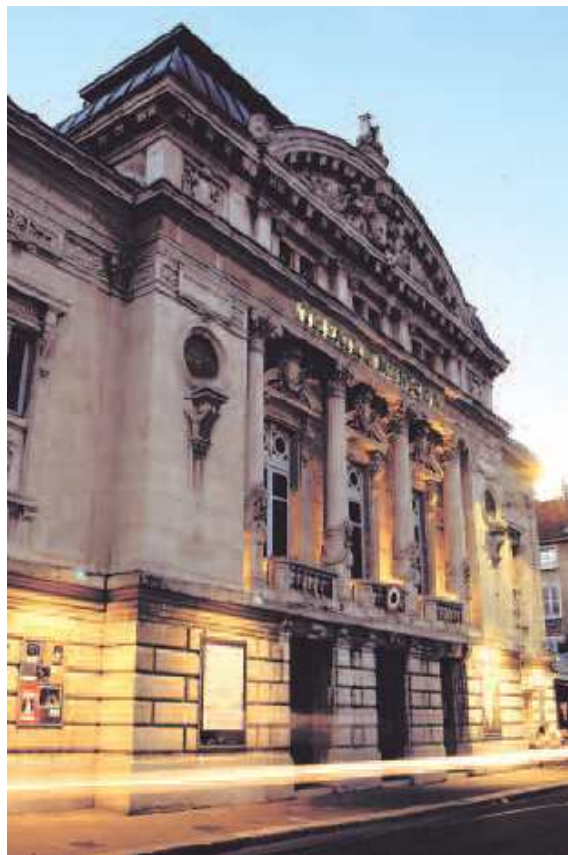




Société Rhône-Alpes de Gériatologie



87^{ème} Journée Régionale de Gériatologie

Bourg-en-Bresse, jeudi 8 novembre 2012

« *Prévenir, c'est vieillir* »

Sommaire

	Page
▪ Accueil des participants	3
▪ Hommage à Geneviève LAROQUE, Présidente de la Fondation Nationale de Gérontologie.....	3
▪ Ouverture de la journée et des travaux.....	5
<input type="checkbox"/> Prévenir le vieillissement : un paradoxe ?	15
<input type="checkbox"/> L'évaluation des programmes de prévention : intérêts et limites	27
<input type="checkbox"/> Nouvelles générations âgées, aide à domicile et promotion de la santé	41
<input type="checkbox"/> Le corps et la prévention dans le vieillissement normal	54
Questions de la salle :	62
<input type="checkbox"/> Quelle coordination pour quelle prévention ?.....	78
<input type="checkbox"/> La prévention en jonction sanitaire et sociale : de l'utopie à la pratique.....	92
▪ Une expérience dans le département de l'Ain : la Cellule de Prévention des Situations de Détresse de la Personne �g�e. Un exemple reproductible ?.....	92
▪ Table ronde : « Pas de prévention possible sans référence à une vieille idée : la coordination »	105

(La journée est ouverte à 9 h 05)

▪ **Accueil des participants**

M. Jacques GAUCHER.- Je propose de commencer cette journée de travail de la Société Rhône-Alpes de Gérontologie.

Pour les personnes qui ne me connaissent pas, je suis Jacques GAUCHER, Psychologue Clinicien, Professeur des Universités et Président de cette noble société, qui a un peu plus de 40 ans d'âge maintenant : la Société Rhône-Alpes de Gérontologie.

▪ **Hommage à Geneviève LAROQUE, Présidente de la Fondation Nationale de Gérontologie**

M. Jacques GAUCHER.- Avant de présenter la journée, j'aurais voulu rendre hommage à notre collègue Mme Geneviève LAROQUE, qui a été Présidente de la Fondation Nationale de Gérontologie mais pas seulement, c'est une dame qui a été importante dans le champ de la santé, et je voudrais dire quelques mots à son sujet pour lui rendre un hommage.

Elle est décédée le 19 septembre dernier, et nous sommes encore un peu sous le coup de son absence.

Geneviève LAROQUE était une grande dame, très militante. Elle incarnait à peu près tous les contrastes de l'humain. C'était une personne influente, très décisionnelle, par son parcours professionnel d'abord et par sa position d'autorité dans l'organisation de la santé en France.

Geneviève LAROQUE était très déterminée, habitée de profondes convictions.

Elle s'était construite aussi dans un parcours de vie, comme beaucoup, mais un parcours de vie qui était un parcours important, qui lui a

imposé d'une certaine manière d'explorer tous les domaines de la souffrance humaine. Elle a été très attentive à la dépendance des personnes âgées, aux soins de fin de vie, au monde du handicap aussi, mais également à l'enfance en difficulté. C'est quelqu'un qui avait une sensibilité importante, un peu à fleur de peau sur tous ces sujets-là.

Geneviève LAROQUE savait nous mobiliser tous quand il le fallait, nous engager, nous convaincre qu'il y avait des choses à faire pour les personnes en difficulté.

Pour elle, l'écoute était au cœur et à l'initiative de toute action qu'elle voulait entreprendre. Elle, ne s'écoutait pas par contre, dans sa capacité à se dépenser dans l'action. Elle ne s'économisait pas dans la recherche à convaincre. Elle ne se protégeait pas non plus des retours d'opinion. Elle s'engageait et elle y allait.

Geneviève LAROQUE était de ces femmes bâtisseuses qui sont animées d'un projet et portées par des valeurs que rien ne peut arrêter. Chaque instant de la vie, chaque événement, dès lors qu'il touche à l'humain, était pour Geneviève LAROQUE l'occasion de construire quelque chose : un programme sanitaire ou médico-social, un projet de loi, une campagne d'information.

Une question que je me pose : quel énarque, deux fois Directeur de cabinet ministériel, quel IGAS (Inspecteur général des affaires sanitaires et sociales) peut se reconnaître dans cette grande dame, plus intéressée par la vulnérabilité et l'empathie à autrui que par le pouvoir et les ors des palais de la République, telle qu'était Geneviève LAROQUE ?

Convaincue des vertus de la solidarité intergénérationnelle, elle a œuvré à la rencontre des âges de la vie et a combattu les cloisonnements des générations.

Je me permettrai à ce sujet de citer Geneviève LAROQUE, lorsqu'elle disait : *« La solidarité est échange, échange constamment croisé, mystérieusement égalitaire et inégalitaire à la fois : je donne et je reçois, pas la même chose, pas au même moment, pas de la même façon,*

mais toujours je donne et je reçois, don et réception entremêlés. Jamais trop vieux pour apprendre, on n'est jamais trop jeune pour enseigner, jamais trop faible pour donner, on n'est jamais trop fort pour accepter. La vie est échange et solidarité ».

A nous de poursuivre, je vous y invite, cette noble voie.

Et au revoir, Geneviève, merci à toi !

(Applaudissements).

Je pense que Geneviève LAROQUE est quelque part présente à notre 87^{ème} Journée régionale de la Société Rhône-Alpes de Gérontologie.

▪ Ouverture de la journée et des travaux

M. Jacques GAUCHER.- Un certain nombre de personnes m'ont prié de les excuser de leur absence, en particulier : Matthieu DEBRAY, administrateur d'Annecy. Paul CHAPUY et Gérard RIBES du Rhône. Et, Jean-Claude BLOND, administrateur pour le département, indisposé actuellement pour des questions de santé ; il aurait voulu être là, il essaiera de faire un tour mais ce n'est pas sûr.

Bienvenue à tout le monde. Je sais que des personnes ont fait un grand déplacement, puisque la Société Rhône-Alpes de Gérontologie a vocation à accueillir dans ses journées des personnes de toute la région Rhône-Alpes. Donc quand on est à Bourg-en-Bresse, cela signifie que des personnes du sud de la Drôme ou de l'Ardèche font des trajets assez conséquents, et je les remercie de leur présence.

Bienvenue à tout le monde, sur un thème qui est celui de la prévention. C'est un thème très récurrent, que l'on retrouve beaucoup dans les réflexions, qu'elles soient gérontologiques ou autres, mais je pense que c'est un thème qui est aussi assez inépuisable et qui interroge sous différents aspects. Cette journée sera tout à fait bénéfique pour avancer dans la réflexion.

Je ne vais pas aller plus avant dans la présentation de cette journée, je reprendrai le micro ensuite, mais je voudrais remercier de leur présence : Mme Bernadette CONSTANS, qui représente la Municipalité de Bourg-en-Bresse, M. Jean-François DEBAT, M. le Maire, pensait pouvoir venir, malheureusement il a d'autres impératifs.

Je passerai ensuite la parole à M. Jacques RABUT, Vice-président du Conseil général de l'Ain et qui représente le Conseil général.

Madame CONSTANS, voulez-vous prendre la parole quelques minutes ?

Mme Bernadette CONSTANS.- Merci, Monsieur le Président.

Mesdames, Messieurs, je vous demande de bien vouloir excuser M. le Maire de Bourg-en-Bresse, Jean-François DEBAT, retenu au Conseil régional.

Je suis heureuse de vous accueillir ici, à Bourg-en-Bresse, à l'invitation des associations qui ont organisé cette 87^{ème} Journée Régionale de Gérontologie. Je vous souhaite la bienvenue à vous tous, acteurs du secteur gérontologique, professionnels ou bénévoles au service d'une même cause : répondre à la situation créée par l'allongement progressif de l'espérance de vie, donc le vieillissement, plus accentué, tout en créant la condition d'une véritable intégration de nos aînés dans nos sociétés.

L'année 2012 est l'Année européenne du vieillissement actif. Et l'Union nationale des CCAS nous engage à défendre un droit fondamental : celui de l'aide à l'autonomie.

Pour cela, l'un des axes de réflexion concerne la prévention. Et j'ai vu que le titre de votre journée était : *Prévenir, c'est vieillir*. C'est un peu surprenant, vous avez choisi le verbe plutôt que le nom. Le nom est plus abstrait, c'est une notion. Tandis qu'avec le verbe, on est déjà dans l'action.

Je vous parlerai d'abord des enjeux du vieillissement. Vu l'évolution démographique et les limites d'un système de santé essentiellement curatif, la prévention est une alternative incontournable.

Comment prévenir la maladie et la perte d'autonomie ?

Pour déterminer quels services développer pour les personnes âgées domiciliées sur son territoire, la Ville de Bourg-en-Bresse a mandaté la Mutualité Sociale Agricole Ain Rhône pour réaliser une étude. Celle-ci révèle une offre de soins insuffisante en médecins, infirmières, etc. Ce problème de démographie médicale apparaît aussi dans le diagnostic santé ville, réalisé par l'Observatoire régional de Santé, mais il dépasse le territoire de la ville.

Le Conseil général conduit une politique dynamique dans ce domaine, en proposant le financement à 50 % d'une étude de besoins, et l'agglomération y participera.

L'étude de la MSA révèle aussi la précarité financière des personnes âgées et préconise une meilleure information des aides légales, la recherche de moyens de prévention et d'accompagnement, pour lutter contre l'isolement et susciter des temps de rencontre.

L'étude préconise aussi l'implantation de petits logements à loyer modéré en centre-ville, à proximité des services et des commerces.

Pour les transports, la mobilité sur l'agglomération n'est pas évidente, et ce n'est pas facile d'aller à Fleyriat ou plus loin avec les bus.

Il y a eu aussi l'étude du CESL (Conseil économique social local) sur le vieillissement de la population, et ses conséquences concernent le bassin de vie, soit 77 communes, dont Bourg-en-Bresse occupe le tiers seulement.

Dans le domaine du logement, le rapport préconise de rapprocher les générations pour une vie plus relationnelle. Il insiste sur les transports nécessaires à la mobilité et sur l'amélioration de l'accessibilité, de la voirie et des bâtiments : nécessité de préparation de l'avenir. Adaptation des logements dans les opérations de construction ou de réhabilitation de l'habitat. Le projet de logements intergénérationnels construits avec Bourg Habitat se réalisera en 2013 au carrefour Charles Robin, boulevard Saint Nicolas. Il prévoit des logements pour des familles

et pour des personnes âgées seules, avec des parties communes et un fonctionnement interne cadré par une charte de bon voisinage. Il s'agit d'encourager les relations humaines et une vie à l'intérieur de ces bâtiments.

D'autres possibilités : créer un service bénévole de visiteurs à domicile. 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. La Ville fait de la prévention à travers diverses actions : les animations, les clubs. Ce service comporte 20 salariés, avec de l'accueil téléphonique et physique, et ce service est axé sur la prévention, à plusieurs niveaux :

1) La prévention primaire : maintenir l'autonomie de la personne par des mesures collectives.

Les rencontres d'automne tous les deux ans, regroupent tous les partenaires dont l'activité est orientée vers les personnes âgées ou handicapées, pour donner des informations relatives à la prévention médico-sociale et au maintien à domicile.

Des sorties pédestres à la demi-journée, au printemps ou en automne, afin que les personnes marchent en fonction de leurs possibilités physiques, mais avec la présence d'une infirmière, pour les rassurer.

Bourg Vacances au mois d'août, quand la ville est déserte et que les personnes sont d'autant plus isolées.

Deux jours par semaine, les mardis et jeudis : le mardi pour des jeux et le jeudi pour les sorties à l'extérieur.

Le séjour de printemps : des vacances de 10 jours prises à l'extérieur, destinées à des personnes autonomes, qui ont de petits budgets et qui craignent de ne pas être capables de partir seules. Elles sont encadrées, avec la présence d'une infirmière et d'une autre personne du service pour les sécuriser. Généralement ces séjours ont beaucoup d'importance pour elles et elles en retirent vraiment un grand bienfait.

Les transports urbains sont facilités par ce service grâce aux cartes de bus à prix réduit.

2) La prévention secondaire : elle consiste à diagnostiquer et à faire disparaître tout facteur de risque de dégradation d'une situation, par des visites à domicile, des actions collectives ou individuelles.

Les suivis individuels sont réalisés par les infirmières pour informer, accompagner, orienter.

3) La prévention tertiaire : elle consiste à faciliter l'insertion des individus par des adaptations spécifiques :

Des « chèques transports » pour que des personnes handicapées puissent prendre des taxis.

Des « chèques taxi-club » pour se rendre deux fois par semaine dans un club à proximité de leur domicile pour les personnes qui ne peuvent pas s'y rendre à pied. Des taxis sont prévus pour cela.

Des animations spécifiques, comme le banquet de Noël.

L'encadrement des foyers logements également, avec 11 salariés : ces foyers logements sont situés dans des quartiers, pour l'un à la Reyssouze : le Foyer Jean Bollard, avec 14 logements. Et l'autre, le Foyer Gustave Monnet, aux Venues, où 27 appartements seront bientôt réhabilités.

Le service encadre également des actions partenariales ou transversales : partenariales, avec l'Amicale des retraités qui anime 6 clubs dans différents quartiers de la ville, la gestion des salles, le repas des animatrices et des animateurs des clubs.

Le plan Vermeil à domicile, appelé aussi plan canicule, pour appeler les personnes plusieurs fois par jour lors des journées extrêmement chaudes et veiller à ce qu'elles n'aient pas de gros problèmes de santé à ce moment-là.

Le pôle handicap, qui veille à l'aménagement de l'accessibilité de la voirie et du cadre public, qui anime la commission communale pour

l'accessibilité aux personnes handicapées, qui rédige aussi le rapport annuel « Ville et handicaps ». Le service assure également le projet de formation du personnel municipal à l'accueil du public en situation de handicap.

Et des actions transversales, comme la bibliothèque à domicile. Et le portage de repas, initié par le service, repose sur le budget du CCAS.

Enfin, le service est en relation avec le PACT, pour l'amélioration de l'habitat, avec 15 dossiers en partenariat en ce moment.

En conclusion, je vous livrerai ces recommandations du conseil de la CNSA (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie) : « *La définition de la prévention de la perte d'autonomie, plus que le vieillissement ou l'espérance de vie, c'est l'espérance de vie sans incapacité qui constitue l'enjeu majeur d'aujourd'hui et des années à venir* ».

(Applaudissements).

M. Jacques GAUCHER.- Merci, Madame CONSTANS.

Je préciserai que sur un plan régional et sur un plan national aussi, la ville de Bourg-en-Bresse est une référence bien connue dans ses capacités de réalisations gérontologiques.

Je vous remercie.

Je laisse la parole à M. Jacques RABUT pour le Conseil général.

M. Jacques RABUT.- Merci, Monsieur le Président.

Madame le Maire, Mesdames et Messieurs, je dois tout d'abord excuser moi aussi mon référent, le Président du Conseil général de l'Ain, M. Rachel MAZUIR, Sénateur de l'Ain, qui n'a pas pu participer à vos travaux et qui m'a demandé de le représenter. C'est une tâche dont que je m'acquitte avec beaucoup de plaisir.

Je voudrais vous remercier, Monsieur le Président, et aussi, puisqu'ils ne sont pas sur la scène mais ils ont œuvré en amont pour que cette journée se passe bien, les associations, les "locaux de l'étape", à savoir l'ADAPA et l'ADAG BB ; j'ai coutume de dire que sans ces bénévoles et sans ce relais associatif, l'action des élus serait bien modeste.

Vous avez choisi comme thème à votre journée, une problématique qui est effectivement un enjeu pour les collectivités et la société pour les années à venir. Et je voudrais aussi, dans mes remerciements, associer la Municipalité bien sûr et le Théâtre municipal qui nous accueille.

J'en viens à mon propos.

Vieillir est souvent considéré aujourd'hui par notre société comme péjoratif, on dit : « C'est un vieux » (j'en fais partie d'ailleurs), et surtout comme une charge. Cela étant, le vieillissement reste encore inscrit dans nos gènes, et je crois qu'il faudra encore attendre quelque temps pour que l'on modifie le cours des choses.

Donc vous avez choisi deux verbes, comme cela a été dit tout à l'heure : *prévenir* et *vieillir*. Vous avez travaillé sur cette problématique. Personnellement je n'aurai pas l'occasion de vous accompagner bien longtemps dans ces travaux, j'ai moi-même d'autres obligations, mais je voudrais simplement, sans introduire le débat, vous proposer une réflexion.

Si l'on s'en tient à la définition du mot *prévention*, si l'on regarde dans le dictionnaire, il s'agit de « *l'ensemble des mesures prises pour éviter la survenue d'un mal, d'un risque ou d'un danger* ». Or peut-on raisonnablement envisager d'éviter la survenue du vieillissement ? C'est cette ambiguïté simplement que je voulais relever. À mon avis, on est plus dans l'accompagnement d'un processus naturel. Donc j'ai peut-être anticipé un certain nombre de questions qui vont être abordées dans cette journée.

Pour le Conseil général, nous nous sommes basés sur cet accompagnement, mais un accompagnement pour le bien vieillir. Cette notion de « bien vieillir » est au cœur des actions qui sont envisagées dans

le schéma de la personne âgée, schéma départemental qui sera proposé au vote de l'Assemblée départementale en fin d'année.

Je voudrais simplement citer trois axes qui vont motiver nos actions :

1) Premier axe, le maintien au domicile, en partenariat avec les élus que vous êtes, Madame le Maire, et le tissu associatif local, car on oublie trop souvent que le bien vieillir ne se résume pas seulement à l'intervention de l'aide ménagère, comme on dit, c'est à dessein que j'emploie ce terme, aujourd'hui le rôle de l'aide à domicile va bien au-delà de la simple exécution des tâches ménagères.

2) Deuxième axe, c'est le renforcement du rôle des CLIC -je pense que cet acronyme n'a pas de secret pour vous-, il s'agit des Centres locaux d'information et de coordination gérontologique, pour l'information, la prévention et aussi l'animation, et ce, en coordination avec nos partenaires de l'ARS et de la CARSAT, qui sont présents dans cette salle.

Le bien vieillir, c'est aussi la possibilité pour les personnes âgées de s'investir dans notre société au travers de projets intergénérationnels, de projets culturels ou d'éducation. Le rôle de l'éducation des seniors, par rapport à leur expérience, est important à préserver. On a effectivement aujourd'hui, un projet de vie après 62 ou 65 ans.

Et si l'on parle souvent de charge, on mésestime toujours la ressource que représentent ces mêmes personnes âgées.

3) Troisième axe que nous avons privilégié dans notre schéma, c'est la politique du logement. Le logement reste la pierre angulaire du bien vieillir. Et pour le Conseil général, qui a cette mission au niveau du département de l'Ain, « l'aide à la pierre », qui est un vocable un peu technocratique, est une compétence qu'a prise le Département et donc il gère l'ensemble des dispositifs qui concernent l'accès au logement. Il

est là en termes de conseil et d'aide apportés dans l'adaptation et l'amélioration de l'habitat, pour favoriser le bien vieillir.

Cette politique du logement à destination des personnes âgées s'est concrétisée au cours de ces dernières décennies par la réalisation de programmes immobiliers adaptés. Vous connaissez peut-être le concept de MARPA ou PUV, les maisons d'accueil rurales pour les personnes âgées ou les petites unités de vie ; c'est un concept que l'on doit à la MSA. Et dans un proche avenir, la session de décembre va l'officialiser, nous allons mettre en route ce que l'on appelle le programme HAINSOR (?), c'est-à-dire habitat intégré solidaire et regroupé. Et là, je veux saluer la présence ici du Pr HAGMANN. On lui a pris son idée, puisque c'est un concept qui nous a été proposé par l'ADAPA, qui a des relations avec le site du Valais où vous avez, dans un programme immobilier, des appartements où une partie est collective et met en place une possibilité pour les gens qui sont faiblement dépendants d'avoir la possibilité de mutualiser un certain nombre de services. Et cet habitat est intégré puisqu'il est dans un programme immobilier normal où des familles jouxtent cette petite unité de vie, si l'on peut dire.

Voilà globalement et brièvement ce que je voulais dire sur cette problématique, qui effectivement est récurrente. On peut dire que la population des personnes âgées va croissant et que ce problème fait partie de notre avenir. Je vous remercie.

(Applaudissements).

M. Jacques GAUCHER.- Merci beaucoup, Monsieur RABUT.

Quelques mots pour introduire cette journée et son organisation, puis je donnerai rapidement la parole à nos conférenciers.

Vous avez dans vos pochettes, des demi-feuilles de format A5 pour poser des questions. La tradition est de poser les questions par écrit, nous les collecterons et nous répondrons ou les conférenciers répondront à vos questions.

Le cas échéant, si vous n'avez pas pu poser votre question ce matin à tel ou tel conférencier ou si elle n'avait été prise, nous pourrions rebondir cet après-midi sur votre question. Donc rassurez-vous, nous tenterons de répondre aux toutes les questions.

Par ailleurs, j'ai un peu le rôle, comme on dit en psychologie, du « surmoi », du « policier », je vais devoir régler au mieux le timing de la matinée, et donc je me permettrai parfois peut-être d'interrompre un conférencier ou de lui demander d'accélérer pour tenir dans les temps.

J'aurais voulu dire trois dernières choses.

Premier point, il me semble que dans l'esprit de l'hommage à Geneviève LAROQUE, le terme de solidarité devra être certainement très fortement articulé à la logique de la prévention. La prévention ne se réduit pas à des dispositifs, bien que ceux-ci soient essentiels, mais il y a une nécessité aussi de solidarité humaine dans l'enjeu de prévention.

Deuxième point, et les deux élus l'ont bien souligné, la prévention, prévenir, qu'est-ce que cela veut dire ? Il y a de l'action, mais quel est le véritable sens ?

Je noterais que la prévention peut être ambiguë : soit il est question d'un évitement, on le retrouve bien par exemple dans les campagnes de vaccination : on évite une maladie, on évite quelque chose. Mais comme vous l'avez dit, Monsieur RABUT, peut-on éviter le vieillissement ? Cela deviendrait assez dramatique : euthanasie, suicide, on ne peut pas préconiser bien sûr ces mesures-là.

La deuxième acception serait plutôt : voir venir, prévenir, anticiper. C'est peut-être plus dans cette acception de la prévention que l'on orientera nos réflexions.

Et pour finir, je dirai que le département de l'Ain est très à l'honneur aujourd'hui puisque Bourg-en-Bresse accueille notre journée d'étude, et en fin de journée, notre Ministre déléguée aux personnes âgées, Mme Michèle DELAUNAY, va inaugurer un établissement de l'association

ACPPA à Jassans-Riottier. Donc c'est une journée bien chargée sur le plan gérontologique.

Merci beaucoup de vos présentations.

□ Prévenir le vieillissement : un paradoxe ?

M. Jacques GAUCHER.- Je vais donner la parole à Jacques JALON, qui est très modeste, qui se présente comme retraité. C'est quelqu'un qui a eu une carrière assez brillante. Je peux témoigner qu'il a assuré une préparation à sa retraite en venant à l'université suivre une formation et un diplôme d'université.

Sa présence parmi nous me réjouit, et je sais la qualité de sa réflexion gérontologique, qui a été à l'origine de nombreux écrits. J'ai eu l'occasion de relire les épreuves de ses écrits parfois, pour l'accompagner un peu.

Jacques JALON, je vous laisse la parole.

M. Jacques JALON.- Je voudrais d'abord remercier le Pr GAUCHER et le Dr BLOND pour cette tribune qui m'est offerte autour de ce thème *Prévenir, c'est vieillir*. J'en suis le premier intervenant, je me suis demandé ce qui me valait cet honneur, si ce n'est la prévenance des organisateurs à mon égard, qui m'attribue cette place, je suppose, au bénéfice de l'âge. (*Rires*). Parce que voilà plus de quarante ans que j'observe en effet la vieillesse, que j'essaye de la déchiffrer, de la comprendre, et aujourd'hui j'apprends à la vivre. C'est sans doute pour avoir un peu, beaucoup et même passionnément vieilli, que je me trouve là ce matin.

Le thème qui m'a été fixé : *Prévenir le vieillissement : un paradoxe ?*

Prévenir dans le sens de quoi ? D'avertir ? Mais nous sommes tous prévenus que nous allons vieillir, et puis mourir.

Prévenir dans le sens de résister, de lutter, de refuser ? Mais lutter contre quoi ? Contre la fatalité de devoir vieillir ?

Je ne connais qu'une seule méthode ; c'est *La Plaisante Sagesse lyonnaise* qui nous dit : « Y a pas à barguigner, il faut vieillir ou mourir jeune ». C'est paradoxal, mais c'est comme ça. Le problème, c'est que personne n'a envie de mourir jeune. Donc vieillir, c'est une fatalité dont nous sommes bien prévenus.

Mais cette fatalité, comme le disait Jacques RABUT tout à l'heure, ne peut-on pas la *pré - venir*, c'est-à-dire venir au-devant d'elle ? Aller au devant pour reconnaître, un peu comme un pilote de rallye, le reste du parcours qui nous attend au tournant ... au tournant de l'âge.

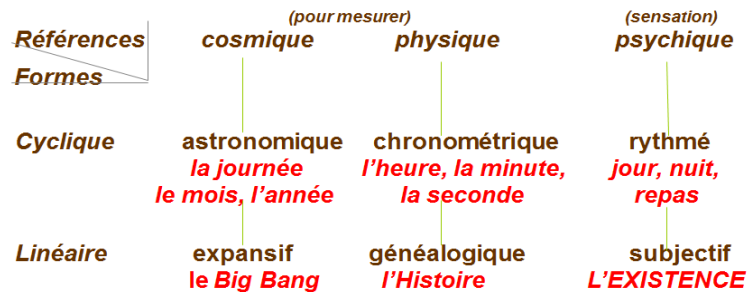
Sur ce parcours, le temps est à la fois l'épreuve et le moteur du vieillissement. Voyons donc comment peut s'appréhender ce temps de vieillir.

PENSER LE TEMPS DE VIEILLIR.

Si je pense, je prends conscience d'exister, d'être là. « *Je pense, donc je suis* ». Être là, ici, dans le moment présent, c'est-à-dire dans l'espace et dans le temps, qui sont les deux données indispensables à ma conscience d'exister.

L'espace, j'en prends la mesure avec mon corps : le pas, la coudée, le pied, le pouce. Je peux le mesurer. L'espace, j'en ai une perception physique. Et le temps ?

Les images du temps à travers nos représentations mentales



Le temps, je le sens passer. J'en ai la sensation, mais je ne peux le mesurer qu'à l'aide de références qui me sont extérieures. Ces références sont cosmiques et physiques et me servent à mesurer le temps. Le temps, c'est aussi le rythme des jours, des nuits, des repas, des mois, etc. Le temps, j'en ai ainsi une sensation psychique.

Essayons quand même de penser le temps.

« Dans tout être vivant, nous dit Axel KHAN, la mort est programmée... Nous existons pour un temps donné ; ce temps nous est donné pour réaliser nos potentialités », pour un temps donné dont malheureusement nous ne connaissons ni la durée ni la fin.

Donc pour rendre compte du temps, pour rendre compte du réel vécu de l'existence, ce n'est plus à la chronologie qu'il faut recourir, mais à une ontologie du temps que vont nous permettre ces surreprésentations du temps que sont le destin et le salut.

Les images du temps à travers nos représentations mentales

Références Formes	cosmique	physique	psychique	anthropo- logique
Cyclique	astronomique <i>la journée, le mois l'année</i>	chronométrique <i>l'heure, la minute, la seconde</i>	rythmé <i>jour/nuit les repas</i>	destin
Linéaire	expansif <i>le Big Bang</i>	généalogique <i>l'Histoire</i>	subjectif <i>L' EXISTENCE</i>	l'espérance salut
<i>De quoi parle-t-on ?</i>	<i>chronologie</i>	<i>REEL VECU</i>	<i>ontologie du temps</i>	

Le destin, je le définirai en disant qu'il enferme le *possible* dans le *déjà connu*. Au-delà, c'est le néant de l'impossible.

Dans la logique du salut,
le présent est l'instant
entre deux impossibles

celui d'hier qui d'*évidence* n'est plus,
et celui de demain qui
d'*ESPERANCE*
ne sera plus.

Autrement dit : demain, il sera possible que je sois sauvé. Possible, mais pas certain. Et c'est bien là le problème.

Cette espérance, qui transcende notre destin de mortel en salut éternel, répond ainsi à notre désir d'immortalité ; désir d'immortalité qui est d'ailleurs au fondement de toute religion. Mais malheureusement, l'espérance ne nous donne aucune certitude de salut.

De l'ESPERANCE ...

On touche là de très près au psychisme de la personne âgée, car il s'agit ici d'espérance mais aussi d'incertitude. Il s'agit d'espoir et aussi de désespoir. Et il s'agit surtout de ce qui donne au psychisme son élan vital, ce que j'appellerais volontiers : le désir d'être.

... au PROGRES

Agir dans le sens de ce désir d'être immortel voudrait réduire l'incertitude liée à l'espérance. Notre culture occidentale a donc investi l'espérance de salut dans un progrès sans limite. Plus rien ne doit être fatal, et nous attendons du progrès qu'il nous sauve de la maladie de vieillir. J'en veux pour témoin cette phrase de Benoîte GROULTE : « *Je voulais mourir très âgée mais sans avoir été vieille* » et nous attendons - mais sans l'avouer - que le progrès nous sauve aussi de la mort. Je vous propose ce texte d'Hervé JUVIN extrait de son livre *L'avènement du corps* :

« Le XX^e siècle a inventé un nouveau corps. La médecine l'a délivré de la souffrance, la richesse et la paix l'ont doté d'un capital d'années sans précédent. La nouvelle morale de la beauté et de la séduction lui promet une jeunesse qui n'en finit plus. La révolution des mœurs, non seulement l'autorise à chercher partout son plaisir, mais lui en fait le devoir. Et il rêve d'immortalité sur les décombres des religions et des idéologies. »

L'espérance est quand même sérieusement déçue à partir de son constat : «... *il rêve d'immortalité sur les décombres des religions et des idéologies.* » Mais ce rêve collectif d'immortalité exclut le temps de la mort. C'est un temps collectivement nié, culturellement inexistant et qui par le fait, demeure complètement impensé.

