

# Société Rhône-Alpes de Gérontologie

95<sup>e</sup> journée régionale de gérontologie

## VIEILLIR A DOMICILE : SOMMES-NOUS PRÊTS ?

• Jeudi 6 octobre 2016 - Bourg-en-Bresse



## Sommaire

	<b>Page</b>
❑ Ouverture de la journée .....	3
❑ Vieillir à domicile : regard sociologique sur les enjeux de l'accompagnement des personnes âgées.....	18
❑ Vieillesse et vulnérabilité : une opportunité ? .....	31
❑ Le maintien à domicile : jusqu'où la protection sociale ? .....	45
▪ Questions du public .....	59
❑ Retour des débats organisés par les CLIC sur les territoires de l'Ain : constats, analyses, propositions... ..	68
❑ Introduction à la table ronde.....	84
❑ Table ronde : vieillir à domicile : sommes-nous prêts ?.....	87
▪ Questions du public .....	119

*(La journée est ouverte à 9 h 25)*

## **□ Ouverture de la journée**

**M. GAUCHER.-** Bonjour à toutes et à tous.

Merci d'avoir fait le déplacement pour vous joindre à notre réunion sur un sujet gériatrie qui est tout à fait d'actualité sur le vieillir à domicile : sommes-nous prêts ? C'est la grande question.

Nous allons tenter, peut-être pas d'y répondre aujourd'hui, mais en tout cas, d'éclairer les réflexions, d'éclairer les décisions dans ce domaine-là.

Nous avons toute une brochette de bons conférenciers, de personnes de terrain qui peuvent témoigner, d'usagers aussi et je pense que dans la journée, nous aurons l'occasion de nous enrichir de leurs propos ainsi que de ces débats, parfois certainement contradictoires (j'espère qu'ils ne seront pas trop polémiques) entre les acteurs de terrain, les usagers et les experts.

Quelques mots sur la Société Rhône-Alpes de gériatrie. On dit toujours Rhône-Alpes pour le moment, même si, vous le savez, les périmètres des régions ont tendance à changer. La décision politique est faite, nous l'avons actée, mais après, sur le terrain, c'est un peu plus compliqué. Pour le moment, nous sommes toujours Société Rhône-Alpes de gériatrie, mais nous avons peut-être quelques chances de devenir société Auvergne Rhône-Alpes de gériatrie d'ici quelques mois.

Cette société est une vieille dame - ce qui est bien, en gériatrie - qui date de 1969. Nous sommes quand même dans des expériences déjà assez riches, assez longues. Nous aurons peut-être l'occasion d'en reparler, j'en dirai quelques mots en conclusion. Je ne vais pas être trop long, mais nous avons des actes de toutes ces Journées semestrielles depuis 1969 et c'est sur le site de notre

association que vous pouvez consulter. Nous vous donnerons les indications tout à l'heure.

Sur ce sujet du vieillir à domicile, il est vrai qu'aujourd'hui, les orientations regardent beaucoup, cela ne date pas tout à fait d'aujourd'hui, du côté du domicile, pour différentes raisons. C'est d'abord souvent le premier choix d'une personne que de vieillir chez elle, voire de mourir chez elle. Il n'est pas toujours très simple d'organiser un accompagnement à domicile. La complexité vient du fait que la personne qui vient aider à domicile est souvent très isolée et il faut trouver des modes de coordination, d'accompagnement, d'encadrement, de management.

Il y a des questions économiques dont nous aurons aussi l'occasion de parler aussi, même si, pour le programme d'aujourd'hui, nous avons la défection d'Emmanuelle PUISSANT, maître de conférences à Grenoble, qui ne peut pas venir, suite à un ennui de santé dont elle s'excuse. Nous nous organiserons et Martine VERNE vous expliquera comment nous allons nous y prendre, nous changerons un peu le programme pour la matinée.

Je vous propose un petit mot sur l'organisation de la journée. Le matin, nous sommes plutôt dans le schéma conférence avec, à la fin de la matinée, des questions. Je pense que dans les pochettes, il y a des petits papiers vierges avec lesquels vous pourrez éventuellement poser des questions. Nous ne prenons pas les questions oralement, ce ne sera pas le très libre débat. Simplement, vous notez sur papier vos questions au cours des conférences, notez le nom du conférencier auquel cette question s'adresse. Essayez d'écrire lisiblement parce qu'après, il faut déchiffrer les textes. Essayez d'être bien clairs dans vos questions et nous demanderons aux conférenciers de répondre à vos questions écrites. Nous aurons un temps en fin de matinée à cet effet.

L'après-midi, ce seront plutôt des expériences de terrain, des témoignages, des débats, avec tables rondes, récits d'expériences

et ce sera le même système : nous aurons la possibilité aussi de questions. En fin d'après-midi, vous aurez la possibilité de faire passer vos papiers.

Pour terminer mon propos, nous essayons de tenir très strictement les horaires. Cela veut dire deux choses : ne vous inquiétez pas pour la fin de journée, nous terminerons à 17 heures, nous n'irons pas au-delà. Je ferai les conclusions et je me charge de faire le modérateur de cette temporalité.

D'un autre côté, en complément de ce que je viens de dire, ne vous préparez pas à partir à partir de 16 heures, ce n'est pas la peine, vous pouvez rester jusqu'au bout et bénéficier des débats et des présentations jusqu'au bout. En tout cas, merci de votre présence. Vous êtes nombreux et nombreuses. Vous êtes dans une salle merveilleuse, c'est un peu une coutume, maintenant, pour la Société Rhône-Alpes de gérontologie que de s'installer dans ce théâtre tous les quatre ans pour sa Journée à Bourg-en-Bresse. J'en profite pour remercier M. le Maire de cette salle, de cet accueil et je lui donne la parole pour vous dire un petit mot d'accueil.

*(Applaudissements)*

**M. DEBAT.-** Monsieur le Président, Madame la Vice-présidente du Conseil départemental, chère Martine, Mesdames et Messieurs, simplement quelques mots, d'abord pour vous accueillir toutes et tous ici à Bourg-en-Bresse, dans ce théâtre, à l'occasion de cette journée ; effectivement, grâce à l'alternat, l'évolution du périmètre de la région va peut-être, avec quatre départements de plus, amener à une rotation un peu moins fréquente, mais cela, vous en déciderez. Je suis heureux de vous accueillir à Bourg-en-Bresse pour ces Journées qui se tiennent tous les quatre ans dans notre département et dans notre ville chef-lieu.

Je salue, au-delà de Muriel LUGA GIRAUD, M. Guy LARMANJAT, conseiller départemental, les représentants de services

de collectivités et, évidemment, du Département qui sont présents et vous toutes et tous.

D'abord, un mot sur le sujet que vous avez choisi qui est celui du vieillissement à domicile, quelques observations, quelques réflexions. Nous y sommes globalement tous confrontés et de plus en plus. Nous voyons bien que le vieillissement global de la population qui, en soi, est une bonne chose, puisqu'il signifie que nous sommes de plus en plus nombreux à vivre plus longtemps et dans un état de santé plus favorable que voici 30 ou 40 ans, amène aujourd'hui à ce que nous constatons partout sur le territoire, et en particulier dans les villes, je dirai un mot du pourquoi, pour deux générations de retraités.

Nous voyons revenir vers la ville, à l'intérieur du bassin de vie de Bourg-en-Bresse, comme c'est le cas dans toutes les villes chef-lieu, dans toutes les villes centres de bassin de vie, à l'âge de la retraite, parfois juste avant, parfois après, des personnes qui avaient bâti leur vie dans le bassin en périphérie et qui se rapprochent de la ville pour réduire les déplacements ou l'intensité d'entretien de leur habitation, pour trouver plus facilement des services, pour se déplacer autrement, mais qui sont parfaitement dans la vie, qui n'ont pas besoin d'un accompagnement particulier pour vivre et vivre bien chez elles et profiter de ce temps de vie.

Cela a néanmoins des incidences sur l'équilibre de la population à l'intérieur des villes et sur la nature des services qui peuvent leur être proposés. C'est ce premier phénomène que nous constatons.

Et puis, il y a, effectivement, parce que c'est l'allongement de la durée moyenne de la vie, ces personnes qui souvent, à la soixantaine, sont aidantes de leurs propres parents, de l'un, parfois des deux, qui ont une trentaine d'années de plus et qui sont dans le grand âge, pas nécessairement en établissements parce que c'est une part minoritaire, nous le savons bien, et heureusement, mais qui nécessite quand même un accompagnement qui peut parfois être réalisé

uniquement par la famille et qui parfois, et c'est bien l'un des sujets, nécessite un accompagnement plus professionnalisé dont la question du coût se pose, mais qui justifie par exemple des investissements réalisés dans les villes de résidences seniors, et il y en a plusieurs dans la ville, qui proposent un compromis entre une vie autonome à l'intérieur du logement et l'accès à des services, une prise en compte qui permet de sécuriser ce temps de vie autonome, mais où l'on a besoin d'être accompagné.

En tout cas, c'est ce que je vois et que voient les services municipaux dans le cadre du fonctionnement général de notre ville.

Cela nécessite des adaptations en matière d'habitat, cela nécessite une articulation avec les modes de déplacement, en particulier collectifs ou autres. Cela nécessite de réfléchir à l'offre de personnel de santé, médicale et non médicale, dont nous avons tous besoin, mais dont l'intensité d'utilisation, si j'ose dire, croît avec l'âge et c'est un sujet. Aujourd'hui, la baisse du nombre de médecins, ce n'est pas seulement à la campagne, c'est aussi dans les villes. La problématique n'est pas différente entre la campagne et la ville, nous sommes tous affectés par cette réduction du nombre de médecins généralistes et cela fait partie des préoccupations que Bourg-en-Bresse agglomération a cherché à prendre en compte et nous travaillons aujourd'hui avec mon adjointe Véronique ROCHE qui viendra au cours de la journée, qui travaille ce matin, qui est infirmière de profession, à un ou plusieurs centres de santé dans la ville ; cela permettrait à des médecins de venir pratiquer dans un cadre plus collectif et de répondre notamment au besoin de la part de la partie de la population qui, vieillissante, a un peu plus besoin qu'à l'âge adulte et actif de recours aux soins.

Enfin, il y a des implications, et je ne serai pas long et terminerai par là, de deux natures pour notre société : il y a des implications financières très directes qui peuvent être liées à la prise en compte de la dépendance ; je vois la directrice du centre hospitalier

de Bourg-en-Bresse qui pilote maintenant aussi des EHPAD sur le territoire, il y a des implications dans les établissements d'accueil de santé, mais également dans l'hospitalisation à domicile qui, finalement, implique la Sécurité sociale et les acteurs de santé à proprement parler. Et puis, il y a des impacts et des évolutions plus sociologiques dont les collectivités peuvent aussi être actrices.

Nous avons par exemple cherché, pour lutter contre l'isolement d'une partie de ces personnes qui vivent à domicile et qui n'ont pas, à part une perte de mobilité relative, besoin d'être hébergées ailleurs et qui ne le souhaitent pas, un réseau de visiteurs bénévoles à domicile agréés par la ville pour prendre soin, prendre des nouvelles de personnes dont on sait qu'elles vivent seules, qui ne sont pas en difficulté, en alerte, mais dont l'isolement peut être réel.

C'est aussi le sens de toutes les activités qui peuvent être menées par les collectivités, notamment, la ville le fait, en termes de maintien d'activités physiques, de sorties, au-delà des clubs qui fonctionnent, mais qui ne s'adressent qu'à une petite partie de la population, finalement.

Je crois qu'à l'avenir, comme c'est un enjeu de société, nous devons arriver à travailler de manière beaucoup plus coordonnée, et des Journées comme les vôtres permettent de le faire, pour que l'ensemble des acteurs, chacun dans le cadre de ses responsabilités, puisse mener les projets qui sont les siens.

Effectivement, l'ensemble de la politique de santé, qu'elle soit de ville ou de campagne, libérale ou hospitalière, de l'accueil en établissement est là ; c'est le Département, évidemment, qui est chef de file de cette organisation et de ce qui peut être fait au niveau des communes, quelle que soit leur taille, pour contribuer à l'accompagnement et au bien-être des personnes vivant chez elles et vivant le plus longtemps possible chez elles dans des conditions qu'elles ont choisies.



Cet enjeu nécessite d'y réfléchir. Je vous remercie d'avoir choisi ce thème et de nous permettre d'y travailler ensemble et je suivrai avec attention ce que nous pouvons faire. Le lieu dans lequel nous pouvons essayer de travailler ensemble sur ces sujets, ce sont par exemple les contrats locaux de santé. Nous en avons signé un dans la ville de Bourg-en-Bresse. C'est une manière de travailler et nous serons attentifs aux conclusions et aux propositions qui naîtront de vos débats aujourd'hui, vous qui êtes des acteurs de terrain engagés au quotidien dans l'accompagnement des personnes. Merci de consacrer cette journée ici à Bourg-en-Bresse à cette thématique importante pour nous tous et bonne journée à toutes et à tous.

*(Applaudissements)*

**M. GAUCHER.-** Merci, Monsieur le Maire, pour ce mot d'accueil et cet encouragement, puisque vous attendez les conclusions de la Journée ; nous la commençons tout juste, mais cela nous encourage à aller très loin dans la réflexion et nous vous ferons passer le compte rendu dès qu'il aura été établi.

Comme vous l'avez promis, vous en ferez bon usage. Vous avez cité la fonction des aidants et je rappelle qu'aujourd'hui, c'est la Journée nationale des aidants. Cela tombe extrêmement bien que Bourg-en-Bresse soit tête d'affiche nationale. Nous parlons des aidants, nous faisons une réunion en gérontologie le jour qu'il faut.

Je vais donner la parole à Muriel LUGA GIRAUD qui représente, en tant que première Vice-Présidente, le Conseil départemental et l'on sait que le Département est un acteur de premier niveau dans le domaine de la gérontologie, du médico-social et de l'aide à ces personnes en situation de dépendance, car même si elles sont minoritaires, heureusement, comme vous l'avez dit, elles sont quand même bien là.

**Mme LUGA GIRAUD.-** Merci, Monsieur le Président.

Monsieur le Maire, Mesdames et Messieurs les élus,  
Mesdames et Messieurs les directeurs, Mesdames et Messieurs les

participants, très nombreux à cette Journée qui est une journée régionale importante pour justement avancer, aborder des sujets qui préoccupent tout le monde, que ce soit ici dans le Département de l'Ain ou dans tous ceux de France et même de façon mondiale, puisque vous avez choisi un thème humain par essence : vieillir à domicile, sommes-nous prêts ? Nous sommes tous appelés à vieillir ou à accompagner des personnes qui vont vieillir.

Le thème de réflexion, de travail que vous avez choisi est une préoccupation de chaque jour, que ce soit pour vous tous, mais également pour toutes les collectivités. Tout à l'heure, Jean-François DEBAT citait les visites à domicile et il est vrai que les personnes qui travaillent dans les communes, au sein des CCAS, savent très bien ce que sont ces visites pour aller voir les personnes à domicile lorsqu'il fait trop chaud, pour essayer de les réconforter, voir un peu les besoins, s'il y en a, être en contact avec les familles. Je crois qu'il faut aussi bien se rendre compte qu'aujourd'hui, nous sommes beaucoup organisés, au niveau du vieillir à domicile, sur une base de bénévolat, de volontariat, de bénévoles qui vont voir les personnes chez elles pour mieux se rendre compte des besoins et rendre compte aussi des situations.

Cette situation est accompagnée, comme vous l'avez dit, Monsieur le Président, par les établissements qui accompagnent les personnes dans l'âge, la dépendance et l'évolution de la vie. Une fois que nous avons vu ces deux points, c'est-à-dire le domicile et les établissements, nous nous posons la question : est-ce qu'aujourd'hui - je vais aller au-delà, même, de votre thématique - nous sommes prêts à assumer, à accompagner toutes les personnes dans l'âge, dans l'avancement du vieillissement ? La question peut se poser à domicile, c'est le thème de cette Journée régionale, mais la question peut aussi se poser en établissement, puisque l'on se rend compte qu'avec l'évolution de la société, de la démographie, de plus en plus, les établissements sont occupés par des personnes ayant différentes

pathologies, différents fonctionnements et de ce fait, la question se pose aussi pour les établissements.

Après, une fois que l'on a vu la question des établissements, concernant la politique qui a eu lieu voici quelques années consistant à dire que systématiquement, une personne qui vieillit, qui commence à avoir des soucis de dépendance doit se retrouver en établissement, on s'est rendu compte que cette politique n'est plus valable et n'est plus acceptable parce que les personnes qui vieillissent, qui sont dépendantes, qui commencent dans la dépendance choisissent, souhaitent et veulent vieillir à domicile. La question se pose à deux niveaux. D'abord, au niveau des établissements, c'est-à-dire : qu'allons-nous faire dans les établissements pour mieux accueillir les personnes et mieux aussi les accueillir avec les nouvelles maladies qui arrivent dans notre société ? Elles ne sont pas nouvelles, mais on les aborde différemment et je pense à toutes les maladies de forme Alzheimer que vous connaissez tous et que vous abordez aussi dans les différents métiers que vous pouvez exercer.

Au niveau de la maladie d'Alzheimer, on voit qu'elle s'est installée petit à petit dans les établissements et que ceux-ci ne sont pas nécessairement équipés et organisés aujourd'hui pour accueillir à la fois des malades d'Alzheimer, d'autres maladies et des personnes, tout simplement, qui vieillissent et qui arrivent à une phase de dépendance. C'est une première question.

La deuxième question est la première que nous nous sommes posée au niveau du Département de l'Ain, puisqu'effectivement, si l'on veut répondre à cette première question des établissements, c'est pour cela que je commençais par ce point, il faut regarder comment l'on peut faire pour que les personnes qui le souhaitent restent le plus longtemps possible à domicile, mais dans de meilleures conditions.

Le Département de l'Ain, sous la présidence de Damien ABAD, a voté au mois de mars de cette année un plan Seniors O1 et

d'ailleurs, vous avez tous dans votre pochette le petit livret. Je vous invite à le regarder et à le suivre. Vous y verrez que nous sommes partis de ce point que je viens d'évoquer, à la fois les établissements et le domicile, et que nous sommes partis sur l'utilisation de nouvelles technologies, de nouveaux moyens, de nouvelles préoccupations aussi pour que la personne puisse vieillir à domicile dans de bonnes conditions. C'est un plan sur cinq ans qui aborde le domicile, qui aborde aussi la maladie d'Alzheimer et qui aborde, ce qui est très important dans notre cheminement et dans le cheminement du thème que vous avez choisi, les aidants.

Les aidants doivent être pris en considération autant que la personne que l'on va aider parce que l'on s'aperçoit aujourd'hui, comme le disait Jean-François DEBAT voici quelques instants, qu'il y a 20 à 30 ans d'écart entre eux et les personnes âgées et qu'avec l'âge qui avance, on se retrouve avec des aidants qui sont eux-mêmes en situation de difficulté.

C'est donc notre rôle aussi, au niveau du Département, d'être attentionnés et d'avoir des actions par rapport aux aidants et par rapport aussi aux professions médicales qui interviennent au quotidien, ainsi que de service à domicile que je n'oublie pas, auprès de ces personnes qui vieillissent à domicile.

Au niveau de ce Plan seniors, un plan ambitieux sur cinq ans que je ne vais pas vous détailler parce que ce serait beaucoup trop long et que je préfère que vous le lisiez tranquillement, puisqu'un livret a été fait à cet usage, nous avons décidé de lancer (c'est tout récent, puisque nous l'avons voté au mois de septembre) des expérimentations dans plusieurs domaines, expérimentations qui vont durer six mois, pour nous rendre compte de quels sont les meilleurs outils, les meilleurs moyens, les meilleures méthodes pour permettre aux personnes de vieillir à domicile.

Parmi ces expérimentations, nous allons commencer dans les jours qui viennent celle de ce que nous appelons le *coussin*

*intelligent*. C'est un coussin qui paraît être un coussin classique, mais qui est truffé de technologie, qui permet à la personne à domicile de communiquer avec l'extérieur via sa télévision et via ce coussin. C'est un lien vers l'extérieur, mais également un lien avec sa famille, avec les personnes qui viennent à domicile au niveau des associations qui interviennent, des personnes qui interviennent et également du personnel médical. Est-ce que ce coussin est une solution ? Nous ne le savons pas, nous allons le tester. Réponse dans six mois : nous saurons si nous le gardons ou si nous évoluons.

Ensuite, nous avons également en test un pack sécurité en partenariat avec la Mutualité de l'Ain, qui met en place toute une série d'outils comme des chemins lumineux, des voiles de lit, différents outils, des tablettes bien particulières, mais toute une série d'outils, de nouvelles technologies au service de la personne à domicile qui a besoin d'être en contact avec l'extérieur, mais qui a aussi besoin d'être encadrée, d'être protégée. Nous essayons donc d'utiliser les nouvelles technologies pour protéger les personnes à domicile.

Également, dans ce même état d'esprit, cela permet de rester dans le même domicile, mais d'amener des nouvelles technologies. Trop souvent, on a entendu qu'il fallait construire de nouvelles résidences, mais cela a un coût et trop souvent, ce que l'on oublie est l'humain et que la personne âgée n'a pas nécessairement envie de changer de maison parce qu'elle se voit évoluer dans l'âge et dans la maladie, elle n'a pas en plus envie de changer de domicile. L'étude que nous faisons, l'expérimentation dans le même temps que le coussin intelligent, c'est justement de permettre à la personne de rester chez elle, mais c'est la technologie qui vient adapter son logement, ses modes de vie pour mieux se rendre compte de la façon dont cela peut se passer en toute sécurité pour elle et pour les aidants, puisque souvent, on le sait, la préoccupation des aidants est celle de la personne que l'on laisse parce qu'ils ne sont pas tous à la retraite. Certains travaillent encore et pendant qu'ils sont au travail, ils ont toujours une partie de leur esprit tournée vers la personne qu'ils ont

laissée à domicile en se demandant si tout se passe bien. Il s'agit d'essayer d'utiliser ces outils pour rassurer tout le monde et aussi, surtout, que la personne soit en sécurité.

Après, parmi les tests que nous avons lancés au mois de septembre, il y a aussi le lien avec La Poste, le facteur à domicile, puisqu'avant, cela se faisait et maintenant, cela ne se fait plus, puisque c'est un service payant. Au niveau du Département, nous lançons ce test en partenariat avec les services de La Poste pour se rendre à domicile, discuter avec les personnes et en même temps, rapporter, s'assurer que la personne est en bonne santé, que tout se passe bien, qu'elle a bien ouvert ses volets, qu'elle n'a pas de souci de santé, qu'elle n'est pas tombée parce que la chute est l'un des gros problèmes des personnes à domicile. Il faut donc travailler autour des problèmes que l'on rencontre pour essayer de trouver quelques solutions ou quelques alertes parce que l'on s'est aperçu que la téléalarme, c'est bien, mais qu'il faut appuyer dessus et que ce n'est pas toujours l'alerte qui est choisie et on le voit très bien pour tous ceux qui travaillent au niveau des différents services APA : la téléalarme, souvent, n'est pas volontairement choisie par la personne et quand elle est imposée, la personne la pose sur sa table de nuit et nous n'avons pas résolu le problème de la chute et de la sécurité ; nous le savons, nous en avons pris conscience et c'est pour cela que nous essayons de tester et de mettre en œuvre d'autres outils.

Après, au niveau de ce Plan seniors et des expérimentations, nous avons encore deux axes. L'autre est le baluchonnage : c'est une expérience nous mettons en place qui existe déjà au Québec, c'est une idée qui permet à la personne âgée de rester à domicile, même quand les aidants qui habitent ou qui viennent régulièrement doivent partir en vacances ou souffler un jour, une demi-journée ; en fait, souvent, ils ne partent pas en vacances, mais soufflent, ne serait-ce qu'une demi-journée. Quelqu'un vient avec son balluchon la journée ou la nuit pour veiller sur la personne qui reste à domicile. La personne n'est donc pas déracinée. Ce point, vous

allez certainement l'évoquer au cours de cette Journée : vieillir à domicile, sommes-nous prêts ? Surtout, tenons compte du fait que la personne n'a pas envie d'être déracinée, mais de rester chez elle, au-delà de la maladie et du vieillissement.

Au niveau du baluchonnage, c'est très bien pour la personne qui reste à domicile, mais aussi pour les aidants, cela permet de souffler, de reprendre un peu d'énergie pour pouvoir revenir avec un peu plus de forces et s'occuper de la personne qui est à domicile.

Enfin, nous avons toute une série d'actions très nombreuses que je ne détaillerai pas, qui partent aussi en expérimentation avec tous nos partenaires au niveau des associations, dont l'ADAPA, mais il y en a d'autres qui sont associées dans cette expérimentation d'outils de formation ; par exemple, des formations à l'informatique, aux tablettes, des exercices. Plus de 19 actions seront expérimentées pendant six mois. Comme vous le voyez, en fait, nous avons mis en place un Plan seniors sur cinq ans, mais nous n'allons pas dérouler en attendant de voir au bout de cinq ans ce qu'il va se passer. Tout de suite, nous avons décidé de lancer des expérimentations sur six mois avec différents outils ; il y a des approches avec des outils informatiques, technologiques, il y a des approches uniquement avec du lien humain, mais avec une autre organisation, des approches avec de la formation, de l'apprentissage. La palette est très large, volontairement, pour pouvoir faire un bilan dans six mois et nous demander ce que nous gardons pour continuer à avancer dans notre Plan senior ainsi que dans la question qui nous préoccupe tous : vieillir, oui, mais dans de bonnes conditions, avec notre famille, avec les aidants et que les aidants puissent nous accompagner le plus longtemps possible.

Je pense que cette Journée sera très riche. Moi aussi, je souhaite avoir tous les retours. Je ne pourrai pas rester, puisque nous avons des journées assez chargées, comme vous vous en doutez. Les retours de cette Journée seront très intéressants pour nous et entreront

dans ce que je viens d'expliquer en termes d'expérimentation et d'apports en termes de savoirs ; il s'agit de voir ensuite sur quoi nous allons nous appuyer et ce que nous allons faire. Je vous souhaite une très belle journée, beaucoup de réflexion. Nous comptons sur vous, nous avons besoin de vous et merci beaucoup.

*(Applaudissements)*

**M. GAUCHER.-** Merci beaucoup, Madame LUGA GIRAUD, de ces propos. Je voudrais témoigner sur le fait que l'Ain est vraiment un département exemplaire. Je suis du Rhône, je suis à l'aise pour le dire ! Ce n'est pas du narcissisme au premier degré, mais j'ai eu l'occasion voici quelques années de travailler avec ce qui s'appelait la CRAM à l'époque et la CARSAT maintenant, avec Éliane DELORME qui dirigeait l'Action sociale de la CRAM, sur le programme Atouts. Le premier site qui avait été choisi au niveau régional, c'était Bourg-en-Bresse et c'était le Département de l'Ain ; celui-ci foisonne d'idées. Il n'est pas le seul, mais il y a quelque chose d'assez exemplaire en termes de coordination gérontologie.

Quand les MAIA ont été parachutées politiquement, comme un concept fort, ici, cela fonctionnait déjà ; cela a donc été baptisé MAIA, mais cela fonctionnait déjà et je crois que c'est intéressant pour nous, Société régionale, d'être attentifs à ce qui se fait sur le terrain, dans les départements, dans les villes parce que c'est notre vocation de société savante que de pouvoir nous appuyer sur les expériences, sur la créativité de terrain et de faire remonter cela, de le mettre un peu en ordre au niveau conceptuel, au niveau théorique et aussi au niveau des modèles, de manière à essayer et pérenniser un peu les choses, mais le Département de l'Ain et la ville de Bourg-en-Bresse en particulier nous sont très utiles.

Au dialogue auquel vous nous invitez, nous répondrons présents, il n'y a aucun souci de ce côté-là. Je vous remercie.

Avant de donner la parole à Martine VERNE qui va vous dire l'organisation concrète et matérielle de la journée, je voudrais



juste souligner deux choses : la qualité de l'organisation qui a été assurée par Martine VERNE, le chef d'orchestre de cette organisation, mais aussi l'ADAPA qui est tout de suite derrière et qui a été à l'œuvre et l'ADAG, qui est toujours très présente. Première chose : merci aux organisateurs parce que sans eux, nous n'aurions pas pu avoir une belle journée de ce type dans la Semaine bleue qui est déjà un foyer de concurrence de manifestations gérontologiques, durant la Journée nationale des aidants qui est aussi un foyer de concurrence. Vous êtes environ 200 personnes présentes, c'est très bien, c'est intéressant.

Deuxième élément dont je crois qu'il peut être aussi un axe de réflexion pour la journée, mais je le dis en présence des deux élus : je crois que nous avons passé le temps de ce clivage entre domicile et établissements. Nous sommes aujourd'hui dans ce que l'on appelle le virage ambulatoire, les filières, la logique du parcours. Ne confondons pas filière et parcours, je ne ferai pas un topo là-dessus, mais le parcours, c'est vraiment ce qui concerne la personne âgée, ses aidants de proximité, l'environnement de la personne. Après, il y a des organisations ; les filières, ce sont des organisations de professionnels, de bénévoles, d'associations, d'établissements.

Je crois que cette logique aujourd'hui est celle de l'articulation, de la coordination des structures les unes par rapport aux autres et tout cela dans une logique de créativité et d'inventivité ; cette dernière n'est pas dans le cerveau des décideurs, mais d'abord dans le cerveau, les pratiques et les expériences de terrain et cela remonte ensuite au cerveau des autres.

Je vais donner la parole à Martine VERGNE pour nous parler un peu de l'organisation de la journée et au passage, je fais un petit clin d'œil à Jean-Claude BLOND que beaucoup d'entre vous connaissent comme médecin chef honoraire de psychiatrie au CPA et qui est revenu parmi nous après des ennuis de santé.

**Mme VERNE.-** Merci, Monsieur le Président. Je serai très rapide pour laisser vite la place aux intervenants qui auront beaucoup

de choses à nous dire. Merci à toutes et à tous d'être là pour accompagner cette Journée. Merci, vous l'avez dit, Jacques, à toutes les équipes de l'ADAPA et de l'ADAG qui ont participé à cette organisation et puis, un merci tout particulier au maire et à la ville de Bourg-en-Bresse de nous avoir donné accès à ce théâtre, ce qui n'est pas toujours facile et merci de votre soutien global. Merci à Mme LUGA GIRAUD, première Vice-Présidente du Conseil départemental, à ses équipes, à la communication et à M. CLÉMENT d'avoir permis cette organisation qui, sans eux, n'aurait pas été possible.

Cette Journée va donc commencer. Elle se terminera ce matin à 12 heures pour vous laisser déjeuner le plus tranquillement possible. Vous avez à l'intérieur de vos pochettes des adresses de restaurants et nous aurons le plaisir à vous retrouver dès 14 heures pour la reprise des travaux. Je vous souhaite une bonne matinée.

*(Applaudissements)*

### **□ Vieillir à domicile : regard sociologique sur les enjeux de l'accompagnement des personnes âgées**

**M. GAUCHER.-** Cette séance journalière est ouverte et nous allons remercier les élus de leur présence et faire appel, déjà, à Isabelle MALLON qui peut commencer à nous rejoindre. Isabelle MALLON est une collègue universitaire qui est maître de conférence de sociologie à l'Université Lumière Lyon 2 et qui appartient au centre de recherche Max Weber de l'Institut des sciences de l'homme de Lyon, qui a une réputation internationale et en tant que sociologue, elle s'intéresse et se penche tout particulièrement sur la question du vieillissement. Je la remercie déjà de nous avoir rejoints pour nous apporter le fruit de sa réflexion.

Isabelle, je suis un peu dirigiste, mais c'est mon rôle et j'en suis désolé, je vais essayer de bien cadrer le tempo et je vous

ferai des petits signes si, toutefois, votre emballement vous amenait à dépasser un peu l'horaire, mais nous allons faire cela dans la sympathie, dans la camaraderie. Je vous laisse la parole sur le vieillir à domicile avec un regard sociologique sur les enjeux de l'accompagnement des personnes âgées.

**Mme MALLON.-** Merci beaucoup pour cette invitation à parler et à introduire cette Journée

En préambule, je dirais que vous êtes peut-être en attente de chiffres ou en tout cas, vous vous imaginez peut-être qu'une sociologue va mobiliser des chiffres. Je ne vais quasi-pas en utiliser dans cette introduction parce que s'ils permettent d'objectiver une situation, d'objectiver des rapports de force, des équilibres ou des déséquilibres, leur usage peut parfois servir à construire ce que l'on appelle une panique démographique, surtout en ce qui concerne le vieillissement, c'est-à-dire à donner des chiffres importants qui disent que le vieillissement va concerner de plus en plus de monde et que, donc, il est urgent de s'en occuper et c'est censé pousser à l'action, et notamment à l'action politique, mais cela peut tout aussi bien paralyser, au regard de l'ampleur de la tâche à accomplir.

Ce sur quoi je voudrais revenir dans un premier temps, c'est sur la question posée lors de la journée : vieillir à domicile, sommes-nous prêts ? C'est une question qui peut sembler *a priori* paradoxale. Sommes-nous prêts ? Je ne le sais pas, mais en tout cas, nous voulons vieillir chez nous. Il y a un consensus social fort autour du vieillissement à domicile plutôt qu'en institution ou qu'en établissement.

