune.

Après avoir rempli un dossier de candidature, la commune qui recevra le label devra respecter un cahier des charges et élaborer un calendrier sur un cycle de 5 ans :

- Année 1 : réaliser un audit de la commune réalisé par un comité de pilotage.
- Année 2 : élaborer un plan d'action sur trois ans à partir des résultats de l'audit. mettre au point d'indicateurs de référence pour mesurer la mise en œuvre du programme.
- Années 2 à 4 : lancer un plan d'actions sur trois ans.
- Année 5 : évaluer les actions mises en œuvre durant ces trois années

Les communes pourront s'appuyer sur tous les projets novateurs qui auront été réalisés afin d'améliorer le quotidien des aînés grâce au réseau national et international de l'OMS

« **Vivre pleinement** un âge dense et riche, une nouvelle étape de la vie, dans les meilleures conditions, physiques et psychologiques, voilà un projet qui doit devenir une réalité pour tous et pour lequel nous devons nous mobiliser. C'est tout l'objet du plan national Bien vieillir. » Roselyne Bachelot-Narquin « Ce label participera à cette volonté d'anticiper les évolutions de demain pour assurer à nos aînés la meilleure qualité de vie possible dans les villes. C'est à nous tous, au Gouvernement, aux élus, aux associations, aux spécialistes, aux organismes internationaux, de répondre au défi du vieillissement démographique ».

NoraBerra

Présentation

Le TéATr'éPROUVète est une équipe artistique installée à l'Abbaye du Jouir à Corbigny (1800 habitants) dans la Nièvre. Après un parcours engagé mais plutôt conventionnel pour ce qui est de l'esthétique, il pratique depuis plus de 10 ans « un théâtre sans h », défini comme un théâtre qui redescendrait de sa hauteur pour prendre en compte le quotidien et la proximité. Cela donne des mises en scènes dans l'espace social autour de faits de société comme la pauvreté (« création pour une ouverture vraie »), la vieillesse (« les 80 ans de ma mère »), l'intérêt des petites communes (« 32+32=2000 »), le jardinage potager (« les jardins d'étonnants »), les petites rivières (« une pièce dans l'Anguison »)... Mises en scène (ou petits sèmis) qui associent toujours des artistes agissant dans tout le champ culturel et des personnes directement concernées par le sujet traité (pauvres, personnes âgées, villageois, jardiniers...). Le TéATr'éPROUVète est conventionné par le Conseil Général de Bourgogne et la DRAC Bourgogne

Démarches et Objectifs

- ✓ envisager d'autres possibilités pour la culture que le postulat de la consommation passive et du sens unique qui va du « créateur » au « spectateur » sans alternative de retour, et qui crée une confusion entre culture et spectacle, culture et acteurs, culture et tiroir-caisse, spectateur et public, lieu de culture et espace culturel, art et culture...
 - ✓ défendre l'idée d'un art en action avec un souci permanent d'efficacité sociale et politique et pas seulement esthétique,
 - ✓ mettre en exergue les particularités culturelles du monde rural ou des quartiers, en les valorisant, en réfléchissant sur une approche nouvelle de la proximité comme source d'identité et de langage,
 - ✓ Faire comprendre qu'il n'est ni ridicule ni ringard ni réactionnaire d'être de quelque part à partir du moment où cela n'exclut pas l'ailleurs et ne sclérose pas la pensée et l'action ,
 - ✓ rappeler que ce qui fait la principale richesse d'un territoire ou d'un quartier, ce sont d'abord les gens qui y habitent dans leur capacité à être, à penser, à prendre la parole, à faire des choix et non les objets qu'on y dépose,
 - ✓ montrer qu'un territoire peut être riche de pratiques considérées le plus souvent
- EHESP – Module interprofessionnel de santé publique – Bien vieillir G.1 2011