Pourquoi ? C'est TOLSTOÏ qui nous donne la réponse au texte que je vous ai cité d'Hervé JUVIN : « *L'idée même de progrès indéfini a*

rendu la mort encore plus insupportable qu'auparavant puisque désormais, à la différence du héros grec ou du patriarche biblique achevant sa vie gorgée de jours, aucun de ceux qui meurent ne parvient jamais jusqu'au sommet puisque celui-ci est situé dans l'infini. »

Donc la mort est vue dans un certain sens comme un échec de la vie, comme un non aboutissement. Dans les jeux vidéo par exemple, la mort n'est qu'une donnée décrémentée d'un certain nombre de vies en fonction de la performance du joueur. Culturellement, la mort y est bien niée.

Collectivement, la mort n'est plus un fait social et public. Les cérémonies funèbres sont réservées aux proches. Les rites funéraires sont circonscrits dans le cadre d'un funérarium, et réduits d'ailleurs au minimum. Et on ne porte plus le deuil. La mort est socialement occultée.

Et emportée par ce courant, la foule laisse l'individu échoué sur la berge du progrès. Sa mort est vécue comme un échec ; il voit sa fin sans espoir de salut. Cette perspective est psychiquement insupportable et l'entraîne sur la pente de l'angoisse, du refus et du désespoir. L'espérance s'épuise, face à l'illusion collective du progrès et meurt à la poursuite d'un rêve d'immortalité. Là est le paradoxe : d'un côté, il y a une espérance, et de l'autre, notre culture occidentale nous propose un rêve d'immortalité.

« *Religion du progrès, escroquerie de l'espérance* » nous avait pourtant averti Bergson.

Et notre rêve d'immortalité bute sur la présence des « vieux ». Parce que quand l'espérance du progrès s'épuise et ne peut plus faire vivre,
le temps devient ce qui fait mourir.

Mais quel est-il ce temps sans espoir, ce temps qui fait vieillir, puis mourir ? N'est-il que la dimension de l'incertitude absolue ? Peut-être pas.

« *L'espérance n'est pas la conviction que quelque chose finira bien. C'est la certitude que quelque chose a un sens, quelle que soit la façon dont cela finit.* » Ce n'est pas n'importe qui dit cela, c'est Vaclav HAVEL.

Le temps de vieillir aurait-il un sens ?

Oui. Et la réponse est toute simple. La voilà :

« - *Pourquoi tu es vieille, Grand-mère ?*

- *Parce que je suis née il y a bien longtemps* ».

C'est aussi simple que cela, vieillir. C'est être né il y a bien longtemps. Vieillir, c'est donc avoir accumulé du temps de vie. Le mot le dit : VIE-ILLIR. C'est donc aussi regarder ce temps accumulé. Et pour cela, le mettre à distance, s'en écarter en quelque sorte.

Cette attitude d'écart marque l'entrée dans le temps de vieillir.

Écart social d'abord : perte du rôle parental, retrait de la vie professionnelle.

Écart physique ensuite, avec la baisse de la tonicité, puis des capacités physiques, jusqu'à la dégradation de l'autonomie.

Écart psychique enfin, par la lente substitution au souci de vivre, de l'angoisse de mourir.

Le temps de vieillir se définit donc comme ce temps de mouvement d'écart de la vie. Le temps d'une séparation progressive, graduée, de l'individu, avec ce qu'a été sa vie, ce qu'a été la vie avant ce temps de vieillir.

Mais n'est-il que cela ?

Toutes les cultures portent l'image du sage ayant atteint et exploité son temps de vieillir. Le temps de vieillir, c'est aussi ce temps de recul qui permet la sagesse. Mais le temps de vieillir reste un temps subjectif, où s'installe une posture psychique d'écart. Sans pour autant être manifeste, cette posture psychique d'écart est quand même LE dispositif central du vieillissement, parce que cet écart devient retrait dont le ressenti

résonne d'autant mieux dans le psychisme qu'il fait écho à la question béante que pose l'approche de la mort.

Nous voilà donc au seuil de l'ultra-vieillesse, avec cette question, qui nous concerne tous, nous qui réfléchissons aujourd'hui au vieillissement global de la société : « *Quelle est la cohérence d'une société qui réussit à prolonger massivement le vieillissement de ses membres, mais dont la culture est incapable de donner sens à ce prolongement ?* »

C'est une question exigeante, parce que si l'on veut y répondre valablement, il faut qu'elle soit psychiquement recevable, et qu'elle offre une perspective affranchie de toute angoisse. Je vais pourtant tenter cette réponse.

Le vieillissement est un phénomène naturel, qui est inscrit dans tout processus vivant ... et il est au cœur de l'ultra-vieillesse. L'ultra-vieillesse accentue ce mouvement d'écart de la vie par un retrait continu et accentué de la vitalité.

« *Voyez l'homme qui s'éteint à la fin d'une longue vieillesse : il meurt en détail ; ses fonctions extérieures finissent les unes après les autres ; tous ses sens se ferment successivement ; les causes ordinaires des sensations passent sur eux sans les affecter.* » Ce n'est pas d'aujourd'hui, c'est de Xavier BICHAT, au début du XIX^e siècle.

Les manifestations physiques de ce retrait rejoignent celles déjà en place dans le psychisme, et les pertes progressives des facultés mnésiques, des repères spatio-temporels, de la mobilité, sont bien plus que des symptômes de déficits à corriger ou à compenser, ils sont ### et j'insiste là-dessus - les facteurs actifs de ce processus psychique de séparation de la réalité extérieure. Ils viennent en quelque sorte finaliser ce processus d'écart, lui donner sa pleine efficacité, sa pleine réalité, sa pleine visibilité.

L'ultra-vieillesse, et son corollaire, la dépendance, viennent à une place naturelle à la fin du temps de vieillir, comme le dernier des temps donnés par la vie pour apprendre et se préparer à se séparer d'elle et de soi, avant la séparation ultime et radicale qu'est la mort. Car au final, c'est bien de cela dont il s'agit : se séparer de soi, mourir. Le processus d'écart au cœur du vieillissement conduit naturellement le sujet à se séparer de soi. Et la vieillesse est le temps de cet apprentissage de la séparation de soi.

Temps d'apprentissage qui pose quand même cette question à la personne âgée : « Qu'est-ce que je deviens ? Qui suis-je ? » La succession des déficits interroge la personne âgée sur son identité, par la transformation physique qui s'opère et par l'impact psychique de l'état de dépendance.

La personnalité évolue selon un parcours que je mettrais en symétrie, mais en symétrie inverse, à celui de l'enfance ou de l'adolescence. On retrouve chez l'adolescent, comme chez le vieillard, la même fragilité psychologique. L'adolescent se pose la question du « Qui suis-je pour réussir ma vie ? » Le vieillard se pose la même question du « Qui suis-je pour continuer à vivre ? » Autrement dit : pour être sauvé de la mort.

Quelque chose de caractéristique : ce sont les rapports entre les suicides réalisés par rapport aux tentatives chez l'adolescent et chez le vieillard. Chez l'adolescent : 300 tentatives pour 10 suicides effectifs ; chez le vieillard : 75 tentatives pour 50 à 70 suicides réussis. Je pense que c'est caractéristique et qu'il faut réfléchir à cela.

Parce que l'espérance de l'adolescent laisse à la vie sa part d'incertitude, ou que la force de la vie laisse à l'espérance sa part d'incertitude. Dites-le comme vous voulez. En revanche, chez la personne âgée, l'espérance s'épuise dans un doute radical du salut. Et c'est ce qui

fait sans doute la différence entre ces proportions de tentatives de suicides chez l'adolescent et chez le vieillard.

Le questionnement que se pose la personne âgée est d'autant plus destructeur que notre culture ne lui propose aucune réponse face à la mort. Être sauvé ? Mais être sauvé de la mort, est-ce bien la bonne question quand on sait que l'on n'y échappera pas ?

Donc à mon sens, mieux vaut sortir de cette illusion de salut, de cette négation de la mort, de cette impasse psychique. Mieux vaut être psychiquement préparé à cette séparation radicale de soi qui nous attend au bout de la vie. Mieux vaut donc rendre au temps de vieillir sa place, lui redonner son rôle d'apprentissage de la séparation de soi,

pour que l'impasse de la mort, l'impossible de la vie se transcende en un possible : celui d'affronter la mort mentalement debout,

pour vivre dans la dignité l'ultime possible de soi qu'est la mort.

J'en arrive à ma conclusion qui va porter sur notre regard sur la vieillesse.

Prévenir le vieillissement : est-ce bien ce qu'espèrent nos vieux ? Personnellement, je ne le crois pas. Ils savent intuitivement qu'il leur faut vieillir, puis mourir. Ce qu'ils espèrent, c'est simplement être accompagnés dans ce parcours ; dans ce parcours psychiquement éprouvant de la séparation de soi. Ils espèrent que leur vieillesse sera regardée autrement qu'à travers leurs déficits.

Collectivement, nous rêvons d'immortalité. Et les vieux, par leur présence, nous signifient la fin de ce rêve. Voilà pourquoi nos sociétés refusent de voir dans le vieillissement autre chose qu'un échec.

Mais comment ce refus, qui stigmatise les vieux, peut-il être reçu par eux ?

Je pense qu'il faut nous interroger sur ce regard collectif que nous portons sur le vieillissement. Prenons conscience du poids psychique sur nos aînés de ce regard qui leur confirme ce qui est déjà culturellement inscrit dans leur esprit : vieillir, c'est moche.

Interrogeons-nous surtout dans la façon dont ils reçoivent ce regard. Nous augmentons leur souffrance de vieillir par ce seul regard qui ne retient que leurs déficits, qui ne retient que le négatif par rapport à une norme qui n'est plus la leur.

À vouloir compenser et remédier à leurs déficits, nous refusons que leur norme soit justement celle de ces déficits, dont il faut seulement leur expliquer le rôle.

Soyons réalistes. La vie est neutre. C'est chacun de nous qui la voie belle ou moche, comme je le disais tout à l'heure.

Vieillir, c'est la même chose. Il faut libérer notre regard du syndrome du déclin de l'âge, et considérer la vieillesse en soi et non par rapport à ce qu'elle ne peut plus être.

Notre rôle auprès des personnes âgées : il faut évaluer le cheminement de cet apprentissage de la séparation de soi pour les accompagner et en valoriser chaque étape. Il faut leur expliquer le sens de ce parcours, pour qu'ils puissent vivre pleinement leur vieillissement, non pas comme un abandon ou une fatalité, mais comme un processus commun à tout être vivant, qui précède et qui les prépare à la mort.

Prévenir le vieillissement : oui, si c'est aller au devant, si c'est accueillir le vieillissement plutôt que lutter contre. Comment ? En changeant notre regard sur lui. Je vous en ai proposé un autre ; je crois qu'il donne sens au vieillissement ; et « *Le sens est une saveur qui se goûte, ce n'est pas un rapport à la réalité* », nous dit Claude LEVI-STRAUSS.

J'aurais bien d'autres aspects à développer. Il y aurait par exemple à s'interroger sur une autre symétrie : celle des mécanismes d'acquisitions cognitives de l'enfance et ceux de dés-acquisition de la sénescence. Mais j'approche du temps qui m'est imparti et je vous laisse simplement sur cette question :

L'enfance a été pensée au XVIII^e siècle. Auparavant, on considérait l'enfant comme un adulte imparfait, qu'il fallait dresser comme un petit animal, et puis corriger pour qu'il soit conforme à l'adulte. Il a fallu l'institution de Saint-Cyr de Mme de MAINTENON, il a fallu John LOCKE avec *Quelques pensées sur l'éducation*, Jean-Jacques ROUSSEAU, plus connu chez nous, avec l'*Émile*, pour que l'on commence au XVIII^e siècle à penser ce qu'était l'enfance.

J'en dirai de même de l'adolescence. Tout le mouvement romantique, qui va se prolonger jusqu'au fameux livre d'Alain FOURNIER, *Le Grand Meaulnes*, va sérieusement penser l'adolescence. Et je dirai que même Sigmund FREUD, si on considère au début qu'il reprend le mythe d'Œdipe dans *L'Interprétation des rêves*. Œdipe chez SOPHOCLE, ce n'est pas un enfant, c'est un adolescent qui tue son père et qui épouse sa mère. On est bien là, au XIX^e siècle, dans une réflexion sur l'adolescence.

Alors, je pose la question : le XXI^e siècle saura-t-il penser la sénescence ? Saura-t-il en dire le sens ?

Je vous remercie de m'avoir écouté.

(Applaudissements).

M. Jacques GAUCHER.- Merci beaucoup, Jacques JALON. Double merci pour la qualité de votre réflexion et de nous la faire partager. Merci aussi d'être resté dans le créneau horaire qui vous a été imparti, parce que c'est un sport qui est assez compliqué et je vous suis reconnaissant de m'avoir facilité la tâche.

Peut-être quelques éléments de retour sur votre communication. J'ai beaucoup apprécié, j'avais un peu introduit cette réflexion sur l'acceptation du terme, je crois que l'on a toujours nécessité d'être un peu critique par rapport à ce que l'on pense, par rapport à ce que l'on sait, par rapport à ce que l'on apprend. Et c'est une introduction intéressante que vous avez faite.

Il y a beaucoup d'éléments dans votre communication. Peut-être ce rêve d'immortalité est une question assez centrale. Elle est centrale dans la mesure où elle peut être l'objet d'une fracture intergénérationnelle. Tout à l'heure nous évoquons la solidarité intergénérationnelle ; c'est difficile dans notre culture, peut-être pour des raisons comme celle-ci.

Vous avez introduit aussi la question du suicide. Cela va faire transition aussi avec la communication suivante de Françoise FACY, à qui je vais demander de nous rejoindre.

□ L'évaluation des programmes de prévention : intérêts et limites

M. Jacques GAUCHER.- Françoise FACY est une directrice de recherche de l'Inserm, mais une directrice de recherche qui fait partie de cette catégorie des chercheurs, qui ne se contente pas de rester enfermée dans le laboratoire d'affectation mais qui va aussi sur le terrain.

Elle est présidente d'une association nationale : l'Union nationale de prévention du suicide. Elle est aussi vice-présidente de l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie. Elle incarne donc une articulation entre la qualité de la recherche et l'application terrain.

Vous voyez que les chercheurs savent descendre de leur tour d'ivoire pour venir se frotter aux réalités.

Cette question du suicide, Jacques JALON l'a un peu introduite, et effectivement ce paradoxe-là aussi, de constater que plus on avance dans la vie finalement, plus le risque suicidaire est important.

Je pense que Françoise FACY va pouvoir nous en éclairer quelque peu les éléments de réflexion.

Je vous laisse la parole.

Mme Françoise FACY.- Merci de cette présentation.

Je voudrais tout d'abord remercier la Société de Gérontologie de l'invitation qui m'a été faite pour présenter un certain nombre de réflexions aujourd'hui.

Je voudrais aussi remercier particulièrement l'association ADAG BB, que je connais depuis fort longtemps à travers le Dr BLOND. Et surtout, je voudrais saluer la nouvelle adhésion de l'association ADAG BB à l'Union nationale pour la prévention du suicide. L'Union nationale regroupe 35 associations qui œuvrent pour la prévention du suicide et de l'isolement. Et nous avons jusqu'à présent très peu d'associations qui s'intéressent aux aînés. Donc la venue d'ADAG BB à l'UNPS était particulièrement souhaitée et aujourd'hui particulièrement bien accueillie, avec des perspectives évidemment de travail.

▪ Je voudrais commencer mon propos par un rapprochement entre une multitude, depuis les années 2000, de lois de santé publique et de dispositions nationales réglementaires, et ce rapprochement avec l'opinion et un certain nombre d'études qui représentent ce que souhaiterait ou ce dont on a peur finalement dans la population générale.

Donc une succession de lois :

- La loi de santé publique 2004, qui a particulièrement montré le changement de regard de notre société, non seulement sur les pathologies, mais sur les comportements individuels. Et la responsabilité d'un certain nombre de comportements individuels par rapport à des conséquences sur la santé et sur l'environnement.

- Le plan de lutte contre les violences et les conduites addictives, qui est le deuxième plan prioritaire en 2004, et c'était vraiment la nouveauté.

- La loi HPST, en 2009.

- Très récemment, le Programme national d'actions contre le suicide 2011-2014, en septembre 2011.

- Et le Plan psychiatrie santé mentale 2011-2015, que vous pouvez lire facilement parce qu'il ne fait même pas 50 pages.

▪ Paradoxe, on pourrait dire : l'opinion. En six ans, sur la prévention du suicide, on a une augmentation de personnes qui se trouvent confrontées au suicide et en même temps une forme de résignation à son égard.

C'est une enquête qui a été faite en 2000 et 2006, et on voit également, par l'opinion qui est globalement retracée, que le suicide est plus souvent motivé par des circonstances extérieures. On invoque les crises : crises au travail, crises des familles, crises existentielles dues au vieillissement également, comme vous l'avez signalé.

Puis le rôle attendu des professionnels de santé s'est accru. On veut encore plus de professionnels de santé et, paradoxe aussi, moins d'entourage familial.

▪ L'opinion, maintenant, par rapport aux mesures qui peuvent être prises.

Globalement on pourrait dire que cette résignation que j'évoquais par rapport au suicide, on va la retrouver dans l'espérance que l'on peut mettre dans la prévention du suicide. Elle vient bien après la prévention des accidents, la prévention du sida, la prévention même des addictions, que ce soit alcool, tabac ou drogue.

Et quand on regarde le détail, quand on propose un certain type d'action de prévention, c'est sur la diffusion des tranquillisants quand même que « l'espoir » traduit par ces statistiques peut être le plus élevé.

L'interdiction de la publication d'ouvrages qui inciteraient au suicide, là aussi est assez majoritairement reconnue comme pouvant être efficace.

Le renforcement de la sécurisation des édifices publics de grande hauteur et la sécurité dans les transports en commun, beaucoup moins, mais emportent quand même une certaine adhésion.

▪ Je vais vous donner quelques grands repères pour ceux qui voudraient fouiller de façon beaucoup plus précise.

L'un des rapports qui a été le plus détaillé, c'est le rapport remis en 2009 à Mme Roselyne BACHELOT, par une commission présidée par un sociologue, M. David LE BRETON. Là aussi c'était une grande nouveauté, parce que d'habitude les commissions sur la prévention du suicide sont présidées par des psychiatres. Là c'est un sociologue qui a présidé, qui était à Strasbourg, et avec qui nous avons pu formidablement bien travailler, avec quatre groupes : groupe jeunes, groupe âge moyen, groupe personnes âgées, et groupe institutions.

Et là je voudrais repérer les grandes recommandations qui avaient été faites par rapport au groupe institutions (les institutions, au sens très large, que ce soit les ministères, les pouvoirs publics de type collectivités régionales ou territoriales, ou que ce soit des institutions de soins, voire les hôpitaux, parce que les hôpitaux manifestement ne sont quand même pas très bien placés dans l'attention à la prévention du suicide) :

- Intégrer la thématique « prévention du suicide » de façon officielle, notamment dans les entreprises, que ce soit dans le document unique.

- Améliorer le niveau de connaissance quantitative et qualitative relatif au risque suicidaire. Surtout pour nous, les associations, telles que l'Union nationale de prévention du suicide les regroupent, c'est : faciliter l'articulation entre les institutions et les associations.

- Et puis, faciliter le recours aux associations spécialisées en suicidologie, pour améliorer la connaissance des structures d'aide. Quand on fait différentes enquêtes d'opinion ou de connaissance du public par rapport aux structures d'aide, qu'est-ce qui revient en premier ? C'est l'ignorance des structures et des associations dédiées en suicidologie.

- Qu'en est-il pour les EHPAD ?

Les EHPAD, un autre groupe de travail avait été au départ créé par Nora BERRA, dont le rapport a été ensuite transmis au ministère. À ce jour, c'est encore sans conséquence.

On a parlé tout à l'heure de Michèle DELAUNAY, avec qui j'ai eu un contact très important tout cet été. Michèle DELAUNAY a repris un certain nombre de rapports, parce que là aussi je crois qu'il faudrait insister : quel que soit le bord politique en place, il y a des données fondamentales, il y a des rapports qui peuvent être complètement transversaux. À quoi bon réunir encore des experts pour aboutir encore à des nouveaux rapports, alors qu'en 2011, la prévention et la prise en charge du suicide en EHPAD a été vraiment travaillée, et je vous livre un certain nombre d'orientations, dont j'espère qu'elles seront reprises.

Dans les recommandations, bien sûr, le Kit Mobiquel sur la dépression est largement recommandé pour les EHPAD.

Pour les procédures d'évaluation du potentiel suicidaire et de la conduite à tenir en EHPAD, là aussi nous avons un certain nombre de grilles. Nous avons un certain nombre d'outils, dont la diffusion et la formation à l'utilisation pourraient être des supports d'actions extrêmement importants à promouvoir et à reprendre.

J'insiste sur l'urgence à intervenir, et l'urgence à intervenir après une analyse détaillée et l'utilisation bien évidemment d'outils qui puissent être partagés par différents professionnels ou associations.

- Dans le Programme national d'actions contre le suicide, je soulignerai un programme interministériel. C'est la première fois, alors que nous avons eu en 2000 notamment, c'était le dernier, énormément d'actions et de mesures proposées par le Ministère de la Santé. En 2011, le

Ministère de l'Éducation nationale, le Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, le Ministère de la Justice, le Ministère de l'Intérieur, tous ces ministères ont signé ce programme national d'actions. Et je crois que là aussi, cela a été vraiment une avancée et un engagement des pouvoirs publics.

- Quelles sont les grandes orientations ?

Je ne vais pas tout reprendre, parce que vous connaissez ce plan. Une place particulière est faite aux associations, et une place particulière est faite également pour les personnes âgées.

Tout d'abord, c'est la notion d'information du grand public. Information à destination d'un certain nombre de groupes vulnérables. L'information, avec évidemment des personnes directement concernées et des associations.

Ensuite, les études et la recherche : vous avez souligné ma carrière de chercheur, mais il y en a d'autres dans cette salle, que vous aurez cet après-midi. J'ai 40 ans d'activité de recherche à l'INSERM en épidémiologie santé publique. J'ai fait ma thèse voici fort longtemps sur le suicide de l'adolescent, et je termine donc sur la prévention du suicide chez les aînés. Moi aussi, ma carrière me permet de suivre l'évolution chronologique, et je m'en réjouis vraiment par rapport au rôle que peuvent avoir les associations par rapport à nos publics et nos publics vulnérables.

- Trois niveaux d'analyse utiles en santé publique

Le premier niveau d'analyse : ce sont bien évidemment les données statistiques de décès, avec les paramètres sociaux démographiques. Et on peut mesurer avec les statistiques de l'INSERM, l'évolution au cours du temps.

Nous avons des suicides qui diminuent, mais des suicides qui ne diminuent pas forcément de la même façon par rapport à toutes les tranches d'âge.

Un deuxième niveau : l'identification des facteurs de risques.

Et un troisième niveau : la recherche et l'évaluation. Et notamment, dans les outils de recherche, je voudrais parler de l'autopsie psychologique.

➤ Premier niveau : les statistiques de décès, extrêmement importantes à suivre, ce sont bien évidemment nos différences régionales. Nous sommes en Rhône-Alpes à une situation moyenne. Et que ce soit finalement par rapport aux premières données statistiques qui datent de 1968, ou des années 2000, nous avons toujours une situation moyenne en Rhône-Alpes, mais quand même avec des différences départementales importantes. Notamment, sur la prévention du suicide, on l'avait vu, la Loire est le département le plus exposé.

Statistiques globales en Rhône-Alpes, tous âges : comme pour la moyenne nationale les décès diminuent globalement chez les hommes plus nettement que chez les femmes. Les femmes étant toujours beaucoup moins concernées par le suicide, alors qu'elles le sont beaucoup plus par les tentatives de suicide, même aux âges avancés de la vie.

➤ Deuxième niveau : les principaux facteurs de risques. On pourra y revenir dans les questions, si vous voulez des précisions plus importantes sur les statistiques elles-mêmes.

C'est toujours autour de 10 500 suicides globalement par an, avec de l'ordre de 3 000 pour les personnes âgées.

Les principaux facteurs de risques : la tentative de suicide est vraiment le prédicteur majeur, et les troubles mentaux : dépression majeure, troubles bipolaires, troubles de la personnalité, addiction, etc. On ne parle pas assez de la co-morbidité : addiction, essentiellement alcool, voire tabac, avec le suicide.

Qui a travaillé sur les rapports entre la prévalence des idées de suicide, des tentatives de suicide et des suicides accomplis ? Il faut aller au Québec pour avoir des travaux beaucoup plus précis. En France, on a connu différents mouvements, il ne fallait plus parler de cette constellation idées de suicide – tentatives de suicide – suicides accomplis.

Pendant des années, on ne pouvait plus travailler sur une forme de constellation, avec des probabilités. C'est donc A. LESAGE qui a pu travailler de façon beaucoup plus précise sur les liens entre ces différents phénomènes, ces différentes appréciations, pour montrer combien les probabilités de passage de symptômes pouvaient être utiles à la prévention. En France, on n'est vraiment pas...

Et je voulais insister sur les tentatives de suicide, ce qui fait le lien avec ce que vous avez dit.

Nous n'avons que des estimations sur les liens entre tentatives et suicides, et encore, des estimations que nous mettons à chaque fois en doute quand il s'agit de personnes âgées, notamment chez les hommes de plus de 75 ans, où nous n'avons pas dans les études du ministère récentes, de 2010, de déclarations de tentatives de suicide.

Donc ce serait chez les hommes quelques hypothèses à poser : y a-t-il passage direct au suicide beaucoup plus fréquemment que chez les femmes, et avec des moyens qui sont beaucoup plus à risque de létalité que chez les femmes ?

Je rappelle les moyens : en premier, la pendaison. En second, les armes à feu. Alors que j'ai chez les femmes, c'est toujours la pendaison en premier, mais après, pour les personnes âgées, c'est médicaments, et pratiquement à niveau égal, les chutes. Et les chutes qui donnent lieu bien évidemment à des interprétations de chutes accidentelles, alors qu'un certain nombre de chutes ne sont pas du tout accidentelles.

Sur les sous-estimations : là aussi on a dit beaucoup de choses, il faut savoir que globalement les statistiques de l'INSERM sont de très grande qualité. On apprécie aujourd'hui la sous-estimation des suicides à 10 % globalement, 14 % chez les personnes âgées.

➤ Troisième niveau : l'autopsie psychologique.

Là aussi, regard très attentif vers le Québec, mais l'expertise INSERM sur l'autopsie psychologique montrait bien la possibilité d'utiliser

ces outils de recherche en France, et notamment des associations de familles étaient tout à fait disposées, et l'ont manifesté à l'INSERM, à mettre des équipes de recherche en lien avec des associations pour avoir accès à des familles endeuillées, pour pouvoir travailler de façon beaucoup plus protocolisée en termes de recherche, avec la méthode de l'autopsie psychologique.

Monique SEGUIN montre combien l'identification de facteurs de vulnérabilité individuelle et contextuelle peut faire avancer la recherche.

Dans les années 1990, l'INSERM, comme la communauté scientifique en France, avait mis énormément de moyens pour les équipes de recherche en génétique. Eh bien, 20 ans après, on a un certain nombre de travaux qui ne parlent plus de gène du suicide ou de gènes qui sous-entendraient des gènes beaucoup plus spécifiques, on parle maintenant d'épigénétique. Avec cette notion beaucoup plus intéressante qui est qu'un certain nombre de contextes sociaux, de contextes éducatifs, pourraient favoriser l'expression de gènes, alors que dans d'autres contextes, ces mêmes gènes ne pourraient pas s'exprimer.

On met en lien également certaines études pour identifier des failles dans les systèmes de soins. En France, on a quand même beaucoup de mal, mais il y a un certain nombre de travaux, notamment sur les mortalités évitables, où la part des systèmes de soins peut être particulièrement bien évaluée.

- Toujours dans la commission LE BRETON, qui à mon avis a beaucoup fouillé, comme pour le groupe de travail sur les personnes âgées, là aussi on a repris cette méthode d'autopsie psychologique, qui consiste après un deuil par suicide, à inventorier un certain nombre d'éléments, soit individuels, soit contextuels, pour mieux analyser le processus suicidaire. On va retrouver la présence de troubles mentaux beaucoup plus importante que dans les âges moins élevés de la vie, avec des diagnostics également qui sont particulièrement significatifs sur un plan statistique : les

diagnostics de dépression, tentatives de suicide, alcoolisme. Alors que les troubles paniques, les troubles délirants et la démence se révèlent moins fréquents et pas significatifs.

- Qu'a-t-on pu rassembler ? (Là, je parle pour la France). C'est que le suicide de la personne âgée est méconnu par le médecin.

Il est méconnu parce qu'il y a une grande méconnaissance d'abord de la dépression. Et de la dépression telle qu'elle peut être diagnostiquée, avec des outils standardisés. J'insiste vraiment : autant on a fait des progrès au niveau de l'adolescence, en disant que la dépression de l'adolescent doit être diagnostiquée, doit être recherchée avec des outils standardisés, je serais pratiquement maintenant aussi ferme par rapport à la personne âgée : on doit, avec les outils dont nous disposons, faire des diagnostics précis de dépression et ne pas mettre cela dans des fourre-tout innommables, qui n'aident personne, ni les praticiens ni les familles, et encore moins les personnes concernées.

Et puis, pour cette méconnaissance par les médecins, je dirai qu'il y a un élément qui est très important : dans les causes de décès, le suicide est très peu répandu. Le suicide, c'est 2 % des causes de décès, globalement. Donc, quand on va attirer l'attention sur cette cause médicale de décès, évidemment on va nous dire qu'il y a bien d'autres problématiques.

- Quels sont les actions et les moyens de prévention ?

Quand on fait le tour de la littérature internationale, on s'aperçoit que c'est en Italie, aux États-Unis et au Japon qu'un certain nombre d'actions de prévention sont orchestrées, et surtout orchestrées pour donner lieu à des évaluations.

Je vais balayer assez rapidement, je laisserai les éléments plus détaillés pour que vous puissiez y avoir accès selon vos centres d'intérêt.

J'insiste simplement sur les actions, les pays qui ont donné lieu à des évaluations qui sont repérées dans la littérature.

Les services téléphoniques d'aide : avec des moyens de vérification à destination de personnes âgées seules et isolées.

Des guides de traitement des personnes âgées dépressives à l'intention des médecins.

Un certain nombre d'actions ont été évaluées par rapport aux personnes âgées vivant en milieu rural (Japon).

Également des actions visant des adultes dépressifs avec épisodes de dépression majeure.

Des traitements médicamenteux (Israël).

Des patients en phase terminale de cancer.

Des services de soins palliatifs dispensés à domicile (Italie).

▪ Également, quand on regarde les actions évaluées, elles portent souvent sur des interventions de soutien téléphonique. Et là on est au Canada, également en Italie, avec des procédures de rappel. C'est-à-dire qu'une personne âgée appelle, et elle donne son accord pour être rappelée.

Également des systèmes de rappel qui peuvent être différents suivant les contextes sociaux et suivant l'aide que peut apporter une famille.

Quand on regarde globalement, tous ces soutiens téléphoniques évalués montrent un taux de suicides six fois plus bas que le taux prévisible en fonction des statistiques disponibles. Alors que pourtant, bien souvent les actions ne visent pas spécifiquement la prévention du suicide.

On a une action bénéfique sur l'isolement. Et un bénéfice essentiellement (c'est l'étude faite en Italie) pour la population féminine, sans pour autant avoir le même bénéfice pour les hommes.

▪ Une autre étude, mais cette fois-ci auprès des professionnels de santé.

Là, on cible les médecins généralistes, avec des guides de traitement. Et un certain nombre d'études où on a des protocoles, où on a

des médecins généralistes sans guide, des médecins généralistes avec des guides.

Et on a évidemment ce que l'on pouvait attendre : une réduction plus rapide des pensées suicidaires. Mais d'autres études ont montré qu'on a une diminution des idées ou des tentatives de suicide, mais pas forcément des suicides.

▪ Dans les propositions d'actions préventives, qu'avons-nous retenu ?

1) Détecter et prendre en compte la souffrance physique réelle, qui nous semble vraiment le premier niveau, avec une écoute adaptée par les médecins généralistes et un relais par les paramédicaux.

2) Détecter et prendre en compte la souffrance psychique réelle, avec encore les médecins généralistes en première cible des actions de prévention.