Ce consensus est construit d'abord sur le désir de tout un chacun qui préfère vieillir et mourir chez lui plutôt que dans une institution, maison de retraite ou hôpital, conçue comme inhospitalière, comme collective, dans une société qui prône l'individualisme ou l'individualisation. Peut-être plutôt que vouloir vieillir à domicile, nous ne voulons pas vieillir en institution.

Les EHPAD ont hérité à la fois de la mauvaise réputation des hospices que n'avait pas fait disparaître la dénomination *maison de retraite*, puisque même s'ils sont tenus d'être des lieux de vie, très souvent, dans l'esprit des personnes, ils restent des mouiroirs et sont, au sens strict du terme, un lieu où les personnes décèdent. Les deux tiers des sorties en étape sont constitués des décès.

La préférence pour vieillir à domicile est également portée par les pouvoirs publics. Il est économiquement moins coûteux à la collectivité que nos aînés vieillissent chez eux, pour deux raisons : la première tient à l'existence de ce que les sociologues féministes appellent un *travail gratuit*, non rémunéré, d'accompagnement, réalisé notamment par les familles, les conjoints que l'on oublie assez souvent alors que les conjoints et les conjointes en particulier sont en première ligne de l'accompagnement du vieillissement et des difficultés éventuelles du vieillissement, les enfants, les germains (les frères, les sœurs, les neveux, les nièces) et dans ces familles, par les femmes, auprès des personnes âgées. Économiquement, c'est moins coûteux pour la collectivité parce que tout ce travail d'accompagnement n'est pas rémunéré, il ne s'échange pas sur un marché.

La deuxième tient au fait que l'accompagnement professionnel qui existe, qui reste cher pour les personnes et les familles qui y ont recours est insuffisamment reconnu et valorisé financièrement et symboliquement. De ce point de vue, on peut lire, dans une revue qui s'appelle *Gérontologie et société*, un article du sociologue Bernard ENNUYER qui revient sur les effets du plan BORLOO et, plus largement, des politiques publiques qui, depuis une trentaine d'années, ont vu dans l'augmentation de la proportion des personnes âgées dépendantes un gisement d'emplois.

Dans cette perspective-là, le secteur du maintien à domicile est considéré comme un lieu préférentiel de traitement du chômage de masse, qui offre des opportunités d'emploi essentiellement à des femmes, massivement, puisque ce que l'on appelle le travail de

*care*, c'est-à-dire de soin aux personnes les plus vulnérables (les enfants, les personnes âgées, les personnes en situation de handicap), ainsi que l'ont montré les analyses féministes, est un travail qui, historiquement, est dévolu d'abord aux femmes.

Le secteur du maintien à domicile offre, dans la vision des politiques publiques, des opportunités d'emploi à des femmes sans qualification, puisque ce travail est assimilé par la plupart des personnes, qu'elles aient ou non des responsabilités politiques, à un travail domestique. Faire de l'aide à domicile, ce n'est pas compliqué, c'est faire du ménage ! Évidemment, c'est une méconnaissance absolue du travail et des dispositions plutôt exceptionnelles que l'on demande aux personnes quand elles vont aider des personnes âgées chez elles.

Ce que montre bien Bernard ENNUYER, c'est que la logique managériale et de rationalisation des coûts à l'œuvre dans ce secteur produit des effets indésirables. On cherche le meilleur service au plus bas coût, sauf que, pour les personnes, la dévalorisation du travail, puisque c'est un travail domestique, donc que n'importe qui peut faire, produit une dévalorisation des emplois et une absence de qualification. On a donc des effets indésirables et paradoxaux, à savoir qu'à la fois, on recherche un coût horaire le plus bas possible et en même temps, on s'indigne des formes de maltraitance éventuelles qu'implique ce travail déqualifié alors que les personnes sont accompagnées au quotidien par des femmes essentiellement (le métier des services à la personne, et en tout cas des services auprès des personnes vulnérables, est essentiellement assumé par des femmes), des femmes qui sont peu formées, qui sont sous-payées (les femmes qui s'occupent de personnes âgées sont beaucoup moins payées que les nounous, par exemple), qui sont soumises à un temps de travail en miettes, puisque les emplois auprès des personnes sont discontinus, dans lesquels les temps de déplacements ne sont pas pris en compte et dont on exige pourtant (c'est un autre sociologue, Gérard RIMBERT qui dit cela) des dispositions exceptionnelles ou, comme le dirait une

sociologue féministe américaine du nom d'Arlie HOCHSCHILD, un jeu en profondeur.

C'est-à-dire que ce que l'on exige des personnes qui accompagnent nos aînés à domicile, ce n'est pas seulement qu'elles soient ponctuelles, régulières, même si c'est le B.A.-BA, qu'elles fassent ce pour quoi on leur demande de travailler, qu'elles accomplissent un certain nombre de tâches matérielles – mais on leur demande deux doigts de chair en plus : on leur demande non seulement qu'elles s'occupent techniquement des personnes qu'on leur confie, mais on veut en plus qu'elles les aiment. On veut en plus qu'elles les aiment, mais pas trop, quand même, qu'elles aient des émotions appropriées parce qu'il ne faut pas qu'il y ait de concurrence. De ce point de vue-là, il y a une parenté très forte avec les nounous ou avec toutes les personnes qui s'occupent d'autrui, d'êtres humains, en réalité.

Cette manière de se positionner dans l'accompagnement est extrêmement exigeante et elle n'est pas reconnue symboliquement, c'est-à-dire que quand on réduit les tâches accomplies par les femmes au domicile des personnes âgées à du travail domestique, on méconnaît ce travail-là qui est un travail d'accompagnement, de mise en lien, de mise en relation sociale et évidemment, elles ne sont pas reconnues financièrement, puisque c'est un travail sous-payé et ces absences de reconnaissance symbolique et financière s'alimentent et se nourrissent mutuellement.

Si l'on s'en tient à ces éléments-là, on s'aperçoit, d'une part, que l'on pourrait répondre à la question posée : non, nous ne sommes pas prêts à vieillir à domicile. Même si nous le voulons, nous ne sommes pas prêts à vieillir à domicile dans de bonnes conditions. Pourquoi ? Parce qu'il n'y a pas assez de personnels, parce qu'une partie des travaux que vous avez menés dans les différentes associations, dans les différentes CLIC montre qu'il y a de vrais problèmes de recrutement de personnel, notamment parce que ce n'est

pas un travail valorisé ; si ce n'est pas valorisé financièrement et symboliquement, évidemment, cela attire assez peu de monde, au final. Nous avons donc un vrai problème de recrutement.

C'est la Journée nationale des aidants et nous avons des problèmes du point de vue du nombre de personne disponibles dans la famille. Nous avons de moins en moins de familles disponibles en raison, notamment, des exigences croissantes de l'activité économique. Les personnes qui sont mobilisées par leur travail doivent trouver du temps pour s'occuper de ses parents âgés à côté.

On s'aperçoit aussi que quand lorsque l'on est dans cette réflexion-là, on définit en creux ou de manière implicite le vieillir par ses difficultés, par ses handicaps, par les limitations éventuelles de vie qu'implique le fait d'avancer en âge. Cette définition-là est réifiante, elle réduit les personnes à l'état de chose, elle est essentialisante, elle réduit les personnes âgées à leurs difficultés. Or, ce que l'on propose en sociologie, même si ce n'est pas unique, c'est de prendre en compte le caractère évolutif du vieillissement. Vieillir, c'est notre manière habituelle de vivre à tous. Vieillir, c'est vivre et vivre, c'est vieillir. Indiquer cela n'est pas une manière de nier les difficultés que peuvent connaître les personnes au fil de leur vieillissement, mais c'est aussi, quand même, le rapporter au poids qu'elles ont dans la vie des personnes. C'est-à-dire que la très grande majorité des personnes âgées de plus de 60 ans n'est pas dépendante, n'est pas en besoin d'accompagnement, ni en besoin de soins. Bien sûr, plus on avance en âge, plus la probabilité de connaître des handicaps et des maladies dégénératives est importante, mais une partie de la population âgée ne connaît pas ces situations, c'est ce que les épidémiologistes appellent le vieillissement réussi, et une autre partie compose avec ces maladies ou compense ces handicaps.

Quand on dit, finalement, que vieillir, c'est vivre et que vivre, c'est vieillir, cela attire l'attention sur le fait que – et c'est une

chose à laquelle les sociologues tiennent beaucoup - nous vieillissons dans le prolongement de ce que nous avons vécu.

D'un point de vue sociologique, on regarde cela avec des lunettes particulières, c'est-à-dire que cela signifie que si une partie de nos manières de vivre est le fruit de nos décisions individuelles, elles sont aussi liées aux structures et aux institutions sociales dont nous faisons partie et dont nous avons été partie : les familles, bien sûr, mais aussi les collectifs de travail, donc les situations de travail, les positions dans la hiérarchie sociale, les cercles de sociabilité, les activités de travail ou de loisir que nous avons eues et de ce point de vue, la sociologie met l'accent sur ce que l'on pourrait appeler les corps intermédiaires, sur les positions et les trajectoires sociales dans la constitution de notre santé, de nos handicaps, de nos difficultés ou de nos atouts dans les dernières périodes de vie.

En attirant l'attention sur ces corps intermédiaires, sur ces institutions, sur ces cercles de sociabilité, sur ces groupes, sur ces collectifs, l'idée est donc d'anticiper.

C'est un peu une tarte à la crème des réflexions gérontologiques : vieillir, c'est prévenir, c'est anticiper, mais l'idée est de déplacer le regard de l'anticipation de la seule personne aux structures sociales et aux collectifs dans lesquels elle est insérée tout au long de sa vie.

L'idée est d'anticiper les manières dont on vieillit, mais pas en faisant reposer le seul poids de cette anticipation sur les individus, ce qui les rend responsable de leur vieillissement, d'un vieillissement réussi ou raté - s'il y a des vieillissements réussis, c'est sans doute qu'il y en a des ratés. C'est aussi de dire, finalement, que ce n'est pas à l'individu seul de se débrouiller avec son vieillissement, mais que c'est à la collectivité dans son ensemble d'organiser des parcours de vie de telle manière que des vieillissements qui apparaissent pour le moment comme des vieillissements un peu exceptionnels... Quels sont les vieillissements un peu exceptionnels



auxquels je pense ? Je pense par exemple à Karl LAGERFELD : c'est un vieux monsieur, sauf que personne ne pense à lui comme à un vieux monsieur. On pense à lui d'abord comme à un créateur parce que c'est quelqu'un qui est resté inséré dans une organisation du travail dans lequel sa valeur a continué d'être reconnue socialement tout au long de sa vie, et actuellement encore.

Quelles sont les conditions sociales que nous nous donnons pour reconnaître les contributions de chacun à la vie sociale tout au long de notre vie, tout au long de nos vies ? Cela suppose une prise en compte tout au long de la vie du vieillissement par les organisations, non pour en faire une explication ou une supposition de moindre performance ou de moindre productivité, mais pour prendre en compte les effets des activités pour organiser, d'un point de vue par exemple ergonomique, l'adaptation des postes de travail, pour soutenir la formation et le renouvellement de l'intérêt pour son travail tout au long de la vie professionnelle jusque dans ses derniers moments. Cela veut dire qu'il faut que l'on arrive à nous donner la possibilité d'organiser les choses, de faire les ajustements au monde que suppose l'avancée en âge pour chacun, car les périodes de la vie sont des périodes différentes, davantage socialisées, c'est-à-dire mises en commun, organisées, problématisées collectivement.

Cela signifie que si l'on pense que vieillir est un processus et qu'il est naturel dans nos sociétés de vivre à nos domiciles, cela invite à proposer de soutenir les insertions sociales des personnes âgées au fil de leur vieillissement.

Ce que montrent bien les grandes enquêtes en sociologie, c'est que nous avons une tendance globale à la restriction des activités, à la réduction des sociabilités au sens sociologique du terme, à savoir simplement l'ensemble des relations qu'a une personne avec d'autres personnes, donc le nombre de relations entretenues par les personnes âgées et il y a une tendance au repli sur l'espace domestique.

Ce qui fait que, si l'on regarde les choses de cette manière-là avec une échelle assez large, avec un regard plutôt surplombant, l'une des possibilités est de vieillir à domicile, mais de plus en plus centré sur son domicile avec de moins en moins d'activités au dehors, avec de moins en moins de relations au dehors et avec un enfermement au domicile et je ne suis pas sûre que cet enfermement au domicile soit le vieillissement dont l'on ait envie.

La question qui se pose, l'un des enjeux du vieillissement à domicile est donc : comment susciter et entretenir le maintien des prises des personnes âgées sur le monde qui les entoure et la mise en œuvre de nouvelles prises ? C'est pour cela que quand nous proposons des solutions sur le maintien à domicile, qui sont pour partie des solutions techniques, je trouve que nous aurions vraiment intérêt à regarder les logiques centrifuges et centripètes du maintien à domicile.

Faire venir le monde chez soi, c'est bien. Sortir de chez soi, c'est très bien aussi et c'est aussi ce qui maintient dans la vie. Ce qui maintient dans la vie aussi, en tout cas dans la vie des humains, dans la vie des sociétés, c'est de maintenir un certain nombre de relations sociales

De nombreuses initiatives existent au niveau local. Vous en avez cité sur le Plan seniors de l'Ain, mais aussi des initiatives nationales du type Bien vieillir dans son quartier, le programme MONALISA pour lutter contre l'isolement.

D'autres sont sans doute à inventer, sans quoi le domicile risque fort de devenir un lieu d'enfermement et/ou de maltraitance où la vie est simplement rythmée par le passage de loin en loin de l'auxiliaire de vie, de la personne qui vient porter les repas et dans lequel, certes, on est chez soi, certes, on a ses repères, mais où l'on est tout seul comme un c... avec ses souvenirs.

L'un des enjeux sociologiques, à mon avis, du vieillissement, c'est donc vraiment l'enjeu de la socialisation au sens

le plus strict du terme du vieillissement, c'est-à-dire de l'intermédiation entre les individus par des collectifs sociaux qui ne soient pas seulement le collectif familial ou le marché ou les professionnels auxquels les personnes âgées sont le plus souvent renvoyées lorsqu'elles ont besoin d'aide. Il est très significatif que la vice-présidente du Conseil départemental dise que quand on a envie de vieillir, on a envie de vieillir en famille. C'est très curieux parce que quand on regarde l'organisation des âges de la vie en France, notre enjeu pour nos jeunes est qu'ils prennent leur indépendance familiale. L'enjeu de la jeunesse, c'est de prendre une autonomie. Toute notre vie est construite sur l'organisation d'une autonomie par rapport à la famille.

Pour les femmes, le travail a été un enjeu d'une prise d'autonomie et d'une prise d'indépendance par rapport à la famille. Durant le vieillissement, on se fait à ce moment-là rattraper par la famille, en tant que femme en particulier, elle deviendrait le seul horizon ; en tout cas, effectivement, c'est un horizon qui, légalement, légitimement est celui de la vieillesse et du vieillissement, mais je trouve que l'un des enjeux, c'est de maintenir à côté de la famille, à côté du réseau de professionnels d'autres liens avec d'autres collectifs, avec d'autres cercles de sociabilité et il me semble que cette question des vieillards exceptionnels, c'est aussi l'idée que ce sont des personnes qui sont maintenues en relation avec une diversité de cercles sociaux, avec une diversité d'organisations qui font l'intérêt et l'attrait de la vie même.

Cela suppose de changer de regard et de mode d'analyse sur la place des personnes âgées dans nos sociétés et cela suppose de les reconnaître comme des contributeurs de la société et pas seulement comme des fardeaux, des fardeaux financiers par le poids qu'ils font peser sur les actifs, par leur consommation de services et de produits médicaux, par le fait qu'ils mobilisent autour d'eux un certain nombre de personnes, professionnels, membres de leur famille, voisins, amis éventuellement. Cela suppose donc de les reconnaître comme des

contributeurs, pas seulement comme des fardeaux ou pas seulement comme des opportunités, comme ceux qui vont permettre que se développent ces gisements d'emploi de proximité ou comme une opportunité pour cette nouvelle filière industrielle qu'est la *silver economy* alors même que ces questions des gisements d'emploi à la personne d'un côté et de la *silver economy* de l'autre ciblent, en fait, des fractions qui sont tout à fait différentes des personnes âgées de plus de 75 ans. La *silver economy* vise quand même, dans un premier temps au moins, les vieux rentables, les vieux les plus riches. Le gisement d'emploi des services à la personne vise les vieux les plus dépendants et il n'y a pas forcément d'articulation entre ces deux catégories de population.

Cela suppose donc, je trouve, de sortir de la pensée dichotomique du fardeau et de l'opportunité qui sont deux faces complémentaires d'une même perception et représentation des personnes âgées comme des acteurs mineurs de la vie sociale et comme des objets de soin ou d'activité économique davantage que comme des sujets et comme des acteurs sociaux participant pleinement à la constitution de nos sociétés.

Cela suppose également, comme c'est proposé depuis longtemps par les théoriciens du *care*, de mieux reconnaître la vulnérabilité ou la dépendance comme notre condition commune, comme une situation commune à laquelle nous avons tous été à un moment ou à un autre de notre vie confrontés, à laquelle nous serons nécessairement confrontés. Cela suppose également de mieux reconnaître le travail et la place de celles et ceux qui accompagnent et soutiennent au quotidien les personnes en situation de vulnérabilité, tant les proches et les parents que les professionnels du soin et de l'accompagnement.

Cela suppose enfin, mais cela a déjà été dit, de ne pas opposer domicile et institution et de les considérer comme pouvant également constituer des lieux propices à la définition d'un chez-soi.

C'est-à-dire que la question, peut-être, que l'on pourrait poser est : souhaite-t-on vieillir à domicile ou vieillir chez soi, c'est-à-dire avec des lieux, des biens et des liens qui font sens dans l'organisation de sa vie ? De ce point de vue-là, les institutions, les établissements peuvent constituer des chez-soi pour les personnes âgées à condition de ne pas les envisager comme le lieu où l'on va en dernier recours parce que l'on n'a pas pu se maintenir au domicile, à condition de ne pas en faire des lieux de relégation de personnes dont on ne sait pas traiter ou prendre en charge les comportements au domicile. De ce point de vue, c'est très largement comme cela que les politiques publiques du domicile et de l'établissement ont constitué les choses.

Actuellement, dans les établissements, on a, cela a été dit ce matin, de plus en plus de personnes ayant des difficultés cognitives, qui y arrivent en dernière limite parce que l'on arrivait au bout des plans d'aide, parce que l'on est arrivé au bout de l'investissement des parents et des proches dans l'accompagnement de la vie au domicile et si l'on constitue les choses comme cela, c'est très compliqué, derrière, en institution, de dire que l'on va faire de cette institution un lieu de vie. Pourquoi ? Parce que l'on arrive au bout et sur une forme « d'échec » du maintien à domicile.

Ne pas opposer domicile et institution signifierait donc, par exemple, harmoniser et reconnaître de manière conjointe les compétences et les savoirs professionnels des personnels des institutions comme des services à domicile. Ce serait faciliter - mais il y a déjà beaucoup de choses qui existent, je ne dis pas que ce n'est pas en train de se faire, mais je pense que ce sont des logiques qui devraient être approfondies - les allers-retours d'une forme d'hébergement à l'autre ainsi que postuler qu'il peut y avoir des réversibilités dans les parcours de vieillissements. C'est-à-dire postuler que l'on peut avoir besoin, à un moment donné, de l'institution pour un retour à domicile. C'est très rarement le cas actuellement où l'on a des effets de cliquet qui font que quand on entre en institution, on y entre quasi définitivement.

C'est aussi favoriser les formes hybrides d'hébergement et de ce point de vue, toutes les initiatives en termes d'habitat, de logement, qu'ils soient municipaux, associatifs, éventuellement autogérés, constituent des expérimentations possibles, même si c'est à très petite échelle.

*(Applaudissements)*

**M. GAUCHER.-** Merci, Isabelle MALLON, d'avoir en quelques minutes et en respectant le cadre horaire présenté des idées et des questions extrêmement fortes, extrêmement déterminantes, de mon point de vue, dans l'organisation gérontologique et en particulier, je retiendrai deux choses, mais vous avez dit beaucoup plus que cela, sur cette question de la valorisation, de la reconnaissance, non pas une valorisation saupoudrée sur les personnes, mais une valorisation de fond.

Les personnes du domicile, comme celles des EHPAD la plupart du temps, sont convoquées par leurs talents. Ce sont des personnes qui ont des expériences de vie, des trajectoires de vie cabossées, difficiles, avec des échecs, avec des douleurs importantes. Cela les a ouvertes aux autres et cela leur donne souvent ce type de charisme, mais on les tient un peu par cette dimension-là.

Ce que l'on appellerait, de manière un peu populaire, faire du sentimentalisme, mais vous l'avez très bien expliqué et je crois qu'effectivement, professionnaliser, organiser ces métiers-là est une nécessité absolue.

Deuxième élément qui me semble important : n'attendons pas de l'extérieur que tout se définisse. C'est à nous tous, à chacune et chacun d'entre nous, d'être des acteurs de l'organisation gérontologie et effectivement, il faut aussi que nous sachions nous responsabiliser à ce sujet-là.

Merci encore de cette très belle communication. Je pense que les politiques seront très contents de lire votre texte parce qu'il est vraiment de très grande qualité.

## □ Vieillesse et vulnérabilité : une opportunité ?

**M. GAUCHER.-** Je vais appeler sans trop tarder Jean-Philippe PIERRON, un copain de parcours aussi. Philosophe, doyen de la faculté de philosophie à l'Université Jean Moulin Lyon 3 et il a été un compagnon de route dans le laboratoire Santé, individus, société pendant de nombreuses années. Merci d'être parmi nous et de nous faire partager ta réflexion sur les problématiques de vulnérabilité, de vieillesse et de vulnérabilité. Est-ce que la vulnérabilité est une opportunité, d'une certaine façon ?

**M. PIERRON.-** Merci aux organisateurs et organisatrices qui ont pris soin de nous.

Aujourd'hui, mon propos va très bien prendre sa place après l'exposé précédent. Le titre que j'avais proposé était effectivement : la vulnérabilité est-elle une opportunité ? En entendant la vice-présidente parler tout à l'heure, je me disais que j'aurais pu proposer un autre titre : le coussin ou le balluchon...

*(Rires)*

...c'est-à-dire, finalement, penser l'accompagnement à domicile, soit dans le langage, dans le discours sécurisé, le langage des dispositifs techniques, soit au contraire le penser dans le langage du sécurisant, la question de la mise en place d'un cadre social, d'un accompagnement social qui porte attention à la qualité des relations que l'on fait vivre aux personnes et non pas simplement au contexte qui les protégerait des dangers.

Ce n'était pas prévu, mais je le dis : j'ai trouvé dans les propositions qui ont été rapidement faites tout à l'heure et que l'on trouve dans le petit fascicule mis à notre disposition qu'il était intéressant de voir que nous avons des politiques qui sont pris en tension entre des réponses qui sont de l'ordre du contrôle, de la protection et des réponses politiques qui sont plutôt de la logique de l'accompagnement.

Je pense que sur la question de *sommes-nous prêts ?* la question du *que signifie être prêt ?* et *quelle est le « nous » en question ?* est en fait prise dans cette figure qui consiste à dire : est-ce que l'on veut penser cette prise en charge dans le langage d'une protection technique et juridique ou bien veut-on la penser aussi en termes de qualité de lien social individuante pour toutes les personnes, y compris les personnes dites vulnérables ?

Je reste sur le titre que j'avais proposé et en fait, je voudrais commencer par faire une première observation : la plupart du temps, ce que je viens de dire vient de le rappeler, nos théorisations médico-sociales, nos dispositifs de prise en charge institutionnels, nos représentations sociales et imaginaires des âges de la vie et les politiques dans leurs organisations institutionnelles pensent souvent la vieillesse dans le langage de la dépendance à laquelle il faudrait apporter compensation.

Une façon d'y apporter compensation consiste en des dispositifs techniques, mais cela peut-être aussi et en même temps une mise sous tutelle progressive au nom de la protection des personnes. Mise sous tutelle progressive et, la plupart du temps, non pensée comme réversible, pour prolonger ce qui a été dit précédemment. Autrement dit, une lecture très linéaire qui suppose finalement une manière de se représenter les âges de la vie et la vie comme un processus mécanique d'ascension et de lente dégradation.

Or, il me semble que penser le vieillir à domicile peut être effectivement une facilité pour le politique, qui consisterait à se décharger de sa responsabilité de justice sociale en mobilisant les aidants naturels, notamment pour des raisons financières. Vieillir à domicile, cela peut être une facilité pour une autre raison qui est cette fois-ci une certaine idéalisation abstraite du chez-soi, pas le chez-soi par lequel terminait Isabelle, mais cette idée que la maison serait forcément plus sécurisante sans que l'on ait pensé ce que signifie, au fond, cette idée. Bref, il peut y avoir des facilités dans cette idée de



penser le vieillir à domicile et ce qui est en jeu, c'est de revisiter la compréhension que nous nous faisons de ce qu'est vieillir, mais aussi de ce qu'est prendre soin de toute figure de l'humain vulnérable, ce qui, dans le langage républicain, s'appellerait tout simplement, au fond, la fraternité. Que signifierait être fraternel à l'égard de nos frères humains un peu plus vieux que nous ?

Se poser ainsi la question : sommes-nous prêts, théoriquement, institutionnellement et imaginativement à assumer le vieillir à domicile ? C'est, me semble-t-il, repenser notre conception de la responsabilité à l'égard des publics que l'on dit vulnérable. Pouvoir dire cela suppose aussi une révolution quant à l'idée que nous nous faisons de ce qu'est la vulnérabilité.

Globalement, comme cela a été dit dans l'exposé précédent, quand nous pensons vulnérabilité, nous la pensons en termes négatifs. Elle n'est pas pensée comme une qualité, mais au contraire, comme une grande exposition à la dépendance, c'est-à-dire surtout ce qu'il ne faut pas être. D'autant plus dans une société comme la nôtre où la logique de la compétition et de l'autonomie exaltée fait qu'elle ne pense la vulnérabilité que comme un défaut et bientôt, une défaite. L'enjeu est d'observer que l'on peut penser la vulnérabilité tout à fait autrement.

Elle peut aussi être pensée comme une capacité et non pas simplement comme une dépendance. De quelle capacité est-il question ? C'est intéressant, je n'avais jamais pensé aux choses comme cela, quand tu disais que les personnes qui interviennent comme accompagnantes dans les structures pour les personnes âgées sont souvent des personnes cabossées par la vie et que le fait d'avoir été cabossées les rend plus souples, plus attentives à ce qui s'engage sur le plan relationnel. En fait, ce que cela questionne, c'est l'idée que l'on peut penser la vulnérabilité, plutôt que comme une incapacité ou une dépendance, comme une capacité à se laisser affecter par l'autre. Capacité à se laisser affecter par l'autre et cela devient par conséquent

une disponibilité et non pas simplement une fragilité qui se ferait envahir par l'autre.

L'enjeu, me semble-t-il, c'est donc de se demander comment l'on accompagne cette capacité, comment on la soutient, aussi bien du côté des personnes vulnérables, mais vous l'avez compris, dans ce langage, nous sommes tous vulnérables. Pas une personne ici ne l'est pas. Il faut se méfier de notre langage institutionnel qui s'organise en disant qu'il y a des publics vulnérables et que, forcément, ce n'est pas nous et que nous avons des projets pour eux. Il y a une idéologie derrière tout cela, mais cela me semble capital : comment le langage des institutions finit-il par encourager ce qu'elles sont censées vouloir déconstruire ?

Si l'on pense ainsi la vulnérabilité comme une disponibilité, cela suppose, à ce moment-là, de penser le vieillir à domicile autrement que dans le langage de la mise en œuvre de dispositifs techniques (la question du coussin) et de se rendre attentifs à toutes ces figures qui soignent, prennent soin des relations et de cette vulnérabilité.

Pour ce faire, comment le déployer ? Il me semble que la première chose - je vous fais une liste de recommandations, mais c'est surtout un processus intellectuel - c'est quand même de nous demander comment nous pensons le vieillir. Je dirais que globalement, nous le pensons à partir de deux grandes figures : la figure de la vieillesse réduite à la vétusté, autrement dit, le vieillir pensé dans le langage des choses et le vieillir pensé dans le langage de la maturité et à ce moment-là, un fruit mûr n'étant pas très loin d'être pourri, on convoque les images du végétal et du vivant pour essayer de dire ce qui s'engage dans le vieillissement.

Ce que j'aimerais essayer de faire entendre, c'est que vieillir est un enjeu d'existence qui ne se réduit pas au langage des choses ou au langage des vivants qui cherchent à en rendre compte. Sommairement, qu'est-ce que cela veut dire ? Du point de vue de

l'ordre des choses, pour parler simplement, une chose ne vieillit pas, elle s'use. C'est-à-dire qu'elle s'abîme et qu'elle s'use, elle est soumise aux forces du temps qui la travaillent de l'extérieur de sorte qu'effectivement, elle finit par se disloquer, se démanteler et devenir obsolète. Un objet ne fait pas son âge, n'a pas d'âge. Il a une date. Il est cependant capital de dire cela parce que la plupart du temps, parce que nous sommes frappés par ce caractère implacable et irréversible qui impose sa marque aux choses, nous empruntons le langage des choses pour dire les expériences des hommes et nous faisons alors du vieillard une vieillerie, du vieux un vieux machin ou un vieux croulant, et de la mémoire quelque chose qui devrait être pris en charge dans les ateliers.

*(Rires)*

Bref, et plus violemment encore, je vois que vous connaissez la chose, nous pouvons réduire l'autre à son paraître et le ramener au rang de chose en le réifiant, en lui imposant mécaniquement et violemment la force des choses ; cela s'appellera *prendre un coup de vieux*.

*(Rires)*

Bref, vous l'entendez, la vétusté est souvent, malgré tout, une catégorie qui nous sert à penser le vieillir, c'est-à-dire à nous empêcher de le penser.

Seconde catégorie : vieillir, est-ce mûrir ? Cette fois-ci, c'est un peu plus délicat à saisir, mais l'être, le vivant humain qui est un existant est aussi un vivant. C'est-à-dire qu'en tant que vivant, nous n'échapperons pas au fait que nous sommes soumis aux lois du vivant et qu'en l'occurrence, pour les vivants un peu complexes, la seule solution que l'espèce ait trouvée pour durer, c'est de faire mourir les individus pour que dure l'espèce, mais nous sommes des existants en même temps que des vivants. Ce qui est un peu délicat, c'est donc d'observer que si nous sommes soumis aux lois de la biologie qui nous travaillent également, il faut quand même distinguer vieillir et mûrir.

Mûrir est un phénomène qui se présente aux êtres vivants complexes, qui suppose l'invention d'une résistance dynamique interne au temps pour se maintenir comme milieu. On pourrait dire que le vieillir, c'est la représentation à la fois symbolique, psychique et affective de cette résistance dynamique. Pour le dire autrement, mûrir rappelle la dimension de métamorphose du vivant qui n'est pas soumis passivement aux forces externes comme l'était un objet ; effectivement, un objet devient vétuste, un vivant mûrit. Autrement dit, il est habité par cette tension paradoxale qui fait le vivant, c'est-à-dire qu'à la fois, il y a une affirmation en lui, l'affirmation de la vie et à la fois une forme de négation.

Ce que nous pouvons observer, c'est que lorsque nous voulons raconter le vieillir, nous empruntons au monde du végétal ou de l'animal des catégories pour dire ce qui s'y déploie et à ce moment-là, on se représente la vie comme celle d'une plante, avec sa semence, sa germination, sa croissance, sa fructification et son mûrissement. On dit cela, d'ailleurs, que c'est une belle plante.

(Rires)

On dit aussi d'autres choses comme *mûrir*, *caduc*, comme les feuilles, on dira d'un vieillard qu'il est *chenu*, bref, des mots du végétal, *nous serons dans la fleur de l'âge*, mais aussi *je vois sa peau flétrir*, comme on le dit d'un fruit *flétri*. Cependant, ce qui est vrai dans le langage du végétal est vrai également dans le langage de l'animal, puisqu'au fond, ce langage animal de la croissance, de la vie adulte, des jeunes, des *juvéniles*, des *immatures* ou des vieux *spécimens*, voire des *vieux fossiles* sont autant de catégories qui, là aussi, tentent de traduire, au risque de trahir, un enjeu d'existence dans le langage du vivant.

Je ne veux pas développer plus, mais il me semble capital de redire cela, que nous racontons le vieillir dans des imaginaires généralisants qui ont pour tendance d'étouffer que vieillir est un acte d'exister et pas simplement le fait d'être en vie ou, pour le dire

autrement, si le vieillissement relève d'un processus biologique, vieillir en fait un enjeu biographique. Ce n'est pas tout à fait la même chose.

Ce qui veut donc dire aussi, par conséquent, que comme enjeu d'existence, on ne peut pas l'épuiser dans les catégories des réalités statiques et statistiques. C'est pour cela qu'il est intéressant que l'exposé précédent n'ait pas choisi de parler en termes de statistiques pour retrouver précisément cette dimension-là.