comme marginales dans le champ culturel,

- ✓ proposer une réflexion sur les compétences culturelles liées à l'environnement naturel et humain,
- ✓ d'impliquer les populations et de prendre en compte leur savoir-faire dans toute action culturelle,
- ✓ faire des propositions qui permettent d'envisager une culture active et réactive qui puisse témoigner de la vitalité d'un territoire, ou d'un quartier...
- ✓ faire réfléchir sur l'idée d'espace de culture en milieu rural ou dans un quartier
- ✓ reconsidérer les modes de production , la fonction et la présentation de l'objet artistique,
- ✓ bousculer les préjugés et les habitudes autant chez les artistes que chez les autres,
- ✓ inviter au lien direct entre des personnes considérées dans leur capacité à exprimer leur vision du monde donc à agir,
- ✓ provoquer une flambée imaginaire susceptible de réchauffer l'atmosphère sociale.
- ✓ relier le quotidien au culturel (et vice versa) et l'art à la société (et vice versa)
- ✓ jouir du plaisir de la rencontre, de l'échange, du faire ensemble en cherchant autre chose à partir de ce que l'on sait déjà,

reconsidérer le rôle de l'artiste en rappelant qu'il est aussi et surtout un « artisan de la vie en commun »



L'ART D'ÊTRE GRAND-PÈRE

d'après **Georges et Victor Hugo**
adaptation et mise en scène **Vincent Colin**
avec Albert Delpy et Héroïse Godet
scénographie Marie Begel
costumes Cidalia da Costa
lumières Alexandre Dujardin

*« Moi qu'un petit enfant rend tout à fait stupide,
J'en ai deux ; Georges et Jeanne ; et je prends l'un pour guide
Et l'autre pour lumière, et j'accours à leur voix,
Vu que Georges a deux ans et que Jeanne a dix mois.
Leurs essais d'exister sont divinement gauches ;
On croit, dans leur parole où tremblent des ébauches,
Voir un reste de ciel qui se dissipe et fuit ;
Et moi qui suis le soir, et moi qui suis la nuit,
Moi dont le destin pâle et froid se décolore,
J'ai l'attendrissement de dire : Ils sont l'aurore »*

HUGO, L'ARCHÉTYPE DU GRAND-PÈRE CONTEMPORAIN

Aujourd'hui, il est fréquent de croiser dans la rue, à la sortie de l'école, dans un parc ou un magasin, des enfants aux mains de leurs grands-parents. Il se trouve que Victor Hugo, en plus d'avoir été un brillant homme public, un poète considérable, un exilé politique, un père éprouvé et un amant transi, a été l'archétype du grand-père contemporain. Un événement tragique, la mort prématurée de son fils Charles, l'a conduit à jouer, vis-à-vis de ses deux petits-enfants, Georges et Jeanne, le double rôle de père et de grand-père. J'utilise le verbe jouer intentionnellement, tant on peut être frappé par la magnifique complicité ludique qui présida à cette relation entre deux enfants et leur grand-père. Victor Hugo a été le précurseur du grand-père contemporain.

*O Jeanne ! Georges ! voix dont j'ai le cœur saisi !
Si les astres chantaient, ils bégaieraient ainsi.
Leur front tourné vers nous nous éclaire et nous dore.
Oh ! d'où venez-vous donc, inconnus qu'on adore ?
Jeanne a l'air étonnée ; Georges a les yeux hardis.
Ils trébuchent, encore ivres du paradis..*

UN DOUBLE REGARD, CELUI DU GRAND-PÈRE ET DE SON PETIT-FILS

« *L'Art d'être Grand-père* » est publié en 1877. Victor Hugo y raconte la formidable aventure de sa complicité avec Georges et Jeanne. C'est le dernier de ses grands ouvrages poétiques. Une sorte de testament avant l'heure.

Vingt-cinq ans plus tard, Georges lui répondra à sa manière en lui rendant hommage à travers ses propres souvenirs de l'époque : « *Mon grand-père* » paraîtra en 1902.