Je pourrais également vous dire, si cela vous intéresse, la dernière expertise de l'INSERM sur les mésusages de médicaments psychotropes, où deux terrains de recherche et d'interrogation existent :

On a, certes, une surmédicalisation des personnes âgées, avec une prescription beaucoup trop importante de médicaments psychotropes. Mais en même temps, des personnes âgées qui en auraient besoin, notamment par rapport à la dépression, et n'en bénéficient pas.

On a également une interrogation dans cette expertise INSERM sur le rôle d'un certain nombre de médicaments psychotropes dans la survenue de suicides.

Et là encore, des études à mener, à pousser avec ou les EHPAD, ou les associations qui travaillent avec les personnes âgées.

La réponse thérapeutique est évidemment à promouvoir avec un certain nombre de sélections dans les indications, mais aussi associer les psychothérapies et les relais paramédicaux.

3) La réduction de l'accès aux moyens létaux : sécurisation des habitats. Sécurisation également des institutions, où on voit bien que même dans les hôpitaux, un certain nombre de survenues de suicides existent et ne sont toujours pas correctement enregistrés. On va les trouver dans un certain nombre d'hôpitaux sous l'intitulé : *événements indésirables*.

▪ Proposition d'actions préventives :

Accroître l'accès aux consultations spécialisées pour les personnes âgées. Pas encore assez de connaissance de ces consultations spécialisées. Pas encore assez de recours à ces consultations spécialisées.

Informers, former les intervenants au repérage des personnes à risque, à travers les aides à domicile par les réseaux de santé, les centres sociaux dont on a parlé, et les réseaux de médecins généralistes.

Développer les réseaux avec l'aide à domicile par les réseaux de santé. On a parlé des CLIC, je crois que là aussi les partenariats entre des associations comme celles de l'Union nationale pour la prévention du suicide et les structures locales sont à développer.

Des partenariats : j'ai vu tout à l'heure, dans les propos de Mme CONSTANT, la notion de solidarité intergénérationnelle. Un certain nombre d'expériences existent, à Paris 11^{ème} notamment, dont j'ai eu une présentation, où la solidarité intergénérationnelle s'exprimait entre des écoles maternelles et des appartements dédiés aux personnes âgées. Il n'y a rien de plus beau qu'une personne âgée qui tient un petit dans ses bras et regarder aussi l'attention du petit vers cette personne âgée.

Je crois qu'il y a d'autres exemples également. Je vais la semaine prochaine dans le Morbihan où il y a eu un système de solidarité intergénérationnelle qui croise aussi prévention alcool, tabac, avec la prévention du suicide, à travers différents âges, en ayant comme support des pièces de théâtre, mais des pièces de théâtre dont on ne prend pas l'écriture déjà faite, dont le collectif mis en place avec l'aide de la mairie, ce collectif s'est engagé dans l'écriture elle-même de cette pièce de théâtre.

Donc là aussi, je pense que l'on a un certain nombre d'exemples. Mais ces exemples encore une fois, et cela, c'est encore le vieux chercheur qui parle, encore enseignante en faculté à Lyon 1, c'est : évaluer, écrire. Et l'évaluation, bien sûr à ne pas confondre avec la sanction administrative qui est : si on reconnaît que l'on s'est trompé ou que l'on n'a pas tout à fait les bénéfices attendus, cela va péjorer en quelque sorte la subvention suivante. Donc ne confondons pas l'évaluation d'un côté avec la sanction administrative, et l'évaluation en termes aussi d'autoévaluation, on sait bien les uns et les autres que quand on est embarqué dans une expérience et une innovation, on a forcément tendance, même inconsciemment, à mettre de côté les événements inattendus ou les bénéfices non prouvés.

Essayons en France de davantage écrire nos expériences, de plus les évaluer, avec des universitaires, avec des personnes extérieures à l'action.

Et je crois que pour développer les réseaux, nous avons aussi des technologies qui sont là. On parle des jeux, on parle des accès en ligne, mais dans la commission LE BRETON, là aussi je crois qu'il y avait une orientation, une ouverture vers les nouvelles technologies. Je crois que les personnes âgées ne sont pas réfractaires du tout à Internet, ne sont pas réfractaires aux outils qui peuvent tout à fait les atteindre et répondre à la proximité dont elles ont besoin.

Je vous remercie. Je suis prête à vous répondre par rapport à des soucis de précisions que vous pourriez avoir.

(Applaudissements).

M. Jacques GAUCHER.- Merci beaucoup, Françoise FACY, pour la clarté de votre exposé, sur un sujet qui est, pour le moins, assez difficile d'approche. Certainement qu'en une quarantaine d'années, vous avez trouvé les accès de facilité pour arriver à en parler, en tout cas merci de la réelle clarté de cet exposé.

Je ne vais pas reprendre vos propos, parce que vous les avez très bien présentés, mais je voudrais juste souligner deux points.

Le premier point, c'est l'outil Mobiqua, qui est porté par Geneviève RUAULT à la Société Française de Gériatrie Gériologie. C'est vraiment un outil accessible à tous les niveaux professionnels, bénévoles de réseaux associatifs et autres. Ce n'est pas un outil médical à proprement parler, mais vraiment un outil social.

Le deuxième point, c'est la question de l'autopsie psychologique. Vous nagez avec ces concepts, cela fait un peu bizarre de parler « d'autopsie psychologique », mais c'est quand même un terme qui colle à une réalité de l'investigation, et qui a été initié d'ailleurs par des compagnies d'assurances aux États-Unis. Elles ne font pas que du business, semble-t-il ! Il leur fallait différencier les suicides et les accidents pour des questions certainement économiques. Cela a été très efficace, et Monique SEGUIN, que je connais bien par ailleurs, a fait un beau travail, en particulier dans la traduction française de cet outil.

Au-delà du côté un peu difficile du terme « autopsie psychologique », il y a vraiment derrière cet outil une démarche d'investigation.

Le suicide, souvent on le tait, on ne le parle pas. Et je crois que les médecins, vous l'avez très bien dit, ont souvent des difficultés dans leurs consultations à aborder d'une manière un peu directe et un peu « investigante » pourrait-on dire, la question du suicide et du risque suicidaire auprès de leurs patients.

En tout cas, merci beaucoup.

□ Nouvelles générations âgées, aide à domicile et promotion de la santé

M. Jacques GAUCHER.- Je vais appeler maintenant le Pr Hermann-Michel HAGMANN, qui est démographe, qui va nous parler

des nouvelles générations âgées, de l'aide à domicile et de la promotion de la santé.

Le Professeur HAGMANN nous donne la dimension internationale de cette journée d'étude, puisque c'est un professeur helvétique.

Merci de votre présence.

Pr. Hermann-Michel HAGMANN.- Merci, Monsieur le Président.

Chers amis Burgiens et Rhônalpins, permettez à un Rhônalpin comme moi aussi, qui suis aux sources du Rhône et au cœur des Alpes, de vous saluer, et surtout de procéder avec vous à la création d'un lien fort et qui me paraît logique entre ces trois thèmes évoqués : des nouvelles générations âgées, de l'aide à domicile et des politiques de prévention.

Nous allons procéder en trois temps.

Nous parlerons d'abord avec la casquette du démographe, avec quelques réflexions et très peu de chiffres. C'est bien qu'un démographe ne vous donne pas trop de chiffres !

Nous vous suggérons dans cette partie-là surtout de travailler sur une idée simple : il n'est pas question d'exagérer le vieillissement et de tomber dans le catastrophisme, d'une part, mais il faut aussi éviter le déni de cette même réalité sociodémographique d'autre part. Donc il faut trouver un équilibre.

Ce qui me frappe souvent, notamment dans votre pays, c'est l'exagération sur le vieillissement démographique, au point que je trouve certains de mes collègues, qui non seulement parlent des vieux à partir de 60 ans, mais encore récemment j'ai même vu une étude à partir de 55 ans. Alors on mélange la notion de senior et la notion de retraité, et évidemment cela ne fonctionne pas.

Votre grand Michel SERRES, que j'admire par ailleurs, a déclaré voici quelques semaines à une émission de télévision : « Il y a un

siècle, les femmes mouraient à 30 ans » ! Il prenait le chiffre de l'espérance de vie, qui est en fait l'espérance de vie de 1750, voire avant, mais pas d'il y a un siècle. En 1900, l'espérance de vie était de plus de 50 ans. Il confondait l'espérance de vie avec l'âge au décès, ce qui n'est pas du tout la même chose. L'espérance de vie est une moyenne. Il oubliait la baisse considérable de la mortalité infantile et juvénile, qui a précédé le vieillissement par le haut de la pyramide des âges, avec les gains de mortalité obtenus à des âges plus avancés.

Si l'on veut comprendre un peu ces chiffres, très simplement, en 1900, une fois que vous aviez éliminé ces risques jusqu'à l'âge de 15 ans, un jeune adulte en 1900 avait plus d'une chance sur deux d'arriver à 65 ans.

Nouvelles générations âgées

Il faut nuancer les choses et éviter ce catastrophisme. Nous vivons finalement plus longtemps et en meilleure santé, si je veux faire court. C'est donc plutôt une bonne nouvelle.

On s'en tourmente. Pourquoi ? Il y a deux facteurs sociétaux importants à régler avec ce vieillissement : d'une part, le système de retraite, et vous êtes bien placés pour le savoir. Vous ne le dites pas trop fort, mais on voit que les esprits bougent et vous savez bien que vous ne tiendrez pas vos 60 ans, 62 ans. On en reparlera dans quelques années ensemble. Dans le sens qu'il faudra réaménager les cycles de vie, mais d'une façon souple, dynamique et positive, et pas d'une manière brutale. Pas une retraite couperet.

Mais ce n'est pas le lieu aujourd'hui de parler de la retraite.

Nous allons parler surtout du deuxième secteur, où là aussi le catastrophisme est parfois de mise, où on affirme : « Le système de santé souffre terriblement du vieillissement démographique parce qu'il est la

cause principale de l'explosion des coûts de la santé ». C'est faux, mes amis.

C'est faux. C'est l'une des causes naturellement, mais ce n'est pas la cause principale, il y en a bien d'autres. Et j'en veux pour preuve que la majorité des coûts de santé pour une personne âgée se situe dans la dernière année de vie, voire les trois derniers mois. Nous avons fait des études à ce sujet, et vous connaissez le sens de la précision helvétique : nous avons, après études approfondies, observé en Suisse, et peut-être qu'en France c'est la même chose, que les gens ne mouraient qu'une fois. (*Rires*).

Avec cette explication, on voit bien qu'il y a des frais supplémentaires de santé quand les gens meurent à 90 ans au lieu de 80 ans ; vous aurez des frais supplémentaires par rapport à 60 ou 70 ans.

Au-delà de l'aspect quantitatif du vieillissement, il y a surtout une vraie révolution, tranquille et profonde, une mutation psychosociologique et sociodémographique qui nous traverse depuis bientôt un siècle, où nous passons finalement d'un modèle de fonctionnement de trois générations : les enfants et les jeunes, les adultes et les personnes dites âgées. Au moment où l'on est bien installé dans cette société de trois générations, ne voilà-t-il pas que depuis quelques décennies, avec l'allongement très important de la durée de vie, on est en train peu à peu de basculer dans un modèle de fonctionnement à quatre générations. Et cela, c'est évidemment très important.

Qu'est-ce qu'on fait ? Que se passe-t-il avec les nouvelles solidarités intergénérationnelles ? Qui fait quoi dans une société au niveau de la reproduction, mais aussi au niveau de la production, au niveau de la création de sens et de nouvelles finalités ? Il y a là un vaste champ devant nous à explorer.

Et si nous regardons maintenant quelles sont ces nouvelles générations âgées, eh bien nous nous rendons compte qu'elles ne sont plus celles d'hier, voire d'avant-hier. Ce sont des générations qui ont un capital

santé plus important, qui ont plus de ressources, à la fois matérielles et intellectuelles, des générations qui sont plus instruites, qui sont plus éduquées, qui ont donc une meilleure maîtrise de leur destin personnel, qui sont porteuses également de nouvelles valeurs comme par exemple la valeur de l'autonomie. Et nous voyons bien que les taux de placement en institution, de ces nouvelles générations âgées, et demain ce sera encore plus vrai, baissent très fortement.

Donc, il faut que le système de santé s'adapte à ces changements, et que l'on ne tente pas de résoudre aujourd'hui des problèmes de demain avec des schémas mentaux du passé.

Quand on entend parler de vieux : vieux à quel âge ? Et comment ? Où sont les seuils ? Pour Molière, Géronte avait 42 ans. Donc vous voyez bien que tout cela bouge, et il faut en prendre conscience au niveau qualitatif, pas seulement au niveau quantitatif.

Aide à domicile

Si on prend en considération ces changements importants, cela m'amène à faire le lien avec mon deuxième thème, qui est le thème de l'aide à domicile, du maintien à domicile, de l'aide et des soins à domicile, avec l'idée que l'on doit prendre en compte ces changements, mais d'une façon intelligente. Il faut précisément profiter de ces changements importants pour que le système de santé évolue lui-même, s'adapte, et ne pas rester sur des schémas fixés d'une manière définitive.

Ce qui me frappe encore aujourd'hui, et il faut travailler sur le plan sémantique, quand on parle de l'aide à domicile ou des soins à domicile, encore souvent j'entends notamment chez nos collègues plus institutionnels et plus hospitaliers, parler de soins « extra-hospitaliers ». Non. C'est fini cela. La référence, ce n'est plus l'hospitalo-centrisme. La référence doit être inversée. Puisqu'on a affaire à ces nouvelles

générations, il faut que le cadre de vie quotidien des gens, leur environnement, soit mieux pris en considération et que l'on imagine bien que, finalement, le premier centre de santé d'une personne, ce n'est pas l'hôpital. Le premier centre de santé d'une personne, c'est son domicile. Vous le savez bien, vous les professionnels, mais on ne le dit pas assez, on ne le conceptualise pas assez.

Et à ce moment-là, le premier agent de santé d'une telle population, c'est naturellement la personne elle-même. Avant l'infirmière. Avant l'aide à domicile. Ensuite, s'y ajoutent des appuis, des proches aidants, du réseau formel, différentes structures d'aide et de soutien à domicile.

Donc, c'est une inversion de la vision que j'aimerais vous transmettre. C'est-à-dire qu'au lieu de parler de soins extra-hospitaliers, je préfère parler de soins « extra-domicile » : lorsque les gens quittent leur domicile pour aller à l'hôpital ou avoir des soins dans une structure, puis reviennent chez eux, dans leur domicile.

C'est un changement de perception, et cela m'amène à dire qu'il faut évidemment développer beaucoup plus l'aide à domicile. J'y reviendrai en conclusion.

Cette vision-là doit insister sur le rôle du patient, du client, de la personne qui devient un consommateur plus éclairé, un consommateur plus actif de soins, puisque le domicile est aussi un lieu de soins au sens large du terme, au sens du *care*. Et en étant plus éclairées, plus actives, ces personnes créent aussi, et c'est un vieux thème dans le domaine de la santé publique, une relation plus adulte, avec plus de pouvoir, avec une meilleure maîtrise de la gestion de son propre capital santé, sur sa vie et son destin personnel. Et nous voyons qu'avec cette relation plus adulte, plus équilibrée avec les soignants, ces derniers à leur tour peuvent mieux s'appuyer sur la richesse pédagogique, sur la richesse thérapeutique du milieu de vie. Nous le savons bien, comme professionnels, qu'il y a là beaucoup à apprendre et à recueillir pour mieux aider et accompagner les

gens. C'est cette perception-là qu'il nous faut mieux développer. Et naturellement que dans cette perspective, vont s'inscrire toutes les actions possibles de prévention, d'éducation à la santé, de promotion de la santé.

Promotion de la santé

J'en arrive au troisième thème, qui nous relie aux deux premiers : que fait-on déjà ? Que pouvons-nous faire à l'avenir dans le domaine fondamental de la promotion de la santé ?

J'aimerais illustrer mon propos par cinq exemples concrets.

Le premier est assez évident, mais encore faut-il le rappeler : tous les jours, dans l'aide au domicile, nous faisons de la prévention secondaire, parfois sans le savoir ou parfois pas toujours aussi bien qu'on le souhaiterait, faute de moyens suffisants. D'où la nécessité de mieux former le personnel à cette approche. Beaucoup de choses se passent dans le dialogue d'aide et de soutien entre la personne aidée et les professionnels, avec en plus naturellement l'entourage. Ce qui est assez complexe, si on compare cette situation au milieu hospitalier, où l'on travaille sur un site unique. Nous, nous sommes par définition multisites dans l'aide à domicile. On voit bien la difficulté de chaque fois s'adapter d'un milieu à un autre et de prendre en compte cette richesse d'informations pour mieux la gérer et mieux renforcer le potentiel de vie et d'autonomie de la personne aidée.

C'est au cœur du dispositif du Vieillir chez soi. Le projet du bien Vieillir chez soi, c'est cela. Et après, il faut en tirer les conséquences, comme le fil d'une pelote de laine, en disant : « Tiens, si on a dit A, que se passe-t-il avec B et avec C ? Quels moyens ? Quelle coordination ? Quelles actions concrètes sur le terrain ? »

Le deuxième exemple : voici un certain nombre d'années, j'ai créé, avec mes collègues, ce que j'ai appelé le magasin du Centre médico-social régional, c'est-à-dire des structures d'aide et de soins à domicile de notre région d'environ 50 000 habitants. On a mis en place un magasin, car on en avait assez que notre personnel aille chercher, qui un lit électrique, qui un fauteuil roulant, qui des cannes, des couches, etc. On a maintenant un magasin qui est ouvert tous les jours. Certes, ce ne sont que 2 heures par jour pour l'instant. Ce magasin-là est très utile, très apprécié de la population, notamment des proches aidants, mais il manque de moyens.

Nous aussi, dans la Suisse, qui n'est pas aussi riche que certains le prétendent, il ne faut pas se faire d'illusions. Le coût de la vie est aussi élevé, les gens gagnent un peu plus mais payent aussi un peu plus. La différence, si je compare le Bassin parisien et la Suisse : le Bassin parisien est plus riche que l'ensemble de la Suisse. Et si je prends mon canton du Valais, avec un fédéralisme fort, où nous pouvons décider nous-mêmes de beaucoup de choses, notamment prélever l'impôt, et savoir ensuite comment le dépenser intelligemment, ou le plus intelligemment possible, même nous, nous avons de la difficulté à dire : « Au lieu que ce soit ouvert 2 heures, il faudrait que ce soit ouvert 4 heures ». Que l'on mette à disposition des moyens d'information, sur ce que vous faites par exemple, ma chère collègue, sur ce que d'autres font, pour dire : « Voilà ce qui se passe dans tel domaine de santé ».

Cela m'amène au troisième exemple : nous organisons, certes pas assez souvent, des journées de prévention ou d'éducation à la santé sur les maladies cardiovasculaires, sur la mobilité, sur l'alimentation, etc., mais cela prend du temps et de l'énergie. Rien que pour organiser une journée comme aujourd'hui, je m'adresse aux organisateurs de l'ADAPA et d'autres partenaires, on voit bien que c'est mangeur d'énergie et donc de budget.

C'est bien de développer ces journées, d'être plus présent, on est en proximité, c'est-à-dire qu'on parle concrètement aux gens, on a un relais direct sur le terrain. C'est ce qui m'a toujours intéressé, et c'est la

raison pour laquelle je n'ai jamais voulu sévir à plein temps à l'Université de Genève, mais me partager entre le cadre institutionnel universitaire d'une part, et des actions de terrain d'autre part.

Quand on organise de telles journées, de tels événements de prévention, il faut évidemment s'associer à d'autres partenaires, notamment des partenaires nationaux, puisque l'impact du message de prévention ou d'éducation sera d'autant plus fort s'il est répercuté au niveau des médias, au niveau d'un tambour très large, de façon que les gens captent mieux l'information obtenue. À l'inverse, il faudrait aussi que les acteurs nationaux utilisent mieux les ressources concrètes locales : des centres médico-sociaux ou des structures d'aide et de soins à domicile.

Le quatrième exemple, j'ai envie de l'appeler : Du premier cri au dernier soupir. C'était l'un de mes rêves, que j'ai réalisé en partie, de jouer le domicile pour tous les âges de la vie. C'est la raison pour laquelle notre Centre médico-social régional, par exemple intègre les consultations mère-enfant, les consultations médico-scolaires, avec la collaboration des médecins naturellement. Nous déployons des actions de prévention pour les adultes. Nous travaillons sur les familles, avec un service important d'aide familiale : les retours de maternité, par exemple; la collaboration avec des collègues sur la question de l'accident, du handicap, etc. Même si la majorité de nos actes concerne les personnes plus âgées, ce qui est logique.

Mais le fait d'avoir cette vision sur l'ensemble du cycle de vie est très précieux pour la connaissance du milieu sur lequel on interagit. Et quand on voit une infirmière en santé publique qui connaît déjà, pour les avoir croisés ailleurs, au niveau scolaire ou bien au niveau des consultations pour nourrissons, certaines familles dont les parents vont se trouver plus tard dans un soutien à domicile, on voit qu'il y a, jusqu'au dernier village d'une région en question, des interactions très positives qu'il faut mettre à profit.

Le cinquième et dernier exemple, ce sont les visites préventives à domicile. Et là, j'ai pu utiliser mes deux casquettes. En tant

que président du Programme national de recherche « Vieillesse », en Suisse, j'ai eu l'occasion de soutenir, avec mes partenaires, un certain nombre de projets, dont celui d'un canton suisse alémanique, qui a expérimenté ces visites préventives à domicile en les validant scientifiquement. Je sais qu'en France, ici et là, vous en faites aussi. Mais pour que ce soit vraiment efficace au niveau du résultat scientifique, il faut deux conditions : 1) du personnel, qui peut être du personnel des structures à domicile, mais avec un complément de formation. 2) plusieurs visites à domicile ; il faut qu'il y ait un suivi.

Le premier critère, nous avons pu l'accomplir facilement.

Le deuxième critère, c'est un peu plus difficile, parce que les gens, au bout de la deuxième ou troisième visite, abandonnent ou trouvent d'autres moyens d'action. Il faut par conséquent rechercher d'autres portes d'entrée.

Mais en même temps, ces visites préventives à domicile, si vous ne les connaissez pas, je vous invite vraiment à les découvrir, soit sur le site du CMS de la région sierroise, soit par le biais de l'ADAPA, qui est au courant. Ou bien tout simplement en expérimentant concrètement, même s'il n'y a là qu'une visite, c'est toujours utile pour l'information et la prévention primaire. Il faut que l'on intervienne tôt dans le processus. Combien de personnes en difficulté, combien de familles proches de l'épuisement, tardent trop à faire appel aux services d'aide et de soins à domicile, et on se trouve alors dans des situations où parfois le placement devient nécessaire. Si on avait anticipé les choses, on aurait pu naturellement éviter un placement qui est souvent parfois non seulement coûteux mais difficile sur le plan humain.

Ces visites préventives à domicile se font naturellement en collaboration avec les médecins traitants. On a aussi un service de soins palliatifs à domicile. Nous n'empruntons pas en général les soins palliatifs hospitaliers, mais nous faisons appel à leurs compétences lorsque l'on a besoin d'un appui psychologique par exemple, parce qu'on ne va pas

engager un psychologue à plein temps pour quelques situations plus délicates par année pour les soins palliatifs lourds, en fin de vie.

On observe d'ailleurs que la demande de fin de vie à domicile est en augmentation, non seulement en Suisse mais en Europe. Le lieu de décès : voici un siècle, 80 % des gens mouraient à domicile. Puis nous sommes descendus dans les années 1980 à un plancher de 20 %. Et nous remontons, cela dépend encore des régions, à 25/30 %, et on voit dans la discussion avec les gens qu'il y a une volonté de bien vieillir chez soi, mais de bien mourir chez soi aussi.

J'en arrive à ma note conclusive. Dans cette conclusion, mes chers amis, vous pouvez me rétorquer, je le ferai déjà moi-même : « C'est bien joli ce que vous nous racontez, mais nous n'avons pas les moyens de faire tout cela. On a déjà de la peine à assurer le suivi, on a des soucis budgétaires, Paris est en train de nous sabrer des postes, les conseils généraux font comme ils peuvent. On a augmenté les impôts, on ne peut plus le faire sur le plan local... » Je vois bien le contexte et la difficulté. Mais il faut insister sur un point : l'aide à domicile en Europe est insuffisamment développée. Dans le Nord, si je prends l'exemple du Danemark ou de la Suède, des progrès importants ont été réalisés. A un moment donné, il faut créer des arbitrages. Il faut vraiment qu'il y ait un certain courage politique en disant : « D'accord, maintenons les maisons de retraite, en offrant des moyens supplémentaires sur le plan qualitatif mais en n'augmentant pas nécessairement le nombre de lits, sauf en des lieux qui sont vraiment sous-équipés. On va mettre la priorité, face aux besoins futurs, sur le développement de l'aide et les soins à domicile ». Nous avons fait des études très sérieuses concernant le coût de l'aide à domicile. Et vous le savez, c'est une évidence, mais encore faut-il le rappeler : le domicile est nettement meilleur marché que les autres formes de prise en charge.

Pour moi, c'est l'une des grandes surprises. Depuis trente ans on dit dans le discours politique qu'il faut développer les soins à domicile.

Et dans la pratique, cela se fait un peu cahin-caha, on s'arrête à mi-chemin et on pense que cela a été fait. On a donné quelques heures d'infirmière et quelques heures d'aide à domicile, d'auxiliaire de vie, et on pense avoir tout réglé. Non. Le domicile est complexe, comme la vie des gens est complexe. Il faut notamment une politique du logement adapté. Un exemple : les appartements DOMINO (DOMIcile Nouvelle Option), appartements intégrés à encadrement médico-social, ne coûtent rien à la construction. C'est autofinancé par les gens eux-mêmes qui payent un loyer, et non pas un prix de pension journalier. Et ce sont des petites unités de vie de 4, 5, 6 personnes au maximum, avec une philosophie du domicile, et au cœur de la ville, au cœur d'un quartier animé, avec des couches de population intergénérationnelles dans le même immeuble.

Il n'y a pas besoin de construire, il n'y a pas besoin de millions pour cela. Il suffit de louer et d'aménager un peu les locaux et de répercuter cela sur les loyers. Et beaucoup de gens s'en réjouissent, parce qu'il y a une intégration sociale et on évite la ghettoïsation. A ne pas confondre avec les appartements dits protégés : on en met 20, 30, 40 à côté d'un établissement médico-social, d'un EHPAD ou d'une maison de retraite, et c'est une fausse bonne idée. Cela prépare le placement de demain, l'antichambre pour placement, plutôt que de maintenir les personnes dites âgées dans leur lieu de vie, d'une part, et au cœur de la cité, avec les relations intergénérationnelles, d'autre part.

Ce qui me frappe avec l'aide et les soins à domicile, c'est que l'on a là un produit à la fois économique et surtout de meilleure qualité de vie. J'utilise à dessein ce mot de « produit » puisque l'on est sur un marché, il faut en être conscient. En France, ce sont des centaines de milliards d'euros qui sont dépensés dans le marché de la santé. Et le petit dernier qui arrive là, pour l'aide à domicile, ramasse un peu les miettes. Et de temps en temps, dans certaines régions un peu plus persuasives, le domicile arrive à obtenir un peu plus, mais cela reste toujours insuffisant. Cette prise de conscience politique doit vraiment se faire, et c'est cela qui m'étonne, c'est qu'avec ma longue expérience de vie professionnelle, j'ai

aussi 40 ans... (*Rires*), c'est la première fois que j'observe que vous avez un produit de qualité qui est en même temps meilleur marché. La plupart du temps, quand on doit accomplir un progrès social, on se dit : « D'accord, cela coûte un peu, mais cela vaut la peine de le faire ». Là, on réalise un vrai progrès humain avec le Vieilir chez soi et cela coûte moins cher. Concrètement, lorsque vous dépensez 1 million dans l'aide et les soins à domicile, vous économisez 2 millions dans les autres secteurs de la santé !

J'aimerais bien que Marisol TOURAINE et son équipe enregistrent cette information. Promouvoir la politique de l'aide à domicile, voilà le message que je voulais vous faire passer.

Et pour terminer, je reviendrai sur le titre de notre journée. Il est vrai que ce titre-là m'a un peu surpris, mais je fais confiance à nos amis rhônalpins. *Prévenir, c'est vieillir* : je me suis dit : « Très bien, je ne m'occupe pas de prévention, comme cela, je ne vais pas vieillir, je vais rester jeune tout le long » ! (*Rires*).

On a bien compris que prévenir, c'est mieux vieillir, et c'est dans cet esprit-là que je vous souhaite, chers amis, d'une part, de vieillir, d'autre part, de bien vieillir, puis de mieux vieillir, pour in fine mourir en bonne santé. Merci. (*Applaudissements*).

M. Jacques GAUCHER.- Merci beaucoup, Monsieur HAGMANN, de cette communication qui nous donne beaucoup d'espoirs : on vieillit plus longtemps et en meilleure santé. Même si on le sait un peu, c'est bien de le savoir aussi par un démographe.

Trois points qui me semblent intéressants :

D'une part, la référence à l'hospitalo-centrisme doit être vraiment réinterrogée. Je me réjouis de l'arrivée de Michel VERMOREL, de l'Agence régionale de santé Rhône-Alpes au cours de votre communication, parce que ce sont des sujets qui nous occupent beaucoup à l'ARS Rhône-Alpes.

D'autre part, recentrer sur le domicile, c'est quelque chose effectivement d'intéressant. Et vous êtes allé plus loin même, de manière

un peu discrète peut-être, mais vous n'aviez pas beaucoup de temps malheureusement, c'est recentrer sur le sujet lui-même. Et cela est très intéressant.

Et un dernier point m'a semblé aussi extrêmement précieux, qui est ce que vous avez introduit du concept d'« éducation à la santé » dans votre propos, éducation à la santé à articuler avec la prévention. Là nous aurons certainement un débat tout à l'heure sur la question.

Avant de donner la parole à Michel PERSONNE, je vous invite à bien penser à noter vos questions sur vos petits papiers, de manière à ce qu'ils soient très rapidement disponibles quand Michel PERSONNE aura terminé sa communication, pour que nous puissions passer sans trop de délai à l'exercice des questions/réponses.

□ Le corps et la prévention dans le vieillissement normal

M. Jacques GAUCHER.- Michel PERSONNE, Docteur d'État en sciences humaines, gérontologue aussi, réputé dans le domaine au niveau national.

Merci de votre présence à nos réflexions. Vous allez nous parler du corps. J'imagine que ce ne sera pas l'écorché de la leçon d'anatomie mais certainement d'un autre corps ? Nous allons voir, ce sera la découverte.

M. Michel PERSONNE.- Soyez prêts au pire.

Déjà, sur le terme, j'aurai à définir la dimension « vieillissement normal », qu'est-ce que cela veut dire ? Mais nous allons laisser cela en suspens pour l'instant.

▪ Le vieillissement physiologique entraîne :

- Une sarcopénie prédominant sur les fibres à contraction rapide (cela veut dire qu'il y a des fibres à contraction lente, déjà).

- Une diminution de la force musculaire après 60 ans. -Je ne sais pas qui est concerné dans le public-. (*Rires*).

- Une diminution de la capacité aérobie et de la capacité de respiration (VO2 max) ; on respire moins bien.

La sarcopénie se traduit par une altération de l'autonomie et une augmentation du risque de chute.

Alors, il semblerait -je mets bien cela au conditionnel- que cette sarcopénie soit liée à l'altération d'une fonction très importante au niveau cellulaire : la fonction mitochondriale. C'est-à-dire comment l'énergie au niveau de la cellule va pouvoir exister ou moins exister.

On va voir par exemple, au cours de certains vieillissements, que je ne considérerai pas comme « normaux » a priori, qu'il y aura des pertes de cette énergie, et peut-être menant à des dimensions de dépression, parce que la dépression est une perte d'énergie en quelque sorte.

- Le point très important, c'est que la réduction de l'activité physique entraîne une obésité, une insulino-résistance, et un diabète de type 2.