Une fois que l'on a fait ce premier travail de revisiter un peu les catégories qui nous servent à penser, donc à préparer nos interventions et notre travail, on peut se demander comment le vieillir, en tant qu'enjeu de l'existence, nous force à repenser l'idée que nous nous faisons de ce qu'est (j'ose utiliser ce mot qui a tellement vieilli) une personne.

Finalement, une personne et, plus singulièrement, l'autonomie de la personne, car j'entends, peut-être à tort, dans l'idée de *vieillir à domicile, sommes-nous prêts ?* une petite musique lancinante qui est celle de l'incitation, voire de l'exigence d'une autonomie exaltée, maintenue jusqu'au bout qui est le contraire de la question de la vulnérabilité dont je parlais tout à l'heure.

En fait, penser la personne, repenser l'idée de personne, c'est probablement revisiter la façon dont nous avons appris à théoriser ce que nous appelons la personne depuis deux siècles et demi avec la pensée des Lumières.

Le modèle de la pensée des Lumières (Kant, pour rappeler des souvenirs de terminale), c'est de penser l'autonomie essentiellement comme une autonomie rationnelle. C'est-à-dire : penser la personne, c'est penser sa majorité morale comme, précisément, un arrachement à toutes les formes de dépendance par ce qui serait, potentiellement, des formes d'aliénation empêchant l'émancipation.

Bref, nous sommes issus d'une grande tradition intellectuelle importante : nous sommes portés par le souci de l'émancipation qui encourage une figure de l'autonomie qui est une forme de l'autonomie exaltée qui confond autonomie et autarcie, qui pense que parce que l'on valorise l'autonomie, il faudrait négliger les dépendances comme étant toutes potentiellement des formes d'aliénation. Je ne sais pas si je suis clair.

En fait, l'enjeu, me semble-t-il, c'est de penser précisément une autonomie relationnelle. Autrement dit, c'est de penser non pas l'autonomie contre la dépendance comme étant une forme qui viendrait renier progressivement cette autonomie, mais penser l'autonomie dans la dépendance, c'est-à-dire que c'est cela, la vulnérabilité, c'est prendre la mesure du fait que nous ne nous sommes pas auto-engendrés et que pour être ce que nous sommes, nous sommes portés par des relations de soin mutuelles qui contribuent à nous faire devenir aussi ce que nous sommes.

C'est là que la question de l'attention à l'accompagnement et aux démarches d'accompagnement est centrale parce qu'effectivement, on revalorise à ce moment-là l'idée que la personne n'est pas une île, n'est pas un îlot, mais qu'elle est définie aussi par l'ensemble des relations qu'elle tisse et qui l'aident à se tenir dans l'existence, ce qui a été aussi dit dans l'exposé précédent, mais autrement.

Apparemment, c'est très abstrait, parce que l'on peut dire que finalement, ce sont des spéculations de philosophe, mais en fait, si l'on se souvient de cela, si l'on garde cette petite idée à l'esprit, cela a des incidences sur lesquelles je voudrais m'arrêter maintenant.

La première incidence porte sur nos théorisations médico-sociales du vieillir. Comme je l'ai dit un peu en commençant, sur la vieillesse et les maladies apparentées, on a tendance à penser le vieillir ou la vieillesse comme une maladie. Je ne dis pas que cette question ne se pose pas et il y a tout un débat aujourd'hui, à la fois du

côté de la biologie moléculaire pour voir si l'on ne pourrait pas résister à inventer un médicament pour lutter contre la vieillesse (je fais court, c'est un peu caricatural de le dire comme cela) et tout le discours transhumaniste qui essaie de se demander si le vieillissement est une nécessité à laquelle nous devrions vraiment nous soumettre. Il y a aussi cet arrière-plan qu'il ne faut pas négliger, mais je le laisse ici de côté.

En tous les cas, nous sommes issus aussi d'une tradition institutionnelle et intellectuelle autour du médico-social qui peut être appréhendée à partir, précisément, de la double scène qui a fait naître le traitement du vieillir à partir du médico-social. Quelle est cette double scène ? Il y a une scène politique et une scène expérimentale. Cela explique pourquoi, sur cette table, des politiques ont commencé à parler et en fin de matinée, des médecins.

*(Rires)*

C'est une scène au sens propre et au sens figuré, cela tombe bien, puisque nous sommes au théâtre !

*(Rires)*

La scène politique : de quoi est-il question ? C'est l'idée que le lien entre médecine et politique... qui est une vieille histoire, souvenez-vous quand Platon pense La république, la question qui se pose est : comment construire un ordre collectif harmonieux ? Et pour pouvoir en rendre compte, il utilise un concept de médecin, d'Hippocrate, le régime : quel est le meilleur régime politique ? Ces questions entre le politique et le médecin sont de vieilles histoires qui reposent sur cette analogie que l'on pourrait prendre soin du corps social comme on prend soin du corps tout court. C'est cette idée-là et au fond, les mots introductifs du maire tout à l'heure disaient cela : comment prend-on soin de ce corps social singulier qu'est une ville ?

Bref, le rôle du politique, de ce point de vue, c'est d'agir en relayant et en prolongeant le geste médical et en inventant pour l'État et les collectivités territoriales une responsabilité adaptée pour

soutenir la santé publique et donc, une médecine politique. Il y a cette première scène : la scène des politiques du médico-social.

Il y a cependant une seconde scène : la scène expérimentale. Ici, c'est la question du lien entre la médecine et la science et on pense au va-et-vient de la médecine et du laboratoire. C'est une scène qui est fondamentale parce que c'est elle qui permet - on n'est pas trop loin de Lyon, de Claude Bernard, de la médecine expérimentale, etc. - de penser une médecine comme étant scientifique, mais qui privilégie l'analyse du laboratoire pour penser les processus. Dans l'histoire de la prise en charge des personnes vieillissantes, tout le débat entre gérontologie et gériatrie est là, à mes yeux. Il faudrait faire un peu d'épistémologie, je ne le fais pas, mais il me semblerait central ici de voir que dans cette tension entre gériatrie et gérontologie, ce qui est en question est : comment comprend-on mieux le vieillir ? Le comprend-on mieux à partir de la logique du laboratoire ? Ou le comprend-on mieux à partir de la logique du territoire ?

Je le dis autrement : je suis passé en train dans la Dombes et pour comprendre une grenouille, qu'est-ce qui est le plus simple ? Est-ce de la mettre sur une planche anatomique et de la découper en petits morceaux pour voir combien d'os la constituent ? Ou est-ce de regarder la grenouille dans son écosystème et dans le petit étang dans lequel elle vit ? Je parlerai de deux grenouilles différentes. Excusez-moi l'analogie, mais au fond, concernant le vieillir, si je le pense du point de vue du laboratoire ou si je le pense du point de vue du territoire qui l'aide à se soutenir dans son chez-soi - je reprends l'expression de tout à l'heure - nous avons deux élaborations complètement différentes.

La question qui est pour nous ici en jeu, me semble-t-il, est : comment organise-on dans nos analyses de prise en charge du vieillir ce va-et-vient permanent entre les discours du laboratoire et les discours du territoire ? C'est un vrai enjeu.



Cela pose une autre question que je ne ferai qu'évoquer parce que l'exposé précédent l'a dit : c'est de repenser, par conséquent, à partir du territoire ce qu'est, finalement, la vie quotidienne. Je reprends un vieux terme qui était celui de Jean OURY qui posait toujours cette question : *alors, la vie quotidienne ?* C'est-à-dire : penser l'accompagnement à domicile non pas simplement en termes de dispositifs techniques, mais en termes de dispositions éthiques et relationnelles.

C'est ce qui est en jeu. Là, c'est l'idée que le soin, y compris de tous ces personnels sous-payés, mal payés des donneurs de soins que nous connaissons, ce soin supposerait, exigerait que tous ces personnels soient à la fois des anthropologues, des sociologues, des psychosociologues... ils font un travail qui supposerait une formation incroyable et en fait, on ne les envoie pas tout à fait de cette façon. Jean OURY disait que pour penser l'accompagnement dans ses dimensions très fines, il faudrait être attentif à ce qu'il appelle la vie quotidienne ou en tous les cas, penser l'intervention sociale, c'est la figure du balluchon, en termes de bricolage relationnel.

On n'aime pas trop... c'est soit l'ingénieur, soit le bricoleur, mais ce sont deux traitements du social qui ne sont quand même pas tout à fait les mêmes. Selon la façon dont nous sommes construits en France, nous avons une exaltation du corps des ingénieurs – je n'ai rien contre, on a besoin de l'efficacité techno administrative et de l'expertise rationnelle - mais en même temps, comment celles-ci ne tuent-elles pas le bricolage relationnel engagé dans le *sommes-NOUS prêts à envisager le maintien à domicile ?* Pour le dire autrement, on ne peut pas négliger que ce qui s'engage dans le *à domicile*, c'est la vie ordinaire, c'est-à-dire le fait que dans l'accompagnement, on accepte de suivre l'autre dans ce qu'une sociologue appelle les *recoins du soin*, c'est-à-dire ce travail minuscule qui consiste à faire le ménage, mais précisément, cela a déjà été dit tout à l'heure, BACHELARD, le philosophe, dans un petit texte qui s'appelle *La politique de l'espace* a la définition suivante du

ménage qui permet de faire la différence entre travail d'entretien ou la logique d'accompagnement : « *Le ménage, ce n'est pas ce qui sert à maintenir l'originalité de l'espace, mais c'est ce qui nous reconduit à sa vertu d'origine* ».

Si l'on dit cela, si l'on ose tirer les conséquences de cette affirmation qui consiste à dire que le ménage, ce n'est pas du maintien de l'ordre, mais que c'est une vertu d'origine qui consiste à prendre soin de la relation sans laquelle nous ne serions pas ce que nous sommes, cela change toutes les choses parce qu'à ce moment-là, l'accompagnement à domicile est une présence et non pas une prestation. C'est une présence et non pas simplement une prestation.

Je finirai sur deux conclusions pour être dans les temps. La première porte sur l'idée que nous nous faisons de ce que signifie être développé. C'est un peu large que de dire cela, mais parce que nous avons tendance à prendre en charge la vieillesse dans l'arrogance d'un langage de la maîtrise et du contrôle, la gestion iso-normée des trajectoires de vie, les classes d'âge, les GIR, nous pensons effectivement qu'être développé, c'est avoir les outils de maîtrise et de contrôle de tout ce qui risquerait de nous échapper.

Cette logique du développement est d'ailleurs une logique que nous imposons aussi aux autres, y compris ceux d'autres cultures que l'on dira sous-développées. La question qui se pose, me semble-t-il, c'est effectivement de réinterroger les idées que nous nous faisons de ce qu'être développé signifie et plus précisément de se demander si, pour penser le développement de nos territoires, notamment, nous ne pouvons pas enrichir notre compréhension du développement d'autres critères politiques et administratifs que les critères quantitatifs de l'âge, de la dépendance qui appauvrissent la compréhension du vieillir en négligeant sa dimension relationnelle.

Concrètement, qu'est-ce que cela signifie, pour faire des propositions concrètes ? Je me dis que pour les politiques, cela signifierait que lorsque l'on fait des appels à projet pour les

associations ou pour les entreprises à qui l'on va donner des marchés, puisque c'est aussi un marché (la *silver economy*), il s'agit de voir comment l'on intègre dans la manière de faire des projets ou des appels à projets la prise en compte d'une réponse qui soit du côté de la relation et non pas simplement du côté du dispositif de maîtrise ? Je ne sais pas si je suis clair.

Deuxième chose, et je m'arrêterai vraiment : il me semble que l'un des enjeux qui est lié à ce que je viens de dire, c'est qu'effectivement, si l'on pense la vulnérabilité comme une opportunité, probablement que nous aurions avantage à encourager, à côté d'une culture de la protection, comme celle dans laquelle nous sommes, une culture de l'accompagnement. Nous sommes issus d'une culture sociojuridique de la maîtrise et de la protection qui installe la vulnérabilité en général et le vieillir en particulier dans des approches quantitatives (on serait plus ou moins vulnérable) et qui répondrait au vieillir, en raison de cette approche quantitative, par des instruments, par des techniques de protection. Ces techniques de protection vont de la privation partielle ou totale de son autonomie (la question progressive de la mise sous tutelle) aux systèmes techniques type informatique. Bref, la culture de la protection est une culture qui pense le soin dans le langage de la *surveillance*. C'est moins *veiller sur* que *surveiller*.

Question : est-ce qu'une culture de l'accompagnement ne pourrait pas penser autrement qu'en termes de surveillance, c'est-à-dire en prenant soin et en pensant à la façon d'organiser socialement le vieillir, non plus à partir de dispositifs techniques, mais en termes de redéploiement relationnel ? Je m'arrête là, mais ce sont des choses qui ont été dites précédemment. Je vous remercie de votre écoute.

*(Applaudissements)*

**M. GAUCHER.-** Merci, Jean-Philippe, de cet exposé. C'est vrai qu'il n'est pas toujours simple, pour une philosophe, de s'exprimer face à un public de praticiens pour la plupart parce que

l'on a toujours aussi (tu parlais des figures, des représentations) une figure un peu élevée, vaporeuse de la philosophie alors que là, tu as fait la démonstration que la philosophie s'enracine aussi, s'*enchâsse*, comme disent les Québécois, dans le terrain, dans l'écologie des personnes dont tu parles.

Je voudrais dire un mot, avant de donner la parole à Alain COLVEZ, sur la vulnérabilité. J'avais eu l'occasion de travailler sur cette dimension de la relation, comme tu l'as parfaitement évoquée, en nommant les vulnérabilités réciproques. Finalement, on a le sentiment, dans la relation gérontologie, que ce sont deux vulnérabilités qui se rencontrent : celle d'une personne réputée aidée et l'autre d'une personne réputée aidante, professionnelle, familiale ou bénévole et que la rencontre par les vulnérabilités est quelque chose de fragile parce que non reconnu. Il faut être invulnérable d'un côté, autonome, donc, d'une certaine manière, moins vulnérable de l'autre. On va œuvrer à faire taire les vulnérabilités là où, au contraire, toute la richesse est dans la rencontre de ces vulnérabilités. J'ai trouvé cliniquement des choses très intéressantes, en tant que psychologue de terrain, dans la manière dont des jeunes professionnels ont retrouvé des effets d'ambition, de trajectoire de vie, de projet dans la rencontre gérontologique en disant : *j'ai rencontré des vieux, j'y suis allé à reculons parce que je n'avais pas d'autres choix, il fallait, pour Pôle emploi, que j'aie travaillé, mais finalement, j'y ai trouvé autre chose que ce que j'attendais et cela m'a permis de me remettre en position, d'avoir une ambition de vie.*

**M. PIERRON.-** Cela n'appelle pas réponse de ma part, mais je peux en dire quelque chose : si l'on se situe à l'échelle interindividuelle, nous pouvons tous dire cela, que ce qui fait de ces activités des activités humaines, c'est qu'elles engagent précisément des relations individuantes des deux côtés, mais la difficulté, c'est comment l'on fait exister cela lorsque l'on veut le piloter à l'échelle institutionnelle ? Ce sont des enjeux d'organisation ou de management et cela devient plus subtil à ce moment-là.

**M. GAUCHER.-** Merci beaucoup.

*(Applaudissements)*

## **□ Le maintien à domicile : jusqu'où la protection sociale ?**

**M. GAUCHER.-** Alain COLVEZ est médecin épidémiologiste. Il a une trajectoire très riche et très riche d'enseignement pour le public. C'est surtout un retour parce que voici quatre ans, il était déjà ici pour nous parler, nous faire part de sa réflexion.

**Dr COLVEZ.-** Voilà, toujours sur la même question, un troisième point de vue. Il faut dire que je vais vous parler de quelques chiffres, quand même, et après ce qui a été dit sur le chiffre, je ne me sens pas très bien...

*(Rires)*

...mais je ferai face ! En plus, je suis médecin ! Je vais donc essayer moi aussi de répondre. J'ai fait un plan, ensuite, j'en ai discuté avec Mme VERNE qui m'a dit que cela aussi, il faudrait le dire, alors je l'ai ajouté, je vais donc aussi vous donner un peu d'informations sur quelques actualités auxquelles j'ai été mêlé récemment.

Quand on demande *sommes-nous prêts pour le maintien à domicile ?*, à quel problème sommes-nous confrontés ? C'est bien autour de cela que nous naviguons. Ensuite, quand intervenons-nous ? Là, je vais un peu me répéter par rapport à voici quatre ans, mais c'est finalement en radotant un peu que les idées finissent par progresser ou se modifier. Je distingue bien : en se plaçant avant les événements sur lesquels on veut se focaliser, avant le problème, c'est la prévention, dans mon vocabulaire. Quand l'événement est survenu, on est quand même dans une compensation, quand on voit cela à des échelles qui nous permettent de nous éloigner un peu du problème. Comment

intervenir ? C'est la bouteille à l'encre sur les aspects institutionnels, etc.

Essayons ensemble de voir à quel problème nous sommes confrontés. Un problème sociétal, un problème social, un problème de santé ? Mon métier, c'est de voir les problèmes de santé à l'échelle de la population. Je suis médecin, je ne suis pas un médecin au lit de la personne, comme vous l'êtes, pour beaucoup d'entre vous, je le suis à l'échelle de la population. Ce sont deux métiers un peu différents, même s'ils ont les mêmes objets.

Moi aussi, j'ai des problèmes : j'en ai un avec le mot *vieillissement* et le terme de *vieillissement de la population*. Ce terme, je radote avec cela, me chagrine beaucoup parce que je suis de l'INSERM, d'un secteur de santé publique, mais il y a aussi des chercheurs qui travaillent sur le vieillissement et qui font de la biologie ; si l'on prend les définitions du vieillissement pour les biologistes, cela ne colle pas du tout avec un vieillissement de la population. Or, vous avez vu que tout homme politique qui commence un discours dit *avec le vieillissement de la population* et cela m'agace parce qu'il y a des connotations derrière qui font que l'on se représente la population, et même la société, comme vieillie.

Ce terme de SAUVY qui a fait fureur, il en avait parlé pour parler des naissances parce que s'il n'y avait pas assez de naissances, il y aurait un vieillissement de la population, sous-entendu, d'ailleurs, que c'était très péjoratif pour la société, une société qui se dégradait, qui vieillissait comme un organisme vivant. Pourquoi ne pas penser cela ? On en a le droit, mais c'est très idéologique. Je préfère largement utiliser la même idée, mais beaucoup plus neutre, de *changement de structure d'âge de la population*.

Je ne sais pas si c'est bien ou si c'est mal, si on a le droit de parler de la population comme un être vivant. En tout cas, je sais que mes collègues biologistes, quand ils définissent le vieillissement, mettent le fait que c'est un processus universel général, que c'est un

problème irréversible, que c'est un problème délétère et qu'effectivement, il y a donc du vieillissement chez tous les organismes vivants, mais si l'on reprend ces critères, est-ce un processus délétère ? Je viens d'en parler, la question est ouverte. Pas forcément. Une population qui a changé sa structure d'âge en augmentant la part des personnes se trouvant en haut de la pyramide des âges n'appelle pas de jugement à formuler à cet égard.

Est-ce irréversible ? Sûrement pas ! Comment peut-on rajeunir une population ? Il y a deux solutions : on relance les naissances ou on tue les vieux !

*(Rires)*

Avec les deux, on rajeunit la population. Cela n'a donc pas de sens en termes de population et il est très fâcheux que tous les politiques commencent comme cela.

Un élément de plus est que le vieillissement de la population, cela ne met l'accent que sur l'aspect de la quantité. Or, les problèmes institutionnels et d'organisation que nous avons à gérer sont à mon avis plus qualitatifs (il faut changer les pratiques) que quantitatifs. Quantitatifs, on sait faire, on sait doubler des productions. S'il y avait les mêmes problèmes que ceux que nous avons dans les années 1960 dans la population, nous saurions parfaitement multiplier par deux tout ce que l'on fait, et nous le faisons, mais le problème, c'est que pour la santé, il y a aussi un changement qualitatif.

Je préférerais que les politiques nous disent que leur premier problème est de gérer ce que j'appelle la transition épidémiologique, c'est-à-dire que l'on a changé qualitativement les problèmes de santé depuis que l'on a créé la Sécurité sociale. Au début, on avait beaucoup de maladies mortelles, il faut bien le reconnaître, c'est de cela qu'il fallait s'occuper, nous avions la tuberculose, la diphtérie, tout cela existait en 1945 ou 1950. C'étaient les problèmes qui étaient là.

Maintenant, non pas que nous ayons complètement résolu les problèmes de type maladies infectieuses, mais nous avons aussi des problèmes chroniques non handicapants ou handicapants. C'est cela, la transition épidémiologique. Nous avons maintenant des problèmes au long cours, un très grand nombre d'entre eux sont sans conséquences sur la vie des personnes. Bien sûr, elles prennent beaucoup de médicaments, j'ai une boîte de pêcheur, j'ai un nombre incroyable de médicaments à prendre, mais s'ils vont à la Barbade, d'un point de vue fonctionnel, ce n'est pas mon problème.

La deuxième catégorie de problème, ce sont les personnes qui ont des états chroniques, mais qui sont invalidants - je préfère le terme de handicapants - qui vous donnent un préjudice par rapport au reste de la société, de votre environnement. Voilà quelques états d'âme que j'ai.

Je dirai en résumé qu'en schématisant très fortement les choses, nous avons devant nous deux transitions. Une transition démographique, c'est le changement de structure d'âge de la population, c'est l'aspect quantitatif et d'autre part, nous avons la transition épidémiologique. Nous passons d'un régime de maladie aiguë qui était prédominant, le reste existait déjà, mais qui était quantitativement prédominant, à un domaine ou à la montée des états chroniques, d'une part, et des états chroniques handicapants. Ceux-ci se voient à tous les âges. Ce n'est pas seulement un truc de personne âgée, ce n'est pas la dernière partie de la vie.

D'ailleurs, à propos de personne âgée, j'en ai déjà parlé, c'est ma marotte en ce moment, je veux vous livrer une réflexion sur l'âge de la vieillesse : qu'est-ce que c'est ? À quel âge est-on vieux ? Première notion : à l'âge administratif. Il y a l'âge administratif de la retraite, c'est comme cela que nous sommes partis et on était vieux à 65 ans quand j'ai commencé à travailler, par exemple. Ensuite, dans les années 1980, on est devenu vieux à 60 ans, on a perdu cinq ans. Maintenant, on dit que l'on est vieux à 62 ans, M. FILLON a changé à



nouveau les curseurs. Puis, l'on parle d'être vieux à 67 ans. Si l'on se borne, comme nous le faisons, sur la statistique calquée sur les règles administratives, nous ne sommes plus du tout cohérents.

Deuxième aspect : est-on vieux à la cessation d'activité ? Ce n'est pas 60 ans, c'est encore plus tôt. Cela dépend des moments, mais cela fluctue, il y a eu des moments où c'était quasi la moyenne d'âge des personnes qui cessaient leur activité, du fait du chômage ou autres, autour de 56 ans, parfois 58 ans, si c'est là le seuil de la vieillesse.

Dernier point : il y a une idée intéressante et dont je pense qu'elle peut être exploitée et qui mériterait d'être exploitée en particulier par les décideurs politiques, par nous tous : on est vieux quand il ne reste plus qu'un petit nombre d'années à vivre. C'est Patrice BOURDELAIS, un historien, car il faut regarder ce qu'apportent d'autres disciplines, qui avait proposé que l'on dise que la vieillesse, c'était quand il ne restait qu'un petit nombre d'années. Combien ? Le débat est ouvert : est-ce 10 ? 12 ? 15 ? Ce qui est intéressant, c'est quand on regarde l'évolution de la population (j'avais fait cet exercice pour la CNSA) au cours du siècle en ayant ces idées-là. On part de 1905 et cela va jusqu'à 2010 : voilà la courbe du dessus, celle qui est l'évolution du nombre absolu, dans les recensements, des personnes de 60 ans et plus.

En 1905/1910, nous étions autour de cinq ou six millions de personnes de 60 ans et plus. Puis, on monte petit à petit, nous sommes proches de 15 millions. Il est sûr que cela a augmenté, on ne peut pas nier l'aspect quantitatif de la croissance du haut de la pyramide des âges. Il suffit de la regarder évoluer.

La deuxième courbe est construite en se demandant combien, en 1905, il y avait de personnes à qui il restait dix ans à vivre ? Vous savez que l'on peut faire l'espérance de vie à tout âge. À quel âge reste-t-il dix ans d'espérance de vie sur les tables de mortalité de l'INSEE ? À cette époque-là, c'était à 67 ans, les tables

de mortalité montraient que la moyenne des années vécues était estimée à dix ans. On passait en dessous à 67 ans. Dans les années 1950, c'est vers 71 ans qu'il restait dix ans d'espérance de vie. Puis, en 1980, 1985, c'est à 75 ans qu'il restait dix ans d'espérance de vie, les deux sexes confondus.

Maintenant, nous sommes dans les années 2015, on a dépassé 80 ans depuis longtemps. C'est vers 82 ou 83 ans que l'on a une espérance de vie sur la table de mortalité qui devient inférieure à dix ans. Quand on regarde les chiffres en nombre absolu, en 1905, il y avait 2,9 millions de personnes à qui il restait dix ans d'espérance de vie et ce qui est amusant, c'est qu'en 2010, c'est 3,1 millions. Bien sûr, les problèmes fonctionnels, nous allons en reparler, mais cela donne une vision totalement différente. L'énorme croissance de la population du haut de la pyramide des âges, celle que l'on appelle la population âgée, porte sur des personnes qui sont dans la zone marron, c'est-à-dire ce que l'on n'appelle à l'OMS les jeunes seniors, ceux à qui il reste plus de dix ans d'espérance de vie, jusqu'à 20 ou 25 ans et ce sont des seniors en bonne santé. Je pense qu'il faut avoir ce schéma sous les yeux.

Il va un peu évoluer parce qu'il y a un autre élément, c'est le *baby-boom* : quand les *baby-boomers* vont arriver vers l'âge de 83 ou 84 ans peut-être, si tout continue, à l'âge où il reste dix ans d'espérance de vie, cela fera un peu plus de monde, mais vous voyez que cela relativise la vision que l'on peut avoir de l'évolution de la pyramide des âges et de cette transition démographique.

À nouveau, j'aime bien schématiser, nous avons deux défis : le premier, celui dont nous parlons, est de faire face à ce nombre de personnes âgées ayant perdu leur autonomie pour les actes élémentaires de la vie quotidienne. J'ai souvent croisé le fer avec Bernard ENNUYER parce qu'il dit que l'on ne doit pas parler de dépendance, mais moi, je parle de dépendance pour les actes

élémentaires de la vie quotidienne, ceux qu'habituellement tout adulte fait seul : se laver, s'habiller, etc.

Le premier défi, c'est que l'on sache faire face à ce nombre des personnes qui ont perdu leur autonomie pour les actes élémentaires de la vie quotidienne. Dans mon jargon, c'est ce que l'on appelle faire face à la prévalence de la perte d'autonomie. C'est devant nous, nous sommes en train de le faire.

Je pense qu'en tant que vision démographique, populationnelle et éventuellement politique, vu d'un peu loin, il n'est pas très compliqué d'estimer tous ces éléments. Ici, je l'ai fait avec un indicateur simple et explicite, mais qui recoupe parfaitement les indicateurs que l'on aime bien compliquer, comme le GIR, avec des pondérations par-derrrière, mais cela revient au même. Voici l'ensemble de la population des personnes de 60 ans et plus : quand cela a été fait en 2010, c'était 15 millions de personnes, à peu près. La première tranche, ce sont les confinés au lit et au fauteuil (environ 350 000). Ensuite, sans être confiné au lit et au fauteuil, des personnes qu'il faut aider pour faire la toilette et l'habillage. C'est une façon simple de repérer une deuxième population, il faut ajouter 650 000 personnes. Si vous prenez en compte les personnes qui ne sont pas dans les états précédents, mais qui ont besoin d'un tiers, d'une aide pour sortir de leur domicile ou qui ne sortent pas si elles n'ont pas d'aide, il faut ajouter un million de personnes de plus. En gros, les ordres de grandeur sont là.

Ensuite, sur le côté, c'est l'analyse de chaque petit secteur, c'est-à-dire que si l'on prend les personnes confinées au lit et au fauteuil, elles sont analysées en tenant compte de deux choses : avoir une détérioration intellectuelle ou pas, car pour les prises en charge, c'est autrement plus difficile dans un cas que dans l'autre. Vivre en institution ou vivre à domicile : dans le premier groupe, il y en a un très grand nombre, même parmi celles qui n'ont pas de détérioration intellectuelle qui vivent en institution, les 123 000 qui sont non-

confinées au lit et au fauteuil et d'autres sont dans le même état qui vivent à domicile. Après, il y a les personnes avec une détérioration intellectuelle.

C'est simplement pour vous indiquer qu'en tenant compte d'un niveau de capacités fonctionnelles des personnes, en regardant celles qui ont une détérioration intellectuelle et celles qui n'en ont pas et en distinguant les personnes qui vivent ou non en institution, on a déjà, à l'échelle politique, un panorama. C'est cela, le problème, il est là : si l'on veut faire face, il faut faire face à ces chiffres. On peut les réactualiser au fur et à mesure que cela évolue, à la cadence de l'évolution de la population.

Voilà un premier élément. Le défi n° 2, c'est quand même ce dont on parle aussi ici, c'est que si l'on fait face - et il faut continuer, il ne faut pas nous relâcher - au nombre de personnes dont la prévalence est la perte d'autonomie ou l'incapacité fonctionnelle, il faut ensuite réfléchir pour voir si l'on peut diminuer le débit d'entrée en situation d'incapacité. C'est réduire le débit d'entrée des personnes âgées dans une situation de perte d'autonomie pour les actes élémentaires de la vie quotidienne, ce que nous appelons, dans notre jargon, réduire l'incidence de la perte d'autonomie. Nous en sommes là, c'est ce qui est devant nous.

On se place en amont de la perte d'autonomie chez des personnes qui étaient dans la zone marron ou avant, mais en faisant des actions qui, on l'espère, pourraient jouer sur la probabilité d'entrée dans un état d'incapacité fonctionnelle. C'est plus facile à dire qu'à faire parce que même si cela va dans le bon sens, on n'arrive pas à débrouiller pourquoi l'espérance de vie, chez les personnes âgées, augmente tellement et plus vite que pour le reste de la population.

Bien sûr, on a des idées sur tout ce qui y contribue, en le disant, on ne se trompe pas, mais ce n'est pas un seul facteur : il y a moins de pauvreté, les conditions de travail sont meilleures, la

richesse est plus importante, les conditions environnementales, tout a joué, durant les 70 dernières années, sur cette évolution. Dire que l'on a un fil que l'on peut tirer, un levier que l'on peut actionner pour augmenter les choses, non, nous le savons tous.

En ce moment, cela fait partie aussi de ce que je voulais partager avec vous, on parle beaucoup de fragilités. C'est un terme issu de la gériatrie et qui est très intéressant. En particulier, de nombreux programmes démarrent dans tous les sens : on va prévenir la fragilité. Il faut bien préciser ce qu'est la fragilité. Or, ce n'est pas évident et quand on lit toutes les publications qui paraissent sur le sujet, les personnes continuent de se crêper le chignon sur la définition même de la fragilité.

C'est sûr, il y a une composante physique, de la faiblesse musculaire et parfois, des problèmes au point de vue intellectuel. La deuxième chose, c'est qu'il y a des composantes sociales : il est sûr que l'isolement et même, le sentiment de solitude, avec un certain état de dépression, etc., jouent sur la fragilité, la vulnérabilité. Tout cela devrait être mieux décortiqué parce que l'on emploie des termes les uns pour les autres et cela ne facilite pas le travail, pour l'instant, même si c'est très intéressant. L'idée, c'est qu'avant de tomber dans un état d'incapacité fonctionnelle, encore faut-il mettre un seuil, il y a une période où l'on est considéré comme fragile.

Ce sont les gériatres qui se servaient de cela et c'est intéressant parce que lorsqu'une personne de plus de 80 ans arrive aux urgences avec un traumatisme, n'importe quel problème qui s'est produit récemment, vous savez, il n'y a plus de place, il faut trouver une place pour la personne, trouver un lit. Je ne sais pas si certains d'entre vous fréquentent les hôpitaux, mais : *mince ! Il n'y a de place en traumatologie, il faut attendre lundi, eh bien en attendant, on le met en ORL*, etc. Il y a deux catégories de personnes : il y a des personnes qui sont solides et auxquelles vous pourrez faire faire le circuit que vous voulez, pour lesquelles il n'y aura pas de

conséquences, mais il y en a d'autres, fragiles, que les gériatres essaient de dépister quand elles arrivent aux urgences, d'autres qui sont dans des états tels qu'il suffit d'une *pichenette* pour que tout cela bascule et que l'on se retrouve avec de la dépendance pour l'ensemble des pathologies associées, etc. Cela vient de là, la fragilité, cela vient des gériatres.

L'idée est que les personnes, avant d'être « tombées » dans l'état d'incapacité fonctionnelle nécessitant compensation, ont connu une période où elles étaient dans un état précaire, avant qu'elles n'aient le problème. Si on les dépistait, on pourrait soit agir sur ces personnes pour redonner des éléments, en particulier sur le plan musculaire, puisque cela y participe beaucoup, d'après les médecins, mais aussi sur les autres aspects, cela joue aussi, ou, encore mieux, on pourrait se placer encore en avant pour que les personnes n'aillent dans une période de fragilité, c'est l'idée.