Sans comparer ses deux ouvrages, une vaste fresque poétique d'un côté et quelques souvenirs personnels de l'autre, nous avons souhaité que ces deux regards se répondent.

Vincent Colin, metteur en scène

Communiqué de presse

Nantes, 10 décembre 2010



Gérontopôle des Pays de la Loire, la longévité est une chance pour tous !

À l'occasion du lancement du nouveau schéma régional santé, Jacques Auxiette, Président de la Région des Pays de la Loire et le Pr Gilles Berrut, Chef du service de Gériatrie du CHU de Nantes, Professeur à l'Université de Nantes et Président de la Société Française de Gériatrie et de Gérontologie, ont présenté le Gérontopôle des Pays de la Loire. Le soutien à cette structure pluridisciplinaire unique en France, dédiée aux seniors, constituait une des mesures innovantes du programme de campagne portées par « la Gauche en action » dans le cadre des élections régionales de mars 2010.

Bien vieillir en Pays de la Loire

D'ici à 2030, l'âge moyen de la population des Pays de la Loire va augmenter de 4 ans et dépasser l'âge moyen national. Les plus de 60 ans représenteront plus de 31% de la population ligérienne, soit 1 habitant sur 3, contre 22% aujourd'hui. Risques ou opportunités ? Pour le Conseil régional, cette situation ouvre dans tous les cas des pistes de développement à saisir dès aujourd'hui pour développer de nouvelles réponses aux besoins des femmes et des hommes de la région : leur engagement dans la cité doit être soutenu. Leur qualité de vie appelle des actions spécifiques, aussi bien matière de mobilité, d'autonomie, de loisirs, de logement, d'aides à domicile que de santé.

Fédérer les énergies

Dans bien des domaines et notamment dans ceux des services publics et des solidarités, le Conseil régional est un fédérateur d'énergie. Il n'a pas vocation à agir seul. Les spécialistes et les professionnels sont souvent à l'origine des projets et les Conseils généraux disposent, sur ce sujet, de compétences importantes. Pour accompagner ces énergies, le Conseil régional veut jouer un rôle d'ensemblier pour permettre de nouvelles perspectives à cet enjeu fondamental qu'est le vieillissement.

Le Gérontopôle, un projet innovant et unique en France

« L'approche traditionnelle d'accompagnement de l'âge est dès à présent dépassée. Là où prévalait uniquement une logique d'assistance sur les seules pathologies ou la dépendance, se dessine un nouveau paradigme : dans le même temps, améliorer la qualité de la vie des personnes âgées, aider les aînés à vivre en autonomie et valoriser la réponse à leurs besoins spécifiques comme un fort relais de croissance économique régionale. » explique le Pr Gilles Berrut.

Pôle de recherche et d'expertise sur les enjeux du bien vieillir, mais aussi centre d'étude et d'observation, le Gérontopôle régional aura vocation à améliorer la prise en compte des besoins des personnes âgées en permettant des synergies entre les universitaires, les acteurs de la santé, de la formation et de la recherche, les entreprises et les institutions publiques qui interviennent dans le champ de la gériatrie et de la gérontologie. Une Maison de la Longévité, dont la maîtrise d'ouvrage devrait être portée par la Région des Pays de la Loire qui contribuera pour une large part à son financement, devrait voir le jour dans l'agglomération nantaise en 2014.

Institution pluridisciplinaire soutenue par la Région des Pays de la Loire*, le Gérontopôle est conjointement porté par l'Université de Nantes, les CHU de Nantes et d'Angers, la Société Française de Gériatrie et de Gérontologie, la Sem régionale, le réseau des Greta, le

EHESP – Module interprofessionnel de santé publique – Bien vieillir G.1 2011

Conservatoire National des Arts & Métiers des Pays de la Loire, la Chambre de Commerce et d'Industrie Nantes Saint-Nazaire et l'Observatoire Régional de la Santé.