Et accompagnant ces problèmes-là, on a une dégénérescence de l'appareil ostéo-articulaire (arthrose, ostéoporose, etc.).

Cela veut donc dire que nous sommes en partie responsables de notre propre vieillissement. Il me semble que dans notre société occidentale, ce n'est pas une chose qui est absolument évidente.

- À l'inverse, les conséquences générales de l'activité physique : amélioration de la vascularisation, diminution de la morbidité, ralentissement du vieillissement cérébral (eh oui !), limitation de la sarcopénie, amélioration de la force musculaire, amélioration de la capacité de respiration, ralentissement de l'ostéoporose, diminution du seuil fracturaire et amélioration de l'image de soi. Donc on a, liés à l'activité physique, un certain nombre de conséquences assez significatives.

- L'OMS -chacun pourra voir un peu ce qu'il fait du point de vue de ce qui est proposé- propose comme activité physique entre 18 et 64 ans (je pense que tout le monde doit être dans ce cas-là à peu près) :

« Afin d'améliorer l'endurance cardio-vasculaire, l'état musculaire et osseux, et réduire le risque de maladies non transmissibles et de dépression,

1) Les adultes âgés de 18 à 64 ans devraient pratiquer au moins, au cours de la semaine, 150 minutes d'activité physique d'endurance d'intensité modérée, ou au moins 75 minutes d'activité d'endurance d'intensité soutenue.

2) L'activité d'endurance devrait être pratiquée par périodes d'au moins 10 minutes.

3) Pour pouvoir en retirer des bénéfices supplémentaires sur le plan de la santé, les adultes devraient augmenter la durée de leur activité d'endurance de façon à atteindre 300 minutes par semaine, ou pratiquer 150 minutes d'activité d'endurance d'intensité soutenue.

Une petite parenthèse qui n'est pas notée sur le papier : cela ne sert à rien de faire plus. (*Rires*). Vous êtes rassurés en quelque sorte.

4) Des exercices de renforcement musculaire faisant intervenir les principaux groupes musculaires devraient être pratiqués au moins deux jours par semaine »...

Petit silence ou points de suspension, comme vous voulez.

▪ Ensuite nous entrons sur un domaine encore plus spécialisé, qui va souligner que par rapport à ces données générales (j'insiste sur le terme *générales*) pratiquées au niveau de l'activité physique, le Taï-chi-chuan aura un effet spécifique. Et s'appuyant sur des résultats corrigés (j'insiste sur *corrigés* parce qu'on peut avoir des choses un peu rêveuses parfois), produits à partir de publications entre 1966 et 2007 :

1) Amélioration des céphalées, de la tension artérielle, de la qualité de vie, dont le stress. Or je me permets de souligner qu'une des entrées au niveau de la fameuse maladie d'Alzheimer, c'est la dimension du stress. Donc cela peut avoir des effets indirects.

2) Diminution des douleurs d'arthrite.

3) Décélération de la perte osseuse, amélioration de la densité minérale.

4) Augmentation légère de la fréquence cardiaque, réduction de la tension artérielle.

5) Diminution des symptômes organiques, psychologiques, relationnels.

6) Amélioration du sentiment d'efficacité, de l'humeur, permettant de faire face à des situations de dégradation psychologique.

7) Améliorations concernant l'articulation de la cheville en rapport avec l'équilibre.

Je me permets de faire une petite parenthèse. Dans le cadre du vieillissement, on constate que les pertes d'équilibre, les chutes en particulier, sont d'abord liées à des troubles de la sensibilité proprioceptive au niveau de la cheville. Donc il y a des effets à nouveau perceptibles par rapport à cette amélioration au niveau de l'articulation de la cheville.

8) Posture plus adéquate, meilleure récupération de déséquilibre. (On est sur une situation où on se prend les pieds dans le tapis : que fait-on ? On tombe ou on ne tombe pas ? Tentez l'expérience, vous me direz).

9) Amélioration de la déambulation, des soins du corps pour les femmes.

10) Réduction du stress et de l'anxiété.

11) Intervention efficace dans le cadre de la spondylarthrite ankylosante, amélioration en cas d'arthrite rhumatoïde.

12) Meilleure estime de soi. C'était déjà plus ou moins noté précédemment.

13) Diminution de la latence du sommeil ; en gros, on s'endort plus facilement. Réduction des somnolences diurnes -je nuancerai : est-ce que la personne se trouve en situation de pouvoir ne pas dormir en permanence ? Cela nous pose le problème de la vie en institution-. Amélioration des performances physiques.

14) Plus grande confiance dans les mouvements.

15) Amélioration de l'équilibre fonctionnel -on tient mieux debout-. Diminution du risque de chutes chez les plus de 70 ans. Amélioration de l'utilisation des informations vestibulaires, par le Qi gong (le Qi gong est une forme particulière de Taï-chi-chuan qui est plus posturale et qui joue sur la répétition d'un certain nombre de situations pratiques). Diminution de la crainte de tomber pour les personnes fragiles.

16) Sentiment d'auto-efficacité et fonctionnement physique.

17) Démarche plus rapide en cas de vestibulopathie.

18) Meilleure qualité et estime de soi en cas de cancer du sein. (Petite parenthèse à nouveau, ce sont des choses relativement controversées : il semblerait que certaines activités de taï-chi-chuan, en Chine en particulier, aient des effets probants par rapport à certains cancers).

19) Des stratégies de coping. Ce sont des stratégies d'ajustement en situation adverse. C'est-à-dire : la personne se trouve en situation difficile, quelles seront ses réponses par rapport à cela ? La situation la plus fréquente, c'est soit la fuite : la personne ne supporte pas la situation à laquelle elle est confrontée, soit les situations de type émotionnel : elle répond dans l'émotion, ce qui entraîne une augmentation des rythmes cardiaques, et ainsi de suite. Les réponses les plus efficaces sont plutôt de type cognitif : la personne va essayer de trouver des ajustements par rapport à la difficulté face à laquelle elle se trouve confrontée. Une réinterprétation de la douleur, et la possibilité d'ignorer la sensation douloureuse.

L'étude montre également un abandon des personnes les plus fragiles. C'est-à-dire que je situerai l'influence du taï-chi-chuan, plutôt dans le cadre de la prévention primaire que dans le cadre secondaire ou tertiaire. C'est la conséquence de cela. Il vaut mieux commencer tôt que trop tard.

▪ La prévention par le corps

L'exercice est intimement lié à sa pratique corporelle. C'est quelque chose de pratique et non pas quelque chose de théorique. Il

concerne le corps vieilli. Celui-ci est peu nommé. Lorsqu'on parle de lui, ce sont plutôt les douleurs qui le remplacent, « les os qui grincent ».

L'apparence du corps ne coïncide pas avec la représentation de soi. C'est une chose que vous remarquerez souvent : il y a un décalage assez important entre la personne qui parle d'elle-même comme étant plus jeune, et le corps vieilli qui est source de souffrance, par l'entremise de signes infaillibles qui rappellent le vieillissement. Le corps est un marqueur identitaire ressenti par le sujet qui souffre et se plaint de douleurs variées.

L'importance accordée à ce travail de tai-chi-chuan par la Société américaine de Gériatrie, caractérise le travail préventif (je précise : caractère préventif primaire) tel qu'il a été présenté dans les pages précédentes.

Les détails des effets produits sont assez impressionnants : la lecture des indications nous permet de penser qu'il a un caractère et un effet positifs sur le temps d'existence, tout en tenant compte des modifications et des compensations liées à l'âge.

Les modifications liées au temps sont importantes. Elles sont fonction de la manière dont la personne vit son corps. L'altération de la fonction mitochondriale serait un des facteurs de la sarcopénie, c'est-à-dire de la perte de masse musculaire. Et dans cette optique, vieillir ne se passe pas sans inconvénient. C'est-à-dire que s'il n'y a pas d'effet voulu par la personne par rapport à son propre corps, on a des craintes de passer sur des phases plutôt pathologiques à un moment où un autre. C'est la leçon de l'histoire.

Tout en restant globale et sans jamais noter le TCC comme un facteur favorable, l'activité physique apparaît ainsi comme primordiale. C'est ce que note P. GALLOIS et C^{ie} : *Une réduction de 50 % de la mortalité toutes causes chez ceux qui avaient une forte activité physique, quel que soit l'âge. J'insiste sur 50 %, c'est quand même assez impressionnant. Une étude chez des sujets de plus de 60 ans montre une*

réduction de 30 % de la mortalité des actifs par rapport aux sédentaires. La sédentarité, c'est le problème de fond dans notre société. Chez 302 adultes de 70 à 82 ans, suivis pendant 6 ans, le taux de mortalité était inversement proportionnel à l'activité physique. On pourrait dire : toutes formes d'activités physiques. Cette activité contribue au maintien de la mobilité et des capacités à effectuer les activités de la vie quotidienne. Elle permet de compenser la perte de force musculaire. En dehors de toute maladie, les personnes âgées perdant, par an, 1 à 2 % de leur puissance motrice (force, vitesse), altérant les activités de la vie quotidienne.

Au total, il semble que la prévention des incapacités commence tôt dans la vie et concerne l'ensemble des personnes âgées. En particulier, l'intérêt d'identifier précocement la « fragilité », qui précède les incapacités chez les personnes âgées indépendantes.

Voilà. C'est la fin du diaporama.

Maintenant je voudrais ajouter quelques points par rapport à ce qui a été noté auparavant.

1) Il me semble important, à la lumière de ce qui a été noté, de différencier le vieillissement normal du vieillissement pathologique. On voit que le fait de s'inscrire dans une activité physique relativement importante, au moins 2 jours par semaine, permet de rester dans le plan de la normalité. C'est le premier point. Et cela permet de s'inscrire dans la prévention primaire.

2) Ensuite, que la vie se décrit beaucoup plus sous la forme de processus que sous la forme d'état. Par exemple, vis-à-vis du taï-chi-chuan, on va voir qu'en Asie, ce sont des populations entières qui le matin vont s'exercer pendant des temps assez longs, à des exercices collectifs permettant de traiter le problème de la prévention. Est-ce que cela existe en occident ? Non.

Donc j'insiste sur le terme de processus.

3) Lorsqu'on a le sentiment de vieillir, on prend conscience d'un temps qui n'est pas la réalité. C'est-à-dire que le vieillissement fait

partie de la vie, et que prendre conscience de vieillir, c'est parfois un peu trop tard au niveau de la dimension préventive. C'est-à-dire qu'il faudrait déjà s'inscrire dans une prise en compte d'un vieillissement qui existe avant que l'on en prenne conscience.

4) a- Le faire exister, c'est-à-dire d'être suffisamment actif, c'est s'opposer à une certaine passivité de notre société par rapport à une activité. Et vous remarquerez que dans les institutions, les personnes âgées sont souvent très passives. Et que la passivité est peut-être une accentuation des difficultés qu'elles vont rencontrer au fil des jours.

b- L'espérance, telle qu'elle a été précisée tout à l'heure, je vais ajouter une petite chose supplémentaire : l'espérance, c'est d'abord faire exister de nouveaux possibles. C'est-à-dire quelque chose qui n'existe pas a priori et dans lequel la personne va s'inscrire comme une donnée nouvelle de sa propre existence.

Vous pensez bien que pour cela, il faut qu'elle ait déjà un certain dynamisme, de telle manière à pouvoir faire exister ces nouveaux possibles, et non pas être dans la désespérance, c'est-à-dire ne voyant pas de nouveaux horizons, tels que cela existe dans la dépression par exemple. C'est dans les critères de base, de nouveaux horizons à sa propre existence.

c- Le problème, et c'est Georges DEVEREUX qui avait noté le plan de la schizophrénie de notre société entre dimension du corps et dimension psychique : est-ce que l'exercice physique en tant que tel est suffisant ou bien faut-il donner un sens, comme cela avait été noté précédemment, à cette activité par rapport à sa propre vie ?

On va permettre à ce moment-là de relier le corps et le psychisme. Et peut-être à ce moment-là de pouvoir répondre à certaines crises, et non pas tomber dans quelque chose que nous pourrions plutôt appeler « traumatisme » que « crise ». Parce que, et je me permets de le souligner, la notion de crise est inhérente à la vie. C'est ERIKSON qui a souligné en particulier cette dimension-là. Le fait de se trouver en situation de crise, va faire que nous pouvons la résoudre. Par exemple, au moment de l'adolescence ou bien à 30 ans ou 40 ans -les fameuses 10 années-, à 50 ans

ou à 60 ans, par exemple au moment de la retraite -ce serait plutôt 65 ans maintenant-. Est-ce que ces différentes périodes de la vie vont permettre de résoudre des crises ou pas ? Voilà une question qui me semble importante. Si ce n'est pas le cas, à ce moment-là le risque dépressif est très fort.

5) L'élément du contexte : pouvoir faire exister un contexte qui nous permet d'avoir un vieillissement normal, est quelque chose de tout à fait indispensable. Et de façon à pouvoir répondre au problème de la perte d'énergie qui semblerait inhérente à un vieillissement, j'hésite à utiliser le terme « normal », à un vieillissement tout court.

Je crois que c'est à peu près tout. On va s'arrêter là.

(Applaudissements).

M. Jacques GAUCHER.- Merci beaucoup, Michel PERSONNE, pour cette présentation qui s'inscrit dans la qualité de ce que l'on a entendu ce matin.

Et déjà d'entrée de jeu, je voudrais bien remercier nos quatre orateurs qui ont été tout à fait remarquables dans leurs présentations, et qui ont su respecter aussi les délais. Grandement merci !

Questions de la salle :

M. Jacques GAUCHER.- Nous allons passer maintenant à une phase d'interactivité entre nous. Je vais peut-être demander au Professeur HAGMANN de venir nous rejoindre pour pouvoir répondre aussi aux questions qui peuvent lui être adressées.

En attendant que les papiers arrivent, quelques réactions à l'intervention de Michel PERSONNE.

J'ai trouvé que c'était intéressant, déjà d'entrée de jeu, qu'il articule sa communication sur ce que j'avais aussi un peu retenu de l'éducation à la santé, de la communication précédente du Professeur HAGMANN.

Une autre chose, qui serait peut-être plus de l'ordre du débat, mais il a déjà en partie répondu à la fin dans sa dernière phrase : l'opposition vieillissement normal – vieillissement pathologique, qui effectivement interroge. Le normal est ce qui répond à la norme, et l'on peut se demander aujourd'hui si ce n'est pas le pathologique qui fait la norme. Ce sera peut-être l'objet d'un débat.

Et puis, revenir sur la question de l'espérance, cela me semble aussi quelque chose de très précieux. Cela correspond beaucoup à la démarche gérontologique d'inscrire le vieillissement du côté de la vie, même si c'est en intégrant la réalité de la perspective de la mort.

Cela fait beaucoup de choses un peu compliquées, mais ce sera peut-être éclairci dans les discussions que nous allons pouvoir engager.

Je vais peut-être confier à Michel PERSONNE, cette première question, qui est en lien avec ce que je viens d'exprimer, me semble-t-il.

M. Michel PERSONNE.- « *La vieillesse est-elle une pathologie ? Comment faire changer le regard de chacun et de tous sur le vieillissement ?* »

Il y a du travail... ! (*Rires*).

Je suis absolument convaincu que le vieillissement n'est pas du tout une pathologie. Au contraire, il est la vie. Cela me permet de différencier la normalité de la pathologie.

Du point de vue de la normalité, on a deux regards, on pourrait en avoir trois mais on va dire deux : la norme sociale et la dimension individuelle. C'est-à-dire : est-on normal dans le cadre de ses ajustements personnels ? C'est-à-dire : va-t-on pouvoir essayer de développer au mieux ses possibilités par rapport à des situations pratiques ? Et dans le regard social, comment va-t-on se situer par rapport à autrui dans ce cadre-là ?

Ne pensez pas, contrairement à ce que vous pouvez penser, que j'envisage le problème social d'une manière péjorative. Pas du tout.

L'existence du regard d'autrui et l'existence de soi-même par rapport à autrui, me semble très important.

Le deuxième point : comment faire changer le regard de chacun et de tous sur le vieillissement ? Cela rejoint le problème de l'estime de soi. Il semblerait -je mets bien cela au conditionnel- que l'activité physique favorise l'estime de soi. C'est-à-dire qu'on a une meilleure estime de soi à partir de certaines pratiques qui rendent les choses possibles. C'est-à-dire que la personne qui est en activité, se dégrade on pourrait dire moins rapidement qu'une personne qui va être beaucoup plus sédentaire et beaucoup plus en difficulté.

Je crois que j'ai répondu à peu près. La personne qui a posé la question a-t-elle eu satisfaction ?

M. Jacques JALON.- Je voudrais ajouter quelque chose.

J'ai parlé de la sénescence, Michel PERSONNE parle du vieillissement. Sénescence normale, sénescence pathologique.

Il est très important aujourd'hui pour la réflexion pathologique de faire la différence entre les deux choses. Mon idée est la suivante : nous regardons la sénescence à partir de l'âge de naissance. Or la sénescence est un processus qui se reproduit chez toutes les personnes âgées pendant un certain nombre d'années avant le décès. Donc l'idée de recherche que je proposerais, c'est d'arriver à déterminer quel est le parcours de la sénescence normale, en prenant comme âge 0 -c'est un peu difficile-, l'âge du décès. C'est-à-dire : quelle est l'évolution normale de la sénescence ? Ce qui permettrait ensuite de distinguer quelle est l'évolution anormale.

Avez-vous compris un peu ce que je voulais dire ? C'est un peu abstrait. Les dernières années de la vie répondent toutes à un processus d'évolution qui est, à peu de chose près, identique dans leur déroulement normal. En fait, il ne faut pas tenir compte qu'une personne ait 75 ans,

80 ans ou 85 ans, ce qui compte, c'est : combien d'années dans ce processus a-t-elle encore à vivre ?

Voilà ce que je voulais dire au niveau d'une réflexion globale sur ce qu'est la sénescence.

Pr. Hermann-Michel HAGMANN.- La question : « *Dans un canton bilingue et montagneux -je vois que certains connaissent bien le canton du Valais-, le vieillissement pose-t-il des problèmes spécifiques ?* »

Oui et non. Si les besoins humains sont évidemment les mêmes, vous avez raison d'insister sur les questions de géographie, tout en précisant que sur les 320 000 habitants du canton du Valais, plus de la moitié se trouvent en plaine entre Sierre et Martigny. Donc, c'est une ville quasiment, avec beaucoup de zones de verdure et beaucoup d'habitants dans des bourgs/villages de 5 000, 6 000 ou 7 000 habitants sur le proche coteau à 700/800 mètres.

Le canton montagneux fait qu'il y a quand même encore une population habitant la moyenne montagne, où il faut aller sur place aider les gens. Par exemple, je prends ma région, passer de Crans-Montana au Val d'Anniviers, cela représente près d'une heure de déplacement. C'est pourquoi nous avons érigé une égalité de principe : quel que soit le lieu de domicile de la personne, le tarif est le même, les soins sont les mêmes. On a veillé à cela. Cela signifie qu'il y a des frais de déplacements, des frais d'heures de travail liées aux déplacements, qui sont répartis sur l'ensemble de la population. C'est une question de solidarité régionale.

Il faut aussi décentraliser, avoir une bonne coordination régionale, avec une masse critique suffisante sur le plan démographique. C'est parfois ce qui manque d'ailleurs en France. Je le vois dans certains services d'aide à domicile, sans parler nécessairement de l'Ain ; si vous avez une bonne masse critique, vous pouvez travailler sur la polyvalence et l'interdisciplinarité, vous pouvez assurer des soins 7j/7 et 24h/24, vous pouvez développer une sécurité à domicile efficiente : c'est le personnel du CMS qui répond directement à un appel d'aide, et non pas un hôpital, un

poste de police ou un EHPAD qui répond à votre place. Donc, il faut cette masse critique. Mais après, une fois que l'on a ce cœur-là du dispositif organisationnel bien solide, il faut décentraliser, donc engager des d'aides à temps partiel qui sont sur place ou proches des villages de montagne.

Voilà pour cette question.

Et je vous invite à aller voir ces montagnes, elles sont magnifiques actuellement. Franchement, allez-y ! C'est presque aussi beau que votre région !

M. Jacques GAUCHER.- Michel PERSONNE ou Françoise FACY, vous avez peut-être des réponses à faire ? Là, il y a deux questions qui s'articulent.

Mme Françoise FACY.- Une question : « *Vous dites que les causes du suicide sont de plus en plus externes, suicide au travail par exemple. Comment faites-vous le lien avec les causes internes en termes de souffrance individuelle, lien, individu, environnement ?* »

Et l'autre question : « *Chez les aînés, la prévention du suicide passe-t-elle par la prévention de la dépression ou faut-il envisager une voie de prévention plus directe et plus spécifique ?* »

Je dirai qu'entre ces deux questions, on voit bien les débats et les controverses que les chercheurs ou les cliniciens s'adressent : quelle est la part de l'individu, quelle est la part de l'environnement, dans le processus suicidaire, dans la survenue ? Et de ce fait, dans quelle mesure peut-on agir pour les actions de prévention ?

Faut-il agir sur l'environnement ? Comme on l'a dit tout à l'heure, où on dit bien qu'aujourd'hui la sécurisation des logements et notamment des domiciles, et également la limitation de l'accessibilité aux armes à feu, sont des moyens reconnus comme efficaces.

Et d'un autre côté, j'ai beaucoup insisté, et je crois que c'est vraiment toute l'évaluation aujourd'hui des actions qui le montre, sur le fait que l'identification, la reconnaissance de signes de dépressivité et la

reconnaissance de dépression majeure, sont des éléments essentiels pour pouvoir prévenir.

Donc on est bien à chaque fois sur une meilleure connaissance des phénomènes et de l'interaction individu – environnement, avec cette interaction qui a quand même formidablement changé tout au long de la vie. L'interaction environnement – individu n'est pas la même bien évidemment à l'adolescence, à l'âge moyen de la vie où l'environnement majoritaire est l'environnement professionnel, et en fin de vie, sur une tranche d'âge des aînés où l'environnement va là aussi être à la fois la conséquence de l'historique de la vie ou de l'implantation nouvelle, puisqu'on a tout de même aussi des personnes âgées qui déménagent. Et là aussi on sait qu'à tout âge, le déménagement, donc le changement d'environnement, le changement de contexte, peut être un facteur de risque de processus suicidaire.

Pour moi, aujourd'hui, les choses ont quand même beaucoup évolué en matière de prévention du suicide, parce qu'il y a une meilleure connaissance du rôle de l'environnement. Et qu'est-ce qui nous a quand même été « profitable » ? C'est tout ce qui est arrivé à France Télécom. Ce n'est pas forcément qu'il y ait eu une augmentation quantifiée, prouvée, etc., de suicides au travail. C'est le fait que ces situations ont été connues, qu'il y a eu un certain nombre, même minime, mais reconnu officiellement, de maladies professionnelles et d'expositions professionnelles. Je parlais tout à l'heure de la loi de 2004, c'est la première fois que dans une loi de santé publique, on a la reconnaissance des expositions professionnelles.

Je rappelle également que dans les services de santé, avec la réforme des missions de médecine du travail, on a, après les accidents et les maladies professionnelles, la reconnaissance des facteurs psychosociaux. Et dans les facteurs psychosociaux, vous avez les comportements individuels, notamment sur les addictions et sur les risques suicidaires.

Donc, puisque vous me demandiez mon point de vue, je ne pense pas que l'on ait forcément une augmentation notable, mais on a une

meilleure connaissance et une meilleure information autour de ces cas de suicides liés au milieu professionnel.

Et puis, pour la question sur le rôle de l'individu lui-même, c'est autour de la reconnaissance de la dépression que l'on peut faire les meilleures avancées.

Pr. Hermann-Michel HAGMANN.- J'enchaîne. Là il y a une question très intéressante de quelqu'un qui est bien informé et qui a surpris le monde des démographes. Cette personne fait allusion à une enquête récente sur l'espérance de vie en santé ou sans incapacité ou en plus ou moins bonne santé. Et là, la France qui est parmi les trois premiers sur le podium pour l'espérance de vie femmes, et hommes pas loin derrière, tout à coup, pour l'espérance de vie en bonne santé, recule nettement au niveau du classement international.

Franchement, ce n'est pas explicable rationnellement pour moi à ce stade. Je ne connais pas l'étude, je n'ai vu que les résultats bruts, je vais approfondir la chose, mais j'ai déjà une hypothèse. J'ai déjà une piste.

Vous êtes un pays de râleurs. (*Rires*). C'est-à-dire que, comme le système d'analyse qui est utilisé, c'est la santé auto-évaluée, vous râlez vis-à-vis des autres mais aussi vous râlez vis-à-vis de vous-mêmes : vous avez un bobo, vous l'aggravez. Le Suédois à qui vous posez la même question, va dire : « Tout va bien, je n'ai pas de problème ». Je plaisante naturellement, et je caricature. Mais il y a là une dimension culturelle. Le parallèle est évident aussi lorsque vous interrogez les Français, au niveau de l'optimisme, sur l'avenir de la France, Pays Nation, le résultat est mauvais, c'est l'un des plus mauvais d'Europe.

Lorsque vous interrogez en revanche les personnes elles-mêmes sur leur avenir personnel, les résultats sont assez positifs. Donc vous savez très bien jouer et avoir une bonne balance.

Je pense que votre système sanitaire est excellent, même si des progrès dans le domaine de la prévention sont encore à réaliser. Ce qui me manquerait par exemple dans votre programme d'aide et de soins à

domicile (et c'est pour moi quelque chose d'incompréhensible) : comment pouvez-vous séparer le domaine de l'action sociale de celui de la santé ? Nos Centres médico-sociaux, le mot l'indique bien, exigent cette collaboration interdisciplinaire par définition et renforcent en partie l'espérance de vie en santé.

Et j'aimerais lancer ici un appel : connaissez-vous l'ADNA ? Vous qui êtes habitués des sigles et des acronymes, etc. C'est une association qui lutte en faveur de la diminution du nombre de sigles, d'acronymes, qui lutte pour diminuer le nombre d'employeurs et qui favorise la coordination interinstitutionnelle. Je viens de le créer maintenant, cet ADNA, et j'invite tout le monde à s'y associer. (*Rires*).

M. Jacques GAUCHER.- Je vais laisser la parole à Michel PERSONNE.

M. Michel PERSONNE.- Une question qui m'est posée : « *Deux heures, deux fois par semaine, d'activités physiques. Et le jardinage, cela compte-t-il ?* » Parfait.

Le jardinage est une activité de sens. On cultive du sens. Donc il a été noté, en particulier au moment de la retraite, Anne-Marie GUILLEMARD dans les années 1980 avait caractérisé l'opposition entre la retraite « retrait » et la retraite « loisirs ». Et puis, il y a eu une transformation qui s'est faite : la retraite retrait est restée, et la retraite active a plutôt pris la place de la retraite loisirs. Et dans les activités de retraite active, il y a eu le jardinage, le bricolage, les voyages et les petits-enfants.

Globalement vous avez un certain nombre d'activités.

Maintenant, je vais me permettre de répondre à une autre question : « *Pourquoi le tai-chi-chuan est-il plus favorable que ça pour les personnes âgées ?* »

Cela tient aux activités mêmes qui sont proposées.

Regardez le jardinage : amenez-moi un lopin de terre. Vous allez vous courber, la terre est basse, on le sait bien. Vous allez essayer de faire un certain nombre de choses. Vous n'aurez pas forcément le même effet au niveau corporel que par des exercices de taï-chi-chuan qui vont plus spécifiquement travailler l'équilibre, le rythme cardiaque, la tension artérielle, même si ce n'est pas cela qui est visé dans l'exercice même. Autrement dit, le taï-chi-chuan a des effets qui sont liés à la forme de la pratique même.

Je vais en profiter pour souligner une question redoutable : « *Je n'ai rien contre le taï-chi, mais pour les personnes qui ont un problème de dos, ce n'est pas forcément bon* ».

Là, je me permets de souligner tout d'abord l'influence de la prévention primaire. Il s'agit d'intervenir avant qu'on ait mal au dos.

Et : « *Pouvez-vous donner l'exemple d'activités physiques presque aussi bonnes ?* ». (Rires).

Dans les *activités physiques presque aussi bonnes* : une demi-heure de marche à rythme soutenu, une fois par jour. Cette fois-ci, on est plus à deux jours par semaine, c'est chaque jour.

« *Pouvez-vous revenir sur le rapport entre l'altération de la fonction mitochondriale et la relation du corps et du psychisme ?* »

Aïe ! La seule chose qui me vient spontanément, c'est que dans le cadre dont nous parlons, nous sommes à l'inverse de ce qui est la dimension représentative de notre société. Dans notre société, nous travaillons plutôt du psychisme vers le corps. La dimension du taï-chi : on travaille du corps vers le psychisme.

Voilà un aspect qui me semble très important.

« *La vieillesse est-elle une pathologie ?* »

Voilà une question intéressante.

« *Comment faire changer le regard de chacun et de tous sur le vieillissement ?* » C'est un travail de longue haleine, à mon avis.

J'ai bien précisé que pour moi, le vieillissement n'était pas du tout une pathologie. C'est dans le cadre de la normalité. Par exemple, un AVC qui va arriver, à ce moment-là nous allons entrer dans un cadre plus pathologique. Est-ce que la personne va être armée pour faire face à cette dimension-là ? Voilà une question très intéressante.

« Pouvez-vous nous reparler des résistances psychologiques des personnes à adhérer aux actions de prévention organisées ? »

Pour moi, c'est à inscrire dans un thème que j'ai déjà développé sur le plan de la passivité/activité. C'est-à-dire : est-ce que la personne, spontanément, va prendre conscience que les activités qu'elle va produire vont avoir des effets sur elle-même ? Ou bien au contraire, dit-elle : « Cela ne sert à rien, c'est trop tard », et à ce moment-là on ne peut rien faire.

M. Jacques GAUCHER.- Je vais peut-être prendre le relais rapidement sur la question posée concernant Mobiqua.

Je ne vais pas en faire toute la description, parce que ce serait très long. Ce que je vous propose, c'est d'abord de vous dire que c'est un outil qui est assez complet, qui cherche à accompagner et à stimuler la sensibilité des soignants, des accompagnants, des bénévoles qui s'occupent de personnes en situation plus ou moins de dépendance ou de difficulté dans le grand âge. Et il y a plusieurs thématiques, dont celle plus récente de la question du suicide.

Pour avoir plus d'informations, je vous conseille d'aller sur le site de la Société Française de Gériatrie et Gérontologie : www.sfgg.fr, et vous avez là une vignette Mobiqua, sur laquelle vous cliquez, et vous avez accès à tout ce que vous voulez. Vous pouvez même commander les mallettes.

J'expédie un peu la chose mais si je voulais expliquer tout Mobiqua, ce serait vraiment très, très long, parce qu'il y a beaucoup de chapitres différents. Cet outil s'inscrit dans des programmes de formation,

au sein des établissements, des équipes de soins à domicile, il y a matière dans les réunions à s'exciter un peu sur ces mallettes, c'est très intéressant.

Une autre question à laquelle je ne serai pas en mesure de répondre, parce qu'elle est trop généraliste : « *La prévention du suicide ne gagnerait-elle pas à aider la personne âgée à trouver du sens à son existence ?* »

C'est un sacré programme !

« *Dans cette perspective, ne doit-on pas davantage chercher à ce que la dernière étape du parcours de vie soit vécue « autrement » plutôt que de chercher à se mettre à distance de sa vie ?* »

Quel accompagnement proposer pour réduire l'angoisse et valoriser l'histoire et les potentialités actuelles de la personne ? »

Cette question est vraiment tout un programme de psychogérontologie.

Je pense simplement qu'effectivement la prévention du suicide passe aussi par des items, par des guides, un peu comme je le disais pour Mobiquat, c'est-à-dire pouvoir cadrer, pouvoir orienter, pouvoir calibrer un peu sa sensibilité, ne pas tomber dans la sensiblerie mais être suffisamment sensible et ne pas rester de marbre quand on est un praticien professionnel face à une personne qui est en situation de crise suicidaire.