Ce n'est pas plus que cela, finalement. Je pense que l'on se lance, même si c'est peut-être bien, tête baissée vers un problème, vers une question d'action de prévention qui n'est pas parfaitement clarifiée.

Concernant la prévention, il y a beaucoup de confusion et c'est pour cela que j'en profite pour redire, comme j'en avais parlé la dernière fois, que c'est très subtil et très difficile à appréhender par le grand public, mais aussi par les professionnels eux-mêmes, que de gérer une probabilité. On se place en amont et on voudrait distinguer des personnes et changer leurs probabilités. C'est : *bonjour, Monsieur, je vais soigner votre probabilité d'avoir un accident.*

(Rires)

C'est ce que font les médecins. Quand ils vous donnent un traitement anticholestérol, ils feraient mieux de vous donner des conseils d'activité physique parce que cela a un effet beaucoup plus important que le cholestérol sur la probabilité d'avoir par exemple un accident vasculaire cardiaque ou cérébral. Ces éléments, comme le

cholestérol ou l'absence d'activité physique, on les appelle des facteurs contribuant à augmenter la probabilité, les facteurs de risque. Pour une action de prévention, il faut donc avoir beaucoup d'éléments pour agir. D'abord, c'est une action volontariste conduite dans une population définie parce que cela a un sens à une échelle populationnelle, ce que je dis, on ne sait pas avoir les probabilités individuelles, on va les déduire de l'observation d'une grosse population que l'on a observée au cours du temps. C'est de là que l'on déduit les probabilités d'avoir un infarctus ou un accident vasculaire, etc.

Une population définie, une action volontaire pour réduire la probabilité, que l'on appelle le risque, de connaître un événement de santé péjoratif qui affecte la durée et/ou la qualité de la vie. C'est cela, la définition de la prévention.

Il faut rappeler qu'il y a quand même deux types d'actions de prévention : la prévention générale qui vise à baisser globalement le risque d'événements péjoratifs en agissant sur l'environnement des personnes et sur le comportement des individus. Son facteur, c'est essentiellement l'éducation et la communication. Ensuite, il y a une prévention d'une autre catégorie, ciblée sur des populations particulières définies par l'âge, le sexe, la situation sociale et qui est un très bon indicateur général de mauvaises conditions de santé ou sur une entité de santé spécifique, les maladies, la grippe, le cancer colorectal ou des éléments que les gériatres regroupent sous forme de *syndrome gériatrique spécifique* (les chutes, la dénutrition, l'incontinence) ou des *pratiques péjoratives* (la consommation excessive de médicaments).

Mon message est toujours le même : je crains que l'on néglige la technicité qu'il doit y avoir derrière un programme de prévention. Il faut choisir des entités à prévenir qui ont des conséquences importantes. Sinon, ce n'est pas rentable. Il faut prendre en considération l'efficacité, l'acceptabilité et la faisabilité des

mesures préventives que l'on propose. Il faut cibler la population à risque, sinon, on disperse tout dans tous les sens et l'on a une perte d'argent et d'énergie énorme. Les facteurs de risque, les instruments de ce ciblage et une chaîne d'intervention pour évaluer le résultat au bout sont les conditions techniques nécessaires et j'ai peur, souvent, que l'on ne se penche pas assez dessus.

Pour la fragilité, il faut savoir reconnaître cet état. J'ai dit que ce n'était pas totalement au point. Les facteurs de risque de fragilité, encore moins. Il faut prouver que l'on peut agir de façon efficace sur les probabilités de passage entre les différents états et éviter les confusions entre fragilité et incapacité, entre fragilité et précarité sociale, entre risque de fragilité et état de fragilité.

C'est ce que j'avais ébauché voici un instant. Je ne suis pas là pour critiquer du tout le fait de s'engager dans ces éléments de prévention. C'est simplement pour dire qu'il faut faire attention et le faire avec un peu de technicité derrière.

Comme je participais à la définition d'un nouveau référentiel pour l'évaluation dans les équipes médico-sociales, je rappelais deux éléments qui apparaissent là : la reconnaissance et le soutien des proches aidants. C'est quand même bien que nous ayons cela dans une loi. Le soutien à la prévention et à la perte d'autonomie des personnes âgées, je viens de l'évoquer.

L'enjeu est un changement de la démarche actuelle. Actuellement, au niveau des équipes médico-sociales, la démarche consiste à voir l'éligibilité à travers un indicateur, à regarder en fonction des revenus le montant de l'APA et avec cela, à faire un plan d'aide avec cet argent. Ce n'est pas totalement satisfaisant, car il serait quand même mieux d'avoir une évaluation globale multidimensionnelle de la situation de la personne et que ce soit ce qui débouche sur un plan d'aide et qu'ensuite, on étudie le financement de ces aides dont l'APA, mais pas exclusivement l'APA, en tenant



compte aussi des besoins des aidants informels. Je pense quand même que c'est dans cette logique-là que l'on commence à s'engager.

La loi prévoit une révision des plans d'aide et surtout, l'enjeu est que l'on s'achemine vers une compatibilité des différents types d'évaluations faites par les CARSAT d'un côté, par les MAIA de l'autre, par encore d'autres intervenants dont les assureurs, etc. C'est quand même un enjeu qui me paraît intéressant pour nous, professionnels.

Pour conclure, jusqu'où la protection sociale ? Je pense qu'il y a beaucoup, quand même, de choses très triviales à faire et pour triviales qu'elles sont à formuler, ce n'est pas de la tarte d'y arriver ! Éliminer la parcellisation des interventions, c'est l'idée de la conférence des financeurs ; coordonner les réponses et simplifier les organisations, je n'ai pas besoin de faire un grand schéma, mais c'est plus facile à dire qu'à réaliser, il me semble que nous y sommes un peu. La contrainte financière est liée à cela ; il faut aussi résoudre les problèmes de la protection sociale elle-même avec ce que j'ai dit, il faut défragmenter les financements. Chaque caisse a son financement et finalement, tout est dans tout. Il y en a à la CNSA, à l'assurance-maladie et chacun est là, crispé sur son institution et cela finit par faire des choses assez compliquées parce que l'on fait beaucoup de choses, mais je ne pense pas que ce soit un facteur qui contribue au rendement de la chose.

Il faut prendre acte de l'inadaptation du paiement à l'acte pour au moins trois secteurs sur quatre. Pour les états aigus, cela marche très bien. Pour la prévention, cela ne marche pas du tout. Pour les maladies chroniques à surveiller, à contrôler, on fait très bien, mais c'est hyperinflationniste. Ma mère, qui est très vieille, voit son médecin tous les 15 jours alors qu'elle n'en a pas besoin et je suis sûr que partout, c'est la même chose. Cela ne sert à rien. Il vaudrait mieux qu'il y ait un réseau qui surveille cette personne et que ce soit un

paiement au forfait pour l'année pour ces cas de maladies chroniques. On y vient un peu, mais tout doucement.

Les états chroniques handicapants à compenser : là, nous nous y sommes bien engagés, mais entre les institutions, il y a encore beaucoup de choses à faire, en particulier lever l'obstacle représenté par la séparation des secteurs dits sanitaires et médico-sociaux. Bien sûr, ils vont se chamailler pour dire que ce sont eux, si nous nous lançons là-dedans, je connais un peu l'environnement, mais il faudrait y arriver. La création des ARS, cela peut être un atout. La CNSA me paraît un bon modèle pour le secteur des états chroniques handicapants, mais il faudrait qu'elle puisse mobiliser les médecins en plus, les infirmières et que l'on fasse des projets cohérents dans ce domaine.

Éliminer le seuil de 60 ans entre le handicap et la dépendance : c'est pour cela que j'ai fait le graphique que je vous ai montré. Le message subliminal, quand on est à la CNSA, par exemple, c'est que l'on aimerait bien le faire, mais que l'on ne peut pas le faire, disent les cabinets ministériels, mais que si on ne le fait pas, on pourrait essayer de voir s'il n'y a pas une séparation à un âge plus logique, d'où cette démarche : quelle définition un peu plus dynamique pourrait-on avoir par rapport à l'âge de la vieillesse ? Assez peu de personnes de 60 ans à 75 ans ont des situations de dépendance, il y en a à peine 100 000. Tout le reste est après 80 ans, c'est évident.

La protection sociale peut-elle faire face au maintien à domicile et à la prise en charge globale de tous les états dont nous parlons ? Peut-on faire intervenir l'assurance privée ? Nous avons eu des débats et des négociations entre les assureurs et les Conseil généraux sur ce sujet-là, mais le problème qu'il ne faut pas perdre de vue, c'est que les assureurs privés ne souhaitent pas intervenir en complémentaire, comme tout le monde les attend, mais en ce qu'ils appellent supplémentaires, c'est-à-dire pour des niveaux majeurs

d'incapacité à une époque où il reste un an et demi à vivre. Ils n'auront pas leur argent et il y a une certaine... j'allais utiliser un vilain terme... à proposer des contrats d'assurance en faisant croire, sans bien souligner...

En tant que professionnel, il faut faire cela parce que sur le dernier graphique, vous voyez que l'on part de 1 et que l'on regarde la mortalité, combien de temps survivent les personnes quand elles sont en GIR5 : la demi-vie est à 7 ans, à peu près. Bien sûr, il y a des personnes qui vont beaucoup plus loin, mais quand on est en GIR1 ou en GIR2 ou ADL, qui sont les équivalents des ADL 3 sur 4 ou 4 sur 4 qui sont les seuils des assureurs, la demi-vie est autour de deux ans et encore, on ne tient pas compte du fait qu'il y ait détérioration intellectuelle ou pas et quand c'est le cas, cela raccourcit d'au moins six mois l'espérance de vie. Ils interviennent quand on n'en a plus besoin. L'APA intervient quand il reste environ quatre ans de demi-vie. Les personnes vont beaucoup plus loin, bien sûr, mais c'est une moyenne. J'ai terminé.

*(Applaudissements)*

## ▪ Questions du public

**M. GAUCHER.-** Merci beaucoup, Alain, pour cet exercice, qui n'est pas simple, de présenter des données statistiques éclairantes et intelligentes à un public qui n'est pas forcément initié à ces lectures de tableaux et les commentaires qui les accompagnent sont toujours bienvenus, avec humour et passion. Merci beaucoup.

Très rapidement, vous avez posé des questions. Je vais proposer à Jean-Philippe PIERRON, qui a un impératif horaire, s'il a pris connaissance des questions posées, de faire une brève réponse. Nous aurons l'occasion peut-être de compléter cet après-midi.

**M. PIERRON.-** La première assez intéressante : *faut-il demander aux grenouilles ce qu'elles veulent ?*

(Rires)

Je pense effectivement intéressant de poser la question comme cela, car c'est toute la question de la façon dont on formule pour l'autre ce que l'on pense qui serait bon pour lui. Pour le dire autrement, quand on fait dans la logique qui nous domine aujourd'hui de la culture de l'évaluation, c'est comment l'on pourrait inventer des procédures d'évaluation où soit restituée la parole de ceux ou celles qui sont bénéficiaires des prestations que l'on a pensées pour eux. Autrement dit, effectivement, les grenouilles et leurs proches ont des réponses, je suis assez d'accord avec cette idée.

Il y avait une deuxième question, car j'ai rapidement donné un coup de patte amical, sur les ateliers mémoire. *Comment peut-on aider la mémoire lorsque le temps est passé, à savoir lorsque la personne ne se souvient plus ?* C'est une question qui là aussi est redoutable. L'enjeu, pour moi, c'est de voir comment l'on peut faire une lecture assez mécaniste de ce que signifie prendre soin de la mémoire de l'autre. Pour dire les choses de manière très courte, ce qui est en jeu, pour moi, c'est la question de la créativité, aussi bien des soignants, au sens très large du mot soignant, et des soignés. Comment inventer des dispositions ou des dispositifs ou il est possible, même s'il faut voir jusqu'où l'on va quand on parle de perte de mémoire avancée...

Quand on est dans des approches (je n'ai rien contre) très neurologiques ou neuropsychologiques, finalement, on a une lecture assez mécaniste de ce qu'est la mémoire alors que si l'on sollicite d'autres choses comme les pratiques autour de la danse, de la cuisine, de la gestuelle, des parfums, c'est une autre façon de prendre en charge ou de prendre soin de la mémoire. Je ne suis pas contre l'atelier mémoire en tant que tel, ce que je questionne, c'est le type « d'idéologie » ou d'*idée au logis*, puisque l'on est au domicile, c'est le type d'intelligence qui nous aide à penser la mémoire qui est souvent une approche assez mécaniste de celle-ci.

Notamment, un travail de vidéaste a été présenté à Strasbourg au Musée d'art contemporain qui dure sept minutes, le temps de la consultation mémoire, où vous prenez le temps de regarder le visage de cette femme qui, apparemment, a perdu la mémoire et des mots défilent. D'une certaine façon, sept minutes, c'est très long pour laisser raisonner en soi ce que l'autre peut ressentir malgré tout, alors qu'il paraît ne plus pouvoir verbaliser ; cela questionne comment, dans nos processus d'organisation et de management, on laisse du temps dédié à rien de dédié. C'est un luxe, mais à mon avis, c'est cela, l'enjeu, c'est cela, un atelier mémoire : du temps dédié à rien de dédié.

C'est bien sûr du discours de philosophe.

*(Rires)*

Quand je dis que c'est un discours de philosophe, je veux dire que c'est un discours du côté de la fonction de l'utopie. Je crois que pour faire vivre nos institutions, il y a une fonction positive de l'utopie, c'est d'oser imaginer d'autres solutions que celles que nous connaissons déjà. C'est ce que je veux dire, et pas simplement que c'est une parole vaine.

La dernière question est : *il y a un âge pour la majorité, y aura-t-il un âge de la démajorité ?* Effectivement, cela pose des questions d'entrée dans la dépendance, mais globalement, cela existe. L'entrée progressive, par le biais de la culture de la protection, notamment chez les juristes, dans les mises sous curatelle et sous tutelle, d'une certaine façon, c'est une façon d'aller de ce côté-là. Réjouissons-nous, cela existe déjà.

*(Rires)*

Merci beaucoup de votre écoute.

*(Applaudissements)*

**Mme MALLON.**- Merci pour vos questions. En tant que sociologue, on est davantage là pour poser des questions que pour

apporter des réponses. Beaucoup sont consonantes avec mes propres interrogations, mes propres appréhensions de ces questions et ce que j'ai trouvé intéressant dans les petits papiers qui m'ont été remis, c'est qu'il y a un paradoxe qui est souligné qui peut être lu comme un progrès social. *Pourquoi cette question du maintien à domicile aiguë est ce que j'ai présenté comme une difficulté du secteur, c'est-à-dire les difficultés de recrutement, en particulier la question de l'exigence de dispositions exceptionnelles, etc. alors que la réalité du métier est un peu éloignée en termes de valorisation financière, de reconnaissance symbolique, etc. ?*

Il y a un écart grandissant entre les exigences relatives au maintien à domicile qui sont de plus en plus importantes et pour le coup, je trouve que c'est un point positif parce que c'est une manière de reconnaître que les personnes âgées sont maintenues dans leur condition d'adulte, dans leur condition de citoyens et, au moins dans le discours, dans leur droit élémentaire à une vie de qualité. Je trouve que ces exigences grandissantes signent aussi ce progrès social qui est que l'épidémiologie est assez claire de ce point de vue. Nous avons de plus en plus de personnes qui vivent de plus en plus vieilles dans de meilleures conditions et la dépendance ou le besoin de soin ou d'accompagnement n'est pas nouveau. Les personnes vieilles très handicapées existaient avant.

J'ai commencé à travailler sur la vieillesse et le vieillissement en allant en maison de retraite faire des entretiens avec des personnes qui y vivaient, car mon enjeu était de regarder comment les personnes y vivaient, en m'adressant aux principaux intéressés. L'une des dames que j'avais rencontrées, qui avait fait le choix de venir s'installer en institution, me disait que l'une de ses motivations avait été de ne pas faire peser sur sa famille et sur ses enfants le poids de son vieillissement et de cet accompagnement et elle me disait notamment qu'avant, on avait des situations terribles où la prise en charge des difficultés, des handicaps, de la dépendance dans les

familles tenait sur des relations qui étaient conflictuelles, avec de la maltraitance extrêmement forte.

Quelque part, c'est un progrès de nos sociétés que d'avoir des exigences d'accompagnement jusqu'au bout de la vie de manière non seulement digne, mais à prendre en compte la vulnérabilité de chacun. Cela met en évidence la distorsion entre des choses qui restent pour le moment de l'ordre du discours, ce que nous inscrivons dans la loi, nos idéaux et ce que nous faisons.

De ce point de vue, la question de la façon d'agir suppose bien sûr de réformer nos propres manières de percevoir les personnes âgées, mais aussi de mettre en acte nos discours et cela me conduit à d'autres questions se penchant sur le financement. On en revient toujours là, dans nos sociétés qui sont des sociétés marchandes : quels sont les financements de ces accompagnements ? Cela suppose de réformer aussi et de revaloriser, aussi bien sur le plan symbolique que sur le plan financier, notre manière de voir ce qui importe entre l'accompagnement médical et l'accompagnement social et leurs bienfaits respectifs.

De ce point de vue-là, je trouve que la maladie d'Alzheimer, les différents plans sur cette maladie, sa prise en compte et le plan qui se poursuit sur les maladies neurodégénératives sont une chance absolue pour l'accompagnement social dans le contexte d'une absence de traitement médicamenteux. L'absence de traitement de la maladie d'Alzheimer est une chance absolue pour l'accompagnement social et pour les sciences sociales parce que s'il y avait eu un traitement, jamais on n'aurait fait toutes ces études autour de ce que peut procurer l'accompagnement au quotidien, de diverses manières, des personnes qui connaissent des difficultés cognitives.

Quand Alain COLVEZ disait qu'il faut mettre fin à la séparation des secteurs sanitaires et sociaux, il faut aussi mettre fin à la domination du secteur sanitaire sur le secteur social et se poser collectivement, au niveau politique, la question du financement d'une

protection sociale qui ne soit pas qu'une protection sanitaire. On sait bien qu'un certain nombre de personnes se tournent vers le sanitaire parce que, socialement, ce ne sera pas financé, pas compensé de manière suffisante. Il me semble que c'est aussi ces questions-là qu'il faut travailler et vraiment, quand Alain COLVEZ a dit tout à l'heure que le médicament contre le cholestérol, c'était bien, mais que bouger, c'était mieux, comment valorise-t-on politiquement, financièrement le fait que l'on paye des personnes pour accompagner des personnes en promenade, par exemple, et quels en sont les effets ? C'est un peu compliqué à faire parce que cela exige de se couler dans des rationalités budgétaires économiques qui ne sont pas nécessairement constituées comme telles, en tout cas, dans le secteur de l'accompagnement social.

**M. GAUCHER.-** Merci pour ces réponses.

*(Applaudissements)*

**M. GAUCHER.-** J'avais peut-être une remarque sur ce que vient de dire Isabelle MALLON et je donnerai la parole à Alain COLVEZ, car je pense qu'il a aussi des choses à nous dire là-dessus. De fait, on a rationalisé beaucoup les approches sanitaires, en particulier avec la culture de l'évaluation.

On mesure les effets produits et c'est vrai que, comme vous le disiez, on évalue beaucoup moins. Du côté scientifique, en sciences humaines et sociales, cela se fait, mais dans les pratiques, les évaluations au plus près des terrains, des pratiques, ne se font pas. On n'a pas la notion, à mon avis, des bienfaits d'une poignée de main.

Je me retourne vers Alain COLVEZ pour lui demander son avis, mais il me semble qu'il y a souvent des malentendus entre, par exemple, une bienveillance et une approche qui serait un peu fumeuse, fugace, peu perceptible dans l'accompagnement et, en face, un dispositif extrêmement construit, très charpenté, qui est l'intervention médicale, l'intervention sanitaire. Il y a des difficultés aussi dans les représentations.



Alain COLVEZ l'a bien dit tout à l'heure : que veut dire le mot prévention, par exemple ? Comment peut-on pratiquer une prévention, d'une certaine manière, sans trop savoir ce que l'on va faire ? Est-ce que l'on anticipe ? Est-ce que l'on veut éviter ? Je pense que sur la question des représentations, il y a certainement des problèmes.

**Dr COLVEZ.-** Je dirai même plus, je dirai que cela peut faire des dégâts particulièrement énormes. On a parlé de la mémoire et de la maladie d'Alzheimer. Là, à cause des représentations de l'envie qu'avait tout le corps médical d'avoir un médicament qui marche, ils ont réussi, alors que les études montrant que cela ne marchait pas avaient été publiées par les Anglais en 1993, je crois ; ils ont mis 10 à 15 ans avant que l'on décide de réexaminer les recommandations qui avaient été émises pour le traitement médicamenteux de la maladie d'Alzheimer et personne ne pénétrait, absolument pas, l'étude anglaise.

Les Anglais sont des personnes très pragmatiques et s'inquiétaient de ce que leur coûterait de mettre tout le monde au traitement anti-Alzheimer qui est génial, d'un point de vue galénique, c'est extraordinaire. L'idée était excellente, mais cela ne marche pas et ils ont fait un essai de 3 000 personnes dans leurs établissements de personnes âgées dépendantes parce que l'on disait que l'on avait vu quelque chose sur un indicateur de capacité cognitive. Dans de nombreux cas, cela ne marchait pas, mais dans l'un d'entre eux, on avait vu qu'il y avait quelque chose et que c'était significatif. Là, on est parti et en fait, en France, pendant 10 ou 15 ans, on a prôné le médicament pour tout le monde. On a dépensé plus de cinq milliards pour un médicament qui n'est pas efficace ! Vous vous rendez compte ? Pour enfin arriver à une recommandation qui était : vous essayez pendant six mois, vous regardez si cela ne marche ou pas et si cela ne marche pas, arrêtez-le. Parce que cela ne marche pas et déjà, dix ans avant, on avait déjà vu que cela ne marchait pas.

Il y a un élément de plus avec la maladie d'Alzheimer, c'est que mes collègues neurologues ont réussi à faire peur à tout le monde, c'est-à-dire que quand on fait des études dans la population, et nous en faisons avec les centres d'examen de santé, 40 % des personnes expriment une plainte mnésique et quand on regarde parmi ces 40 % combien l'on sort de personnes en raison d'une détérioration intellectuelle validée par d'autres indicateurs, par un examen neurologique, c'est 2 % ! 40 % de personnes sont terrorisées pour 2 %. On a envie de dire : attendez ! On verra bien s'il y a quelque chose, mais pour l'instant, vivez, nom d'un chien !

On arrive à faire un programme de prévention, maintenant proposé au CETAF, à l'HAS partant du fait qu'il faut prendre en compte les plaintes cognitives. Bien sûr, pour le petit nombre, il faudrait une vraie prise en compte médicale, la meilleure possible, en sachant que l'on a derrière pas grand-chose, mais les autres, il faut les rassurer et faire une démarche à cet effet.

**M. GAUCHER.-** Il faudrait aussi bien penser à ce qui a pu agir parce qu'il y a le médicament, sûrement, mais aussi l'intérêt que l'on porte à la personne, la qualité de son environnement familial, amical, culturel, spirituel et cela, on ne le mesure pas. Je ne veux pas dire que c'est tout le reste qui fait le travail, mais il serait intéressant d'en avoir une évaluation, une certaine mesure, sans tomber dans le piège de réifier, de chosifier – en psychologie, nous sommes un peu plus violents, nous disons de *fécàliser* les données.

Je suis désolé, ce n'est pas une mise en appétit, mais ce sera l'occasion pour vous de se refaire une santé ; nous nous donnons rendez-vous à 14 heures.

*(Les débats sont interrompus de 12 heures 10 à 14 heures 05)*

**M. GAUCHER.-** Nous allons démarrer l'après-midi. Je vais me mettre en sourdine et en coulisse pour laisser la place à d'autres acteurs avec, d'abord, un premier débat qui sera organisé autour des réflexions des CLIC sur les territoires de l'Ain, constats, analyses, propositions, des préoccupations de terrain.

Puis, il y aura une introduction de la table ronde où nous demanderons à Isabelle MALLON de faire quelques heures supplémentaires en présentant les regards croisés sur le vieillir à domicile.

Puis, Agnès BUREAU, journaliste, ici présente, animera tout l'après-midi et, en particulier, la table ronde qui va opposer, j'espère, faire rivaliser des points de vue, des expériences, des analyses de situations de terrain.

Autant, ce matin, vous avez eu des conférences d'excellente qualité, je pense que vous partagez mon opinion, qui vous ont renseignés sur un certain nombre de choses, qui vous ont peut-être encouragés à continuer à penser comme vous pensez-vous même. Cet après-midi, ce sont plus les expériences de terrain.

**Mme VERNE.-** J'ai manqué ce matin à toutes mes obligations ; vous avez vu que nous avons imaginé un petit lieu d'intimité, un petit clin d'œil à un habitat, à un chez-soi qui pourrait exister quelque part et je tenais à remercier tout particulièrement l'association Tremplin, qui est une association d'accompagnement, d'accueil, d'accompagnement et de réinsertion qui fait des vide-greniers, etc. et qui a beaucoup de choses à vendre.

Pour ceux qui habitent Bourg-en-Bresse et la région, je vous conseille d'aller vers leur centre de dépôt. Ils nous ont prêté gentiment ces meubles un peu surannés.

Merci à eux.

## □ Retour des débats organisés par les CLIC sur les territoires de l'Ain : constats, analyses, propositions...

**Mme BUREAU.-** Je vais demander tout de suite à Flavie NALLET et à Hélène LAURENT de me rejoindre pour faire la présentation à trois voix.

En préparation de cette journée, des débats ont été organisés dans les CLIC du Département et nous allons vous faire un compte rendu de ce qui s'est dit, car les débats ont été forts riches. Nous devions normalement le faire à quatre et je vous prie d'excuser Madeleine TREILLE, qui anime notamment un club de retraités à Relevant, son époux a eu des gros soucis de santé, elle était désolée de ne pas pouvoir nous rejoindre, mais je me ferai le porte-parole de ce qu'elle m'avait dit lorsque nous nous étions rencontrées lors du débat qui avait eu lieu dans son secteur ; je vous prie d'excuser également Michèle PILON qui devait être à la table ronde tout à l'heure et qui, aussi pour des soucis de santé, ne pourra pas être là avec nous.

Quoi qu'il en soit, sont avec nous Flavie NALLET, coordinatrice du CLIC du bassin burgien et Hélène LAURENT, infirmière au centre médico-psychologique de Montrevel-en-Bresse, un CMP qui dépend du Centre psychothérapeutique de l'Ain.

Ces discussions préparatoires se sont échelonnées d'avril à mai 2016. Il y a eu neuf débats, puisqu'il y a neuf CLIC, nous avons sillonné un peu tout le département. On peut estimer qu'à peu près 200 personnes se sont exprimées. L'assistance était très mélangée, puisque les invitations ont été lancées par les CLIC, que ce soit auprès des professionnels du soin, des professionnels de l'aide à domicile, il y avait des élus, des retraités, des habitants du territoire, des psychologues, des assistants sociaux, des personnes qui venaient d'associations, les Petits frères des pauvres ou d'autres associations ; chaque fois, nous avons tenu 1 heure 30 de débat et deux personnes prenaient des notes, ce qui a permis de construire cette synthèse et je les remercie.

Voici une petite carte qui vous montre les territoires des CLIC et toutes les diapositives sont illustrées de photos prises lors des tables rondes. Ce fut vraiment très riche, nous avons abordé beaucoup de sujets. Ceux qui ont pu y participer ne retrouveront pas tous les thèmes abordés, mais j'ai pris beaucoup de plaisir à ces discussions qui ont montré que la question de vivre à domicile ne se réduisait pas au logement ou des aspects matériels, mais que cela touchait à des choses beaucoup plus profondes et beaucoup plus intimes, y compris dans le rapport que l'on pouvait avoir à la mort.

La première question, dans chaque débat, nous l'avons ouverte sur : *que représente vieillir pour vous ?* C'était très sympathique parce que c'est lors de l'une des premières tables rondes qu'il nous a été répondu de cette manière : *tout le monde n'a pas la chance de vieillir. Vieillir, c'est d'abord une chance. Quelqu'un d'autre le disait dans ces termes : être vieux, c'est d'abord être vivant.* Ce sont des extraits de choses qui ont été dites : c'est un processus et non un état et de ce fait, il est important de ne pas faire des personnes âgées une population à part. Comme cela a été dit ce matin : on est bien ennuyé pour savoir à partir de quel âge on peut dire que l'on est vieux.

Vieillir, c'est aussi une série de renoncements. C'est douloureux, notamment quand on commence à comprendre que l'on a besoin de l'aide d'autrui pour des choses toutes bêtes de la vie quotidienne, par exemple. *Regardez ce que nous sommes devenus,* rapportait une dame en parlant d'une personne âgée qui allait avoir besoin d'une aide à domicile.

Une autre citation que je peux faire dans cette série-là, c'est une dame qui racontait que l'une de ses connaissances avait dû être hospitalisée et s'était retrouvée dans un service de gériatrie ; elle ne s'attendait pas du tout à arriver dans ce service-là, celui lui a fait prendre une grande claque et il a fallu vraiment la rassurer.

Vieillir est une chose, mais vieillir à domicile, qu'est-ce que cela veut dire ? Vieillir chez soi, entre les murs que l'on a toujours connus, c'est, pour résumer, un mélange de liberté, mais aussi de prise de risques. *Je resterai chez moi aussi longtemps que je le pourrai*, tout le monde est d'accord là-dessus, *a priori*, c'est l'aspiration de la plupart des personnes, même si ce n'est pas forcément le cas de tout le monde, parce que chez soi, ce sont des repères, des habitudes, des souvenirs, autant de choses que, visiblement, les personnes pensent avoir du mal à transporter dans un autre lieu, dans une institution ou dans un autre domicile.

Vieillir chez soi, c'est continuer à avoir le sentiment de choisir ce que l'on fait de ses journées, ce que l'on veut manger, l'heure à laquelle on va manger. Une autre personne disait : *il y a beaucoup de va-et-vient à la maison, on ne maîtrise plus rien* (elle parlait d'aide à domicile), *on a l'impression de ne plus rien maîtriser alors que, justement, on avait choisi de rester chez soi pour garder la maîtrise de sa vie.*

Les personnes répondaient de manière très personnelle à cette question-là et une personne notamment disait : *cela va dépendre beaucoup de l'état dans lequel je vais vieillir.* Puis, aussi : *à quel sacrifice est-on prêt pour vieillir sans quitter son chez-soi ?*

Cette introduction faite, nous nous sommes interrogés sur tout ce qui était les conditions permettant de vivre chez soi. Tout a été relativement bien balayé, à la fois les questions de logement et d'habitat, de transport et de mobilité, tous les services dont on peut disposer à domicile, la notion de sécurité, la question des moyens financiers. Le cercle que vous voyez au centre, c'est la notion de l'entourage des relations sociales qui est revenue beaucoup et en tout cas, qui a été discutée dans toutes les tables rondes, à savoir qu'il est important qu'une vie sociale puisse être maintenue et qu'il faut continuer à avoir des occasions de partage et que le jour où cela disparaît, c'est peut-être cela aussi qui, pour certains, est la limite

pour se demander si l'on est encore bien, si l'on peut encore rester chez soi.

Une citation : *certains choisissent l'établissement pour retrouver de la compagnie.*

L'information a été citée comme une condition pour rester à domicile : *à quoi bon des services, des aides, des bénévoles qui sont prêts à venir donner un coup de main ou faire des visites à domicile si l'information n'arrive pas au premier concerné et que l'on ne peut pas les solliciter ?*

Nous allons passer en revue les différents domaines. Le premier portait sur le logement et l'habitat ; ce n'est pas forcément là-dessus que nous avons passé le plus de temps dans les discussions. Les diapositives sont très synthétiques. Globalement, dans tous les domaines, ce qui est ressorti quand même, c'est que, probablement en France, mais en tout cas dans l'Ain, énormément de réponses sont proposées qui sont très diversifiées, généralement accessibles aux personnes, mais il y a aussi des lacunes, des besoins qui sont mal ou pas satisfaits et les personnes avaient des propositions. C'est surtout sur cet aspect-là que nous avons axé le compte rendu. Cela fait un peu cahier de doléances, mais ne résume pas l'état d'esprit général et les constats globaux faits sur ces sujets.

Sur les questions du logement et de l'habitat, un besoin d'accueil en urgence, d'hébergement temporaire, en tout cas de solutions d'accueil qui puissent être rapides. Visiblement, c'est un manque sur la plupart des territoires. Il y a eu des remarques sur le fait qu'un logement adapté n'est pas forcément un logement où l'on peut passer en fauteuil ou autres, mais que c'est aussi un logement confortable et que des notions aussi simples que le fait de pouvoir être bien chauffé chez soi sont importantes, d'où l'exemple donné des personnes de la campagne qui se chauffent au bois : cela limite beaucoup plus vite les possibilités de rester chez soi.

L'habitat regroupé n'est qu'un exemple, car beaucoup d'autres ont foisonné, nous n'avons pas beaucoup parlé des EHPAD, des maisons de retraite traditionnelles, mais de nombreux autres exemples. Il y a des personnes qui imaginent se regrouper avec d'autres retraités et vivre à plusieurs, mais sous forme d'un petit projet privé.