« La naissance d'un Gérontopôle accompagne opportunément un changement de société vers un âge avancé, actif et autonome. Aux aidants, professionnels ou bénévoles, aux industriels, aux collectivités territoriales, aux thérapeutes, aux chercheurs, aux établissements de santé, aux services de soins à domicile et surtout, en premier lieu, aux aînés, le Gérontopôle proposera un nouveau projet économique, sociétal et social : la longévité est une chance pour tous les Ligériens. » conclut Jacques Auxiette.



Cap'Age : service d'animation itinérant pour personnes âgées :

Cap'Age est un service d'animation itinérant pour personnes âgées fragilisées porté par la fédération départementale Familles Rurales des Côtes d'Armor, en partenariat avec les CCAS de quatre communes du sud du pays de Dinan (Brusvily, Plumaudan, Saint Juvat et Trévron).

Sa création est liée à une ambition : favoriser le maintien à domicile des personnes âgées ; à l'heure où la population française est vieillissante tandis que le nombre de places en structure d'accueil (maison de retraite, foyer logement) est très insuffisant.

Cap'Age se veut être un espace de convivialité et de socialisation pour les personnes âgées fragilisées, en leur proposant des activités adaptées et stimulantes.

Cap'Age se veut être complémentaire aux services d'aide à domicile (soins, portage des repas, aide ménagère) et aux associations de loisirs (clubs des aînés).

Cap'Age se veut être une action menée en partenariat étroit avec le réseau local (CCAS, associations, structures ...) afin de répondre le plus justement possible aux besoins et de s'adapter aux réalités locales.

Objectif : favoriser le maintien à domicile des personnes âgées en insistant sur :

- La resocialisation des personnes âgées
- Le développement d'une action complémentaire aux services de soins et de vie quotidienne
- La proposition d'animations adaptées

L'intervention des professionnels à domicile en matière de soins et de vie quotidienne ne permet pas d'éviter un enfermement relationnel et affectif, ni de toujours intervenir sur des difficultés motrices ou psychiques. C'est ici qu'un service d'animation trouve sa place, en apportant une réponse en termes de vie relationnelle et de sociabilité, d'activités de motricité et d'entretien des fonctions cognitives. Favoriser le maintien à domicile sous-entend pallier aux difficultés ressenties par les personnes âgées fragilisées et isolées vivant à leur domicile.

Public : personnes âgées fragilisées.

Une personne est dite « fragilisée » lorsque :

- Elle rencontre des difficultés dans sa vie quotidienne (motricité, solitude, vue, mémoire ...)
- Elle est en perte d'autonomie (physique, psychique et/ou matérielle)
- Elle a vécu un événement qui remet en cause son autonomie, sa socialisation et son équilibre au quotidien (veuvage, hospitalisation ...)

- Elle subit, d'une manière générale, une situation d'isolement sur son lieu de vie, ce qui induit un processus de désocialisation

Lieu : les salles communales des communes d'accueil. L'aspect itinérant réside dans le fait que le service se déplace dans chacune des communes.

Equipe d'animation : l'animation et la coordination du service sont assurées par Cécile JAMONEAU, elle est accompagnée par une équipe de personnes bénévoles sur les temps d'animation et sur le transport (inclus dans le service).

Le service d'animation, c'est concrètement

- Des séances d'animations régulières lors d'après-midis où une dizaine de personnes âgées environ se retrouvent autour de l'animateur et de l'équipe de bénévoles dans une salle de leur commune.
- Des ateliers de prévention, afin de préparer les personnes âgées à « mieux vieillir ». Certaines structures proposant déjà des ateliers de prévention, il ne s'agit pas de les reproduire mais soit d'en proposer sur d'autres thèmes, soit de faire intervenir ces structures, soit d'en organiser conjointement.
- Des animations à domicile, dont l'objectif est double : apporter une animation au domicile aux personnes étant dans la totale impossibilité de se déplacer (handicap physique par exemple) ou accompagner une personne dans la réouverture de sa maison, en redevenant hôte à travers l'accueil de cette animation, qui se veut toujours être collective.

