CONTRIBUTION CITOYENNE

Mai 2020

POUR LES ÉTATS GÉNÉRAUX
De la Séniorisation de la société

Contribution citoyenne en faveur d'une politique efficiente et bienveillante du Grand Âge

Serge GUÉRIN, *Président des États Généraux*

Véronique SUISSA, *Coordonnatrice Générale des États Généraux*

Philippe DENORMANDIE, *Conseiller médical des États Généraux*

CONTRIBUTION CITOYENNE RÉALISÉE EN PARTENARIAT AVEC
Les 60 membres du collectif des États Généraux
Les 8 000 « citoyens participants » à la consultation citoyenne

ÉTATS GÉNÉRAUX SOUTENUS PAR
Les 260 membres du collectif de soutien aux États Généraux
Les 51 partenaires institutionnels et médiatiques

SOMMAIRE

Liste des membres……2

Liste des partenaires……..4

Avant-propos……5

Introduction……...6

PREMIÈRE PARTIE

Recommandations : Pour une politique efficiente et bienveillante du Grand Âge…….. 8

*La « personne âgée » au cœur de la **société***……..9

*Une politique de **santé** centrée sur « la personne »*……..9

*Faciliter la **vie quotidienne** des personnes âgées*……..10

*Renforcer les **métiers du soin** auprès des aînés*……..10

DEUXIÈME PARTIE

Regards croisés : Pour une analyse globale, transverse et transpartisane……...11

Pour une politique nouvelle : Décloisonnée, coopérative et solidaire !.....12

Pour une société inclusive et adaptée : Aux lieux de vie, aux besoins et aux usages……..29

Pour une santé du care : Pour les malades, les soignants et les aidants……45

Pour une valorisation du « regard citoyen » : Les réformes se font « avec » !.....66

CONCLUSION…… 74

Sélection bibliographique (par les membres du collectif)……..75

Remerciements……... 76

ANNEXES

Annexe 1 : Lettre d'appel aux États Généraux……...78

Annexe 2 : Démarche méthodologique…….. 83

Annexe 3 : Liste des questions traitées et contributeurs associés…….. 88

Annexe 4 : Analyse du pré-rapport et synthèse des résultats……..90

Annexe 5 : Calendrier des États Généraux……105

Annexe 6 : Lettre au Président de la République……...106

LISTE DES 60 MEMBRES

Comité d'organisation – Membres fondateurs

Serge
GUÉRIN

Président des États Généraux
Sociologue
Professeur INSEEC U

Véronique
SUISSA

Coordonnatrice des États Généraux
Docteur en psychologie
Enseignant-chercheur, Université Paris 8

Philippe
DENORMANDIE

Conseiller médical des États Généraux
Chirurgien, Praticien hospitalier
Directeur des relations santé NEHS

Comité de pilotage

1. **Bastone Mario**, *Directeur Général Foncière Médico-Sociale Logévie*
2. **Berrut Gilles**, *Professeur en médecine, Fondateur Gérontopôle Pays de la Loire*
3. **Blanc Jean-Marc**, *Directeur, Fondation de recherche I2ML*
4. **Denormandie Philippe**, *Chirurgien, Praticien hospitalier, Directeur relations santé NEHS*
5. **Guérin Serge**, *Sociologue, Professeur INSEEC U*
6. **Gharbi Lamine**, *Président Fédération de l'Hospitalisation Privée FHP*
7. **Gruson David**, *Fondateur Ethik-IA, Ancien Délégué Général FHF*
8. **Jammes Emmanuel**, *Délégué aux politiques de santé Ligue Nationale contre le cancer*
9. **Jaouen Joël**, *Président France Alzheimer*
10. **Kupiec Jean-Manuel**, *Conseiller du Directeur Général OCIRP*
11. **Lefebvre Pierre-Olivier**, *Délégué Général Réseau Villes Amies des Aînés*
12. **Mouchenik Dafna**, *Fondatrice Logivitae, Présidente Synerpa Domicile*
13. **Piolatto Laurent**, *Délégué Général Lire et Faire lire*
14. **Ricard Jean-Michel**, *Fondateur et Président Siel Bleu*
15. **Roig Benoît**, *Président Université de Nîmes*
16. **Suissa Véronique**, *Docteur en psychologie, Enseignant-chercheur, Université Paris 8*
17. **Thual Gwenaelle**, *Membre du CA Association Française des Aidants*

Élus et experts politiques

18. **Berta Philippe**, *Député, co-Président de la mission parlementaire Covid-19*
19. **Bertrand Xavier**, *Président Région Hauts-de-France, Ancien Ministre de la Santé*
20. **Delaunay Michèle**, *Ancienne Ministre déléguée aux Personnes âgées et à l'Autonomie*
21. **Dubié Jeanine**, *Députée Hautes-Pyrénées, ancienne directrice d'EHPAD*
22. **Dufeu Schubert Audrey**, *Députée Loire-Atlantique*
23. **Egloff Valérie**, *Maire-Adjointe Le Havre, Conseillère Régionale Normandie*
24. **El Khomri Myriam**, *Ancienne Ministre du travail, rapport 2019 - Métiers du Grand Âge*
25. **Erzen Frédercic**, *Directeur Général des services, Mairie de Saint-Maur*
26. **Firmin-Le Bodo Agnès**, *Députée, Conseillère Départementale, Pharmacienne d'officine*
27. **Gatel Jean**, *Ancien Ministre de l'Économie sociale et solidaire*
28. **Mannarino Geneviève**, *Vice-Présidente Département du Nord, ADF*
29. **Montchamp Marie-Anne**, *Présidente de la CNSA, Ancienne Ministre*
30. **Villani Cédric**, *Député Essonne, Médaille Fields*

Représentants et experts institutionnels

31. **Arnoux Jean-Philippe**, *Directeur Silver Economie, Saint-Gobain Distribution Bâtiment*
32. **Boissard Sophie**, *Présidente Groupe KORIAN*
33. **Caupenne Arnaud**, *Porte-parole Association des Jeunes Gériatres*
34. **Champvert Pascal**, *Président Association AD-PA*
35. **Daver Corinne**, *Dr en droit, Avocat dir. associé Fidal Paris, Responsable Pôle Santé*
36. **Denis Bernard**, *Président Union Francophone des Patients Partenaires UFPP*
37. **Fabre Dominique**, *Secrétaire Générale CFDT Retraités*
38. **Hubert Élisabeth**, *Présidente FNEHAD, Ancienne Ministre de la Santé*
39. **Jarry Claudy**, *Chargé du développement national, La Croix Rouge Française*
40. **Henry Éric**, *Médecin, Président Soins aux Professionnels de Santé SPS*
41. **Krakowski Yvan**, *Président AFSOS*
42. **Martreux Jean-Louis**, *Directeur d'EHPAD*
43. **Meldonyan Vasken**, *Directeur Général Association Arménienne d'Aide Sociale*
44. **Monneron Dominique**, *Directeur Général Fondation Partage et vie*
45. **Péricard Benoit**, *Président Association Moulin Vert, Ancien directeur d'ARH et de CHU*
46. **Riou Joel**, *Président Responsage*
47. **Sanchez Eric**, *Directeur de la valorisation et des initiatives sociales AG2R La Mondiale*
48. **Serres Jean-François**, *Référent National Groupe associatif Monalisa, Conseiller au CESE*

Acteurs de terrain et citoyens engagés

49. **Coriou Loick**, *Citoyen, Réalisateur Universes Studio*
50. **Dupré-Lévêque Delphine**, *Anthropologue, Fondatrice de « Stop à l'isolement »*
51. **Fuchs Marie-Françoise**, *Médecin, Présidente d'honneur Association Old'Up*
52. **Guérin Garance**, *Citoyenne chef de projet, Marketing digital*
53. **Jouannaud Bernard**, *Retraité, ancien Directeur Groupe associatif médicosocial*
54. **Louyot Dominique**, *Citoyenne retraitée, aidante familiale*
55. **Meldonyan Sona**, *Citoyenne retraitée, ancienne dactylographe*
56. **Noussembaum Gilles**, *Médecin généraliste*
57. **Rozelier Vincent**, *Infirmier, en reconversion professionnelle*
58. **Tripkovic Yves-Alexandre**, *Écrivain, citoyen engagé*
59. **Warusfel Alice**, *Psychologue clinicienne*
60. **Weber Françoise**, *Médecin épidémiologiste*

Comité de soutien

Avec la participation des 260 membres du collectif de soutien.

Pierre ALIXANT, Philippe ALMY, Asso geronto82, David BALESSE, Émilie BEZIERS, Jeanne BOLON, Laurent BONIFAY, Sabine BONNARD, Sébastien BORDES, Christelle BOUCHET, Olivier BOULY, Clément BOXEBELD, Marlène BREMOND, Valérie BRENIERE, Émile BRIN, Mickael BRIQUET, Frédéric BRUN, Michel CADIERGUES, M. CAILLON, Sherley CALIXTE, Christian CARISEY, Éric CASTELNAU, Dominique CHARRIER, M. CHATAIGNER, Thierry CHAUVILLE, Régis CHAZOT, DP. CHENIER, Bernard CLOUWEZ, M. COMBRET, Ghislain CORBION, Anne CURAN, Alice DARMON, Véronique DAVID, André DE MONTALEMBERT, Alexandra DE SAIVRE, Alain DELAFONCHAIS, Thomas DELAGE, Caroline DELIGNY, CH. DESFOSSEZ, Marie DUCLOS, Danielle DUCOS, Christian DUSSABLE, Radia ELKHOMSI, Nadia ELOUARGHI-VEGAS, JL. ESCAFIT, Anne-Laure FABAS SERLOOTEN, Christian FAUREL, Fibromyalgie France, Muriel GARCIA, Laurent GARCIA, Philippe GARCIA-MAROTTA, Audrey GARIBBO-SARKISSIAN, Aline GENEVOY, P. GLAMEAU, Michel GOBERT, Gérontopôle Mickael GUERIN, Viviane GUEVEL, Geneviève HOMO, Mona KANAAN, C. LANGENIEUX, Jakline LAURENT, Marcel LAVIGNE, Mariejo LE BARRIER, Marie-Ange LEFEBVRE, Gaelle LELONG, PN. LEVEILLER, Élodie LLOBET, Padrig MAHE, Camille MAIRESSE, Mairie de Keralenoc, Jean-Louis MARTREUX, Antoine MASSON, Claire METREAU, Benjamin MISERY, Gabrielle MOCILNIKAR, André MOREAU, Erlinda MOREAU, Andréa MORILLO, Stéphanie MORLAND, Jean-Pierre MULLER, Mutualité Française Centre Atlantique, Béatrice NAVARRE, OLD'UP, Anne PECHINE, Yseult PÉRILHOU, Marjorie PESQUE, Laurence PETIN, Richard PIERRE, Sylvie PITTARO-MENNESSON, JL. PLANTAMP, Corinne POLLET, Guy RAMBAUD, Sandy RAULT, JM. ROUSSEL, Mélanie SLUFCIK, Maurice SOUCHE, Mauricette SOUILLETDUFEU, Denise STRUBEL, Denis TANNEUX, Marie-Laure TENA, Charlotte TEYSSIER D'ORFEUIL, Philippe THOMAS, Dominique VALLÉE, Vincent VERBEECK, Fabienne VERDUREAU, Marie VIAL, Aline VICTOR, Annie VIDAL, Nadia VIGEL, Valérie VIGNOLLE, D. VISSEAUX, Anne ZERKOVITZ...

LISTE DES 51 PARTENAIRES

AVANT-PROPOS

Ce rapport est le résultat d'un travail collégial inédit, élaboré par un collectif de **60 contributeurs** et coconstruit avec plus de **8 000 citoyens** votants ayant formulés près de **250 recommandations**. Soutenu par un « collectif externe » composé de **260 membres citoyens** et **51 partenaires** institutionnels et médiatiques, ces premiers États Généraux ont fait l'objet d'un soutien massif et instantané. Réalisé tout au long de la période du confinement, ce rapport s'inscrit dans une réflexion à la fois transverse et transpartisane avec pour objectif de (re)penser collectivement une politique « post-covid » du Grand Âge.

En effet, cette crise a mis en exergue les fragilités structurelles de notre système – sanitaire et médicosocial – et leurs répercussions multiples, à la fois humaines, institutionnelles, organisationnelles, etc. Elle a également montré les limites d'une pensée cloisonnée et une confrontation inepte opposant les idées politiques, médicales, scientifiques, citoyennes, etc. En outre, elle a montré l'importance d'une démarche plus constructive et la nécessité de s'enrichir du savoir, de l'expertise et de l'expérience de chacun. À ce titre, la réactivité et l'implication citoyenne autour de ce rapport montre l'importance d'une approche politique plus inclusive.

Cette initiative portée collectivement par trois acteurs de terrain issus de la « société civile » en partenariat avec un « collectif diversifié », traduit la volonté d'initier une réflexion collégiale dont les « valeurs communes » permettent de dépasser les « différences individuelles ».

Ce rapport, inédit dans sa forme comme dans son contenu, est scindé en deux chapitres. En premier lieu, il formule un ensemble de recommandations structurantes – coconstruites avec tous – en faveur d'une politique efficiente et bienveillante du Grand Âge. Dans un second temps, il s'articule autour de **60 contributions écrites** – élaborées par chacun des membres du collectif – ciblant un sujet, une question, un enjeu lié à la *séniorisation* de la société, et sous toutes ses formes.

Nous remercions les **milliers de citoyens**, experts, élus, institutionnels, chercheurs, soignants et partenaires, ayant ainsi contribué à l'élaboration de cette entreprise ambitieuse au service de la collectivité.

INTRODUCTION

En cette période de confinement, la *séniorisation* continue !

Ce document se veut une contribution utile pour l'avenir. Il témoigne d'une ambition collective pour que la crise du Covid-19 ne soit pas qu'une parenthèse vite oubliée. Ces États généraux initiés dès le début du confinement sont le fruit d'une coconstruction entre des acteurs et des experts engagés, des élus impliqués et des citoyens formés par l'expérience.

Ensemble, nous avons fait le pari d'une initiative tranvsersale, transpartisane et « transvers'âge ».

L'enjeu, était alors de penser et d'affirmer collectivement la nécessité d'une politique de l'âge. Une vision politique de la *séniorisation* de la société. Une ambition collégiale fondée sur le décloisonnement des acteurs rassemblant également toutes les générations. La *séniorisation* est une réalité touchant la société dans son ensemble. Nous sommes tous, les jeunes comme les vieux dans un monde qui prend de l'âge. Ce « *nous sommes* » de Camus : « *j'ai besoin des autres qui ont besoin de moi* », écrit-il dans *L'Homme révolté*. Les plus âgés ont besoin des plus jeunes, et les plus jeunes ont besoin des plus âgés.

Ce document veut aussi exprimer combien les plus âgés, les vieux, ne sont pas « nos aînés », mais des adultes qu'il convient d'écouter et d'entendre.

Des adultes participant de la vie du pays et dont le confinement a montré combien ils ont manqué au tissu familial, amical et associatif.

Des adultes prenant ainsi leur part dans toutes les formes de solidarité : rappelons qu'ils sont les premiers à faire tenir les associations, à s'impliquer comme aidants ou comme patients partenaires auprès des plus âgés et/ou fragilisés.

Des adultes avant tout citoyens et souvent engagés dans la vie de leur territoire, de leur commune, de leur quartier.

Des adultes ayant une part à prendre dans ce débat, plus encore lorsqu'il s'agit de construire des lois et des politiques les concernant directement.

Pas de politique des aînés sans les aînés. Pas de politique des vieux sans se donner les moyens d'entendre la voix, la diversité des voix des plus âgés. Pas de politique des âges sans prendre la mesure des attentes, des contraintes et des situations caractéristiques traversées par les différentes générations.

Comment mieux entendre et inclure les demandes de personnes fragilisées, notamment sur le plan neurologique ? Combien de fois avons-nous entendu le terme « Alzheimer » lors de cette crise ? Comment mieux écouter les besoins et les attentes des personnes âgées handicapées ? Comment renforcer la place et la parole des aidants comme celle des patients partenaires ? En outre, pourrions-nous imaginer une politique de soin sans prendre en compte l'expérience et la demande des premiers concernés ?

C'est bien là tout l'enjeu de notre démarche originale et de ce rapport collégial. En effet, il ne s'agit ni d'un énième rapport commandé « d'en haut » ni d'un catalogue de revendications pécuniaires. Il s'agit d'un travail inédit coconstruit « par le bas » proposant à la fois des recommandations structurantes et des pistes variées d'amélioration à partir de regards croisés.

Ces regards émanent d'experts impliqués, d'acteurs de terrain, d'élus, de responsables politiques, de représentants institutionnels, de citoyens, etc. Tous se sont ainsi impliqués, afin de porter le débat, de faire entendre une voix – et une voie – complémentaire à la réforme porteuse d'un acte fondateur sur un thème de cohésion sociale.

À travers la démarche initiée, nous avons ainsi cherché à établir un échange citoyen en présentant de façon transparente, l'ensemble des propositions élaborées par le collectif. Un vote permettant ainsi de manifester son degré d'adhésion pour chacune des propositions, mais également d'en formuler de nouvelles. Cette dynamique « d'aller et retour » a permis d'enrichir le projet et le structurer au plus près de la vision des Françaises et des français souhaitant s'impliquer dans la politique du Grand Âge.

Concernant le collectif, la démarche de vote proposée a été identique à la consultation citoyenne. Pour autant, il ne s'agissait pas tant de rechercher absolument un consensus, les 60 membres du collectif ayant des regards différents, parfois opposés, mais plutôt de poser des pistes de réflexions communes et structurantes. En outre, il s'agissait de s'extraire du confort d'une « pensée balisée », afin de faire turbuler positivement le système.

En effet, si les membres du collectif expriment nécessairement des pensées divergentes, ils confluent unanimement sur une conviction fondamentale : une loi performante ne peut se contenter d'annoncer des moyens supplémentaires sans transformer l'organisation dans son ensemble. Sans non plus s'extraire d'une bureaucratie centralisatrice éloignée du terrain, des conditions d'exercice du soin, des publics, etc. Au risque d'un changement et de moyens minimalistes.

La mutation économique, sanitaire, sociale, culturelle, scientifique, institutionnelle et écologique qui suivra la crise du Covid-19 implique de penser les organisations et l'implication des personnes en priorité.

Serge Guérin, Véronique Suissa, Philippe Denormandie

PREMIÈRE PARTIE

RECOMMANDATIONS :

Pour une politique efficiente et bienveillante du Grand Âge

LA PERSONNE ÂGÉE AU CŒUR DE LA SOCIÉTÉ

Préparer une société solidaire de la séniorisation, poser les jalons d'une loi Grand Âge, inventer une vision politique de la longévité, impose d'abord d'entendre la voix des aînés. Une telle dynamique implique de prendre en compte leurs besoins, attentes et désirs, de considérer la diversité sociale et humaine de plus de 12 millions de personnes âgées d'au moins 65 ans. En d'autres termes, il s'agit d'abord de la vie concrète et de l'implication des ainés – y compris celle des très âgées – dans la société. La révolution copernicienne de l'âge passe par le refus de toute tentation d'infantiliser les vieux. Plutôt que de développer des solutions « pour » les aînés – et d'en découvrir leur faible usage – impliquer les utilisateurs dès la procédure de choix, répond à une approche à la fois plus démocratique et plus efficiente.

- (Re)donner la parole aux aînés, premiers concernés en les impliquant systématiquement lors des commissions organisées abordant les questions du Grand Âge.
- Renforcer la réflexion éthique en faveur des questions liées au Grand Âge, en favorisant la mise en place de comité éthique au sein de toutes les institutions, en particulier en EHPAD.
- Mettre en place systématiquement un « groupe de séniors testeurs » lors de projets de transformation de l'espace ou d'implantation de nouvelles solutions technologiques.
- Favoriser le développement de dispositifs intergénérationnels sous toutes ses formes : (1) notamment en systématisant des temps de rencontres entre les plus jeunes (collégiens, lycéens, étudiants) et les séniors, (2) et en favorisant le développement d'espaces et d'immeubles intergénérationnels adaptés.
- Créer un service civique volontaire de séniors permettant à des retraités d'être impliqués dans le soutien scolaire et extra-scolaire des enfants et des jeunes.

UNE POLITIQUE DE SANTÉ CENTRÉE SUR « LA PERSONNE »

De très (trop) nombreux acteurs interviennent à tous les niveaux des parcours des personnes âgées en perte d'autonomie ou en situation de handicap. La crise du Covid-19 a mis en exergue une articulation insuffisante entre les « acteurs » et les « contraintes administratives », lourdes et délétères. L'enjeu est de pouvoir instaurer une meilleure lisibilité des financements et de penser une organisation territoriale vertueuse dans laquelle chaque personne peut trouver à proximité un lieu ressources. A minima, il est nécessaire d'assouplir l'articulation entre le financement des soins et celui du médicosocial, afin de permettre aux établissements une gestion quotidienne simplifiée.

- Ouvrir davantage de lits en gériatrie à l'hôpital, afin que les résidents adressés par les EHPAD soient directement admis en gériatrie sans transiter par les urgences. Cela permettrait plus de confort pour les résidents et désengorgerait les urgences.
- Inciter aux pratiques de prévention en favorisant l'accès aux médecines complémentaires dispensées par des praticiens reconnus en remboursant l'Activité Physique Adaptée aux séniors selon leur revenus.
- Renforcer l'accompagnement en oncogériatrie en l'articulant autour de trois axes : favoriser des diagnostics plus précoces avec la création d'une consultation spécifique avant 75 ans ; (2) améliorer la spécificité des parcours en développant la formation des professionnels ; (3) rompre l'isolement en orientant systématiquement les personnes malades vers des professionnels et des structures d'accompagnement.
- Ouvrir les Pôles d'Activités et de Soins Adaptés, des EHPAD aux personnes âgées souffrant de troubles cognitifs (légers ou modérés) vivant à domicile, pour permettre un accompagnement plus efficient.
- Mieux tenir compte des fragilités des salariés au sein des entreprises en généralisant la mise en place d'un dispositif de soutien psychologique et de conciergerie sociale par exemple à distance.

FACILITER LA VIE QUOTIDIENNE DES PERSONNES ÂGÉES

La vie à domicile s'impose – et s'imposera – comme le choix prioritaire, pour les personnes comme pour les pouvoirs publics. Il est donc nécessaire d'enrichir l'offre de parcours de vie entre le domicile et l'EHPAD et de renforcer la qualité et l'approche globale des services à domicile, y compris dans une logique de prévention. Il s'agit de prendre aussi en compte que les prochaines générations entreront en EHPAD plus âgées, plus fragiles, plus malades, en particulier sur le plan neurologique. Quel que soit le degré de fragilité des aînés, il s'agira d'adapter les prises en soin, de prioriser la qualité de vie et l'entretien des capacités des personnes.

- Instaurer un « parcours de vie du sénior » en proposant un dispositif d'accompagnement centré sur le conseil, la prévention et les financements lors des grands changements de vie (préparation au départ à la retraite, conseil numérique, aménagement du logement, déménagement, etc.).
- Mettre en place un système numérique global favorisant les interactions et la complémentarité entre les différents intervenants à domicile (aidants, aide-ménagers, auxiliaires de vie, infirmiers, médecins, etc.).
- Regrouper au sein des structures de soins à domicile, l'ensemble des métiers d'accompagnement des plus âgés. Un interlocuteur unique permettrait d'accéder aux services d'accompagnement de la perte d'autonomie.
- Favoriser l'essor d'alternatives efficientes en matière d'accompagnement en renforçant notamment les dispositifs d'accueil familial.
- Permettre l'essor d'une recherche appliquée en intégrant les sciences humaines et sociales dans le but de s'ajuster aux attentes de terrain et d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées.

RENFORCER LES MÉTIERS DU SOIN AUPRÈS DES AÎNÉS

Pas de politique soutenable et bienveillante du Grand Âge, sans faire une priorité de l'attractivité des métiers du care auprès des plus âgés. La crise du Covid-19 a mis en lumière le déficit de personnels et son invisibilité. La reconnaissance des professionnels de l'accompagnement des aînés, à domicile comme en lieu d'accueil, réclame une amélioration des conditions d'emploi et de rémunération, et par une politique adaptée et un suivi de formation. Il s'agit aussi de prendre en compte les conditions de vie de ces femmes, en majorité, et de ces hommes qui souvent sont précarisés. Le renforcement des personnels est aussi un levier majeur de soutien aux proches aidants qui doivent être valorisés et aidés concrètement, qu'ils soient en activité ou non.

- Améliorer les conditions d'emploi et de rémunération des personnels par l'ouverture de postes, la revalorisation salariale et l'équipement en véhicules des soignants. Pour ce faire, flécher une partie des crédits de la CNSA vers la revalorisation des métiers du soin.
- Favoriser la reconnaissance et le déploiement des « Assistants en Soins Gérontologiques (ASG) » tout comme les Infirmiers de Pratique Avancée en Gériatrie (IPAG).
- Soutenir les aidants en leur permettant d'acquérir des crédits de formation et des équivalences, utiles sur le plan professionnel, et en instaurant des aides dédiées (adaptation du logement, renfort en personnel).
- Renforcer la place des patients partenaires et patients experts comme celle des bénévoles en les impliquant davantage tout au long du parcours de soin et de vie des personnes (hôpital, HAD, EHPAD, etc.).
- Former les médecins généralistes aux dimensions psychologiques de la souffrance globale des aînés, induites par l'âge et la maladie (ex. : syndrome de glissement, fin de vie, etc.).

DEUXIÈME PARTIE

REGARDS CROISÉS :

Pour une analyse globale, transverse et transpartisane

POUR UNE POLITIQUE NOUVELLE :
Décloisonnée, coopérative et solidaire !

➢ Instaurer une nouvelle politique du vieillissement

La séniorisation de la société, un levier pour une transition globale ?
Serge Guérin, *Sociologue, Professeur INSEEC U*

La France a la chance de compter 6 millions d'aînés de plus de 75 ans. En 2060, ils seront 12 millions. Les plus de 60 ans sont aujourd'hui plus nombreux que les moins de 20 ans. L'avenir, ce sont les vieux !

L'autre réalité est que l'âge a rajeuni. Avoir 65 ans aujourd'hui, c'est être plus proche d'un individu de 45 ans dans les années 1980, que d'un retraité de l'époque !

Nous avons collectivement gagné des années d'espérance de vie. Nous avons également acquis des années supplémentaires de formation, bénéficié d'une meilleure santé, d'une vie plus confortable… Si le nombre d'aînés en grande fragilité, en particulier sur le plan neurologique, augmente et nécessite une loi Grand Âge visionnaire, solidaire et inclusive, rappelons que la majorité des séniors sont autonomes.

Bien vieillir, bien vivre son Grand Âge se prépare tôt. Une politique du Grand Âge est une dynamique globale, transversale partant de la prévention, au sens large, pour prendre en compte les conditions sociales, les modes de vie, d'alimentation et d'habitat, les accès physiques ou numériques aux équipements et services de soin et de formation…

La transition démographique nécessite de changer de regard sur l'âge, et de sortir d'une attitude en surplomb sur les aînés. Les retraités sont appelés des « inactifs » pour bien montrer leur inutilité. Cependant, ces inactifs œuvrent au lien social, comme aidants (4 millions de retraités), comme bénévoles sans qui le monde associatif ne serait plus qu'un souvenir, comme soutiens informels à leurs enfants, à leurs voisins, à leurs proches, comme élus ; et nous avons vu leur dévouement dans la crise, comme entrepreneurs ou appui à des créateurs d'entreprises, etc. Un être en perte d'autonomie reste porteur d'utilité : symbolique, à travers la transmission, le témoignage, la présence, etc.

Mais changer d'imaginaire sur l'âge, c'est aussi saisir qu'adapter le pays, les territoires, les organisations, contribue à inventer une société à la fois plus efficiente, plus inclusive, plus économe en énergie fossile, plus accompagnante des personnes au bénéfice de l'ensemble des générations, au profit d'une qualité de vie et d'une cohésion sociale plus robuste. Cette *séniorisation* de la société passe par le soutien à une offre de solutions, de services et d'équipements, numériques ou non, répondant aux besoins et usages des séniors au sens large, des *quincados* aux aînés. Il s'agit de l'enjeu d'une *silver économie* (économie des séniors) d'usage et d'une politique de valorisation des emplois du *care* auprès des personnes fragilisées.

Cette *séniorisation*, concerne également la transition énergétique et numérique, en particulier dans le domaine de l'adaptation de l'habitat, des espaces et des transports. Plus encore après la crise du Covid-19, à nous de développer l'économie en l'orientant de manière volontariste, par des priorités affichées, des aides et des incitations fiscales fléchées. Réduire la vitesse en ville, penser les transports collectifs pour un meilleur service aux personnes et recourant aux énergies douces, adapter les logements pour les rendre moins risqués pour les aînés et mieux isolés, développer des services numériques accessibles en termes d'usage, de prix et de réseaux, etc., il s'agit de grandes pistes où l'économie serait au service des personnes, dans le respect de l'environnement et créatrice d'emplois.

La *séniorisation* de la société est l'alliance de la transition écologique avec la transition numérique pour réussir la transition démographique.

Vers une politique du care : coconstruire collectivement l'accompagnement du Grand Âge

Véronique Suissa,*Docteur en psychologie, Enseignant-chercheur, Université Paris 8*

L'évolution des connaissances et l'implication des organisations internationales ont assurément permis de se saisir des enjeux politiques et sociaux liés à la transition démographique. Dans cette optique, l'OMS (2015) concentre aujourd'hui son action autour de trois enjeux majeurs : la lutte contre l'âgisme, la culture de l'autonomie et le maintien de la santé. Cela étant, tout processus de changement réclame « du temps », ce qui apparaît toutefois antinomique avec la réalité « du besoin immédiat » des personnes. En outre, « la réforme » s'inscrit nécessairement sur un continuum complexe et tributaire de la culture, des valeurs, des priorités et des attentes sociétales.

Depuis le rapport Laroque (1962) – symbole de l'un des actes majeurs du « renouvellement politique » en matière de vieillissement – de nombreux plans nationaux ont contribué au lent processus de mutation en faveur d'une politique plus attentive au Grand Âge. Mais il ne s'agit pas tant de tracer l'histoire – de tentatives, d'échecs ou de l'effectivité – des réformes mais plutôt de s'inscrire dans un **débat pragmatique** et transversal permettant de penser – et panser – collectivement les enjeux contemporains liés au vieillissement de la population.

Dans cette optique, il s'agit avant tout de repositionner « la personne » au cœur des actions sociétales et politiques. La posture archaïque « du sachant » qui détient et impose « la vérité » est obsolète. Exercer au service de la collectivité réclame d'impliquer davantage et de mieux considérer « la voix » des premiers concernés. À ce stade, il convient de s'extraire de l'opposition stérile confrontant « expertise » et « expérience », et de pouvoir s'inscrire dans une véritable logique de **coconstruction**. C'est d'ailleurs tout l'enjeu de ces premiers États Généraux… Élus, politiques, institutionnels, scientifiques, médecins, soignants, patients, aidants, familles, citoyens, tous doivent pouvoir – s'ils le souhaitent – contribuer aux changements de la collectivité dont ils font partie. Se sentir écoutés et impliqués n'est-il pas une façon de faire plus dans la société ?

Incontestablement, la crise du covid-19 a mis en exergue la fragilité structurelle du système médicosocial. Elle a également pointé la nécessité de mieux considérer les besoins individuels et les corolaires de l'avancée en âge. L'accompagnement, au sens du « prendre soin », est au cœur du débat actuel renvoyant à la **société du *care*** et à sa quête d'articulation complexe avec le cure. Il convient donc de repenser collectivement la « culture du soin », comme le rapport de la société aux personnes âgées. Cette dynamique nécessite également une meilleure considération envers les métiers du soin.

Avancer implique alors de s'extraire – un temps soit peu – de la **bien-pensance** et, par extension, des utopies collectives, des promesses électoralistes, mais également des attentes sociétales irréalistes. Le symbole de « toute-puissance » allouée à la médecine moderne est indéniablement illusoire, de même que sa capacité, voire sa légitimité à répondre à l'ensemble des attentes individuelles. La maladie, la souffrance physique, la douleur morale, la dureté de certains traitements ou encore la mort sont des expériences inévitables et pourtant, elles restent collectivement rejetées.

Avancer nécessite ensuite de faire appel au « **bon sens** ». Sans doute que la peur et l'égo plus ou moins mal placés alimentent cette absence de « bon sens ». Peur de ne pas contenter sous couvert de « vouloir bien faire » ou peur de dire sous couvert de « chercher à préserver ». Si les hommes ont effectivement besoin de sens, il semble que l'humanité soit en perte de « bon sens ».

Le pari ambitieux de ces États généraux réside dans l'espoir d'une période potentiellement propice au changement. Évidemment, les querelles oubliées, les rancunes mises sous le boisseau, les intérêts divergents, émergeront à nouveau. Pour autant, si la crise du Covid-19 permettait un « **espace constructif** » en faveur du progrès au sens large (social, législatif, politique, etc.), alors peut-être en sortirons-nous collectivement grandis.