Effectivement, la prévention du suicide va toucher au plus profond du sens de la vie chez la personne, et c'est peut-être cela qui est en souffrance aussi chez elle, c'est peut-être ce à quoi elle a du mal à accéder, et il est évident qu'on est là dans une situation d'empathie, une situation d'intersubjectivité, et il faudra partager.

J'évoquais à propos de Geneviève LAROQUE, cette importance de donner et recevoir, cette importance de partager. Je crois que l'on est vraiment dans des valeurs très fondamentales de l'humain à travers la question que vous posez.

Alors, désolé de ne pas pouvoir répondre plus, et je pense que mes collègues s'associeront à ma forme de réponse, pour dire qu'il est difficile de développer plus avant..

Professeur HAGMANN ?

Pr. Hermann-Michel HAGMANN.- Je vais essayer de regrouper rapidement.

Quelqu'un parmi vous évoque la question de l'Alzheimer : il faut savoir qu'en moyenne européenne plus de 60 % des gens atteints de cette affection sont à domicile, plus ou moins bien suivis. L'aide à domicile doit être développée, mais il y a des limites. Elles peuvent être reculées et elles doivent l'être en donnant plus de moyens au domicile, mais après, des placements sont nécessaires. Moi-même, j'ai pris l'initiative de créer des établissements médicalisés pour personnes vraiment dépendantes.

Lorsque la personne est absente, à tous points de vue, tout en respectant les personnes et les familles et les proches aidants qui veulent vraiment garder jusqu'au bout des personnes gravement atteintes, le sens même de ce soutien s'atténue un peu, et le placement peut aussi diminuer les souffrances pour les proches en particulier.

C'est donc complexe. Là, il y a énormément à faire. Je ne partagerai pas non plus une vision trop pessimiste sur l'avenir, même si je sais que certains de nos collègues ont le sentiment que les médicaments qui se développent actuellement ne sont pas suffisants. Je pense quand même que certains commencent à freiner des évolutions, et qu'il y a dans le pipeline plusieurs projets à venir.

Mais au-delà de l'aspect médicamenteux, c'est surtout la prise en charge, tout le côté de l'accompagnement humain qui est plus important encore pour moi que la question médicamenteuse. Et c'est là que le domicile devient créateur de sens, de finalité.

Je rebondis sur ce que vous disiez avant, Monsieur le Président. Il est évident que quand je parle de domicile, c'est avant tout la personne elle-même. C'est la personne aidée qui devient un sujet de soins, avec une meilleure maîtrise sur sa vie, et non pas un simple objet de soins.

Quelqu'un parmi nous rappelle que la médecine à domicile, les médecins généralistes ou les médecins traitants qui s'occupent de l'ambulatoire à domicile, est en voie de disparition. C'est vrai qu'il y a un problème de relève. En Suisse aussi. On s'y emploie. Il faut que la rémunération soit plus importante. Il faut qu'il y ait une meilleure intégration des médecins traitants dans ces différents services d'aide et de soins à domicile, d'une manière ou d'une autre, tout en respectant l'autonomie de chaque corps professionnel. Et là il y a un enjeu de société et un enjeu financier aussi.

Par exemple, en Suisse, avec la libre circulation -nous ne sommes pas Européens mais en réalité nous reprenons le 80 % de la législation de Bruxelles-, beaucoup de soignants extérieurs arrivent en Suisse, mais s'installent en priorité dans les villes, et non dans les montagnes valaisannes, ou pas assez. Et puis, il faut rééquilibrer le monde des spécialistes avec le monde des généralistes.

Enfin, vous me posez une question sur les coordonnées du Centre médico-social de la région de Sierre. Je vous donne le nom du site : www.cms-sierre.ch

Mme Françoise FACY.- Une question : « *Quel lien entre suicide, tentative de suicide et hérédité ?* »

Je dirais que pour le moment, cette question-là est encore du domaine de la recherche, et d'une recherche qui est devenue peut-être plus pluridisciplinaire qu'auparavant, parce que d'un côté on a des données épidémiologiques, de l'épidémiologie clinique je dirais même, où on a des facteurs de risque bien identifiés, avec des études qui montrent d'ailleurs des probabilités où on a en même temps une non spécificité de facteurs de risque. C'est-à-dire que des antécédents de suicide ou de geste suicidaire

dans des familles vont être retrouvés chez des populations cliniques, que ce soit pour des problèmes d'addiction ou des problèmes de suicidants hospitalisés. On a des études où, quand on interroge par rapport à la famille, on va retrouver, chez des alcooliques notamment, des antécédents de suicide dans les familles. Chez les toxicomanes, de la même façon. Et chez les suicidant hospitalisés, quand on peut les interroger, on va retrouver aussi des antécédents qui vont se croiser dans différentes sphères de la santé mentale.

Et de l'autre côté, on a des neurobiologistes qui ont beaucoup progressé pour ce que j'ai appelé tout à l'heure l'épigénétique, c'est-à-dire qu'ils sont à la recherche d'explications parce que finalement, santé publique d'un côté, et la démographie est largement contributive, on a des probabilités que l'on arrive à calculer. Oui, des personnes qui sont exposées au risque suicidaire ont plus souvent que la population générale, des antécédents, dans la famille, de phénomènes suicidaires. Mais d'un autre côté, les neurobiologistes sont là pour trouver les processus en quelque sorte biologiques et génétiques qui pourraient donc venir éclairer ces données épidémiologiques et surtout, bien sûr, aider aux actions de prévention.

Donc là nous en sommes, pour les neurobiologistes qui avaient été interrogés par l'INSERM pour l'expertise sur l'autopsie psychologique, vraiment à des hypothèses sur l'expression de certains gènes dans des contextes, et notamment ils introduisent quelque chose qui est assez concordant avec ce qui a été dit : ce sont les notions de stress. On est dans des sociétés où on n'a pas seulement la crise existentielle avec la crise du vieillissement, mais on a des crises de société, crises socioprofessionnelles, crises familiales, et crises des valeurs.

Donc là aussi les neurobiologistes soumettent en quelque sorte un certain nombre d'hypothèses aux explications qui pourraient nous avancer par rapport aux gènes ou par rapport à l'expression d'un certain nombre de gènes.

Puis viennent compliquer le système d'explication, les médicaments psychotropes. J'en ai parlé un petit peu tout à l'heure, je vous invite à aller sur le site de l'INSERM. L'expertise sur les mésusages et la dépendance aux médicaments psychotropes est mise en ligne, plusieurs passages concernent directement les personnes âgées, et je crois que là, ce serait très, très important que vous puissiez retrouver ces hypothèses.

Et il y a trop peu d'études françaises malheureusement.

M. Michel PERSONNE.- Il y a une question qui est posée, qui est très longue. Je vais y répondre sans doute pour la première partie : « *La prévention du suicide ne gagnerait-elle pas à aider la personne âgée à trouver du sens à son existence ?* »

Si la personne garde du sens à son existence, elle est dans la prévention primaire par rapport au suicide. Voilà la réponse de base.

Ensuite, lorsque la personne est soumise à une maladie, par exemple un AVC, il y aura cette fois-ci un monde, le monde de la personne qui va se fragmenter, qui va se réduire, et qui va faire que la relation dans laquelle la personne est inscrite va se détruire. Donc nous avons à reconstruire avec la personne, ce monde qui lui échappe.

Je reprends l'exemple de l'AVC : on sait que dans 80 % des cas au niveau d'un AVC, on a une dépression secondaire qui l'accompagne. Donc nous savons que si la personne ne peut pas reconstruire un monde à sa convenance, la dimension de perte de sens va être automatique.

Pr. Hermann-Michel HAGMANN.- Quand on parle de suicide et de tout ce qui tourne autour, le climat s'alourdit. Pour l'alléger un peu, j'aimerais poser une question à Jacques Jalon, qui nous a présenté un exposé de grande qualité. Vous avez fait tout à l'heure allusion à Benoîte GROULT. Vous connaissez certainement son livre *La Touche étoile*, et j'aurais été curieux d'avoir votre sentiment pour montrer que, finalement, si on veut avoir une certaine maîtrise sur son destin jusqu'au bout, la touche étoile existe aussi, malgré toute la complexité que l'on peut y trouver.

M. Jacques JALON.- Oui, puisque vous parlez de ce livre, bien sûr, je l'ai lu, et d'ailleurs la phrase que je vous ai citée de Benoîte GROULT en est issue.

Simplement, dans ces livres, et j'en ai lu plusieurs, de gens qui racontent leur vieillesse, et c'est le cas de Benoîte GROULT, ces gens-là sont à mon sens trop près de leur peine à vieillir, pour en parler avec suffisamment de recul et suffisamment de sérénité. Et la phrase que j'ai citée de Benoîte GROULT : « *J'aurais voulu mourir très âgée mais sans avoir été vieille* », ce n'est peut-être pas le mot à mot, mais c'est exactement représentatif de l'opinion publique actuelle.

Les gens acceptent de mourir parce qu'ils savent qu'ils ne peuvent pas y échapper, mais ils voudraient ne pas vieillir.

Or, à mon sens, et c'est ce que j'ai essayé de faire passer tout à l'heure, il y a ce refus culturel collectif de la vieillesse, que l'on cache en fait. On ne parle pas de la vieillesse. On ne dit pas qu'actuellement 75 % des gens de plus de 85 ans vivent bien à domicile. Écoutez les médias parler de la vieillesse : cela, on ne vous le dit jamais. Autrement dit, il y a un refus de l'opinion publique, un refus de notre culture de parler de la vieillesse et de considérer la vieillesse en tant qu'état, en tant que telle.

Et personnellement j'ai insisté dans ma conclusion sur le regard que nous portons sur les personnes âgées. Ce regard est quand même conditionné par tout ce contexte, par tout ce discours des médias qui refusent la vieillesse et qui dit : « Vieillir, c'est moche », comme je l'ai dit tout à l'heure. C'est cela qu'il faut changer dans ce regard collectif.

Et ce que je vous ai proposé, c'est de retrouver le sens véritable et profond de cette période de la vie qu'est la vieillesse.

(Applaudissements).

M. Jacques GAUCHER.- Merveilleuse conclusion de Jacques JALON pour cette matinée.

(La séance, suspendue à 12 h 05, est reprise à 14 h 00).

M. Jacques GAUCHER.- Nous allons engager l'après-midi. J'espère que, dans cette période de digestion, vous n'allez pas trop souffrir d'endormissement, mais je fais confiance à Alain COLVEZ, qui a l'habitude de parler et de s'exprimer de manière claire et vive, pour vous tenir en éveil, et je suis sûr que, à la fois les contenus et la manière de ses propos vont y contribuer largement.

Je serai juste en face pour vous faire un petit signe amical de manière à vous dire que vous êtes bientôt au terme de votre temps de communication.

Nous allons démarrer par ces deux conférences, une première à une voix et une deuxième à trois voix. Puis nous ouvrirons la table ronde, avant d'aborder le temps de la discussion.

Bon après-midi.

À vous, Alain COLVEZ.

□ Quelle coordination pour quelle prévention ?

Dr Alain COLVEZ.- Mon thème imposé apparaît sur les écrans : la coordination et la prévention ou « *Quelle coordination pour quelle prévention ?* » Et donc les propos que je vais tenir vont être un peu plus techniques, je vais plus me fonder sur un peu d'expérience antérieure. Il se trouve que ces deux dernières années de ma carrière, je les ai passées à la CNSA, donc il y a eu le débat « dépendance » et la question de la prévention a été mise en avant, et moi je voyais avec horreur que l'on venait piquer de l'argent à la CNSA pour faire de la prévention, alors que cela me paraît être un secteur techniquement spécifique. Et c'est ce dont je voudrais vous parler.

Je me fonderai aussi sur une autre expérience que j'ai depuis plus longtemps, depuis huit ans à peu près, puisque je suis référent scientifique pour le programme de prévention pour les centres d'examens

de santé de la Sécurité sociale, et dans le cadre de leur organisme coordonnateur qui s'appelle le Centre technique d'appui et de formation, le CETAF. Donc je vais me fonder aussi sur cette expérience principalement, puisque nous sommes amenés dans ce cadre technique à envisager justement des aspects très concrets de savoir comment on s'y prend pour conduire des programmes de prévention qui s'adresseraient aux seniors.

Il paraît qu'il ne faut pas donner plus de trois idées quand on fait un exposé. Donc je vais poursuivre trois idées simples, qui sont déjà assez compliquées.

- Je vais commencer déjà par l'idée première qui est quand même que pour la prévention, attaquons par la prévention, on parlera de la coordination et des réseaux après, l'idée est de parler ensemble et d'exposer le problème des définitions et des concepts. On en a bien parlé ce matin, c'était très intéressant, ce débat et ces échanges qui ont eu lieu.

Il faut avoir une définition pour la prévention. Cette définition, pour moi dont la technicité est l'abord des problèmes de santé à l'échelle des populations, comme Françoise FACY ce matin, donc l'épidémiologie, c'est étymologiquement ce que cela veut dire : *epi – demos – logos* : qui fond sur la population, l'étude épidémiologique, nous voyons la prévention essentiellement avec une approche populationnelle.

Alors, la prévention, avant tout, repose sur la notion de probabilité. Et finalement, on ne peut instruire une probabilité, qui est le nombre de chances que l'on peut supposer avoir quelque chose dans un certain temps, et pour le savoir, il faut avoir des investigations sur les grands nombres et sur des populations.

Si l'on cherche à décrire la prévention, voilà à peu près les termes qui doivent à mon avis être mis en évidence :

- C'est une *action volontariste*, c'est faire quelque chose, concrètement...

- Dans une *population que l'on aura définie...*, il faut bien en faire le tour et définir à qui l'on s'adresse.

- Et dans cette population, cette action vise à réduire *la probabilité*, c'est-à-dire le risque...

- Le risque, c'est la probabilité de connaître un *événement de santé péjoratif*. Péjoratif signifiant : qui affecte ou la durée de la vie ou au moins la qualité de la vie, ou les deux, l'un près l'autre.

Voilà une grande ambiguïté, c'est peut-être ma première remarque, sur cette notion de risque. Le risque, pour un épidémiologiste, si on ne dit pas le risque de quoi, il n'y a pas de risque. Alors que les assureurs ont pris la mauvaise habitude, alors qu'en fait, quand on discute avec eux et que l'on va au fond des choses, ils ont exactement la même définition : le risque d'incendie, c'est la probabilité de l'incendie. Mais ils se sont mis à jargonner et à appeler l'incendie : risque. Et alors là, on ne sait plus où l'on est. Ils disent : « la réalisation du risque ».

Et une autre signification aussi, quand on dit : « la gestion du risque » dans les entreprises, c'est le risque des ennuis. C'est-à-dire, quand on a quelque chose qui survient auquel on ne s'attendait pas et qu'il faut gérer cet événement subi de la meilleure manière. C'est ce qu'ils appellent : gestion du risque. Et il y a une certaine confusion dans ce mot risque, c'est pour cela que je tenais comme première diapositive, à le ramener à la *probabilité de connaître un événement péjoratif en santé*.

▪ Le risque étant ainsi défini, il nous faut bien sûr définir quels sont ces événements péjoratifs que l'on se propose de prévenir, c'est-à-dire dont on se propose de diminuer le risque de leur apparition.

Je crois que l'on peut avoir les idées simples :

- Le risque de mourir trop tôt : un décès prématuré.
- Le risque de vivre dans un état d'incapacité fonctionnelle.
- Le risque d'avoir une mauvaise qualité de vie ressentie, déclarée par la personne, traduite par la personne.

Je pense qu'en balisant selon ces trois catégories d'événements péjoratifs, on reste bien dans le sujet de la prévention, de la prévention en santé et de la prévention que l'on cherche à promouvoir chez les seniors. Ceci je pense est un premier élément.

- Autre remarque : je pense que la prévention mérite d'être située dans l'ensemble des activités de santé.

Je postule et je vous propose le fait que l'activité de prévention et la technicité qui est mise en œuvre pour faire des programmes de prévention, ont des approches techniquement spécifiques, des approches professionnelles. C'est une logique où on diminue le risque de survenue d'un événement péjoratif, et c'est très différent de la démarche par exemple que l'on emploie pour l'approche des soins curatifs, sur les états qui viennent d'apparaître, sur les états incidents, où là c'est la logique classique de la médecine. On est dans une logique où il y a une personne qui exprime des symptômes, dont on fait des signes quand on les reconnaît pour les rattacher à une entité connue, que l'on résume en posant un terme que l'on appelle le diagnostic, et qui va déboucher sur les thérapeutiques, sur les conduites que l'on va mettre en œuvre pour essayer de résoudre ce problème apparent qui vient d'arriver. C'est la logique des soins curatifs.

Elle est très différente de la logique d'approche de quelque chose qui n'est pas arrivé, où l'on se fonde uniquement sur le risque, la peur, la probabilité. C'est justement cet élément. Ceci est encore différent.

Et il y a un troisième secteur de l'activité du système de soins que je résume par : suivi des maladies chroniques stabilisées, sans handicap, c'est-à-dire : on vaque à ses occupations, on n'a pas la perte de ses rôles. C'est une logique où l'on cherche à équilibrer la maladie, et la logique signes – diagnostic – traitement ne marche pas bien là-dessus. Or, c'est de plus en plus une partie importante de l'activité de la médecine en particulier, elle le fait depuis longtemps, mais que de suivre l'équilibration de problèmes dont on a fait le diagnostic antérieurement, on les connaît, et la logique moins signes – diagnostic – traitement qu'une approche qui a été

décrite en particulier par les Anglais dans les années 1970 par l'approche par problèmes, qui est une logique assez différente de l'approche visant à la recherche de la cause du phénomène nouveau. On connaît la cause, elle a été bien explorée, elle est stabilisée par un traitement, et maintenant il s'agit de suivre au long cours la personne avec son traitement. Et ceci ne suppose pas que quand on est dans cet état-là, on a un mauvais état de santé fonctionnelle. Non, comme je le dis, les personnes de mon âge ou un peu plus âgées, on les voit se promener avec leur « boîte de pêcheur » de médicaments, mais cela ne les empêche pas d'aller à La Barbade ou autre. On ne peut pas dire qu'elles soient en mauvaise santé parce qu'elles ont une étiquette diagnostic sous-entendant un suivi, une équilibration d'un traitement. C'est un troisième secteur.

Puis, un quatrième secteur, qui est le plutôt le mien, celui de la CNSA aussi, qui est la compensation des situations de handicap, au sens de handicap. Qu'est-ce qu'un handicap ? C'est une perte de ses rôles fondamentaux sociaux.

Quand on commence à avoir perdu des rôles sociaux fondamentaux, on a dans ces cas-là une démarche de compensation. Et vous le savez, je termine rapidement là-dessus, que la logique n'est ni signes – diagnostic – traitement, ni abord par problèmes médicaux et de déstabilisation, mais c'est une démarche de type : on fait une évaluation sur tous les plans de la personne, évaluation multidimensionnelle, on fait un plan d'intervention, et derrière il y a la mise en œuvre d'un travail multiprofessionnel, où interviennent, et des compétences médicales et des compétences du secteur social, qui doivent se coordonner et mieux s'intégrer.

Je dessinais ce panorama exprès, pour revenir à la prévention et pour dire que c'est un secteur qui a sa logique spécifique et donc ses techniques spécifiques d'approche.

- Les actions de prévention : j'aurais envie de vous dire, et ce sont des réflexions que nous nous sommes faites dans le cadre des centres

d'examen de santé, du CETAF : quelles actions de prévention à privilégier pour les personnes en général et les seniors en particulier ?

Je pense qu'il y a lieu de distinguer, et on fonctionne mieux de cette façon-là, toute une série d'actions de prévention qui sont des actions générales, qui portent sur l'ensemble de la population visée, qui visent à abaisser le risque d'événement péjoratif. Souvent ce sont des modifications portant sur l'environnement, que ce soit l'habitat, que ce soit l'état social, que ce soit l'état économique, ou du comportement des individus, que ce soit la prise de risque, que ce soit différents comportements : fumer, boire, ce sont des éléments -cela se discute- que je classerais volontiers dans des actions de prévention assez générales.

Et je les mets en regard de ce que l'on pourrait appeler les actions ciblées. Cibler, c'est-à-dire : on peut viser à l'intérieur de la population, des populations particulières que l'on peut définir par leur âge, leur sexe, leur situation sociale.

Et cibler aussi sur des entités de santé spécifiques, c'est-à-dire : on vise à prévenir une maladie particulière comme la grippe, le cancer colorectal.

Je pense que comme on est chez les seniors, il faut ajouter non seulement des maladies mais aussi un certain nombre de syndromes gériatriques que les gériatres ont bien balisés maintenant, nous avons en gériatrie les idées assez claires sur un certain nombre de ce que j'ai appelé ici des *syndromes gériatriques spécifiques*, que ce soit la chute, que ce soit la dénutrition, que ce soit l'incontinence urinaire, etc... J'ai mis des pointillés, je n'en ai mis que trois pour l'instant.

Et puis, j'ajouterai aussi dans ces actions ciblées, des actions qui sont ciblées sur des *pratiques individuelles péjoratives*. Je cite à titre d'exemple ici la consommation excessive de médicaments, qui me paraît un bon exemple d'une pratique que l'on rencontre chez les seniors et chez ceux qui les suivent, et qui pose un certain nombre de questions de risques d'événements péjoratifs que l'on pourrait essayer de réduire aussi.

▪ Un petit aparté sur la question de la prévention dite « tertiaire ».

Vous savez que classiquement, l’OMS s’est mis à distinguer depuis longtemps, les années 1960/1970, la prévention primaire, on a déjà évoqué ce terme, que sont des actions en vue de réduire une maladie ou une situation avant que quoi que ce soit se soit produit. C’est la prévention primaire. Et à ce moment-là, on agit en essayant de voir quels sont les facteurs qui contribuent à l’augmentation de la probabilité d’avoir un problème, qui s’appelle facteur, qui influence le risque, ou pour aller plus vite : facteur de risque. C’est le grand domaine de la prévention avant que l’événement soit présent, se soit produit.

On a ajouté à cette prévention primaire, une prévention appelée « secondaire », qui concerne les états invisibles, avant l’extériorisation de la maladie. L’exemple bien typique est celui du cancer du sein : on cherche une boule ou on fait une mammographie, on essaye de dépister la maladie avant même qu’elle se soit extériorisée. C’est ce que l’on regroupe sous le terme de prévention secondaire.

Ayant beaucoup d’élan comme cela : primaire, secondaire, on s’est dépêché de définir une prévention tertiaire, dont la définition est : prévenir les complications.

Quand j’étais jeune chercheur, j’ai fréquenté plusieurs vieux épidémiologistes anglais qui disaient : « La prévention tertiaire, ce n’est pas bien, il ne faut pas parler de prévention tertiaire, cela nous met dans la confusion, on ne sait plus où on en est ». Et ce n’est que maintenant, dernièrement, sur la fin de ma carrière, que je me rends compte qu’ils avaient raison, je ne comprenais pas ce qu’ils voulaient dire. Ils avaient raison parce qu’il y a un grand risque de confusion, je l’ai vu à la CNSA, quand on s’est mis à proposer que la CNSA fasse du financement pour faire de la prévention. Pourquoi pas, il y avait de l’argent à la CNSA, c’est ce que l’on voyait. En fait on venait chercher de l’argent là où il y en avait, si j’ai bien compris. Mais la logique de la prévention est totalement différente

de la logique de prévenir les choses avant qu'elles se soient produites. Quant à la prévention des complications, je ne vais pas dire que le chirurgien qui m'opère de l'appendicite, parce qu'il fait de l'asepsie, fait de la prévention tertiaire pour me protéger de la péritonite. Donc c'est un problème qui nous embrouille un peu parce que, je pense, en particulier en termes de financement, qu'il y a des risques de confusion entre prévention tertiaire et la démarche de compensation. C'est assez préjudiciable. Je pense que quand on fait de la prise en charge des personnes, avec l'idée que si on les prend en charge tôt, on va éviter que cela aille plus loin, qu'on va les maintenir plus longtemps dans un état satisfaisant, je pense simplement que l'on fait du bon travail. C'est de la qualité que l'on met en œuvre.

Et prouver que l'on garantit, que l'on retarde l'entrée en incapacité, on peut en faire le vœu, mais je ne suis pas sûr que l'on puisse absolument le démontrer. Je suis un peu iconoclaste avec cette prévention tertiaire, mais conceptuellement elle pose un problème, donc je voulais en faire cette parenthèse. On pourra éventuellement en discuter après.

▪ Maintenant, la deuxième idée que je voudrais vous exposer, c'est que pour faire de la prévention, en particulier de la prévention ciblée, il y a une technicité à développer, et cela, les centres d'examen de santé et le CETAF l'illustrent parfaitement. Je vais un peu m'appuyer sur ce qu'ils font.

Si on néglige la technicité qu'il y a derrière, je pense honnêtement que l'on risque de perdre beaucoup d'argent. On risque de perdre son argent si on a des intentions de prévention très louables mais que l'on néglige les éléments techniques nécessaires à leur mise en œuvre.

Et parce qu'un programme de prévention, ciblée en particulier, surtout ciblée, il y a une instruction préalable qu'il faut conduire.

Cette instruction préalable : il faut choisir les entités que l'on souhaite prévenir. Ce n'est pas évident du tout parce qu'il y a des conditions -j'en parlerai après-.

D'autre part, il faut je pense cibler la population à risque, parce que si on ne cible pas la population à risque, on dilue ses ressources, et cela devient très difficile d'être, sinon efficace, du moins efficient, d'avoir un certain rendement. Par exemple, c'est le cas du cancer du sein ou du cancer de l'utérus, si on ne cible pas sur certaines populations, on arrive à faire cinq fois des frottis aux personnes les moins à risque. On fait autant de frottis que les Anglais par tête d'habitante, mais vous voyez bien que si ce sont les mêmes, qui en plus ont moins de risque, qui en ont eu cinq fois, alors que les gens les plus à risque n'en auront pas eu parce qu'on n'a pas ciblé, on a les mêmes dépenses, mais pas forcément le même rendement et la même efficacité dans la population.

Donc c'est une responsabilité à examiner, ce ciblage de la population. Cela sous-entend aussi des choses très techniques, c'est-à-dire que pour une entité péjorative : le cancer du sein ou le cancer de l'utérus, cela repose sur la connaissance des facteurs de risque. C'est-à-dire : quelles sont les entités ? Que l'on nous permette de concentrer des gens qui ont un risque plus élevé d'avoir l'entité péjorative. Là, il y a toute une démarche de développement et de recherche d'instruments de ciblage, avant que l'on puisse vraiment cibler.

Puis, un troisième élément, c'est que cela ne sert à rien d'avoir désigné une cible, cela ne sert à rien de dire que l'on concentre sur un certain nombre de cas à risque, il faut avoir une intervention. Et une intervention qui soit efficace. C'est-à-dire que l'on ait, souvent par la littérature, par tout ce qui est fait dans le mouvement scientifique permanent, des éléments qui permettent de penser qu'on a intérêt à le faire et que l'on va être efficace pour réduire ce risque, qui n'est pas le moindre des problèmes, et sous-entend aussi que l'on ne néglige pas l'évaluation des résultats quand on se lance dans des opérations de ce type.

- Pour choisir les actions de prévention ciblée chez les seniors, trois éléments de base sont à considérer.

D'une part, il faut choisir une maladie ou une entité péjorative qui a des conséquences importantes. Sinon, on peut prévenir beaucoup de choses, mais on doit forcément garder à l'esprit qu'il faut que cela vaille la chandelle, et donc que l'on vise des entités qui ont des conséquences importantes. Par exemple, les chutes, on sait que cela a beaucoup d'impact chez ces personnes et c'est sans doute viser une bonne cible de la prévention.

Le deuxième élément, c'est que l'on ait des éléments qui nous permettent de penser que l'on peut proposer des mesures et qui ont fait la preuve ou du moins qui ont pas mal d'éléments essayant d'évoquer leur efficacité. Leur efficacité d'une part, c'est-à-dire qu'elles atteignent le résultat et l'objectif qu'on leur avait fixés, et aussi qu'elles soient faisables, parce qu'il faut que les personnes l'acceptent, que les personnes qui sont dans le programme l'acceptent aussi, donc c'est à examiner et à ne pas négliger.

Et le troisième élément, c'est la méthode de ciblage de la population la plus à risque pour chaque entité considérée. Une de mes collègues, partie à la retraite un peu avant moi, est venue me voir et m'a dit : « C'est chouette, j'ai reçu un papier de la CRAM, qui me propose de faire de la gymnastique, les ateliers équilibre, j'y vais, c'est super sympa ! ». Je lui ai dit : « Toi ? Mais qu'est-ce que tu vas faire dans les ateliers équilibre ? Tu es en train de dépenser l'argent de la CRAM ». « Non, c'est vachement sympa ». Voilà ce que l'on fait quand on ne cible pas sur la population qui est la plus à risque. Elle, la plus à risque de tomber, ce n'était pas la bonne cible je pense, de lancer un programme de prévention.

Je pense que maintenant, cette prise de conscience de la nécessité de cibler les interventions sur les personnes les plus à risque est quand même quelque chose qui est passé. Et en particulier, ce que fait en ce moment la caisse vieillesse avec les CARSAT, et ce que fait aussi le

CETAF et les centres d'examens de santé, c'est un impératif de dire : il faut cibler les personnes les plus à risque.

- Pour illustrer tout cela, voici un exemple d'une discussion actuelle, dans le cadre des centres d'examen, pour la prévention ciblée chez les seniors jeunes, 55-74 ans.

Voilà une liste, sans hiérarchie, de ce qui est examiné comme possibilités : les chutes. Les états dépressifs. Les troubles cognitifs (non encore reconnus et non pris en charge – ce qui pose plein de questions). La dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) : cela vaut-il le coup de faire une intervention de prévention ou pas, de dépistage précoce ou pas ? La prévention de la cécité consécutive à un glaucome (là aussi il y a plein de discussions qui sont très difficiles sur les aspects techniques avant de se lancer). Et les accidents iatrogènes liés à la surconsommation des médicaments.

Voilà autant de cibles possibles dans lesquelles il faut choisir, en se coordonnant, pour arriver à un but.

- Programme de prévention des chutes :

Je résume ce qui a été conduit par le CETAF et les CES dans le cadre de la CNAM :

Une phase de préparation technique : revue de la littérature. Enquête sur les facteurs de risque. Mise au point d'un instrument de ciblage : un investissement important sur les chutes a été fait sur un instrument de ciblage qui s'appelle le score de risque de chute (SCR). Le choix d'une mesure efficace : les ateliers équilibre sont-ils efficaces, dans quelles conditions, etc. ?

Une phase de faisabilité : il faut travailler avec une sélection par exemple des CES, ce qui avait été fait. Et ensuite, faire le retour d'expérience et étudier à ce moment-là la chaîne de prévention que l'on peut envisager. Cela sous-entend obligatoirement une collaboration avec des partenaires : des partenaires de la médecine générale, c'est une

obligation, des partenaires des caisses retraite, etc. Vous voyez que l'on ne peut rien faire sans élargir son domaine à d'autres partenaires.

Une phase de généralisation : dans tous les CES, c'est décidé, insertion dans les réseaux pour assurer la « chaîne » de prévention. Élargissement actuellement du dispositif éventuellement via la CNAV, la caisse vieillesse, et ses relais, les CARSAT. Et un début de coordination avec les mutuelles complémentaires qui veulent aussi faire de la prévention, mais il faut que tout ce petit et grand monde se coordonne.

- Voilà à titre d'illustration, comment est constitué un instrument de ciblage pour ce cas particulier des chutes.

Cela repose sur 6 facteurs de risque qui sont énumérés là : le sexe. La situation familiale. Le fait d'avoir des rhumatismes qualifiés d'arthrose. Les antécédents de chute. La prise de médicaments psychotropes. Un test uni-podal, test de maintien sur un pied, qui marche mieux que le test de vitesse de marche qui était proposé initialement.

Ce qui définit trois niveaux de risque, entre faible, moyen et élevé. Faible : ce sont des conseils. Moyen : ce serait la cible des ateliers équilibre en actions collectives. Quant aux risques les plus élevés : ils relèvent d'une intervention quasi gériatrique, intervention individuelle où l'on doit voir chez la personne ce qui se passe.

Voilà quelque chose qui balise la chaîne de prévention.