Une remarque importante aussi portait sur le délai pour les travaux d'adaptation du logement. Je crois que la moyenne est souvent d'un an, entre le temps de faire les dossiers, d'obtenir les financements, de faire des devis et d'avoir la réalisation des travaux et un an, c'est interminable, quand on a besoin d'un aménagement non prévu.

*Je connais des personnes qui sont enfermées chez elles parce qu'il y a une marche pour passer la porte, disait aussi quelqu'un.*

Sur la question du logement, nous en avons parlé un peu de domotique, mais pas franchement beaucoup, cela ne fait *a priori* pas vraiment rêver les personnes, nous sommes passés dessus en général assez rapidement. C'est probablement une solution de sécurité, mais au-delà, il n'y avait pas forcément beaucoup d'espoir ou d'imagination sur ce que pouvait apporter la domotique ou les nouvelles technologies.

Sur la mobilité, qui est forcément, dans un département comme l'Ain, un sujet important, quand on ne conduit plus et que l'on doit compter sur les autres, il est important de pouvoir avoir recours à d'autres moyens de transport avec des limites : le transport à la demande ne fait plus de porte à porte, de ce fait, les personnes ne vont plus au marché. Le transport à la demande existe, mais ce dont la personne avait besoin, c'était d'un peu plus que cela. Avec le paradoxe, et pas seulement dans cet exemple-là, qu'il y a des secteurs où le service a été proposé, mais où finalement, il est très peu sollicité.



Il y a eu la suggestion d'un véhicule adapté à louer, un véhicule privé que l'on puisse le louer à la journée, comme on va chez AVIS ou autres, mais un véhicule qui puisse prendre des personnes ayant des problèmes de mobilité.

Bien sûr, ce qui était important était de pouvoir conduire le plus longtemps possible et il a été question de plusieurs expériences menées, notamment des formations organisées entre un club des aînés et une auto-école qui marchaient très bien. Sur ce sujet, Flavie va faire quelques commentaires supplémentaires, notamment sur une étude qui avait été menée à l'initiative de plusieurs CCAS.

**Mme NALLET.-** Effectivement, le transport pose beaucoup de questions, nous le voyons au niveau des élus, aux habitants de leurs communes. Des choses manquent, des choses existent qui fonctionnent, d'autres qui ne fonctionnent pas. Ils essaient vraiment de partir des besoins des habitants en faisant passer parfois des questionnaires. Un regroupement de quelques communes a eu lieu sur notre territoire et on a fait passer un questionnaire aux personnes de plus de 60 ans pour essayer de connaître leurs besoins en termes de transports, les besoins qu'elles pouvaient avoir, pour faire quoi, à quels moments et ce qu'il en est ressorti n'était pas forcément le bout du monde, c'est de pouvoir aller au marché le mercredi matin à Bourg-en-Bresse, tout simplement. Pas forcément d'avoir quelqu'un qui les amène quand elles le veulent et où le veulent chez le médecin. C'était vraiment Bourg-en-Bresse, car ce n'est pas forcément la porte à côté si l'on est en milieu rural ou excentré, ce sont parfois des habitudes que beaucoup avaient. La question a été de pouvoir mettre en place ce transport. Les communes ont conventionné avec un taxi local en apportant une participation financière pour que le coût soit le plus bas possible, puisqu'un taxi classique coûte cher ; ce transport fonctionne bien et il est toujours effectif depuis au moins sept ans. Ce sont des initiatives de quelques élus de vouloir proposer des choses quand il n'y a rien.

J'ai envie de dire qu'au-delà de cela, même quand il y a quelque chose, cela ne convient pas forcément, ne serait-ce que les transports en commun. Des personnes peuvent être tout à fait autonomes, mais arriver à un âge où l'on sait que la perte d'équilibre est plus importante et prendre le bus est déjà trop difficile parce qu'il démarre vite et freine fort, ce n'est pas très stable et c'est aussi une appréhension dont certains retraités ont pu nous faire part. Après, effectivement, le transport à la demande et le transport adapté où l'on fait du porte à porte ont un coût, s'il faut les financer, et s'il en existe pour la population en perte d'autonomie ou en situation de handicap, il y a tout de même de nombreuses demandes et des réponses pas toujours assez importantes.

**Mme BUREAU.-** Sur les services à domicile, il y en a beaucoup. Ils sont très diversifiés, mais ce qui a été pointé sur les manques et les améliorations qui devraient être apportées, ce sont des problèmes sur la disponibilité. Sous ce terme de disponibilité, c'est que dans certains secteurs, certains services sont saturés. Les personnes n'y ont pas accès, que ce soit de l'aide à domicile, des services de soin, mais aussi le service de portage de repas, je ne sais pas si c'est aussi le cas, mais peut-être.

Un autre aspect sur la disponibilité avait été beaucoup souligné aussi, c'est qu'il y a des besoins importants d'aide ou de présence la nuit et qu'il y a peu de secteurs où il est possible de faire appel à de l'aide la nuit, aussi pour des raisons de coût. La disponibilité des services, ce sont aussi des contraintes qui peuvent être un peu rédhibitoires pour certains, à savoir que l'on peut faire appel à des chèques transport pour un véhicule, mais il faut commander cela 48 heures à l'avance avec une heure précise définie. Parfois, cela peut suffire pour ne pas y faire appel.

Il existe des secteurs où il y a des manques. C'est le cas notamment de services de soins ou infirmiers. Une dame disait qu'il

est plus facile de faire venir un coiffeur à domicile ou un opticien qu'un infirmier.

Sur les services, il était pointé aussi, ce qui était autour de la question de l'organisation parce que pour les personnes, il est difficile de s'y retrouver. Il faut coordonner beaucoup d'intervenants, il faut souvent monter beaucoup de dossiers et ce n'est pas simple. Souvent, c'est aussi un vrai frein à une aide qui pourrait être apportée à domicile.

Hélène LAURENT, peut-être pouvez-vous intervenir sur ce sujet-là ? Vous allez beaucoup au domicile des personnes, n'est-ce pas, dans l'exercice de votre métier ?

**Mme LAURENT.-** Oui, je travaille à domicile et je reprendrai le terme de *sécuriser* le domicile, mais sur le plan psychique. Mon rôle est d'aider les personnes à accepter, à un moment donné, les aides à domiciles, justement. On n'est plus comme avant, on ne peut plus rien faire. C'est difficile de vieillir, d'accepter le vieillissement. C'est insécurisant et donc, elles ont besoin de parler de ces aides, de parler aussi de ce qu'elles vont devenir, nous parlons de la mort et de toutes ces choses et le vieillissement est vu un peu comme une maladie. C'est vrai que c'est dans le cadre du soin que l'on peut aborder un peu tout cela et faire accepter toutes ces aides.

**Mme BUREAU.-** La question de la disponibilité n'est pas qu'une question matérielle ou technique de l'aide ?

**Mme LAURENT.-** Non, c'est aussi la disponibilité de la personne à recevoir l'aide, c'est surtout celle-là qui est souvent importante à arriver à faire accepter. J'ai l'exemple de plusieurs personnes qui ne voulaient pas, pour reprendre les exemples précédents, avoir quelqu'un à domicile. Cela voulait dire qu'elles ne pouvaient plus faire leur ménage. C'était aussi être dans le déni de ces troubles, pour les troubles cognitifs, pour la dépression.

**Mme BUREAU.-** Il y avait une autre citation d'une personne : on demande beaucoup aux personnes d'anticiper, notamment

pour mettre en place ces dispositifs d'aide, etc., d'anticiper un peu avant d'être dans une situation trop difficile et la personne disait que c'était facile à dire, mais se demandait comment accepter de se projeter en avant et de devoir un jour dépendre des autres.

**Mme LAURENT.-** C'est le gros problème : dépendre des autres, perdre son autonomie et pouvoir se dire qu'un jour, des personnes vont venir à la maison faire les choses à sa place. Le problème est aussi d'accepter que quelqu'un entre dans votre intimité, de se faire laver, de ne plus arriver à s'habiller et se laver seul. Il faut faire intervenir les infirmiers, on ne peut plus faire son traitement tout seul. Une dame, dernièrement, était très déprimée, avait envie de mourir. Le problème est qu'elle ne prenait pas bien son traitement. Il a fallu arriver à la convaincre au moins de faire venir les infirmiers une fois par semaine pour lui préparer son pilulier. Ce sont des petites choses comme celle-là qui permettent petit à petit de faire avancer la situation et de faire accepter l'aide dans les maisons.

**Mme BUREAU.-** L'aspect du coût est-il aussi souvent un écueil ? C'est l'un des autres points sur les services qui étaient soulignés.

**Mme LAURENT.-** C'est souvent un écueil. Les personnes ont peu de moyens et l'on s'aperçoit qu'il y a le coût, mais aussi le fait de ne pas vouloir dépendre de la société. C'est aussi un point qui est important ; c'est ce qui revient. Les personnes qui ont des petites retraites, qui sont à 600 ou 700 euros par mois, si elles n'ont pas l'aide de l'APA ne peuvent pas se permettre d'avoir des aides à domicile.

**Mme BUREAU.-** Le dernier point qui vous concernait aussi sur les services, qui a été pointé, est que l'on parle de la population âgée en général, mais il y avait vraiment les difficultés particulières, la spécificité pour les personnes handicapées vieillissantes ainsi que pour les personnes qui ont des troubles psychiques ou psychiatriques, à domicile, pour elles et pour

l'entourage qui est là présent et qui est la condition du maintien à domicile.

Puis, la question de la santé et des soins : ce que nous avons pointé, vous ne vous en étonnerez pas, c'est le manque de présence médicale dans beaucoup de secteurs, le fait aussi que les médecins ne peuvent plus venir à domicile, ce qui déclenche beaucoup d'hospitalisations ou de visites aux urgences de l'hôpital.

Ce que nous avons résumé sous le terme des lacunes de la coordination ville/hôpital est que l'on arrive en général à l'hôpital sans l'avoir prévu, mais on a l'impression que l'on retourne un peu au domicile et qu'il faut mettre les choses en place derrière sans l'avoir beaucoup prévu non plus et comme en général, ce n'est pas un retour à la situation précédente, c'est compliqué.

L'hospitalisation à domicile, nous en avons parlé également. Visiblement, cela reste souvent ardu, soit parce qu'il n'y a pas vraiment la disponibilité pour le faire, soit parce que c'est souvent dans les situations qui peuvent aussi être éprouvantes pour les services de soin ou les services d'aide à domicile.

Il y avait aussi la question du soutien des aidants qui, forcément, avec l'augmentation du nombre de personnes très avancées en âge, fait qu'il y a de plus en plus d'aidants sur qui pèse le fait de pouvoir continuer à vivre chez soi. Hélène LAURENT, quand vous intervenez, vous venez parce qu'il y a la personne âgée, mais vous venez aussi pour la personne de l'entourage ?

**Mme LAURENT.-** En même temps, cela se répercute sur l'entourage parce que l'on ne peut pas travailler en dehors de la famille et sans la famille. Notre rôle, quand nous intervenons dans les maisons, c'est aussi d'expliquer un peu à la famille et en même temps à la personne qui est malade de quoi elle souffre, comment sa maladie s'exprime au quotidien. Il s'agit de donner un peu des clés pour savoir comment faire, comment être pour essayer d'éviter des situations trop explosives à certains moments et apaiser un peu les choses.

Il y a beaucoup de personnes qui ne veulent pas voir leurs compagnons ou leurs parents vieillir, ne plus se souvenir de rien. C'est insupportable. C'est vrai qu'avoir quelques notions du savoir être et du savoir-faire les aide un peu et les apaise. Je pense au cas particulier d'un monsieur pour qui nous avons été interpellés par la cellule de détresse de la personne âgée par le biais de l'APA. Lui voulait parler de mourir, il voulait se suicider. De ce fait, je suis allé faire une évaluation à domicile et en fait, il s'est trouvé qu'effectivement, ce monsieur voulait mourir parce qu'avec des problèmes cognitifs et autres, des séquelles d'AVC, il n'était plus comme avant, il ne pouvait plus rien faire, mais son épouse qui était vieillissante n'arrivait plus à assumer le quotidien et ils étaient dans une complète incompréhension tous les deux. C'est vrai que cela a servi un peu à apaiser quelques tensions et comme ce monsieur disait *je veux m'en aller, je veux partir*, j'ai essayé de comprendre pourquoi et d'expliquer à son épouse pourquoi il voulait partir, pourquoi ce n'était plus possible.

Après, nous avons essayé de faire accepter les aides parce qu'il ne voulait pas d'aide à domicile, il ne voulait personne pour le travail à faire chez lui. J'ai passé cette personne dans le cadre du CMP, nous sommes finalement revenus sur du soin pour pouvoir continuer à aller plus à domicile et petit à petit, en mettant les choses par écrit, en parlant (*je préférerais être mort*), en essayant de discuter autour de la mort, de toutes ces choses-là qui sont compliquées, nous avons fini par faire intervenir l'ESAD et c'est en train de se faire.

C'est du temps, des choses qui se mettent en place doucement, qui demandent aussi de l'énergie de part et d'autre, de toutes les personnes qui sont autour et en même temps, nous essayons de protéger aussi un peu le système et la famille, mais il ne faut pas oublier la personne qui est au cœur, celle pour qui l'on va au domicile.

**Mme BUREAU.-** Le dernier point sur la santé et les soins, c'est aussi le besoin important de structures de répit, sous de

nombreuses formes différentes avec peut-être une précision : j'imaginai au départ que les personnes qui restaient à domicile étaient des personnes qui n'avaient pas forcément des troubles trop importants et en fait, il y a eu plusieurs témoignages dans les tables rondes sur le fait qu'il y avait aussi des personnes qui avaient par exemple des troubles cognitifs sévères et qu'elles n'étaient pas acceptées dans les accueils de jour ; dans de telles situations, comment font les aidants pour souffler ? On est encore plus démuni quand il s'agit de troubles psychiques.

Viennent ensuite l'entourage et les liens sociaux. Comme je vous le disais tout à l'heure, c'est un sujet qui est vraiment important. Les relations que l'on entretient avec les autres, c'est nourrissant, cela entretient la vitalité et le désir de vivre. Il y a eu vraiment beaucoup de discussions, beaucoup de témoignages sur ce sujet-là avec des remarques où l'on ne présentait pas seulement l'idée qu'il faut que des personnes aillent au domicile des personnes âgées pour leur parler et recréer du lien, mais que les personnes âgées (parlant d'elles-mêmes dans certains cas) doivent se bouger et continuer à rester ouvertes aux autres, cela commence par dire bonjour à son voisin, etc. En tout cas, il y a le sentiment que tant qu'il y a des cercles autour et des occasions de liens humains et de contacts, c'est une condition importante pour rester chez soi et le fait que cela disparaisse peut être le déclencheur pour quitter son domicile. Une professionnelle disait dans l'une des tables rondes que le jour où elle ne pourrait plus conduire, elle quitterait sa maison et irait ailleurs.

Les choses pointées étaient : améliorer le repérage des personnes isolées, les réseaux de voisins vigilants, de ce qui s'est mis en place suite au plan canicule aussi. Sur ce repérage, une autre anecdote : un professionnel expliquait que l'une de ses patientes ouvrait ses volets tous les matins et retournait se coucher après, elle le faisait systématiquement, car si jamais elle oubliait de le faire, ses voisins allaient s'inquiéter et viendraient frapper à sa porte.

*(Rires)*

Les clubs apportent du bonheur aux personnes. À Relevant, nous sommes presque une cinquantaine tous les lundis dans une commune de 500 habitants. C'est Madeleine TREILLE qui témoignait de cela, qui devait être là avec nous ; elle faisait remarquer qu'elle aimerait bien renouveler un peu, pas forcément faire grossir son club de retraités, mais le renouveler et elle disait qu'il n'était pas facile de faire venir des jeunes retraités qui ne s'y sentent pas forcément à leur place ; c'est une remarque qui est revenue de manière récurrente dans plusieurs des tables rondes.

Sur cette question de l'entourage, une autre citation : *quand on arrive à la retraite et qu'après, on vieillit, le monde se rétrécit progressivement, on a moins de contacts, des amis disparaissent, on entend moi bien et on téléphone moins.*

Ce qui ressortait beaucoup aussi, c'est que ce n'est pas l'indifférence totale, qu'il y a des solidarités de voisinage et de réseau qui continuent.

Sur les moyens financiers, car sans argent, on a moins, cela reste quand même un écueil important. Il y a des aides qui existent, mais qui sont souvent très dispersées, pas très faciles à mobiliser. Une personne se demandait s'il ne serait pas bien de tout regrouper au lieu de devoir aller piocher des aides côté Conseil départemental, une mutuelle... Le reste à charge est parfois élevé ; quand on a une toute petite retraite de la MSA, on attend le dernier moment pour faire une demande d'EHPAD et parfois pour demander des aides pour son domicile. Je vais peut-être donner la parole à Flavie NALLET sur la question des restes à charge qui sont importants pour de nombreuses personnes.

**Mme NALLET.-** Oui, cela reste souvent la question. Quand elles viennent nous voir au CLIC, elles ne connaissent rien et la première chose qu'elles nous disent, c'est qu'il y a tellement de choses qu'elles ne savent pas comment faire, par quel bout elles



doivent le prendre, comment faire pour avoir des aides. C'est souvent très compliqué.

Effectivement, il y a beaucoup de choses que l'on ne connaît pas forcément dans plusieurs domaines, que ce soit de prise en charge, d'aide à domicile, de transports, de portage repas et autres ; beaucoup de choses peuvent être mobilisables et en plus, en fonction d'où l'on habite. Ce n'est pas forcément simple, surtout quand les enfants ou les aidants sont un peu loin.

La question immédiate est : *combien cela va-t-il me coûter ?* On sait très bien qu'en fonction de sa perte d'autonomie et de ses ressources, des choses seront calculées, mais le coût reste quand même parfois important, ne serait-ce que pour l'accueil de jour pour des personnes. Il y a quelques aides apportées, mais cela reste quand même important. C'est souvent déjà difficile de passer le cap d'accepter que les personnes y aillent, que ce soit la famille ou la personne concernée et en plus, il y a cette question du coût qui parfois est un frein.

**Mme BUREAU.-** La dernière remarque sur la question des coûts, c'est sur la réticence à dépenser. Des personnes âgées refusent de payer un taxi. Elles disent qu'elles veulent le garder pour leurs enfants. Certaines ne demandent pas d'aide à domicile parce qu'elles ne veulent pas payer pour jouer ou pour aller se promener. C'est la question de la culture. Il y a aussi des personnes qui pensaient qu'il y avait peut-être là-dessus un effet de génération et de changement. Nous avons fait le tour des grands domaines.

Pour résumer, sommes-nous prêts sur cette question de vieillir à domicile ? Pas tout à fait. Nous avons vu beaucoup de réponses, il y a des lacunes, mais il y a des chantiers qui sont amenés collectivement et qui sont relativement urgents, qui portent à la fois sur les organisations, sur la bonne évaluation des bouleversements, en tout cas des évolutions à venir et des coûts et autour de la question de repenser, peut-être, la prise en compte des personnes.

Sur le premier point, sur les organisations, ce que l'on peut résumer autour de cette question du nombre des dispositifs et de la complexité des démarches, c'est que c'est un casse-tête pour les personnes, c'est illisible. Pas simplement du fait qu'il faut le faire sur Internet ou par des réponders téléphoniques, mais aussi un *maquis*, un *millefeuille*, il y a eu de nombreuses expressions diverses et variées sur ce sujet-là. Les personnes ont des soucis pragmatiques et veulent des réponses pragmatiques. Avec le sentiment aussi que chaque nouveau besoin que l'on identifie, et Dieu sait que beaucoup d'efforts sont faits pour essayer de répondre à toutes les situations et de n'oublier personne, mais on a l'impression qu'à chaque nouveau besoin, on va imaginer une réponse particulière ou un dispositif particulier. Appuyons-nous sur les acteurs qui existent, arrêtons de créer de nouveaux dispositifs et de nouvelles structures.

Sur les organisations, c'est la question des cloisonnements, aussi. Chacun travaille un peu dans son coin alors que nous devrions sortir de nos pratiques. Cela manque de la synergie, il faut mettre en commun les informations, les projets. Un petit appel sur les médecins traitants, par exemple : la réflexion ne portait pas que sur les professionnels de la personne âgée, mais sur toutes les personnes en contact avec des personnes âgées pour une raison ou pour une autre, dont les médecins traitants.

Sur les organisations également, la question des inégalités territoriales. Par exemple, la livraison des repas à domicile n'est pas possible parce qu'il faut aller jusqu'à tel hameau ou parce que sur tel secteur, il n'y a aucune demande et que cela coûte trop cher ou à cause de la saturation des services que nous évoquions tout à l'heure.

La question des inégalités territoriales en appelle une autre, c'est celle de l'échelon le plus adapté pour l'action publique, pour l'action collective aussi en général, échelon qui se repose peut-être avec la réforme des collectivités territoriales et la montée en puissance des intercommunalités.

J'arrive vers la fin sur l'évaluation des bouleversements à venir aussi. Il y avait quand même un peu d'inquiétudes, d'interrogations sur le fait d'avoir bien pris collectivement la mesure de ce qui nous attendait. La citation que j'ai reprise est alarmiste, une seule personne l'a dite de manière aussi crue que cela, pas grand monde n'a dit que nous étions prêts, mais cela renvoie aussi à ce qu'Isabelle MALLON disait ce matin. Le maintien à domicile, jusqu'où l'envisage-t-on ? Il y a un moment où la lourdeur des soins, l'autonomie ou les troubles de la personne vont le rendre impossible. À ce moment-là, que fait-on ? Il faut bien trouver autre chose, après ou à côté.

Je voudrais préciser aussi peut-être que sur l'évaluation des bouleversements, les interrogations des personnes ne portaient pas forcément que sur les volumes, comme : *nous n'avons pas bien pris la mesure que le papy-boom serait une explosion* et ce n'est pas forcément sur des questions de volume, mais cela veut dire aussi que l'on n'avait pas forcément bien pris la mesure sur ce que cela allait exiger dans le changement des pratiques, nos manières de faire et nos manières de nous coordonner.

Le dernier point portait sur la façon dont on prenait en compte les personnes, leur vie, leur libre arbitre et bien sûr, pour pouvoir continuer à faire des choses dans sa vie, il faut avoir aussi l'information, pour pouvoir faire des choix en connaissance de cause. Cela pose aussi la question de la prévention.

Il y avait aussi tout ce qui tournait autour du refus d'aide, ce qui a été beaucoup évoqué de la part des professionnels : *le refus d'aide, c'est notre principal problème, nous devons comprendre ce qu'il y a derrière et réfléchir à plusieurs, nous avons tous une part de la solution*. Les remarques évoquaient aussi le fait d'accepter parfois que les choix faits par les personnes ne sont pas forcément ceux qui nous paraissent les plus raisonnables sur ces limites-là.

Puis, le dernier point important sur la prise en compte des personnes, tout le monde l'a dit, c'est que chaque situation est unique et particulière. Il faut savoir s'adapter, c'est le quotidien des services, mais cela implique de savoir s'adapter plutôt que de standardiser, mais dans la mesure où il y a beaucoup de situations et où les services sont très sollicités, jusqu'à quel point arrive-t-on à s'adapter, à coudre du sur-mesure et à résister à la standardisation ?

Beaucoup d'autres sujets auraient pu être abordés et j'ai l'impression, pour certaines choses, que dans les tables rondes, elles ont été dites de manière très prosaïque. Il y a des choses que l'on a entendues ce matin, notamment par Isabelle MALLON, ce qui fait une bonne transition.

*(Applaudissements)*

## **□ Introduction à la table ronde**

**Mme MALLON.-** Merci.

Le retour est un exercice pas du tout facile que l'on m'a demandé de faire, c'est-à-dire de faire une introduction à la table ronde ; Agnès BUREAU m'avait envoyé la synthèse des débats sur les CLIC et, comme sociologue, cela avait été quelque chose d'extrêmement rassurant de voir qu'il y avait une forme de convergence des discours, une forme de consonance des questions que l'on se posait sur le fait de vivre à domicile.

Il me semble qu'il y a au moins deux points saillants que l'on peut retenir des questionnements et des réflexions qui ont été menés et sur lesquels je reviendrai. Le premier des questionnements dont on a un peu parlé ce matin, mais sans doute pas suffisamment, c'est la question des moyens financiers, tant des moyens publics que des moyens des personnes qui ont besoin d'un accompagnement et de ce qu'elles sont prêtes à payer pour être accompagnées.

Il y avait plusieurs solutions : que fait-on ? Augmente-t-on les impôts pour pouvoir financer davantage l'accompagnement social des personnes âgées ? Est-ce que l'on fait appel au bénévolat, par exemple ? Il me semble que ce sont en fait deux faces d'une même remarque, c'est-à-dire que les personnes âgées qui disent qu'elles ne vont pas payer pour aller jouer, cela renvoie aussi aux idéaux que l'on a socialement sur le fait que l'aide doit être gratuite et je trouve que c'est très consonant avec ce que l'on dit sur le travail domestique, le travail du *care*. Pour que cela ait de la valeur, non seulement on veut être aidé, mais on veut être aidé pour nous-mêmes. On ne veut pas être aidé parce que, professionnellement, il y a des personnes dont c'est le métier. On veut être aidé pour ses propres qualités personnelles, pour ses propres qualités humaines et de ce point de vue-là, on a du mal à penser l'aide, notamment pour ce qui concerne l'accompagnement social, en dehors de la gratuité et en dehors de la spontanéité. Dans tous les films, quand on s'intéresse un peu aux films sur la vieillesse, à quoi accorde-t-on du prix ?

On en accorde à l'histoire du vieux bougon qui n'est plus en relation avec personne et qui se laisse à attendrir par la petite-fille, par la jeune mère, par l'étudiante qui va, gratuitement, de manière quasi accidentelle et pas volontairement entrer en relation et le ramener du côté de la gratuité. Je trouve que cela interroge vraiment cette exigence de gratuité dans la relation qui pèse aussi probablement sur l'accompagnement demandé aux professionnels de l'accompagnement. C'est-à-dire que quand je disais ce matin que cela exige deux doigts de chair en plus, c'est bien cette part de gratuité dans la relation humaine qui est recherchée à travers cela.

En même temps, on voit bien comment, par exemple, se reposer sur le bénévolat conduirait aussi à accentuer cette forme de dévalorisation, de symbolique, en particulier, de l'accompagnement professionnel, puisque si c'est du bénévolat, cela ne suppose pas une grosse qualification, en réalité, et c'est pour cela que l'équilibre est toujours très compliqué à trouver dans les solutions pratiques que l'on

essaye de mettre en place, puisqu'il faut tenir des exigences qui sont pour partie contradictoires et jusqu'à un certain point difficilement conciliables. C'était le premier point sur lequel il me semblait qu'il était intéressant de revenir.

Le deuxième est cette question qui a été dite assez fortement sur la fin de ces échanges de l'aide, de l'acceptation de l'aide et du fait de vouloir ou de ne pas vouloir dépendre des autres. Je trouve que cela renvoie vraiment à ce que Jean-Philippe PIERRON a identifié ce matin comme une certaine conception de l'autonomie, ce qu'il a désigné comme étant une autonomie exaltée par rapport à une autonomie relationnelle ; c'est une sociologue belge qui s'appelle Nathalie RIGAUD qui emploie ce terme-là d'autonomie relationnelle en disant que finalement, on est dans cette définition de l'autonomie exaltée, donc héritée des Lumières, de l'autonomie kantienne fondée en raison, qui appuie davantage sur la responsabilité de l'individu qui est très consonante et très adaptée, très ajustée à des sociétés capitalistes où le marché fait de l'individu l'atome premier de la relation sociale. Le marché est une institution qui a du mal à penser la relation. Il pense davantage les individus.

Cette idée de ne pas vouloir dépendre de la société... personne ne dépend de la société. Nous dépendons tous les uns des autres, mes enfants dépendent de moi et je dépends de mon mari et mon mari dépend de moi. Je suis extrêmement fière de cela ! Je m'en suis aperçue parce qu'il s'est foulé la cheville à un moment donné et il était très dépendant de moi !

*(Rires)*

En fait, cette question de l'autonomie et donc, du refus d'être aidé et du sentiment d'être déclassé quand on est aidé est liée quand même en partie au fait que nous tenons à cette idée de l'autonomie-autarcie et à cette idée qu'un adulte accompli, qu'un adulte achevé, c'est un adulte qui ne dépend de personne, mais dont les autres dépendent. C'est quelqu'un qui est capable d'être

responsable non seulement de lui-même, mais aussi des autres. On a beaucoup de mal à penser de manière non dichotomique alors qu'il faudrait penser de manière plurielle, il faudrait se penser de manière plurielle comme étant à la fois responsable de soi-même, responsable des autres et comme étant en même temps dépendant des autres pour notre accomplissement. Sinon, effectivement, on se retrouve responsable, autonome, mais très seul.

*(Applaudissements)*

### **□ Table ronde : vieillir à domicile : sommes-nous prêts ?**

**Mme BUREAU.-** Je vais rebondir sur un témoignage que j'avais noté et qui correspond tout à fait à ce que vous dites, une dame qui expliquait qu'il est important que, même âgé, on puisse se sentir encore utile, que l'on puisse s'investir un peu dans la vie collective auprès des autres et elle parlait de sa mère qui était dans un établissement pour personnes âgées dépendantes, qui était en fauteuil ; jusqu'à la fin, elle allait demander au service dans lequel elle était quels autres résidents ne recevaient pas de visite et elle allait avec son fauteuil frapper à leur porte pour les voir.

Une autre personne parlait de son père qui était dans un établissement et qui, difficilement, allait faire des petits tours de jardin, qui avait du mal à entendre et à communiquer, mais qui allait faire des petits tours de jardin avec une autre personne de l'établissement et pour lui, c'était vraiment très important de pouvoir encore se sentir utile à cette personne-là et qu'il lui apportait quelque chose, ne serait-ce que par ce petit geste-là.

**Mme MALLON.-** On ne devrait pas dire *ne serait-ce que*, on devrait dire qu'il lui apportait quelque chose et ce n'est pas un petit quelque chose que d'aller voir les personnes.

**Mme BUREAU.-** C'était dans un contexte où pour le reste, il avait l'impression de dépendre de l'établissement.

**Mme MALLON.-** On est dans le don et dans le contre-don.

**M. GAUCHER.-** Je me permets deux choses. Je me permets de réagir à ces questions d'autonomie parce que l'on en parle beaucoup, de l'autonomie, de la dépendance, on oppose des choses qui ne sont pas opposables.

Ce n'est pas comme cela que cela fonctionne et je crois qu'Isabelle MALLON nous l'a parfaitement fait comprendre.

Au moins, de cette journée, retenez une chose, si je peux me permettre un acte un peu pédagogique, c'est de vous méfier des slogans, des messages de bazar qui véhiculent des idées fausses.

En revanche, cela vaut la peine d'avoir un esprit un peu de contradiction pour venir contrarier ces idées reçues et quand on parle d'autonomie, justement, je crois que l'exercice que vous avez commencé avec Jean-Philippe PIERRON ce matin est un exercice intéressant : on dit autonomie, oui, mais cela veut dire quoi ? Vous avez travaillé de manière conceptuelle des choses, vous mettez des noms sur les formes de l'autonomie, Bernard ENNUYER parle de l'autonomie fonctionnelle, de l'autonomie même au sens juridique du terme, il y a plusieurs déclinaisons de l'autonomie, mais ce qui était intéressant, c'est de voir que ce n'est pas une entité monolithique, que cela bouge.

Il est intéressant d'apporter des exemples personnels parce que vous n'apparaissez pas comme une personne particulièrement âgée, dépendante et pourtant, vous avez pu dire que dans votre relation intime familiale, cela circule d'une autre manière. Je crois que c'est un point important.

Deuxième point : pensez à vos petits papiers pour les questions et vous les ferez repasser de manière à ce que l'on puisse augmenter un peu le débat avec vos réflexions et vos remarques.

**Mme BUREAU.-** Merci. Je vais demander aux personnes qui participent à la table ronde de me rejoindre et de venir s'installer



dans notre salon auquel il ne manque qu'une horloge et un petit tic-tac. Je vous prie d'excuser Michèle PILON qui représentait le CODERPA, le comité départemental qui représente les personnes âgées dans le département. Je vais vous présenter les personnes qui sont là avec lesquelles nous allons discuter. Corinne KRENCKER est directrice du centre hospitalier de Bourg-en-Bresse ; Gilles MARCON est vice-président du CLIC, au titre d'élu de la communauté de communes du pays de Bellegarde ; le Dr Alain MERLIN est médecin généraliste à Poncin, qui a laissé sa clientèle à ses collègues pour nous rejoindre ; Philippe GUETAT a laissé ses bureaux pour nous rejoindre, qui est délégué territorial de l'ARS pour le Département de l'Ain ; Anne SIBOIS est directrice générale adjointe de DYNACITÉ ; Thierry CLÉMENT représente le Conseil départemental de l'Ain et il est directeur général adjoint de la solidarité ; une personne nous vient de Lyon, de l'URIOPSS, Jean JALLAGUIER, qui est conseiller technique.