La crise du Coronavirus a montré la force des liens intergénérationnels dans la société française

Xavier Bertrand, *Président Région Hauts-de-France, Ancien Ministre de la santé*

La crise du coronavirus a douloureusement frappé nos séniors. Nous savons désormais qu'un mort du Covid-19 sur quatre vivait dans un EHPAD. Et nous avons pu mesurer la terrible solitude des personnes qui ont été isolées de leurs familles. Mais cette crise a également montré la force des liens intergénérationnels dans la société française. La menace d'un conflit des générations, agitée par la hausse de la CSG pour les séniors puis, plus récemment, par la réforme des retraites, s'est dissipée. La discrimination « antivieux » symbolisée par le fameux « OK boomer », cette expression apparue sur les réseaux sociaux, devenue le symbole d'un malaise et d'une fracture générationnelle, a laissé place heureusement à plus de bienveillance.

Dans nos villes comme dans nos campagnes, les Français ont pris soin de leurs aînés. Confection et distribution de matériels de protection, portage de courses ou de médicaments à domicile, envoi de lettres aux résidents des maisons de retraite privés de leurs visites, etc., les initiatives ont foisonné. Les associations, les collectivités, les entreprises comme les citoyens ont tous mis la main à la pâte. Aux images d'une nation se divisant, succèdent celles d'une France plus solidaire, plus consciente et soucieuse de ces liens essentiels. Cet élan de fraternité à l'égard des plus âgés doit être amplifié.

Si la France compte aujourd'hui 6 millions de personne de plus de 75 ans, ils seront demain 12 millions. La société ne doit pas attendre pour s'adapter au prochain « boom des séniors ».

Elle doit tout d'abord faire évoluer sa vision. Il est essentiel de ne plus mesurer uniquement ce que les séniors ne peuvent plus faire mais de valoriser ce qu'ils font. Garde d'enfants, engagement associatif, soutien scolaire, bénévolat dans les clubs sportifs, devoir de mémoire, etc. Leur contribution à la société est immense et doit être pleinement reconnue en valorisant toutes ces heures qu'ils consacrent aux autres.

L'augmentation du nombre de séniors ne doit pas être simplement perçue comme une pesante contrainte. Au contraire, nous devons reconnaître les opportunités créées par la *séniorisation* de la société.

Aujourd'hui, les établissements pour personnes âgées, comme les structures de services à la personne, manquent cruellement de personnel. La formation de ces soignants reste à parfaire. En outre, si 85 % des Français veulent vieillir à domicile, seulement 15 % des logements ont été adaptés. Pour relever demain le défi du Grand Âge, il faudra combler bien des lacunes et aborder cette question avec ambition et bon sens.

Parce que ce « boom des séniors » résultant des évidences de notre démographie est également une opportunité : il s'accompagne en effet mécaniquement d'un « boom des emplois ». Les besoins sont réels : services à la personne, habitat, soins, technologies numériques, formation professionnelle, etc. Presque tous les secteurs sont concernés.

La société se transforme et nous devons inévitablement nous adapter et nous réinventer avec elle. L'anticipation sera la clé pour assurer à nos séniors une qualité de vie digne de ce qu'ils nous ont donné et de ce qu'ils n'ont de cesse de continuer à nous apporter.

Repenser la protection sociale pour accompagner l'avancée en âge

Marie-Anne Montchamp, *Présidente de la CNSA, Ancienne Ministre*

Nous le savions, l'avancée en âge s'accompagne de fragilités. Ce processus est inéluctable. Il entraîne pour chacun de nous des stratégies d'adaptation, de compensation, d'anticipation et de prévention des conséquences du vieillissement sur nos vies.

Sur ces différents points, se font jour sans doute de criantes inégalités. Ce sont d'abord des inégalités de destin, quand des pathologies apparaissent, altérant fortement nos capacités de participation à la vie ordinaire. Mais ce sont également des inégalités sociales, économiques qui alourdissent la perte de chance pour de nombreux concitoyens. Pour finir, ce sont des discriminations, nos sociétés faisant le choix de « catégoriser » les personnes avançant en âge, les plaçant de fait, en marge de nos organisations sociales.

Des barrières symboliques justifieraient cette tentation de segmentation du corps social : la cessation d'activité productive, l'évolution des modes d'expression, les préférences, l'altération de certaines habiletés, marcher vite, courir, être robuste, savoir utiliser les technologies récentes, avoir une mémoire instantanée performante, etc. Le chiffre repère communément admis se situe désormais à 65 ou 70 ans. La communication publique sur le déconfinement a d'ailleurs tenté de s'y référer, avant de changer d'option du fait des protestations qui se sont fait jour !

Finalement, Covid-19 ne nous révèle uniquement ce que nous savons : nos réponses en protection sociale pour accompagner l'avancée en âge doivent être repensées. Elles sont largement inappropriées, car elles sont le fruit, sous la pression d'événements divers (canicule, crise sociale dans les EHPAD et le secteur de l'aide à domicile), d'une longue suite d'amodiations budgétaires et organisationnelles, au fil du temps.

Je crains fort que si, à l'automne 2019, une Gréta Thunberg était venue nous haranguer sur l'hypothèse d'un risque épidémique planétaire, nous ne lui ayons conseillé de revenir à ses chères études, comme certains dirigeants ont pu le faire…

La crise sanitaire mondiale nous enseigne que nos sociétés ne pourront plus, dans leurs choix politiques, omettre les grands risques contemporains : risque pandémique, risque climatique, risque environnemental.

La personne avançant en âge est un citoyen, jusqu'au bout de sa vie. Notre système de protection sociale lui doit d'affirmer l'égalité de ses droits et l'égalité de ses chances. Les réponses que nous pouvons lui apporter n'ont de sens qu'à partir de l'expression de ses aspirations et de ses préférences. Elles doivent lui garantir un droit inaliénable à la participation et à l'expression de sa citoyenneté. Les objections tenant à son état de santé ou au fait qu'elle puisse être désorientée, fragile, qu'elle vive avec des problèmes cognitifs, ne sont pas recevables. Notre défi collectif est de proposer à chacun, des modes de compensation et d'accompagnement adaptés, garantissant éthiquement sa pleine citoyenneté.

Tel est le socle de valeurs qui nous permettra de repenser enfin nos politiques, face au vieillissement mondial.

Défendre une politique sociale et solidaire du vieillissement

Claudy Jarry, *Chargé du développement national, La Croix Rouge Française*

Contexte

En France, une personne sur dix souffre d'isolement social ; et ce risque d'isolement se trouve aujourd'hui accru par les mesures de confinement. L'isolement est à la fois à l'origine de certaines vulnérabilités et également un facteur aggravant. En EHPAD, le Covid-19 a imposé un confinement à la fois « externe » (quasi-impossibilité de continuer à recevoir des visites) et « internes » (échanges entre résidents impossible) exposant les résidents à un isolement relationnel et à des pertes de stimulation. En considérant cet isolement total (relationnel et sensoriel), le confinement pourrait alors se révéler plus mortel que le Covid-19 lui-même. Nous sommes face à une situation d'urgence sociale !

Lutter contre l'isolement

La conviction de la Croix-Rouge Française est que le maintien du lien social constitue un levier essentiel permettant aux plus fragiles de surmonter cette crise sanitaire et limitant ses effets néfastes. Ainsi, fidèle à sa mission historique d'assistance et de protection, la Croix-Rouge Française propose un dispositif au service du lien social.

Face à l'isolement induit par la crise, elle a ainsi mis en place la plateforme téléphonique « Croix-Rouge chez vous » proposant une écoute et un service de livraison de biens de première nécessité (alimentaires, hygiène, médicaments). En complément, le dispositif « Allô comment ça va ? » permet, quant à lui, d'appeler les personnes identifiées comme isolées. Enfin, des professionnels de la santé mentale sont également disponibles afin de leur apporter un soutien psychologique.

Ainsi, les volontaires de la Croix-Rouge se sont mobilisés autour d'une action sociale et solidaire visant à écouter, rassurer, informer, mais également à identifier les risques afin d'orienter les personnes vers d'autres services, si nécessaire.

Lutter contre l'exclusion numérique

Le regard négatif porté sur les séniors amène souvent une opposition infondée entre « numérique » et « Grand Âge ». Cette exclusion numérique des séniors contribue à leur isolement et les coupent de toute possibilité d'échanges et d'interactions avec leur entourage. À l'air des communications digitalisées, cette exclusion numérique renforce le sentiment de solitude chez les séniors.

C'est pourquoi la Croix-Rouge Française entend enrayer l'opposition entre Séniors et Numérique avec une triple visée :

- Valoriser la reconnaissance, l'estime de soi pour nos aînés ;
- Dynamiser l'approche intergénérationnelle ;
- Innover, dans les solutions d'accompagnement proposées.

Perspectives

Les mises en retraits se multiplient avec l'avancée en âge. Dans cette optique, il s'agit avant tout de placer l'être social qu'est la personne âgée en dépit des pertes de toute nature dont elle est victime, au cœur de toutes les attentions. Il s'agit également de mobiliser les innovations, les nouvelles technologies ainsi que les startups au service du lien et des relations sociales. Si nous admettons que la vieillesse est un fait social plus qu'un processus physiologique, il apparait alors comme une évidence que la réponse sociétale à apporter doit avant tout, revêtir un caractère social !

➢ Décloisonner les secteurs

Sanitaire et Médicosocial : une distinction inefficace et datée : Bienvenue au « prendre soin » !

Agnès Firmin-Le Bodo, *Député, Conseillère Départementale, Pharmacienne d'officine*

Dans la crise sanitaire actuelle vécue sans précédent, les questions de santé sont centrales, évidemment et en premier lieu dans leur aspect humain, mais aussi en termes économiques et sociétaux. Or, tous ces aspects sont le plus souvent traités par de multiples structures et interlocuteurs, voire même avec des angles de vue très différents et parfois opposés : un individu passe de malade à handicapé, à allocataire, à aidant, à sénior, etc., dans une même vie et le plus souvent concomitamment.

Le système de santé français s'appuie sur des structures multiples : sanitaires (pour la prise en charge hospitalière), médicosociales et sociales (pour des publics dits « fragiles », âgés ou handicapés, par exemple), et ambulatoires (pour les soins dits « de ville »).

Il s'agit là d'une organisation plutôt efficace et nous reconnaissons tous que les professionnels exercent de façon remarquable dans un système respectant la liberté de choix du patient.

Pour autant, les pouvoirs publics incitent depuis plusieurs années à la mise en place d'une médecine de « parcours » – regroupant professionnels de santé, de soins, de vie – à même de renforcer la prise en charge des patients et des résidents sur tout le territoire et de décloisonner les secteurs : soins de ville, soins hospitaliers, soins médicosociaux, etc. L'objectif essentiel est de prévenir, de soigner et d'accompagner de manière globale les patients et les résidents, au plus près de chez eux. La prise de conscience est donc bien présente, pour autant les faits sont têtus et il reste beaucoup à faire dans la prise en charge globale et décloisonnée des personnes. Le « prendre soin » issu du *take care* anglosaxon repose sur la volonté de traiter une personne plutôt qu'un malade.

Notre système est organisé en structures de santé et structures médicosociales entrainant une approche d'une même personne par le biais de prismes différents. Ayant pour premier effet une forme de déshumanisation de la personne qui, face à de multiples interlocuteurs, ne semble plus constituer un tout humain, mais une juxtaposition de personnes traitées, le plus souvent extrêmement bien d'ailleurs, par des intervenants compétents et bienveillants, mais divers et se parlant peu.

Arrêtons de procrastiner : il est grand temps de réhumaniser le système afin de prendre soin d'une personne dans sa globalité, tant en matière de santé qu'en termes d'accompagnement sanitaire et médicosocial. Il s'agit de décloisonner non seulement pour agir avec plus d'efficacité, mais surtout avec plus d'humanité. En remettant l'humain au cœur du dispositif avec des intervenants sans doute différents en fonction des compétences nécessaires, mais qui doivent échanger avec, pour boussole, le bien-être de la personne, non pas que cette nécessité soit oubliée grâce à la très grande humanité des intervenants, mais qu'elle passe parfois en second plan du fait de la lourdeur administrative et des procédures de prise en charge alourdies.

C'est bien le sens qu'il faudra donner à l'application de la loi Ma Santé 2022, à la loi Grand Âge et autonomie, la refonte de notre système de santé tant attendue, qui doivent être autant d'opportunités de « prendre soin » des français. Agissons !

Public, associatif, privé, cassons les frontières !

Dominique Monneron, *Directeur Général Fondation Partage et vie*

Les modalités actuelles du soutien à l'autonomie des personnes âgées, fragilisées par leur état de santé (ce qui n'est pas le cas de tous les séniors !) restent profondément marquées par – ce qui fut pensé à l'origine de nos sociétés modernes – notre devoir de porter secours aux plus défavorisés. De là, le passage historique des diverses « Charités », « Pitiés » ou « Hôtels-Dieu » aux hospices et aux différentes structures organisées par les pouvoirs publics, le plus souvent locales.

Même si la création de la Sécurité Sociale universelle a permis de changer la donne en matière de soins, la question de l'hébergement des personnes âgées fragiles ou dépendantes est restée très liée à la notion d'aide sociale, considérée comme une aide due aux plus nécessiteux. Pourtant la réalité du soin et celle de l'accompagnement s'opposent clairement à cette vision. D'ores et déjà, la création d'une allocation unique de « soins et dépendance » fait l'unanimité à la suite du rapport Libault. Cette allocation unique sera un puissant facteur d'unification de nos différents secteurs, ceux-ci ayant droit aux mêmes financements quel que soit leur statut (public, privé, solidaire) et le lieu de dispense de leurs services (domicile, logement adapté ou institution).

Concernant le logement des personnes âgées, il en est pourtant de même. Lorsqu'elles séjournent à domicile, elles bénéficient toutes des mêmes conditions de financement, en particulier en matière d'AL ou d'APL. À domicile encore, le recours à l'aide-ménagère rendue nécessaire par un état de santé dégradé est pris en charge par l'APA et autres dispositifs de solidarité locale, si nécessaire. Demain, la même logique pourra s'appliquer dans les différents logements adaptés, mis à disposition des séniors avec la possibilité ouverte de mutualiser ces différentes aides personnelles.

L'hébergement en EHPAD n'a aucune raison d'obéir à des règles différentes. Au total, le prix de journée payé par un résident en EHPAD (70 euros en moyenne) correspond à un service de gîte et de couvert que quiconque se procure dans son propre domicile. Ce service est juste plus coûteux parce que plus personnalisé comme l'est un séjour en hôtel, en comparant légitimement ces services à ceux d'un EHPAD. Mais cet « hôtel » constitue en fait le cadre de vie durable du résident EHPAD pour les mois où il y résidera. L'enjeu n'est plus alors de venir en aide aux plus nécessiteux mais de reconnaître que, pour 70 % des Français, bénéficier 7 jours sur 7 et 365 jours par an, d'un service hôtelier n'est financièrement pas supportable. Deux conséquences en résultent :

Tout d'abord, apporter une aide à 70 % de la population française, il ne s'agit plus d'aide sociale mais de mutualisation d'un risque qui ne se réalisera d'ailleurs uniquement pour un Français sur cinq.

Ensuite, ce coût d'environ 70 euros par jour est quasiment le même, quel que soit le statut du gestionnaire qui l'exploite (en excluant les 30 % de Français favorisés pouvant se permettre une dépense plus élevée selon leurs revenus). C'est évident pour le secteur public et le secteur solidaire, ça l'est de plus en plus même pour le secteur privé au fur et à mesure qu'il voudra se développer en dehors de la seule « niche » des établissements réservés aux plus riches.

Il faut donc en tirer les conséquences et mettre fin au régime d'habilitation à l'aide sociale qui ne correspond plus à son objectif initial. En effet, il contribue mal à la prise en charge des plus nécessiteux comme le montre le faible pourcentage de bénéficiaires effectifs de l'aide sociale présents dans les EHPAD. Pire encore, il établit une sorte de contrôle des prix, rabaissant ainsi les moyens dont disposent les gestionnaires sans considération des besoins à satisfaire. Dans cette logique, l'habilitation à l'aide sociale serait remplacée par la mise en place d'une garantie hébergement universelle dont le caractère public, privé ou mutualiste reste à préciser.

En tout état de cause, tous les acteurs, quel que soit leur statut, seraient soumis aux mêmes règles et bénéficieraient des mêmes financements. Et le plus important, ils apporteraient tous le même service de qualité dû aux plus fragiles d'entre nous.

L'épreuve du Coronavirus nous démontre l'importance du lien entre secteur sanitaire et EHPAD

Arnaud Caupenne, *Porte-parole Association des Jeunes Gériatres*
Claude Jeandel, *Pr. en Médecine, Président Conseil National Professionnel de gériatrie CNPG*

La pandémie de Covid-19 a très durement touché le secteur médico-social et plus particulièrement les EHPAD avec plus de 50 000 cas possibles ou confirmés et plus de 10 000 décès comptabilisés fin avril.

Dans les régions fortement touchées, la plupart des résidents infectés n'ont pu accéder à une hospitalisation, faute de places disponibles. Cette pandémie a mis en lumière le manque de structuration sanitaire nécessaire pour faire face à une telle crise aigüe.

Dans ce contexte, le principe que les établissements sanitaires apportent leur soutien à ces établissements est apparu très naturellement. Les liens préexistants tels que l'intervention des équipes mobiles extrahospitalières ont pu réduire les potentiels impacts de la crise auprès des résidents des EHPAD. La pandémie a constitué un véritable accélérateur, tentant de lever les freins organisationnels et financiers classiquement évoqués.

Ainsi, les professionnels, appuyés par leur Conseil National Professionnel de gériatrie (CNPG) et ses composantes, ont mis très tôt en place des solutions pragmatiques tirées d'expériences passées mais insuffisamment déployées faute de moyens (équipes mobiles, hotlines, astreintes téléphoniques, réseaux avec gardes médicales et paramédicales de territoire). Des équipes se sont ainsi constituées au sein d'un grand nombre de territoires afin de dépister, rassurer, informer, conseiller, etc., les équipes des établissements en difficulté. La plupart du temps constituées d'un médecin et d'une infirmière, elles ont permis d'accompagner les équipes soignantes sur place dans la prise en soin des résidents. Ces équipes ont également été d'un secours indispensable pour conseiller dans les situations de fin de vie.

Dans un grand nombre de territoires, les filières gérontologiques ont su faire preuve d'une grande réactivité afin de faire face à ce fléau épidémique, tout en assurant le suivi habituel, dans la lutte contre les fragilités parfois accentuées par le confinement. Néanmoins, de telles filières n'ont pu être plus efficientes en raison d'un défaut de rapprochement antérieur des secteurs médicosociaux et sanitaires.

La question de renforcer, mentionnée dans le manifeste en 15 mesures du CNPG, se posera de façon cruciale dans l'après-crise, en particulier pour le lien EHPAD, si le modèle actuel d'accompagnement de la dépendance n'est pas amené à évoluer.

En effet, au regard des leçons à tirer des conséquences sanitaires de cette crise, ce modèle doit acquérir l'efficience nécessaire sur un plan sanitaire. Il convient de rappeler que l'important niveau de dépendance des 725 000 résidents d'EHPAD n'est pas une conséquence de l'âge, mais résulte des 7 à 8 affections chroniques qui caractérisent le profil moyen de leurs soins. Ce qui les rapproche, pour un nombre significatif d'entre eux, des besoins des patients soignés en Unités de Soins de Longue Durée.

Cette crise nous interroge donc sur les modèles de lieu de vie non domiciliaires du futur à concevoir entre l'EHPAD « hors les murs », les résidences services, les résidences autonomie et l'actuel modèle de soins de longue durée ? La parole des professionnels de santé du Grand Âge, ainsi que celle des personnes concernées, trop longtemps mise de côté, méritent ainsi de reprendre une place centrale dans les processus de décision et de gouvernance.

La ville, un territoire à décloisonner pour mieux accompagner le vieillissement

Frédéric Erzen, *Directeur Général des services, Mairie de Saint-Mauret*

Chacun des acteurs des États généraux ont à cœur de le dire, toutes les conséquences de la grande transition démographique que nous connaissons n'ont pas été tirées. Bien que les enjeux soient connus, nous observons une certaine inadaptation des politiques publiques. Celle-ci résulte d'un imaginaire issu de notre héritage nataliste. Pourtant, on ne saurait sérieusement parler de *séniorisation* de la société que si l'on s'assure que les personnes âgées bénéficient de politiques globales et inclusives.

Parmi les acteurs incontournables, il faut compter avec les collectivités. Celles-ci, malgré les efforts des acteurs de terrain relayés par le législateur, restent encore trop prudentes face au champ des possibles. Puisque la *séniorisation* ne sera une réalité que si elle se structure autour des bassins de vie, des territoires, c'est bien à leur implication qu'il faut s'attacher.

Les collectivités sont des acteurs déterminants de l'accompagnement du vieillissement, mais elles le sont surtout au prisme des aides à l'autonomie et à la dépendance. Les moyens alloués reflètent une réalité qui est celle d'une approche par d'aides directes et sociales, sans stratégie couvrant le continuum vieillissement/autonomie/dépendance. Les moyens alloués restent limités : ainsi, les dépenses des collectivités locales s'élevaient en 2015 à 192,3 Md€, dont 36 Md€ dédiées à la jeunesse, entendue dans un sens large, pour 5,8 Md€ consacrés à l'APA (à peine plus que la gestion des déchets). Pire, les dépenses des communes consacrées à cette question sont encore plus modestes : 242 millions en 2018 contre 3 Md€ pour la petite-enfance.

Pour répondre à l'objectif stratégique de porter une grande politique de *séniorisation*, la contractualisation entre tous les acteurs (institutionnels, associatifs, etc.) est la réponse la plus appropriée. Cette technique, familière aux collectivités, pensons au contrat de ville, permettrait, à l'issue d'un diagnostic territorial, d'identifier les spécificités locales (santé, situation sociale, mobilités, logement, loisirs, sécurité, etc.) puis de proposer des réponses opérationnelles afin d'améliorer les conditions du vieillissement. Ces dispositifs, évaluables grâce

aux indicateurs retenus lors du diagnostic, permettent d'optimiser les ressources et d'inscrire l'action dans la durée. Sans être budgétivore, un tel « Contrat territorial de génération » serait propice à stimuler les énergies, créer des synergies et à bousculer les frontières invisibles entre les administrations.

Afin de garantir leur succès, ces contrats territoriaux doivent bénéficier d'une gouvernance partagée, mais nécessitent néanmoins un pilote chargé de l'élaborer, puis de l'animer. Les maires, ou les présidents d'EPCI, en fonction du bassin de vie retenu, ont une vocation naturelle à en porter la responsabilité, comme ils le sont en partenariat avec d'autres acteurs dans différents domaines.

Fédérer tous les acteurs et former une gouvernance partagée introduirait un changement profond, capable de consolider le pacte républicain en réintégrant tous les Français, quel que soit leur âge, dans l'espace politique.

➢ Faire coopérer les acteurs

Réinventer la relation entre le public et le privé
Lamine Gharbi, *Présidente Fédération de l'Hospitalisation Privée FHP*

Nous obliger à sortir de nos zones de confort pour repousser les limites du possible : telle est sans doute l'une des rares leçons positives de la crise sanitaire que nous vivons. Créer des lits de réanimation en moins de 48 heures, organiser un partage solidaire des ressources humaines et matérielles entre les régions, préserver l'humanité de la relation de soins même sous la vague : des pratiques, des innovations, des modes relationnels nouveaux ont émergé dans les établissements de santé, souvent avec l'appui des nouvelles technologies numériques. Il ne faut pas les laisser perdre.

Ainsi, après des débuts laborieux, une véritable coopération s'est mise en place entre le secteur privé et le secteur public pour lutter contre le virus. Les considérations de statut ont cédé le pas à des logiques de missions de service public, portées par tous les acteurs. Cette réinvention de la relation entre le secteur public et le secteur privé, mue par l'urgence, doit être pérennisée, car elle constitue la seule voie possible pour bâtir le système de santé de demain. Nous devrons prendre garde aux vieux réflexes de repli sur soi.

Les États Généraux de la *séniorisation* de la société se veulent disruptifs. Dans ce cadre, replacer la prise en charge des séniors dans une approche pleinement collaborative des acteurs sanitaires comme médicosociaux dans les territoires est plus qu'une perspective fructueuse : cela doit devenir une évidence. Aujourd'hui pourtant, notre système de santé fonctionne encore largement en tuyaux d'orgue, au détriment d'un parcours fluide et cohérent pour celles et ceux ayant besoin de soins.

Il convient de sortir des carcans statutaires, mais aussi organisationnels : dans de nombreux territoires ruraux, le vieillissement de la population et une faible démographie médicale imposent de trouver ensemble des solutions concrètes autour d'un maillage de soins cohérent. Doivent émerger, par exemple, des structures de santé « hors les murs » des établissements, proposant une offre de soins large, avec l'appui de professionnels de pratiques avancées, et répondant pleinement aux besoins.

Les prises en charge ont évolué, notamment pour les plus âgés d'entre nous. L'organisation au service de la population, en particulier des séniors, autour de filières de soins de médecine polyvalente et gériatrique, supposent des passerelles entre les secteurs. Ainsi, plus de 70 % des séjours au sein des établissements privés de soins de suite et de réadaptation proviennent de patients de l'hôpital public.

De nombreux enjeux concernant les séniors méritent d'être davantage investis, par le privé comme par le public. La prévention primaire tout d'abord : les établissements de santé sont trop peu investis dans ce sujet majeur, il est vrai, fort peu valorisé. Ou encore la valorisation des métiers du soin, notamment des filières et carrières de la médecine interne et gériatrique. Redonner aux jeunes générations l'appétence pour de telles vocations doit être une priorité de société.

La crise sanitaire terrible que nous venons de vivre, plaide pour deux orientations : la confiance à accorder aux collaborations des acteurs de terrain de tous statuts, seule voie pour développer des innovations organisationnelles et médicales utiles aux citoyens ; et la nécessité de mettre ces collaborations au service des aînés et d'une politique ambitieuse de la longévité, qui pose également le cadre éthique d'une dépendance à vivre dans la dignité.

Reconstruire une relation entre médecine de ville et médecine hospitalière au service des citoyens

Gilles Berrut, *Professeur en médecine, Fondateur Gérontopôle Pays de la Loire*

La médecine de ville, en particulier la médecine générale, et la médecine hospitalière ont connu des mutations importantes ces dernières années conduisant à une rupture de la relation quotidienne entre ces pratiques médicales, représentant finalement un désavantage pour les patients.

Progressivement, la tarification à l'activité (T2A) a entraîné de manière indirecte, une vision de l'hôpital comme structure de production de soins et non plus comme lieu d'irrigation du parcours de soins et pôle de ressources sanitaire d'un territoire.

Avec l'intention de faire émerger une médecine de ville autonome, les politiques territoriales menées par les Agences Régionales de Santé (ARS) ont, dans leur grande majorité, désiré que l'hôpital soit confiné dans son rôle de producteur de soins et n'intervienne plus au niveau du territoire, ou seulement dans des champs très particuliers. Cette rupture se voulait être une aide à l'émergence d'une médecine de ville autonome sur le plan sanitaire. Mais la restructuration de la médecine générale d'une pratique solitaire à une pratique pluriprofessionnelle obéit à une cinétique très lente. Souvent, il s'agit du départ à la retraite ou décès d'un médecin généraliste qui permet dans un deuxième temps et après une période de latence plus ou moins longue, l'émergence d'une nouvelle organisation avec des médecins d'une autre génération.

Ce processus de mutation doit s'effectuer dans tous les territoires de proximité, ce qui prendra au moins une dizaine d'années. Simultanément, si l'hôpital est restreint à son rôle de production de soins avec, comme seule relation, le territoire, l'exutoire des urgences pour les situations gériatriques complexes, puis le retour à domicile mal préparé par les hospitaliers, un dispositif d'antagonisme aux torts partagés est alors créé, incapable de construire réellement un parcours.

De la même manière, il a été souhaité des soins ambulatoires hospitaliers, mais aucun dispositif de transition entre l'hôpital et la ville n'a été mis en place, créant des situations de fragilité post-opératoire que les professionnels de ville doivent assumer sans en avoir ni les moyens, ni la reconnaissance, ni même l'expertise pour des chirurgies très spécialisées. Ces professionnels de ville se retrouvent en situation d'assurer des soins postcritiques sans avoir été organisés ou préparés pour cela. Les réseaux de santé qui souvent réduits par les ARS afin d'optimiser les moyens en cassant les dynamiques constituées auparavant, n'ont pas pu jouer le rôle d'amortisseurs de ce retrait de l'hôpital. Les ARS ne sont pas les animateurs qui, non seulement préparent l'avenir, mais également, soutiennent les professionnels à construire un parcours au présent. Leur rôle de contrôleur de gestion, parfois avec mépris pour les acteurs de terrain, a pris le pas sur le rôle d'accompagnant. Cette position des ARS en surplomb du réel, explique, dans cette période d'épidémie, leur incapacité à mobiliser les médecins généralistes pour la poursuite des soins courants, la mise en place de télémédecine, ou encore la participation des médecins au soutien des EHPAD de leur secteur.

Les services de gériatrie hospitalière ont créé par eux-mêmes le numéro d'appel afin de conseiller et aider les EHPAD et les acteurs des autres établissements médicosociaux. Chacun s'est débrouillé avec des bonheurs variables, un peu comme la fabrique des masques, mais à l'échelle du système de santé.

Le pari de la confiance et de la coopération

Serge Guérin, *Sociologue, Professeur INSEEC U*

Le temps du Covid-19 laissera des traces. La crise sanitaire aura également été une crise organisationnelle et une crise logistique. Plus profondément encore, nous avons assisté malheureux et impuissants à une crise de la décision, à une crise de la responsabilité.

Plus encore, cette période a montré les ravages du déni de l'apport de l'autre, les oppositions improductives, délétères et même mortelles entre institutions, entre pouvoirs, entre l'État et les territoires, entre public, associatif et privé, entre sanitaire et médicosocial... Ces engrenages resteront longtemps dans la mémoire collective et dans l'esprit de millions de personnes engagées. La France se caractérise par une défiance pathologique vis-à-vis des pouvoirs comme entre les individus. La crise du Covid-19 s'est nourrit également de ce poison social.

Mais ce moment unique aura aussi révélé des trésors d'initiatives portées par des individus, jeunes ou vieux, des bénévoles aguerris ou saisis par l'urgence, des associations, des artisans, des entreprises locales ou très grandes, des communes, des départements, des régions, etc. L'intergénération du cœur, la nécessité du lien, l'impératif de l'entraide, etc., resteront aussi des marqueurs de l'époque.

Le moment Covid-19 aura également été le temps de l'expression de solidarités minuscules, de coopérations imprévues, des engagements magnifiques… *Toute négation contient aussi une floraison de « oui »*, écrivait Camus dans Noces…

Notre monde est en transition (écologique, numérique, démographique, etc.). Nous allons ainsi vers une transition sanitaire. Elles ne seront possibles que si les acteurs coopèrent, que si le privé et le public jouent le jeu ensemble, que si les bénévoles sont écoutés et parties prenantes, que si les personnels de l'accompagnement sont valorisés et impliqués, que si les publics concernés, par exemple, les séniors et les aînés sont pris en compte, que si les territoires sont respectés…

En un mot que la confiance soit plus présente, réduisant les coups et les coûts du contrôle pour ouvrir les marges de l'initiative et de la créativité. Alors du clair-obscur sortira peut-être un monde plus bienveillant…

Les organismes de protection à l'action sociale : une mobilisation de tous les acteurs pour et avec les aînés !

Éric Sanchez, *Directeur de la valorisation et des initiatives sociales AG2R La Mondiale*

En tant que Groupe de protection sociale, nous voyons bien combien nos sociétés modernes et démocratiques sont fragiles, et combien le besoin de protection est grand dans tous les domaines.

Le risque est accepté en théorie, au nom de la liberté, mais il s'arrête souvent aux portes de chacune et chacun. Que ce soit dans le domaine de la santé, du parcours de vie, dans sa dimension sociale, mais aussi d'habitat, les séniors ont, comme tout individu, envie que les solutions proposées soient personnalisées, respectueuses de leur parcours de vie et ajustables dans la durée.

La réponse technologique actuelle et le numérique ont montré leurs limites en temps de crise du fait de la pénétration insuffisante et du décalage avec des catégories de séniors dont l'appétence pour la « chose » numérique est loin d'être acquise.

Une réponse de proximité et de modification pérenne pourrait être, avec notre accompagnement, l'émergence d'un réel métier de l'accompagnement à domicile, avec de nouvelles compétences afin d'être aux côtés des personnes.

Cela pourrait aller du tiers de confiance pour les actes administratifs, en passant par l'accompagnement concret à l'appropriation des nouvelles technologies, mais également à une forme de « coaching santé » sur la nutrition et l'activité physique adaptée.

Tout cela, imbriqué dans une relation sociale quotidienne, pourrait rendre beaucoup plus réaliste et concrète cette volonté, souvent farouche de vivre à domicile.

Pour permettre progressivement que, dans un logement adapté et évolutif, une personne ou plusieurs conservent pleinement leurs capacités et leur ouverture sur le monde, lorsqu'elles le souhaitent.

Accompagner les différentes initiatives, les aider à se structurer et y consacrer des moyens pourquoi pas en mécénat de compétences, serait éventuellement une clé.