Le transport est assuré par l'équipe d'animation si les participants ne sont pas autonomes dans leurs déplacements et fera partie intégrante du service Cap'Age.



La résidence "Simone de Beauvoir", une réalisation emblématique

Dans le cadre de la profonde restructuration du quartier de La Touche, la Ville de Rennes a confié à Espacil la reconversion complète du site de l'ancienne caserne Mac Mahon en vue de l'obtention du label "Bien Vieillir, Vivre ensemble" favorisant la mixité des statuts résidentiels et générationnels.

La résidence intergénérationnelle "Simone de Beauvoir" , construite dans l'ancienne caserne Mac Mahon, illustre cette politique volontariste. Elle intègre en effet des critères de "Haute qualité du vieillissement" : elle s'inscrit dans un site où se côtoient habitat social et logements en accession privée, habitat pour personnes en situation de handicap, le tout à proximité immédiate d'une maison de quartier (La Touche) et d'une halte-garderie. Les logements sociaux y sont loués aussi bien à des personnes âgées qu'à des familles ou à des étudiants. Les habitants signeront une charte de fonctionnement intergénérationnel qui contribuera à la création d'un réseau d'échanges et de solidarité. La résidence proposera prochainement un accueil de jour pour personnes dépendantes psychiques. Un coordonnateur-animateur à mi-temps fera vivre cet espace qui comprendra également un restaurant associatif ouvert sur le quartier.

La résidence Simone de Beauvoir situé sur *l'Espace Simone de Beauvoir* accueille de nombreux logements sociaux du studio au T4 mais aussi des associations.

ARGO (dont le siège social est à Vannes) avec *l'accueil de jour Kérélys* pour personnes âgées désorientées et ESPOIR 35 qui lutte pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes sujettes à des troubles psychiques

Sous le porche, de la résidence, se trouve le restaurant Fourchette et Cie géré lui aussi par l'association ARGO. Ce lieu à pour objet de tisser le lien social entre les habitants de différentes générations.





Jeudi 19 mai 2011

10h00 – 17h00

MATIN



Réforme de la tarification et convergence dans les établissements

et services médico-sociaux

La réforme de la tarification dans les établissements pour personnes âgées est en oeuvre depuis 2001 et connaît de nouvelles évolutions récentes, qui se conjuguent à l'application de la convergence tarifaire dans les EHPAD et les USLD depuis 2009. Les établissements dans le secteur du handicap et les services à domicile sont eux aussi touchés par des réformes dans ce domaine.

Quels impacts pour les établissements et les services ? Qu'en pensent l'Association des Départements de France, les fédérations des deux secteurs, et les représentants des médecins ? La conférence a pour ambition de répondre à ces questions.

Elle s'adresse en priorité aux directeurs, équipes de direction et médecins coordonnateurs.

Mieux accompagner et soigner les personnes handicapées vieillissantes

La conférence présentera des retours de terrain visant à mieux accompagner et soigner les personnes handicapées vieillissantes. Elle fera également le point sur l'épidémiologie et les besoins médicaux de cette population et sur les différences importantes de prises en charge avant et après 60 ans selon que les personnes relèvent du statut de personnes âgées ou du statut de personnes handicapées.

Cette conférence s'adresse à un public large : directeurs, soignants, équipe de direction, médecins.

APRÈS-MIDI

« Cinquième risque », « cinquième branche » : un enjeu sociétal

et humain

Alors que le nombre des plus de 75 ans pourrait atteindre 11,9 millions de personnes en 2060, et celui des 85 ans et plus 5,4 millions, le débat sur le « 5ème risque » vient d'être lancé par le Président de la République. Cette conférence sera l'occasion de faire le point sur le financement de la dépendance en Europe, de proposer une distinction entre ce qui relève du soin de la dépendance, et de laisser une large place au débat avec des représentants de syndicats, de partis politiques, de représentants des personnes âgées et des organisations gestionnaires.

Elle s'adresse à tout public.