- La prévention et le travail de coordination :

Je viens de vous démontrer qu'il y a un travail en réseau, dans les CES et en interne : les 110 centres de prévention couvrent une partie seulement du territoire français. Nécessité d'un appui technique, pour instruire les aspects. Et nécessité de collaboration avec les centres entre eux.

Mais aussi, indispensable, un travail de réseau en externe : c'est-à-dire la nécessité de collaborer avec ceux qui font les ateliers équilibre par exemple, et qui les financent, comme les CARSAT en

particulier. La nécessité de travailler avec les médecins traitants. L'élargissement du travail aux acteurs du territoire, le service social de la CARSAT, les centres locaux d'information et de coordination, les réseaux qui existent, ainsi que tous les autres systèmes de coordination pouvant exister sur les territoires. Élargissement aux institutions mutualistes qui semblent être intéressées d'entrer dans de tels programmes.

- Le travail en réseau pour assurer le travail de prévention.

Il faut relier la multiplicité des intervenants d'un territoire autour d'un objectif commun, et assurer la couverture territoriale, se doter de l'appui technique nécessaire pour procéder à tout ce que je vous ai indiqué.

La coordination permet de lancer ainsi des programmes qui vont innover de nouvelles pratiques, sans avoir à faire une restructuration institutionnelle en promouvant une approche par projet sur des objectifs précis. Mais il ne faut pas oublier qu'il y a quand même nécessité à se doter d'un « pilote », parce que si on ne peut pas se regrouper autour d'un pilote, cela va partir dans tous les sens.

- Conclusions :

1) Sur la technicité, je pense qu'il faut bien être conscient que l'on a un risque de « mouvement brownien ». Il faut faire très attention à cela : tout le monde fait des choses dans tous les sens, et le mouvement brownien, il résulte une immobilité de l'agitation de toutes ces petites molécules chacune dans tous les sens.

Donc il ne faut pas négliger la difficulté de la prévention à réduire objectivement le risque, c'est-à-dire la probabilité de la mauvaise santé, parce que dans les analyses de la littérature, c'est toujours très difficile de conclure sur des mesures qui aient fait la preuve de leur efficacité.

L'impératif de la technicité : elle est indispensable et exigeante. Elle exige une certaine « culture commune » qui est insufflée

par le réseau et transmise par lui. Avec des programmes structurés unissant tous les acteurs.

Je prône pour davantage de programmes de prévention ciblés, soit sur des populations, soit sur des événements, avec une unification de l'ensemble des acteurs concernés par territoire.

2) Le financement de la prévention : comme je vous l'ai illustré en disant : on est en train de piquer de l'argent à la CNSA qui est dédié pour faire de la prévention. C'était un avis personnel. Je mets en garde sur l'injection d'argent sans technicité, car c'est de l'argent perdu. C'est ma position. Pas complètement perdu, mais je pense que c'est un très bon moyen pour perdre beaucoup d'argent, que de faire de la prévention sans technicité.

À l'inverse, la technicité qui s'est mise en place sans injection d'argent, c'est-à-dire sans jamais rien généraliser, sans jamais reprendre la main pour faire des programmes d'envergure qui toucheraient l'ensemble de la population, en résulte ce dont nous avons une grande expérience en France, c'est-à-dire plein de petites expériences sans arrêt recommencées, d'efficience quand même, nulle, je ne sais pas, mais l'efficience est nulle, pas l'efficacité forcément, c'est-à-dire atteindre ses objectifs, à une échelle micro. Mais un rendement qui n'est quand même pas très élevé.

Enfin, je pense qu'il faudrait des financements dédiés à la prévention. Actuellement, la prévention est un budget facultatif des caisses de Sécurité sociale. Le paiement à l'acte, la prévention chez les généralistes ne marche pas du tout. La consultation à 70 ans, si elle n'est pas relayée par l'ensemble des éléments, ne conduit à rien. On va dire : « Voilà, c'était aujourd'hui la consultation de prévention, elle vaut 3 C, c'était celle-ci aujourd'hui ». Mais l'efficacité, je comprends la réticence de la Sécurité sociale.

Et il y aurait nécessité à ce que la prévention soit un secteur autonome de l'action en santé, et donc de la protection sociale, parce que la logique professionnelle ne peut pas se recouper, ni avec les soins aigus, ni

avec le suivi des affections chroniques, ni avec la compensation des états de handicap. Merci.

(Applaudissements).

M. Jacques GAUCHER.- Merci, Alain COLVEZ. Beaucoup d'enthousiasme, comme je l'annonçais dans le propos. Un contenu vraiment important, qui est celui du cadrage méthodologique de l'action de prévention.

C'était un peu un cours magistral, dans tous les sens du terme, mais nécessaire pour bien entreprendre la démarche de prévention.

□ La prévention en jonction sanitaire et sociale : de l'utopie à la pratique

M. Jacques GAUCHER.- Je vais laisser la parole maintenant à l'équipe de Bourg-en-Bresse. Je disais ce matin que c'est un modèle du genre, et nous avons là trois témoins. Nous regrettons encore une fois l'absence de Jean-Claude BLOND, empêché pour raisons de santé. Mais il est brillamment relayé par trois femmes. C'est intéressant de voir à quel point les femmes actives de la gérontologie burgienne portent une modélisation de la prévention et de la coordination de la prévention.

▪ Une expérience dans le département de l'Ain : la Cellule de Prévention des Situations de Détresse de la Personne Âgée. Un exemple reproductible ?

Mme Bénédicte CARRE.- Bonjour à tous. Le Dr BLOND m'a demandé de l'excuser pour cette après-midi, puisqu'il ne pouvait pas participer aux travaux. Nous ferons à trois voix la présentation de notre action : la Cellule de Prévention des Situations de Détresse de la Personne Âgée.

La prévention sanitaire et sociale : de l'utopie à la pratique. Nous allons tenter d'illustrer, par une expérience menée dans le département de l'Ain depuis 13 ans maintenant, le partenariat que l'on a pu instaurer et comment nous avons pu mener une action de prévention autour des situations de détresse de la personne âgée.

□ Un projet en plusieurs étapes, en sachant que le partenariat est resté le concept fondateur et qui nous anime depuis toutes ces années.

▪ Si on reprend l'historique, au départ ce projet était essentiellement sur le bassin burgien.

En 1999, on avait deux opportunités, deux structures dédiées aux personnes qui ouvraient sur Bourg-en-Bresse : un acteur sanitaire, le Centre Psychothérapique de l'Ain, qui ouvrait un CMP spécialisé pour les personnes âgées. Et un acteur social, l'ADAG BB, qui était financé dans le cadre des coordinations gérontologiques à l'époque et qui ouvrait une antenne gérontologique, donc un lieu d'information et de coordination, de prévention pour les personnes âgées.

Je voulais ajouter qu'à l'époque, un autre partenaire nous avait rejoints pour ce projet, un service de soins à domicile, l'ASDOMI, qui intervenait autour de la petite couronne burgienne, qui participait aussi à la mise en œuvre de ce projet.

Donc une rencontre et un projet commun entre ces trois acteurs : œuvrer à la prévention du suicide de la personne âgée.

Parallèlement, on avait aussi un contexte régional qui était favorable, puisque naissait le Programme Régional de Santé, avec des actions de prévention du suicide qui allaient être financées. Le Dr BLOND aurait pu le dire s'il avait été présent aujourd'hui, à l'époque il était le seul à présenter une action de prévention du suicide de la personne âgée. On avait pu obtenir un financement pour mener à bien cette action.

Concernant ce projet, on a dû également mettre en œuvre une certaine formalisation, puisqu'on a signé une convention entre le Centre

Psychothérapie de l'Ain et l'association l'ADAG BB, pour pouvoir mettre en œuvre ce projet et pour pouvoir formaliser la mutualisation des compétences et des moyens. Sans la mutualisation des compétences et des moyens, ce projet n'aurait pas pu voir le jour et on ne pourrait pas également continuer aujourd'hui.

- Pourquoi un partenariat entre le sanitaire et le social ?

Pour le sanitaire, la prévention se situait de toute façon en amont du soin. S'ils attendaient que les personnes arrivent ou soient signalées, c'était un peu trop tard. Donc pour eux, c'était important d'être intégré au réseau gérontologique pour que l'on puisse conduire des actions de prévention.

Et il était également important, pour conduire ces actions, que les acteurs gérontologiques puissent avoir des connaissances pour pouvoir repérer ces situations.

□ La cellule : des moyens, des missions et des actions définis, qui sont adaptés, évalués, réajustés au fil des ans

Vous le verrez en fonction de la présentation que l'on va vous faire.

- Les missions de la cellule : sensibiliser les acteurs gérontologiques mais aussi les usagers et le grand public.

Repérer et prévenir les situations de crise et de rupture.

Accompagner les professionnels et les personnes confrontées à une situation de détresse.

Vous voyez que par rapport à nos missions, on se retrouve aussi dans le cadre du Programme national d'action contre le suicide que Mme FACY a présenté ce matin.

- La cellule : cela n'a pu et ne peut fonctionner que grâce à la mutualisation des compétences et des moyens :

Des compétences techniques de professionnels spécialisés dans la prise en charge de la souffrance psychique : des médecins psychiatres,

des psychologues, des infirmiers spécialisés, des travailleurs sociaux spécialisés.

Des compétences en coordination, avec une chargée de développement pour l'action et les coordonnateurs et coordinatrices des CLIC dans le département.

Des moyens financiers : le Dr COLVEZ parlait bien des moyens financiers mis en œuvre pour les actions de prévention.

L'ADAG BB à l'époque, en 1999, répondait à un appel à projets et obtenait des financements de la Caisse primaire d'assurance maladie et de la DDASS. Au fil du temps, on a eu la mise en place du Groupement régional santé prévention. Et aujourd'hui, c'est une action qui est financée et soutenue par l'Agence régionale de santé, où nous avons obtenu une convention pluriannuelle de financement, ce qui permet une certaine stabilité pour la poursuite du projet.

Le Centre Psychothérapique de l'Ain met à disposition les compétences de ses salariés, que l'on va mutualiser et valoriser dans le budget de notre action.

Et puis, on le verra un peu plus tard parce que aujourd'hui cette action est départementale, les CLIC mettent également à disposition des compétences en coordination que l'on valorise également dans les budgets.

□ Les actions de la cellule

- 1^{ère} action : sensibiliser et former les acteurs.

On organise des sessions de formation et sensibilisation des professionnels, aussi bien du domicile : les auxiliaires de vie sociale, les aides à domicile, on intervient auprès des SSIAD, des professionnels libéraux, mais également des Établissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes, foyers logement, Petites Unités de Vie et MARPA que nous avons sur le département, des bénévoles, des organismes de tutelle, travailleurs sociaux, et également des étudiants.

Quand on a commencé à former et sensibiliser les professionnels, nous nous sommes dit : « C'est bien, on a formé et sensibilisé », mais les professionnels nous ont dit : « Oui, mais quand on repère après une situation, que fait-on ? » Former n'est pas suffisant, il faut aussi proposer un accompagnement aux professionnels quand ils ont repéré une situation de détresse.

▪ 2^{ème} action : auprès de la personne âgée en situation de détresse.

On a mis en place des réunions régulières entre ces professionnels des dispositifs de coordination et les professionnels des centres médico-psychologiques, avec l'idée que quand un professionnel a repéré une personne ou une situation où il peut être inquiet, il va nous appeler. On va recueillir les informations sur la situation de la personne. Lors de la réunion, on va évaluer la situation. Souvent on est en contact avec le médecin traitant, pour également avoir des éléments de vie ou des éléments médicaux sur la situation de la personne. Et en fonction de cela, on va pouvoir proposer une évaluation au domicile, voire la mise en place d'un dispositif de vigilance avec un plan d'aide, souvent avec renforcement des aides à domicile.

Pour évaluer ces situations, on a mis en place des outils, dont une grille d'évaluation des situations de détresse de la personne âgée, où on va évaluer : le risque, l'urgence, la dangerosité, mais également les facteurs de protection. Cette grille, on l'avait élaborée au départ, mais comme d'autres outils de la cellule de prévention, avec nos partenaires. Il nous semblait aussi important de ne pas être trop éloignés du terrain, de faire des outils qui ne soient pas trop sanitaires mais qui puissent bien être lus aussi bien par les travailleurs sociaux, services de soins, services d'aide à domicile.

À l'époque, je me souviens que les services d'aide à domicile du territoire, les services de soins, le service des aînés de la Ville de Bourg-en-Bresse, les travailleurs sociaux du Conseil général, de la MSA et

de la CARSAT avaient travaillé avec nous sur tous ces outils et également nos outils de communication.

Nous avons des réunions régulières entre les membres de la cellule, où nous allons suivre les situations, voire parfois proposer des réunions de synthèse entre tous les professionnels qui interviennent auprès de la personne âgée en situation de détresse.

- 3^{ème} action : des actions d'information auprès des personnes âgées, du public, avec l'idée d'être plus précocement préventif.

Aujourd'hui on s'aperçoit que l'on sensibilise majoritairement les professionnels qui interviennent sur le domicile ou dans les EHPAD, foyers logement, MARPA et autres, et c'est vrai que les situations signalées, l'âge des personnes est autour de 80 ans. L'idée est de dire : comment peut-on être plus préventif ? Comment peut-on toucher la population entre 60 et 80 ans, les plus jeunes retraités, voire même avant ?

Pour cela, on a mis en place des actions de sensibilisation grand public par le biais de conférences, de réunions auprès des clubs de retraités autour du « Coup de blues, que faire ? » Plutôt cette thématique.

Le CLIC reste l'acteur de proximité qui va recenser les besoins et organiser les actions. Avec l'idée de faire évoluer l'opinion publique, également de rechercher de nouveaux partenariats. Ce que vous disiez tout à l'heure, on s'interroge aujourd'hui sur le travail que l'on pourrait mener avec des programmes tels que « Bienvenue à la retraite » menés par les caisses de retraite, les actions de prévention que mènent les caisses de retraite complémentaire, et également les complémentaires santé qui organisent aussi des actions d'information auprès de leurs adhérents.

- 4^{ème} action : quand le suicide n'a pu être évité, nous pouvons également intervenir dans des situations post-traumatiques suite au suicide d'une personne, soit à domicile, soit en institution, auprès des proches et des professionnels, sous forme de soutien individualisé et de groupes de parole.

□ La départementalisation : cinq années pour la mettre en œuvre

Cette action était essentiellement sur le bassin burgien, et aujourd'hui elle est départementale. On continue de construire la départementalisation, cela fait cinq ans qu'on la met en œuvre, et c'est un travail régulier.

▪ Pourquoi cette extension géographique de la cellule ?

Nous avons des partenaires qui avaient des actions départementales et qui nous disaient : « C'est bien, sur le bassin burgien, on va former nos professionnels, mais après, sur le reste du département, on n'aura pas la même chose qui leur sera proposée. Et on a des situations aussi en dehors du bassin burgien où l'on peut être inquiet. Que pouvez-vous nous proposer ? »

Dans le département de l'Ain, le Conseil général, par le biais de sa politique gérontologique, s'appuie sur le réseau des CLIC avec un bon maillage territorial, puisque presque tout le département de l'Ain est aujourd'hui couvert par les CLIC. Nous avons 9 CLIC dans le département de l'Ain.

En 2007, également, la DDASS nous avait demandé d'étendre le territoire de l'action et de réfléchir à la mise en place d'une action plutôt départementale.

▪ La mise en place de cellules relais sur chaque territoire

Quand on nous a dit que ce serait bien de réfléchir à la départementalisation de l'action, nous avons réfléchi, nous nous sommes dit : nous avons le Centre Psychothérapique de l'Ain qui est une institution à vocation départementale, qui parallèlement avait identifié sur chaque CMP des binômes référents personnes âgées, avec un médecin psychiatre et un infirmier. Donc cela pouvait être une bonne opportunité, on avait l'acteur sanitaire bien identifié sur tout le département de l'Ain.

Et ce que je vous disais tout à l'heure, avec notre maillage territorial des CLIC présents sur tout le département de l'Ain, c'était

l'acteur social, médico-social, qui pouvait également conduire cette action. Puisqu'en ce qui nous concerne, les CLIC ne sont plus niveau 1, niveau 2, niveau 3. Dans le département, les CLIC ont quatre missions principales : une mission d'information, une mission de prévention médico-sociale, une mission de coordination et une mission d'observatoire. Et donc le Conseil général de l'Ain et également la CARSAT, qui est également membre du comité de pilotage départemental des CLIC, ont reconnu la mission de prévention médico-sociale aux CLIC et la mission cellule de prévention des situations de détresse de la personne âgée.

Donc tout cela permettait de faciliter la mise en œuvre de cette action sur le département de l'Ain, avec des conventions de partenariat qui ont été signées entre l'ADAG BB, les porteurs CLIC et le Centre Psychothérapique de l'Ain.

- Des cellules relais sur tout le département.

On schématise un peu. Vous voyez que sur tout le département, en fait on a un référent CLIC et un référent CMP qui constituent les cellules relais.

- Quelques chiffres : de 1999 à aujourd'hui, nous avons :
Sensibilisé 1 550 professionnels.

Rencontré 3 620 participants aux actions d'information auprès du grand public.

Sensibilisé des futurs professionnels, puisqu'on intervient auprès des écoles : formations d'auxiliaire de vie sociale et aide médico-psychologique.

Accompagné plus de 450 situations.

Pour illustrer un peu, je vais donner la parole à mes collègues des cellules relais du secteur des Trois Cantons et du Pays de Bresse.

Pouvez-vous reprendre, Madame Martine DEPARDON, l'historique un peu de la mise en place de la cellule sur votre territoire ?

- Les cellules relais du secteur des Trois Cantons et du Pays de Bresse

Mme Martine DEPARDON.- Au départ, il y a eu toutes les réunions de travail avec l'ADAG de Bourg-en-Bresse pour élaborer une charte et des conventions entre les porteurs de projet CLIC, le CPA et l'ADAG.

Après, sur le territoire du CLIC des Trois Cantons : Châtillon-sur-Chalaronne, Thoissey et Saint-Trivier-sur-Moignans, déjà je dois dire qu'il y a une spécificité, parce que le CMP de Châtillon-sur-Chalaronne, concerne aussi la moitié du territoire du CLIC Dombes Saône. Donc dès le départ, avec la coordinatrice du CLIC, nous nous sommes dit que c'était bien de rencontrer ensemble les professionnels sanitaires du CMP de Châtillon-sur-Chalaronne.

Les responsables du CMP ont rencontré les coordinatrices de CLIC. Nous avons commencé à réfléchir ensemble à la mise en œuvre de la départementalisation, bien sûr en suivant le schéma de la cellule de Bourg-en-Bresse.

Nous avons posé une réunion mensuelle, qui est activée ou non en fonction des situations. Et lorsqu'il y a une situation, c'est le CLIC référent social qui reçoit les informations. La coordinatrice du CLIC commence à remplir la grille d'évaluation avec les éléments que lui transmet le professionnel qui a appelé. Ensuite le CLIC se met en contact avec le référent sanitaire du CMP. Il y a une concertation. Lors de la réunion, on revoit la grille d'évaluation pour la compléter. Chacun des partenaires contacte un professionnel : le médecin du CMP contacte le médecin traitant, et le CLIC contacte tous les intervenants qui sont auprès de la personne âgée.

Ensuite, si nécessaire, il y a une évaluation à domicile.

Et après la concertation, il y a également des suivis réguliers. Et évidemment, un retour est fait auprès des intervenants qui ont sollicité la cellule.

Mme Bénédicte CARRE.- Et Docteur DAMIZET, sur votre secteur du Pays de Bresse ?

Dr Florence DAMIZET.- Pour nous, la cellule est effective depuis octobre 2011, puisque nous n'avions pas de correspondante de CLIC avant, elle était absente.

Au départ, notre groupe était constitué de notre correspondante CLIC, du binôme médecin du CMP de Montrevel-en-Bresse et infirmière psychiatrique du CMP de Montrevel-en-Bresse.

On s'est rapidement rendu compte que les personnes qui nous étaient signalées avaient toutes plus ou moins un contact avec les partenaires sociaux du Conseil général par rapport à l'APA. Soit il s'agissait de personnes signalées qui bénéficiaient de l'APA, soit il s'agissait de personnes signalées dont le conjoint bénéficiait de l'APA, puisque nous avons eu beaucoup de cas de signalement de personnes qui sont aidant principal de malade d'Alzheimer évolué. Donc on était face souvent à des personnes épuisées, qui avaient un risque suicidaire important.

De ce fait, on a évolué dans notre groupe, puisqu'on a intégré les partenaires sociaux du Conseil général qui évaluent l'APA, puisqu'on était pratiquement à chaque fois en contact avec eux pour connaître le plan d'aide à domicile. On a essentiellement des personnes qui sont repérées sur le domicile. Probablement parce que nous avons, le CMP en tout cas, des contacts étroits avec toutes les institutions médico-sociales du territoire. Nous avons beaucoup d'institutions : 13 ou 15. Et nous sommes parfaitement intégrés dans ces institutions-là. Donc je pense que quand il y a un risque suicidaire pour un résident de MARPA ou d'EHPAD, on nous interpelle directement au CMP.

Donc on a essentiellement du domicile.

Nos modalités de fonctionnement sont identiques à Châtillon : une réunion mensuelle. On fonctionne par mail, on n'attend pas de se voir pour parler de la situation de détresse qui nous est annoncée. Chacun a son rôle : moi, le médecin, j'appelle le médecin traitant, on est parfaitement repérés sur le territoire. Notre infirmière psychiatrique interpelle les

infirmiers à domicile. Et notre partenaire social du CLIC interpelle le système social, que ce soient les aides à domicile ou autres.

Nous sommes surtout dans la deuxième action finalement, qui est d'abord clinique, celle de la prise en charge des personnes âgées lorsqu'on nous interpelle.

Par contre, on a quand même d'autres ambitions. C'est déjà remplir notre première action qui est de sensibiliser et de former les acteurs. Nous sommes un peu en difficulté, car à moyens constants, on doit augmenter cette activité-là et on n'a pas trop les moyens.

Donc nous continuons à sensibiliser, en nous appuyant sur la « cellule mère », tous les professionnels du territoire de santé qui nous est déterminé.

Mme Bénédicte CARRE.- Quand on avait préparé l'intervention, vous aviez évoqué la difficulté quand on repère finalement des personnes jeunes, des jeunes retraités, qui n'ont pas d'intervenant à domicile. Vous pourriez en parler un peu ?

Dr Florence DAMIZET.- Quand des patients sont en perte d'autonomie, pour qui il y a déjà un plan d'aide à domicile, c'est relativement simple, dans la prévention du suicide, de renforcer les aides à domicile. D'ailleurs, le Conseil général nous aide beaucoup par rapport à l'APA.

Nos difficultés sont quand on est interpellés par des particuliers pour des personnes isolées, qui n'ont aucun intervenant à domicile, et qui ne sont pas dans le lien social, qui n'ont aucun contact avec l'extérieur. Là on est vraiment en difficulté. On a eu quelques cas. On ne sait pas trop comment prendre en charge ces personnes-là. On essaye de passer par le médecin traitant. Actuellement, par exemple, nous sommes en négociation pour une personne qui a un risque suicidaire élevé, qui refuse des visites infirmières, qui refuse bien évidemment tous contacts sociaux. Là on essaye de négocier avec le médecin traitant pour mettre en place une visite à domicile avec lui, sachant que le médecin traitant voit en général

rarement ce genre de personne, tous les trois à six mois. C'est un travail de longue haleine. On reste dans le plan de vigilance, et tous les mois on interpelle les différents intervenants pour voir où nous en sommes. Mais nous avons réellement un problème avec ces personnes qui sont en dehors du système social et sanitaire.

Mme Bénédicte CARRE.- Peut-être que la solution dans quelque temps sera ce que proposait le Pr HAGMANN ce matin : les visites préventives à domicile. Je ne sais pas. Je sais que notre partenaire, l'ASDOMI, avec qui on avait commencé à mettre en place l'action cellule de prévention, avait à l'époque un service de prévention qui n'a pas pu continuer mais peut-être que c'est cela aussi, de proposer des choses décalées par rapport à ce que l'on connaît classiquement.

Madame DEPARDON, on avait évoqué aussi quand on avait préparé l'intervention, le temps que cela avait mis, pas tant pour la mise en place de l'action, mais le temps d'apprendre à se connaître. Pouvez-vous nous en parler ?

Mme Martine DEPARDON.- Oui, parce qu'on est dans l'articulation entre le sanitaire et le médico-social, les premières rencontres n'étaient pas évidentes ; on se rend compte que ce sont deux mondes différents. Il faut bien comprendre ce que dit l'autre. S'entendre sur les mots, avoir un langage commun, pour arriver à une culture commune. Mais ce n'est pas automatique. Ce n'est pas parce qu'on élabore une charte ou une convention que tout de suite cela se met en place. Cela se travaille progressivement. C'est ce que l'on a vécu au début.

C'est aussi posé la question des relations avec le médecin traitant, qui est bien sûr toujours tenu au courant puisque c'est le pivot de la prise en charge ; mais comment l'appeler ? À quel moment ? Qui l'appelle ? Le médecin du CMP ? L'infirmière ?

Au début ce n'était pas toujours facile de distinguer ce qui était cellule et CMP, donc cela a pu entraîner des petits quiproquos. On s'est rendu compte que parfois, en fonction des situations, c'était mieux

que ce soit le médecin du CMP qui appelle le médecin. En règle générale, c'est le fonctionnement de la Cellule. Mais dans certaines situations, le fait que la coordinatrice du CLIC ait une formation paramédicale et a déjà été en lien avec le médecin traitant pour d'autres situations, a facilité les relations.

Ce sont des choses que l'on apprend au fur et à mesure.

Mme Bénédicte CARRE.- Comme vous le voyez, ce projet est toujours en construction et en développement.

On avait posé la question dans le titre : « *Un exemple reproductible ?* ». Oui, on y croit, puisque aujourd'hui l'ADAG BB est porteuse d'une MAIA, les maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer. On avait répondu à l'appel à projets en 2008. L'Agence régionale de santé nous a demandé d'étendre notre territoire puisqu'on intervenait sur le territoire du CLIC du bassin burgien. En accord et avec le soutien de l'ARS et du Conseil général de l'Ain, la MAIA va s'étendre sur un autre territoire CLIC, et on a décidé en fait de mettre en œuvre ce projet, sur le même modèle du projet cellule de prévention.

On a rencontré le porteur du projet CLIC, le porteur du CLIC, la coordinatrice du CLIC. On a élaboré une convention de partenariat, avec l'idée que l'extension du territoire de la MAIA s'appuiera bien sur les instances du CLIC, il n'y aura pas de doublon. Il s'agit vraiment pour la MAIA, de bénéficier et de s'appuyer sur le partenariat qui est déjà instauré par le CLIC.

Le CLIC reste le lieu de coordination de proximité pour les professionnels, le lieu d'information et de prévention pour les usagers et les professionnels. Et pour ce qui concerne la gestion de cas, le CLIC est la porte d'entrée, et c'est lui après qui va solliciter le service de gestion de cas en deuxième intention.

Pour nous, c'était vraiment important de s'appuyer sur l'existant, ce qui existe déjà. On a vu par l'action cellule de prévention que le partenariat fonctionnait, que l'on arrivait à organiser des choses sur les

territoires. Cela nous a semblé important de reprendre le même modèle, en tout cas pour ce qui concerne la MAIA. Et puis un modèle qui pourra être reproductible également sans doute pour mener d'autres actions de prévention. Merci.

(Applaudissements).

M. Jacques GAUCHER.- Merci pour cette présentation. Effectivement, elle est très riche d'enseignements et parce qu'on est dans des perspectives d'action, en vous écoutant, nous avons envie de passer aussi à l'action.

Je voudrais dire que ces actions portent aussi beaucoup, et vous avez été très modestes dans votre présentation, sur des énergies individuelles, sur des convictions d'individus, sur de la persévérance. Cela ne se construit pas tout seul. Je ne pense pas qu'il y ait un microclimat facilitant à Bourg-en-Bresse qui permette qu'ici, dans le pays burgien, tout aille bien. Je crois que c'est vraiment le fruit d'un gros, d'un très gros travail sur des années, avec beaucoup de courage et de détermination.

Merci beaucoup, et je pense qu'il y aura beaucoup de questions sur votre expérience.

J'accueille la table ronde.

Table ronde : « *Pas de prévention possible sans référence à une vieille idée : la coordination* »

M. Alain GILBERT.- Je vais animer la table ronde, en demandant à tous les participants de me rejoindre.

J'interviens ici, puisqu'on a une représentation régionale, pour un journal qui s'appelle *Interaction*, qui est bien connu dans l'Ain, qui est un journal très partenarial, un journal qui coordonne beaucoup de choses, et j'en suis le « plus haut gradé », c'est-à-dire je suis le directeur de la rédaction, mais ce n'est pas moi qui fais le travail, c'est une équipe de journalistes qui tous les trimestres parlent de l'action sanitaire et sociale dans le département.

C'est un cas un peu unique en France, c'est un magazine qui tire à 10 000 exemplaires, et c'est surtout un magazine qui compte sur le partenariat de beaucoup de personnes qui vont être assises à cette table ronde, à savoir : le Conseil général, l'ADAPA, l'ADMR, la MSA, la Mutualité de l'Ain, et le CPA dont il a été question tout à l'heure, par le biais de l'ORSAC et d'autres partenaires comme les bailleurs sociaux.

Nous allons commencer cette table ronde par vous, Monsieur Michel PULITO.

Je vais vous proposer un petit exercice : vous vous présentez, et vous dites en quelques mots ce qu'est pour vous la prévention, et une situation qui semble assez idéale pour correspondre à la définition que vous en donnez.

Dr Michel PULITO.- J'ai la redoutable tâche de commencer, c'est toujours un peu plus compliqué que mes collègues.

Je suis directeur du pôle gériatrique de la Mutualité de l'Ain. Je suis médecin gériatre de formation. Et j'ai en charge plusieurs activités, mais je vous rassure, je suis bien secondé, je suis directeur d'un EHPAD de 74 lits à Péronnas, à 5 kilomètres de Bourg-en-Bresse. Je supervise 250 lits de SSIAD. Et j'ai un service de téléassistance d'environ 1 800/1 900 personnes à domicile.

J'ai un peu un rôle transversal, et du fait de mes fonctions effectivement, je touche un peu, même beaucoup, les différents éléments qui permettent le maintien à domicile. Mais comme je vous le disais, je suis quand même bien aidé, et j'ai des responsables de secteur dans ces différentes activités.

Je pourrais intervenir à différents niveaux dans différents domaines. Mon activité principale, c'est tout de même la gestion et l'accompagnement de la personne âgée en établissement, puisque c'est là que je passe à peu près 80 % de mon temps.

Je dis toujours que l'on n'a pas vocation de soigner l'ensemble des personnes du département dans notre EHPAD. L'objectif et toute notre énergie, est de nous occuper des personnes que l'on accueille, mais c'est surtout de travailler avec d'autres pour le maintien le plus longtemps possible à domicile. Et c'est vraiment cette règle-là que l'on s'est fixée, puisqu'on sait que l'on est dans l'incapacité d'accueillir et de répondre souvent à l'urgence à laquelle nous sommes confrontés. Je disais tout à l'heure au Dr PAYRE : on ne sait pas faire l'urgence. Et eux, médecins généralistes, ils sont confrontés en permanence à l'urgence.

Donc il faut être en permanence dans l'anticipation et essayer de trouver des solutions pour prévenir la crise, le passage aux urgences et l'admission un peu en catastrophe en établissement.

Je reprendrai peut-être tout à l'heure un exemple que l'on a mené avec un SSIAD de Bourg-en-Bresse et notre EHPAD par exemple. Mais j'ai d'autres exemples.

Mme Christelle ROUDAUT.- J'occupe un poste de cadre départemental à l'ADAPA, qui est une association d'aide et d'accompagnement à domicile, qui a également un service de soins sur un plus petit territoire du département et qui participe à quelques services de portage de repas également.