Inscrire dans un cadre légal ou réglementaire – et c'est un paradoxe apparent – que les initiatives hors cadre doivent être vues avec souplesse ; à défaut nos systèmes verticaux sont bien trop lents à réagir. Car le modèle de l'agence nationale qui fait tout et pense à tout, ne peut tenir face à la pluralité des situations et à leur complexité.

Nos Groupes charpentés sur ces territoires sont des échelons adaptés pour ce faire, et rendre aux politiques de proximité leurs capacités d'agir, notamment les mairies ; ce qui serait un gage d'efficacité.

En ce sens le soutien habile et agile aux différents acteurs de proximité, du type Siel Bleu envers les publics vulnérables, est également une voie à explorer.

En considérant la santé comme un bien immatériel et précieux, à investir pour un monde durable et tenable, d'autres approches sont alors possibles, plus respectueuses notamment de nos interactions avec la Terre.

En imaginant les sorties de crise et en pérennisant les solutions devant perdurer sur cet accompagnement du vieillissement, il nous faudra penser que, si l'humain a fait de grands progrès technologiques, la dimension psychologique, collective ou individuelle, n'a pas suivi le même chemin.

Puisse cette initiative, prise par des femmes et des hommes de bonne volonté, permettre, avec sagesse, de réellement apprendre à vivre ensemble, et surtout à faire ensemble.

➢ Porter la solidarité

Qu'est-ce qu'être solidaires avec les aînés ?

Jean-François Serres, *Référent National Groupe associatif Monalisa, Conseiller au CESE*

Face à la crise, le maintien des relations et la solidarité avec les personnes fragiles ont été décrétées par le gouvernement, comme vitales pour le pays. Tirons les conséquences de cette prise de conscience, assumons l'évidence : nos systèmes de protection s'effondreront sans un environnement sociétal qui produise de la bienveillance et de l'entraide pour les plus fragiles.

Trois principes majeurs

Il s'agit d'un changement de paradigme consistant à placer la valeur républicaine de fraternité au centre des politiques à venir. Il se décline en trois principes majeurs :

L'importance des relations interpersonnelles engagées et gratuites.

Les relations interpersonnelles engagées et gratuites produisent de la protection (je peux compter sur quelqu'un, donc j'ai un recours en cas de difficulté ou de danger), de la reconnaissance (je compte pour quelqu'un, donc je sais que j'ai une utilité qui donne sens à ma vie et à ma place avec les autres) et de la participation (quelqu'un compte sur moi, donc son attente entraine ma participation à la société). Pour les cultiver et les renforcer, il est central de promouvoir des dynamiques collectives d'engagement.

Ces relations se développent dans un environnement qui les nourrit et qu'elles nourrissent. L'approche individuelle qui prévaut en dominant nos pensées et nos propositions doit faire place à une approche visant à développer le pouvoir de décider, d'agir et de vivre ensemble. Les dynamiques collectives diffusent durablement la culture de l'engagement dans le corps social.

Porter une vision « écologique » de la mobilisation contre l'isolement.

Il est essentiel de passer du pilotage de dispositifs à l'impulsion et à l'animation d'écosystèmes d'acteurs coopérant sur les territoires. La logique ascendante de l'organisation de ces écosystèmes, leur diversité, l'horizontalité de leurs relations, leur ouverture, sont autant de garanties de pertinence et d'effectivité en termes de lutte contre l'isolement social.

Trois propositions phares

Je propose une politique contre l'isolement social, se nourrissant et nourrissant les valeurs de fraternité républicaine, autour de trois propositions phares, expérimentées par la démarche de mobilisation contre l'isolement des personnes âgées (Groupe associatif Monalisa) :

Mailler le territoire « d'équipes citoyennes pour le lien social » : Une équipe citoyenne pour le lien social est un « commun social de voisinage », inclusif où se créent des relations réciproques entre habitants, et où se forment des projets de proximité pour les liens sociaux, ouverts, fondés sur le partage des idées, des capacités et des expériences, du temps et des ressources.

Instituer dans tous les bassins de vie des « tables de la fraternité » : Ces coopérations d'acteurs, initiées et portées par eux-mêmes, répondent aux principes d'une vision « écologique » de la question sociale. Cette coopération entre acteurs divers permet la complémentarité entre les professionnels du champ sanitaire, social et médicosocial, ainsi que l'engagement de la société civile de se concrétiser, de se travailler et de s'inventer.

Faire du lien social et de la solidarité de proximité une priorité politique majeure du gouvernement : Cette politique de mobilisation appuyée sur le trépied (solidarité/santé, appui aux engagements et à la vie associative, cohésion des territoires) consiste à mettre en œuvre les infrastructures sociales adaptées au déploiement de la fraternité et des équipes citoyennes pour le lien social. Sur des principes de subsidiarité et de coconstruction, elle apporte aux acteurs les ressources et le réseau, afin de se développer et durer.

Comment accompagner les retraités populaires ?

Mario Bastone, *Directeur Général Foncière Médico-Sociale Logévie*

Le départ à la retraite est toujours une épreuve et un tournant. Il l'est encore plus pour les salariés issus de classes populaires peu préparées à se projeter vers l'après et sans pu épargner. Leurs carrières professionnelles, parfois hachées, et leurs emplois, parfois physiquement pénibles, ont participé à une dégradation plus rapide de leur état général. Peu de ces futurs retraités pratiquent des activités culturelles, de plaisir ou ludiques : tout ce qui fait l'attrait d'une retraite plaisante et équilibrée.

La préparation à la retraite

Chaque entreprise doit proposer à ses salariés un programme de préparation au départ à la retraite, gratuit et sur le temps de travail, 1 à 3 ans avant le départ effectif. L'objectif est d'aider le futur retraité à organiser sa vie après l'entreprise en l'incitant à prévoir ce dont il aura besoin ou à se projeter dans ses journées sans travail.

Pour ce faire, des conseils sur l'aménagement du logement, des informations sur des activités proposées dans la ville, des aides au retour dans son village d'origine, etc., pourraient être diffusés.

La prévention santé

Les personnes âgées issues de classes populaires sont très difficiles à aller « chercher » dès lors qu'elles ont quitté l'univers de l'entreprise. Il faut donc profiter de l'opportunité d'avoir « sous la main » les futurs retraités et leur donner les informations et l'accompagnement nécessaire à une bonne prévention santé. La médecine du travail doit se saisir de ce sujet.

L'accompagnement à domicile

La mise en place d'un accompagnement à domicile arrive trop tardivement, les retraités populaires n'ayant pas la connaissance des réseaux et des circuits administratifs habituels. Il s'agit de s'appuyer sur les contacts réguliers de ces derniers afin de les aider à choisir la bonne formule : médecin généraliste, pharmacien du quartier, gardien de l'immeuble, etc., et bien évidemment, la famille.

Par ailleurs, l'aide à domicile doit être moins formatée : par exemple, fournir plus d'aide au traitement de documents administratifs et moins au ménage, etc.

L'accueil en établissement ou résidence adaptée

Le coût de l'hébergement peut être un frein à l'accès à ce type d'hébergement, mais il l'est surtout pour la famille. Pour la personne âgée elle-même qui n'a pas l'habitude de s'éloigner de son domicile et de ses habitudes, la grande difficulté est de se projeter dans un univers totalement inconnu et particulièrement anxiogène, sans repère de la vie courante certes modeste mais sécurisante.

Il faut donc proposer un hébergement à la souplesse nécessaire permettant au sénior d'origine modeste de s'adapter progressivement à son nouveau rythme de vie, aux animations qui doivent être moins formatées à des temps de retour dans sa famille et/ou son quartier pour atténuer la brutalité du basculement.

Il est nécessaire de proposer une sortie progressive du logement inadapté vers un lieu de vie plus adapté, mais avec le nécessaire temps d'adaptation. Pour ce faire, des petites unités d'accueil de jour au cœur des quartiers d'habitat populaire doivent être développées afin de permettre un départ progressif du logement. Ces lieux d'accueil ne peuvent être que gratuits, pour un temps donné, la personne âgée ne pouvant cumuler le coût de deux lieux de vie.

Tout le processus se résume en pédagogie, prévention, adaptation, afin d'éviter la rupture brutale pour des séniors de classe sociale modeste, peu préparés, ni aidés à réadapter leur parcours de vie.

Mobiliser l'économie sociale et solidaire pour mieux accompagner !

Jean Gatel, *Ancien Ministre de l'Économie sociale et solidaire*

L'Économie sociale a dans ses gènes, pour les trois familles qui la composent, des valeurs de solidarité et d'utilité sociale. Il s'agit donc d'un élément essentiel du système de protection sanitaire et social, hélas souvent sous-estimé et ignoré. Les mutuelles ont une longue tradition d'entraide face aux risques de la vie : maladies, chômage, décès, etc. Pendant très longtemps, elles ont été le seul rempart des personnes modestes. La création de la Sécurité Sociale en 1945 – protection sociale obligatoire – leur a donné la possibilité de se positionner sur le champ d'une protection sociale complémentaire, sur un rôle de prévention, et surtout dans la gestion d'équipements hospitaliers, de centres de santé ou de maisons d'accueil spécialisées. Confrontées au désengagement de la protection obligatoire au nom de pseudos économies à réaliser alors que le manque de recettes asphyxie la sécurité sociale, et à la concurrence de sociétés privées proposant des assurances médicales à la carte, les mutuelles couvrent plus d'un Français sur deux et sont recentrées désormais sur leur rôle de couverture complémentaire des soins.

Une autre famille de l'économie sociale et solidaire est en première ligne sur les combats pour une solidarité active et intergénérationnelle (associations dites gestionnaires) possédant les établissements et les personnels. Le mouvement associatif joue un rôle déterminant dans le lien social. Le nombre de salariés dans l'ESS est estimé à 2,4 M, dont 2 M dans le secteur associatif sous toutes ses formes. Parmi ce fourmillement associatif, le secteur sanitaire et social est prépondérant. Beaucoup d'EHPAD ou d'établissements pour personnes âgées sont gérés par le mouvement associatif dont le statut impose la non-lucrativité.

La part des associations dans la gestion des EHPAD est passée de 70 à 25 % en 20 ans. Ce constat est le résultat d'une politique d'austérité budgétaire, catastrophique pour ces établissements, qui les a obligés à pratiquer des coupes sombres sur leurs dépenses de personnel ou de matériel. Malgré ces efforts, de nombreuses associations ont dû arrêter leur activité et laisser la place au secteur privé lucratif dont le but principal est la rentabilité à tout prix, au détriment de la sécurité sanitaire. Ce racket est indigne d'une société comme la nôtre. Par conséquent, il importe de revoir la politique de gestion de ces établissements en les remettant entre les mains de structures tournées vers la solidarité active et la non-lucrativité.

Le même constat peut être fait pour le problème fondamental du maintien à domicile des personnes âgées. Pour ce faire, il y a lieu de répondre à tous les besoins nécessaires : restauration, soins infirmiers, aides diverses, services appropriés. Tout cela, le secteur associatif sait le faire et le fait, vigilant sur la qualité du service et la nécessaire qualification du personnel. Encore faut-il l'associer dans la coconstruction de politiques publiques appropriées. De ce fait, toute la conception du rôle des associations dans la vie sociale est en débat. Pour cela, l'État doit revoir complétement sa politique vis-à-vis du monde associatif, à la fois sur le plan fiscal et sur le plan financier. Il faut aider les associations à se doter de fonds propres, à accéder au marché bancaire plus facilement, et à être financées par de l'épargne de proximité.

Il serait réducteur de répondre à une nécessaire redéfinition d'une politique en direction des personnes âgées par le seul prisme des associations, mutuelles… Je me dois de parler de certaines initiatives prises sous forme juridique de coopératives, en particulier dans le domaine du logement ou du transport. Il nous faut lutter sans cesse contre l'individualisme érigé en dogme et retrouver le sens, le devoir du collectif… Il en va du sort de notre société.

Financer la perte d'autonomie entre solidarité et assurance

Jean-Manuel Kupiec, *Conseiller du Directeur Général OCIRP*

Contexte

Il s'agit d'un vrai défi auquel la France n'a pas à ce jour réussi à trouver le bon « modèle économique ». La perte d'autonomie est un enjeu de société avec l'augmentation de l'espérance de vie.

De la loi ASV au rapport de Monsieur D. LIBAULT, les enjeux financiers ne sont pas traités de façon pérenne. Le modèle Français repose sur le financement de la perte d'autonomie par la solidarité des départements en faveur des personnes bénéficiaires de l'APA qui passeront de 1,4 million à 2,3 millions à l'horizon 2060. Cette solidarité repose sur le financement des départements et le rôle de péréquation effectué par la CNSA, mais cette prise en charge est insuffisante et les familles abondent de 10 millions d'euros pour un coût global de 45 millions d'euros en incluant l'aide des familles sans valoriser le temps passé par les familles. Ceci représente 1,41 en point de PIB qui passerait à 2,58 en 2060. Cette solidarité publique s'accompagne de solidarité privée (caisse de retraite, etc.) mais reste insuffisante face à L'ampleur du financement.

L'Assurance autonomie

L'Assurance repose sur deux principes fondamentaux, l'aléa et la mutualisation du risque (assurer un grand nombre de personnes). Les Français sont favorables à plus de 65 % pour ce que ce risque de perte d'autonomie soit pris en charge par la solidarité nationale complète, par une invitation à une assurance complémentaire et non substitutive à la solidarité nationale.

Une cotisation d'un euro par jour à partir de 40 ans semble tout à fait acceptable. Le risque repose sur un modèle multi-états : la loi de mortalité des personnes valides, les lois d'entrée en perte d'autonomie (totale ou partielle), la loi de survie des personnes âgées en perte d'autonomie.

Vers des préconisations

Une assurance perte d'autonomie obligatoire à partir de 40-45 ans.

Une solidarité nationale renforcée pour les personnes les plus sévèrement touchées par la perte d'autonomie (GIR 1 et GIR 2).

Une prise en compte par les entreprises du besoin d'aide pour les aidants familiaux en activité.

Progresser vers une conception globale de l'autonomie, article 13 de la loi du 12 février 2005 (personnes âgées, personnes handicapées).

Tendre vers l'élaboration d'une grille commune de critères d'évaluation de la perte d'autonomie (articulation entre APA et assurance).

Réfléchir à une nouvelle labellisation des contrats.

Renforcer la prise en compte des aidants (Assurance aidants-aidés).

La mise en œuvre de ces préconisations passe par un partenariat public/privé.

POUR UNE SOCIÉTÉ INCLUSIVE ET ADAPTÉE :

Aux lieux de vie, aux besoins et aux usages

➢ Valoriser la *séniorisation* de la société

Pour contribuer à la loi Grand Âge et valoriser la « voix » des aînés en institution
Vasken Meldonyan, *Directeur Général Association Arménienne d'Aide Sociale*

Rapprocher les différents acteurs du sanitaire, du social et du médico-social, décloisonner les secteurs PA-PH, concrétiser une véritable filière gériatrique territoriale, créer les conditions d'une transition douce domicile-institution, promouvoir efficacement la bientraitance, révolutionner le rôle et la perception des autorités de tutelle, repenser les circuits de financement… Comment articuler et donner vie à tous ces enjeux pour qu'ils ne soient plus des serpents de mer déclinés à longueur de colloques et de rapports divers liés au vieillissement ?

La crise sanitaire du Covid-19 qui déstabilise l'ordre mondial et nos sociétés européennes alimente d'innombrables polémiques parfois légitimes mais souvent stériles. Néanmoins, elle a également impulsé de formidables initiatives solidaires, en jouant le rôle de catalyseurs de rencontres, de dialogues, de partage ; elle contribue à faire tomber certaines barrières en bousculant l'ordre établi, afin de venir en aide notamment aux personnes âgées parmi celles qui en ont le plus besoin. Cet accélérateur de particules citoyennes et institutionnelles ne pourrait-il pas nous inciter, une fois le tsunami passé, à modifier nos perceptions respectives pour appréhender la *séniorisation* de la société comme une chance pour notre pays, plutôt qu'un poids incommensurable, une charge qui ne fait que grever chaque année davantage l'ONDAM ainsi que les dépenses sociales des départements ou, pire encore, un « 5ème risque » béant qu'on ne parviendra à financer qu'avec des sacrifices douloureux.

Même et a fortiori en institution, le sénior demeure une personne qui conserve a minima une expertise : celle de son projet de vie. Il faut simplement créer les conditions favorables à ce qu'il se réapproprie ce droit légitime. Cela passe par des solutions simples comme celles évoquées plus haut d'une transition sereine entre les différents modes d'accompagnement quand survient la perte d'autonomie : du domicile à l'institution « soft » en commençant à fréquenter un PASA ou un accueil de jour, puis de nouveau de l'institution vers le domicile pour enrayer le caractère inexorable et définitif du « placement ».

Les chartes des droits et libertés institutionnelles sont indéniablement importantes. Néanmoins, au-delà de leur valeur déclarative, devons-nous, par exemple, continuer à appeler Monsieur Dupont et à vouvoyer une personne que nous côtoyons tous les jours depuis 10 ans dans un EHPAD ? Nous ne nous comporterions pas ainsi dans la vraie vie, avec un voisin ou un collègue de bureau. Alors évidemment, il faut faire preuve de discernement en fonction des personnalités concernées et de nos affinités électives, mais pourquoi ne pas nous décomplexer dans nos relations ?

Dans un autre domaine, la gestion de l'afflux des cas de Covid a poussé les hôpitaux et les services d'urgence à mobiliser davantage des équipes mobiles, à créer des passerelles, des services d'astreinte et de téléconsultation pour réguler et tenter d'aider la détresse du secteur médico-social. Les EHPAD en particulier avec leur population fragile et exposée se sont retrouvées sur une ligne de crête afin de communiquer vis-à-vis des familles : comment les sensibiliser à une culture palliative alors qu'exacerbées par le confinement ?

Sur le terrain, ces situations ont provoqué assurément des échanges qui ont enrichi la connaissance mutuelle des acteurs du domicile ou des EHPAD avec les médecins du SAMU ou du SMUR, par exemple, la nécessité de soutenir le discours de l'institution vis-à-vis des familles : en se chargeant au cas par cas des annonces de diagnostic, voire de décès.

Si un tel dialogue est possible en plein cœur de cette crise d'une ampleur inédite, l'espoir est permis pour refonder un système de soins dans lequel la personne est libre et maître de son parcours de vie et de santé.

Quelles pistes pour valoriser les séniors et développer la prévention ?
Laurent Piolatto, *Délégué Général Lire et Faire lire*

Faut-il valoriser les séniors parce qu'ils seraient aujourd'hui démonétisés ?

Nous faisons le constat qu'ils ne jouissent plus du respect qui leur est dû. Or, demandent-ils que nous les valorisions ou bien avions-nous mauvaise conscience du sort que nous leur réservons ? Ou voulons-nous prévenir de vivre une situation qui nous semble peu enviable ?

Proposons d'abord de ne pas être excluant. Il s'agit d'inclusion dont les séniors et le reste de la société ont besoin. Suggérons des pistes d'inclusion en termes professionnels pour les jeunes séniors, d'habitat et d'accessibilité, de mode de vie, par exemple, sur les espaces et les pratiques de loisirs.

Privilégions de le faire ensemble plutôt que de destiner à telle ou telle tranche d'âge des équipements qui renforcent les ségrégations.

Ce qui est à valoriser sont des aptitudes, des savoir-faire, des compétences que détiennent, notamment ces séniors. À côté, il n'y a pas de raison de cantonner aux communes rurales l'appel aux compétences des retraités pour favoriser le développement économique d'un territoire.

Au Japon, des maisons des aînés existent, des centres de ressources et lieux d'échange entre demandes de services et offres de savoir-faire. Pourquoi ne pas faire animer de telles maisons par des aînés qui en seraient le cœur, mais en les ouvrant à l'ensemble de la communauté locale ? Tout cela doit être facilité en favorisant le don de temps. Le bénévolat des séniors est aujourd'hui essentiel à la vie associative. Et s'il venait à être concurrencé par la nécessité d'activités économiques en complément des pensions, d'innombrables services sociaux, culturels, sportifs, etc., seraient impactés. Le principe des Accorderies avec le Chèque Temps semble une bonne piste pour gérer ce don de temps, qui pourrait être généralisé.

Nous avions précédemment le sentiment que c'était l'adolescence qui s'étirait. C'est aujourd'hui la séniorité. L'avantage c'est que le premier âge de cette période de notre vie doit nous permettre de mieux préparer la seconde. Faire le pari qu'un sénior actif est mieux armé pour le Grand Âge reste raisonnable.

Durant ce temps de prévention, il semble essentiel de maintenir le lien social et de conserver le sentiment d'utilité sociale. Ce sont les activités de rencontres, d'accompagnements et de relations intergénérationnelles qu'il faut favoriser.

Le succès de Lire et faire lire, l'initiative d'Alexandre Jardin avec la Ligue de l'enseignement et l'UNAF (Union Nationale des Associations Familiales) permet à 20 000 séniors de partager le plaisir de la lecture avec les enfants, s'appuyant sur cette envie de transmettre et d'exercer son rôle de citoyen. Être un citoyen engagé est, entre autres, un des meilleurs remèdes à la solitude et la dépression.

Enfin, et même si cela semble paradoxal d'en faire une priorité, la formation tout au long de la vie doit être pour les séniors un moyen de prévenir les risques du Grand Âge. Une formation qui ne peut être élitiste mais qui ouvre culturellement à de nouveaux horizons.

Valoriser enfin l'emploi de sens pour une société de la bienveillance

Myriam El Khomri, *Ancienne Ministre du travail, rapport 2019 - Métiers du Grand Âge*

Le rapport que nous avons remis à la Ministre des Solidarités et de la Santé (octobre 2019) posait un diagnostic précis, grâce à un travail collectif exigeant, et formulait des propositions tout à la fois systémiques et très concrètes. Rien ne sera possible sans assurer, de meilleures conditions d'emploi et de **rémunération** aux personnels concernés. Pour cela, des engagements très précis doivent être pris :

- L'ouverture de 18 500 postes supplémentaires chaque année jusqu'en 2024 ;
- La revalorisation salariale et la remise à niveau immédiate des rémunérations inférieures au SMIC dans les grilles des conventions collectives à domicile en tenant compte de l'impact financier associé dans la tarification pour les conventions collectives soumises à agrément ;
- L'équipement en véhicules des soignants à domicile, à travers la négociation d'une offre nationale compétitive menée avec nos constructeurs nationaux.

Cette question doit s'accompagner parallèlement d'une action très volontariste afin de réduire la sinistralité de ces métiers et d'améliorer la **qualité de vie** au travail des personnels. Nous préconisons :

- De réduire d'un cinquième la sinistralité des métiers d'aide-soignant et d'accompagnant d'ici à fin 2024 par l'élaboration d'un programme national de lutte contre la sinistralité dans le cadre de la branche AT-MP de l'assurance-maladie, doté de 100 millions d'euros ;
- L'instauration systématique de temps collectifs (4 heures par mois) pour les équipes à domicile et celles des EHPAD.

En outre, la question de l'attractivité devra être traitée par la modernisation de l'image de ces métiers et des **formations** y menant, pour répondre à l'enjeu du vieillissement de la population, du *turn over* et des départs à la retraite de nombreux professionnels dans les 5 prochaines années. Il s'agit de plus de 350 000 aides-soignants et accompagnants qu'il faudra former dans les 5 prochaines années (70 520 par an, soit le double des flux actuels d'entrée en formation. Afin d'y contribuer, nous préconisons :

- La gratuité systématique de la formation à ces métiers (hors frais d'inscription) quelle que soit la situation du candidat ;
- Supprimer toute régulation quantitative pour l'entrée dans le métier d'aide-soignant ;
- La rationalisation et la réduction drastique de l'éventail des diplômes reconnus ;
- La fixation à 10 % du seuil de diplômes octroyés par la voie de l'alternance ;
- La fixation à 25 % du seuil de diplômes délivrés chaque année dans le cadre de la VAE ;
- L'accès à une formation spécifique en gérontologie pour tout professionnel en exercice ;
- Favoriser la modularité des formations et la polyvalence entre les établissements et le domicile.

Enfin, comme l'ensemble du monde du travail connaissant de puissantes **transformations organisationnelles** et managériales, le secteur doit s'ouvrir à toutes les innovations possibles en la matière et, notamment :

- Soutenir et évaluer les démarches innovantes dans le champ de l'organisation du travail ;
- Reconnaître l'intérêt de la pratique avancée en gérontologie.

Toutes ces mesures, pour être mises en œuvre efficacement, nécessitent la mobilisation des **financeurs**, afin de garantir la mise à disposition des ressources suffisantes, et la **coordination** des différents acteurs, dans le cadre de plateformes départementales des métiers du Grand Âge, notamment chargées de développer un guichet sur les questions de recrutement.

Une société civilisée, fondée sur la bienveillance reste plus que jamais à bâtir.

Quel droit pour les aînés à redevenir acteurs et citoyens de leur « droits » ?

Corinne Daver, *Docteur en droit, Avocat directeur associé Fidal Paris – Responsable Pôle santé Spécialisée en droit de la santé*

D'ores et déjà, le constat reste amer, car se poser la question implique qu'ils ne le seraient plus, et si tel était le cas, pour quelles raisons ? Quel que soit son âge, son état de santé, sa dépendance ou son éventuelle situation de handicap, son lieu de résidence, établissement de santé, structure médicosociale, ou tout simplement chez « soi », chacun d'entre nous dispose des mêmes droits.

Être vieux n'y change rien. Et c'est être heureux. Mais telle est la théorie. Car un « droit », que vaut-il s'il n'est pas effectif, si la personne ne peut décider, en capacité, d'en user ou non et si besoin de le faire respecter ? Alors, dans un État où le droit à l'égalité pour tous a une signification, même si cela implique un prix récurent à payer pour un combat qui perdure, pour quelles raisons nos aînés devraient-ils partir aujourd'hui dans la reconquête de leurs droits d'être acteurs et citoyens de leur vie ? Peut-être simplement, avons-nous oublié qu'ils disposaient de ce droit ?

Être vieux et acteur de « ses » droits, n'est-ce pas juste bénéficier de l'assurance que les droits dont on dispose tous, pourront être exercés, revendiqués, au même titre que tout autre sans distinction d'âge ? Protéger au sens juridique, ce n'est pas faire « à la place ». Décider à la place d'autrui suppose des situations où le magistrat devra prendre une telle décision dans l'intérêt exclusif de la personne. La situation n'est pas rare mais reste une exception au principe. Protéger n'est-ce pas alors accompagner *bien avant* d'entrer dans le Grand Âge ? Or, cela suppose d'informer, de communiquer préalablement afin de responsabiliser chacun de nous sur nos droits et leurs conditions effectives jusqu'au bout de la vie.

Pour le Grand Âge exister, c'est notamment avoir toujours le droit de prendre des risques pour soi. Or, la seule acception du risque va dépendre de la personne qui l'évalue et de ses propres prismes. Dans la relation patient/soignant, des outils au service du respect du droit au choix, comme celui de refuser des soins ou de les interrompre, ont été mis en œuvre précisément pour recueillir la volonté préalablement à toute éventuelle altération des facultés de discernement : de la personne de confiance, aux directives anticipées, en passant bien évidemment par le mandat de protection future, ou encore l'habilitation, etc. Mais ils supposent en général *l'anticipation*.

Les professionnels de l'accompagnement des aînés, en établissement comme au domicile, les ont intégrés dans leurs pratiques, mais les bénéficiaires les plus âgés aujourd'hui de ces mesures n'ont pas tous eu la capacité d'appréhender ces outils suffisamment en amont. Être acteur dans ses choix de vie, implique également d'être conscient des conséquences potentielles très difficiles pour les proches et les aidants. Si la question des aînés à redevenir ou non « acteurs » de leurs droits ne se pose pas, l'équilibre reste à trouver : les outils à adapter, la création de nouveaux métiers comme un référent de la filière de soins à creuser très sérieusement, afin d'assurer entre autres, dans la cohérence, l'équilibre entre la volonté exprimée, recueillie, et l'organisation des interventions des professionnels du soin, en connaissance de la place des accompagnants.

Cette loi Grand Âge doit intégrer la réaffirmation des droits et conforter/créer des outils pour garantir leur effectivité et le respect des libertés de chacun. Elle doit reposer absolument sur une politique de communication et d'information adaptée et à destination de tous. Cette réforme à venir dédiée au Grand Âge ne doit en aucun cas être stigmatisante et exclusive. Ces droits existent et la garantie de leur effectivité reste à (re)conquérir, avec bienveillance et dans le respect des droits et des libertés de chacun. Cela implique alors en filigrane que tout citoyen, sujet et acteur de ses droits, soit également responsabilisé, sans jamais être déresponsabilisé. Être acteur de ses droits, c'est également demeurer responsable des conséquences de ses choix.

➢ Considérer les spécificités territoriales

Quelle politique de territoire pour assurer le continuum ville/accueil des aînés fragiles ?
Pierre-Olivier Lefebvre, *Délégué Général Réseau Villes Amies des Aînés*

L'avancée en âge complexifie le rapport des individus à leur environnement bâti et social. Ce constat, issu de la parole des aînés eux-mêmes, s'inscrit dans une double dimension : celle des évolutions individuelles liées à la vieillesse et celle des transformations sociétales pouvant exclure un certain nombre de groupes sociaux.

La prévention : un incontournable au bénéfice de la santé des aînés

Les organisations internationales et le monde de la recherche ont unanimement démontré l'influence du vieillissement actif sur l'espérance de vie en bonne santé. Ainsi, en complément des questionnements actuels autour de la prise en charge de la perte d'autonomie, entièrement légitimes, il est fondamental d'insister sur la place de la prévention afin de repousser autant que possible le recours au curatif. Néanmoins, la prévention peine encore à être financée en France en dehors des Conférences des financeurs, qui accompagnent localement la mise en place d'un certain nombre d'actions pertinentes et innovantes, mais néanmoins souvent restreintes au domaine médicosocial s'agissant du champ d'action des acteurs qui les composent.

Pourtant, l'adaptation de l'habitat ou des voiries au vieillissement devrait pouvoir s'inscrire pleinement dans une politique de prévention, dans le sens où il s'agit bien de permettre aux individus de continuer à être actifs et autonomes dans leur territoire de vie tout au long de leur avancée en âge. En cela, les silos persistent dans l'élaboration des politiques publiques malgré des évolutions notables dans le domaine. D'ailleurs dans cet esprit s'inscrivent, entre autres, les Villes Amies des Aînés françaises, dont l'exigence de transversalité nécessite un engagement de l'ensemble des acteurs présents dans les territoires – publics, privés et associatifs – dans toute leur diversité.

La santé inclusive : un levier pour répondre aux grands défis du XXIe siècle

La construction de politiques publiques locales non stigmatisantes et accueillantes à l'égard de toutes les générations constitue un levier important en faveur de la santé telle qu'elle est définie par l'OMS, c'est-à-dire un bien-être physique, mental et social. Considérant qu'une Ville amie des aînés est une ville amie de tous les âges, il s'agit donc, en plus de favoriser la qualité de vie des plus âgés, de répondre aux besoins et désirs de différents groupes sociaux éprouvant également diverses situations de vulnérabilité.

Plus encore, l'adaptation des territoires au vieillissement constitue une opportunité de repenser l'échelle locale. À travers cette évolution de la prise en compte des plus âgés dans les territoires de proximité, il s'agit en effet de réhumaniser les services de proximité et de revaloriser l'accompagnement humain apparaissant comme une réponse incontournable afin de soutenir l'appropriation des transformations sociétales telles que la transition numérique.

De la même manière, le ralentissement du rythme dans une perspective d'économie des forces ainsi que le rapport aux services de proximité et aux circuits courts s'observant chez les générations âgées tendent à effectuer un rapprochement entre défi démographique et défi écologique. En cela, le développement durable ne devrait-il pas être également pensé en lien avec la longévité ? Nul doute que les réponses à ces deux défis majeurs gagneraient à être plus systématiquement croisées, au bénéfice des aînés comme de l'ensemble des classes d'âges.

Mettre en place un dispositif local de suivi et d'alerte de la situation des aînés isolés ? La crise du Covid-19 en montre l'urgence

Valérie Egloff, *Maire-Adjointe Le Havre, Conseillère Régionale Normandie*

Après bientôt 6 semaines de confinement et y avoir répondu dans l'urgence – en tant que collectivité locale municipale grâce à l'organisation rodée du Centre Communal d'Actions Sociales – il est maintenant temps de faire un premier bilan de cette situation et surtout de tirer les premières leçons de cette expérience exceptionnelle…(!)

Nous le savions déjà, en tant que professionnels ou « experts » du sujet du vieillissement, beaucoup de nos concitoyen(ne)s âgés vivent isolés dans un environnement limité à leur domicile et les quelques centaines de mètres aux alentours. Mais en quelques heures, cette situation de confinement a révélé au grand jour cette réalité sociale.

Dans une volonté salutaire de protection des plus fragiles et de freiner la contamination virale, l'état a décidé de restreindre encore cet environnement, condamnant ainsi ces personnes à se remettre entre les mains de la solidarité de voisinage ou celle plus organisée de leur commune.

Dans ma commune, comme dans la plupart des communes françaises, ce sont les Centres Communaux d'Actions Sociales, souvent engagés dans la politique « séniors » qui ont été mandatés pour organiser et amplifier cette vigilance auprès des plus isolés.