La question qui va nous occuper sur cette heure de débat est un peu la même que celle dont nous avons discuté lors des débats de printemps. Nous allons essayer de ne pas nous éparpiller sur autant de sujets parce que ce sera compliqué et que nous allons nous concentrer plutôt sur la question de nos organisations, de ces évolutions que nous vivons déjà et qui nous attendent encore et sur cette question de la prise en compte des personnes.

On parle des personnes âgées, nous sommes dans une journée de gérontologie et autour de cette table, personne n'est un professionnel du secteur du vieillissement ou des personnes âgées. Est-ce cependant un sujet qui vous occupe de plus en plus ?

**M. CLÉMENT.-** Au niveau du Département, je pense qu'effectivement, c'est un sujet qui nous occupe de plus en plus. D'abord, pour une raison politique, notre vice-présidente l'a dit ce matin, c'est une priorité du Conseil départemental avec le Plan seniors. C'est peut-être une nouveauté aussi liée à la loi d'adaptation

de la société au vieillissement : désormais, le Département n'est plus seulement en charge des questions liées à la dépendance avec l'allocation personnalisée d'autonomie que tout le monde visualise bien, mais aussi de la politique de prévention, puisque nous présidons le comité des financeurs en lien avec l'Agence régionale de santé et que c'est le Département qui est bénéficiaire des crédits de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie pour la prévention de la perte d'autonomie.

Cela nous donne donc une responsabilité plus grande aujourd'hui, donc plus de temps à y consacrer. Tout cela, à mon avis, dans une certaine logique, car il me paraît assez logique que celui qui prend en charge la perte d'autonomie soit aussi en responsabilité de la prévention. Je crois que l'on a fait assez peu par le passé en termes de prévention.

On en a beaucoup parlé, les régimes de retraite, depuis quatre ou cinq ans sont très présents sur ce sujet-là aussi, mais je pense que c'est l'occasion d'agir plus et pour nous, cette question des personnes âgées a pris plus d'importance ces dernières années, sachant qu'avec la prise en charge de la dépendance, c'était déjà un sujet central.

**Mme BUREAU.-** A l'hôpital aussi, j'imagine que cela vous occupe de plus en plus, et pas que dans les services de gériatrie ?

**Mme KRENCKER.-** Effectivement, l'hôpital est directement concerné par ce sujet et comme vous le disiez fort justement, pas uniquement dans les services de personnes âgées, mais dans tous les services ; nous savons des services de gériatrie, bien sûr, mais nous avons l'accueil des personnes âgées aux urgences, dans des conditions plus ou moins favorables ; nous avons ensuite leur prise en charge dans les services adaptés, mais également dans les services classiques de médecine, de chirurgie, dans lesquels la question du vieillissement se pose, aussi bien pendant le séjour que dans celle de l'après-séjour hospitalier.

**Mme BUREAU.-** Que répondez-vous, les uns et les autres, aux personnes qui trouvent que l'on n'a pas suffisamment pris la mesure des bouleversements qui nous attendent ?

**M. MARCON.-** Peut-être que sur la perte d'autonomie, on s'aperçoit dans nos collectivités, dans nos communes, qu'il y a de plus en plus de demandes. On a l'impression qu'il y a une accélération des demandes. Je ne sais pas si c'est une découverte. Cela vient souvent des familles, mais aussi des élus qui viennent au CLIC se renseigner parce que des problèmes surgissent d'un peu partout.

Est-ce qu'avant, les familles cachaient un peu cette perte d'autonomie, attendaient l'ultime moment pour intervenir, pour se dévoiler, pour faire part à la collectivité du problème rencontré ? Je pense que c'est aussi un élément qui est à prendre en compte, ce retrait de certaines familles par rapport à cette maladie.

**M. GUETAT.-** Je ne pense pas que l'on découvre ce phénomène. Au contraire, je pense qu'on a essayé de l'anticiper depuis de nombreuses années, mais nous avons deux difficultés aujourd'hui : la première, c'est que nous avons des dispositifs à domicile et en établissements qui existent, mais qui ne sont pas forcément adaptés à l'évolution des besoins et notamment, c'est ce que vous avez dit tout à l'heure, à la mise en œuvre des parcours individualisés des personnes âgées. L'enjeu est de voir comment l'on peut adapter notre dispositif global à la demande des personnes.

Un enjeu complémentaire est de voir comment tous ces partenaires peuvent travailler ensemble dans un cadre partenarial et individualisé pour répondre véritablement de manière très précise à ce que souhaitent à la fois les personnes, mais aussi les familles et c'est cela, le véritable enjeu, au-delà même de l'augmentation du nombre de personnes âgées. On connaît les évolutions quantitatives depuis de nombreuses années. Aujourd'hui, c'est plus une adaptation de nos dispositifs et voir comment, tous ensemble, nous arrivons à travailler sur les parcours individualisés. Je pense que la force du Département

de l'Ain est justement d'avoir autour de la table des partenaires qui ont envie de travailler ensemble et d'apporter des réponses, non seulement théoriques, puisque nous avons parlé du Plan seniors, du Plan régional de santé, mais surtout d'apporter des solutions concrètes aux personnes.

C'est là, entrons plus dans le détail, que nous sommes en capacité de travailler sur des solutions plus individualisées et qui sont appelées, dans les années qui viennent, à être plus en adéquation avec ce que souhaitent les personnes.

**Mme BUREAU.-** Cela dit, même si tout ne se résume pas à une question de coût, en termes de budget, c'est quand même une évolution notable pour les collectivités locales ou pour l'État.

**M. CLÉMENT.-** La question budgétaire est importante. En même temps, quel bouleversement ! Il faut bien arriver à l'identifier. Le président nous a invités à lutter contre les idées reçues. Ce n'est pas forcément le vieillissement qui doit nous faire peur.

Nous devons le prendre en compte, nous sommes dans une société où les personnes ont une espérance de vie plus longue, mais la durée de vie sans dépendance a progressé plus vite que la durée de vie. C'est ce qui a permis la fameuse courbe que nous avons vue tout à l'heure. Finalement, quantitativement, le nombre de personnes âgées dépendantes n'est pas en explosion.

Nous le voyons au niveau de l'APA, depuis quatre ou cinq ans, nous avons une progression de 1 à 1,5 % par an du nombre de bénéficiaires. Je crois que nous sommes en capacité de faire face à ce défi financier. Sans entrer dans le débat sur le financement des collectivités locales aujourd'hui, car ce n'est pas le lieu, je pense que collectivement, nous pouvons faire face à ce défi-là. Il y a sûrement le défi des retraites qui est une question, car si l'on accroît la durée de vie, forcément, il y a une question liée aux retraites. On voit bien que l'âge de la retraite est repoussé.

C'est un peu comme tout à l'heure : à quel âge est-on vieux ? À quel âge serons-nous retraités ? Ce sera peut-être l'espérance de vie moins 15, ce sera quelque chose de fluctuant. Je pense qu'il y a un certain nombre de bouleversements. Quand on a une société où les personnes sont plus âgées, c'est aussi la société qui doit s'adapter. Nous avons évoqué les communes, cela pose beaucoup de questions dans la vie quotidienne des bâtiments, sur leur accessibilité.

**Mme BUREAU.-** Les espaces publics.

**M. CLÉMENT.-** Oui, la politique des transports, nous avons évoqué la question de la mobilité... je crois que cela interroge toute la société et c'est là que toute la société civile doit se mettre en œuvre pour faire face à cette situation, mais c'est une évolution que l'on peut gérer, même si cela présente des difficultés.

**Mme BUREAU.-** Vous la gérez bien, à DYNACITÉ ? Avez-vous une idée de la population de plus de 60 ans ?

**Mme SIBOIS.-** Chez nous, c'est plus de 30 % des personnes que nous logeons, ce qui est beaucoup, c'est plus de 7 000 foyers. Dans la France entière, pour les bailleurs sociaux, c'est 25 %. C'est quand même une vraie thématique importante et je pense que les bailleurs sociaux ont justement un rôle à jouer pour épargner des coûts à la société en agissant sur le maintien à domicile avec plusieurs types d'actions, soit en produisant une offre déjà adaptée, sur les logements neufs, ce qui est déjà une politique que nous avons mise en œuvre à DYNACITÉ, soit en produisant un habitat spécifique. Je n'étais pas avec vous ce matin, hélas, je ne sais donc pas si vous en avez parlé, avec l'habitat intergénérationnel dont on entend beaucoup parler, mais qui a une réalité dans le Département avec les projets ESSOR. Nous avons répondu à l'appel à projet qu'a lancé le Département, en partenariat avec l'ADAPA, puisque sur cette thématique de l'accompagnement des personnes âgées, nous pouvons jouer notre rôle, mais nous avons besoin de partenaires, notamment pour apporter les services qui vont avec le logement.

C'est un véritable enjeu pour nous que d'arriver à maintenir le plus longtemps possible des personnes âgées dans leurs logements et dans le logement social parce que quand on les regarde et que l'on regarde leurs revenus, nous en avons parlé aussi, forcément, nous avons les populations qui ont les niveaux de revenu les plus faibles. Si elles ne sont pas chez nous, elles ne pourront pas être ailleurs. Nous développons toute une stratégie pour les maintenir à domicile le plus longtemps possible et nous réfléchissons aussi aux services que nous pouvons amener, soit directement, soit avec des partenariats, pour aider à ce maintien.

**Mme BUREAU.-** Concrètement, une stratégie, c'est quoi ? J'imagine qu'il s'agit d'adapter les logements à la limitation de mobilité des personnes ?

**Mme SIBOIS.-** Oui, cela vise l'habitat, où des gestes très simples peuvent faciliter le maintien et cela vise aussi ce que l'on appelle la gestion de proximité, c'est-à-dire la relation que nous avons au quotidien avec ces personnes ; nous considérons qu'il est aussi de notre responsabilité d'aider au repérage des personnes en difficulté, puisque l'on sait aussi que les personnes âgées ne vont pas spontanément aller chercher de l'aide. Nous l'avons vu, ce débat sur l'aide, nous le connaissons nous aussi au quotidien et nous considérons que nous avons une vigilance à avoir, puisque nous connaissons les publics que nous logeons, nous avons du personnel en proximité qui voit aussi des situations se dégrader et nous avons notamment avec l'ADAPA un partenariat pour voir comment amener cette aide aux personnes, bien entendu, sans la leur imposer, mais pour tendre une main et leur permettre des aménagements complémentaires qui les aideraient à rester dans les logements.

**Mme BUREAU.-** En faisant tout cela, pour le coup, cela vous sort un peu de vos bases. Vous ne vous « contentez pas » de construire du logement, de le louer et de l'entretenir, mais vous allez

collaborer avec des associations, faire d'autres choses. C'est un changement de culture pour vous aussi ?

**Mme SIBOIS.-** Oui, c'est un changement de culture, d'autant plus que nous poussons toujours un peu plus les limites de notre relation avec le locataire, mais c'est normal. Il y a un aussi une autre préoccupation qui est la nôtre : nous avons parlé du bénévolat parce que nous savons bien aussi que les services ont un coût et je pense que nous avons aussi un rôle à jouer dans la vie de l'immeuble et dans l'attention que les personnes doivent se porter les unes aux autres.

Dans les projets ESSOR, il y a cette idée aussi qui est derrière, c'est-à-dire que l'on fait entrer dans un immeuble des personnes qui sont locataires, certes, qui ont une démarche totalement individuelle, mais nous les sensibilisons au fait que dans ce bâtiment, il y a des personnes plus âgées et que cela nécessite d'avoir *a minima* une courtoisie du quotidien et une attention aux autres.

Dans notre secteur professionnel, c'est une vraie piste de développement de métiers : c'est de l'accompagnement, c'est une approche assez particulière et cela revisite tous nos métiers, de l'attribution du logement jusqu'à sa gestion parce que forcément, on n'attribue pas un logement comme cela, une petite bulle au milieu de nulle part, on attribue un espace où la personne va habiter, mais autour duquel il y a des voisins et parmi ces voisins, il y en a peut-être des plus faibles, des plus fragiles et il faut les prendre en compte.

**Mme BUREAU.-** Vous faites quasi du recrutement ciblé pour locataires ?

**Mme SIBOIS.-** Tout à fait.

**Mme BUREAU.-** Jean JALLAGUIER, j'ai été frappée depuis quelques années de voir que, particulièrement dans le secteur des personnes âgées, il y avait vraiment un énorme foisonnement à la fois d'initiatives qui venaient des associations, de communes, de collectivités locales, de changement dans les dispositifs, dans ce qui

était proposé aussi par les services publics. C'est un secteur qui brasse beaucoup ?

**M. JALLAGUIER.-** Cela permet de rebondir et de dire qu'effectivement, la majorité des acteurs qui sont dans cette salle, mais également les partenaires, n'ont pas attendu la loi SV du 28 décembre dernier pour s'intéresser à la prévention. Même, tous ces acteurs avaient été audités au début des années 1990 dans des rapports qui avaient été commandités par les pouvoirs publics et interrogés sur ces questions de société et ils avaient plébiscité deux points avant tous les autres : que les pouvoirs publics activent une politique de prévention et que l'on conduise des politiques de coordination sur le terrain.

Au début des années 1990, alors que les pouvoirs publics avaient commandité ces rapports, ils n'avaient pas retenu les conclusions du rapport pour se lancer plutôt dans une politique d'élaboration de prestations d'autonomie, la dernière en date dans le secteur des personnes âgées est l'APA et dans la gestion de la grande dépendance.

Nous ne pouvons donc que nous réjouir - il faut positiver, c'était il y a 20 ans - que 20 ans après, nous ayons une loi majeure qui s'intéresse effectivement à la prévention de la perte d'autonomie. Se réjouir qu'à travers cette loi et les conférences des financeurs de prévention de la perte d'autonomie, tous les acteurs soient réunis, y compris d'ailleurs les trois autorités de contrôle et financeurs que sont, d'une part, le Conseil départemental, l'ARS et l'ensemble des CARSAT et régimes complémentaires et d'autre part, que le social et le médico-social, voire le sanitaire, soient ensemble autour de la table et essaient de trouver des solutions mieux articulées.

Quand nous faisons un certain nombre de journées avec les acteurs, qu'il s'agisse des usagers ou des familles ou des professionnels, tous, en principe, s'accordent à montrer qu'il faut être positif et utiliser les leviers de cette nouvelle loi. Pour autant, il faut



aussi rester très vigilant au fait que les moyens suivent et accompagnent parce qu'ils ne sont quand même pas à la hauteur et d'ailleurs, rien qu'au cours de cette année 2016, il a été accordé une rallonge aux conférences, si petites soient-elles. Elles doivent à la fois utiliser ces moyens nouveaux, mais aussi coordonner tout ce qui existe déjà en termes de prévention et nous sommes dans une région où la CARSAT avait pris les devants, puisqu'elle avait mis en place avec les Départements dans chacun d'entre eux une commission de la prévention.

**Mme BUREAU.-** Coordonner tout ce qui existe, certes, vous n'allez pas me trouver très positive, mais à l'une des tables rondes, l'une des personnes disait qu'elle avait découvert les CLIC et à travers les CLIC, toute l'organisation de l'Ain, qu'elle trouvait que c'était un département où il y avait un vrai souci des personnes âgées, que beaucoup de choses se faisaient, qu'elle trouvait génial tout ce qu'il se passe en coulisse, mais qu'un chat n'y retrouverait pas ses petits, car si l'on se plaçait du côté des personnes, c'était d'une complexité quand même assez incroyable.

**M. GUETAT.-** Effectivement, il y a un effort de clarification et de lisibilité à faire par rapport à l'ensemble des dispositifs qui existent déjà.

Je rejoins ce qu'ont dit M. Thierry CLÉMENT et M. Jean JALLAGUIER : la prévention de la perte d'autonomie va s'amplifier avec la loi d'adaptation de la société au vieillissement, mais avant la publication de la loi, de multiples dispositifs existaient déjà et le véritable enjeu de cette conférence des financeurs, au-delà de l'effet levier, c'est d'amplifier encore la coordination des acteurs, de manière que nous tirions tous dans le même sens.

En même temps, ce que nous avons essayé de développer dans le Département depuis maintenant quelques années, quelques animateurs sont présents dans la salle, c'est ce que l'on appelle les filières gérontologiques qui visent à associer l'ensemble des acteurs

médico-sociaux et sanitaires et également les professionnels libéraux de manière à travailler sur le parcours des personnes pour éviter, d'une part, les hospitalisations que l'on appelle dans notre jargon un peu technocratique *indues* et d'autre part, de faire en sorte d'améliorer le retour ou la prise en charge à domicile.

Le vrai enjeu est là aujourd'hui. Premièrement, il y a une volonté des familles et des personnes d'une meilleure prise en charge à domicile et en termes de coûts, il ne faut pas se voiler la face, il y a aussi un enjeu économique qui fait que nous avons tous intérêt, au regard des enveloppes budgétaires existantes, à favoriser ce maintien à domicile. Le concept de filière gérontologie est assez intéressant parce que nous sommes passés d'une logique de coordination des acteurs à une logique plus compliquée, et qui va se développer avec le temps, de coordination et de gestion des situations un peu complexes avec l'association des MAIA, des CLIC, des maisons de santé pluriprofessionnelles, des professionnels de santé, de l'hôpital et donc, l'enjeu aujourd'hui est de veiller à travailler de manière plus personnalisée et d'apporter une lisibilité vis-à-vis des personnes. Je n'irai pas plus loin, mais je pense que nous sommes aujourd'hui face à un devoir d'efficacité, de lisibilité.

**Mme BUREAU.-** Sachant que clarifier ne veut pas forcément dire simplifier. Pourquoi est-il aussi difficile d'agir sur les organisations, pas simplement de mettre de l'huile dans les rouages, de coordonner, mais d'arriver réellement à simplifier ? Le nombre de sigles enflé et y compris pour des professionnels, je veux bien votre avis aussi, c'est quand même sacrément compliqué !

**M. CLÉMENT.-** Il est sûr que le système est très compliqué, nous rêvons de le simplifier, mais ce ne sont pas des choses qui sont faciles, cela pose beaucoup de problèmes institutionnels, cela renvoie à beaucoup de choses, à des relations de pouvoir. C'est compliqué de simplifier, contrairement à ce que l'on

peut penser, et j'ai peur que ceux qui vous disent que cela se fera facilement ne soient des imposteurs.

Ce qui compte, finalement, c'est que nous puissions offrir les portes d'entrée pour les personnes. J'allais dire quelque part pour nous que nous avons misé sur les CLIC comme porte d'entrée unique. Après tout, nous n'en avons rien à faire, que les personnes sachent ce qu'est une MAIA ou pas, ce qui compte, ce sont les MAIA ; nous les avons fait gérer par les CLIC, ce qui veut dire que l'ARS et le Département, l'ARS qui finance les MAIA, ont été suffisamment intelligents pour se dire que l'on n'allait pas créer les MAIA, que l'on ferait gérer les MAIA par les CLIC pour que dans l'Ain, une seule porte d'entrée soit visualisée, celle des CLIC.

Notre investissement, c'est que pour la personne âgée, ce qui compte, c'est qu'elle connaisse le CLIC, son lieu, son numéro de téléphone et après, nous, les professionnels, tous les *machins* qui existent sous différentes formes... SPASAD, par exemple, on peut se dire que c'est une chose de plus dans le secteur, mais en même temps, c'est positif, puisque cela vise à faire travailler ensemble l'aide et le soin. Maintenant, vu de l'extérieur, on se dit que c'est un *machin* de plus, mais finalement, c'est notre cuisine. Si l'on essaie de faire de la meilleure cuisine, on y met parfois plus d'ingrédients, ce n'est pas grave. Celui qui mange n'a pas besoin de connaître les ingrédients.

*(Brouhaha)*

Dans le département, ce qui compte, c'est de visualiser le CLIC et que les uns et les autres soyons d'accord pour que quand il s'ajoute un *machin* parce que chaque gouvernement invente des *machins* qui ont toujours une pertinence, mais qui viennent ajouter une couche, on inclue la couche à la porte d'entrée unique que l'on a essayé de créer.

**Mme BUREAU.-** Dr MERLIN, les personnes connaissent les CLIC, elles connaissent aussi bien leur médecin, quand elles ont la chance d'avoir encore un médecin accessible. Si vous voyez qu'un

patient a des difficultés auxquelles vous ne pouvez pas répondre, savez-vous où vous adresser et quels relais faire ?

**Dr MERLIN.-** Chacun a ses habitudes parmi les professionnels de premiers recours dont je fais partie avec les infirmières, avec les pharmaciens. Il existe une plate-forme qui est pratique pour les professionnels de santé qui est l'émanation du réseau Ville hôpital, la plate-forme Soutien qui pour nous a l'avantage de faire partie du réseau Ville hôpital et cela nous permet de traiter des cas complexes. On expose le problème et après, il y a une mise en communication des différents acteurs, ce qui nous est important, puisque notre temps étant compté, nous n'avons pas souvent le temps de contacter une assistante sociale. C'est très compliqué.

Ce type de dispositif, j'estime, même si je n'y ai pas recours très souvent, mais de temps en temps que oui, c'est bien pratique. Après, nous sommes souvent sollicités par les services d'aide à domicile parce que malheureusement, quand c'est un cas très simple, cela se passe très simplement, mais souvent, ce sont des problèmes chroniques et complexes. Nous en reparlerons peut-être.

**Mme BUREAU.-** Gilles MARCON, nous avons dit tout à l'heure que la question était que les personnes puissent avoir accès à l'information. Vous vice-présidez un CLIC. C'est un lieu, dans votre secteur, c'est une porte et vous avez créé des annexes, des relais ?

**M. MARCON.-** Le Pays Bellegardien, pour faire très simple, c'est 15 communes, une ville centre et un CLIC. C'est le plus petit CLIC du département : 22 000 habitants et 4 500 personnes de plus de 60 ans. C'est un CLIC de proximité. Ce que nous avons souhaité au départ, c'est que ce soit le CLIC de tout un territoire et dès que nous l'avons créé, nous avons décidé d'aller voir chaque commune, chaque maire, chaque élu en Conseil municipal, de discuter aussi avec les secrétaires de mairie pour leur expliquer le fonctionnement du CLIC parce que c'était nouveau, cela arrivait et c'est vrai que ce n'était pas évident.

Quand on crée un CLIC, que l'on réunit l'ensemble des élus, pour leur expliquer ce qu'ils peuvent en attendre et pour qui c'est fait, il faut quand même une certaine pédagogie. Nous avons fait cela avec la coordinatrice.

Nous avons également souhaité labelliser toutes les communes relais CLIC. C'est une idée qui nous est venue comme cela. Nous avons fait un autocollant que nous avons mis sur la porte d'entrée des mairies : *ici, relais CLIC*, le numéro de téléphone, les références et nous avons formé un peu les secrétaires d'une manière très simple pour leur dire que si elles avaient un contact avec une personne âgée, elles téléphonent au CLIC. Soit le CLIC se déplace en mairie ou chez la personne, soit la personne peut se véhiculer et venir au CLIC. Cela se fait très rapidement et ainsi, nous avons créé une atmosphère d'adhésion de l'ensemble des élus sur un territoire et c'est vrai que c'est le CLIC du Pays Bellegardien, même si la ville centre reste forte et le siège du CLIC ; il n'y a pas de différence entre les différentes communes et c'est un atout intéressant. Cela a fait mûrir, grandir le CLIC très rapidement.

Pour le CLIC, nous avons souhaité nous appuyer sur trois piliers : l'un des piliers importants est celui des partenaires. Si nous ne travaillons pas en réseau avec les partenaires, il n'y a pas de CLIC, le CLIC ne vit pas et se meurt. Il faut, pour le faire vivre, avoir des partenaires, faire des commissions, des comités, être au courant de ce qui se fait au point de vue médical, médico-social, associatif sur un territoire. C'est un pilier fort.

Puis, il y a le pilier des partenaires. Je démarre en bas de la commune : la communauté de communes, si le CLIC est porté par la communauté de communes ou une association. Puis, nous avons le Département qui est quand même le tuteur et j'ajoute maintenant l'ARS parce que l'ARS est un partenaire aussi intéressant, nous l'avons vu avec la MAIA dont nous parlerons peut-être tout à l'heure, avec MNEMOSIS, avec le Contrat local de santé signé avec la ville de

Bellegarde sur d'autres territoires. C'est quand même un partenaire important.

Au milieu, il y a un pilier central : l'utilisateur. L'utilisateur est au cœur de ce dispositif. Il faut penser usager, il faut toujours le mettre en avant parce que nous travaillons pour les usagers, les familles et les aidants. C'est notre philosophie, la façon dont nous avons bâti le CLIC et dont les autres CLIC fonctionnent aussi parce qu'il y a une coordination entre CLIC et je peux vous dire que tout le monde s'investit fortement.

**Mme BUREAU.-** Jean JALLAGUIER, c'est bien en pensant aux usagers que l'on a créé beaucoup de coordinations, que parfois, on a créé de la complexité parce que vous me disiez que dans certaines situations, une personne pouvait se retrouver avec cinq ou six plans personnalisés d'accompagnement ou d'aide ? On fonctionne de manière très compartimentée ?

**M. JALLAGUIER.-** C'est un autre sujet sur lequel je vous avais dit que je souhaiterais intervenir, mais sur la coordination, ce n'est peut-être pas un hasard que nous soyons aujourd'hui dans le département de l'Ain, au moins pour deux raisons : si vous regardez vos dossiers de participants, vous verrez qu'en 1984, la Société Rhône-Alpes de gérontologie avait fait une journée sur la coordination et ce n'était sans doute pas un hasard, puisqu'on venait de fermer toutes les instances de coordination issues de la circulaire FRANCESCHI qui étaient cantonales, qui fonctionnaient très bien et à l'époque, nous faisons des journées où l'on disait que la coordination, c'était une vieille histoire pleine d'avenir.

C'était plutôt visionnaire, puisqu'ensuite, il y a eu toute une longue histoire et là, je voudrais quand même rendre grâce au Conseil départemental de l'Ain de ne pas avoir cédé à la grande mode qui a succédé à la loi de 2004 pendant l'été sur la décentralisation et qui a vu, y compris dans Rhône-Alpes, bon nombre de départements

fermer les CLIC et déconstruire parfois des coordinations qui fonctionnaient très bien.

Il est très difficile, pour les acteurs de terrain qui sont dans cette salle, de toujours devoir recommencer, retourner à la table des négociations, reconstruire des coordinations qui ont été mises en place et qui fonctionnaient bien et souvent fermées pour des raisons financières.

*(Applaudissements)*

Je tenais à le dire. Tant mieux si dans le département de l'Ain, nous avons toujours neuf CLIC, tant mieux s'ils ont ajouté des compétences à travers la MAIA et aujourd'hui, il y a un double enjeu pour la coordination. D'abord, il faut bien distinguer ce qui relève de la coordination autour de la personne et ce qui relève de la coordination qui s'inscrit dans un territoire, une filière, un CLIC, une MAIA.

La coordination autour de la personne, c'est un métier de terrain. C'est l'articulation des professionnels, par exemple dans un service, puisque nous sommes sur le thème du domicile et il y a des enjeux importants aujourd'hui. Quand vous utilisiez le mot de *situation complexe*, ce n'est pas par hasard, il faut savoir qu'il y a une réforme en cours dans le secteur du handicap qui s'appelle Projet SERAFIN qui donne lieu à des nomenclatures, des sortes de référentiels qui font le lien entre les besoins et les prestations.

La question de la coordination en l'état actuel des travaux est une prestation considérée comme étant indirecte, donc, qui n'est pas forcément financée. Il faut faire très attention à travers cette réforme, mais aussi dans le secteur des personnes âgées, car tout devient rapidement transversal. La loi SV, par exemple, est une loi transversale intersectorielle. Il faut faire très attention dans nos services à bien valoriser les temps de coordination de chaque professionnel. C'est ce qui va se passer pour tous les services intervenant dans le secteur du handicap. S'ils ne les valorisent pas, des

temps de coordination pourraient ainsi disparaître et il faut les valoriser de façon équivalente, quand on est dans l'autre niveau de coordination, c'est-à-dire la coordination de réseau.

**Mme BUREAU.-** Corinne KRENCKER, voulez-vous valoriser les temps de coordination ou, pour le moment, cherchez-vous à avoir des temps de coordination avec vos partenaires extérieurs ?

**Mme KRENCKER.-** Les temps de coordination, oui, parce qu'effectivement, l'hôpital se situe dans un réseau compliqué. Il y a plusieurs intervenants ici. Il est vrai que lorsque l'on est un peu extérieur à tout cela, on se demande comment la personne âgée avec sa famille peut s'y retrouver, puisque nous avons tous, à un moment ou à un autre, été usagers de ce dispositif. Je crois que ce qui fonctionne, c'est ce fameux réseau. Nous avons été plusieurs à participer à d'autres journées sur les filières de gérontologie et je crois que dans le département, effectivement, ces actions-là fonctionnent bien ; peut-être faut-il les faire plus connaître et montrer aux différents professionnels, mais surtout aux usagers, comment ces coopérations interprofessionnelles fonctionnent.

Nous avons la particularité d'être à différents moments de la chaîne. Souvent au bout de la chaîne, malheureusement. Ce que j'aimais bien, ce matin, c'est l'intervenant qui disait que la partie hospitalière n'est pas forcément toujours la fin du parcours et que la notion de navette, c'est bien ce que nous illustrons ici, entre l'hôpital et la ville, comme nous avons l'habitude de le dire, est quelque chose qui doit à mon avis être développé et expérimenté davantage. C'est vrai que nous avons quelques difficultés.

Nous avons nos structures de gériatrie, nous avons l'équipe mobile de gériatrie qui permet de faire ce lien avec le domicile, nous avons les relais des différentes structures avec lesquelles nos professionnels coopèrent, mais effectivement, le constat que l'on peut faire, c'est que l'hôpital en soi n'est pas le meilleur endroit pour vieillir. Je ne devrais pas dire cela, en tant que directeur d'hôpital,



néanmoins, c'est un constat. C'est l'endroit où l'on projette beaucoup de choses, où l'on perd de l'autonomie, où l'on développe un sentiment de culpabilité par rapport aux familles parce que forcément, le vieillissement et les conséquences du vieillissement interpellent les familles et développent peut-être aussi de la culpabilité par rapport à la capacité ou non de prendre en charge ses aînés.

Le lien avec la ville, avec le territoire me paraît essentiel pour que l'hôpital redevienne un maillon de la chaîne de prise en charge de ces personnes âgées et pas uniquement le lieu où l'on va quand on n'a plus d'autre endroit possible. Il faut sortir de cette notion. Je n'ai pas aimé quand vous parliez ce matin de mouroir. C'est certes l'endroit où l'on vient mourir le plus souvent, mais de là à devenir un mouroir, je pense que nous avons un peu de mal, en tant que professionnels, à entendre cela, même si derrière, cela reflète une certaine réalité.

**Mme BUREAU.-** Quand on entend ce qui s'est dit dans les tables rondes de ce printemps, on a quand même l'impression que cela reste encore très compliqué pour la sortie de l'hôpital. Généralement, les personnes sont bien contentes d'être hospitalisées parce qu'elles ont besoin d'être soignées suite à un souci de santé, mais la sortie n'est encore visiblement dans de nombreux cas pas préparée et comme, derrière, on ne peut pas retrouver la situation précédente, que l'on a besoin d'aide ou autres, apparemment, l'articulation, ce n'est pas encore cela.

**Mme KRENCKER.-** J'allais presque inverser la question : la sortie de la personne âgée n'est pas toujours préparée, mais l'entrée non plus et c'est là qu'à mon avis, il faut que nous arrivions à être plus synchrones avec le domicile et la ville parce qu'effectivement, on arrive souvent à l'hôpital par le biais des urgences et c'est là aussi probablement l'endroit qui est le moins indiqué pour arriver à l'hôpital. Nous venons pallier de nombreuses situations complexes, la

fragilité de la personne, l'absence d'environnement, la difficulté à voir un médecin traitant.

La sortie est certes complexe, mais elle l'est aussi parce que l'entrée ne peut pas être gérée. Toutes les personnes âgées n'ont pas besoin d'être hospitalisées dans des situations d'urgence. Dans certains cas, une hospitalisation programmée pourrait être une solution, mais cela pose bien d'autres questions et cela a été évoqué ce matin. C'est la difficulté ou la fragilité du réseau de médecins généralistes en particulier et de coordination de tous les intervenants. Nous avons de grosses difficultés pour le maintien à domicile par rapport au nombre d'infirmières ou de services de soins infirmiers à domicile disponibles, nous avons des difficultés par rapport aux ressources de kinés, nous avons des difficultés qui sont inversement proportionnelles au nombre de solutions que l'on a déployées sur le terrain. C'est presque cela qui est le plus surprenant, à écouter les uns et les autres, nous avons de nombreuses solutions qui ont été développées de prise en charge et parfois, le point de base qui nous manque, ce sont les ressources soignantes médicales au sens large du terme.

**Mme BUREAU.-** Pour faire tourner tout cela, il faut du monde.

Pour élargir à la question de la prévention, des remarques ont été faites aussi, des personnes disaient que le manque d'anticipation des personnes âgées était un vrai problème. Les personnes âgées anticipent à quelques semaines, peut-être à deux ou trois mois, mais au-delà, ce n'est pas possible. Quelle prévention peut-on faire ? J'élargis largement à la question du soin, de l'aménagement du domicile, éventuellement de l'entrée en institution. Quelle prévention peut-on mettre en place ?