M. Alain GILBERT.- Quelle est votre définition de la prévention ?

Mme Christelle ROUDAUT.- La mienne, avec toutes celles qui ont été données ce matin, va paraître un peu maladroite. De ce fait, je vais un peu contourner la question, si vous me le permettez.

En fait, la difficulté à laquelle nous sommes confrontés dans l'aide à domicile, c'est finalement d'entrer dans les maisons à un moment où les démarches de prévention n'ont pas été réellement engagées, où il y a déjà une incapacité en tout cas qui est avérée, et nos services sont souvent sollicités pour compenser la difficulté constatée. Ce qui nous met un peu en difficulté.

De ce fait, la définition de la prévention pour nous, en tout cas dans ce cadre-là, serait de réussir à trouver à ce moment-là, dans cette situation-là, les indicateurs qui vont nous permettre d'identifier des champs sur lesquels on pourra mettre en œuvre des actions, pour faire en sorte de développer un certain nombre de choses qui feront que ce sera moins pire.

Mme Françoise BAJARD.- Je suis responsable du service des aînés et des personnes handicapées à la Mairie de Bourg-en-Bresse, et directrice adjointe du CCAS. J'encadre un service composé de personnel médico-social et de personnel d'animation ou administratif, et nous gérons les deux foyers logements situés sur le territoire de la ville.

La prévention est très difficile à définir en deux mots même si elle constitue le fil conducteur de toutes les actions menées par le service. À chaque action, correspond un niveau de prévention. Je vais prendre quelques exemples, et plus tard, si vous le souhaitez, je pourrai développer une situation plus particulière.

M. Alain GILBERT.- On vous retrouvera effectivement tous les trois tout à l'heure pour travailler des exemples précis.

Mme Françoise BAJARD.- Quelques exemples ... au cours des interventions de la journée, on a entendu plusieurs éléments de définitions de la prévention, nous correspondant en tout ou partiellement.

Dans notre service, un certain nombre d'actions sont essentiellement collectives et on peut les rapprocher d'une prévention primaire. Entre autres exemples : organisation de sorties pédestres, organisation d'un séjour de printemps avec accompagnement par une infirmière et une autre accompagnatrice. Le fait d'organiser, une fois tous les deux ans, une journée d'information sur les actions de prévention avec une trentaine de partenaires. Ajoutons à cela la collaboration, entre autres, avec le CLIC, pour des opérations portes ouvertes dans les foyers logements.

Nos interventions relèvent également de la prévention plus secondaire, par le biais des infirmières du service qui effectuent des visites

à domicile. C'est ce type de situations que l'on pourra développer tout à l'heure, en coordination avec bon nombre de partenaires.

Enfin, en prévention tertiaire, j'ai pris un seul exemple, qui peut être aussi de la compensation du handicap, comme l'indiquait tout à l'heure le Dr COLVEZ. On a dans le service une chargée d'insertion des personnes handicapées, qui coordonne et collabore aux aménagements de la Cité. Un seul exemple : on organise la distribution de télécommandes pour des personnes mal voyantes ou non-voyantes, et qui pourront les utiliser pour des traversées de carrefour. Ce n'est qu'un exemple parmi beaucoup d'autres.

Mme Fabienne GOURLIER.- Je suis responsable de l'espace de prévention « ATOO, la dynamique senior » de la CARSAT Rhône-Alpes. Et j'excuse Sylvie SALAVERT, sous-directrice de l'action sociale de la CARSAT, qui ne pouvait être avec nous aujourd'hui

Par définition, les organismes de Sécurité sociale portent en eux la prévention, c'est vraiment l'essence même de leur mission, que ce soit pour les branches maladie, les branches famille, la branche vieillesse, et bien évidemment, au niveau de l'assurance retraite, car c'est la clef de voûte de notre politique d'action sociale.

Donc la prévention a un sens très fort au niveau de l'institution.

Concrètement, pour pouvoir répondre à deux notions clés que recoupe la prévention, que sont l'anticipation et la détection précoce, nous développons une politique de prévention du maintien de l'autonomie autour de trois niveaux d'intervention pour bien vivre sa retraite, bien vieillir et bien vivre à domicile. Ces interventions sont pensées comme des modes d'accompagnement des retraités parce que, comme effectivement l'ont dit plusieurs intervenants et en particulier le Dr COLVEZ, la prévention c'est avant tout une démarche volontaire de la personne.

M. Thierry CLÉMENT.- Directeur général adjoint du Conseil général, chargé de la solidarité.

La définition de la prévention, je pense que M. COLVEZ nous a tout dit tout à l'heure, et comme on a dû être formés à peu près dans les mêmes écoles, je pense que nous avons à peu près les mêmes définitions.

Au-delà de la définition formelle, la prévention me paraît être un état d'esprit. C'est-à-dire que finalement, confrontés à des situations individuelles, des situations de personnes qui peuvent être critiques, parfois d'urgence, on décide de ne pas seulement en rester là et d'améliorer notre manière de traiter ces situations, d'améliorer notre organisation, mais on décide de remonter en amont pour modifier les trajectoires de vie des personnes, pour éviter que ces situations critiques se reproduisent ou se reproduisent de la même manière ou avec la même gravité. Tout cela me paraît relever d'un état d'esprit, celui de ne pas rester où on en est face aux situations que l'on constate mais au souci de remonter en amont.

C'est facile à dire, cela paraît logique, mais finalement c'est sûrement beaucoup plus compliqué qu'il n'y paraît, parce que cela suppose déjà de bien connaître la situation, de bien être capable de poser un diagnostic pour repérer des facteurs qui vont être ceux qui seront pertinents pour agir.

Et puis, notre système est organisé sur le curatif. De ce fait, quand on va remonter plus haut, on va remonter en amont et on ne va plus être dans les mêmes postures. C'est pour cela que cela a à voir avec la coordination, c'est l'un des thèmes de l'après-midi, parce qu'il est évident que nos postures sont liées au curatif, et quand on remonte, on est obligés de travailler ensemble, on l'a dit tout à l'heure dans le projet présenté précédemment, on a vu qu'il y avait un travail entre l'assistante sociale, parce qu'elle connaissait les personnes à travers l'APA, et l'infirmière, parce qu'elle les connaissait à travers le service de soins, etc. Donc on est obligé de déplacer la fonction stricte sur laquelle on est. Cela a effectivement à voir avec la coordination, avec le fait de dépasser l'organisation qui est faite pour le curatif. Je crois que ce n'est pas aussi simple que cela.

Et cela a à voir avec le projet. On voit bien que c'est une logique de projet. On ne reste pas dans la situation dans laquelle on est aujourd'hui. On fait un diagnostic, on imagine des actions pour y remédier, et on va les mettre en œuvre à plusieurs, en partenariat, vérifier si cela marche ou pas, et on va corriger.

Tout cela, c'est une autre manière de travailler, c'est la logique de projet. Je crois que c'est extrêmement positif, on peut y prendre beaucoup de plaisir, y compris au plan professionnel, mais c'est quelque chose de pas si simple compte tenu des charges curatives qui pèsent sur les uns et sur les autres.

Dr Michel VERMOREL.- Je suis médecin-conseil à l'origine, avant la création des ARS, et depuis l'ARS, je suis directeur adjoint Handicap et Grand Age, plus particulièrement spécialisé sur la politique personnes âgées et le plan Alzheimer. Ce choix s'est porté parce qu'il y avait un peu d'histoire sur les personnes âgées, ou en tout cas je suivais pour l'Agence régionale d'hospitalisation, le schéma gériatrique.

Ce schéma, qui a été construit dans les années 2008, a été construit avec nos partenaires. On a travaillé avec eux, les conseils généraux, la CRAM à l'époque, les services de l'État qui étaient en responsabilité sur ce domaine, puisque l'Agence régionale d'hospitalisation n'avait qu'une expérience et qu'une responsabilité sanitaire, et il nous paraissait inconvenant de parler de personnes âgées et de politique gériatrique sans intégrer ce champ gérontologique.

Comme définition, il est bien évidemment difficile de passer après Alain COLVEZ. Je voulais simplement insister sur quelques éléments et sur l'importance, en termes d'analyse, du contexte social, économique et environnemental. Cela a été évoqué ce matin dans certaines présentations, car on sait combien ce contexte peut être extrêmement péjoratif. Et au-delà des actions individuelles, telles qu'elles seront présentées sur des populations ciblées à risque, il ne faut probablement pas méconnaître l'importance de ces actions collectives dont les pouvoirs publics et les

politiques doivent avoir connaissance pour porter une action beaucoup plus pertinente.

Je donnerai un simple exemple, qui est en cours de construction, et M. Jacques GAUCHER, le président de la Société Française de Gériatrie Rhône-Alpes est membre du comité de pilotage, c'est celle que l'on veut engager sur les aidants.

Vous savez combien le rôle des aidants est important, acteurs invisibles mais ô combien précieux. Et cet aidant, il arrive qu'il y ait une cassure à un moment donné et que cette rupture soit péjorative pour les deux, en particulier pour l'aidé, mais aussi pour l'aidant. Les facteurs de morbidité sont très élevés, vous le savez, et les publications là-dessus sont très marquées.

Le travail que l'on a engagé avec un petit comité de pilotage de professionnels, d'acteurs, de représentations des associations aussi, c'est de voir comment on peut anticiper, et je reviens sur la prévention, anticiper et repérer les personnes. Bien entendu, on s'est mis en contact avec le monde du travail : 60 % des aidants sont des personnes actives dans le milieu professionnel, et on a engagé cette réflexion pour savoir comment repérer, identifier et amener l'aidant à un certain nombre d'informations utiles pour éviter, retarder ou repousser, et les accompagner. Voilà l'exemple.

Dr Jacques-Henri PAYRE.- Je suis généraliste sur Bourg-en-Bresse et je voulais simplement rappeler deux ou trois petites choses essentielles, me semble-t-il, en disant que pour le médecin généraliste, la prévention est une préoccupation journalière, aussi bien pour le jeune âge que pour les personnes âgées.

Que notre but principal dans la prévention auprès de la personne âgée, c'est quand même le maintien à domicile le plus longtemps possible et dans les meilleures conditions, comme le disait Michel PULITO.

Notre rôle est un rôle d'intervention et de mise en place des aides qui peuvent aider les familles et le patient, que ce soit des aides de soignants, des aides sociales et des demandes de prestations.

Et on n'oublie pas de temps en temps de demander aux familles d'envisager l'entrée dans les établissements et dans les maisons de retraite, en anticipant les inscriptions par exemple ou en allant visiter.

La chose la plus délicate, c'est qu'il y a tellement d'intervenants dans tout cela, qu'il est souvent nécessaire d'avoir des moyens de communication entre nous, sinon rien n'est efficace. Et le bon vieux cahier sur lequel chacun peut mettre son mot à chaque passage est parfois une bonne solution.

M. Alain GILBERT.- Vous avez noté comme moi tout à l'heure : 1 150 professionnels touchés, dans l'action qui a été présentée tout à l'heure. Cela fait beaucoup de monde à coordonner.

Et vous avez aussi été sensibles aux propos de Martine DEPARDON, quand elle a conclu, sur le regard un peu prospectif et critique qu'elle portait sur l'expérience. Il y avait déjà tous les termes de la coordination qui étaient dedans.

Je vous propose un exercice un peu particulier : nous allons prendre trois exemples pratiques, qui nous ont été préparés par nos trois premiers intervenants. Et j'ai demandé à trois autres intervenants de porter un regard sur l'exemple qui va nous être proposé.

Et Thierry CLÉMENT, dont un jour j'ai écrit qu'il était dans une échauquette, parce qu'il était à un poste d'observation dans le Département, pourra tirer quelques enseignements de ces trois exemples.

Mme Françoise BAJARD.- Plus qu'une situation de coordination à un instant T, nous avons choisi de présenter ici ce que l'on appellerait un parcours de vie coordonné. C'est-à-dire le vécu par les professionnels du service et plus particulièrement par les infirmières. Précisons que les infirmières du service ne réalisent pas des actes de soins

classiques. Leur mission principale est d'évaluer les situations individuelles et mettre en place des actions adaptées en partenariat avec tous les autres acteurs.

Je prends la situation d'une personne âgée, 85-90 ans, aux revenus modestes, entrée en foyer logement depuis plusieurs années. Sachant qu'elle vivrait ailleurs qu'en foyer logement, la majeure partie des éléments que je vais aborder seraient les mêmes, mais nous avons choisi cette personne-là. Elle est veuve sans enfant, et sa famille, réduite, vit à plus de 300 kilomètres.

Je vais présenter l'évolution de sa situation sur 8 ou 10 ans, dans la mesure où je parle de parcours de vie, avec toutes les formes de coordination et de partenariat qui ont pu être développées, entre autres par l'infirmière du service.

L'évolution de la situation : au départ, la personne a été connue par le service par sa participation à des actions collectives. Tout à l'heure je parlais de sortie pédestre, de séjour de printemps, ce sont vraiment de premières actions qui nous permettent et qui permettent aux infirmières, après le pôle animation, de faire un accompagnement physique et d'avoir un regard particulier sur des situations. Les personnes, finalement, en sortie pédestre, peuvent dire qu'elles ne vont pas trop mal. Et c'est l'occasion d'établir une relation de confiance..

Progressivement, l'infirmière, pour cette personne, repère l'apparition de troubles liés à des ressentis de persécution qui nécessitent un premier niveau d'intervention, dont je parlerai ultérieurement.

Au fil des années, de nouveaux troubles sont détectés, de type troubles dépressifs, puis troubles de la mémoire.... Le tout nécessitant de réfléchir aux conditions matérielles, humaines et financières du maintien à domicile.

Une évolution, toujours par paliers, entraîne la mise en place d'une mesure de protection et actuellement la recherche d'un établissement d'accueil adapté.

On peut donner l'impression d'avoir choisi une situation extrême, mais non, c'est une situation relativement classique. C'est pour cela qu'il nous paraissait d'évoquer un parcours de vie plus qu'une coordination à un moment donné.

Face à cette évolution de situation, quelles ont été les formes de coordination ? Quelle est la diversité du maillage des partenaires ?

Divers acteurs ont eu et pris leur place tout au long de ce parcours de vie. Tout d'abord, l'acteur principal : s'il est des évidences qui méritent d'être énoncées, c'est que l'acteur principal, est bien la personne, dont on doit respecter la place, les droits, les libertés et les évolutions, si chaotiques soient-elles ou nous paraissent-elles. L'idée principale est bien de faire avec la personne et pas de faire à sa place, en incluant la famille quand elle existe, et là où elle existe. Même à 300 kilomètres, la famille existe, il faut aussi en tenir compte.

Une infirmière du service, et plus globalement le service, se situe en acteur pivot médico-social, et est le plus souvent en position de coordination, car relativement pérenne finalement dans l'entourage de la personne et de sa famille.

Le second acteur pivot, c'est bien évidemment le médecin traitant, et la coordination auprès de la personne s'est construite autour de ces deux pivots.

J'ai présenté des étapes critiques, même si je les ai synthétisées. Les acteurs de cette situation évolutive ont été les suivants : on a la chance à Bourg-en-Bresse, d'avoir un maillage institutionnel et professionnel riche à de nombreux niveaux. Il a donc fallu travailler dans cette situation avec le CMPPA, avec des infirmières pour des soins à domicile, avec les équipes des foyers logements...

Une personne qui vit en foyer logement, cela représente aussi d'autres acteurs, en dehors de la famille. Il s'agit d'un domicile, le foyer logement, avec des agents et une responsable. Mais c'est aussi un groupe de résidents, avec lequel il faut gérer toutes les évolutions. En effet, il faut

accompagner l'évolution et l'acceptation de l'évolution des situations individuelles par le collectif, et réciproquement. Il faut avoir conscience de tous les effets miroirs et les accompagner.

Les partenaires du maintien à domicile sont aussi les services de portage de repas, par l'aide au portage de repas gérée par le service.

Avec, de ce fait, un repérage, par ces professionnels, des évolutions de comportement. Quand une personne vient livrer le repas à domicile, c'est intéressant, par les retours occasionnés parfois : « On a senti que cette personne ne va pas trop bien », c'est un indice supplémentaire.

Dans cette situation-là, pas totalement fictive, un lien a été établi avec l'épicier ambulant : les acteurs sont très divers.

Dans le cadre des loisirs, cette personne a été accompagnée à certain moment du parcours, vers le club de retraités de quartier, en coordination avec les équipes d'animation bénévoles et toujours avec l'idée de repérer les absences prolongées, générant l'isolement. Il ne s'agit pas de « fliquer », mais de repérer les événements ou les crises pour mieux les gérer (en accord toujours avec la personne).

Enfin, en matière de mobilité, un autre type de partenariat aussi : dans la mesure où nous délivrons des chèques transports, une coordination est menée avec les taxiteurs conventionnés, pour cette mission de repérage.

Lors d'étapes suivantes, il a fallu aussi coordonner avec d'autres acteurs, la CARSAT ou les services de l'APA sur l'évaluation à domicile et l'organisation des interventions des associations à domicile.

Et toujours dans cette même situation, un travail a été réalisé pour un accompagnement vers un signalement, en vue d'une mesure de protection, auprès du procureur, et sa mise en place avec les services de tutelle.

Ce que je voudrais surtout souligner, c'est la réalité des évolutions par paliers, ...on est dans un parcours de vie, et le travail de coordination doit se poursuivre avec la personne, tous les services et tous les professionnels.

C'est toujours délicat de présenter une situation, d'autant que nous n'avons pas prétention à bien faire: le plus évident est que l'on ne peut pas agir seul en prévention. Le partenariat prend toute son importance.

Bien au contraire et sans juger, il semble primordial de repérer tous les niveaux de prévention et de ne pas s'arrêter à un maillage qui serait uniquement "professionnel étiqueté en tant que tel". Il faut faire très attention à l'environnement et à tous ceux qui interviennent dans cet environnement.

En fait, j'ai simplement décrit une situation classique, où on a une succession de coordinations à mettre en place, qui constituent un édifice relativement fragile, mais possible, si chacun d'entre nous se positionne dans le respect de la personne et de tous les partenaires qui vont graviter autour d'elle.

M. Alain GILBERT.- Fabienne GOURLIER, je pense que vous avez été sensible à la notion de personne ?

Mme Fabienne GOURLIER.- Tout à fait. Ce qui est intéressant dans cette expérience, c'est à la fois les mots *parcours de vie* et *coordonné*, on retrouve à la fois ce parcours de vie de la personne avec toute l'évolution et tout ce que l'on ressent de fragilité qu'elle porte en elle par rapport à l'isolement, et de ce que l'on connaît aussi de la fragilité, en terme d'impact sur le maintien de l'autonomie.

Également la notion de coordination, qui a été prépondérante dans l'accompagnement de cette personne, où l'on retrouve presque la notion de visites préventives, grâce à cet accompagnement très précoce qui a pu être mené par le service des aînés, où on a pu voir la détection précoce réalisé dans le cadre de la prévention primaire et de l'accompagnement de plus en plus au fil de l'avancée en âge de la personne et de ses difficultés.

Je trouve que c'est un exemple tout à fait intéressant, qui montre l'intérêt du travail en réseau et d'utiliser des méthodes et des moyens multiples pour pouvoir agir au plus près des besoins de la personne. C'est d'ailleurs la démarche que nous portons au sein de la l'Action Sociale de la Branche retraite, par l'intermédiaire des entretiens au domicile réalisés par des structures d'évaluations avec qui nous avons conventionné pour apporter un véritable diagnostic conseil et proposer un plan d'action personnalisé à partir d'un panier de service diversifié.

M. Alain GILBERT.- Peut-on avoir des personnes qui refusent d'être prises en charge ?

Mme Fabienne GOURLIER.- Bien sûr. L'accompagnement de la personne, c'est bien un accompagnement, donc une démarche volontaire, et la personne est acteur de sa vie, de son bien vieillir.

M. Alain GILBERT.- Sur le plan éthique, jusqu'où peut-on aller ?

Mme Fabienne GOURLIER.- Chacun...

M. Alain GILBERT.- Françoise BAJARD, cela vous est-il arrivé d'avoir des cas de conscience ?

Mme Françoise BAJARD.- Je pense que l'on a toujours des cas de conscience... mais c'est l'individu qui est primordial, et nos limites sont peut-être à la fois celles que la personne va nous donner et celles que l'on va pouvoir faire évoluer (éthique). Il est vrai que la description de situation semble très rapide. Il n'empêche qu'à plusieurs reprises, il y a eu : refus, acceptation, refus. Il faut respecter les temps de chacun.

M. Alain GILBERT.- Je vais être un peu caricatural, mais autant de gens qui se coordonnent autour de vous, cela fait peut-être peur parfois ?

Mme Françoise BAJARD.- C'est certain que la réduction à 3 minutes de 10 ans de vie, est assez particulière. Quand nous avons préparé cette intervention dans le service, j'ai trouvé que cela pouvait donner une impression de flicage,... sauf que c'est sur 10 ans.

M. Alain GILBERT.- Christelle ROUDAUT, votre exemple sera commenté par le Dr Jacques-Henri PAYRE. Je vous laisse la parole.

Mme Christelle ROUDAUT.- Je n'ai pas choisi une situation qui se déroulait sur 10 ans, parce que je crois que je ne méprise pas assez l'art de la synthèse pour le faire.

Je suis partie d'une situation assez particulière : il m'a semblé intéressant d'aller chercher une illustration dans laquelle nos services d'aide et d'accompagnement avaient besoin d'un éclairage sanitaire. C'était le thème de l'intervention précédente : l'articulation du sanitaire et du social, et c'est souvent ce qui nous met en difficulté en fait dans nos interventions à domicile. Donc on est plutôt partis sur une base telle que celle que je vais vous présenter.

En préambule, juste deux petits points : l'idée pour nous, c'est de se dire que la prévention telle que je l'évoquais tout à l'heure, c'est donner la possibilité aussi aux aides à domicile, qui sont en situation d'intervention, de pouvoir détecter les différents indicateurs qui vont permettre d'agir. Cela veut dire que la culture de la prévention doit être partagée dans les équipes. Alors que les aides à domicile ne sont (ce sont encore majoritairement des femmes) souvent appelées que quand il y a déjà un constat de difficulté, il faut malgré tout qu'elles réussissent à se détacher de la commande purement qui est faite pour compenser une tâche, pour réussir à être dans un regard un peu plus transversal global, qui permet aussi d'appréhender le futur.

C'est aussi toute une culture que l'on a à développer pour permettre d'avoir une réponse adaptée et faire en sorte que le maintien à domicile soit possible dans de bonnes conditions le plus longtemps possible.

L'autre réserve également, c'est que nous avons pris le parti, à l'ADAPA en tout cas, depuis quelque temps, dans certaines situations de mettre un terme à nos interventions à partir du moment où l'on considère que les personnels sont exposés à des risques et que de ce fait on a aussi,

en tant qu'employeur, une responsabilité par rapport à la prévention pour les personnels. On essaye de trouver la bonne mesure dans tout cela, entre accompagner le risque et les choix de vie des personnes que nous servons, en respectant le cadre de travail et la cohérence de travail pour nos salariés.

Une fois que j'ai fait le préambule, qui est aussi long que la situation, je vous présente la situation que nous avons décidé de retenir.

Il s'agit d'un couple d'octogénaires, un couple très fusionnel, qui vivait de manière tout à fait autonome dans un appartement relativement adapté à l'intérieur, mais situé au quatrième étage sans ascenseur. Un détail qui a son importance.

Monsieur conduit. Madame, non. Et Madame a une fille d'une première union, qui habite dans l'immeuble, à l'étage juste en dessous, mais sans qu'il n'y ait aucun lien depuis que sa mère a refait sa vie avec cet homme.

Monsieur tombe malade, très malade, est hospitalisé assez rapidement, de manière très ponctuelle, parce que son souhait est vraiment de rentrer sans cesse à la maison. Il ne conçoit pas d'être séparé de son épouse, qui vit très mal d'ailleurs les périodes d'hospitalisation.

De ce fait, sur les conseils du médecin, ils vont finalement accepter l'intervention d'une aide à domicile, mais vraiment pour faire plaisir au médecin, car généralement, quand le médecin dit, c'est plus facile que quand c'est quelqu'un d'autre. Donc ils acceptent l'aide à domicile, mais uniquement sur le fait de véhiculer Madame pour qu'elle puisse aller faire les achats à l'extérieur.

Le rôle de notre personnel pendant quelques semaines va s'arrêter à cela : aller chercher Madame en bas de l'immeuble, l'aider à remonter les courses, et poser les courses dans l'entrée. Surtout pas d'accès au domicile, ils sont dans quelque chose de très intime qu'ils ne souhaitent absolument pas partager.

Sauf que bien sûr, la maladie évolue, le monsieur finalement fait le choix de rester à domicile, et de ce fait on assiste à une médicalisation très importante du domicile, avec l'installation d'un lit médicalisé dans le salon, etc. Donc des tas de ruptures pour eux, puisque de ce fait, ils quittent la chambre conjugale, s'installent dans le salon, interviennent services de soins, etc., le médecin est très présent puisque c'est vraiment la personne de confiance. Et on passe d'une intervention qui consistait juste à poser les sacs de courses à l'entrée, à plusieurs passages par jour, 7j/7, auxquels s'ajoutent les passages du service de soins trois fois par semaine.

Et assez rapidement se pose la question pour nos salariés de se dire : que va-t-il se passer pour Madame quand Monsieur va mourir ? Parce que très clairement on s'avance vers là. Il est à l'époque alité 24 heures sur 24, ils dorment chacun de leur côté, reliés par un petit fil attaché au bras de chacun puisque Madame ne supporte pas l'idée de ne pas être à côté de lui. Donc il la réveille autant de fois que nécessaire en tirant sur le petit fil.

On en est dans le fait de se poser la question de la suite. Et c'est là que le soutien et l'éclairage du sanitaire et de l'équipe mobile de psychogérontologie ont été très importants pour nous. On les a fait entrer en scène à ce moment-là, puisqu'on avait réussi à gagner la confiance de la dame, que le médecin était favorable et a aussi ouvert la porte à l'équipe mobile. On a commencé à organiser des rencontres, au début, avec l'aide à domicile, l'équipe mobile et Madame, rien que pour lui faire envisager l'idée que peut-être demain son mari allait décéder. Mais vraiment peut-être, ce n'était vraiment pas sûr du tout. Cela a été très compliqué pour elle parce que c'était impossible, mais vraiment impossible. Donc en termes de prévention, on était vraiment dans une situation très bloquée.

Au fur et à mesure, la situation a duré trois mois, il est décédé après, mais l'équipe mobile, le SSIAD, le médecin, l'ADAPA, finalement on s'est rendu compte qu'en travaillant tous dans le même sens, de se dire

qu'il faut vraiment la préparer à l'après, on est arrivés à lui faire se poser la question du logement. Parce que se retrouver toute seule au quatrième étage sans ascenseur, déjà, rien que descendre, c'était devenu compliqué. Elle continuait à faire ses courses pendant ce temps-là, mais nos personnels s'étaient rendu compte que plus la maladie de son conjoint évoluait, plus elle faisait les courses rapidement. C'est-à-dire qu'on avait une petite dame, qui avait à l'époque 86 ans, qui bientôt faisait les courses en courant pour le laisser le moins longtemps possible, parce qu'il ne fallait pas qu'il reste avec quelqu'un d'autre au domicile.

Donc on a été dans une approche comme cela, très progressive. Et ce qui a nous a permis aussi je crois de fonctionner, c'est qu'on a eu des temps de concertation au pied du malade, et des temps de concertation à l'extérieur. L'équipe mobile et le médecin traitant nous ont apporté ces éclairages, ont travaillé avec nos salariés sur comment, quels mots on peut mettre sur cette situation-là, pour faire en sorte qu'elle accepte rien que l'idée de la réflexion.

Ce monsieur est décédé, sans surprise, au bout de quelques semaines. Il a été hospitalisé sur les derniers jours. Et sur ces derniers jours, cette dame nous disait : « De toute façon, je pense que je vais mourir quand il mourra ». Et là on est arrivé clairement à la question de l'intention suicidaire, puisque très clairement elle nous disait que de toute façon elle avait gardé un tas de médicaments qu'il avait, qu'il ne prenait pas systématiquement ou qu'elle ne lui donnait pas parce qu'elle trouvait qu'il communiquait moins avec ceux-là. Elle avait prévu en fait, le scénario était déjà en place, ce qui nous a d'autant plus inquiétés.

À ce moment-là, c'est la cellule de prévention qui est entrée en scène. Évidemment, Monsieur est décédé, mais on s'est rendu compte que finalement, ce qui avait été une réflexion pour Madame, le fait de l'accompagner au-delà du décès lui avait permis d'une part de se rendre compte qu'elle était toujours vivante alors que lui était mort, et finalement ce n'était pas rien de se le dire.

Et elle s'est rendu compte qu'il y avait plein de gens autour, qui étaient là pour l'aider, qui allaient dans le même sens, et que c'était quand même sacrément rassurant d'envisager, avec tout cet environnement-là, que la vie puisse continuer.

Et finalement elle est repartie dans d'autres choses. Nous l'aidons toujours et on fait un peu plus que les courses.

M. Alain GILBERT.- Jacques-Henri PAYRE, vous êtes la personne de confiance souvent ?

Dr Jacques-Henri PAYRE.- Oui, souvent, je pense.

Votre exemple montre bien toutes les difficultés d'intervention, et le temps nécessaire pour se faire admettre et faire intervenir de plus en plus de monde au fil de l'accentuation des problèmes.

On a aussi l'impression que plus il y a de monde qui intervient, plus la personne est perturbée quelque part. Tout déplacement la perturbe aussi : l'hospitalisation, quand elle n'est pas prévue très longtemps à l'avance, la consultation. Tout cela, ce sont des phénomènes qui aggravent les problèmes. Et cela devient un engrenage. Notre grosse difficulté, c'est le temps au milieu. En tant que médecin généraliste, on est à la course toute la journée. Et le temps de rencontre avec les autres intervenants, c'est très difficile. De ce fait, on a l'impression d'être là sans être là.

C'est pour cela que je parlais tout bêtement du cahier qu'on laisse sur place, où chacun écrit son petit mot : « Je suis passé, il y a eu tel souci, etc. » Cela permet de rapidement déblayer le terrain, d'enlever tous les à-côtés pour essayer de revenir à l'essentiel.

Mais c'est une histoire de temps surtout, pour nous.

M. Alain GILBERT.- Êtes-vous, comme cela été dit dans l'exemple, au départ celui qui signale ?

Dr Jacques-Henri PAYRE.- Je pense que c'est souvent le cas. Souvent on signale trop tard, je pense, en se disant : « Cela n'évolue pas

très vite, l'autonomie est encore là, il y a de la famille pas loin », et puis on se retrouve souvent dans l'urgence.

M. Alain GILBERT.- Est-ce qu'après, vous devenez le personnage central de la coordination ?

Dr Jacques-Henri PAYRE.- On devrait quelque part mais on ne l'est pas forcément, toujours en raison de cette histoire de temps. On délègue, on délègue, et finalement on ne devient plus grand-chose si j'ose dire, à part le soignant.

M. Alain GILBERT.- Avec l'expérience, vous êtes capable de confronter une situation de voici un certain nombre d'années à aujourd'hui, a-t-on gagné en efficacité ? A-t-on gagné aussi, j'ose le dire, en plaisir de vivre et en capacité d'aimer ? Puisque ce que vous disiez aussi supposait quand même beaucoup de sentiments derrière.

Avez-vous ce sentiment que la coordination, telle qu'elle est vécue, cela apporte à la personne ?

Dr Jacques-Henri PAYRE.- Oui, cela apporte à la personne, certainement. Les choses ont évolué effectivement parce que voici 25 ans, tous ces systèmes n'existaient pas, c'était du travail dans l'urgence permanente. C'était : on met la personne aux urgences à l'hôpital, ils font en sorte de gérer, et ils nous la renvoient quand c'est possible.

Là, on arrive à des situations comme cela très souvent malgré tout, parce que les choses évoluent et qu'il y a un moment où le rester à domicile n'est plus possible. Il n'y a pas énormément de places dans les maisons de retraite ou pas suffisamment. Il manque beaucoup de lits dans les hôpitaux, etc.