En reprenant nos fichiers « canicule » augmentés de la liste des personnes bénéficiant du « colis de Noël », des inscrits aux différentes activités annuelles proposées par la ville, enrichis des listes de locataires fragiles repérés par les bailleurs sociaux, complétés par ceux des syndics de copropriétés, etc. En résumé, plusieurs centaines de personnes sont appelées chaque jour ou sont signalées par l'appel d'une famille éloignée, d'un voisin attentif ou d'un commerçant inquiet.

Les mailles du « filet » sont serrées mais malgré tout, mon inquiétude demeure que, malheureusement, beaucoup trop passent au travers... et soient découvertes des catastrophes, les portes de nouveau ouvertes. Et quand... ?

Cette crise révèle toutes les fractures de notre société, toutes les fragilités humaines et, en particulier, le confinement met en lumière nos inégalités, nos vulnérabilités : isolement social, solitude, mal logement, rupture numérique, désert rural, etc.

Paradoxalement, au sein d'une même organisation prévue pour répondre à l'urgence sanitaire annoncée et attendue, les professionnels de santé du territoire se sont préparés à « faire face », pour finalement au bout de quelques jours, constater que leurs salles d'attentes restaient vides, les rendant inquiets du devenir de « leurs malades chroniques » et presque en « chômage technique ».

Sachant que chaque généraliste possède en moyenne un fichier de 1 500 à 2 000 patients, pareillement pour les pharmaciens, pourquoi ne pas envisager un partage de ces données ? Justement pour resserrer les mailles et pas uniquement pour les plus âgés, mais cela peut également être salutaire pour des plus fragiles physiquement ou psychologiquement et aujourd'hui repliés dans leur confinement.

Il semblerait que quelques règles déontologiques ou commerciales interdisent à ces professionnels d'appeler directement leurs clients alors que cette démarche pourrait sauver des vies.

N'est-ce pas le moment de changer les règles ?

Comment mieux accompagner les aînés dans le secteur rural ?
Jeanine Dubié, *Députée Hautes-Pyrénées, ancienne directrice d'EHPAD*

On ne peut pas parler du vieillissement en milieu rural sans d'abord évoquer le territoire en question. Les territoires ruraux concentrent un grand nombre de difficultés liées à la démographie, à la disparition des commerces de première nécessité, à la concentration des activités économiques en milieu urbain, à l'absence de moyens de transports collectifs, à la désertification médicale encore plus accentuée qu'ailleurs, à la fracture numérique, à la réorganisation des services publics, et j'en passe.

L'accumulation de ces facteurs renforce l'isolement de la personne âgée lorsque que surviennent le décès du conjoint, la réduction de la capacité de mobilité ou toute autre raison qui la rend dépendante d'un tiers pour pouvoir continuer à vivre sereinement à domicile.

Bien vieillir en milieu rural, c'est pouvoir aller acheter son pain chez le boulanger, faire ses courses dans une épicerie proche de son domicile, retirer de l'argent au distributeur de la banque, participer à des activités de loisirs, culturelles ou d'utilité sociale, etc. Mais tout cela suppose la plupart du temps de devoir prendre la voiture, ce qui devient difficile voire impossible du fait de l'avancée en âge.

Quand les solidarités familiales ou de voisinage ne prennent pas le relais, la démotorisation de la personne âgée est un élément déterminant d'altération d'une vie autonome, source d'angoisse et de dévalorisation. Au-delà de l'empêchement à pouvoir se déplacer, le lien social avec les autres s'amenuise également par la réduction des contacts extérieurs.

Trop souvent négligées par la puissance publique, l'organisation de la mobilité et la facilitation des déplacements devraient pourtant être des priorités dans les politiques locales et nationales de prévention du vieillissement.

Mieux vieillir à domicile quand survient la maladie, le handicap ou l'incapacité, qui limitent les facultés de déplacement, passe par la possibilité de pouvoir bénéficier d'un accès aux services de soins et d'accompagnement nécessaires pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie quotidienne. Mais pas seulement.

De plus, l'usage du numérique par les personnes âgées peut contribuer à entretenir ce lien social indispensable et à rapprocher malgré les kilomètres séparant parfois des enfants, petits-enfants ou amis.

La crise sanitaire que traverse la France en apporte (s'il le fallait) la preuve. En mettant à disposition des tablettes numériques, de nombreux EHPAD permettent aux résidents de continuer à voir leurs proches et d'adoucir la douleur d'être privés de visites – évitant ainsi de faire de l'isolement physique, un isolement social.

Or, encore faut-il avoir accès à de tels outils… Ce n'est un secret pour personne, nos territoires ruraux souffrent de la fracture numérique. Vivre en zone blanche, c'est se priver d'un accès à la santé à l'heure du développement des téléconsultations, d'un accès aux services publics à l'heure de la dématérialisation des démarches, ou tout simplement d'un accès aux informations et aux autres… Pour cela, il est urgent de déployer les réseaux fixes et mobiles pour assurer l'accès à du (très) haut débit sur l'ensemble du territoire français.

Dans notre société hyperconnectée, nos aînés sont peu familiarisés à l'utilisation des outils numériques. Je doute, par exemple, que pendant le confinement toutes les personnes âgées vivant encore à leur domicile n'aient eu accès aux mêmes facilités que celles vivant en établissement pour maintenir leur lien avec l'extérieur.

Pour pallier cette fracture d'usage, accompagnons nos aînés dans la maitrise de ces outils et d'Internet, à travers une approche personnalisée et individualisée, basée sur les bénéfices qu'ils peuvent en tirer (maintien des contacts avec les proches, accès à des sources d'informations, divertissements, etc.) pour leur donner envie de s'approprier ces outils de communication.

Vers un financeur unique de la dépendance Grand Âge : vers une articulation efficiente entre « politique nationale » et politique « départementale »

Geneviève Mannarino, *Vice-Présidente Département du Nord, ADF*

Le temps est venu de nous demander si les politiques que nous mettons en œuvre sont réellement suffisantes pour donner à nos séniors la place qui est la leur, c'est-à-dire celle de citoyens à part entière, que la société accompagne en répondant à leurs besoins et en respectant leurs choix. Il s'agit avant tout du respect que nous devons à nos aînés, eu égard à leur contribution pour ce que nous sommes en tant que personnes, ainsi qu'à l'évolution et à la consolidation de notre société et de ses valeurs.

Au-delà, il est primordial que nos aînés et leur expérience soient valorisés comme une richesse. Une richesse dans l'engagement pouvant perdurer bien après le cap symbolique des 65 ans. Une richesse que représente la transmission aux jeunes générations d'un patrimoine culturel, d'expériences et de valeurs qui sauront les guider dans leurs vies de jeunes adultes. Tisser le lien intergénérationnel de l'école à l'EHPAD, avec une transmission mutuelle des savoirs entre nos enfants, nos jeunes et nos aînés (tutorat, soutien scolaire, aide à la recherche d'emploi, mais également aide à la maîtrise des outils numériques, soutien personnel, etc.) doit être un des premiers leviers à actionner pour reconsidérer la place de nos aînés tout en consolidant le lien social et la solidarité.

Un autre de nos leviers sera de poursuivre nos efforts afin d'étoffer notre politique de prévention de la perte d'autonomie, et de garantir une offre de services accessible et adaptée à tous, notamment par le développement de nouvelles solutions d'habitats et de l'accueil familial. L'EHPAD pourrait voir son rôle renforcé comme lieu ressource placé au cœur d'une plate-forme de services de proximité.

D'urgence, nous devons mieux valoriser et reconnaître les métiers du Grand Âge, en établissement comme à domicile, ainsi que lutter efficacement contre l'isolement en capitalisant sur l'élan de solidarité né de la crise du coronavirus, sans quoi nous passerions radicalement à côté de notre sujet.

Il nous appartient également d'accroître le potentiel de la *Silver Economie* et le recours aux nouvelles technologies à même de compenser la perte d'autonomie.

Enfin, il nous faudra désigner un financeur unique de la dépendance, éventuellement le Département, ou du moins assouplir l'articulation des financements. Nous n'avons d'autre choix que d'optimiser la synergie entre décideurs et partenaires, ainsi que l'organisation de proximité avec la création d'un guichet unique en territoire (Relais Autonomie) et l'installation permanente de cellules de coordination impliquant les institutions, collectivités et acteurs locaux d'un territoire. Il me semble également important de donner la parole aux aînés au sein de « *Commissions Participatives de l'Autonomie* » pour coconstruire avec eux des parcours répondant à leurs besoins et sur leur territoire.

Accompagner nos aînés revient donc à construire un projet de société, et sans aucun doute, nous réussirons à favoriser la transmission, à préserver le lien social, et à permette aux aînés de demeurer des citoyens à chaque instant et jusqu'au dernier moment en respectant leurs choix de vie.

➢ S'adapter aux besoins et lieux de vie des aînés

Répondre aux besoins singuliers des personnes fragilisées par l'âge et/ou la maladie
Philippe Denormandie, *Chirurgien, Praticien hospitalier, Directeur des relations santé NEHS*

En France, les maladies somatiques sont généralement traitées par notre médecine dont la qualité et l'efficacité ne sont plus à démontrer. Pourtant, la demande d'une approche de soin relationnelle davantage centrée sur la personne et son histoire plutôt que sur la maladie ou le symptôme se renforce, y compris chez les aînés.

Au regard de ces nouvelles attentes, notre système de soins s'est adapté en considérant avant tout la variété des besoins individuels qu'ils soient de nature physique, psychique, sociale ou spirituelle. Le développement des soins de support représente l'archétype d'une nouvelle approche du soin individualisé et centré sur les besoins caractéristiques des malades. Toutefois, une telle approche du soin demeure relativement récente et particulièrement complexe à mettre en œuvre au cœur d'un système techniciste et procédural. D'autant plus que les acteurs de santé sont peu formés à l'approche relationnelle du soin tandis que la culture médicale ne leur permet pas de mettre en avant leurs difficultés.

En outre, les tentatives d'adaptation de notre médecine s'avèrent insatisfaisantes pour de nombreux malades dénonçant un système ultra-technique. Au sein de ce système, la dimension relationnelle est effacée au profit des aspects somatiques, restant les préoccupations premières des équipes médicales.

À ce stade, l'intérêt du « non médicamenteux » est clairement établi par les instances sanitaires représentatives qui en soulignent l'importance pour la qualité de la prise en charge. L'avènement des Pôles d'Activités et de Soins Adaptés en EHPAD illustre pleinement cette nouvelle dynamique dans laquelle le soin ne peut être réduit à sa dimension curative. Sur le terrain, de nombreux soignants ont également pris conscience de la plus-value générée par ces nouvelles formes d'accompagnement.

Dans ce contexte propice à la démédicalisation du soin, les Médecines Complémentaires et Alternatives (MCA) se sont déployées en réponse notamment à la demande grandissante des malades ou des aînés désireux d'une meilleure qualité de vie : hypnose, relaxation, sophrologie, méditation de pleine conscience, sont autant de pratiques intégrées à notre système de soins, bénéficiant par ailleurs d'une forte reconnaissance sociale.

Accompagner ce phénomène nécessite de déployer conjointement une posture de prudence et d'ouverture. À ce titre, le partage des expertises demeure essentiel. L'instauration d'un Observatoire permettant de formaliser les pratiques et les formations pourraient permettre un usage plus sécurisé de ces pratiques et favoriser les démarches de prévention. De façon adaptée et sécuritaire, l'enjeu est de répondre aux besoins singuliers des personnes, malades ou non.

Savoir prévenir, s'adapter et accompagner les souffrances des personnes âgées atteintes de cancer

Yvan Krakowski, *Président AFSOS,* **Stéphane Culine**, *Président SOFOM,* **& Pierre Soubeyran**, *Président SOFOG*

La reconnaissance des besoins en oncogériatrie a conduit à la mise en place d'Unités de Coordination Oncologique et Gériatrique (UCOG) couvrant l'ensemble du territoire. La mission des UCOG est régionale et centrée sur la coordination de l'organisation des soins, la formation, l'information et la recherche.

L'objectif de l'oncogériatrie est de réduire le sur-risque de mortalité par cancer chez les 75 ans et plus, ainsi que d'assurer et maintenir la meilleure qualité de vie en améliorant le parcours patient. Dans cette optique, les recommandations peuvent s'articuler autour de différents axes :

Prévention

Le dépistage de la fragilité des 75 ans et plus doit être généralisé par l'utilisation de tests simples tracés dans le Dossier Communiquant en Cancérologie (DCC) dans toutes les équipes d'oncologie.

Soins

Il convient d'assurer autant que de besoin, dans le parcours de soins oncologiques des patients âgés « vulnérables » avec fragilités complexes ou multiples, ou relevant de stratégies oncologiques complexes ou lourdes, l'accès à une EGP tracée dans le DCC et au suivi gériatrique.

Formation

Il importe de favoriser d'une part, la formation initiale universitaire en oncogériatrie des gériatres et des oncologues. D'autre part, la formation post-universitaire (type DIU ou MOOC) de l'ensemble des professionnels de santé (médecins, IDE, IPA, paramédicaux) concernés par l'EGP, le suivi et la coordination ville-hôpital.

Téléconsultation

Il convient de développer le recours à la téléconsultation (en lien avec le médecin traitant ou un professionnel de santé formé) pour les structures ne disposant pas de l'évaluation oncogériatrique sur place ou à distance raisonnable.

Coordination

Il est nécessaire de favoriser la coordination des UCOG avec l'appui des Réseaux Régionaux de Cancérologie (RRC) et le lien ville-Hôpital avec les structures et les réseaux territoriaux (EHPAD, SSR, RRC, PTA, réseau de gérontologie).

Médecins et aidants

Il faut également soutenir le rôle du médecin généraliste et des aidants dans le parcours de soins en oncogériatrie.

Soins de support

Il est fondamental de favoriser le développement et l'organisation des soins de support, indispensable à l'application du modèle bio-psycho-social. La grande hétérogénéité des soins de support justifie la rédaction de référentiels d'organisation et de soins.

Adaptation des pratiques

En dernier lieu, il faudra élaborer plus de recommandations de pratiques spécifiques des sujets âgés ou adaptées par les sociétés savantes et les UCOG, et favoriser l'accès à l'innovation par des essais thérapeutiques, études de cohortes et observatoires post-essais.

Inventer les services d'aides à domicile de demain

Dafna Mouchenik, *Fondatrice Logivitae, Présidente Synerpa Domicile*

La terrible crise sanitaire que nous traversons souligne les manquements de l'organisation actuelle imposée aux Services d'Aides et d'Accompagnement à Domicile (SAAD) dans notre pays. Pour que la France dispose d'un réel mode opératoire fiable et solide de soutien à domicile auprès des plus fragiles, il convient de réinventer l'écosystème en général.

Nouveau mode de tarification et de financement

Une réforme de la tarification est indispensable afin de permettre aux services de trouver leur souffle économique, de revaloriser les salaires et d'améliorer les conditions de travail de leurs professionnels. La pratique d'un règlement à l'heure doit cesser, pour s'engager vers un système mixte entre dotation globale et tarification présentielle.

Envisager les services uniquement sous le prisme d'un prestataire de service n'est plus possible tant sur le plan financier que sur un plan intellectuel. Maintenant, aller au bout de ce que portait la loi ASV est nécessaire, pour faire des SAAD de véritables services médicosociaux et leur en donner les moyens.

Ne plus séparer le sanitaire du médicosocial

Il n'est plus possible de séparer le médicosocial du sanitaire. Il est urgent de regrouper les services d'aide à domicile sous une dénomination commune. Réunir les SAAD, SSIAD, SPASAD, sous une dénomination unique, celle de « Services d'Aide et de Soins à Domicile » permettrait aux services d'assurer l'ensemble de leurs missions.

Il n'est plus possible de dissocier l'aide du soin, d'autant que cela ne l'est pas dans la réalité. Nos services doivent être en mesure d'apporter une aide globale permettant le soutien à domicile de tous. Pour cela, nous devons disposer d'équipes pluridisciplinaires composées de soignants, de travailleurs sociaux, d'ergothérapeutes, d'orthophonistes, etc. Cela permettrait également de multiplier les sources de financement : département/ARS.

Titre et formation

Rattacher les services à domicile quels que soient leurs statuts au sein de l'OPCO Santé est indispensable. Des moyens nécessaires et conséquents doivent être alloués à la formation continue et non pas seulement à la formation initiale. Avoir ainsi réorienté les cotisations OPCO en direction des chercheurs d'emploi est, dans notre secteur, particulièrement dommageable.

La formation des auxiliaires de vie doit être repensée en y intégrant les soins de bases (toilette médicalisée/mise de bas de contention, utilisation des aides techniques et de protections) à l'accompagnement des gestes essentiels de la vie de tous les jours. Elle serait ainsi le premier échelon du soin et du social réunis en un seul agent de proximité.

Une convention collective unique des métiers du Grand Âge du secteur

Instaurer une convention collective unique des métiers du Grand Âge du secteur, réunissant la filière des EHPAD, de l'aide et du soin à domicile, des Résidences Services Séniors.

Pas d'aide à domicile sans soutien de la technologie

Il s'agit d'inscrire définitivement le secteur dans la révolution numérique pour faire gagner du temps aux professionnels. Les nouvelles technologies apportent de véritables solutions quant aux difficultés actuelles liées à la transmission et la coordination. Dématérialisation et digitalisation sont aussi les clés d'une transparence et d'un accompagnement de qualité.

Comment, à la lumière du Covid-19, repenser les lieux de vie face aux besoins liés à l'avancée en âge ?

Jean-Philippe Arnoux, *Directeur Silver Economie, Saint-Gobain*

De la canicule de 2003 au drame à huis clos se jouant dans les EHPAD avec la pandémie du Covid-19, quelles leçons avons-nous retenues de manière structurelle et pérenne sur l'Habitat des plus âgés, individuel ou collectif ? Nous devrions déjà parler des modes d'Habitat et des parcours de vie !

L'utilité des EHPAD ne doit pas faire débat. Il faudra toujours des établissements recevant un public âgé, que ce soit pour une question de pathologie, ou parfois de choix familial, ou encore de choix de vie en collectivité pour les résidences services, mais leur conception devra tenir compte de ce que dame nature essaie de nous enseigner sans que nous ne retenions la leçon en dépit des drames humains successifs. Les pistes de réflexion ne manquent pas, comme intégrer la qualité de l'air en excluant tout système potentiel propagateur de virus, par exemple, les climatiseurs ou les systèmes de ventilation mal entretenus, pouvant être un premier enseignement de l'épisode Covid-19.

Il s'agit d'intégrer également le dérèglement climatique afin de limiter le recours à ces systèmes tout en préservant le confort des occupants, résidents ou professionnels, et leurs habitudes de vie, été comme hiver, dans un environnement tempéré tout en réalisant de substantielles économies d'énergie, économies pouvant être réinvesties ailleurs. Il peut s'agir encore d'anticiper de futurs confinements en créant des espaces multifonction évolutifs pouvant servir de lieux sécurisés de réception autonome des familles en cas de nouvelle pandémie et de « sas » à tout faire pour le quotidien, sans négliger les liens numériques parfois seuls fils ténus du lien social.

Dans le même temps, les personnes vieillissantes à leur domicile seront toujours bien plus nombreuses mais délaissées des politiques de prévention – quasi-inexistante quant à l'habitat – faute de vision politique et législative, déjà écrasées sous le fardeau de la transition énergétique. Nous souffrons d'un manque de discernement entre besoins du handicap et du Grand Âge, d'un fonctionnement en silos des ministères et de nos administrations ; et puis, sans doute parce que cela arrange beaucoup de monde, l'énorme responsabilité de conduire la politique du Grand Âge incombe au secteur de la santé, entretenant par conséquent le sacro-saint paradigme du « Curatif à la Française » pourtant à bout de souffle.

La question n'est pas d'opposer des formes d'habitat entre elles, mais bien de repenser leurs interconnexions en termes de services partagés, d'interpénétration entre formes d'habitat et générations, de création de lien social, de compensation de déficit de services publics, par une mutualisation de tous les moyens (publics, privés ou économie sociale et solidaire), pour une politique plus sereine du Grand Âge. L'enjeu est d'intégrer l'accessibilité et l'adaptabilité de l'habitat dans les politiques de prévention, au même titre que la santé.

Si la force de notre pays est de savoir développer de grandes expertises, y compris dans le domaine du Grand Âge, sa faiblesse est le manque de convergence et de pérennité des politiques publiques. Un des grands enjeux de l'après Covid-19, si nous avons la sagesse d'en retenir les leçons.

➢ S'ouvrir au numérique

La robotique et l'Intelligence Artificielle à un temps de la séniorisation

Cédric Villani, *Député Médaille Fields*
Sophie Sakka, *Maître de conférences Centrale Nantes, Présidente association Robots !*
Laurence Devillers, *Professeur en IA à Sorbonne Université CNRS-LIMSI*

La crise du COVID nous a spectaculairement rappelé la fragilité de nos sociétés, la valeur de la solidarité et des liens humains. Et à l'heure où nos EHPAD manquent de personnels face à la menace, où la distanciation physique ralentit les interactions, nous voyons d'autant mieux tout ce que la technologie peut apporter pour renforcer les liens sociaux et soutenir le développement personnel des personnes âgées.

Dans ce contexte, tant la robotique que l'Intelligence Artificielle sont développées et expérimentées depuis longtemps. Elles s'incarnent dans des robots humanoïdes ou non, des agents conversationnels (*chatbots*), de l'instrumentation embarquée, de la domotique, des outils de soin et de télé-interactions, etc. Les « robots assistants » ou « robots de maison de retraite » ont été déployés à domicile ou dans des établissements collectifs, particulièrement aux États-Unis, en Chine et au Japon. Face à un humain-robot pour des exercices d'éveil ou d'accompagnement, en solo ou en groupe ; supports de relation affective, comme le robot PARO ; outils d'alerte des proches ; projets intégrés comme Cutii pour passer des appels ou consulter un médecin ; robot Pepper pour interagir à distance ; aide à l'expression, sollicitation physique, etc., les outils et les usages sont très variés. Il ne s'agit pas seulement de remplacer les usages : les étonnantes chorégraphies de danse humain-robot nous ont montré de nouveaux horizons.

Comme avec toute nouvelle technologie, les dérives sont également possibles : dévoiement de l'attachement, surveillance, etc., et que dire de l'impressionnante expérience de l'hôpital entièrement robotisé de Wuhan, où la délivrance de nourriture, les traitements, la désinfection sont automatiques. La robotisation, déshumanisation ou renforcement de l'humain ?

Développement éthique de la technologie : c'est l'un de nos plus grands enjeux aujourd'hui. L'une d'entre nous a développé la réflexion dans un ouvrage dédié et, dans la tradition d'Asimov, proposé onze commandements pour nos robots :

1. Tu ne diffuseras pas mes données privées à n'importe qui.
2. Tu oublieras tout ce que je te demande d'oublier.
3. Tu pourras te déconnecter d'internet si je te le demande.
4. Tu seras régulièrement contrôlé pour évaluer ce que tu as appris.
5. Tu pourras m'expliquer tes comportements si je te le demande.
6. Tu seras loyal.
7. Tu seras empathique et simuleras des émotions, seulement si je le sais !
8. Tu stimuleras ma mémoire et veilleras à ce que je ne devienne pas trop dépendant de toi.
9. Tu feras attention à ce que je ne te confonde pas avec un être humain.
10. Tu apprendras à vivre avec des humains et les règles sociales.
11. Tu seras bienveillant et utile. Et pourquoi pas, doué d'humour !

Tout un programme ! Les filets de sécurité légaux et éthiques sont là, en Europe plus que n'importe où ailleurs ; mais l'expérimentation, bien contrôlée, est une urgence. La sortie de cette crise est l'occasion. Et comme toujours, la plus grande inconnue est la façon dont l'humain accepte et s'adapte à sa propre technologie. Au-delà de l'effet wow, l'interaction peut être frustrante par rapport à l'imaginaire de notre science-fiction. Quel impact sur la santé ? En ces temps de télétravail généralisé, nous avons tous en tête combien la visioconférence à forte dose est à la fois efficace et nuisible à la santé...

Pour le soutien de nos aînés par la technologie, nous ne sommes qu'au début d'une histoire qui sera passionnante si elle vient avec créativité et vigilance.

Les séniors testeurs, pour répondre aux usages des aînés !

Jean-Marc Blanc, *Directeur Fondation de recherche I2ML, Université de Nîmes*

Tant que nous associerons la *séniorisation* à la Santé (dans la structuration gouvernementale), nous continuerons à mal envisager la réalité. Les séniors ne sont pas des citoyens malades, ils sont juste vieux.

- La *silver économie* (économie des séniors) telle que comprise jusqu'à présent joue contre les séniors : elle essaie en effet de placer, coûte que coûte, des produits. La crise a profité de l'occasion pour pousser des objets technologiques en avant : qu'en restera-t-il confrontés à la réalité du marché ? Beaucoup confondent un marché taillé sur mesure (accord avec une CARSAT, un département, un groupe d'EHPAD) et le marché réel (c'est-à-dire l'objet acheté par le – ou à la demande du – client final et non un tiers). Or le besoin et l'usage, sont validés par le marché. Toute autre réalité est un mirage.
- Les croyances jouent contre l'accès des séniors au numérique : les collectivités (ou payeurs) imaginent, par stéréotype, les personnes âgées coupées du numérique. 81 % des personnes de 60 à 69 ans sont pourtant des usagers d'internet comme 69 % des personnes de 70 ans et plus (Credoc, 2018). Ces croyances freinent l'installation de communautés numériques à échelle d'une agglomération ou d'une Métropole, comme Ôgénie, par exemple.
- La fracture numérique ne concerne pas l'âge mais le niveau social : si la fracture générationnelle n'existe quasiment plus en 2020, si la fracture territoriale s'est considérablement réduite, la fracture sociale perdure.
- Seul le Grand Âge est objectivement décorrélé du numérique. Mais ici non plus, l'âge ou une supposée baisse de fonctions cognitives (Anaphilippe, 2007) ne jouent pas en tant que tel. C'est plutôt une absence de besoin ou une réticence à l'usage. La même qui vous conduit à conserver votre vieille cafetière plutôt qu'en acheter une électrique.

Comprendre les attentes et les usages des aînés afin d'y répondre, cela pourrait être simplement : leur poser la question ! Aux citoyens et non aux fédérations ou représentants ou sachants X ou Y. Une enquête nationale accompagnée de relais physiques conduite par l'Assurance Retraite. Il existe aujourd'hui assez de moyens numériques pour le faire. Cette enquête distinguerait les citoyens, selon qu'ils soient autonomes ou captifs de tiers décisionnaires, non pas pour minorer leur parole, mais au contraire, pour la recueillir en l'augmentant de celle des professionnels ou de l'institution tiers.

Pour ces personnes « aidées », il faut effectivement comprendre également les besoins en numérique de ceux qui les assistent. Il s'agit également d'accompagner les services ou institutions pour personnes âgées vers une *Transfonum* complète (intégrant la télémédecine, la téléconsultation, etc.). Par conséquent, cela implique un audit national des structures médicosociales et une évolution technologique, comme à la suite de la canicule, mais numérique.

L'usage est en effet une science : il se recueille, s'analyse, s'interprète avec des réalités scientifiques et statistiques. Un groupe de séniors testeurs, ou un recueil d'avis sur une séance de démonstration marketing, ne peut se définir comme du recueil ou de la preuve d'usage au sens scientifique.

Intelligence Artificielle, la Garantie Humaine comme clé de diffusion de l'innovation en santé
David Gruson, *Fondateur Ethik-IA, Ancien Délégué Général FHF*

Le recours à l'IA (Intelligence Artificielle) face au Covid-19

Dans la réponse au Covid-19, certains pays – en particulier en Asie – ont eu plus largement recours que d'autres à l'intelligence artificielle, au pilotage par les données et aux technologies numériques. Des dispositifs de reconnaissance faciale ainsi que l'utilisation de thermomètres connectés ont permis la surveillance de la température et l'identification de personnes à risque d'être positives au Covid-19. Les données de géolocalisation ont été largement utilisées afin de connaître les flux des personnes et bloquer certains déplacements. D'un point de vue plus spectaculaire et pouvant même relever d'images de science-fiction, des drones ont assuré des livraisons diverses (nourriture, médicaments, etc.) et ont également été utilisés pour décontaminer massivement les zones confinées. Des robots ont été introduits dans certains hôpitaux, pour accompagner voire renforcer les équipes médicales, assurer une présence auprès des patients et répondre à leurs besoins, mais aussi décontaminer certains services…

Par ailleurs, un débat mondial se fait jour sur le recours au *data tracking*, traitement massif de données pour suivre les personnes infectées et, le cas échéant, faire respecter les mesures de confinement. Ce type de dispositif a d'ores et déjà été mis en œuvre en Asie dans des contextes autoritaires. L'Europe cherche actuellement la voie d'une possible introduction de ce type de vecteur dans des contextes de compatibilité avec les valeurs essentielles qui avaient sous-tendu l'adoption du RGPD.

Cependant, les options radicales choisies par certains pays pour répondre au risque collectif au détriment de la protection des libertés individuelles, semblent très éloignées des principes fondateurs du RGPD en Europe et, plus largement, des valeurs essentielles de notre médecine personnalisée. Cette gestion de crise illustre l'importance et l'intérêt de la Garantie Humaine de l'IA, consistant dans la mise en place d'une supervision humaine lors du recours à un algorithme d'intelligence artificielle.

La Garantie Humaine comme vectrice de régulation de l'innovation en santé

Le concept de « Garantie Humaine », introduit à l'article 11 du projet de loi bioéthique, peut paraître abstrait mais il est, en réalité, très opérationnel. Dans le cas de l'IA, l'idée est d'appliquer les principes de régulation de l'intelligence artificielle en amont et en aval de l'algorithme lui-même en établissant des points de supervision humaine. Non pas à chaque étape, sinon l'innovation serait bloquée. Mais sur des points critiques identifiés dans un dialogue partagé entre les professionnels, les patients et les concepteurs d'innovation.

Il est à relever que le principe de Garantie Humaine a été reconnu dans trois autres cadres très significatifs :

- D'une part, la Garantie Humaine devrait, ainsi qu'Isabelle ADENOT, membre du collège de la **Haute Autorité de Santé** l'a annoncé dans le cadre d'un colloque dédié au principe par la Chaire Santé de Sciences Po le 14 janvier dernier, être intégrée à la grille d'auto-évaluation des dispositifs médicaux intégrant de l'IA préalablement à leur admission au remboursement ;
- D'autre part, le principe de Garantie Humaine fait actuellement l'objet de discussions et prolongements dans le cadre de la *task force* dédiée par l'**OMS** à la régulation de l'IA en santé en vue de l'émission d'une recommandation au cours de ce premier semestre 2020 ;
- Enfin, le principe a été repris dans le Livre Blanc sur l'IA, publié par la **Commission européenne** le 19 février 2020.

Le numérique, un outil potentiellement (psycho)thérapeutique ?
Delphine Dupré-Lévêque, *Anthropologue, auteure, Fondatrice de « Stop à l'isolement »*

Exemple de la page Facebook « Stop à l'isolement ». Les réseaux sociaux peuvent-ils être de véritables vecteurs de liens, d'émotion et de partage ?

De nombreux EHPAD ont un compte Facebook. Ce réseau héberge aussi des groupes d'échanges de pratiques (groupes soignants, groupes animateurs en EHPAD, etc.) où chacun exprime ses réussites, ses inquiétudes, ses réponses, etc. Ces échanges sont très utiles, très concrets et interagissent en continu. Partant de ce constat, j'ai décidé d'ouvrir une page Facebook pour adresser des messages aux personnes les plus isolées en m'appuyant sur ces groupes de professionnels d'EHPAD, mais aussi du domicile comme vecteur transmetteur des messages proposés.

Mais pour transmettre ces messages de soutien à l'attention des personnes isolées et tous ceux qui les accompagnent chaque jour, il faut faire connaître cette action. Nous sommes parrainés par des personnalités de la télévision qui ont accepté de faire vivre la page. Nous avons pu lancer des vidéos très courtes et régulières pour répondre à la situation d'isolement en chambre. Celle-ci était prévisible puisque ces protocoles sont suivis à chaque épidémie. Les professionnels ont l'habitude de ces confinements en chambre. Il fallait donc créer un modèle qui allait permettre à chaque professionnel de proposer une animation individuelle et singulière.

Les animateurs comme les auxiliaires de vie à domicile ne peuvent rester des heures avec chaque personne, juste quelques minutes. Il faut donc que ces minutes soient particulièrement centrées sur la personne, son histoire de vie, ses envies pour en faire un moment personnel et émotionnel. L'aîné pouvait choisir quelle personnalité elle souhaitait écouter, expliquer à quels souvenirs elle était associée. Certains présentateurs de télévision sont considérés comme un membre de la famille, d'autres sont associés à des périodes de vie très précises.

Comme tous les réseaux sociaux, le principe de cette page « Stop à l'isolement » est l'interactivité. Chacun peut commenter les vidéos, s'exprimer. Beaucoup de personnes à domicile ont ainsi exprimé leur isolement même en dehors de période de confinement et même en dehors de l'âge comme une solitude chronique ordinaire. Les messages quotidiens envoyés via la page Facebook leur font du bien. La page vient « matérialiser » que quelqu'un pense à eux ; ces derniers l'expriment dans leur message. Le terme de réseau social prend alors tout son sens. Les personnes derrière leurs écrans ont quelqu'un à qui se confier, parler, exprimer des émotions. J'ai répondu à chaque message.