**M. CLÉMENT.-** Sur la question du domicile, on a rêvé de dire qu'il faudrait anticiper. On s'aperçoit que c'est quand même très compliqué. Il y a des réglementations qui permettent d'anticiper dans

le neuf, mais dans un logement existant, je pense que c'est très compliqué parce que l'esprit humain est ainsi fait que peu de personnes anticipent. On en voit qui anticipent, mais c'est plutôt une minorité, soit des anciens professionnels du secteur de la santé ou autres. Je pense qu'il faut plutôt que nous prenions en compte cette réalité.

J'ai été plus touché, dans la diapositive, par le fait qu'il faut trop longtemps pour adapter un logement, une année. Effectivement, c'est vrai que nous sommes en train de retravailler sur un dispositif pour l'année prochaine. Je pense qu'il faut voir cette question-là. Il sera très difficile qu'une personne de 80 ans vienne changer sa baignoire pour une douche, mettre un plan incliné, etc., tant qu'elle n'en a pas besoin. On peut en rêver et se dire que ce serait bien mieux, mais il faut faire avec les choses telles qu'elles sont et il faut plus travailler à accélérer les dispositifs sur ce type de chose comme le logement.

**Mme SIBOIS.-** Malgré tout, sur l'anticipation, pas forcément l'aménagement du logement, nous développons une politique de fidélisation de nos clients au sens large et notamment des personnes âgées et nous avons identifié les patrimoines dans lesquels nous avons une proportion de personnes âgées importante et des patrimoines sans ascenseur. L'une des formes d'anticipation que nous avons choisies est d'équiper certains bâtiments d'ascenseurs en sachant que de toute façon, les personnes qui y habitent, qui sont très peu mobiles (il y a un taux de rotation très faible dans ces populations), à un moment ou un autre, auront besoin de cet équipement pour rester dans leur logement. C'est une anticipation.

**M. GUETAT.-** Il y a un double enjeu. D'abord, l'enjeu pédagogique, à savoir de s'adresser aux personnes, aux familles et peut-être que l'on s'appuie davantage aujourd'hui sur les services d'aide et de maintien à domicile et au travers de programmes de formation pour faire en sorte que l'on anticipe le plus possible. Même

si je partage complètement ce qu'a dit Thierry CLÉMENT, je pense que le second enjeu très important, nous en avons tous parlé, c'est le repérage des fragilités et c'est quelque chose qui est peut-être plus urgent, plus immédiat. Dans le cadre du comité des financeurs, des actions vont dans cette direction, Thierry CLÉMENT en parlerait mieux que moi, notamment avec La Poste et les facteurs qui ont vocation à repérer les personnes les plus fragiles et là aussi, les services d'aide et de maintien à domicile ont vocation à repérer les personnes qui sont les plus en difficulté et à les orienter ou à orienter les familles sur un guichet unique qui s'est mis en place dans le département au travers des CLIC et des filières gérontologiques.

**M. MARCON.-** Simplement, au niveau des possibilités d'adaptation des logements, il faut savoir qu'aujourd'hui, il y a déjà des aides qui existent pour les particuliers qui sont chez eux, qui sont propriétaires. Il y a des possibilités d'adapter l'appartement. Des associations s'occupent de réaliser des devis, de contacter les entreprises et de suivre les travaux. Là, les CLIC sont bien au courant. Je pense que les personnes peuvent se renseigner au CLIC pour avoir toutes les informations.

En ce qui concerne les logements sociaux, DYNACITÉ, SEMCODA, il faut passer par ces organismes avant d'engager des travaux éventuellement et de voir comment cela peut être réalisé conjointement.

**Mme BUREAU.-** On parle d'anticipation, de repérage des personnes fragiles, mais il y a énormément d'actions qui sont déjà menées, d'initiatives qui viennent du terrain qui sont déjà l'objet d'associations ou de réseaux de voisins vigilants qui ont pu se mettre en place à certains endroits. Madame PILON, qui n'est pas là, disait qu'il faut écouter le terrain. Pour suivre la formule de ce matin de M. GAUCHER, il faut surveiller le grain qui lève, car beaucoup de choses viennent du terrain, des communes, des initiatives parfois très ponctuelles.

**M. CLÉMENT.-** C'est aussi le rôle des uns et des autres que de pouvoir soutenir les initiatives locales en direction des personnes âgées au sens large. Il y en a beaucoup plus qu'antérieurement ; si je prends les centres sociaux, qui sont des structures de proximité, autrefois, ils avaient peu d'actions en faveur des aînés, c'était plus les familles, les jeunes, les enfants, mais aujourd'hui, on voit qu'il y a beaucoup d'actions en direction des personnes âgées et ainsi que beaucoup d'actions intergénérationnelles. Je crois que c'est vraiment important, on a vu que ce n'était pas seulement la question de la personne âgée, mais celle de la personne âgée dans son environnement et dans toutes les relations qu'elle peut entretenir.

Je pense que tous les avantages de ces actions, ce n'est pas seulement d'être bénévoles, mais aussi de pouvoir maintenir la personne âgée en relation dans la société civile avec toutes les générations d'une ville, d'un quartier, d'un village. Je crois que c'est essentiel.

**Mme BUREAU.-** Il y avait notamment une remarque qui était que les personnes souhaitaient avoir beaucoup de possibilités de sortir, de faire des choses, mais avec des services qui ne soient pas estampillés personnes âgées. Par exemple, une personne disait que l'on pourrait mettre en place du covoiturage ; cela aurait-il un sens de faire un service de covoiturage spécial plus de 70 ans, je ne sais pas ? C'était ce que disait Isabelle MALLON, il y a un besoin d'être un citoyen comme un autre et de pouvoir parfois adapter juste les services ?

**M. MARCON.-** La tendance est d'orienter les manifestations, les conférences à destination des personnes âgées, mais qui sont faites par des personnes moins âgées aussi. Quand on fait venir un philosophe, un nutritionniste, c'est quand même intéressant et parmi le public, il n'y a pas forcément que des personnes âgées, mais ce qui est important aussi, si l'on veut que les personnes

restent le plus longtemps possible à domicile, en ce qui concerne le CLIC, il faut qu'il demeure où qu'il soit un animateur du territoire. Il y a un bureau, mais enfin, il faut aller très souvent dans les communes pour faire de l'animation. Ce n'est pas le CLIC qui va faire de l'animation, mais il va coordonner les animations avec la MSA, avec la CARSAT par ce que l'on appelle les ateliers qui sont mis en place. Il y a des ateliers mémoire, des ateliers sommeil, prévention des chutes, c'est important aussi, équilibre, des cafés mémoire. Tout cela est mis en place et le CLIC coordonne et nous essayons de décentraliser au maximum et de regrouper deux villages, ainsi, une mixité se crée.

Ce que nous souhaitons également, c'est qu'il y ait une animation très conviviale qui réunisse les personnes. Il y a souvent cinq séances, une par semaine et je peux vous dire qu'à la fin, les personnes en redemandent. Même si c'est ciblé pour les personnes âgées, elles en redemandent. C'est intéressant et nous essayons de le développer un peu partout, dans tout le département. C'est porteur aussi pour rester à domicile, d'autant plus que l'on touche parfois des usagers qui sont relativement en bonne santé, mais qui sont isolés. Nous allons les chercher par le biais des CCAS ou des clubs des aînés.

**Mme BUREAU.-** Vous voulez compléter ?

**M. JALLAGUIER.-** Ne doutons pas des capacités des personnes à sortir en voiture et à utiliser les voitures des autres : j'étais dans une réunion hier où l'on citait une personne de 93 ans qui utilisait BlablaCar alors que tout le monde autour de la table ne l'utilisait pas. Il faut sortir de nos clichés. Cela a été dit par M. Thierry CLÉMENT : la perte d'autonomie intervient de plus en plus tard, les derniers chiffres sont de 83 ans et c'est une moyenne. Derrière cette moyenne, vous avez des personnes jeunes qui sont en perte d'autonomie, cela a été rappelé par la sociologue, en incapacité d'exercer des choix dans la cité et des personnes qui sont centenaires et qui sont dépressives parce qu'elles vont visiter leurs enfants en

maison de retraite alors qu'elles sont à domicile. L'éventail de la population est très large aujourd'hui.

Je voudrais rappeler, en termes d'envie des personnes, en le rattachant à la prévention de la perte d'autonomie, ce que nous rapportait une sociologue dans la Drôme qui avait enquêté dans des structures de type résidences autonomie et maisons de retraite et qui avait réalisé 100 entretiens personnalisés avec l'assurance, pour les personnes, que tout cela ne serait pas rapporté et chaque entretien durait une heure, nous étions vraiment dans le qualitatif. Sur cette question de ce dont on a envie de faire quand on est une personne dite âgée, ce qui ressortait de très loin, c'était : *rien*.

*(Brouhaha)*

Il faut l'entendre ! *Rien*, cela ne veut pas forcément dire *rien*, mais cela veut dire : *laissez-moi la paix. Si j'ai envie, aujourd'hui, de rêver dans mon fauteuil, je rêve dans mon fauteuil ; mon projet personnel est de pouvoir changer d'envie et si j'ai envie de rester à la maison alors que j'avais choisi d'aller au marché...* Derrière *rien*, il y avait cela.

Après, le deuxième terme qui ressortait, c'était *sortir*. Ce n'étaient pas des animations, des programmes d'activités variées, être dans l'activisme. C'était de pouvoir sortir, aller vers les autres. On le voit bien, alors que la loi SV vient de mettre la barre très haut, puisqu'elle a changé l'article 6 sur les droits en disant que l'on a le droit de sortir et d'aller librement et d'être en sécurité. C'est un peu le chat qui se mord la queue pour les directions d'établissements qui doivent tout à la fois mettre en avant et en œuvre cette liberté de sortir et de circuler et mettre en avant la sécurité. Au lieu d'enfermer cela dans un texte de loi, on aurait mieux fait d'en rester aux recommandations de bonnes pratiques qui invitent les institutions à réfléchir sur la façon dont on concilie liberté et sécurité. Pour des personnes qui sont en perte d'autonomie, sortir, cela peut exiger d'avoir du monde autour de soi, y compris des professionnels

d'accompagnement et en cela, on est dans les démarches personnalisées.

Enfin, la sociologue disait que le troisième grand retour qu'elle avait eu, c'est : *moi, personne âgée, j'y vais bien, aux animations, finalement, mais j'y vais pour faire plaisir aux animatrices, pour qu'elles ne se sentent pas coupables qu'il n'y ait personne.*

*(Rires)*

**Mme BUREAU.-** C'est effectivement un sujet que je n'ai pas du tout repris dans les comptes-rendus, mais qui est ressorti dans les tables rondes ; peut-être que les professionnels ou la famille ont un projet de ce qu'ils imaginent être utile pour rester en bonne santé et ne pas se laisser aller et aussi, sur ce que l'on projette des règles de ce qui nous semble à nous les bonnes règles d'hygiène, d'entretien de la maison, de devoir prendre une douche tous les jours alors que pour quelqu'un qui a pris toute sa vie, quand personne ne l'enquiquinait, une douche par semaine, que signifie d'être obligé à 80 ans à changer ce rythme-là ?

Il y a un sujet que je voudrais bien que l'on aborde, car c'était un sujet important des discussions, c'était celui du soutien aux aidants. Je sais que dans ce domaine-là, beaucoup de choses se développent, mais visiblement, cela fait partie de ces sujets qui sont compliqués, où il ne suffit pas de trouver des outils techniques, mais c'est unanimement un sujet difficile ?

**M. CLÉMENT.-** On sait qu'il ne suffit pas de trouver des solutions ou des produits, il faut que les personnes puissent y accéder, que cela corresponde à leurs attentes. Différentes choses ont été mises en place. Vous les avez citées tout à l'heure au niveau de l'accueil de jour. On a imaginé que l'accueil de jour pouvait être un outil très important de cette aide aux aidants. C'est un outil qui fonctionne dans certains cas, qui ne fonctionne pas dans d'autres. Nous avons pu en tirer aussi un certain nombre de leçons.



Il y avait le problème de la solvabilisation. C'est un problème qui va s'estomper avec l'augmentation de l'APA et la prise en compte du répit dans le cadre de l'APA, mais il y avait un problème financier, c'est sûr, mais aussi un problème de l'attractivité : comment un accueil de jour répond-il aux attentes ? Nous allons expérimenter le baluchonnage qui est l'inversion du sujet, puisque la personne reste chez elle et que c'est quelqu'un qui vient pour permettre à l'aidant (qui peut être souvent le conjoint) d'avoir quand même des activités. La MSA l'a déjà expérimenté avec l'association Bulles d'air dans les deux Savoie et on s'est aperçu que ce n'était pas toujours le week-end. Nous avons souvent imaginé que ce serait l'aidant qui prendrait un week-end, ou qui partirait un peu en vacances, mais c'est souvent une demi-journée et l'on a vu le plaisir qu'avaient certaines personnes à aller au club du troisième âge ou de gym douce.

Je pense qu'il y a des solutions ; le problème financier a quand même été très important ces dix dernières années, puisqu'au niveau de l'APA, souvent, le plan d'aide était saturé. Cela veut dire qu'il était au plafond rien qu'avec les produits de base, notamment l'aide et l'accompagnement à domicile. Là, nous avons désormais cette possibilité d'inclure le répit. Les plafonds ont été relevés et le répit va permettre de dépasser le plafond. Nous aurons des possibilités financières, il faut encore que nous ayons des solutions.

On voit qu'un certain nombre s'ouvre, on nous parle aussi parfois de l'hébergement temporaire, notamment dans les EHPAD, dans les MARPA ou les petites unités de vie. C'est vrai qu'il y a peu de solutions, elles n'ont pas toujours très bien marché non plus. Les directeurs d'établissements ont eu tendance à les faire disparaître parce qu'économiquement, ce n'était pas extrêmement viable. Il faudra réfléchir à de nouvelles solutions et à en inventer aussi dans les années qui viennent, mais je pense que nous aurons cette possibilité.

**Mme BUREAU.-** Avec des propositions comme le baluchonnage, vous allez créer beaucoup d'attentes parce que l'on en

parle beaucoup. J'ignore combien il y aura de places ouvertes, mais il y a effectivement beaucoup d'attentes sur ce type de service. Je ne sais pas comment cela se passe pour les longs séjours, pour les EHPAD ?

**Mme KRENCKER.-** Nous avons des EHPAD autonomes et d'autres adossés au centre hospitalier. Nous faisons le compte tout à l'heure, nous commençons à avoir un certain nombre de lits dans notre communauté de territoires, nous devons être à plus de 1 000 lits publics, si l'on regroupe tous les hôpitaux. Nous avons effectivement des formules d'hébergement temporaires.

**Mme BUREAU.-** Cela marche-t-il ?

**Mme KRENCKER.-** Plus ou moins bien.

**Mme BUREAU.-** Comment expliquez-vous cela ? Cela paraît paradoxal ?

**Mme KRENCKER.-** Ce n'est pas toujours connu ni utilisé. Certains soignants sont parfois réfractaires parce que ce sont des durées courtes et on n'est pas dans la même logique de prise en charge du résident que l'on peut avoir en EHPAD. Nous discutons tout à l'heure d'une formule d'hébergement de crise qui permettrait, sur quelques jours, de prendre en charge le résident si le conjoint est en difficulté ou si l'environnement n'est plus en mesure de le prendre en charge parce qu'il a lui-même besoin de souffler. Il faut trouver des solutions parfois un peu plus souples que l'on a du mal, en tant que responsables hospitaliers, à faire entrer aujourd'hui dans les bonnes cases. Nous sommes ou bien dans le sanitaire et effectivement, les structures sanitaires ne se prêtent pas à ce type de prise en charge pour de nombreuses raisons et dans le médico-social et on n'a pas toujours non plus la solution adaptée.

Un certain nombre de freins viennent probablement du caractère un peu trop rigide de nos fonctionnements institutionnels et on n'a pas toujours la facilité d'expérimenter des dispositifs, mais cela ne doit pas nous empêcher de nous servir des supports d'hébergement

que nous avons pour lancer des expérimentations sur le territoire. En tout cas, nous sommes prêts à le faire dans nos établissements.

**Mme BUREAU.-** Notamment, c'était ressorti pour faire des accueils rapides, pas seulement souples, mais réactifs.

Une autre remarque portait aussi sur les critères, car il y a quand même des personnes qui continuent à vivre avec l'appui d'un proche à domicile dans des situations assez lourdes et qui, de ce fait, n'ont pas leur place dans les accueils de jour et les aidants se retrouvent un peu dans une impasse.

**Mme KRENCKER.-** Après, nous parlions tout à l'heure d'hospitalisations indues et il est sûr que si nous devons convertir les millions, milliards déclenchés par des séjours qui ne sont pas justifiés médicalement, il y aurait probablement de quoi reconvertir un certain nombre de structures ou d'en ouvrir d'autres.

Nous pratiquons tous, dans nos hôpitaux, des formules d'hébergement qui viennent pallier les difficultés du secteur médico-social au sens large du terme parce qu'effectivement, nous n'avons pas toujours ces solutions intérimaires qui sont adaptées.

**Mme BUREAU.-** Monsieur GUETAT ?

**M. GUETAT.-** Dans le même sens que ce qui a été dit par M. Thierry CLÉMENT et Mme KRENCKER, il existe à ce jour beaucoup de dispositifs, peut-être pas suffisamment, mais il en existe beaucoup. La vraie question, c'est comment faire en sorte que les personnes puissent s'y retrouver et avoir une réponse qui corresponde à leurs besoins ? C'est la vraie question.

En même temps, comme le disait M. JALLAGUIER tout à l'heure, l'esprit de la loi d'adaptation de la société au vieillissement, c'est de faire en sorte de gommer les politiques sectorielles pour que chacun, que la personne soit handicapée, âgée ou ayant des difficultés particulières puisse se retrouver dans le droit commun. C'est cela, la vraie question. L'enjeu principal aujourd'hui est de voir comment, au

travers tout ce qui est mis en œuvre par le droit commun, on peut répondre de manière personnalisée à chaque demande individuelle et c'est une difficulté parce que la société a évolué, les rapports à l'intérieur des familles, il faut le dire, ont changé et les attentes ne sont pas forcément les mêmes que voici 20 ou 30 ans. Aujourd'hui, il ne suffit pas de développer des dispositifs, et nous en développons beaucoup dans le département de l'Ain, mais il faut savoir comment les adapter et faire en sorte que la personne puisse s'y retrouver. Cela revient en gros à la question de la coordination des acteurs et surtout, c'est l'enjeu central pour les cinq ans qui viennent, il faut voir comment mettre en œuvre de véritables parcours individualisés pour l'ensemble des personnes : âgées, handicapées, ou même l'ensemble des personnes en général. C'est une difficulté.

Nous nous y attelons au travers d'un certain nombre de dispositifs, mais c'est compliqué parce que l'on voit bien aujourd'hui que des dispositifs de coordination, il en existe beaucoup et parfois, il est même nécessaire de coordonner des coordinations ou des coordonnateurs. Voilà l'une de nos difficultés actuelles.

**M. MARCON.-** On peut quand même relever le travail des MAIA. Dans le département, il y a deux MAIA, la dernière vient d'être créée. Ce sont des services pour les personnes en perte d'autonomie qui sont mis en place par l'ARS et le Département. La dernière a été créée à Oyonnax. L'association de gérontologie d'Oyonnax porte la MAIA Est qui s'étend sur le Pays Bellegardien et le pays de Gex qui bénéficient de deux gestionnaires de cas. C'est un plus aussi par rapport à ces usagers fragiles et aux aidants, puisque les pilotes, les gestionnaires de cas s'occupent des malades. C'est un plus. Dans certains secteurs, il y a des accueils thérapeutiques itinérants comme dans le pays de Gex et à Bellegarde.

C'est vrai que pour un accueil de jour temporaire, à mon avis, il ne faut pas 56 chambres ! S'il y en avait trois dans le Pays Bellegardien pour une population que l'on peut évaluer à peu près à

500 personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer sur 5 000 personnes de plus de 60 ans... Le pourcentage dans le département, je crois qu'il y en a 8 000.

**Mme BUREAU.-** Je voudrais vous poser une autre question : pensez-vous que dans 20 ans, vous-mêmes ou vos successeurs, sur la question des personnes âgées vieillissantes et du maintien à domicile, serez face à des questions totalement différentes parce que les personnes ne seront plus les mêmes, que les cultures auront beaucoup changé, même si des personnes utilisent déjà BlablaCar à 90 ans ? J'ai beaucoup entendu par exemple que quand l'on entendait mal, on se demandait comment faire pour se débrouiller avec des répondeurs téléphoniques, que l'on n'a pas l'habitude d'Internet, que les démarches restent compliquées, que pendant longtemps, des personnes sont restées chez elles sans mettre la main à la chaussette et que pour payer 150 euros pour une aide à domicile, c'est inenvisageable, payer pour des services qui n'étaient pas monétarisés avant, cela ne se fait pas. Pensez-vous que dans 20 ans, beaucoup de choses seront vraiment fort différentes ?

**M. CLÉMENT.-** J'ai l'impression qu'il y a deux constantes et des enjeux. Ce matin, la sociologue a développé la notion du chez-soi. Je pense que c'est une constante. Après, voici 20 ans, quand on parlait de maintien à domicile, il y avait cette idée que l'on *tenait* les personnes à domicile, qu'il ne fallait surtout pas qu'elles en bougent. Quand on parlait de maintien à domicile, il y avait cette idée que les personnes étaient dans un logement qu'elles avaient acquis et qu'elles y restaient pendant les 40 dernières années de leur vie. C'était une époque. C'était le chez-soi de l'époque.

Aujourd'hui, nous pensons que le chez-soi est différent, que c'est un domicile, mais que cela peut être un domicile dont on change, puisque finalement les personnes auront changé de domicile tout au long de leur vie et que des personnes qui avaient une petite villa à la campagne reviennent se situer à Bourg-en-Bresse à

l'intérieur de la ville. Je crois que cette notion de chez-soi est un peu une constante. Nous l'incarbons dans les projets ESSOR, il s'agit d'avoir un habitat intégré, solidaire, regroupé, vraiment à l'intérieur de la ville et de la cité, mais aussi adapté aux personnes âgées où l'on partage un certain nombre de choses avec une association d'aide à domicile. Le chez-soi me paraît être une constante, même si cela change au fur et à mesure du temps.

Après, il y a des enjeux de l'heure : aujourd'hui, il y a un enjeu très fort, comme nous l'avons évoqué ce matin et à l'instant, autour de la maladie d'Alzheimer. Sans se faire peur, comme on l'adore avec les prévalences, on sait que c'est quand même un enjeu très important. Après, il y a des enjeux de société. On voit que la famille comme aidants naturels joue un rôle essentiel aujourd'hui dans l'accompagnement des personnes à domicile. Que sera la famille dans 20 ans ? Je n'en sais rien. Je pense qu'il y a à la fois des constantes et des choses qui forcément évolueront.

**M. JALLAGUIER.-** Deux vecteurs pour répondre à votre question. L'un qui est que déjà, aujourd'hui, en Europe, on n'a pas les mêmes politiques d'accompagnement des personnes. Cela peut donner des indications. Il y a peut-être un mot qui peut nous inciter à réfléchir sur ce que pourrait être le dispositif ou le secteur dans 20 ans et là, je rebondirai sur ce que Jacques GAUCHER nous disait en introduction : il faut quand même se méfier des mots, des slogans, il ne faut pas avoir peur de s'y opposer. Je vais prendre le mot *aidant*. Le mot *aidant* et le statut que l'on veut donner à l'aidant doivent nous interroger. D'abord, que ce soit ce matin où cet après-midi, vous avez mis un terme en avant qui est sans doute plus juste, la question de l'entourage, c'est le premier point.

Et puis, attention aussi de ne pas trop centrer sur cette question du statut d'aidant. Si l'on prend l'étude de l'IRDES sur nos différents systèmes d'aide à domicile en Europe, ils mettent en avant les pays scandinaves, la Suède qui a favorisé un dispositif d'aide à

domicile professionnel et qualifié et qui, par là même, remet l'entourage ou la famille dans une position beaucoup plus naturelle de lien social, d'aide à sortir ; ils n'ont pas ce statut qui pourrait aller au-delà de la famille naturelle.

Quand nous avons fait une enquête pour le compte de l'UDAF du Rhône, et c'était déjà voici dix ans, où le mot *aidant* était moins prégnant qu'aujourd'hui et qu'on l'employait auprès de huit familles que nous avons visitées, elles nous regardaient et nous disaient qu'elles n'étaient pas des aidants, qu'elles étaient des familles naturelles, des parents, des conjoints, que ce qu'elles étaient en train de faire était naturel et qu'elles ne voyaient pas ce que voulait dire ce terme d'aidant. En revanche, si l'on insiste beaucoup sur la notion de statut d'aidant, cela pourrait culturellement changer les choses. Nous avons peut-être une responsabilité à réfléchir autour de ce terme.

#### ▪ Questions du public

**Mme BUREAU.-** Je vois Jacques GAUCHER qui a les mains pleines de questions. Une question pour moi : *personne à la table ronde ne représentait les usagers, les personnes dont nous parlons, les personnes âgées*. C'est vrai qu'il se trouve que les deux personnes, que ce soit pour le compte rendu des tables rondes dans les CLIC et cette table ronde-là, hélas, n'ont pas pu venir. Nous nous en étions tenus à deux. Ce que je trouve bien, c'est que nous n'avons pas pris que des spécialistes du métier et je pense que c'était aussi une volonté de ne pas enfermer le débat que dans la question des spécialistes de la gérontologie.

La question qui s'adressait plutôt à M. MARCON : avez-vous demandé la collaboration des personnes âgées pour établir les CLIC et notamment dans le tour de table des CLIC, quels sont les partenaires ?

**M. GAUCHER.-** Une petite question de pédagogie : il serait bien de faire des réponses courtes, très concises pour que tout le monde prenne la parole parce qu'il y a beaucoup de questions, que vous êtes nombreux et que nous n'avons qu'une demi-heure.

**Mme BUREAU.-** Je ferai des questions nettement plus courtes.

**M. CLÉMENT.-** Les CLIC ont été créés dans un partenariat entre le Département, les communes, les intercommunalités, parfois des associations et des maisons de retraite qui ont pour mission d'associer les personnes âgées qui, au demeurant, les associent sans qu'elles soient forcément associées au montage institutionnel des CLIC.

**Mme BUREAU.-** Une deuxième question autour des coûts, car il est vrai que nous n'en avons pas parlé. La question est franche : *le maintien à domicile pour des personnes âgées très dépendantes coûte beaucoup plus cher qu'une place en EHPAD. Aujourd'hui, on utilise les aidants comme main-d'œuvre gratuite jusqu'à épuisement ou que mort s'en suive pour rendre ce maintien à domicile possible. Connaissez-vous le coût d'une garde de nuit ? Connaissez-vous les conditions de mise en œuvre, le plafond d'un GIR1 ou 2 pour l'APA ?*

**M. CLÉMENT.-** Sur la question des coûts, je n'ai pas vu d'études récentes, mais des études datant de quelques années en arrière montraient qu'il y avait effectivement une courbe entre le maintien à domicile et l'EHPAD qui se croisait à un certain niveau de dépendance, sûrement au niveau du GIR1 ou 2, où le maintien à domicile coûtait plus cher que l'EHPAD. Le coût des différentes choses, oui, nous le connaissons, le montant du plafond de l'APA, je ne vous le dirai pas, de mémoire, mais nous savons qu'il vient d'être augmenté fortement avec l'APA 2 qui est dans la loi d'adaptation de la société au vieillissement, cela va donc nous permettre beaucoup plus de possibilités. Ceci étant, puisque nous connaissons la prestation de compensation du handicap, puisque le Département la gère aussi quand



on maintient à domicile des personnes handicapées très sévèrement dépendantes, on sait que dans ces cas-là, on est susceptible de payer trois équivalents temps plein et que l'on est bien loin de cela pour le plafond de l'APA, même s'il vient d'être augmenté.

**Mme BUREAU.-** Les questions suivantes sont moins des questions que des remarques, mais importantes. Une remarque sur *le coût exorbitant des EHPAD, surtout quand le couple doit être admis avec des conséquences financières importantes pour les enfants. C'est souvent source de conflit dans les familles. À quand une diminution du laissé à charge ?* Petite note supplémentaire sur *la marchandisation des maisons de retraite privées*. Je suppose que vous ne pourrez pas nous donner de date ?

Une autre remarque : *a-t-on évalué le rôle des personnes âgées dans la société autrement que dans la création d'emplois d'aide à domicile ?* C'est l'un des sujets qui ont été abordés ce matin dans l'une des interventions. Les personnes âgées ne sont pas toutes dépendantes et comme le disait une personne dans l'une des tables rondes, elles ne sont pas toutes des boulets et à la charge de la société.

*La scène politique dans le vieillir à domicile est trop prédominante ; ne fait-on pas confiance aux professionnels sur le terrain ? Les politiques ne connaissent pas suffisamment ou ne sont pas suffisamment sur le terrain.*

*(Applaudissements)*

*(Brouhaha)*

**M. CLÉMENT.-** J'ai une question sur les CLIC : *c'est bien de reconnaître l'utilité des CLIC dans le département de l'Ain, mais actuellement, les CLIC sont en difficulté et certains le seront en 2017, de par le regroupement des communautés de communes.*

C'est vrai que le Département de l'Ain n'a pas fait la loi NOTRe, le président ABAD a l'habitude de dire que la loi NOTRe n'est

pas la nôtre. Il se trouve que des communautés de communes vont se regrouper fortement l'année prochaine, que le Département avait choisi d'appuyer ses CLIC sur les collectivités locales et donc, sur des communautés de communes et puisque la carte sera complètement modifiée au 1er janvier de l'année prochaine, nous avons un certain nombre de points stables (Bellegarde, Pays de Gex, Plaine de l'Ain) et un certain nombre d'instables (Bugey, Bresse). Nous allons faire avec, le Département a fait le pari des CLIC, il entend le maintenir dans la mesure du possible. C'est un partenariat entre le Département et des collectivités. J'espère que les communautés de communes de demain auront toujours envie de participer financièrement et politiquement aux CLIC, maintenant, c'est un enjeu et le Département ne peut pas répondre à leur place. Elles détermineront leur politique et cela remet sur la table la situation des CLIC. Je comprends que pour les CLIC, c'est assez instable.

Pour notre part, c'était le choix des deux majorités qui viennent de se succéder au Département que de parier sur les CLIC, à condition que nous ayons des partenaires communaux et intercommunaux, j'espère que nous en aurons, mais je n'ai pas la réponse, ce sera à eux de le déterminer.

Après, j'ai une critique sur le programme ESSOR : *ESSOR, pourquoi pas, mais ESSOR à Bény, c'est un lieu isolé sans service.* C'est vrai qu'à Bény, on a fait le pari d'une commune rurale. Cela méritera évaluation. Je pense que c'est un pari qui ne fonctionne pas si mal, mais c'est effectivement une commune qui n'a pas de médecin, pas d'infirmière. Nous avons fait le pari de travailler avec des partenaires. Cela mérite évaluation pour le programme ESSOR suivant.

Après, il y a une question sur les structures d'aide à domicile privées. *Sont-elles fiables, a-t-on évalué exactement leur coût ?* Bien sûr, lorsque les ADMR sont saturés, cela renvoie à une première chose que nous n'avons pas évoquée dans la table ronde, mais les services d'aide et d'accompagnement à domicile aujourd'hui

sont face à une vraie difficulté de recrutement de professionnels. Nous entendons nous attaquer, avec les associations et les partenaires de la formation et de l'insertion à cette question-là. C'est une question qui n'est pas simple. Il faudra aussi que les sociologues et les philosophes nous aident parce que c'est un métier dont la valorisation n'est pas reconnue aujourd'hui et donc, attire peu les jeunes. Nous souhaitons vraiment nous engager dans un plan métier.

Par ailleurs, il est vrai qu'il existe des services d'aide à la personne qui ont été autorisés par l'État dans le cadre de ces services-là. Dans le cadre de la loi d'adaptation de la société au vieillissement, ceux qui avaient un agrément dont la qualité avait été reconnue par le Préfet, que je n'ai pas lieu de remettre en cause, vont basculer automatiquement sous le statut de service d'aide et d'accompagnement à domicile. Désormais, je crois que c'est le bienfait de cette loi, ils seront tous dans le même cadre avec les outils de la qualité qui permettront de vérifier et d'avoir les mêmes attentes vis-à-vis de ces structures, l'évaluation interne, l'évaluation externe, etc.

**Mme BUREAU.-** Merci. Anne SIBOIS ?

**Mme SIBOIS.-** Je pense que dans la salle, vous m'attendiez sur l'adaptation des logements, ce sont deux questions sur ce sujet. Une première porte sur les difficultés techniques que l'on peut rencontrer dans ces adaptations dans de l'habitat ancien. Il faut savoir que sur l'ensemble des logements sociaux, seulement 6 % de logements sont adaptés. L'offre est donc très faible pour une demande énorme et nous sommes confrontés à des arbitrages ; il y a effectivement des logements que l'on n'adapte pas pour des raisons techniques évidentes et de coûts très importants. Dans ces cas-là, nous recherchons une solution pour la personne en la déplaçant et l'installant dans un logement plus récent ou qui a déjà été adapté. Tous les logements ne sont pas adaptables.