Il y a un moment où l'on finit forcément dans les urgences. On a tous un certain nombre d'exemples où la personne s'est retrouvée un vendredi soir aux urgences à Fleyriat parce qu'il n'y avait pas d'autre solution.

Les intervenants ne sont pas forcément rapides dans leurs interventions non plus. Donc tout cela fait qu'il reste quand même pas mal de difficultés.

M. Alain GILBERT.- Vous parliez d'établissement, on va en parler avec le troisième exemple, et le Dr PULITO qui va probablement nous parler des Ancolies.

Dr Michel PULITO.- Directement et indirectement.

Mais je vais peut-être rebondir sur ce qu'a dit Jacques-Henri PAYRE à l'instant. Effectivement, on travaille souvent dans l'urgence, et d'où, ce que disait le Dr VERMOREL tout à l'heure, l'importance de l'aidant.

Je ne vais pas être aussi concret que mes deux collègues, c'est un projet que l'on a mené à bien, que l'on a commencé voici une bonne dizaine d'années, concernant le travail en articulation, à l'époque, Les Ancolies, on était long séjour, et on est devenu EHPAD. À l'époque on avait deux lits qui nous avaient été « imposés », qui étaient des lits « d'isolement », comme on les appelait alors.

La première convention tripartite que l'on a mise en œuvre dans notre établissement, nous a permis de réfléchir un peu sur la manière dont on travaillait, et surtout les liens que l'on avait, nous établissement, avec l'extérieur. En gros, si on résumait, les liens, c'était zéro, pas grand-chose. On était très satisfaits de notre fonctionnement, tout allait bien ou presque, les résidents étaient bien soignés, les familles ne rouspétaient pas trop, et on allait plutôt dans le bon sens.

Là on s'est dit, et je crois que c'est tout l'intérêt de ces conventions, de réfléchir un peu sur ce que l'on fait, quel est le sens de notre travail et de le confronter avec les autres intervenants. Les autres intervenants, pour nous, bien sûr c'est le domicile, c'est en amont. Nous sommes allés voir différents interlocuteurs, et particulièrement les services de soins infirmiers à domicile, qui eux sont effectivement confrontés avec ce que vient de dire Jacques-Henri PAYRE, c'est-à-dire l'urgence ou la

pré-urgence, et ils sont dans l'anticipation des problèmes, ils sentent vraiment arriver le problème, avec souvent une grande impuissance devant cette difficulté que l'on sent monter, que l'on sent arriver, et souvent sans solution si ce n'est l'hospitalisation.

Donc on s'est dit avec la responsable des services de soins infirmiers à domicile : ne pourrait-on pas travailler ensemble ? On a fait la proposition à l'époque à la DDASS en disant : on a ces deux lits, on ne se les fait pas financer en tant que lits d'hébergement temporaire. C'était très novateur et très pilote à l'époque. Le forfait reste au service de soins infirmiers à domicile. Nous, on touche bien sûr l'hébergement, il faut bien que les gens payent pour être chez nous. Donc c'était le service de soins qui nous proposait des personnes qui étaient en difficulté au domicile, soit parce qu'ils étaient en rupture, en limite de prise en charge, ne serait-ce que médicale, mais souvent la difficulté relevait de l'aidant qui était soit épuisé, soit qui avait envie de faire autre chose. Et il a le droit. Ce sont souvent des grands-parents, et souvent sollicités par des propositions, soit pourquoi pas d'amis, mais aussi d'enfants, de petits-enfants. Et peut-être d'exister autrement qu'à travers la maladie du conjoint.

Donc on est partis sur ce principe-là. On a récupéré ces deux lits : un qui était dans le secteur ouvert, et l'autre qui était dans le secteur fermé, pour les gens atteints de maladie d'Alzheimer.

Cela a permis plusieurs choses. La première, c'est de répondre à des besoins de simili urgence ou de grandes difficultés, sur une quinzaine de jours, sur trois semaines, le temps nécessaire. C'était sur proposition du service de soins infirmiers à domicile, ce n'est pas nous qui allions chercher les gens. On n'avait pas cette proposition, on était disponibles au service de soins pour ces lits-là en grande partie. Bien sûr que je suis un gestionnaire et que je dois remplir mes lits, mais on les remplissait assez facilement avec le service de soins infirmiers à domicile.

C'était une manière aussi, on était long séjour à l'époque, on avait un médecin gériatre (que l'on a toujours), donc une certaine expertise pour faire le point, en accord avec le médecin traitant, puisqu'il était hors

de question de faire quoi que ce soit en dehors du médecin traitant, qui était associé à la démarche. On pouvait évaluer un peu les difficultés rencontrées à domicile. Bien entendu on préparait l'entrée dans notre EHPAD, il y avait un travail entre notre responsable infirmier, et l'infirmière coordinatrice du service de soins, qui permettait de donner tous les éléments pour accueillir cette personne.

Cela ne se fait plus actuellement, mais à l'époque c'était bien sûr les aides-soignantes du service de soins qui venaient faire la toilette, et c'était très important parce qu'il n'y avait pas de rupture entre le domicile et l'établissement. Et il y avait ensuite la préparation et le retour à domicile.

Et surtout, un premier contact avec un établissement, parce que souvent nous sommes un peu « le diable », donc on n'avait vraiment pas envie de venir nous voir, ce n'est pas nous qui allions chercher les gens, la confiance avait déjà été établie avec les responsables de soins infirmiers, et c'était aussi mesuré dans le temps : 10 jours, 15 jours, etc. Et donc ils étaient rassurés parce qu'ils allaient rentrer chez eux.

Cela a bien entendu évolué avec les conventions, et maintenant, le service de soins n'intervient plus, puisqu'on a ces lits d'hébergement temporaire qui nous sont financés, mais nous gardons ce lien et cette coordination, cette disponibilité à ces services de soins infirmiers à domicile, parce que cela peut répondre ponctuellement à de vrais besoins.

On fait aussi de l'accueil de jour, donc on peut aussi travailler dans ce cadre-là pour aider et favoriser le maintien à domicile.

Ce que je disais tout à l'heure, c'est vraiment favoriser le maintien à domicile pour un établissement d'hébergement fixe, permanent, c'est quand même intéressant. On fait le travail.

M. Alain GILBERT.- Docteur VERMOREL ?

Dr Michel VERMOREL.- Ce projet, qui remonte à quelques années déjà, est un très bon exemple de solution alternative, qui s'est mise

progressivement en place pour maintenant être reconnu comme un hébergement temporaire. C'est un des axes de développement, même s'il est modeste actuellement en termes de moyens financiers. Je dis « moyens financiers modestes » parce que les structures qui ont beaucoup de places d'hébergement temporaire sont en grandes difficultés financières pour équilibrer leurs dotations. Donc il faut qu'ils soient prudents ou que nous soyons prudents, nous, dans la détermination des capacités, de façon à ne pas mettre en difficulté un établissement qui est dans un équilibre parfois très fragile sur sa partie hébergement complet.

C'est un très bon exemple qui a évolué, et on sait l'importance du service rendu aux personnes, et aux aidants en particulier. Je n'ai pas de commentaire ou de question à poser sur ce projet, que l'on aimerait voir plus souvent développé dans la région.

M. Alain GILBERT.- Il vous arrive de regretter que des établissements ne soient pas assez ouverts sur l'extérieur ? Le service de soins, cela vous arrive de faire des remarques ?

Dr Michel VERMOREL.- Le problème : notre région est considérée comme une région sur-dotée au regard de la moyenne nationale. En effet, l'indice d'équipements en hébergement complet est supérieur à la valeur de référence nationale ; toutefois, ce n'est pas tout à fait vrai en hébergement temporaire, accueil de jour et SSIAD, pas loin. Ce qui fait que l'on n'a pas de moyens nouveaux pour des places d'EHPAD, sauf à les financer d'une autre façon, ce qui arrive quelquefois par fongibilité asymétrique . De toute façon, l'argent, il faut le prendre quelque part. On le prend soit dans le milieu psychiatrique, ce sont plutôt des structures alternatives psychiatriques FAM-MAS, par exemple dans le handicap. Soit dans le milieu sanitaire, et on un exemple récent en Savoie, où il y a une fermeture d'un soin de suite, une réduction de capacité, et l'argent est transféré dans le médico-social pour créer des places et des lits d'hébergement complet ou temporaire.

C'est une fin de plan. On peut espérer que l'avenir sera plus radieux, car le besoin est réel. On le voit régulièrement à travers les réunions que nous avons avec nos partenaires et avec les associations.

M. Alain GILBERT.- On a bien noté, Docteur, que l'avenir sera radieux. (*Rires*).

Thierry CLÉMENT, on a eu trois exemples intéressants. Je vous avais demandé si vous pouviez regarder ces trois exemples de votre point de vue ?

M. Thierry CLÉMENT.- Les exemples me conduisent à un certain nombre de points de réflexion ou de quelques points flash à aborder.

Premier point, les exemples confirment bien ce que nous a dit M. COLVEZ tout à l'heure, la prévention c'est une technique spécifique, qui est différente de la technique curative. Cela renvoie, pour moi, derrière, pour les acteurs, à la nécessité aussi de la formation. Au Conseil général, avec la CARSAT et la MSA, on travaille sur des actions d'aide aux aidants, qui préviennent des difficultés pour les aidants. On peut se dire que nos assistants sociaux sont bien formés et qu'ils vont y arriver sans problème, mais finalement, au bout d'un moment, on se rend compte qu'il y a besoin d'une formation complémentaire parce qu'agir à ce niveau-là, c'est beaucoup plus difficile qu'on ne l'imagine.

Le deuxième point, c'est un peu ce qu'a dit Christelle par rapport aux aides à domicile, elle a parlé de la commande qu'avaient les aides à domicile. Effectivement, agir dans la prévention, c'est agir différemment, donc on doit modifier le mandatement, le financement, le rendre compte. M. COLVEZ nous l'a dit tout à l'heure, pour les médecins, l'acte, ce n'est pas adapté pour la prévention. Pour les services d'aide à domicile, l'heure, ce n'est pas adapté pour la prévention. Et pour les EHPAD, la journée, ce n'est pas adapté pour la prévention.

Donc il faut arriver à renverser le système de financement et de mandatement, si on veut agir en prévention, pour que les acteurs en

question se sentent bien mandatés, qu'ils soient bien dans leur fonction. Les aides à domicile, historiquement on les a mises dans des fonctions d'accompagnement pour compenser la perte d'autonomie. On ne les a pas mises pour prévenir. Donc il faut aujourd'hui leur envoyer des messages pour qu'elles sachent qu'elles sont bien dans le juste lorsqu'elles préviennent telle ou telle chose.

C'est ce que nous essayons de faire avec les conventions pluriannuelles d'objectifs et de moyens que nous avons mises en place avec les associations d'aide à domicile du département. C'est modifier cette manière de commander. On ne commande pas des heures chez les personnes âgées. Ce qui nous intéresse, c'est de maintenir des personnes âgées dans le bien vivre, de prévenir leur dégradation et que cela se passe au mieux. Mais cela suppose d'avoir des commandes différentes, des modes de financement différents.

Mais ce n'est pas si simple que cela, car, troisième point, il y a une dimension culturelle très forte. On est dans un pays qui n'est pas très attaché à la prévention. On est dans un pays très attaché à ses droits, où les gens sont très attachés à leurs droits. Aujourd'hui, dans le travail que l'on mène avec les associations d'aide à domicile, les personnes âgées nous renvoient qu'elles ne comprennent pas ce que l'on raconte avec nos histoires d'objectif de maintenir à domicile dans les meilleures conditions : « Moi, j'ai droit à tant d'aide. C'est écrit dans le papier que le président du Conseil général a signé en bas à gauche. C'est tant d'heures. Si elle fait une demi-heure de moins, ce n'est pas bon, si elle fait une demi-heure de plus, je ne dirai rien ». Culturellement, c'est compliqué parce qu'on a toute une histoire.

Quatrième point, c'est peut-être la question du territoire. On voit bien dans ces questions de prévention que l'on est dans la proximité. C'est un sujet qui m'oppose parfois à l'ARS, c'est normal, ils sont « régional » et je suis « départemental », et de plus départementaliste, mais la coordination, la prévention, c'est une affaire où les acteurs se

connaissent, pas où les institutions se connaissent. Parce que les institutions, pour se connaître, on peut le faire au niveau départemental. Le fait de se connaître, de bien travailler ensemble, c'est facilitateur. Il n'y a pas que le poulet de Bresse qui fait que cela marche bien à Bourg-en-Bresse. C'est aussi parce qu'on arrive à créer un climat favorable, mais c'est quand même les acteurs de terrain au niveau où ils se connaissent.

Cela me pose une question par rapport ce que disait aussi M. COLVEZ, qui nous dit : finalement, vous faites des expériences, et cela retombe, cela recommence, avec finalement le risque du gnanngnan. On réinvente sans cesse la même chose au niveau local.

Autre chose aussi, en tant que décentralisateur, je vois aussi que ce qui tombe d'en haut marche rarement. Donc comment faire entre : ce qui se passe en bas, cela se passe bien, mais c'est limité parce qu'on n'arrive pas à le généraliser. Ce qui vient d'en haut, c'est formel, tout le monde répond formellement, mais finalement cela ne produit rien parce qu'on n'est pas dans une logique de projet. Il va falloir inventer quelque chose dans la manière de travailler.

Dans les thèmes de prévention, Christelle l'a dit dans son exemple, dans les années qui viennent, la question de l'habitat et du lien social, il y a quelque chose d'important à mon avis au niveau des murs, au niveau de la domotique. C'est dément d'envoyer des aides à domicile un quart d'heure pour fermer les volets, alors qu'une machine peut le faire. Par contre, une machine ne va pas prévenir la dépression de la personne âgée. Il faut arriver à mobiliser nos professionnels sur l'essentiel, qui sont les tâches d'aide mais aussi le relationnel, et que l'on arrive à se départir d'un certain nombre de choses par la domotique, par l'habitat (l'ascenseur, etc.). Je pense que l'habitat est le lien social que l'on arrive à générer ou pas. Si on est chacun enfermé dans des petites villas distantes de quelques kilomètres, on aura beaucoup plus de mal. On voit bien le mouvement qu'il y a aujourd'hui pour les personnes âgées à revenir dans les centres-villes.

Et le dernier thème, qui n'a pas été évoqué, mais qui me préoccupe, c'est la question de la prévention de la maladie d'Alzheimer. Nous évoquions cela hier soir avec M. COLVEZ, la maladie d'Alzheimer, aujourd'hui au niveau des médicaments, on sait que cela ne produit rien ou pas grand-chose. La maladie est là, on ne peut pas la prévenir. Donc comment travaille-t-il on ensemble sur le bien vieillir ? C'est une forme de prévention du mal vieillir, de mal vivre la maladie d'Alzheimer, et d'être accompagné dans les meilleures conditions possibles autour de cette maladie. On a un gros travail faire dans notre département, le plan Alzheimer ne me semble pas avoir apporté toutes les réponses sur ce plan-là, sur comment on va travailler ensemble. J'aimerais qu'au moins dans notre département, cela puisse être un thème de travail, thème qui d'ailleurs est transversal au domicile et à l'EHPAD.

M. Alain GILBERT.- Merci, Monsieur CLEMENT.

Il ne nous reste pas beaucoup de temps pour que vous puissiez poser des questions à l'honorable assistance qui est sur la scène.

On devait évoquer les freins et les avantages de la coordination. On devait même renverser la question, en demandant si la coordination n'était pas parfois un frein. Avez-vous des questions dans ce sens-là ? Cela m'aiderait bien.

M. Jacques GAUCHER.- Les questions écrites sont une technique à laquelle nous tenons beaucoup, car nous avons l'expérience de personnes qui, parfois, dans la salle, n'ont pas été conviées à faire une conférence et qui profitent des questions pour la faire depuis la salle en monopolisant la parole. Donc c'est plus simple de fonctionner sur ce mode-là.

M. Alain GILBERT.- Question : « *Croyez-vous que les aides à domicile et les auxiliaires de vie sociale ont le temps de faire de la prévention quand les interventions sont de plus en plus courtes ? Ils vont à l'essentiel.* »

Mme Françoise BAJARD.- Ils vont à l'essentiel. Effectivement, aujourd'hui, ce que disait Thierry CLÉMENT, dans la configuration actuelle des choses et les représentations qui courent sur le maintien à domicile et sur les interventions à domicile, c'est compliqué. Mais c'est une problématique dans le maintien à domicile comme dans tout : il faudrait que l'on soit super efficace, très concis en tout, et surtout pas cher. Donc forcément, on ne peut pas faire des miracles. On est dans une logique de modifier et de travailler à une modification de la culture de l'aide et de la relation. Le fait de sortir d'une tarification horaire, effectivement, sous-entend d'être dans une approche globale. Arrêtons de tout saucissonner : qui pour le ménage, qui pour le repassage, qui pour les courses, qui pour la relation humaine. Le but est d'arriver à faire quelque chose d'à peu près intelligent et de global.

M. Alain GILBERT.- « *Pourrait-on avoir un compte rendu de cette journée par mail ou autrement ?* » Bien sûr. Une sténotypiste tape tout ce que l'on dit et en fera un compte rendu qui vous sera diffusé, soit par mail, soit par papier si vous le souhaitez.

Autre question : « *Il serait intéressant d'avoir une approche de l'évaluation de nos actions : évaluation des résultats obtenus, évaluation économique ?* »

Une évaluation clinique des actions menées en matière de prévention, est-ce que c'est possible ?

Dr Michel PULITO.- Là aussi, c'est un problème culturel. Dans le médico-social, l'évaluation pour l'instant existe peu ou pas. Cela va arriver, puisqu'on y sera tous être confrontés, d'ailleurs on est un peu anxieux là-dessus car c'est un gros travail, dans l'évaluation de nos pratiques et de nos pratiques professionnelles, et surtout du service que l'on rend aux résidents. Cela va s'appeler l'évaluation interne, et ensuite on sera audités dans le cadre des établissements et des SSIAD, dans le cadre d'évaluations externes. Donc on sera bien obligés de mettre noir sur blanc ce que l'on fait. Cela nous permettra peut-être de défendre certaines

de nos positions, si on est optimiste, et de faire-valoir ce que l'on fait au quotidien.

Mme Fabienne GOURLIER.- Au sein de la CARSAT, nous sommes également attachés à l'évaluation de nos actions et en particulier de nos programmes de prévention. C'est pour cette raison que nous avons lancé une étude longitudinale de mesure d'impact du programme ATOO-La dynamique senior, avec un suivi prévu à deux ans et à cinq ans. Nous sommes pour l'instant à l'étape de recueil des données et la constitution de deux cohortes. Mais c'est bien sûr très compliqué d'évaluer l'impact de la prévention car ce ne sont pas forcément des faits objectivables.

M. Alain GILBERT.- Monsieur CLÉMENT, y a-t-il un bilan comptable ?

M. Thierry CLÉMENT.- Non.

Un bilan économique, oui, ce serait intéressant, parce que c'est de manière globale que l'on voit la chose. J'évoquais l'action d'aide aux aidants. Si l'on fait en sorte que l'aidant ne se dégrade pas, et comme on le voit souvent, que ce n'est pas lui qui meurt en premier avant la personne qu'il aide. Quelle valeur économique cela a ? Sûrement, cela a une valeur économique. La Sécurité sociale nous dirait qu'en plus ce sont les dernières années de vie qui coûtent le plus cher, ou les derniers mois de vie, surtout s'ils se passent mal. Oui, cela a une valeur économique, mais aujourd'hui on ne sait pas calculer l'intérêt économique de la prévention. C'est un investissement sur le moyen ou le long terme. Dans le domaine social, l'évaluation est compliquée parce que les choses bougent en parallèle. Cela ne veut pas dire qu'il ne faut pas le faire. Et je crois qu'il ne faut pas s'autoflageller en permanence, j'ai le sentiment que ces dix dernières années on a beaucoup progressé dans le secteur social, dans le fait de rendre compte de ce que l'on fait, d'évaluer, d'avoir des objectifs et des résultats, et qu'on n'a pas à rougir par rapport à d'autres secteurs et qu'on démontre assez souvent l'efficacité de nos actions.

M. Alain GILBERT.- Docteur VERMOREL, une question sur la formation des accompagnants familiaux bénévoles, naturels, voisins, la plupart n'ont aucune idée du vieillissement et ne savent comment aborder ni comprendre les personnes âgées. On en a beaucoup d'exemples sur la maladie d'Alzheimer, qui fait beaucoup de dégâts chez ceux qui accompagnent. C'est un exemple de comportement infantilissant vis-à-vis des personnes âgées.

Donc sur cette question de la formation ?

Dr Michel VERMOREL.- Sur la question de la formation, l'ARS n'est pas seule en compétence dans ce domaine. Ceci étant, on y travaille avec les institutions qui sont en charge de cela. J'évoquais tout à l'heure la formation des aidants, et cela rejoint un peu cette question.

Concernant la maladie d'Alzheimer, vous avez deux modes de financement qui arrivent du niveau national : un qui est versé dans une convention CNSA avec France Alzheimer nationale, déclinée par les représentants de France Alzheimer dans leurs actions départementales, dans chaque département, en lien avec d'autres partenaires, ils ne sont pas exclusifs et uniques. Et nous recevons aussi une enveloppe de financement dédiée à la formation des aidants, en plus.

Je vais vous donner un résultat malheureusement relativement décevant. On avait 230 projets de financement en 2011, seulement 77 promoteurs ont déposé un dossier, et on ne les a pas tous retenus, tous ne répondaient pas au cahier des charges. Donc très peu de formateurs, tout simplement parce qu'ils ne se sentaient pas en compétence pour faire, entre autres. Ensuite, le deuxième point extrêmement sensible, c'est que les aidants ne viennent pas à la formation. D'où, dans le travail que nous faisons actuellement, c'est repérer, inciter et inviter.

M. Alain GILBERT.- Ils ne veulent pas s'absenter ?

Dr Michel VERMOREL.- Il y a tout un contexte. On ne peut pas limiter à un facteur le fait qu'il ne veut pas. Il y a éventuellement le déni. On pourrait parler de beaucoup de choses là-dessus.

Simplement, notre démarche c'est d'essayer de montrer à la personne qu'il y a des associations, des personnes qui sont dans sa même situation, qui ont pu résoudre un certain nombre de problèmes et prendre un temps de répit pour leur santé à elles. Parce que là encore, c'est un problème important. Donc là on a des moyens, et cette année encore ils ne seront pas utilisés totalement.

M. Alain GILBERT.- Madame BAJARD, pouvez-vous répondre à cette question : « *Qu'en est-il des personnes qui ne relèvent pas encore de l'APA et qui sont pourtant en début de perte d'autonomie ? Toutes n'ont pas les moyens de prendre une aide via les CESU* » ?

Mme Françoise BAJARD.- Je pense que je vais passer le micro à la CARSAT.

Mme Fabienne GOURLIER.- Les personnes qui ne relèvent pas de l'APA, donc par définition les GIR 5 et 6, relèvent des missions des caisses de retraite. Et ce public peut aussi être en début de perte d'autonomie, et donc fragilisé. C'est pourquoi, au-delà d'une offre de prévention que nous portons auprès de l'ensemble des retraités, nous développons également des parcours de prévention en direction des publics plus fragilisés, de manière plus ciblée. Ces parcours de prévention pour nos publics fragilisés, ce sont par exemple les plans d'actions personnalisées que l'on mène à domicile. Cela représente sur la seule région Rhône-Alpes, plus de 30 millions d'euros par an. Et au plan national, ce sont plus de 303 000 bénéficiaires de cette action sociale pour l'année 2011.

M. Alain GILBERT.- J'ai deux questions pour vous, Docteur COLVEZ, que je vous donnerai sur papier.

Il faut que je termine.

Une dernière question, qui me semble très intéressante, je ne sais pas qui pourra y répondre : « *Je n'ai pas entendu prononcer depuis ce matin, l'existence des accueils de jour dans le département de l'Ain, alternative recommandée, qui entre dans le cadre de la prévention de l'épuisement des aidants par exemple, et le prolongement du maintien à*

domicile ». J'ai donné l'essentiel de la question. « *Les accueils de jour autonomes sont en partenariat avec le réseau gérontologique du département de la région au sens plus large* ».

Dr Michel VERMOREL.- Une réponse partielle sur les accueils de jour. Il y a eu une politique voici quelques années de dispersion et de multiplication des accueils de jour, et il se trouve que bon nombre n'étaient pas très fonctionnels ou peu fonctionnels, une ou deux places, cela fonctionnait très peu. C'était la politique de dispersion. Il y a eu des textes réglementaires récents qui concentrent un certain nombre de moyens.

Le souci que nous avons, c'est d'essayer de rendre ce service à la population de proximité, et c'est plutôt d'imaginer des accueils itinérants à partir d'un centre, pour permettre à des populations de ne pas se déplacer, mais que les soignants se déplacent.

Le problème fondamental dans ces accueils de jour, comme dans les PASA, comme dans les équipes spécialisées Alzheimer, c'est que les compétences ne sont pas toujours disponibles sur le marché : les ergothérapeutes et les psychomotriciennes, on n'en trouve pas tout le temps. Ce qui fait que les accueils de jour n'ont pas toujours les compétences utiles pour une bonne prise en charge et un projet thérapeutique non médicamenteux de ces personnes. Le problème de fond, c'est plus les compétences disponibles, parce qu'à partir de là, on aurait un projet d'organisation et de fonctionnement correct.

M. Alain GILBERT.- Vous m'avez dit l'autre jour que la coordination était déjà dans les textes de loi depuis un moment. Les organisateurs de cette table ronde en ont tenu compte, ils ont osé marquer que c'était une *vieille idée*. Est-ce pour vous une idée d'avenir ?

Dr Michel VERMOREL.- C'est une question délicate. Je ne sortirai pas mon joker là-dessus, mais...

Le mot coordination, on le trouve partout. On ne parle pas toujours de la même chose, bien évidemment. Et quand on fait l'inventaire de tous les dispositifs sanitaires, médico-sociaux et sociaux, le mot

coordination et des financements de coordonateur, on en a. Moi, la question que je pose, c'est : avons-nous les moyens encore de payer des coordinations et des coordonnateurs de coordonateurs ? La réponse a priori serait non, vue la conjoncture.

Maintenant, quels sont les niveaux de coordination nécessaires pour une bonne prise en compte des attentes des personnes, pour qu'elles aient une bonne trajectoire dans le système de santé ? Et là, je n'invente rien, je m'inspire des travaux faits voici trente ans, et trente ans après on est toujours dans la même question en France, sur trois niveaux de coordination, en tout cas une organisation de cette coordination qui répond à la complexité du système : coordination des institutions, Thierry CLÉMENT l'a évoqué tout à l'heure, on est capables institutionnellement de se mettre d'accord sur les actions et la coordination des actions à engager. Coordination -je ne sais pas si le mot est adapté, c'est pourquoi je le dis avec précaution- des acteurs professionnels, non pas du sanitaire ou du soin, mais de la santé et du social inclus. C'est ce que l'on essaye de mettre en place dans nos territoires de filière, où les acteurs de la ville, des services à domicile, du SSIAD, etc., travaillent sur la façon qu'ils ont ou qu'ils vont travailler ensemble.

Cela ne peut pas être descendant cette affaire-là. C'est obligatoirement ascendant, et ce sont les acteurs qui établissent les règles du jeu.

M. Alain GILBERT.- Vous avez un thème pour votre prochaine table ronde de du congrès de gérontologie, sur la coordination. C'est un débat qui n'est pas terminé.

Merci de votre attention.

Je vais laisser les organisateurs tirer les conclusions de cette journée. Merci.

(Applaudissements).

M. Jacques GAUCHER.- Nous arrivons au terme de cette journée. Je remercie tout particulièrement tous les acteurs de la table ronde d'avoir su récupérer les quelques minutes de retard que nous avons prises.

Je vais être très bref dans les conclusions, parce que je sais qu'il y a des impératifs de déplacement de personnes viennent de loin.

Simplement quelques informations concernant la prochaine journée. Vous trouverez tout sur le site de la Société Rhône-Alpes de Gérontologie, indiqué dans votre pochette : www.gerontologie-rhone-alpes.fr. Elle se tiendra avec le Département de la Loire, à Saint-Étienne, le 11 avril 2013.

Je vous indique que, sur le site de la Société Rhône-Alpes de Gérontologie, vous retrouvez tous les comptes rendus depuis 1969 (deux journées par an). On peut même faire des thèses sur le sujet, si vous connaissez des candidats, vous nous tenez au courant, ce sera sympathique.

En termes de contenu, ce titre qui a fait, comme disent les Québécois, un peu jaser, puisqu'il était provocateur : *Prévenir, c'est vieillir. Cette journée et son titre* ont permis de provoquer et convoquer nos réflexions, nos expériences et bien des choses en chacun de nous qui sont d'une richesse tout à fait intéressante.

Ce matin, nous avons eu des conférences d'une très grande qualité. Il en est ressorti beaucoup de sujets de réflexion. Je ne pourrai pas tout résumer et je ne vais pas faire, non plus, une synthèse de l'ensemble de ce que cette journée a produit de connaissance, de réflexion, d'interrogation., J'en retire un certain nombre de choses. Il me semble qu'il y a un point, très présent ce matin et qui est revenu encore plus fort cet après-midi, qui est que les sujets humains sont au cœur de la préoccupation de prévention et au cœur des dispositifs mis en place. Il ne faut pas l'oublier. Les mécaniques, aussi belles soient-elles et aussi performantes soient-elles, sont des mécaniques au service des personnes et agies par des personnes.

La question de la responsabilité de l'intéressé lui-même, j'évoque la personne âgée en situation de difficulté ou de grande dépendance, est centrale. C'est elle qui est à responsabiliser et qu'il faudra honorer dans ses choix. Il y a, là, une question éthique qui est majeure et qui me semble avoir eu le mérite d'exister dans notre journée et d'habiter nos réflexions.

Le concept d'éducation à la santé que le Professeur HAGMANN l'a mis en avant d'une manière assez franche, m'a semblé aussi un concept extrêmement précieux, parce qu'on se forme à tout âge, et peut-être même qu'un aidant en charge d'un malade Alzheimer très âgé, mais aidant lui-même âgé, peut encore apprendre encore sur sa manière de gérer sa santé.

On ne l'a peut-être pas souligné avec suffisamment d'insistance, mais le binôme aidant-aidé est, de fait, un concept qui me semble beaucoup plus performant que les concepts qui séparent l'aidant et l'aidé. Les préoccupations séparées sont assez dangereuses. Et l'on sait que l'aidant constitue souvent un vrai problème de santé publique. Il est donc important de s'adresser aussi à lui.

Un point qui a été souligné cet après-midi et que je trouve extrêmement précieux, est celui des compétences de la personne que l'on va aider. Dans les programmes de prévention, effectivement, pouvoir regarder du côté des potentialités, des compétences, Mme Christelle ROUDAUT l'a particulièrement souligné, me semble être un aspect qu'il ne faut pas négliger. On développe souvent de manière très altruiste des démarches généreuses, mais qui risquent de se mono centrer sur les difficultés, sur les handicaps, et cela peut être un des facteurs de sinistrose pour aussi bien la personne elle-même que son entourage de proximité.

Bien sûr, l'accent a été mis en final sur cette question de la coordination. M. Michel VERMOREL a été très habile ; il n'a pas sorti le joker, mais ce sont toujours de grandes questions que ces questions récurrentes. On peut toujours se demander si elles reviennent parce qu'on

n'a pas su leur apporter des réponses ou si elles s'auto-génèrent en permanence. J'aurais un petit penchant pour la deuxième interprétation..

Je sais que cette journée a été d'une grande qualité, d'une grande richesse. J'espère que vous avez été contents..

Merci aussi à Alain GILBERT d'avoir su mener rondement cette table ronde, avec beaucoup d'efficacité, et à tous les participants de cette même table ronde.

Merci à tous aussi d'être venus. Merci à ceux qui sont venus de loin. À dans six mois, à Saint-Étienne, on vous y attend.

(Applaudissements).

Merci aux organisateurs, en particulier l'équipe de Bourg-en-Bresse, qui a été extrêmement active et efficace dans cette réalisation de cette manifestation.

(Clôture de la journée à 16 h 45).