À l'issue des témoignages, des vidéos des résidents découvrant la page, nous observons toute l'émotion engendrée. Il est désormais nécessaire de développer et de penser ces outils numériques dans la lutte contre l'isolement et la solitude à domicile comme en établissement et de les intégrer comme un élément du soin au sens du *care*, du prendre soin.

➢ Améliorer l'accompagnement des malades

Quelles pistes pour cheminer vers une politique de santé en oncologie adaptée au vieillissement ?

Ligue Nationale contre le Cancer, *Représentée par Jammes Emmanuel, Délégué aux politiques de santé*

Parmi les 382 000 nouveaux cas de cancer estimés en France en 2018, 31 % des personnes diagnostiquées avaient plus de 75 ans *(Defossez et al., 2019)*. Même si le cancer peut survenir à chaque étape de la vie, les personnes âgées sont plus particulièrement touchées. En 2016, l'Observatoire sociétal des cancers a réalisé une étude montrant que les personnes de plus de 75 ans, atteintes d'un cancer présentaient des besoins spécifiques d'accompagnement.

Bien que les *Plans Cancer* aient permis des progrès incontestables en termes de prises en charge, notamment à travers le déploiement de 28 unités de coordination en oncogériatrie, la Ligue contre le cancer recommande que certains efforts spécifiques soient poursuivis en termes d'accès aux dépistages des cancers, aux soins et à l'accompagnement social.

Favoriser des diagnostics plus précoces

En France après 74 ans, les personnes ne reçoivent plus systématiquement d'invitation pour participer aux programmes nationaux de dépistage des cancers (sein et colon-rectum). La démarche de prévention ainsi que la poursuite du dépistage des cancers reposent donc essentiellement sur le médecin traitant. Afin de l'encourager dans cette mission, la Ligue plaide pour la création d'une consultation spécifique juste avant 75 ans.

Améliorer la spécificité des parcours et des traitements

Notamment ceux proposés aux personnes âgées de plus de 75 ans, grâce aux *Plans Cancer*, la pratique systématique de l'évaluation gériatrique a amélioré la prise en charge des personnes âgées atteintes de cancer en adaptant les traitements à leur état de santé. Cependant, la Ligue recommande un investissement plus soutenu sur le volet de la recherche clinique en oncogériatrie. En effet, seulement 1 à 2 % des personnes âgées de 75 à 85 ans sont incluses dans un essai clinique en cancérologie à l'heure actuelle (www.e-cancer.fr). Par ailleurs, lorsqu'elles sont intégrées à un essai clinique, la Ligue demande que les personnes âgées reçoivent une information pleine et entière, adaptée à leurs capacités cognitives.

La Ligue recommande le **développement de formations spécifiques** en oncogériatrie à destination des médecins, des professionnels paramédicaux et médicosociaux exerçant en cancérologie**.** Les professionnels de la sphère ambulatoire doivent être particulièrement formés à ces prises en charge particulières.

Rompre l'isolement

Lorsque les personnes âgées sont atteintes de cancer, la fatigue des traitements et l'instabilité émotionnelle participent à aggraver cet isolement social. La Ligue recommande l'orientation systématique des personnes âgées atteintes de cancer vers les professionnels et les structures d'accompagnement et de soutien, situées à proximité de leur domicile.

Ces recommandations doivent s'intégrer dans une politique de santé globale et décloisonnée. Tout d'abord, la prévention des cancers ne saurait se dissocier de la prévention des autres pathologies chroniques. La question de l'âge renvoie à une définition complexe et protéiforme de ce que l'adjectif « âgé » signifie. Le contexte de vie, la présence d'aidants, le gradient social, la localisation du cancer sont autant de facteurs pouvant influer sur le vécu d'un cancer, nonobstant l'âge de la personne concernée. L'âge avancé d'une personne atteinte d'un cancer doit ainsi être pris en compte dans une approche plus générale de la dépendance liée à la maladie. Par conséquent, la création d'un dispositif universel permettrait de proposer des mesures adaptées tenant compte de spécificités liées à l'âge, de manière non stigmatisante et sans effet de seuil relatif à une période de la vie déterminée.

L'hospitalisation à domicile pour les aînés, l'évidence !

Benoît Péricard, *Président Association le Moulin Vert, ancien directeur d'ARH et de CHU*

L'HAD (Hospitalisation à Domicile) existe en France depuis près de 50 ans. Malgré de nombreux plans de développement et l'enthousiasme de ses promoteurs, l'Hospitalisation à Domicile demeure une modalité d'hospitalisation très complémentaire, voire marginale de l'hospitalisation classique.

En imaginant un système de santé (le terme étant bien entendu pris dans son acception onusienne) adapté pour les aînés, l'absolue nécessité d'une hospitalisation à domicile (tous les domiciles) efficiente s'impose.

Pourquoi ne pas, dès lors, profiter de ce constat, de cette injonction et des leçons de la crise pour enfin installer l'HAD comme la solution… ordinaire et généralisée ?

Pour réussir là où tant d'énergies ont failli, il faut réussir la preuve par neuf (le chiffre et l'innovation) :

- Une des justifications fortes de l'HAD est d'éviter les infections nosocomiales. Les gestes protecteurs du virus sont plus aisés à respecter au domicile par une équipe de soins aguerrie. Le virus renforce cette pertinence.
- Le plus grand frein à l'HAD demeure la faible appétence des médecins hospitaliers à la prescrire. La connaissance et la pratique de l'HAD par les internes doivent être rendues obligatoires soit lors du stage chez le généraliste, soit par un stage direct en HAD.
- L'HAD s'est construite sur sa spécificité d'une VRAIE hospitalisation au domicile. Maintenant que cette reconnaissance est acquise, il est temps désormais que les gestionnaires d'HAD puissent proposer une palette d'interventions : il ne s'agit plus de SSIAD versus HAD, mais de SSIAD et/ou HAD.
- La crise a révélé que la possibilité d'intervention d'une HAD en EHPAD ouverte en 2007, élargie en 2017 doit être transformée en obligation. Tout EHPAD doit être conventionné avec une HAD, toutes les HAD doivent intervenir en EHPAD.
- Les soins palliatifs, à domicile ou en EHPAD, en première intention, doivent être réalisés par les équipes d'HAD ; les équipes mobiles de soins palliatifs doivent être intégrées aux équipes d'HAD.
- Les actes de télémédecine requérant la présence d'une infirmière (ou autre personnel de santé) auprès du patient au domicile doivent être intégrés au champ de l'HAD ; après le « boom » de la télémédecine dû au confinement, il faut « surfer » sur cet axe novateur et moins coûteux.
- La tarification de l'HAD doit être revue pour intégrer ces nouvelles dimensions, afin de mieux prendre en compte les spécificités territoriales et permettre des réponses transversales.
- Le secteur de l'HAD, qu'il soit public, privé non lucratif ou privé, mais encore inégalement réparti et dense, mérite une vraie structuration, menée par les ARS, sur la base de critères d'utilité et d'efficience économique.
- Parce qu'il faut clore la preuve par neuf et même si l'auteur de ces lignes est un peu sceptique sur l'efficacité des grands plans nationaux, une composante d'une loi Grand Âge devrait être un volet HAD.

Post-Covid, comment penser la prise en soin des aînés touchés par le handicap ?
Philippe Berta, *Député, co-Président de la mission parlementaire Covid-19*

Ils sont les grands oubliés des discours et autres réflexions actuelles : les aînés, souffrant de handicaps, résidant en Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS) ou en Foyers d'Accueil Médicalisés (FAM). Déjà fragilisés par des handicaps, souvent multiples, ils vivent et vieillissent dans ces établissements qui sont leurs lieux de vie, et seront, probablement, leurs lieux de fin de vie. Nous ne les entendrons pas, loin de nos regards, écartés de la société.

La crise du Covid-19 que nous traversons, ne leur a pas rendu leur visibilité. Les MAS et les FAM ont vu leur fonctionnement calqué sur celui des EHPAD, avec des droits de visite et un dépistage automatique décidés trop tardivement. Cela, sans débat public, ni couverture médiatique. Aujourd'hui encore, vous trouverez peu d'informations sur internet sur la vie de nos aînés en situation de handicap et des structures qui les hébergent, face à la crise sanitaire.

Dans le monde d'après, celui que nous appelons de nos vœux, il ne faudra pas oublier que les personnes souffrant de handicap ont une espérance de vie qui s'est beaucoup allongée, que dans beaucoup de pathologies, la médecine est parvenue à prévenir un décès prématuré et à permettre à ces patients de survivre à leurs parents. Cela, nous ne devons pas l'oublier car lorsque la famille ne peut plus assurer sa présence auprès des personnes âgées souffrant de handicap, résidant en MAS ou FAM, c'est à la société, à nous, qu'il revient de suppléer.

Nous n'avons pas toutes les réponses mais quelques pistes se dessinent. Les tuteurs, par exemple, peuvent représenter ces personnes âgées handicapées, et devraient donc voir leurs attributions mieux définies, dans un rôle de relais vis-à-vis du monde extérieur, et ne pas limiter leur action à la seule gestion financière de la personne. Ne serait-il pas bon de mieux redéfinir cette représentation, pour les actes de la vie civile, sur le plan social ?

La formation des personnels des maisons d'accueil se pose également. Celle du nombre de places aussi, puisque ces établissements sont en permanence complets et les listes d'attente bien longues. Concernant le lien social, le confinement donne à chacun l'expérience d'une réduction des liens sociaux. Ce vécu partagé engage notre responsabilité pour tous les aînés qui, demain, resteront à l'intérieur de leurs établissements médicosociaux.

Quelle place pour les patients partenaires auprès des aînés fragilisés ?

Bernard Denis, *Président Union Francophone des Patients Partenaires UFPP*

Impliquée en tant que pôle de réflexion et d'action, l'UFPP poursuit l'objectif d'intégrer les patients chroniques et les aidants, après une formation, comme acteurs du parcours médicosocial dans le cadre de la politique de la démocratie en santé. L'UFPP permet ainsi aux institutions, établissements et autres organismes intervenant dans le champ de la santé d'avoir à leur disposition des Patients et Aidants Partenaires formés et opérationnels pour intervenir dans les parcours de santé et de soins.

Or, le Grand Âge n'est-il pas en fait une pathologie chronique comme une autre relevant de sa médecine dite gériatrique, avec ses avantages (prise en charge en ALD) et ses inconvénients (la chronicité avec son accompagnement de pathologies multiples) ?

Aussi, nous vous proposons de traiter cette *séniorisation* non pas comme une particularité, mais avec les mêmes approches que l'ensemble des maladies chroniques (somatiques, neurodégénératives, mentales) pour lesquelles l'UFPP met en œuvre une Formation Thérapeutique des Patients et Aidants (FTPA).

Devenus par effet de la maladie des exclus, de leur vie, de leur travail et souvent de leurs proches, les patients chroniques que sont les séniors ont comme souhait de pouvoir vivre et demeurer dans la société. En voulant être des patients actifs, ils redeviennent des humains autonomes et utiles pour eux-mêmes et les autres, au lieu d'être transformés en assistés inutiles par un système de santé géré par la technique et l'argent. Force est de constater que l'aspect psychologique de ces patients et aidants est un moteur fondamental de leur bien-être, donc de leur mieux vivre.

Les patients et Aidants Partenaires se définissent comme étant devenus acteurs de leur santé avec la volonté d'être avant tout partenaires des autres patients, mais aussi des professionnels de santé et du médicosocial, ainsi que des organismes et institutions intervenant dans le champ de la démocratie en sante en se laissant la liberté de leur action *(aidant, intervenant, formateur, bénévole, ou professionnel)* en fonction de leurs choix et de leurs capacités.

Actions possibles

Dans les thèmes définis « *développer et enrichir les métiers de l'accompagnement des aînés, renforcer la dynamique du soin relationnel et non médicamenteux auprès des aînés en perte d'autonomie* », l'intégration des Patients et Aidants partenaires peut offrir des solutions et leur donner un rôle majeur à jouer.

La participation des patients et aidants dans le parcours de santé en gériatrie nécessite de reconnaître les compétences de ces derniers, au même titre que les autres nouveaux intervenants que sont notamment les Infirmières en Pratique Avancée (IPA) dans leurs spécificités. Par conséquent, il conviendra de valoriser leurs apports par un plan de financement, lequel devra aussi permettre de développer des filières de formations spécifiques à la gériatrie pour tous les intervenants potentiels dans ce domaine (IPA, IDE, aides-soignants, psychologues, kinésithérapeutes, ergothérapeutes et/ou praticiens complémentaires), mais aussi pour les bénévoles visitant les malades en institution ou à domicile. Pour les Patients et Aidants partenaires, il suffira de compléter la formation de l'UFPP par une filière gériatrie (qui pourrait prendre la forme d'un DU Patient-Aidant-Partenaire Sénior).

Ces approches permettent de valoriser les savoirs expérientiels des patients et aidants, de les spécialiser dans le domaine de la santé publique, la promotion de la santé, la prévention, l'éducation à la santé, le parcours de soins du patient, avec les professionnels de santé, et les structures publiques et privées du secteur de la gériatrie. Dans ce cadre, notre système de démocratie en santé pourra répondre à la création d'un nouveau corps dans notre organisation de la santé publique. Il permettra aux patients et aidants partenaires séniors, la reconnaissance que doit leur témoigner la puissance publique en améliorant son efficacité, mais surtout en réintroduisant de l'humanité et de la bienveillance dans ces relations et ce système qui a montré ses limites au cours de la pandémie du Covid-19.

➢ Promouvoir le *care*

Valoriser le soin relationnel et non médicamenteux en institution

Véronique Suissa, *Docteur en psychologie, Enseignant-chercheur, Université Paris 8*

En Occident, les évolutions plurielles (sociétales, médicales, scientifiques, législatives, etc.), ont fait émerger de nouvelles attentes à l'égard de la médecine officielle. Il ne s'agit plus uniquement de « guérir » mais également de pouvoir « écouter », « accompagner » et « prendre soin » des personnes fragilisées par l'âge et/ou la maladie. Depuis plusieurs années, ce changement de modèle suscite une réflexion transversale visant à mieux articuler le *cure* et le *care*.

À ce stade, l'instauration des soins de support en oncologie, le développement des PASA en gériatrie, la place grandissante accordée aux patients partenaires, l'essor de l'Activité Physique Adaptée en centres de soins, la valorisation scientifique des thérapies non médicamenteuses par la HAS ou encore la législation de certaines médecines complémentaires, traduisent des avancées considérables, mais également une tentative d'adaptation politique aux besoins spécifiques des personnes âgées. Incontestablement, le soin relationnel et non médicamenteux s'intègre dans nos institutions comme le symbole d'un accompagnement centré sur la personne et sa qualité de vie.

Cela étant, les « réalités de terrain » pointent également un ensemble de limites et révèlent des carences qu'il convient de pouvoir identifier, reconnaitre, prévenir et accompagner. Il ne s'agit en aucun cas de « juger » ou « d'accuser » mais bien de penser – et panser – collectivement une politique de santé porteuse, à la fois efficiente, décloisonnée et bienveillante. De quelle façon valoriser des modes de vie plus sains dans une société marquée par la surconsommation ? Comment permettre l'essor du soin relationnel dans un système médical technicisé et *organo-centré* ? De quelles manières asseoir les Thérapies Non Médicamenteuses au cœur des « structures de soins » dans lesquelles « le médicament » légitime et articule la réponse « médicale » ? Comment renforcer la place des Médecines Complémentaires et Alternatives lorsque le débat s'inscrit dans une logique d'opposition conceptuelle (médecine « dure/douce ») plutôt que la construction (« cure/care ») ?

Avant tout, **s'ouvrir pleinement à la prévention** n'implique pas tant de pointer son intérêt – globalement consensuel – mais davantage de s'inscrire collectivement dans une véritable culture préventive. Dans cette optique, la prescription généralisée de l'Activité Physique Adaptée, le déploiement renforcé de campagnes d'information autour de l'alimentation ou encore l'ouverture de centres de prévention et d'accompagnement constituent des pistes potentiellement structurantes.

Ensuite, **valoriser davantage le soin relationnel** implique de permettre aux soignants de dégager « un temps » dédié et de penser une pleine coordination – actuellement manquante – entre les équipes médicales et paramédicales, et les acteurs du soin relationnel (animateurs, socio-esthéticienne, bénévoles, patients experts, etc.).

Par ailleurs, **asseoir la place des Thérapies Non Médicamenteuses**, en particulier celles validées par la HAS, nécessite de favoriser la diffusion des connaissances auprès des professionnels de santé actuellement peu sensibilisés à la question. Dans cette optique, intégrer aux formations médicales, paramédicales, initiales et continues, une sensibilisation aux apports de ces pratiques, demeure essentiel pour ne plus séparer et mieux articuler le *cure* et le *care*.

Enfin, **renforcer la place des Médecines Complémentaires et Alternatives**, notamment celles actuellement réglementées et/ou disponibles au sein de nos institutions (EHPAD, hôpitaux, etc.), nécessite de mieux structurer et délimiter ce champ (définition, législation, formation, information, intégration, etc.).

En outre, cheminer vers une politique du *care* implique de décloisonner davantage la pensée et les expertises : politiques, scientifiques, institutionnels, médicales, paramédicales, citoyennes, etc. Une telle dynamique, incontestablement engageante et porteuse de sens est sans doute la clé de voûte pour repenser – et repanser – efficacement la santé « avec » et non « pour » les personnes.

Vivre mieux le Grand Âge : Prévention et promotion de la santé grâce à des interventions non médicamenteuses accessibles à tous

Jean-Michel Ricard, *Fondateur et Président Siel Bleu*

« Si la santé dans le Grand Âge, c'était pouvoir vivre mieux avec et malgré les limitations du corps et de l'esprit ? »

Vieillir n'est pas une maladie, c'est suivre, d'un pas plus lent, le chemin même de la vie, un chemin qui nous transforme petit à petit. Alors, et si la santé dans le Grand Âge, c'était tout simplement vivre bien ? Car comme le dit l'OMS, la santé est un état de bien-être physique, mental et social et ce, quel que soit l'âge et les maladies dont nous sommes atteints.

Vivre bien au Grand Âge, cela signifie donc pouvoir vivre du mieux possible avec et malgré les limitations du corps et de l'esprit. Vivre selon ses capacités, ses envies, ses désirs, ses valeurs. Vivre en lien avec les autres. Pouvoir continuer à bouger, à bien manger, à échanger avec ses proches et à sourire, contribue à se sentir bien et à être en meilleure forme.

Et pouvoir vivre du mieux possible préserve justement en retour la santé. C'est ce que démontrent les études épidémiologiques : à tout âge, les manières de vivre et les conditions de vie font notre état de santé. Vivre du mieux possible nécessite alors de bénéficier des conditions et des manières de vivre permettant de garder la forme, de moins souffrir de la maladie, d'être plus autonome.

En conséquence, la prévention dans le Grand Âge doit promouvoir la vie en santé avec et malgré les limitations et la maladie. Elle doit permettre de vivre plus pleinement grâce à des ressources et des outils permettant de faciliter la vie, de diminuer la dépendance et d'amender les éventuelles douleurs.

Pour l'illustrer, nous nous appuyions sur l'expérience de l'Activité Physique Adaptée (APA) que l'association Siel Bleu développe depuis 22 ans auprès des personnes âgées. Chaque jour, les 700 professionnels de l'association vont à leur rencontre au sein d'EHPAD mais aussi à domicile ou en ville pour les accompagner à bouger selon leurs envies et leurs capacités. Cela permet d'améliorer leur état de santé, de préserver leur autonomie et de vivre mieux.

Selon d'innombrables études scientifiques, l'APA renforce la condition physique, limite l'évolution d'une maladie chronique et améliore la qualité de vie. Elle agit positivement sur l'humeur et diminue l'anxiété. Elle renforce l'estime de soi et le sentiment de compétence, elle permet de renouer des liens sociaux. L'APA diminue la dépendance et facilite le maintien au domicile, prévenant par exemple les chutes, cause accidentelle de décès et de dépendance. Mais l'APA ne se réduit pas à une technique ou à une hygiène de vie. Le sourire, le respect et la bienveillance font partie intégrante de la pratique et de son efficacité. Les bénéficiaires sont avant tout considérés comme des partenaires traversant un moment particulier de leur existence dont la fragilité nécessite un accompagnement adapté.

Nous proposons donc de généraliser, à partir d'un certain âge, l'accès à l'APA partout où vivent les personnes. Plus largement, la prévention globale s'inscrit dans le droit à la santé. Rendons donc celles-ci accessibles, sur tout le territoire et sans limitation de revenu, dans une société solidaire et reconnaissante vis-à-vis de ses aînés.

Comment impulser une politique de prise en compte des fragilités des salariés en entreprise ?

Joël Riou, *Président Responsage*

La crise du Coronavirus a déclenché un choc économique majeur. Bruno Lemaire, Ministre des finances, anticipe une baisse du PIB de 6 %, à l'heure où ces lignes sont écrites. Cette baisse de richesses engendrera une diminution du revenu par habitant. Les situations de précarité financière vont augmenter et aggraver la pression sur les salariés en situation de fragilité. Que peuvent faire les entreprises ?

Le S de RSE va devenir central dans les politiques du même nom. Dans cet esprit la question du Bien Commun est la pierre angulaire de la Réflexion Sociale des Entreprises. Qu'est-ce que le Bien Commun ?

C'est moins l'appropriation collective des biens que l'ensemble des conditions sociales qui permettent tant aux groupes qu'à chacun de leurs membres d'atteindre leur épanouissement. Comment allez dans ce sens ?

Il y a **deux réponses** complémentaires.

La première est celle de l'action. Une des solutions est de généraliser la mise en place de système de conciergerie sociale : 5 ou 6 jours par semaine, sur l'amplitude horaire la plus grande afin d'être facilement joignable. La complexité des situations personnelles des salariés, l'extrême opacité du maquis social et réglementaire imaginé par l'administration, ne permettent plus au RH de remplir ce rôle social.

Il faut des spécialistes rompus au travail social et experts des nouvelles technologies de l'information : CRM, base de données, réponse écrite aux salariés, etc. L'employeur peut ainsi analyser des datas anonymisées et faire évoluer l'offre et les avantages sociaux qu'il propose à ses salariés en direct, ou par la prévoyance et la mutuelle d'entreprise.

Le dirigeant pourra aussi, à la lecture des datas, mettre en place des actions collectives pour accompagner ses salariés sur des sujets de fragilités communes et récurrentes : questions financières (webinaires), aidants (conférences, formations des managers), etc.

La deuxième réponse est celle de l'exemplarité des dirigeants et du management. Dans une période aussi complexe que la nôtre tous les regards se tournent vers le « chef ». Celui-ci se doit d'avoir un comportement exemplaire. Non pas qu'il n'ait aucune faille, bien au contraire. Mais il va devoir trouver un équilibre aussi parfait que possible entre les intérêts des salariés, des clients, des fournisseurs et des actionnaires.

S'il est demandé de faire des efforts alors le dirigeant doit montrer l'exemple. Plus que jamais, le chef d'entreprise devra incarner ce qu'il dit, ce qu'il prône, ce qu'il défend. Avec le souci de la cohérence des intérêts des quatre parties prenantes de l'entreprise.

Pour le salarié, le sens de son travail et de ses efforts, doivent s'incarner dans un revenu décent qui lui permette de vivre dignement, dans un projet d'entreprise *RSE friendly*. Si le salarié est respecté dans sa dignité au travail parce qu'il comprend qu'il n'est pas rien pour son dirigeant, alors l'entreprise est capable de surmonter de grandes difficultés. Mais il ne faudra pas faire du *social washing*.

Les entreprises qui prendraient le chemin inverse, avec des dirigeants autocentrés et fixés sur leurs seuls objectifs chiffrés à court terme, sans mettre en place des outils efficaces de coaching social, feront face à des risques majeurs. Notamment, celui de déclencher des mouvements hors de tout contrôle dans la droite ligne des *Gilets jaunes*.

La question sociale n'est plus une option pour l'entreprise.

Les plus fragiles ont aussi besoin d'éthique

CFDT Retraités, *Dominique Fabre, Secrétaire Générale CFDT Retraités*

Avons-nous atteint ces dernières semaines l'ultime étape de la relation que la société entretient avec les personnes âgées en fin de vie ou en très forte perte d'autonomie ? Dans beaucoup d'EHPAD – souvent le dernier domicile des personnes dont l'état de santé, les troubles cognitifs ne permettent plus de rester à domicile – le confinement organisé pour lutter contre le virus a eu des conséquences terribles pour nombre d'entre eux : l'isolement, la solitude, la mort. La mort, sans famille.

N'est-ce pas l'aboutissement d'une évolution souvent pointée dans de très nombreux rapports, mais dont les gouvernements successifs depuis 20 ans n'ont pas tenu compte. De nombreux établissements ont été construits pour répondre aux besoins de places. Mais ensuite les arbitrages financiers ont pesé entraînant des temps réduits d'intervention professionnelle auprès des personnes.

Depuis le début de cette pandémie, il est annoncé que le virus Covid-19 toucherait majoritairement les plus âgés et qu'un grand nombre parmi les plus fragiles périrait. Le manque de moyens, de personnels a amené à de trop nombreux décès à ce jour parmi nos âgés. Pendant plus d'une semaine, ces décès ne furent pas comptabilisés. Pourquoi, par honte, par oubli ?

Cette situation inacceptable appelle à se poser des questions et à une réflexion plus profonde.

Quel respect la société doit-elle à ses aînés ? Leur vulnérabilité ne doit-elle pas poser des questions d'éthique ? La vie d'une personne âgée ne vaut-elle pas la vie de n'importe lequel d'entre nous ?

Tous les hommes sont égaux par la nature et devant la loi (déclaration des Droits de l'homme 1789).

Dans les circonstances que nous vivons, est-ce le cas ? Une nouvelle forme de discrimination que nous avons dénoncée s'est peu à peu installée : l'âgisme. Le vieillissement de la population et l'allongement de la durée de vie ont bouleversé les équilibres entre actifs et retraités. Si la grande majorité d'entre eux avancent en âge en relative bonne santé, 10 % sont en perte d'autonomie. Ils vivent à leur domicile ou en EHPAD. L'allongement de la durée de vie qui devrait être vécu comme une avancée médicale et sociale n'a pas été anticipée par les politiques.

Les résidents en EHPAD ont été parmi les malades atteints du virus et les laissés pour compte. Leurs pathologies et leur fragilité les ont écartés des services de réanimation. Des soignants ont exprimé leur douleur quand ils font comprendre à mi-mot qu'ils ont dû faire des choix par manque de places.

Les EHPAD ont été accusés de ne pas avoir été réactifs alors que des directions alertaient sur le manque de moyens de protection pour leurs personnels et leurs résidents.

Le Comité consultatif national d'éthique a rendu un avis en mai 2018. Qu'en est-il de ces préconisations ? Exceptées des demandes de rapports de la part des politiques comme celui de D. Libault ou de M. El Khomri qui proposaient des orientations et des pistes dont nous attendons à ce jour l'effectivité.

La loi ASV de 2015 portait sur le maintien à domicile mais, par manque de financement, la situation des EHPAD a été mise de côté.

Enfin, le respect que nous devons à nos âgés passe par une fin de vie entourés des leurs. Or, le confinement remet en cause une caractéristique fondamentale de toutes les sociétés humaines : l'obligation d'accompagnement des mourants, puis des morts.

L'accompagnement du Grand Âge et de la fin de vie, c'est la dignité d'une société.

➢ Accompagner les soignants et les aidants

Comment améliorer la prise en soin des soignants qui accompagnent les aînés ?
Éric Henry, *Médecin, Président Soins aux Professionnels de Santé SPS*

Concentrant des personnes très âgées et fragilisées dans un univers clos, les EHPAD constituent un point névralgique de développement du Covid-19 et, plus généralement, des épidémies. Face au virus, les résidents de ces établissements forment une cible particulièrement vulnérable, mais les soignants ne sont pas épargnés. Confrontés à des conditions d'exercice extrêmement difficiles, ceux-ci ne peuvent prendre en soin leurs patients comme ils le souhaiteraient. Fortement impactés par la crise sanitaire, souvent en grande souffrance, ils représentent actuellement une grande part des appelants de la plateforme d'écoute SPS (Soins aux Professionnels en Santé), dispositif en place apportant aide et accompagnement psychologique.

Comment éviter à nouveau les conséquences de ce type d'épidémie d'ampleur, pouvant se reproduire dans le futur ? Comment, plus généralement, améliorer la prise en soin des soignants et leur éviter la souffrance vécue au travail ? Accroître le bien-être et la qualité de vie de nos aînés ? En repensant notre système d'accompagnement du vieillissement, en trouvant des alternatives à l'institutionnalisation en EHPAD, en construisant des solutions nouvelles et innovantes de lieux de vie et d'hébergement. Des solutions qui évitent le confinement, la concentration des personnes âgées entre elles, mais aussi leur mise à l'écart de la société, leur ghettoïsation. Des solutions qui redonnent du lien et du bien-être de part et d'autre, de la qualité de vie et de la qualité de soins.

Une solution à préconiser serait de proposer un modèle de résidence non concentré, ouvert vers l'extérieur. Comment ? En déployant sur le territoire et, plus précisément, dans les centres-villes, à proximité des lieux de lien social (commerces, restauration, bibliothèques, etc.) et des transports, une offre de logements sociaux aménagés et adaptés au Grand Âge. À ce modèle, serait associée une organisation des soins et du suivi des aînés à domicile, réalisée par des professionnels en santé libéraux (médecins, infirmiers, aides-soignants, kinés, pharmaciens, etc.). L'ensemble des acteurs agiraient de manière complémentaire et coordonnée, formant un réseau étroit de veille et d'accompagnement des patients, travaillant en véritable équipe et partageant la responsabilité du soin. Ce dispositif inclurait les nouvelles technologies (téléconsultation, outils connectés de surveillance, etc.), et bien évidemment les aidants, qui n'agiraient plus en première ligne mais exclusivement dans l'entretien du lien avec leurs aînés.

Plus largement, ces nouvelles perspectives, ce redéploiement de l'habitat vers les personnes âgées auraient d'autres conséquences positives, à la fois médicales et sociales, comme diminuer la taille des EHPAD (qui seraient alors davantage en capacité de prodiguer la meilleure attention et les meilleurs soins aux personnes dépendantes et handicapées, allégeant ainsi la pression physique et psychologique des soignants), mais aussi de réoccuper les centres-villes désertés, de redynamiser le petit commerce, de faire revivre tous les lieux de liens sociaux contribuant à lutter contre l'isolement des individus, de recréer du vivre-ensemble.

Nous demandons aux politiques de mettre tout en œuvre pour favoriser, sur le territoire, ces alternatives dans l'accompagnement des séniors, pour ne plus brader le soin. Redonnons aux soignants les conditions pour bien soigner et donnons à nos aînés les conditions pour bien vieillir longtemps ! Faisons en sorte qu'ils soient heureux, les uns dans l'exercice de leur profession, les autres dans leur vie quotidienne ! Recréons une société plus ouverte, plus solidaire, bientraitante et bienveillante à l'égard de nos soignants et de nos aînés !

Mieux valoriser et accompagner les aidants

Gwenaëlle Thual, *Membre du CA Association Française des Aidants*

La crise sanitaire et sociale que nous traversons actuellement en raison du Covid-19 aura eu, parmi d'autres effets, de ramener au premier plan l'action essentielle des aidants dans le maintien quotidien du tissu social. Ce faisant, elle a également mis en avant des assignations à des rôles sociaux, que plus de dix-sept années d'écoute et de mobilisation auprès des proches aidants nous aurons appris à refuser. En cette période, le refus de ces assignations, privant les aidants du droit de déterminer pour eux-mêmes ce qu'ils veulent et peuvent, est d'autant plus vital.

Parmi ces assignations que nous combattons, celles liées à l'âge. Aussi bien vis-à-vis des plus âgés que des plus jeunes, que le discours ambiant tend bien souvent à opposer. Or, force est de constater que cette période a démontré à grande échelle, combien les jeunes sont solidaires des aînés. Cette jeunesse qui, au quotidien, accompagne déjà des parents, grands-parents en raison d'une maladie, d'un handicap ou d'une perte d'autonomie. Qui se mobilise à titre bénévole[1]. Qui respecte le confinement pour ne pas risquer la vie d'un membre du foyer et développe des trésors d'inventivité pour aider.

Dès lors, coconstruire avec les proches aidants nécessite de soutenir dans le même temps la valeur de leur place et de leur contribution à la société, et ce à tous les âges de la vie. Permettant ainsi d'avoir une approche qui puisse répondre à l'effectivité de droits fondamentaux et non à des droits catégoriels. Penser le *bien-vieillir* et la *séniorisation* de la société ne peut se faire sans penser simultanément le *bien-grandir*. Sans quoi nous aurons à panser plus encore la jeunesse et les futurs aînés qu'ils sont.