Une autre question sur les délais d'adaptation des salles de bains : je partage cette difficulté sur les délais, nous l'avons évoqué

en début d'après-midi et dès qu'il y a des aides à mobiliser, les délais sont énormes. Dans le cas cité, la personne âgée a fait les travaux par elle-même et on a vu des cas qui pouvaient dépasser deux ans. Ce n'est effectivement pas acceptable et cela nous conduit dans de nombreuses situations à renoncer aux aides et à prendre en charge l'adaptation en direct, mais là encore, nous sommes soumis à des arbitrages et nous ne pouvons pas financer tous les logements que nous souhaiterions adapter.

**M. JALLAGUIER.-** J'ai une question sur l'anticipation de la prise en charge de la future personne âgée dépendante par rapport à notre question d'aujourd'hui qui est plus sur la prévention. Il est clair que la transition démographique va conduire aussi à une augmentation de ce public dans quelques années et la question qui est posée est : *qu'en est-il d'une campagne nationale ?* Tout le monde étant cité dans la question, que ce soient nos associations, les associations d'utilisateurs qui doivent être des pivots. Il faut savoir déjà que la mobilisation par rapport à cette question des moyens qui restent insuffisants est permanente. Je vous donne deux exemples : au mois de juillet dernier, toutes les unions et les fédérations ont agi et avec le CNOS (comité national de l'organisation sanitaire et sociale) pour rejeter les projets de textes financiers liés à la loi SV sur les CPOM, les tarifs soins et aussi au motif que rien n'est fait dans ces réformes pour réduire le reste à charge, que ce soit à domicile et encore plus en établissement.

Le deuxième exemple est encore plus récent, il date du 13 septembre dernier où les 31 associations qui sont dans la Caisse nationale de la solidarité et de l'autonomie et l'URIOPSS ont publié un communiqué de presse pour demander que soit sanctuarisé le milliard d'euros qui n'est pas dépensé dans le cadre de l'ONDAM au profit des personnes âgées et porté par l'impôt et payé par les personnes âgées elles-mêmes, qui est l'ACASA, le sanctuariser et l'utiliser, surtout, alors qu'il y a tellement de besoins et que l'on nous dit qu'il n'y a pas de moyens en face.

Est-ce qu'une campagne nationale est prévue ? C'est sous-entendu de plus grande envergure. Il y en a déjà eu dans le passé, puisque juste avant la canicule, il y avait eu 70 forums au niveau des Départements qui avaient pointé que le secteur était carencé. La question se pose évidemment à l'aube d'une élection présidentielle et plutôt que de penser que telle association usagers ou professionnels est pivot, je pense que c'est plutôt à nous tous, à nos niveaux nationaux, de les amener à faire campagne commune autour de cette question-là, puisque manifestement, quand on part seul, catégorie par catégorie, on n'est peut-être pas assez fort pour pointer ces problèmes.

*(Applaudissements)*

**M. GUETAT.-** La première question concerne les équipes mobiles de gériatrie : *pourront-elles avoir vocation à intervenir au domicile via le CLIC ou un autre dispositif ?* Mme KRENCKER pourra compléter. Les équipes mobiles de gériatrie qui ont été créées dans le cadre des filières gérontologie ont vocation à intervenir soit au domicile des personnes, soit dans des établissements médico-sociaux, voire sociaux. Il est vrai que ce sont des dispositifs qui sont mobilisés principalement par les professionnels de santé et pas par les personnes elles-mêmes, mais ils sont très intéressants parce qu'ils permettent de faire des évaluations et des bilans gériatriques qui permettent ensuite de travailler sur un parcours soit de soin, soit de prise en charge médico-sociale.

Il existe plusieurs équipes mobiles dans le département, il y en a une par filière gérontologie, il y en a quatre qui couvrent quasi la totalité du département, ce sont des dispositifs un peu innovants et un point sur lequel je voulais insister est que dans le département, nous avons beaucoup soit d'innovations, soit d'expérimentations qui ont vocation, peut-être, à être généralisées.

La deuxième question concerne *la coordination sanitaire médico-sociale* : la réponse est un peu la même que celle que j'ai faite précédemment. C'est la filière gérontologie qui associe à la fois des

acteurs médico-sociaux sanitaires et des professionnels de ville et l'idée aujourd'hui est de voir comment mieux travailler sur le retour à domicile après un séjour hospitalier et de préparer, d'anticiper et de travailler sur des parcours et des situations complexes.

Les filières progressent, c'est un sujet qui est compliqué, le Dr BUATIER ici présent connaît bien cette difficulté-là, mais avec l'amélioration de la coordination des acteurs, on arrive aujourd'hui à gagner en efficacité, en matière de retour à domicile et d'évitement d'hospitalisations dites indues.

Il y a une question aussi sur *des secteurs qui sont sinistrés en soignants*. C'est une vraie question. On parle de la Bresse, mais pas seulement. On peut citer le Pays Bellegardien, le Pays de Gex. Aujourd'hui, nous travaillons avec les moyens qui sont les nôtres, nous favorisons notamment le déploiement dans le département des Maisons de santé pluriprofessionnelles parce que c'est un dispositif qui comporte une grande force d'attractivité et qui concentre la plupart des professionnels qui aujourd'hui s'installent dans le département de l'Ain. Nous avons 22 maisons de santé pluriprofessionnelles dans le département dont nous avons couvert quasi la totalité, mais ce n'est pas suffisant, il faudra aller beaucoup plus loin avec d'autres outils, voire peut-être d'autres dispositifs. Je me tourne vers M. MARCON, puisque dans le secteur bellegardien, nous avons aidé à créer un centre de santé qui salarie des professionnels de santé et qui apporte une réponse complémentaire ; une étude est en cours sur le territoire de Bourg-en-Bresse.

C'est un sujet de préoccupation sur lequel nous sommes tous mobilisés et nous avons besoin effectivement de l'appui de tout le monde, de tous les partenaires, des élus pour aller dans le sens d'une plus grande densité en professionnels de santé sur le territoire.

Une dernière question sur le fait que *les financeurs valorisent davantage les files actives que le travail communautaire*. C'est partiellement vrai, c'est partiellement faux, puisqu'au travers des

maisons de santé pluriprofessionnelles, nous finançons avec l'assurance-maladie des projets de santé presque communautaires et notamment, nous favorisons ce que l'on appelle le travail en interdisciplinarité ainsi que ce que l'on appelle la délégation de compétence ou délégation de tâche ; après, il s'agit d'aller un peu plus loin pour travailler là sur les projets communautaires à l'échelle des territoires, c'est plus complexe, mais nous nous y attelons également.

Pour terminer, il faut mettre l'accent sur l'innovation. C'est un *leitmotiv* porté par Thierry CLÉMENT et ses services je pense que dans ce département, vous parliez tout à l'heure d'une prise en charge des personnes handicapées vieillissantes ; nous avons des dispositifs qui sont vraiment innovants et qui pourraient être plus largement généralisés à un coût qui ne serait pas forcément aussi important que cela. Merci.

**Dr MERLIN.-** Il y avait une question concernant *les problèmes d'hébergement temporaire*. Une personne citait *qu'il n'y avait que quatre places dans le territoire où elle exerce*, mais elle a quand même de la chance par rapport à moi, parce que dans mon territoire, il y en a zéro !

Cela pose quand même un gros problème parce que nous parlons des problèmes de l'embouteillage des urgences et là, quand on arrive à gérer les problèmes en amont, traiter un problème aigu pour le médecin traitant, avec les intervenants de premier recours, avec les intervenants hospitaliers, c'est faisable avec des délais de quelques jours. Quand on est dans le cadre où l'un craque, j'ai encore des exemples récents, il y a zéro solution et cela se conclut par un transport par les pompiers aux urgences ; c'est la mauvaise solution, d'abord parce que les confrères des urgences ont autre chose à faire, malheureusement, et parce que l'on n'apporte pas la réponse adaptée.

Je pense que c'est vraiment un gros problème sur lequel il faudrait que l'on impose des hébergements temporaires aux EHPAD, je

ne suis pas compétent pour dire cela, mais c'est quand même un gros souci.

Il y a aussi le fait que quand on dit aux personnes que l'on va essayer de tenir à domicile avant d'aller en EHPAD, elles tiennent et à un moment, cela craque et là, l'EHPAD dit de faire un dossier et qu'ils verront votre cas. Cela va mettre six mois à un an, il faut dire les choses comme elles sont.

Cela corrobore peut-être un peu la deuxième question : une personne cite *des refus de par l'établissement parce que le dossier médical arrive trop tard*. Il faut vraiment être en amont. Il faut déposer des dossiers en EHPAD ; c'est vrai que ce n'est pas évident parce que c'est toute une discussion avec parfois des familles qui, pour des raisons financières ne sont pas prêtes, mais il faut vraiment qu'en amont, l'on prévoie les choses parce qu'après, on est coincé et il n'y a pas de bonnes solutions. Les dossiers médicaux pour les EHPAD, je trouve qu'ils ne sont pas très longs à remplir, ils sont assez synthétisés, il ne me faut pas dix jours pour les remplir, mais à l'EHPAD, le médecin coordinateur doit donner son avis. Il y a quand même des délais incompressibles. C'est aussi une réalité.

En revanche, j'ai un exemple récent où un médecin de centre de rééducation fonctionnelle me prévient que le patient retourne à domicile, qu'il n'y est pas favorable, mais qu'il le veut à tout prix. Une semaine après, catastrophe. La famille n'a pas pu, n'a pas su alors que c'était quasi acté. Lui avait bien diagnostiqué que cela ne serait pas possible. Il faut vraiment être en amont, si possible.

**Mme BUREAU.-** Merci. Gilles MARCON ?

**M. MARCON.-** *Chez vous, le CLIC est un guichet unique, il porte donc la méthode MAIA, la MAIA vise le guichet intégré ; comment est gérée cette contradiction ?* Il n'y a pas de contradiction, puisque la MAIA est gérée par l'Association de gérontologie d'Oyonnax dans le cadre d'une convention avec l'ARS. Simplement, un lien se fait avec les CLIC, les CLIC dans cette convention doivent



mettre à disposition du gestionnaire de cas un bureau et un point informatique au siège du CLIC. C'est ce que nous faisons et le gestionnaire de cas travaille en lien étroit avec le CLIC, mais il n'y a pas de lien hiérarchique, donc pas de contradiction.

**Mme KRENCKER.-** J'ai à peu près la même question que le Dr Alain MERLIN : *quelle solution pour une personne qui ne peut rester à son domicile après une hospitalisation, sachant que l'accueil temporaire en urgence ou non est quasi inaccessible ?* Effectivement, éviter d'arriver dans la situation d'urgence pour pouvoir prévenir des prises en charge en EHPAD avec la question qui se pose : a-t-on aujourd'hui suffisamment de places en EHPAD ? La réponse est quelque part connue.

La deuxième chose, c'est ce que nous avons indiqué tout à l'heure : essayer de développer des formules d'hébergement temporaires différentes ou complémentaires, en tout cas, à celles qui existent et c'est un chantier que nous allons ouvrir dans les établissements du groupement de territoires.

**Mme BUREAU.-** Merci. Nous avons un peu d'avance sur la fin. Je vais reprendre les questions que j'avais sautées au départ. La première portait sur *l'évaluation du rôle des personnes âgées et la vision que l'on a des personnes âgées autrement que comme une opportunité économique.* Certains d'entre vous ont-ils des éléments de réponse à cet égard ?

**M. JALLAGUIER.-** Je veux bien revenir sur le projet personnalisé. Quand on réfléchit avec les acteurs et dans un certain nombre d'associations, je pense notamment à l'Association des réseaux de consultants en gérontologie donc fait partie d'ailleurs le Professeur COLVEZ, on réfléchit souvent à cet aspect de la personne et à l'aspect du respect de la personne. On dit qu'il y a finalement plus de projets personnels que de projets personnalisés, d'autant plus qu'au niveau des grandes lois, ce terme n'existe pas.

Les deux lois majeures qui occupent nos publics aujourd'hui, c'est-à-dire la loi de 2002-2 et la loi 2502 sur le handicap parlent de la participation de la personne à l'élaboration de son projet. Cela a été transformé en projet personnalisé, en projet d'accompagnement personnalisé alors que l'ANESM, dans sa recommandation sur les attentes de la personne, mentionne bien qu'avant tout, la responsabilité des services et des établissements est de mettre en place des démarches d'accompagnement personnalisées, d'encourager les personnes à participer si elles le souhaitent et de ne pas les forcer parce que c'est un droit que d'avoir ou non un projet d'accompagnement personnalisé.

Il faut un peu retourner la problématique et se poser la question de qui sont les personnes en nous posant les questions pour nous-mêmes : qui serait prêt, ici, dans cette salle, qui, parmi nous accepterait d'être dérangé cinq, six, sept fois pour un plan personnalisé d'accompagnement par des institutions différentes que sont le Service d'aide à domicile parce qu'il en a l'obligation, le SIAD, le Service de protection juridique qui est devenu loi 2002-2, le Plan APA, le Plan MAIA, celui qui est en résidence autonomie, le Plan de la résidence autonome ? Zut, à la fin ! Je ne vais pas être dérangé toute la journée pour faire des plans d'accompagnement personnalisés qui parfois n'ont pas les mêmes objectifs et qui tirent à gauche ou à droite.

Il y a donc là une question fondamentale de respect de la personne, de s'assurer que les personnes, à travers nos coordinations, n'ont qu'un seul plan d'accompagnement personnalisé. J'ai beaucoup insisté là-dessus auprès de Marie-Sophie DESAULLE, la responsable de la mission *Zéro sans solution*, puisque pour les situations sans solution, il est préconisé de mettre un plan d'accompagnement global, un PAG, et que quand il y a autour de la table tous les services concernés par ce plan d'accompagnement global, il faut qu'ils se mettent d'accord, que les autorités se mettent d'accord pour ne pas forcer les institutions à mettre en place des projets de vie

personnalisés et faire attention qu'il n'y en ait qu'un seul. C'est vraiment une question éthique fondamentale et de respect des personnes.

*(Applaudissements)*

**Mme BUREAU.-** Plus globalement, sur la contribution des personnes âgées à la société, je suis sûre que vous avez tous de nombreux exemples parce qu'en dehors de l'appui que les personnes de plus de 70 ans apportent déjà à leur famille, à leurs enfants et à leurs petits-enfants, je suis sûre qu'il y a beaucoup de personnes âgées qui sont vos élus, vos administrateurs d'associations et de structures ; ce ne sont peut-être pas des chiffres que l'on a calculés en euros et ce n'est peut-être pas mal non plus.

Le reste à charge pour les établissements, même si ce n'est pas directement notre sujet, nous pourrions l'aborder avec le reste à charge pour les aides à domicile : *les personnes peuvent-elles espérer quand même, à une échéance relativement courte, qu'il y ait une meilleure couverture et que plus d'entre elles puissent accéder soit à l'établissement, soit à des aides à domicile ?*

**M. CLÉMENT.-** Au niveau de l'établissement, c'est sûrement la principale critique que nous pouvons faire à la loi d'adaptation de la société au vieillissement, c'est qu'elle n'a pas abordé cette question fondamentale du reste à charge des familles en EHPAD qui est très important et qui pèse sur elles, qui rend compliqués aussi les projets d'évolution des EHPAD parce que tant que l'on n'y est pas confronté, on ne sait pas trop comment cela marche, alors que beaucoup de personnes pensent que les maisons de retraite, les EHPAD, c'est comme les collèges, c'est la collectivité qui les paye.

Pas du tout, les EHPAD sont construits par leurs gestionnaires, mais les emprunts, les amortissements, les frais financiers, tout cela est impacté sur le prix de journée, hormis la subvention du Département qui ne représente que 20 %. Il est vrai

qu'aujourd'hui, le reste à charge est très important et qu'il vient limiter aussi la réalisation des projets de modernisation, d'évolution de ces établissements parce qu'il est évident que les chambres d'EHPAD ne sont pas des chez-soi. Ce sont des chambres en établissement qui, dans le meilleur des cas, font 20 mètres carrés, qui parfois ne les font pas, qui parfois soit bien adaptées, d'autres fois, ne le sont pas.

Nous avons un vrai problème sur ce sujet, qui n'a pas pu être traité pour des raisons budgétaires, puisque l'ACASA pouvait permettre la modernisation du dispositif au niveau du domicile, que c'était la priorité du gouvernement, mais la question de l'établissement reste pendante, puisque la seule chose qui a été traitée, c'est une évolution de la manière de calculer les budgets qui sera un peu plus contraignante pour les établissements, un peu plus technocratique à mettre en place, mais il n'y a pas d'évolution fondamentale. C'est donc un problème qui reste entier pour le moment.

**Mme BUREAU.-** *La dernière question sur l'écoute et la place des professionnels de terrain dans la définition des politiques publiques, puisque les politiques ne connaissent pas forcément bien le terrain ?*

**M. CLÉMENT.-** Je pense que la mode est un peu aussi à ce type de propos qui, à mon avis, ne manquent pas d'une certaine démagogie. C'est facile de dire que les élus ne connaissent pas le terrain. Tous des conseillers départementaux sont membres de Conseils d'administration d'EHPAD. La plupart sont maires, les maires ont aussi les mains dans le cambouis. C'est facile de mettre tout le monde dans le même sac. Ce type de discours a un côté démagogique et aussi un petit côté dangereux parce que l'on voit bien derrière ce que cela peut cacher quand on ne fait plus confiance aux politiques. Personnellement, les politiques que je fréquente, quelle que soit leur couleur, avec qui j'ai travaillé depuis bientôt 30 ans, je suis désolé, ils connaissent les réalités de terrain. Peut-être que vous nous parlez

des ministres, mais je parle des élus du Département, je crois que c'est vraiment un faux procès.

**M. GUETAT.-** Il peut y avoir un paradoxe, effectivement, mais c'est très français, entre ce que l'on affiche et le ressenti d'un certain nombre de personnes. Ce que je peux dire, c'est qu'en tout cas, que ce soit la loi de modernisation de notre système de santé ou la loi d'adaptation de la société au vieillissement, elles prévoient des dispositifs de concertation de type démocratie sanitaire avec la mise en place sur chaque territoire et *a priori*, ce sera le Département, des conférences territoriales en santé qui associeront une cinquantaine de personnes, dont des représentants des usagers, dont des représentants d'établissements, mais aussi des élus, des personnes qualifiées.

Cette démocratie sanitaire doit fonctionner, envoyer des messages et transmettre des avis aux décideurs que nous sommes tous, que ce soit le Conseil départemental ou l'ARS. Cette démocratie sanitaire, quelque part, fonctionne, mais elle n'est peut-être pas suffisante parce que vous avez l'impression qu'il y a une coupure, peut-être, entre les personnes qui siègent dans ces instances et la population réelle, locale.

Ce que je peux dire, c'est qu'en ce qui nous concerne, je pense que nous sommes quand même beaucoup sur le terrain, de nombreuses personnes ici attesteront du fait que nous sommes sur le terrain pour essayer de monter des projets concrets. Quand on parle de centre de santé, de contrat territorial de santé que l'on essaye, et nous avons réussi, de faire venir des professionnels de santé sur les territoires, c'est par une présence sur le terrain que nous parvenons à ces résultats-là.

Je pense que si, peut-être, nous ne le sommes pas suffisamment, nous sommes quand même sur le terrain et que nous connaissons quand même les réalités du terrain. La difficulté, effectivement, c'est de toucher le grand public et de peut-être contrecarrer un certain nombre d'idées reçues sur le fait que la

technocratie est à l'œuvre et que l'on n'arrive pas à répondre véritablement aux problèmes des personnes au quotidien.

Démocratie sanitaire, présence sur le terrain et après, il y a une connaissance un peu sociétale du phénomène du vieillissement. Je pense que vous en avez beaucoup parlé ce matin, nous en avons un peu parlé cet après-midi, mais il y a des enjeux que l'on n'arrive pas à maîtriser pour les 10 à 15 ans qui viennent et qui tiennent principalement à la place des personnes âgées dans la société.

Il y a un élément que je livrerai pour conclure mon propos, c'est le fait que de plus en plus de personnes retraitées reprennent une activité économique. De plus en plus de médecins, par exemple, aujourd'hui, qui ont pris leur retraite reviennent dans le circuit et se réinvestissent dans des projets. Ce sont des phénomènes que nous n'avions pas forcément anticipés voici quelques années, mais qui se concrétisent vraiment. Un tiers des nouvelles réinscriptions à l'Ordre concernent des médecins qui étaient précédemment en retraite et dans les Conseils de surveillance, Mme KRENCKER le dira, nous avons de plus en plus de retraités très actifs qui interviennent le plus longtemps possible.

Ce sont des sujets complexes, mais en tout cas, je pense comme Thierry CLÉMENT que nous sommes très à l'écoute et si nous ne le sommes pas suffisamment, nous nous tenons à votre disposition pour vous écouter et faire évoluer nos politiques publiques dans le département.

**Mme BUREAU.-** Merci beaucoup à tous. Jacques GAUCHER, je vous repasse le micro.

*(Applaudissements)*

**M. GAUCHER.-** Merci. Nous allons peut-être vous libérer, maintenant.

Je ferai quelques conclusions de cette journée pour dire d'abord que c'est une journée qui, de mon point de vue, était assez merveilleuse, assez sympathique avec une grande richesse d'apports.

Je remercie les intervenants de la qualité de leurs interventions, de la mise à disposition de leurs connaissances, nous l'avons vu ce matin, mise à disposition d'un public mélangé avec des personnes qui comprennent avant qu'on ait parlé et d'autres qui mettent un peu plus de temps peut-être à se familiariser avec les mots, avec les concepts. Je pense que de ce point de vue-là, ce fut une grande réussite. Vous avez été nombreux.

Vous avez posé aussi beaucoup de questions, des questions diverses et variées et sur ce plan formel, je pense que c'est déjà en soi une très belle réussite et nous pouvons féliciter les organisateurs et organisatrices de la journée qui nous ont concocté un très beau programme avec des acteurs qui ont été tout à fait à la hauteur.

J'ai retenu deux ou trois choses, je serai très bref. Quelques éléments que je retiens, qui ne sont cependant pas un compte rendu exhaustif de tout ce qui a été dit. Cela a été dit plus intelligemment que je ne vais le faire, ce n'est donc pas la peine de répéter bêtement, mais des points m'ont accroché.

D'abord, un point sur lequel Isabelle MALLON a mis le doigt et sur lequel nous ne sommes pas trop revenus, sauf de temps en temps par allusions, un point qui me semble important : les femmes sont très présentes dans les dispositifs gérontologiques. L'aide à domicile, c'est souvent une affaire de femmes et ce n'est pas par sexisme que je dis cela. C'est un constat.

J'ai un collègue universitaire qui s'employait à dire : en gérontologie, 90 % de femmes s'occupent de 90 % de femmes. Il a peut-être tort, mais il a un peu raison, quand même. C'est aussi une question à prendre en compte parce que quand on parle de l'aidant avec le poids sur les épaules, la charge qu'on lui offre, ce sont des femmes qui portent cette charge dans beaucoup de cas.

Je vais prendre des positions qui feront que je serai cabossé en rentrant chez moi, mais je crois que les femmes payent

même très cher l'organisation du maintien à domicile et sans elles, pas grand-chose ne pourrait se faire.

J'ai retenu aussi quelque chose d'important sur les qualifications. J'ai coutume de bien différencier trois dimensions : la dimension de la qualification, d'abord. Il est vrai que les personnels professionnels au domicile sont souvent des personnes qui sont sous-qualifiées, voire non qualifiées avec des formations très courtes qui sont souvent des prétextes pour les mettre au travail rapidement, mais qualification d'un côté et compétence de l'autre. Les compétences, on peut les acquérir autrement qu'à travers une formation, je ne veux pas dire qu'une formation ne sert à rien, mais cela peut être l'expérience, des vécus personnels dans sa propre histoire où l'on a rencontré des situations qui nous ont amenés à construire des compétences et puis, les talents et les talents, nous en avons un peu parlé.

C'est cette position personnelle, cette disposition, cette disponibilité, comme le disait aussi Jean-Philippe PIERRON, à *être avec*, à être en relation, à être à l'écoute, à se mettre en position d'accompagnement de quelqu'un. Les talents, c'est vraiment du registre du plus profond de chacun des acteurs. C'est sa personnalité, sa culture, ce sont ses valeurs, son éducation, c'est tout ce qui lui appartient et qui ne fait pas professionnel, mais qui existe et qui a beaucoup d'importance.

J'ai retenu aussi que plusieurs des conférenciers ont utilisé le terme de *vulnérabilité*. J'ai coutume d'utiliser le terme de vulnérabilité un peu selon la métaphore du chêne et du roseau. Le roseau est vulnérable, mais quand la tempête passe, il se couche au sol et il se relève. Le chêne, qui est beaucoup plus construit, charpenté, résiste, ne courbe pas quand il y a la tempête, sauf qu'à un moment donné, il peut être déraciné et ne pas se relever. La vulnérabilité a aussi ses qualités de flexibilité, d'effacement, d'une certaine manière et de capacité à rebondir ensuite. Je crois qu'il y a des valorisations importantes à donner et à offrir à cette vulnérabilité, que ce soit dans



les formations des personnels, les formations des aidants familiaux ou dans le management des équipes aussi. Je pense que si l'on prend les personnes par cette valorisation des talents, sans non plus se tromper, elles ont besoin de qualification parce que la qualification, c'est ce qui donne le salaire, en général. Il y a parfois un divorce, mais j'invite à des articulations entre ces dimensions-là.

J'ai aussi retenu ce que disait Alain COLVEZ de cette logique de la transition. J'ai été habité, depuis qu'il en a parlé ce matin, par cette formule de la logique de transition qui me semble témoigner de manière très juste de tout ce que j'ai entendu sur les évolutions, sur les recherches de solution, sur la difficulté, voire la dénonciation dans certaines questions de ce qui ne bouge pas parce que dans la transition, on bouge, on passe d'un système à un autre, on passe d'un dispositif de compétences à d'autres dispositifs, d'autres compétences.

La transition, c'est fait pour s'adapter, d'une certaine manière, aux évolutions et donc, il faut que cela bouge et cette logique de la transition, il l'a appliquée et j'ai tendance à le suivre très fort là-dessus, à la logique des représentations : quelles sont les représentations que nous avons en nous de telle ou telle situation ? On a parlé par exemple de guichets, de coordination, de sensibilité à des situations personnalisées de personnes âgées, de la famille : quelles sont les représentations que nous en avons ? Là aussi, il y a des effets de transition, il y a des choses qui bougent. L'intergénération nous le montre bien : si l'on dit *famille* à trois générations dans la même famille, elles n'ont pas les mêmes représentations. Chaque individu aura ses représentations, mais déjà, il y aura des catégories de représentation par génération dans la famille.

On utilise le même mot, mais qui ne veut pas forcément dire la même chose. Ce n'est pas pour dire que nous sommes dans le syndrome de la tour de Babel, que nous ne parlons plus le même langage, que nous ne pouvons plus travailler ensemble, que nous ne

pouvons plus rien faire ensemble. Cela invite simplement à une ouverture, à une sensibilité à ce que l'autre puisse se représenter, différemment que nous, ce qui se cache derrière les mots qui apparemment sont les mêmes.

Entre autres, beaucoup de choses ont été dites sur la fragilité et là aussi, c'est un terme qui est souvent péjoratif. On condamne souvent la fragilité, il faut être robuste et fort, résister à tout, mais la fragilité peut aussi avoir ses vertus, c'est une invitation à l'incomplétude ; par l'incomplétude, c'est une invitation à la relation, c'est une ouverture sur la relation.

Dans l'après-midi, il y a eu aussi des choses extrêmement intéressantes qui partaient déjà de ces débats de commissions qui ont réfléchi, qui ont essayé de trouver des solutions, de comprendre ce qui se passait et le rapport a été excellent et très condensé. J'ai noté deux choses intéressantes qui se rejoignent : la notion de prise de risque, savoir prendre des risques, dans la mesure du risque et des effets du risque, des conséquences du risque pris, mais prendre des risques. On ne peut pas prendre de risques. Le premier pas d'un enfant est une prise de risque, il va tomber quelques fois et ensuite, cela ira, mais il faut parfois se jeter à l'eau (une autre métaphore) et savoir prendre des risques.

Faites attention : aujourd'hui, on parle beaucoup de la gestion des risques ; derrière ce terme de gestion des risques, il y a parfois quelque chose qui se cache, c'est le risque zéro parce que l'on a judiciarisé, on a beaucoup légiféré sur le risque. Il y a des conditions assurantielles de compréhension du risque. Le risque zéro, c'est devenu presque une politique imposée. Attention à cette approche du risque.

Nous avons parlé aussi de choisir et de faire un choix. Les deux choses se rejoignent parce que choisir, c'est prendre le risque de se tromper, mais le choix de la personne âgée, nous en parlons, nous parlons d'autonomie, nous avons beaucoup parlé de cela, je ne vais pas

revenir sur l'autonomie, il y aurait beaucoup de choses à en dire ; faire des choix, c'est déjà un acte d'autonomie et l'on doit le respecter. Jean JALLAGUIER parlait de la dimension éthique dans cette compréhension des besoins et des projets d'une personne âgée ou de toute personne, quel que soit son âge, mais je crois qu'effectivement, le choix, c'est une dimension importante.

C'est aussi une dimension importante dans les prises d'initiative des personnels. Vous allez me dire que c'est une invitation à la transgression de la loi édictée par la hiérarchie ou par les politiques. Oui, peut-être un peu, mais il faut aussi parfois bouger un peu les cadres pour faire avancer les dispositifs et il me semble que choisir, faire preuve d'initiative, innover, nous en avons parlé, ce sont des composants importants et essentiels, même, de nos présences auprès des personnes âgées, qu'elles soient professionnelles, bénévoles ou autres.

Il y a eu beaucoup de choses dites sur la coordination, c'est un peu le serpent de mer. Nous sommes remontés un peu loin en arrière, Jean JALLAGUIER l'a rappelé. Je me souviens de l'année 1982, on a parachuté des coordonnateurs sur des secteurs qui n'étaient, pour certains d'entre eux, pas du tout coordonnés et cela a été un bien et pour d'autres, ils étaient déjà coordonnés et se sont demandé pourquoi on leur prescrivait la coordination alors qu'il y avait des années qu'ils faisaient cela.

Après 37 ans de carrière, je m'aperçois que l'on est encore sur des questionnements concernant la coordination. Là, je crois qu'il y aurait lieu de réfléchir beaucoup pour sortir un peu de l'effet serpent de mer et cet après-midi, j'ai entendu des choses extrêmement intéressantes sur des niveaux de coordination, sur des postures à prendre par rapport à la coordination, coordonner des choses au niveau de la personne âgée, au niveau des acteurs, des institutions. On ne peut pas confondre tous ces étages-là et je crois que c'est un concept qui est beaucoup plus riche qu'on ne l'imagine et que c'est peut-être

pour cela que l'on y revient tout le temps parce qu'on ne l'a pas suffisamment exploité.

Je voudrais rebondir sur la question des vieux dans la société et ce seront pratiquement mes derniers mots. Je vais vous confesser quelque chose de personnel. Je suis vice-président d'une association qui gère une petite cinquantaine d'EHPAD et un gros service de soins à domicile. Cette association a été créée par un vieux. Elle a été reprise et prolongée par des vieux. Je suis le petit jeune du Conseil d'administration et du bureau avec mes 67 ans. Je suis retraité. Le doyen a 91 ans et nous faisons travailler 3 750 personnes. Les vieux sont capables aussi d'initiatives et il ne faut pas toujours les penser comme déclinants, dépendants, inactifs et à se lamenter. Les vieux peuvent être des personnes très actives !

Voilà. Sur ces mots, je vous invite à la prochaine journée de la Société Rhône-Alpes de gérontologie ; ce sera le tour du Département de la Loire de l'organiser parce que cela va se réaliser dans le futur, le 28 mars 2017, ce n'est pas demain, ce seront de nouveau les arbres qui bourgeonnent et ce sera le printemps, mais ils sont au travail depuis longtemps. L'objet de cette réunion est de rapprocher, dans le cadre des périmètres de région, la région Rhône-Alpes du Département de la Loire qui en fait partie depuis l'origine et l'Auvergne. C'est une coconstruction d'Auvergnats et de Ligériens et le thème sera : *Vieillesse et résilience*. On en parle beaucoup, de la résilience, mais ce jour-là, vous aurez droit au pape de la résilience, Boris CYRULNIK qui sera le grand orateur de la journée. Cela se passe au Palais des congrès de Saint-Etienne, mais si je fais confiance à mes oreilles, il y a déjà des pré-inscriptions. Dépêchez-vous donc de vous inscrire et de faire contact avec l'Office stéphanois des personnes âgées et Jean Paul BARBOT qui en est le directeur. C'est l'OSPA qui organise avec l'Auvergne cette manifestation qui interrogera : est-ce que quand on est vieux, on peut être résilient ? On opposera cela à des concepts comme *syndrome de glissement*, on interrogera le rôle des médicaments psychotropes sur les effets de résilience, etc. Cela aura

une dimension aussi scientifique et non pas uniquement une dimension de slogan.

Bon retour à tout le monde.

*(Applaudissements)*

Vous pouvez aussi vous applaudir parce que vous avez été tout à fait remarquables.

*(Fin de réunion à 17 heures)*