La précarisation du nombre de séniors, à la fois comme aidants et aidés, est bien souvent la conséquence d'un parcours de vie, de santé, de soins, jonché de ruptures et facteurs de fragilisation. Isolement, mal-logement, précarité financière, fracture numérique et culturelle, décrochage scolaire, etc., autant d'éléments qui, cumulés à des situations d'accompagnement, peuvent engendrer du stress, de l'épuisement, voire des violences. Cette précarité construite, accumulatrice et renforcée par des stigmatisations relatives au vieillissement s'enracine dans une société qui s'est transformée en « usine à vulnérabilités systémiques » et ce, dès la jeunesse.

La réponse à cette crise étant, à date, en grande partie relationnelle et intergénérationnelle, elle a eu comme un effet grossissant sur la valeur, la richesse de la contribution de ces solidarités à la société. Mais comme tous les sujets touchant au lien social, même s'ils sont objets d'attention croissante ces dernières années, ils ont tendance à être remis à plus tard. Il y a de cette idée que le lien quotidien, ce fil, peut s'user encore un peu, avant qu'il ne se rompe. Comme si ce fil – et celles et ceux qui le tissent – étaient ensuite remplaçables. Et serait-ce un des effets de la crise que nous vivons, que de matérialiser auprès du plus grand nombre, l'urgence à agir et rendre effectives les promesses faites aux proches aidants ? Et de l'envisager non comme un coût, mais comme un investissement pour la société ?

[1] Selon un rapport publié en 2018 du Conseil national d'évaluation du système scolaire, « 44 % des élèves de terminale déclarent s'être déjà impliqués dans des organisations humanitaires ou environnementales ».

La « confiance », un levier pour renforcer l'autonomie des professionnels du soin

Jean-Louis Martreux, *Directeur d'EHPAD*

J'ai acté depuis longtemps que nous avons toutes les chances d'être déçus si nous ne faisons pas d'emblée confiance. La déception viendra peut-être mais certainement pas causée par notre méfiance.

Dans ma pratique professionnelle la « confiance » est une donnée fondamentale.

Quand je parle de confiance, je parle d'une part, de la confiance que le manager doit avoir en lui et d'autre part, de la confiance qu'il doit avoir en la capacité de chaque collaborateur à prendre la bonne décision, à prendre SA bonne décision.

Chaque jour les équipes sont auprès de résidents, de patients et d'usagers. Si nous cherchons la définition du « don de soi » et de la « confiance », nous les avons. Les collaborateurs savent, ils ont été formés, mais surtout ils ont choisi.

Forts de ces constats, nous pouvons valider leur discernement, leur jugement, leur capacité à trouver les meilleures options, leur implication. Ce n'est pas de l'angélisme, mais juste une vision du management. Nous sommes donc loin d'un management « magistral » très descendant, dirigiste, du « y a qu'à, faut qu'on ». Quelque part, cela correspond au pendant de la formation andragogique.

Maintenant, je propose d'imaginer que le moral, que l'implication, le dépassement de soi, l'autonomie, que de la créativité et surtout le maintien du « sens » soit l'utilisation au quotidien du « management andragogique ». Le management andragogique est une sorte de métaphore de la formation andragogique en opposition à la formation pédagogique. Cette formation où les stagiaires sont non seulement au centre du débat mais aussi les maîtres d'œuvre en toute autonomie, de leur formation, de leur progression, de leur apprentissage. Le formateur devient le facilitateur.

Transposé, le collaborateur se connaît, il est professionnel, il sait, il a confiance, nous avons confiance. Le manager devient le facilitateur. Cet accompagnement que j'utilise depuis de nombreuses années a fait ses preuves :

Qui mieux que l'intéressé, connaît son « job », son objectif et/ou ses besoins que lui-même ? Face à des erreurs surviennent immanquablement (oubli, comportement inapproprié, manque d'envie, etc.).

La méthode classique est de rencontrer le collaborateur, de faire le point et, d'une certaine manière, de lui faire la morale. Cette manière de le pointer du doigt est un peu archaïque et en première intention le résultat est peu probant, voire délétère.

L'autre méthode consiste, par exemple, à faire une réunion flash, d'exposer les faits à la totalité de l'équipe, en prenant soin de ne pas donner trop de détails, pour que la personne ne soit démasquée par ses collègues, mais assez pour qu'elle se sente concernée.

Nous utilisons l'émulation collective pour donner du cadre et du bon sens au salarié pour se recadrer.

Cela permet que les équipes se sentent en confiance, envisagent de meilleures options, plus durablement. J'ai vu souvent que la personne « incriminée » devenait même pilote, voir garant.

Ainsi le professionnel, parce que l'on fait confiance en sa capacité de fonctionnement, devient plus autonome, plus impliqué et surtout un vrai moteur pour l'établissement.

Vous multipliez cela par le nombre de professionnels, vous obtenez une équipe indestructible en période de Covid-19.

Réflexions autour de la formation médicale : Où est la Françoise Dolto des vieux ?
Gilles Noussembaum, *Médecin généraliste*

La leçon a été cinglante. C'était à la fin des années 80. J'avais prêté le serment d'Hippocrate. Et décidé à partir au nord du Niger, en bon petit soldat humanitaire. Ces réfugiés Touaregs avaient survécu à la grande sécheresse de 1986. À quoi un jeune médecin pouvait-il leur être utile ? À construire des dispensaires peut-être ? Comptable du budget qui m'avait été confié, je me suis étonné un jour au chef du village, du lent avancement des travaux. Moi blanc-bec, lui âgé de plus de 80 ans, il n'a plus jamais accepté de me revoir, insulté, blessé par cette évidente absence de savoir-vivre, de savoir-être avec un homme âgé, chef politique de surcroît. Je n'ai pu reprendre le dialogue avant de longs mois. Mais la morale de l'histoire n'a pas été oubliée. Du moins, j'ose encore le prétendre. Comment transmettre dans la vieille Europe cette sagesse africaine nourrie par le respect dû aux vieux, à ceux qui savent plus que les autres ?

Au retour, je me suis étonné, comme généraliste de ne rien savoir de la prise en charge de ces personnes dites âgées, à l'exception de consignes techniques ou de protocoles de soins. Pourquoi cette dame de 85 ans pourtant traitée pour une maladie neurologique dégénérative, exigeait de dormir la nuit dans un fauteuil inconfortable ? Comment comprendre ces terreurs nocturnes, cette peur d'aller au lit sinon comme la terreur d'être saisie par la mort dans son sommeil ? La mélatonine est-elle le traitement absolu pour les troubles du sommeil ? Pourquoi cet homme âgé en phase terminale d'un cancer est-il entré dans un coma profond après ma visite sans jamais en sortir ? Pourquoi mes mots avaient-ils fait si mal ?

Qui me conseillera encore aujourd'hui à mieux saisir cette psychologie si singulière des femmes et des hommes en fin de vie ? Pouvons-nous lutter en vérité contre le syndrome de glissement ? Comment traiter ces manifestations d'un caractère parfois trop affirmé ? Où doit pencher la balance entre l'intérêt des enfants et celui de leurs vieux ? L'EHPAD qui a accueilli ma mère est-il l'horizon indépassable de notre société ? Où est la Françoise Dolto des vieux ? Pourquoi n'y a-t-il pas d'émissions radio, de chroniques spécialisées à la télévision ? Tout pour nos enfants, rien pour les vieux, ou si peu, comme s'il fallait faire un choix entre les générations.

En rêve, je construis un pont entre l'Afrique et l'Europe. Que les africains nous instruisent sur le respect des ancêtres ! Avec l'espoir qu'à la différence des jeunes, nous arrêtions d'imaginer que nous savons.

➢ Anticiper les crises sanitaires

Confrontés à une crise sanitaire majeure, sommes-nous capables d'accélérer et amplifier la réforme de notre système de santé ?

Élisabeth Hubert, *Présidente FNEHAD, Ancienne Ministre de la Santé*

Volontiers nombrilistes et peu enclins à la modestie, nous, français, nous prévalons d'avoir l'un des meilleurs systèmes de santé du monde… sinon le meilleur…

Nous sommes fiers de notre système de protection sociale, édifié il y a 75 ans, de notre organisation sanitaire associant public et privé, médecine hospitalière et pratique libérale ; des sommités médicales, parfois de renommée mondiale, formées dans nos CHU… Certes, tous les 10 ou 15 ans, nos gouvernements s'engagent dans une nouvelle réforme de notre système de santé, ambitieuse dans ses objectifs et décevante dans ses résultats. Et notre modèle sanitaire devient à chaque fois un peu plus complexe dans son architecture, de moins en moins lisible dans son fonctionnement, inégalitaire dans son accès et toujours aussi couteux.

Tout allait donc bien dans le meilleur des mondes jusqu'à ce qu'un petit virus, venu comme il se doit d'Asie, paralyse l'économie, confine la moitié de la population mondiale et révèle, en France, les insuffisances graves de notre système de santé et de son environnement industriel. Pénurie des dispositifs de protection, de respirateurs artificiels, de tests de dépistage, de médicaments, nombre insuffisant de lits de réanimation, etc. L'explication a été vite trouvée et chacun de se plaindre des politiques imprévoyants de l'ancien monde qui ont laissé les industries se délocaliser en Asie et conduit les hôpitaux à manquer de moyens.

Circulez, la messe est dite et la solution pour l'avenir est trouvée : il faut donner plus de postes, de matériels, d'argent à l'Hôpital… public, évidemment ! Au prix d'apparaitre politiquement incorrecte et sans sous-estimer aucunement l'engagement et le travail des soignants et de tous les professionnels de santé se mobilisant admirablement, je dis NON, car c'est précisément, en partie, la concentration de moyens sur l'Hôpital qui a conduit à cette situation.

Un système hospitalo-centré a ainsi été créé, générant une incommunicabilité entre le secteur ambulatoire et le monde hospitalier, séparant le médicosocial du sanitaire, favorisant une concurrence stérile entre public/privé et abandonnant nos industries de santé.

L'Hôpital doit être centré sur la mission première dont il a montré, ces dernières semaines, qu'il la maitrisait excellemment : la gestion des situations les plus graves et les plus complexes. Il faut effectivement lui donner les moyens, non en déversant de nouveaux subsides, comme on le ferait dans un puits sans fond, mais en redistribuant les locaux, les matériels, les personnels affectés aujourd'hui à des fonctions qui ne sont pas les leurs.

Les soins de premier recours doivent être l'apanage de l'ambulatoire et toutes les prises en charge qui ne justifient pas une surveillance continue ou le recours à un plateau technique doivent se faire en ville, à domicile, en s'appuyant sur les professionnels libéraux et les structures d'hospitalisation à domicile.

La *séniorisation* de notre société doit conduire nos concitoyens à préparer cette étape tout au long de leur vie que ce soit par leurs comportements, leurs ressources, leur habitat, etc., et doit cesser cet enfermement des personnes âgées dans des lieux dont il est bien rare qu'elles aient choisi de les rejoindre volontairement. Mais pour cela, il faut mettre fin au cloisonnement entre sanitaire et médicosocial, à cette double tutelle tétanisante des ARS et du département.

Nous serons obligés de bouger tant l'état de notre économie va être dégradé, les pertes d'emploi nombreuses et les besoins de soutien à notre industrie considérables. Et ne nous berçons pas d'illusions, les applaudissements et les messages de remerciements aux soignants ne constituent pas un blanc-seing pour l'avenir.

Le Grand Âge et l'EHPAD à l'épreuve du Covid-19 : premiers enseignements

Michèle Delaunay, *Ancienne Ministre déléguée aux Personnes âgées et à l'Autonomie*

La crise du Covid-19 est un drame pour tout le secteur de l'âge et d'abord pour les âgés eux-mêmes, en première ligne du risque mortel de l'épidémie.

Les EHPAD et leurs équipes en souffrent le plus douloureusement. Rassemblant 1 % de la population française, ils assument 50 % des décès liés au Covid-19, que celui-ci ait lieu au sein de l'EHPAD ou après transfert à l'hôpital. On imagine la douleur des résidents découvrant qu'en quelques jours plusieurs de leurs compagnons sont « partis » et la charge morale du personnel qui accompagne ces décès ou ces transferts en urgence.

D'un mal aussi lourd, il va falloir pourtant tirer une part de bien : des enseignements ou des mises en garde sur des failles à combler.

La première est l'insuffisante présence de médecins et d'infirmiers, et l'absence de psychologues dans les établissements. La loi ASV préconise que tout EHPAD doit être en lien avec un service ou un réseau de soins palliatifs. Il reste à exiger que ce soit appliqué et utilisé partout.

L'absence d'infirmière, en particulier la nuit, expose à un danger : pouvant, au cœur de la nuit, en face d'un résident dont l'état s'aggrave (en particulier, qui s'étouffe) décider ou non de le transférer en service d'urgence. C'est souvent le choix qui est fait par défaut, et nous savons que, dans de nombreux cas, la mort survient dès les premières 24 heures en service de réanimation, ceci sans l'appui, ni la présence d'une personne familière.

Les EHPAD de petite taille et proches les unes des autres doivent pouvoir mutualiser cette présence infirmière la nuit. De même, un médecin « de garde » doit pouvoir être appelé, au mieux par un tour de rôle entre les médecins traitants des résidents, ou par SOS médecins, en ville.

L'EHPAD de demain, celui qui accueillera les Boomers, ne doit plus être ce dernier domicile dont on ne ressort plus. Si possible et nécessaire, un retour au domicile de la famille doit être possible, si famille et résident le veulent et le peuvent. Cette « sortie temporaire » doit tenir compte de ce qui la rend souhaitable. Pour cela, le Covid-19 est un cas d'école. Au risque contagieux majeur s'est ajouté rapidement le poids de l'isolement individuel. Combien de familles se sont-elles vu proposer ce retour à domicile, sans frais particuliers pour elles et avec l'assurance d'un retour, comme je l'ai proposé dans plusieurs grands médias ? Cela aurait permis de sauver des vies, mais n'a pas été relayé par les autorités sanitaires.

Cet EHPAD de demain doit pouvoir assurer des accueils temporaires, voire des accueils d'urgence comme des sorties temporaires, et jouer ainsi son rôle de centre de ressources en même temps qu'abandonner définitivement son image de lieu où l'on meurt. De même, il doit pouvoir projeter au domicile, en cas d'aggravation de l'état d'un grand âgé, des professionnels qui jugeront de la possibilité de poursuivre ou non la vie à domicile avec un soutien renforcé.

En plus de l'ensemble des enseignements pratiques (ici à peine esquissés) que nous devrons tirer de l'analyse des taux de contamination et de décès, nous devrons réfléchir à la place, à mon sens indigne, que nous faisons au Grand Âge. Aucune parole officielle de soutien ne lui a été adressée, la publication des chiffres de contamination et de mortalité en établissement a été retardée et est restée incomplète. Certains pays sont allés jusqu'à ne pas comptabiliser les décès survenus. Le temps est court avant l'afflux de ma génération dans ce Grand Âge et le besoin d'un autre modèle s'avère une urgence. La loi Grand Âge devra y répondre.

Quelle recherche sur la séniorisation après la crise du Covid-19 ?

Benoît Roig, *Président Université de Nîmes*

En France, plus de 30 % de la population aura plus de 60 ans en 2050. L'ensemble des instituts nationaux et internationaux spécialisés s'accordent sur ce phénomène d'une transition démographique qui se produira dans les 30 prochaines années et ce, quelles que soient les hypothèses de projection retenues. L'ampleur et la rapidité du phénomène constituent un défi majeur pour nos sociétés. Au-delà des maladies non transmissibles (cardiopathies, cancer, etc.), généralement causes principales des décès observés dans les populations vieillissantes, la crise sanitaire du Covid-19 a également mis en évidence, la vulnérabilité de ces populations aux maladies transmissibles ainsi que l'impréparation de nos sociétés à des situations (risque) émergentes de ce type.

La recherche scientifique aura un rôle primordial à jouer dans l'accompagnement de la prise en charge de cette évolution démographique. Il s'agit notamment de mieux comprendre les paramètres (génétiques, physiologiques, biologiques) accompagnant le vieillissement, et de les distinguer des maladies et des handicaps qui prévalent chez les personnes âgées. Mais il faudra également être capable de maîtriser la complexité sociale de cette transition pour concevoir, certifier et exploiter des produits ou services innovants, de manière efficace et compétitive.

Dans le domaine médical, de nombreux progrès ont déjà été réalisés et continuent de l'être dans le diagnostic et le traitement de maladies neurodégénératives, métaboliques et chroniques liées à l'âge. De plus, les avancées technologiques dans les domaines biomédical, informatique, l'intelligence artificielle, permettent et permettront de mieux appréhender la compréhension des réponses biologiques (transcriptomiques, protéomiques, immunitaires et métaboliques) de l'homme en lien avec des paramètres tels que l'âge ou le vieillissement.

En complément, l'identification des facteurs liés au mode de vie et les comportements en matière de santé présentent un grand intérêt. En effet, ces derniers influencent directement l'aptitude physique, cognitive et émotionnelle, et le risque de maladie. En identifiant plus précisément les comportements et les modes de vie qui influencent la santé et la qualité de vie, il sera possible de renforcer les efforts de prévention, améliorer la gestion des symptômes, préserver les fonctions vitales et améliorer les soins.

Des études sur l'alimentation optimale, l'utilisation de compléments alimentaires, la stimulation mentale, l'exercice physique, la qualité du sommeil sont des exemples de pistes intéressantes. De même la prise en charge de la dépendance d'une population de plus en plus nombreuse corrélée avec un nombre restreint de place dans les établissements spécialisés, l'isolement des personnes âgées dans les territoires reculés, un urbanisme inadapté aux personnes âgées, l'accessibilité des services, l'adaptabilité des transports, etc., doivent également faire l'objet d'une attention particulière.

Ainsi, la compréhension des mécanismes biologiques n'est pas la seule voie de prise en charge du vieillissement et la crise sanitaire, lié à un agent non connu le montre bien. Il faut également prendre en considération les interactions sociales agissant sur la santé et le bien-être, mieux identifier les caractéristiques des relations sociales et des environnements sociaux qui favorisent un vieillissement en bonne santé. Ces recherches permettront d'approfondir notre compréhension dans ce domaine, afin d'adapter les interventions pour améliorer la santé et la qualité de vie des personnes âgées.

Penser la sécurité sanitaire des personnes âgées

Françoise Weber, *Médecin épidémiologiste*

Dès le début de la pandémie de Covid-19, la vulnérabilité des plus âgés a rapidement été identifiée. Mais alors que se multipliaient les protocoles de détection et de prise en charge des cas les plus graves, la gestion de la crise pour les plus âgés, en particulier dans les EHPAD, a pris du temps, malgré la mobilisation et le dévouement de leurs personnels et leurs responsables. Si des recommandations sur l'hygiène et l'isolement ont rapidement été émises, dans un second temps seulement ont été fournies progressivement des recommandations de prise en charge des malades, matériels de protection et médicaments adaptés.

La difficulté à prendre en compte les plus âgés dès la construction d'une stratégie de lutte contre une émergence, semble tenir à plusieurs causes.

Tout d'abord, dans quelle mesure l'organisation de l'administration française a pu contribuer à cette invisibilité ? La délégation des sujets personnes âgées à la Direction Générale de la Cohésion Sociale, la prépondérance de l'hôpital public dans la vision administrative de la santé, la faible capacité d'initiative des ARS, qui auront, par définition, une vision plus transversale de ces sujets, ont-ils joué un rôle ? La pertinence de cette organisation administrative devra, comme le fait que la santé scolaire ou la santé au travail relèvent d'autres ministères, faire l'objet d'une réflexion approfondie.

Un certain nombre de préjugés ont également été mis en évidence : considérer « les » personnes âgées comme une catégorie homogène de la population, leur demander de se confiner tous pendant des mois à partir de 70 ans, les récuser systématiquement des soins intensifs même quand la situation n'oblige pas encore à faire des choix dramatiques, résonne avec une méconnaissance bien partagée de la diversité de ceux qui constituent cette classe d'âge. Non seulement entre les boomers de 75 ans en pleine forme et les GIR 1 et 2 du Grand Âge, mais aussi au sein même des EHPAD, entre les capacités des uns et des autres à supporter les traitements.

Plus que les réorganisations administratives, plus que les plans qui se succèdent, seul un changement fondamental d'approche et de considération des personnes âgées par l'ensemble du corps social sont susceptibles de permettre de mieux les protéger, et de nous assurer qu'ils retrouvent la place qui leur revient dans toute action de notre société.

Le développement du *Care* tout d'abord. Le *Care*, c'est rendre visible cette partie de la population qui ne cessera de croître dans notre pays. C'est développer l'insertion de lieux de vie adaptés à chaque fragilité dans le tissu urbain, c'est favoriser les interactions entre les générations. C'est leur porter attention à chaque étage de la société.

Corollaire, le regard porté sur les fragilités et les handicaps de la personne âgée doit aussi profondément changer. Ils ne sont ni linéairement irréversibles, ni différents à handicap égal de ceux des plus jeunes. Les professionnels du Grand Âge le savent bien, mais ce n'est pas partagé par l'ensemble de la société, ni même des soignants.

Dans un pays qui pense avant tout *Cure*, c'est-à-dire soigner, avec des techniques remarquables, mais qui parfois ne se donne pas tous les moyens du soin de support, de soulagement à ceux qui ne relèvent pas du soin de pointe ; c'est permettre à chacun, aux décideurs, aux autorités sanitaires et à l'ensemble de la société de changer leur regard sur toute une catégorie de la population. Pour le dire autrement, si le *Care* ne préexiste pas, le *Cure* peut être redoutablement brutal pour cette catégorie de population. Le *Care* fait le lit du bon *Cure*.

➢ Plaidoyer pour une nouvelle approche du vieillissement

Alerte Longévité, la vieillesse serait-elle un mal pour notre pays ?
Audrey Dufeu Schubert, *Députée Loire-Atlantique*

Décembre 2019, j'écrivais au Premier ministre que le « tout-performance » renforçait les clivages et produisait des discriminations liées à l'âge, l'âgisme. La crise sanitaire du Covid-19 est un détonateur macabre des inégalités. Demain, nous devrons faire résilience et reconnaître que seul un système centré autour de la protection des plus vulnérables nous protégera de notre vulnérabilité collective. Nous devrons trouver un équilibre sociétal qui ne véhiculera pas l'utopie d'une immortalité dans la performance.

Le paradoxe est flagrant. Hier, je pensais que l'augmentation de l'espérance de vie était une chance. Aujourd'hui, brutalement, à la lumière du Covid-19 cette même longévité est une faiblesse. Comme si notre survie collective se basait sur le seul critère de l'âge. Il nous faut d'urgence changer notre pensée et modifier le regard porté sur les aînés. L'avancée en âge s'est brutalement matérialisée par une inégalité dans les choix thérapeutiques en cette période de crise sanitaire.

Les réactions discriminantes autour du vieillissement sont le reflet de craintes personnelles et d'un désarroi collectif face à l'avancée en âge et à la peur de mourir.

En février, lorsque la Chine était au pic de l'épidémie, en France, qui ne s'est pas rassuré par l'éloignement géographique ? « *Non, cela ne nous arrivera pas.* »

Début mars, quand l'Italie fait état du nombre croissant de décès, parmi nous, qui ne s'est pas senti soulagé par l'âge des victimes ? « *Non, cela ne nous arrivera pas, le Covid-19 ne touche que les vieux.* »

En mars, la France dépasse le seuil épidémique. La réaction est directe : « *Oui, le Covid-19 est là, isolons les vieux et gardons le réa pour les jeunes* ».

Lutter contre l'âgisme, c'est redonner un espace de vie à chacun. La crise du Covid-19 est l'occasion de déconstruire ces schémas d'exclusion. C'est le droit de vivre ou de mourir que nous requestionnons. Le vieillissement dépend du Ministère de la Santé. Nous en voyons aujourd'hui les limites. Le confinement engendre des situations d'isolement social extrême jusqu'alors invisible. Les collectivités locales doivent jouer un rôle dans l'offre de services qu'elles apportent à leurs administrés vieillissants ; et l'élaboration d'un pacte territorial de la longévité permettrait une vision transversale, inexistante à ce jour.

Les Français ont davantage peur de l'isolement social que de leur propre perte d'autonomie. La présence humaine, le réconfort, la chaleur d'un regard ne sauront jamais se remplacer. Il est urgent de coordonner les services de soins à domicile. La future loi Grand Âge devra inscrire des objectifs et des moyens concrets pour rompre l'isolement des aînés. Il faut une gouvernance interministérielle de la longévité, non médico-centrée.

Nous pensions être dans une société bienveillante, mais celle-ci est nourrie à la performance. Nous ferions une erreur de ne pas reconnaitre les aînés dans cette période de crise. Ils sont le reflet de notre propre humanité. Promouvoir et affirmer les droits des personnes avançant en âge, c'est l'assurance d'une égalité des droits tout au long de la vie.

Notre ennemi aujourd'hui est le Covid-19, l'âge n'en est pas un, et ne doit pas le devenir.

Gardons espoir, nos priorités vont changer. Et, nous pourrons alors dire : « *Oui, nous y sommes arrivés !* ».

Refonder nos pratiques et nos structures face à la fragilité humaine

Joël Jaouen, *Président France Alzheimer*

Au sein de nos sociétés modernes, la perception des situations de vulnérabilité s'est peu à peu transformée, sous l'influence conjuguée de facteurs économiques, épidémiologiques et des recompositions sociales. Désormais, il s'agit d'une réalité s'imposant naturellement à chacun de nous, nous poussant à une nécessaire refondation de nos pratiques et de nos structures au quotidien. Ensemble, c'est tout un système, une société qu'il nous faut réinventer, adapter et soutenir.

La maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées sont d'ailleurs au cœur de ce renversement qui conduira inévitablement à changer notre vision collective. La vulnérabilité doit maintenant s'envisager comme objet d'une lutte commune et nécessaire, profitable à chacun, mais également comme une opportunité de faire émerger de nouvelles approches, fertiles en gisement de richesse économique, scientifique, sociale, éthique…

Depuis les premiers plans dédiés, les conditions particulières de ces pathologies singulières – interrogeant à la fois la personne malade, les proches et leur environnement – associées à une épidémiologie obligeante, concourent à situer la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées au cœur d'interactions qui résonnent avec l'urgence contemporaine. Depuis plus de 30 ans et le début des activités de France Alzheimer, nous apprenons et diffusons – avec et pour les familles concernées – nos priorités d'actions, qui font aujourd'hui écho aux objectifs des États généraux de la *séniorisation*.

En effet, il s'agit de concilier respect de l'individu au sein du collectif et évolution des rapports individuels, de surmonter les arbitrages financiers dans la santé, de favoriser de nouvelles formes de lien social et de solidarité, de comprendre et d'accepter de nouveaux défis, sur des échelles de temps beaucoup plus grandes.

Aujourd'hui, la crise sanitaire que traverse notre pays révèle, plus que jamais, les failles d'un système de santé sur lequel nous nous reposons depuis trop longtemps. Il nous faut identifier ces failles, les accepter et en tenir compte dans les travaux actuels autour de la future réforme « Grand Âge et autonomie » impliquant la société tout entière.

Ces failles nous obligent également à nous intéresser à la base de toute action collective structurée et efficace : la gouvernance. Pour France Alzheimer, il est urgent de remettre à plat le schéma global de structuration de notre système de santé : des acteurs clairement identifiés et identifiables, assumant leurs missions à chaque niveau de découpage territorial, de manière décloisonnée et égalitaire, en garantissant l'accessibilité géographique et financière, et en partant des besoins des personnes concernées, de nos besoins. Car, finalement, nous sommes tous vulnérables, nous sommes tous concernés.

Repenser les établissements d'accueil dans une logique de service à domicile !
Pascal Champvert, *Président Association des Directeurs au service des Personnes Agées AD-PA*

Bla Le développement de structures de type résidences-services et le renouveau de l'intérêt pour les résidences autonomie montrent que notre société doit promouvoir des solutions diversifiées, afin de répondre aux attentes des personnes en recherche d'une organisation adaptée pour préserver leur autonomie et leur vie à domicile malgré d'éventuels besoins d'aide liés à l'âge.

Au-delà d'une réflexion technique, une approche globale, voire éthique sur la place de l'homme dans la société, laisse penser que le modèle sanitaire classique doit être dépassé afin de permettre l'ouverture des établissements vers de nouveaux horizons. D'autant plus que de nouvelles attentes sociétales émergent.

La bonne image dont jouissent les résidences autonomie, résidences-services, domiciles regroupés, tient pour beaucoup à cette donnée : « *On y est chez soi, on peut y apporter ses meubles, y vivre sa vie indépendamment des autres* », tout en bénéficiant d'un accès facilité à certains services mutualisés.

Cela suppose donc que les personnels travaillant en établissement intègrent la culture du domicile, et se comportent à terme comme leurs collègues des services à domicile, services de soins ou d'aide, professionnels, libéraux, etc.

Mais alors dira-t-on, pourquoi une structure ? Pourquoi ne pas faire en sorte que chaque personne âgée reste dans son domicile ? Deux raisons majeures. L'isolement tout d'abord ; même bénéficiant de services à domicile, beaucoup de personnes âgées fragilisées ne peuvent sortir seules de chez elles. Si elles n'ont pas d'entourage familial ou amical, elles n'ont de contact qu'avec des professionnels. La deuxième raison est le coût. À quantité et qualité égales, le prix de revient d'un service est inférieur si les bénéficiaires sont proches, du fait des économies d'échelles et de l'inexistence de temps de trajet.

Par conséquent, les structures peuvent répondre à ce besoin de socialisation et jouer un réel rôle social, à condition, évidemment, de s'adapter suffisamment afin d'offrir un véritable plus en termes de service et de qualité de vie.

Ces nouveaux projets doivent promouvoir une logique de domicile soit par le développement de nouvelles structures, soit par l'évolution des structures classiques existantes.

Pour ce faire, la démarche consiste à renforcer et augmenter le temps de professionnels à domicile et d'aligner les rémunérations de la branche de l'aide à domicile sur celle de la branche santé/social. D'abord pour mieux accompagner les personnes âgées vivant déjà dans leur domicile. Mais également pour accompagner les 400 000 personnes qui résident aujourd'hui en établissement dont les structures seraient transformées en domiciles regroupés.

La plupart des 650 000 personnes aujourd'hui en établissement attendent pour l'essentiel, une aide pour les actes de la vie quotidienne et le maintien des liens sociaux. Ainsi, 400 000 « places » d'établissements pourraient être transformées en domiciles regroupés. Il s'agit de ceux relevant du Code de l'Habitat (et non du CASF) ou proposant un certain nombre de prestations communes (pouvant varier selon les choix de gestion et réalités locales, et distinguer par un système d'étoiles). Mais aussi les établissements s'appuyant sur des prestations de services à domicile suffisamment robustes relevant du CASF et renforcées par rapport à l'existant.

Enfin, pour les 250 000 personnes restant vivre en établissement pour personnes âgées, il conviendra de renforcer et diversifier l'accompagnement en appliquant un ratio de 1 pour 1 (tous personnels confondus) tel que prévu en 2012 dans le Plan Solidarité Grand Âge.

Reconstruire l'ensemble de la prise en soin… ensemble !

Gilles Berrut, *Professeur en médecine, Président Gérontopôle Pays de la Loire*

La situation des Établissements d'Hébergement pour les Personnes âgées dépendantes (EHPAD) a montré les dysfonctionnements qui devaient trouver réponse dans une loi autonomie Grand Âge aux figures d'arlésiennes, n'étant jamais la priorité du ministère concerné, et en l'absence de Secrétariat d'État aux personnes âgées. Mais l'épidémie du Covid-19 et son tropisme morbide pour les personnes âgées a démontré ce qui était souligné, pour ne pas dire dénoncé, à savoir l'incompétence managériale issue du portage bicéphale entre conseil départemental et agence régionale de santé.

Ces acteurs ont joué le match de leur prérogative depuis presque 10 ans jusqu'à épuisement des possibilités de faire avancer les vrais sujets pour les résidents et les professionnels. N'oublions pas que la loi Hôpital-Santé-Patient-Territoire qui a créé les ARS a été écrite à la suite d'un rapport Baladur qui actait la disparition des conseils généraux d'alors. Ce défaut « congénital » des ARS n'a jamais été surmonté. Mais dans le même temps la population hébergée en EHPAD, s'est modifiée devenant des personnes de plus en plus fragiles et porteuses de troubles cognitifs, et relevant d'une prise en charge sanitaire accrue. Ceci était inscrit dès la création des EHPAD dans un modèle économique qui favorisait la lourdeur des prises en soins, pour équilibrer le budget. Le rapport Libault est resté sibyllin sur ce sujet pour ne vexer personne, mais il nous faut sortir de ces courtoisies de salon, même républicain, et appréhender la réalité des nouveaux résidents d'EHPAD qui ont peu à voir avec ceux présents à la création des EHPAD en 1999.

L'apport des conseils départementaux a une faible valeur ajoutée et les ARS trouvent que les EHPAD ne font pas chics pour que l'on s'y intéresse. La gériatrie parfois enfermée dans un rôle rêvé de grande spécialité de recours hospitalier ne s'est pas suffisamment investie au niveau hospitalo-universitaire, mise à part quelque exception, excelle par ailleurs.

Les ambiguïtés de cette situation, associée à l'oubli initiale totale de la question des personnes âgées dans la gestion de l'épidémie par le conseil scientifique a mis au grand jour l'impossibilité d'une véritable conduite de crise et de management, bien au-delà du problème des masques. Ce sont les professionnels de terrain qui ont été, par leur implication et leur dévouement, les vrais managers et non ceux qui se nommaient volontiers de la sorte.

Ainsi, non seulement il faudra enfin écrire la loi grand Âge-autonomie, mais cette écriture ne pourra en rester au lieu commun déroulé dans le précédent rapport, pour reconstruire l'ensemble de la prise en soins, hôpital, ville et établissement médico-social. Il nous faudra également dès à présent réunifier la vision du territoire qui a été morcelé par une loi santé qui ignorait une nouvelle fois la dimension gériatrique, et aboutissant à deux visions du territoire, d'une part les Communautés Professionnelles territoriales de Santé (CPTS) et de l'autre, les Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC). Il faut savoir que dans certaines ARS ce ne sont pas les mêmes directions qui se chargent de chacune de ces organisations ! Rappelons que 50 % des personnes âgées dépendantes sont à leur domicile et que ces distinctions sont purement idéologiques.

Refonder une santé pour tous dans ses modes de management relève de l'intérêt de tous.

Comment repenser le soutien efficace aux aînés ?

Bernard Jouannaud, *Retraité, ancien Directeur Groupe associatif médico-social*

Une présence avant tout…

« Faut r'connaître, c'est du brutal ! » Jamais Michel Audiard n'aurait pensé que l'un de ses dialogues des mythiques « Tontons flingueurs » aurait pu imager la période que nous vivons. Effectivement, c'est du brutal, de l'imprévu total, de l'incroyable mais vrai. La stupeur passée et même si aucun recul ne permet réellement d'en ressortir des enseignements définitifs, il est permis d'en tirer au moins quelques réflexions concernant le Grand Âge.

Le confinement n'est pas un fait nouveau pour des personnes âgées qui vivent, pour beaucoup, la solitude et l'ennui au quotidien. D'autant que l'ennui s'accompagne toujours du sentiment d'inutilité. Les « spécialistes » appellent cela pudiquement le syndrome du glissement ! Qui n'est en fait que celui de la dépression au stade le plus sérieux.

Depuis de nombreuses années, de sujet fait l'objet d'alertes et de revendications de la part des acteurs dans ce domaine. Il serait réducteur de traiter ce sujet au seul éclairage de cette crise à la fois exceptionnelle et brutale. Et il serait tout aussi réducteur de réduire tout avis aux seuls établissements spécialisés (type EHPAD), dont il faut souligner l'importance des procédures, contrôles et prévention depuis la grande canicule de 2003.

Le « domicile » est tout aussi important, et sans doute plus complexe à appréhender. Il faut privilégier « l'intelligence de terrain », souvent de bon sens et de vécu, pas assez écoutée. Issue de celles et ceux qui côtoient moins la réalité des établissements que celle de colloques ou congrès !

C'est une évidence que tous les commentaires, rapports ou colloques évoquent. Et pour cela la proximité est la meilleure chose. Mais il faut aussi du temps qui ne se conjugue pas avec la polyvalence des tâches. Il convient donc de traiter cette évidence différemment.

Certes, il convient d'augmenter le nombre de soignants au sein de chaque établissement. Mais au regard de leur formation issue des concepts Canadiens reposants sur le soin ou le nursing, il est nécessaire de distinguer le temps consacré à chaque résident et de ne pas demander à ces soignants une polyvalence et un temps dont ils ne disposent pas. Il faut donc créer un statut spécifique ne reposant que sur ce lien relationnel, qu'il soit reconnu et financé (ex. : modèle AVS en milieu scolaire).

Actuellement les bénévoles ne sont pas reconnus suffisamment. Preuve en est leur interdiction dans le cadre du confinement. Mais en règle générale la démarche des bénévoles n'est pas suffisamment structurée (ex. : principe des CVS ou des Cruqpc en milieu sanitaire). Les bénévoles doivent être formés, suivis, etc. et bénéficier d'un statut permettant des défraiements.

S'agissant du domicile, de nombreux acteurs interviennent déjà, mais souvent sans coordination. Il faut déterminer un référent pas nécessairement de la famille mais qui bénéficie d'un statut formalisé (ce peut être quelqu'un du quartier). Le former et l'inscrire dans une démarche pérenne.

Au-delà des intervenants dits « sociaux », d'autres prestataires interviennent au domicile pour des travaux divers. Il serait envisageable de les doter d'une formation à l'écoute et aux échanges (un jardinier peut passer plus de temps à échanger qu'à jardiner). Pouvons-nous envisager une reconnaissance et une prise en compte de temps ? Exemple de ce que La Poste qui a mis en œuvre en termes de relations pour les âgés, mais à condition de donner le temps nécessaire et former les personnes. Il ne faut pas là non plus encourager la polyvalence. Inutile de détailler ces outils. Mais ils font l'objet d'une grande inégalité et d'un manque d'équité entre les établissements. Bien souvent, ils ne sont pas mis en œuvre. Il faut donc les officialiser et constituer une offre type qui soit financée dans le « socle » de financement de la prestation d'un établissement. Comme certaines prestations.

En résumé, rien ne peut ou ne pourra remplacer le temps d'une présence physique spécifique. Et c'est ce qui manque le plus.

➢ Témoignages et réflexions de terrain

Comment redonner la parole aux séniors ?

Marie-Françoise Fuchs, *Médecin, Présidente d'honneur Association Old'Up*

Curieux phénomène, c'est l'accompagnateur du « vieux » que l'on entend, que l'on écoute, qui parle à sa place. Sa parole est « tue » elle a perdu sa musique… Aidants familiaux ou professionnels sont devenus les interlocuteurs des médecins, des responsables, des visiteurs… Privés de « Dire », les anciens parcourant ce chemin inédit et singulier ne peuvent témoigner de leur présence, de leurs affects, de leurs joies ou de leurs douleurs.

Le vieux n'est plus une personne vivante, il est dans un désert de rencontre, il est devenu un « objet de soins ». Les échanges que nous pouvons avoir avec lui n'ont plus de résonance humaine pour les adultes en charge. Il n'est plus stimulé, attendu « à dire » quelque chose qui toucherait à un sens. Il n'est plus appelé à l'échange, c'est-à-dire à la vie. Il est urgent de lui rendre une voix, sinon c'est une séquestration en solitude et déréliction qui lui est proposée. Nous lui renvoyons une image de lui-même qui s'apparente à « l'insensé », au « fou », à l'égaré, à l'inutile. Que faisons-nous des trésors de son expérience de la vie. À l'originalité de sa perception, à l'histoire pleine de bruits et de silences qu'il a menés longuement… « Que reste-t-il de nos amours ? » dit la chanson, que reste-t-il de ce récit de l'aventure d'une longue vie humaine ?

Porte-voix de tous les âges, ils pourraient témoigner, dire, élever la voix, une voix audible, une voix de vieux neuve, inspirée, qui nous ouvrirait à des exemples humains. Le vieux est une personne au bout d'une aventure singulière qui a duré. Est-il trop encombrant, trop répétitif, un « petit vieux » ? Il doit garder le silence ; ce qu'il aimerait dire, ce dont il voudrait se mêler, témoigner est en trop dans un paysage déjà prêt à disparaître. Il est près de mourir sans passer le flambeau d'une parole. Il râle, il ne sait plus parler, l'air lui manque. De quoi était-il porteur, de quoi était-il « gros » ? En gestation de sa mort ? Où sera passé son regard affiné, observateur privilégié, disponible et attendri de découvrir en son temps les beautés de la nature, le sourire d'un petit enfant, la valeur d'une caresse ? Ses possibilités de s'émerveiller des bêtises d'un enfant, comme Victor Hugo le dit si bien… Il a su rire et encourager les essais attendrissants de créer leurs vies des tout-petits ; il a roulé sa bosse et il est encore capable de nous en montrer la trace. Écoutons-le, cheminons parfois aussi avec lui hors de nos tracés vertigineux du futur ; son trajet peut nous éclairer et il a une valeur toujours impressionnante d'humanité, arrivée au bout des choses… Écoutons-le, relater sa vie de « chien », peut-être, mais une vie assumée, un trait, une histoire vraie…

Notre expérience des « groupes de paroles », groupes de rencontres informelles mais régulières, nous montrent à quel point entre vieux la parole est riche et que ces échanges « font vibrer ». De nombreux témoignages des participants à ces groupes affirment l'importance de ces réunions, à quel point ces rencontres régulières leur manquent, dans leur vie quotidienne, ces moments de paroles et d'écoutes mutuelles. Certains en ces temps récents de grève, de manifestations ou de confinement nous disent que « c'est leur vie » qui tient grâce à ces moments. Riches d'expériences, de rires partagés, d'affections nouvelles, d'amitiés fortes, donnons l'occasion à d'autres « anciens » de temps de partage, du retour vers un soi intègre et « toujours déjà » vivant. Ces groupes de parole ne sont pas seulement des moments agréables, ils sont nécessaires à une vraie vie.

En écoutant la parole des vieux, peut-être ne seront-ils plus traités comme des « objets de soins », mais comme des « personnes entières » qui – au même titre que tous les adultes – sont inscrites dans des relations pleines de sens et vitales pour eux et pour la société.

Covid-19 : Le révélateur de besoins psychologiques chez les aînés à domicile ?

Alice Warusfel, *Psychologue clinicienne*

J'ai souvent été frappée des images de personnes âgées proposées sur internet. Elles illustrent l'âge par le toucher (des mains notamment), des sourires et des interactions. Des clichés évoquant la nécessité du lien, encore plus marquée à cette étape de la vie où les pertes sont nombreuses. Mais qu'en penser en ces temps de crise ? Comme n'importe qui, je faisais partie ce matin des longues files d'attente devant les magasins d'alimentation et me disais que rares sont ceux d'entre nous ayant connu cela : couvre-feux et peur du manque souvent ravivée en de telles périodes, exceptés bon nombre de nos aînés et/ou leurs parents. Je me suis alors demandé ce que tout ceci pouvait éveiller chez eux une fois rentrés et confinés. Pensées négatives, souvenirs douloureux, angoisses mais surtout qu'en faire ?

La crise suppose l'adaptation, pousse à l'improvisation et génère du collectif et de l'innovation. La canicule avait permis, entre autres, la création d'un fichier à Paris, CHALEX, afin de recenser, signaler, garder des contacts et agir pour les plus vulnérables. Il permettait également de se rendre à domicile et d'emmener certaines personnes dans des lieux rafraîchissants. Or, nous vivons aujourd'hui des moments inédits pour lesquels il est question de distance, de confinement, d'absence de contact physique donc d'une grande souffrance pour les personnes âgées et isolées. À domicile ou en EPHAD, celles qui ne mourront pas du Covid-19, décèderont probablement de solitude, d'un sentiment d'abandon et de chagrin.

Lorsque l'on devient expert de son domaine aujourd'hui, on est potentiellement en difficulté dans un autre. Et comme nous ne savons pas aisément sortir d'une case pour pénétrer dans une autre, on oriente ! Cependant, si ce système fonctionne un tant soit peu, il demeure un maillon manquant. Un maillon qui permettrait le lien, la continuité, une vraie transversalité. Pour le moment, entre deux disciplines expertes, l'orientation évoque le travail de l'individu « orienté » qui prend les contacts et se débrouille avec.

Mais il est un temps de l'âge où les souffrances ne se disent plus nécessairement, elles s'observent. Le ralentissement imputé au vieillissement peut aussi et, est souvent, un précieux outil d'évaluation. C'est ainsi, par exemple, que douleur et dépression se diagnostiquent chez les plus anciens, ces individus qui n'iront pas chez les « psys », qui ont tout au plus un téléviseur et un vieux tourne-disque, et qui ne feront jamais entrer Skype ou Zoom dans leur salon. Alors puisqu'il faudrait voir ces « invisibles » silhouettes portant des maux sans paroles, puisqu'il faut observer : allons chez eux !

Alors capables aujourd'hui de géolocaliser un individu grâce à son téléphone portable, nous n'avons aucune excuse, nous devrions savoir où sont les personnes les plus vulnérables pour les connaître et intervenir efficacement en cas de crise. Professionnels, citoyens, politiques, etc., pourrions ensemble réfléchir à des pistes comme la création d'une plate-forme de coordination mettant en lien les professionnels de soin, de l'âge et les structures existantes, pour de vrais échanges et travaux communs. Comme la création également de soins de support de l'âge réunissant sur un même plateau des professionnels de différents champs afin de travailler et accompagner les situations complexes et la pluridisciplinarité. Imaginons des structures où les personnes âgées pouvant se déplacer et leurs proches viendraient construire avec les professionnels et politiques.

À l'ère de la coconstruction, créons avec le savoir de nos aînés, écoutons-les pour mieux les accompagner et rendons-leur de leur superbe en faisant d'eux nos alliés. Ainsi, nous saurons mieux prévenir l'isolement des plus vulnérables et saurons entrer au domicile de ceux qui ne viendront jamais à nous.

L'urgence de renforcer, de (re)tisser les « Liens de Vie » des séniors

Loïck Coriou, *Citoyen, Réalisateur Viewniverse Studio, créateur du programme TV « Génération Indépendance », France 3*

Nous continuons à traiter obstinément la question du vieillissement de la population par le seul prisme de la prise en charge sanitaire.

Cette approche place l'aîné sur une « Voie de Gar'Âge ». Il est donc urgent de privilégier le « Cord'Âge de Vie » pour consolider voire (re)tisser ces « Liens de Vie » solides qui vont arrimer les séniors à une existence pleine et digne. À tout ce qui fait et est la vie.

Comment préserver ou retisser de manière volontariste, concrète et efficace ce « Cord'Âge », ces « Liens de Vie » ?

Création d'un profil de « Référent Génér'Action » et d'un réseau de « Génér'Acteurs » de proximité.

Ce serait un expert responsabilisé : le « Référent Génér'Action », dépendant des Départements ou des Communes. Un travailleur social dûment formé et spécialisé ou un professionnel des métiers du Grand Âge, doté d'une expertise spécifique en termes de *séniorisation* de la société. Mais ce référent devra également disposer d'une connaissance fine du tissu local, de l'écosystème public, associatif, privé, d'acteurs du secteur sanitaire et social, de la *Silver Economie*, des professionnels des Services de Maintien à Domicile, du tissu associatif, du monde culturel, des experts et questions d'habitat, d'immobilier, etc.

Fin connaisseur des arcanes des Institutions Publiques autant que du domaine associatif et des logiques économiques du secteur privé, le « Référent Génér'Actions » sollicitera, en fonction des dossiers, des situations, des besoins exprimés, les Pouvoirs et Services publics compétents autant que les acteurs du privé. Ce, dans une action uniquement centrée sur le bénéfice du sénior et de ses aidants, et débarrassée de tout dogme.

Ce « Référent Génér'Actions » sera l'acteur/décideur à l'échelon du quartier, de l'arrondissement ou du canton. Il pourra créer un réseau de correspondants dans les quartiers, les résidences, les associations locales, qui pourraient l'épauler. Sa mission : identifier spontanément, par connaissance des cas ou sollicitations directes des séniors ou de leurs familles, ou par remontées du terrain de la part du « Réseau Génér'Action » de proximité qu'il va mettre en place, les cas de suspicion du « Cord'Âge de Vie » (les cas d'isolement, de rupture des « Liens de Vie », de danger de glissement, de danger sanitaire et psychologique).

Financement d'un « Fonds National Génér'Action » : Les acteurs de l'Uberisation économique solidaires et au service de la *séniorisation*

La création d'un « Fonds National Génér'Action » permettrait de financer le budget du réseau de « Référents Génér'Action », mais également une plate-forme des « Génér'Acteurs ». Ce Fonds serait abondé par les acteurs de l'Uberisation de l'économie, via une contribution financière minime, indolore et non pénalisante pour les entreprises et les consommateurs, acquittée lors de chaque transaction opérée par un acteur du e-commerce, de la livraison de biens ou de repas à domicile et par les grands acteurs des nouvelles mobilités urbaines. Il s'agirait de faire acquitter par ces entreprises, une contribution pouvant être de l'ordre de 0,5 % à 1 % de leur chiffre d'affaires annuel. Pour rappel, Amazon, pour ne citer que cette entreprise, a déclaré un CA de 4,5 milliards d'euros en France en 2018.

La symbolique sociale et intergénérationnelle est évidente et serait exemplaire, forte, remarquable : les grands acteurs et consommateurs des nouvelles mobilités et des nouveaux transports de biens et de personnes abonderont un « Fonds Génér'Action » destiné à ceux dont l'autonomie et la mobilité s'étiolent.

À la lumière du Covid-19, comment repenser l'organisation de soutien efficace aux aînés dans les EHPAD ?

Vincent Rozelier, *Infirmier, en reconversion professionnelle*

« De l'ombre à la lumière »

La crise du Covid-19 a fait ressortir tous les maux de notre système de santé et les EHPAD n'ont pas été épargnés. Laissés dans l'ombre pendant de longues années, il aura fallu une pandémie et beaucoup de nos ainés touchés, pour que les EHPAD entrent dans la lumière et puissent éventuellement être entendus. Les choses doivent changer !

Les soignants sont en première ligne dans cette crise sanitaire et il est temps de valoriser leur métier. Au-delà d'une revalorisation salariale indiscutable, il est urgent de revoir la formation. Dans son rapport, Madame El Khomri souligne l'importance « *d'ouvrir la formation d'assistant de soins en gérontologie à tous les professionnels qui accompagnent les personnes en perte d'autonomie* ». Le renforcement de cette formation et le déploiement de ces professionnels en EHPAD doivent être une priorité. Le rapport propose de suspendre le concours d'entrée en école d'aide-soignante pour la formation initiale.

Cette piste pour palier à la pénurie de soignants ne va-t-elle pas se faire au détriment d'une sélection indispensable ? Faciliter l'accès à cette formation ne va-t-il pas la dévaloriser ? La réalité du terrain parle d'elle-même. Beaucoup de personnes effectuent cette formation du soin sans réelle appétence et motivation, mais encouragées par les services de recherche d'emploi et finissent par abandonner. Il serait intéressant de discuter du contenu de ce concours plutôt que de le supprimer.

Pour appuyer cette offre de soins aux EHPAD, il serait important que les étudiants en formation médicale et paramédicale soient invités à venir exercer au sein même des structures. L'intervention d'étudiants en présence des soignants des EHPAD permettrait aux résidents d'obtenir certaines consultations impossibles en ville.

Nul n'ignorait que les EHPAD étaient esseulés dans l'accompagnement des résidents. Cette crise sanitaire aura eu un effet loupe sur ce problème. En temps ordinaire, l'accès au milieu hospitalier pour des résidents catégorisés GIR 1 ou GIR 2 est extrêmement compliqué. Nous ne pouvons pas incriminer les hôpitaux de ne pas avoir la capacité de recevoir des résidents grabataires ou avec des troubles du comportement, quand eux-mêmes, en sous-effectifs, ne disposent pas des locaux et du matériel adéquat.

Avec cette crise sanitaire, les EHPAD ont été encore plus en difficulté pour adresser les résidents et souvent récusés par les urgences et les services hospitaliers. Par conséquent, il est nécessaire d'ouvrir davantage de lits gériatriques avec des soignants formés à cette spécialité à part entière afin de permettre un accès égal aux soins pour les plus anciens. De plus, ces ouvertures permettraient d'éviter un passage aux urgences pour ces personnes fragiles. Pour appuyer ces actions, il serait intéressant de nommer un médecin hospitalier comme référent d'un EHPAD. Sa connaissance des dossiers médicaux décloisonnerait ces deux milieux et offrirait aux résidents un meilleur accès aux soins.

Cette crise a prouvé que le monde de la santé voulait travailler main dans la main et faire évoluer les choses. Aujourd'hui, nous sommes à la lumière. Soyons déterminés à garder le flambeau pour ne pas retomber dans l'ombre. Les choses doivent changer pour nos aînés et nous, qui sommes les aînés de demain.

➢ Témoignages et réflexions citoyennes

Le digital pour les séniors, quelles perspectives ?
Garance Guérin, *Citoyenne chef de projet, Marketing digital*

« On s'appelle ? », dit ma grand-mère. Ces quelques mots, autrefois anodins deviennent aujourd'hui un enjeu, un *challenge*, parfois un casse-tête. En effet, la période que nous vivons actuellement remet en perspective les outils traditionnels de communication, notamment le téléphone portable puisqu'il s'agit désormais de conserver un lien visuel avec nos proches. Pléthore d'outils sont disponibles, il convient de choisir celui qui non seulement réponde le mieux à la situation, mais aussi et surtout, celui dont l'installation sera la plus évidente. Nous ne pensons que trop peu au téléchargement des applications, à l'ouverture d'un compte, à la protection des données qui peut freiner, la connexion, l'activation du son, de la caméra, du micro, etc. Autant de freins qui requièrent une bonne connaissance des outils et des environnements digitaux, de la pédagogie et un soupçon de patience.

L'isolement des personnes âgées se réduit aussi à travers la manière dont les séniors sont informés. Les Journaux Télévisés font certes la part belle aux informations, mais quid des sujets de fond traités d'ordinaire dans les versions papier des journaux ? Ne serait-il pas temps d'adapter l'offre numérique de ces derniers et de communiquer auprès de cette cible dont les pratiques et usages diffèrent, mais pas le niveau intellectuel !

Adaptons aussi le quotidien à leurs besoins, digitalisons-le afin que ce dernier vienne à eux et non l'inverse. Leur déplacement étant souvent compliqué, rendons les livraisons de courses alimentaires facilitées à travers des applications plus ergonomiques (police plus importante, aide sonore), simplifions les échanges à travers des plateformes communautaires permettant de mettre en relation les séniors avec les habitants de leur immeuble, par exemple. Connectons leur hébergement pour en faire un lieu de vie et non de survie, prenons le temps d'expliquer les outils digitaux à nos aînés avec des mots simples, rassurants, empathiques !

Le gap technologique vécu entre les personnes âgées et les nouvelles générations sera en partie résorbé si ces dernières cessent de faire du digital quelque chose d'inaccessible, de novateur, d'exceptionnel. Encore aujourd'hui, une approche *user centric* est généralisée lorsqu'il s'agit d'intégrer les utilisateurs dans les réflexions d'innovations technologiques, notamment. Élargissons le spectre de la réflexion en adoptant un réflexe *sénior centric* afin de mettre au cœur de nos stratégies digitales les personnes âgées.

Aussi, ce n'est pas aux séniors de s'adapter à nous, mais le contraire. Pensons à tous les enfants que nous avons choisi de faire. Utilisons-les à bon escient et impliquons-les dès leurs premières classes à ces problématiques. Sans doute le temps des correspondants à l'autre bout du monde est-il révolu ? Le nouveau « cool » sera-t-il peut-être de faire son stage de 3ème dans un EHPAD ? Les jeunes enfants danseront-ils peut-être leurs premiers slows dans les établissements de santé, nouvelles colonies de vacances sociales ?

Pour cela, force est de constater qu'un effort à tous les niveaux doit être fait en termes de valorisation des lieux de santé, des personnes âgées et du personnel qui prennent soin d'elles tous les jours.

La question de la (re)considération ; une nécessité civique et civilisationnelle ?

Yves-Alexandre Tripkovic, *Écrivain, citoyen engagé*

À la suite de cette réaction quasi-nucléaire en chaîne qu'est la pandémie de Covid-19, nous aurions tort de penser qu'avec ce changement radical des paradigmes sociaux, politiques et économiques que nous vivons, un grand nombre de questions allait s'évaporer à l'image d'un tas de réflexes sur lesquels nous nous appuyions jusqu'à hier, évoluant dans ce dont nous nous souviendrons comme d'une ancienne civilisation. Plonger dans un bain de soleil sur la terrasse d'un bistro, plus possible. Réunir ses amis pour une fête d'anniversaire, bien trop risqué, cela pourrait se transformer en un suicide collectif à retardement. Se serrer la main et s'embrasser pour saluer devient un duel dans lequel chacun est potentiellement aussi bien l'assassin que la victime.

Le monde nouveau obéira aux nouvelles lois gravitationnelles, et la constellation il va nous falloir la repenser. Mais pour que nous puissions malgré tout, ou plutôt à l'encontre de tout, préserver cette part d'humanité qui demeure la seule et unique constance civilisationnelle constructive, il va nous falloir démultiplier nos efforts pour garder l'ancrage et maintenir nos liens avec nos aînés, notre mémoire vive des mondes, précédant celui dans lequel nous nous réveillons avec la gueule de bois. Notre hard disc est bien fragilisé et devient la cible facile des virus ; et il nous revient d'en prendre soin pour notre sauvegarde.

Lorsqu'un ami de deux à trois fois notre âge, lève les bras face à la confusion que lui inspire l'art du maniement des nouvelles technologies incarné par tout un arsenal de gadgets, rappelons-nous juste que lorsque nos parents étaient occupés à travailler, ce sont bien nos grands-parents qui, en nous tenant avec douceur par la main, nous ont aidés à poursuivre nos premiers pas.

L'aisance avec laquelle depuis un moment nous évoluons dans le monde virtuel ne peut en aucun cas être une exclusivité des générations x, y ou z, mais un bien commun. Une évolution commune. Une promenade de santé mentale. Adapter les outils de communication ainsi que de divertissement ou dans le sens le plus large de culture, devient une nécessité vitale à l'époque des attestations dérogatoires et la liberté de mouvements circonscrite à mille mètres et cadenassée à une heure journalière.

De nombreux acteurs culturels ont saisi l'ordre du jour permettant l'accès libre à leurs pages (la Bibliothèque numérique de l'Unesco, la FNAC, l'Opéra national de Paris, le Metropolitain Opera de New York, La Cinémathèque française, etc.), mais pour ceux à qui les fameux « @ » et les omniprésents « # » ne sont que des épices trop piquantes d'un plat incomestible, il est capital d'apprendre et donc de leur enseigner avec délicatesse le nouvel alphabet pour qu'ils puissent l'épouser et s'épanouir dans la grammaire de cette ère nouvelle. La priorité est évidemment que tous puissent bénéficier d'un écran et d'une connexion internet gratuite et illimitée, ne les interposant pas au monde, aux autres, mais au contraire qui permettront de maintenir voire de tisser de nouveaux liens. Au risque de choquer, ceci est maintenant aussi indispensable que les #masquesffp2, #gelhydroalcoolique, #gants voire #scaphandres pour nous livrer à nos courses. Contre la montre.

Vieillir en EHPAD à l'air du Covid-19

Dominique Louyot, *Citoyenne retraitée, aidante familiale*

Maman a la maladie d'Alzheimer. Depuis un an, elle est dans un EHPAD, une structure rurale d'une quarantaine de résidents. Beaucoup sont originaires du village ou des alentours et se connaissaient « d'avant ». L'ambiance est familiale. L'équipe est attentionnée. Depuis le 13 mars, c'est le confinement. Pour les quelques résidents atteints d'Alzheimer et les « déambulants », le médecin référent a eu la belle idée, en accord avec l'équipe, de circonscrire un « espace sécurisé » dans la grande salle où ils peuvent, sans rentrer en contact, marcher, s'asseoir, rêver, s'assoupir. Quand il fait beau, ils font une promenade dans le petit parc-jardin. Le personnel porte des masques. Quelques photos ont été envoyées par mail. Tout le monde sourit. C'est émouvant.

Chaque jour, mon père, ma sœur et moi-même, en alternance, nous échangeons au téléphone avec Maman. Dix jolies minutes ensemble. Le personnel apporte l'appareil à Maman, car elle ne sait plus trop l'usage de certaines choses. Ces dix minutes nous rassurent et lui transmettent autant que possible notre amour. Maman dit qu'elle trouve la situation étrange, nous demande pourquoi elle ne nous voit plus, et nous envoie des baisers sonores qui nous bouleversent. Nous lui expliquons le virus inlassablement. Elle comprend, puis oublie aussitôt. Qu'importe, elle en garde une trace, car à chaque nouvel appel, elle comprend plus vite. Et se demande quand enfin ce virus va « se faire attraper ». Nous retrouvons en ces quelques instants la belle femme forte et aimante qu'elle fut. Et est toujours.

Le 8 avril, nouvelle circulaire, tous les résidents sont confinés en chambre. Aucun test de dépistage en vue – malgré l'annonce officielle du ministre –, pas de Skype possible (pas de wifi ni d'écrans avec son et caméra dans la maison), et sur les cas de Covid-19, aucune communication ne doit filtrer... Une angoisse sourde s'installe. Nous continuons nos échanges téléphoniques avec Maman. C'est le seul lien qui reste, tant qu'il perdure, nous tenons le coup et Maman, j'en suis sûre, aussi. Nous sommes sur un fil. Mais demain ?

Nous savons que tout peut changer d'un jour à l'autre. Brutalement. Sans le merveilleux pouvoir de la voir, de la toucher, de la caresser, de l'accompagner. Quelle cruauté nous inflige un gouvernement, qui a si mal géré cette crise depuis le début ! Et pour cause des manques terribles à tous égards, matériels, humains, et moraux. Le déni de respect, d'humanité pour nos aînés, nos aimés, nous somatise bien en amont du confinement décrété pour tous. TOUT est à reconsidérer dans la politique à ce niveau. Crédits pour les EHPAD, transparence, considération. Un monde sans ce minimum humain est un monde sans repères. Un monde sans âme.

Conclusion citoyenne : Les États Généraux conduiront-ils à un État Généreux ?

Sona Meldonyan, *Citoyenne retraitée, ancienne dactylographe*

À l'ombre de ces États Généraux se dessine une grande prise de conscience sur la précarité et les conditions de vie de bon nombre de personnes âgées ; solitude, dévalorisation, désintéressement etc.

Sollicitée par Véronique Suissa, coordinatrice générale de ces États Généraux qui m'a proposé de participer à la réflexion collégiale initiée en faveur du Grand Âge, je m'appelle Sona Méldonyan, j'ai 92 ans, je suis veuve, en situation de perte d'autonomie croissante et je vis seule à mon domicile.

Dernièrement, nous avons entendu dire à la télévision qu'à l'issue de cette terrible pandémie, ont été trouvées des personnes âgées mortes dans leur lit à l'abandon, seules, sans soins, sans assistance. C'est à en frémir d'horreur et d'indignation ! D'où l'urgence d'agir le plus vite possible auprès des autorités compétentes concernées afin d'améliorer sensiblement ces bouts de vie qui leur restent. C'est bien là le moindre respect qui leur est dû. Car ces vieux d'aujourd'hui qui sont les jeunes d'hier risquent de subir le même sort si rien n'est entrepris, si rien n'est fait ; mais à cela, on n'y pense pas.

Au temps de ma jeunesse, je me souviens combien j'avais de peine en voyant passer parfois dans ma rue les « petits vieux de Nanterre » comme nous les appelions en ce temps, habillés d'un uniforme bleu, pensionnaires d'un hospice du même nom dans une commune voisine et qui trottinaient péniblement avec lassitude et tristesse. J'en ressentais un pincement au cœur et je me disais : « oh ! moi, ça, jamais ! » Mais la vieillesse n'arrive pas qu'aux autres... Et, sans exception, nous sommes tous concernés, si Dieu nous prête vie, évidemment.

Les jeunes d'aujourd'hui, au sens large du terme, seront, assurément, les vieux de demain ! Cette réalité ontologique oblige à nous questionner collectivement : quelle société souhaitons-nous bâtir ? À l'air de la technicisation des rapports humains, reste-il une place en faveur d'une société plus humaine et solidaire ? Cette réponse, si les « vieux d'hier » ne sont plus en mesure de l'apporter, les « vieux de demain » ont sans doute un rôle crucial pour penser – et – panser le monde de demain.

Il est grand temps d'agir enfin et je félicite de tout cœur tous ceux et celles qui s'investiront dans cette noble tâche afin que tout le monde puisse vivre l'hiver de sa vie avec quiétude et dignité autant que possible.

CONCLUSION

À l'aune de ce travail collectif, l'enjeu principal est celui de la société du *care*. Une société inclusive et solidaire impliquant l'essor de la prévention, l'adaptation de l'habitat, la valorisation des métiers du *care*, le soutien aux salariés fragilisés, l'accompagnement des aidants, des familles, des patients…

L'avancée en âge s'inscrit sur un continuum. Le Grand Âge se prépare tôt. En considérant ce continuum, pourquoi laisser perdurer ces frontières illusoires et technocratiques, par exemple entre « les jeunes » et « les vieux », entre « la santé » et « la maladie », entre « le sanitaire et le médicosocial » ? Pourquoi ne pas entamer une véritable politique de décloisonnement ? N'est-il pas opportun de penser une continuité entre les personnes et les acteurs ? N'est-ce pas le moment de faciliter une fluidité entre les lieux de soin et les lieux de vie, en quittant la centralité de l'hôpital ? N'est-ce pas le temps de donner la parole aux territoires et de saisir la nécessité de se focaliser davantage sur lieux de vie des personnes ?

La *séniorisation* « réussie » ne sera une réalité que si elle se structure autour des bassins de vie, des territoires. Sans doute parce que cette dynamique pousse au décloisonnement politique, à la continuité des lieux (de vie/de soins), à l'autonomie des personnes et la responsabilisation des acteurs. Parce qu'elle rend la décision plus lisible pour les professionnels comme pour les personnes, c'est bien l'implication des territoires qu'il convient de favoriser.

Accompagner les aînés en perte d'autonomie revient à construire un projet de société pour l'ensemble des âges. Un projet de société bienveillante et performante : car donner la priorité à la prévention, développer les solutions intermédiaires entre le domicile et l'établissement ou instaurer un suivi en santé plus souple et continu, revient à affirmer que nous voulons vivre dans une société inclusive et soutenable.

Penser la *séniorisation* de demain, c'est à la fois préserver le lien social, permettre à l'ensemble des générations d'être des citoyens permanents, à chaque instant et jusqu'au dernier moment de leur vie.

Les crises sont bien souvent des accélérateurs de l'histoire. Pour le meilleur et pour le pire. Nous le vivons en partie aujourd'hui. En atteste la révolution des décisions appliquées en l'espace de quelques semaines. Le vieux monde se meurt… À nous de faire que la *séniorisation* de la société contribue à l'émergence du nouveau monde. Qu'elle soit une urgence globale pouvant permettre au pays de réussir sa grande transformation, sur fond de transition démographique, énergétique, scientifique, culturelle et numérique.

Serge Guérin, Véronique Suissa, Philippe Denormandie

Sélection bibliographique : Par les membres du collectif

Bourdieu, P. (1984). La jeunesse n'est qu'un mot », Questions de sociologie, Éditions de Minuit, 1984.

Chamahian, A. (2013). Se former dans le temps de la retraite, in Retraite et Société 2013/2 (n° 65), pp. 81 à 100.

Denis, B. (2018). Le patient partenaire en devenir, Revue Ethica Clinica n° 90.2018, http://www.fihasbl.be/Ethica- clinica.aspx.

Denis, B. & Cimar, L. (2019). Infirmiers en Pratique Avancée : le regard des patients, Revue Soins n° 835, mai 2019, p. 40. http://dx.doi.org/10.1016/j.soin.2019.03.010 et Revue ANFIIDE news, 2e semestre 2019, p.3.

Denormandie, P. & Cornu-Pauchet, M. (2018). L'accès aux droits et aux soins des personnes en situation de handicap et des personnes en situation de précarité, Rapport, juillet 2018.

Denormandie, P. (2019). Améliorer l'accès aux soins des personnes en situation de handicap accompagnées par un établissement ou service médico-social : »ne pas avoir à choisir entre être accompagné et être soigné ». Rapport, 2019.

Dorval, E. (2018). Propositions sur les perspectives d'évolution de la prise en charge des personnes âgées atteintes de cancer en France, Rapport, OncoGériatrie, Centre-Val de Loire.

El Khomri, M. (2019). L'attractivité des métiers du grand âge et de l'autonomie. Rapport, 2019.

Devillers, L. (2020). Les robots « émotionnels » : santé, surveillance, sexualité… et l'éthique dans tout cela ? L'observatoire.

Devillers, L. (2017). Des robots et des hommes : mythes, fantasmes et réalité, Plon.

Guérin, S. & Tavoillot, PH. (2017). La guerre des générations aura-t-elle lieu ? Calman-Levy.

Guérin, S. & Martinez, JL. (2019). Innovations & santé, changer de modèle, La charte 2019.

Haute Autorité de Santé [HAS]. (2009), « Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs ».

Haute Autorité de Santé [HAS]. (2011). « Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées », Rapport d'orientation avril 2011.

INSERM. (2019). Activité physique. Prévention et traitement des maladies chroniques », Paris, France, Éditions EDP Sciences, Collection Expertise collective.

IPSOS. (2017). Avoir un cancer après 75 ans, Rapport de l'Observatoire sociétal des cancers.

Libault, D. (2019). Concertation Grand Âge et Autonomie. Rapport, mission gouvernementale.

Petit-Malataverne, N. (2015). La formation des retraités-bénévoles, in Sociologies pratiques 2015/2 (n° 31), pp. 115 à 116.

Suissa, V., Castillo, MC. & Blanchet, A. (2016). Le recours aux Médecines Complémentaires et Alternatives (MCA) face aux incertitudes de la médecine allopathique. Revue de la Psycho-oncologie Française, 10 ; 272-280. doi : 10.1007/s11839-016-0599-6

Suissa, V., Guérin, S. & Warusfel, A. (2019). Vers un accompagnement personnalisé nécessaire mais complexe à mettre en oeuvre ? L'exemple de la prise en charge oncogériatrique. Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil ; 17(4) : 357-68 doi :10.1684/pnv.2019.0820

Suissa, V., Guérin, S. & Denormandie, P. (2019). Médecines complémentaires et alternatives, pour ou contre ? Regards croisés sur la médecine de demain. Michalon éditions.

Nous remercions bien vivement l'ensemble des acteurs ayant contribué de près ou de loin à l'élaboration de ce travail.

Les 60 membres du collectif des États Généraux pour leur participation continue.

Les 260 membres du collectif de soutien pour leur engagement.

Les 51 partenaires institutionnels et médiatiques pour leur soutien.

Les plus de 8 000 français votants pour leur démarche citoyenne.

La secrétaire de rédaction pour son professionnalisme sans faille.

Rapport citoyen réalisé par : le collectif des États Généraux

Coordinatrice : Véronique Suissa

Rédacteurs : Véronique Suissa, Serge Guérin, Philippe Denormandie

Secrétaire de rédaction : Sandrine Dupré – samservices76.com

Diffusion : www.lemagdesterritoiresnumeriques.com

© Tous les droits de reproduction sont réservés et strictement limités

ANNEXES

APPEL AUX ÉTATS GÉNÉRAUX DE LA SÉNIORISATION DE LA SOCIÉTÉ

Lettre de Serge Guérin

La crise du Covid-19 est un puissant et dramatique révélateur de la condition des aînés. À titre personnel, il me conduit ainsi à m'interroger sur la raison pour laquelle nous en sommes arrivés là. Depuis bien longtemps, plus d'un demi-siècle, les enjeux sont inscrits dans les agendas des politiques et de la société. Tout particulièrement, ces dernières années ont été marquées par des mouvements sociaux, à la fois portés par des professionnels en 2017 dans les EHPAD, ou encore initiés par les *Gilets jaunes* sur les ronds-points en 2018.

Combien de rapports ont été publiés depuis celui de Pierre Laroque en 1962 ? Certes, de nombreux rapports, actions, mesures, plans, lois et décrets, ont été portés. Incontestablement, malgré d'énormes progrès salutaires accomplis, la situation des maisons de retraite d'aujourd'hui est loin d'être celle des hospices d'hier… Avec la création de l'APA, le financement de la perte d'autonomie a permis d'améliorer la vie quotidienne d'une partie des plus fragiles. De même que la reconnaissance des aidants a progressé. L'instauration de PASA au sein d'EHPAD illustre également l'essor d'une politique de santé bienveillante et adaptée au vieillissement. Pour autant, ces progrès demeurent insuffisants face à la réalité « de terrain » :

- manque de moyens dans les services d'aides à domicile et les lieux d'accueil des aînés ;
- pénurie de candidats aux carrières du soin ;
- croissance des déserts médicaux ;
- manque d'une politique de prévention ;
- besoins grandissants en matière d'adaptation des logements ;
- isolement croissant des aînés et des aidants, etc.

Durant ces premières semaines de crise, comme n'importe qui, j'ai pu observer et vivre les difficultés de cette période, en m'attachant autant que possible à répondre aux sollicitations de mon entourage professionnel nécessairement fragilisé : étudiants angoissés, directeurs d'EHPAD dépassés par des situations dramatiques, soignants en souffrance, etc. Au cœur de la polémique, la pénurie de masques a symbolisé et cristallisé les tensions de cette crise. Mon réseau professionnel a servi pour l'acheminement gratuit de millions de masques, vers des groupes d'EHPAD, des associations ou des communes. Ainsi, l'entreprise BUT avec laquelle je suis en lien, a pu répondre à des demandes institutionnelles urgentes.

Évidemment, je me suis attaché, tant bien que mal, à soutenir les soignants me sollicitant, ayant pu proposer parfois quelques pistes ou solutions de court terme. Mais j'ai également pu en constater les limites. Sollicité par des structures comme Siel Bleu, j'ai pu entrevoir combien certaines souffraient économiquement tout en cherchant de continuer à se rendre utile. Là encore, j'ai aidé comme je le pouvais. Sollicité par ma famille et des proches, mais également par des professionnels du secteur ou encore des médias, je me suis ainsi trouvé directement confronté à la désespérance et à l'angoisse.

Il y a plus de quinze ans, j'avais déjà fait le constat qu'en l'absence d'un groupe de pression organisé de séniors, il serait alors fort difficile d'impliquer une majorité politique pour porter une société de la longévité. De la même manière, force est de constater qu'en dépit de nos interventions, nos ouvrages, nos colloques, nos prises de parole, nous ne sommes pas parvenus à faire bouger les lignes ou à renverser les représentations sociétales sur l'avancée en âge. Le vieillissement de la population reste le symbole d'un problème, d'une charge : nous n'avons pas inversé le sens de l'hégémonie culturelle, pour reprendre la pensée de Gramsci selon laquelle faire basculer la décision politique, nécessite d'abord, de conquérir les esprits, le bon sens partagé. Déjà en 2010, je défendais la notion de « Transition démographique » avec l'idée d'une « dynamique à inventer » afin de répondre à la nouvelle démographie, à l'image de ce que le réchauffement climatique impliquait en termes de transition énergétique. Peine perdue…

Depuis un long moment, je cherche donc une autre façon de mobiliser la réflexion : non pas pour conduire un colloque ou un rapport de plus, mais afin d'initier et fédérer une pensée transversale et collective ayant pour objectif d'aider notre France à faire face au « Grand Âge boom » qui débutera dès demain, en 2021. Sans doute que former un collectif d'experts impliqués directement dans la question, porteurs de solutions concrètes et partageant des valeurs humanistes communes serait-il une bonne façon de contribuer à faire émerger une loi *Grand Âge* ambitieuse ? Nous réfléchissons mieux à plusieurs ! Surtout s'il s'agit d'une dynamique collégiale regroupant des personnes compétentes et engagées. Surtout s'il s'agit d'une dynamique qui pense « avec » et non « pour » les citoyens ! Il s'agit donc d'un pari qui vaut la peine.

APPEL AUX ÉTATS GÉNÉRAUX DE LA SÉNIORISATION DE LA SOCIÉTÉ

Lettre de Serge Guérin

Assurément, le Covid-19 a exacerbé les enjeux liés à la *séniorisation* de la société pointant ainsi la fragilité structurelle du système médicosocial. Dans cette optique, mes interactions quotidiennes – lors de cette période hors norme – avec les acteurs et les experts du secteur, symbolisent certainement l'élément déclencheur de la mise en route de ces États Généraux. Selon moi, ils se sont révélés le moyen de partir des « réalités de terrain » et de dégager des problématiques communes puis, de « mettre sur papier » plusieurs éléments de réflexions… Mais, « penser les enjeux humains », implique de pouvoir déployer une démarche réflexive collégiale, transversale et transpartisane.

À partir de ce contexte, j'ai tout d'abord constitué un « **comité d'organisation restreint** » afin d'assurer une coordination efficiente de ce travail. Je me suis alors rapproché de **Véronique Suissa**, docteur en psychologie clinique et longtemps praticienne en clinique de soins de suite et de réadaptation (Gériatrie – Oncologie). Chercheuse au Laboratoire de Psychopathologie et Neuropsychologie de l'Université Paris VIII, elle est pleinement formée aux méthodologies de recherche. Particulièrement rigoureuse et fortement impliquée dans les enjeux du vieillissement, elle a immédiatement accepté de s'impliquer à mes côtés et de coordonner ce projet.

Parallèlement, faisant appel à **Philippe Denormandie** comme conseiller médical, chirurgien de renom et acteur majeur dans le champ du vieillissement et du handicap, celui-ci a également accepté instantanément de s'impliquer à mes côtés. Par ailleurs très impliqué lors de cette période de crise, j'ai pu suivre, dès son commencement, son initiative salutaire visant à créer un dispositif de soutien psychologique dédié aux soignants.

D'ailleurs, nous avions tous les trois déjà formé ce même trio pour conduire la publication d'un ouvrage collectif centré sur les médecines complémentaires et alternatives, comme l'expression d'un symbole de l'émergence du *care* en santé. Très rapidement, nous avons alors mis en place des réunions de travail, mutualisé nos expertises, « mis sur papier » d'autres enjeux et d'autres pistes. En résumé, nous avons fait en sorte de structurer au mieux la démarche, symbolisant ainsi la seconde étape de ces États Généraux.

Puis, il s'est naturellement agi de faire appel aux plus grands experts du domaine dans le but de croiser leurs « expertises pointues », démarche indispensable afin de cheminer vers un dessein majeur au service de la collectivité. Ainsi les échanges, menés par l'ensemble des experts, constituent la troisième étape – essentielle – de ces États Généraux.

Plus précisément, il s'est agi de former un « **comité de pilotage** » pointu en vue d'initier une démarche constructive articulée autour des expertises de chacun. À partir d'une analyse transversale et méthodologiquement structurée, des recommandations concrètes pouvant être effectives et soutenues à court terme par le politique ont été proposées. En d'autres termes, cette démarche à la fois réflexive et active avait pour objectif l'essor d'une politique adaptée aux transformations démographiques. Le comité de pilotage – composé de **17 spécialistes** – a été chargé de développer une analyse collégiale des enjeux de la *séniorisation* et de proposer des pistes structurantes en faveur d'une politique efficiente et bienveillante des âges.

Parallèlement, il s'est agi de présenter ce travail – avant sa diffusion – à différents experts politiques et institutionnels de premier rang. Notre optique étant bien la confrontation constructive avec le monde politique et institutionnel dans le but de coconstruire une vision commune et permettre des débouchés concrets. Dans cette optique, il s'est agi de former un « **vaste collectif** » rassemblant des élus, des experts politiques, des représentants institutionnels, des acteurs de terrain, des citoyens, etc. Ainsi, au-delà des précieuses contributions des membres du comité de pilotage, **31 personnalités** issues du champ politico-institutionnel, mais également **12 acteurs et citoyens** engagés ont activement contribué à ce travail, symbolisant la quatrième étape de ces États Généraux.

Au total, **60 contributeurs** – dont la liste est présentée en dessous – ont participé à ce travail collectif.

Enfin, traiter des « enjeux de société » ne peut en aucun cas se faire sans « la société ». Pour cette raison, la présentation en ligne de ce travail – dans son intégralité – auprès des citoyens, a été décidée afin d'enrichir, à nos côtés, les propositions qui en sont issues. L'objectif étant d'aboutir à la réalisation d'un rapport national articulé autour de trois enjeux majeurs :

- 1er : accompagner la transition démographique ;
- 2e : s'engager vers une politique de santé adaptée au vieillissement ;
- 3e : valoriser et développer les dispositifs adaptés.

Ainsi, cette dernière étape cruciale est le moyen de discuter nos travaux avec les Français mais également d'amender, si nécessaire, les propositions initiales. Les pistes et les réflexions issues des citoyens seront pleinement intégrées à l'analyse définitive portée par le comité de pilotage dans le but de présenter un travail véritablement collégial et coopératif.

Incontestablement, cette dynamique collective est la clé de voûte de ce rapport décloisonné et inclusif. D'ailleurs, cette approche inédite – comme décloisonnement de la pensée – permet de cheminer vers une politique plus globale et efficiente du Grand Âge.

Dans cette optique, la méthode déployée, a permis de saisir le sens même de cette démarche et le processus de ces États Généraux. Avant tout, il s'est agi pour le comité de pilotage de répondre concrètement aux problématiques posées, en fonction des appétences et des compétences de chacun. Ensuite, des experts institutionnels, des politiques et des citoyens engagés ont été invités à réagir aux propositions issues de ce travail collectif, mais également à partager leurs expertises respectives à partir de contributions écrites intégrées au rapport. Enfin, il s'agit à présent pour les citoyens qui le souhaitent d'exprimer de la même façon leurs opinions et/ou de proposer des pistes de solutions. Celles-ci seront ainsi discutées et incluses dans la dernière étape de construction de ce rapport dédié aux pouvoirs publics.

Les États Généraux de la *séniorisation* de la société seront alors le moyen de présenter le rapport définitif coconstruit avec l'ensemble des acteurs : le comité de pilotage, les experts politiques sollicités, les acteurs institutionnels, les citoyens, etc. De vives remerciements à tous ceux qui ont d'ores et déjà accepté – ou accepteront – de participer à cette initiative, à la fois transverse et transpartisane.

Nous invitons **tout citoyen** à prendre connaissance du **pré-rapport** – qui sera mis en ligne du **21 au 30 avril 2020** (https://www.lemagdesterritoiresnumeriques.com/etats-generaux) – et de bien vouloir nous faire l'honneur de partager leurs expertises respectives.

D'ici là, les membres du comité d'organisation restreint se tiennent à l'écoute de chacun, et ce, tout au long du processus de mise en ligne de ce travail collectif. **Véronique SUISSA**, coordinatrice générale, et **Philippe DENORMANDIE**, conseiller médical, se tiennent ainsi à mes côtés afin d'assurer une coordination continue et efficiente de ce travail.

Merci encore d'avoir accepté de participer à cette aventure intellectuelle visant à porter collectivement des valeurs humaines au service de la société de longévité.

Serge GUÉRIN,
Président des États Généraux

ANNEXE 2 : Démarche méthodologique

ÉTATS GÉNÉRAUX DE LA SÉNIORISATION DE LA SOCIÉTÉ

Présentation de la démarche et des objectifs

CONTEXTUALISATION

Les enjeux du vieillissement, bien connus des politiques, des médias et de la société auraient, à eux seuls, nécessité la mise en place d'États Généraux. Si notre pays tarde, depuis trop longtemps à se positionner en matière de politique du vieillissement, la crise sanitaire traversée a sans doute été le déclencheur de ce projet, pointant, voire exacerbant la condition des aînés et des professionnels qui les accompagnent. En effet, la façon dont les plus âgés et les professionnels les accompagnant, ont été « oubliés » lors de la crise du Covid-19, risque bien de rester comme l'un des points les plus noirs de cette période. Avant tout, la pénurie de masques a pointé une hiérarchie consistant à livrer prioritairement le monde hospitalier au mépris des besoins tout aussi urgents du secteur médicosocial. Ensuite, le retard pris pour répertorier le nombre de contaminés et de décès dans les EHPAD a symbolisé une forme de « déni collectif » à l'égard du sort des plus fragilisés. Cette réalité affligeante contraste pourtant avec l'épisode de la canicule, car les Français se sont montrés globalement attentifs au sort des aînés. Enfin, et plus globalement dans le monde, la crise du Covid-19 a été le révélateur de la condition des plus âgés, pointant ainsi les carences en matière de soutien, le manque criant de personnels, et une organisation sanitaire obsolète…

Ainsi, cette crise inédite montre l'urgence et la nécessité impérieuse de poser les bases d'une politique d'accompagnement de la *séniorisation* de la société. Une telle perspective est d'autant plus cruciale que dès 2021, les plus âgés des enfants issus du baby-boom atteindront puis, dépasseront l'âge de 75 ans. En outre, le boom du Grand Âge est « en marche », il sera effectif dès demain… De plus, 75 ans, c'est l'âge à partir duquel il existe un risque accru de fragilités. À ce titre, rappelons notre réalité démographique : plus de 6,5 millions de français ont actuellement plus de 75 ans et ils seront 12 millions en 2060. Près de 2 millions de français ont actuellement plus de 85 ans et seront plus de 5 millions en 2060.

Dans ce contexte, ouvrir le débat devient une urgence nationale : loin de vaines polémiques, il importe de proposer des pistes concrètes et structurantes permettant l'essor d'une politique du Grand Âge et la mise en œuvre d'une Loi structurante et d'envergure. Dans cette optique, la mise en place des États Généraux de la *séniorisation* de la société se veut une initiative constructive en faveur d'une réflexion collégiale et transpartisane. Ces États Généraux devront ainsi permettre de dégager les enjeux majeurs liés au Grand Âge mais également d'aboutir à des recommandations tangibles, applicables et soutenables par les pouvoirs publics. L'objectif étant ainsi de déployer une politique utile, efficiente et bienveillante à l'égard des citoyens les plus fragiles.

Le Comité d'organisation
Serge Guérin, *Président des États Généraux*
Véronique Suissa, *Coordinatrice Générale*
Philippe Denormandie, *Conseiller Médical*

ÉTATS GÉNÉRAUX DE LA SÉNIORISATION DE LA SOCIÉTÉ

Présentation de la démarche et des objectifs

MÉTHODE

La mise en place des États Généraux repose sur l'identification de propositions liées à la *séniorisation* de la société et notamment ceux mis en lumière lors de la Crise du Covid-19. L'objectif étant d'impulser une politique des âges efficiente, la démarche a consisté à s'appuyer sur l'expertise d'une variété d'acteurs œuvrant dans le champ du vieillissement proposant des pistes concrètes et directement efficientes. En effet, la pluralité des enjeux (sociétaux, économiques, politiques, sanitaires, etc.) nous a conduit à décloisonner la démarche appuyée par une analyse croisée des expertises : scientifique, médicale, politique, institutionnelle, citoyenne, etc.

La méthode a consisté à explorer conjointement « l'expertise des membres du collectif » et « l'expérience citoyenne ».

D'une part, il s'est agi de réaliser un pré-rapport – composé d'un ensemble de propositions – en partenariat avec l'ensemble du collectif des États Généraux, c'est-à-dire avec les membres :

- **du comité de pilotage :**
  Institutionnels, scientifiques, médecins, etc. ;
- **du comité d'élus :**
  Députés, Ministres, élus locaux, etc. ;
- **du comité de représentants institutionnels :**
  Dirigeants d'associations nationales, d'EHPAD, de mutuelles ;
- **du comité d'acteurs de terrain et de citoyens engagés :**
  Médecins, psychologues, infirmiers, citoyens retraités, aidants, jeunes diplômés etc.

Au total, 60 membres ont ainsi contribué à l'**identification de 126 propositions** puis, à la **sélection de 52 d'entre elles** par un travail de recoupement (ex. : propositions analogues recoupée en une).

D'autre part, il s'est agi d'analyser le niveau d'adhésion des français envers ces propositions dans le cadre d'une consultation citoyenne tout en leur permettant d'en formuler de nouvelles.

Au total, près de **8 000 citoyens** ont exprimé leur adhésion et formulé près de **250 propositions**.

Ce processus de recueil des expertises et d'analyse des données citoyennes – étalé sur 6 semaines – a permis de dégager les principaux enjeux de la *séniorisation* et d'aboutir sur la réalisation d'un rapport formel, fruit d'une coconstruction entre des experts et la société civile.

OBJECTIFS

Il s'agit de proposer une politique globale des âges, potentiellement soutenable par les pouvoirs publics, comportant des axes de changement. Cette politique doit pouvoir reposer sur des propositions concrètes permettant de faire face aux problématiques rencontrées :

- par les personnes, leurs familles et les aidants ;
- par les structures d'accompagnement issues du secteur sanitaire et médicosocial ;
- par les acteurs et les dispositifs territoriaux œuvrant dans le champ du vieillissement.

ÉTAPES

➢ *Constitution des groupes d'experts*

Avant tout, le comité d'organisation s'est rapproché d'une variété d'acteurs et de structures confrontées à des problématiques majeures de terrain : institutionnels, élus, soignants, chercheurs, aidants, EHPAD, services d'aides à la personne, etc. Les entretiens menés avec ces acteurs « de première ligne » ont ainsi permis de dégager les enjeux communs et spécifiques imprégnant le secteur sanitaire et médicosocial.

Puis, un « comité interne » de pilotage a été constitué, composé de différents experts (n=17) et chargé de développer une analyse collégiale des enjeux de la *séniorisation* et de proposer des pistes structurantes en faveur d'une politique efficiente et bienveillante des âges. Parallèlement, d'autres collectifs sont venus s'ajouter, composés d'élus et d'experts politiques (n=13), de représentants institutionnels (n=18), d'acteurs de terrain et de citoyens engagés (n=12), chargés de participer à cette dynamique collégiale à partir de leurs expertises respectives. Au total **60** membres ont ainsi été sollicités afin de contribuer à la réalisation d'un pré-rapport.

➢ *Élaboration du pré-rapport*

L'ensemble des experts a été invité à émettre des propositions concrètes à partir d'une trame collective de travail pré-élaborée et articulée autour de trois enjeux majeurs : (1) accompagner la transition démographique, (2) mettre en œuvre une politique de santé propre au vieillissement, (3) valoriser et développer les dispositifs adaptés. Dans le même temps, des questions préétablies ont été attribuées à chacun des 60 contributeurs en considérant en amont les appétences et les expertises de chacun. En outre, les membres ont été invités à communiquer auprès du comité d'organisation, d'une part, l'ensemble de leurs propositions et d'autre part, leurs contributions écrites articulées autour d'une question attribuée par avance.

Ensuite, un croisement des données récoltées a été réalisé par le comité restreint d'organisation, permettant ainsi de répertorier de façon méthodique, les propositions identiques, analogues ou, au contraire, divergentes, issues des analyses individuelles. Toutes les propositions ont été présentées auprès du comité de pilotage afin de discuter et de sélectionner collectivement, celles qu'il convenait d'intégrer ou non au pré-rapport.

En outre, les réunions de travail ont alors permis d'aboutir à la réalisation d'un pré-rapport incluant **126 propositions** concrètes. Ces dernières ont ensuite été communiquées auprès de l'ensemble des experts et contributeurs externes sollicités (politiques, institutionnels, acteurs de terrain, citoyens, etc.) ayant ainsi partagé leur analyse sur ce travail et les propositions qui en découlent. Cette double démarche, centrée à la fois sur une coopération « interne » et « externe » au comité, a démultiplié les regards, a enrichi et réajusté au fur et à mesure, les idées articulant ce pré-rapport. Une analyse collective des 126 propositions a été réalisée permettant de sélectionner **52 propositions** en vue de la consultation citoyenne. Enfin, un travail de reformulation a été effectué par le comité d'organisation et avec l'aide du Pr. Berrut, G. afin de rendre les propositions moins techniques et plus accessibles au grand public.

➢ *Mise en ligne du pré-rapport et analyse des propositions citoyennes*

Le pré-rapport a été mis en ligne afin de soumettre son contenu auprès des citoyens et d'acteurs engagés. Plus typiquement, les citoyens ont été invités à indiquer leur degré d'adhésion à l'égard de l'ensemble des propositions. Ils ont également été conviés à formuler de nouvelles propositions non incluses au sein du pré-rapport présenté. Une analyse des données, réalisée par le *Mag des Territoires Numériques* a permis d'identifier les propositions suscitant ou non l'adhésion des citoyens tout en dégageant de nouvelles pistes de réflexion issues des 250 propositions citoyennes.

De la même manière, les membres du collectif ont simultanément été conviés à exprimer leur degré d'adhésion envers ces mêmes propositions et à en formuler des nouvelles, s'ils le souhaitaient. Une analyse des données, réalisée par l'assistante parlementaire de Madame la députée Dufeu Shubert, a également permis de recentrer les propositions les plus soutenues par le collectif.

Cette double analyse a ensuite été remise au comité d'organisation pour présentation à l'ensemble des membres du collectif.

➢ *Réalisation du rapport collectif*

La réalisation du rapport s'est conjointement appuyée sur l'analyse des 60 experts impliqués tout au long du processus et sur les réactions et propositions des citoyens lors de l'étape de mise en ligne du pré-rapport. Dans cette optique, il s'est agi de ne conserver que les propositions consensuelles, et d'exclure celles faisant l'objet d'un dissensus. Cette double démarche centrée à la fois sur le regard d'experts et des citoyens a été le moyen d'enrichir et de réajuster les propositions initiales, dans le but de proposer un rapport coconstruit avec tout un chacun. Par exemple, une proposition visant à développer l'éthique du Grand Âge a été réajustée au regard de la demande citoyenne (ex. : mise en place de comité d'éthique au sein des institutions, notamment en EHPAD).

➢ *Sélection des propositions*

Les propositions sélectionnées correspondent à celles les plus plébiscitées pour chacun des cinq thèmes initiaux. Le nombre de propositions par thème étant variable, l'analyse a été effectuée selon les modalités suivantes :

Thème 1 (société) : Les cinq premières propositions les plus plébiscitées ont été retenues.
Thème 2 (santé) : Les cinq premières propositions les plus plébiscitées ont été retenues.
Thème 3 (modes de vie): Les trois premières propositions les plus plébiscitées ont été retenues.
Thème 4 (métiers) : Les quatre premières propositions les plus plébiscitées ont été retenues.
Thème 5 (politique) : les quatre premières propositions les plus plébiscitées ont été retenues.

Au bilan, ce rapport articulé en deux chapitres, intègre d'une part, un ensemble de propositions nationales consensuelles (experts, contributeurs et citoyens), et d'autre part, une variété de propositions individuelles (experts) centrées sur des problématiques spécifiques de terrain.

ÉTATS GÉNÉRAUX DE LA SÉNIORISATION DE LA SOCIÉTÉ

Présentation de la démarche et des objectifs

SYNTHÈSE DES ÉTAPES
PHASE 1 : Comité d'organisation
Entretiens avec les acteurs et structures de « première ligne »
Délimitation des principaux enjeux et propositions de pistes de réflexions
Constitution du comité de pilotage
PHASE 2 : Collectif des États Généraux
Réunions avec le collectif
Définition des enjeux et élaboration de propositions
Réalisation du pré-rapport et inclusion de contributions écrites
PHASE 3 : Experts externes
Entretiens avec des experts politiques et contributions écrites
Entretiens avec des experts institutionnels et contributions écrites
Réajustements du pré-rapport avec le collectif
PHASE 4 : Mise en ligne du pré-rapport
Analyse du degré d'adhésion des Français et récolte des propositions citoyennes
Échanges interactifs en ligne entre le « comité » et les « citoyens »
Réajustement et finalisation du pré-rapport
PHASE 5 : États Généraux
Présentation du rapport finalisé auprès du collectif
Remise du rapport aux pouvoirs publics
Présentation et diffusion du rapport auprès du grand public

ANNEXE 3 : Liste des questions traitées et contributeurs associés

POUR UNE POLITIQUE NOUVELLE : Décloisonnée, coopérante et solidaire !	
Instaurer une nouvelle politique du vieillissement	
La *séniorisation* de la société, un levier pour une transition globale ?	**Serge Guérin**
Vers une politique du *care* : coconstruire collectivement l'accompagnement du Grand Âge	**Véronique Suissa**
La crise du coronavirus a montré la force des liens intergénérationnels dans la société française	**Xavier Bertrand**
Repenser la protection sociale pour accompagner l'avancée en âge	**Marie-Anne Montchamp**
Défendre une politique sociale et solidaire du vieillissement	**Jarry Claudy**
Décloisonner les secteurs	
Sanitaire et Médicosocial : une distinction inefficace et datée. Bienvenue au « prendre soin » !	**Agnès Firmin-Le Bodo**
Public, associatif, privé, cassons les frontières !	**Dominique Monneron**
L'épreuve du Coronavirus nous démontre l'importance du lien entre secteur sanitaire et EHPAD	**Arnaud Caupene & Claude Jeandel**
La ville : un territoire à décloisonner pour mieux accompagner le vieillissement	**Frédéric Erzen**
Faire coopérer les acteurs	
Réinventer la relation entre le secteur public et privé	**FHP - Lamine Gharbi**
Reconstruire une relation entre médecine de ville et médecine hospitalière au service des citoyens	**Gilles Berrut**
Le pari de la confiance et de la coopération	**Serge Guérin**
Les organismes de protection à l'action sociale : une mobilisation de tous les acteurs pour et avec les aînés !	**Éric Sanchez**
Porter la solidarité	
Qu'est-ce qu'être solidaires avec les aînés ?	**Jean-François Serres**
Comment accompagner les retraités populaires ?	**Mario Bastonne**
Mobiliser l'économie sociale et solidaire pour mieux accompagner !	**Jean Gatel**
Financer la perte d'autonomie : entre solidarité et assurance	**Jean-Manuel Kupiec**

POUR UNE SOCIÉTÉ INCLUSIVE ET ADAPTÉE : Aux lieux de vie, aux besoins et aux usages	
Valoriser la *séniorisation* de la société	
Pour contribuer à la loi Grand Âge et valoriser la « voix » des aînés en institution	**Vasken Meldonyan**
Quelles pistes pour valoriser les séniors et développer la prévention ?	**Laurent Piolatto**
Valoriser enfin l'emploi de sens pour une société de la bienveillance	**Myriam El Khomri**
Quel droit pour les ainés à redevenir acteurs et citoyens de leur « droits » ?	**Corinne Daver**
Considérer les spécificités territoriales	
Quelle politique de territoire pour assurer le continuum ville/accueil des aînés fragiles ?	**Pierre-Olivier Lefebvre**
Mettre en place un dispositif local de suivi et d'alerte de la situation des aînés isolés ? La crise du Covid-19 en montre l'urgence	**Valérie Egloff**
Comment mieux accompagner les aînés dans le secteur rural ?	**Jeanine Dubié**
Grand Âge : vers une articulation efficiente entre « politique nationale » et « politique départementale »	**ADF - Geneviève Mannarino**
S'adapter aux besoins et lieux de vie des aînés	
Répondre aux besoins singuliers des personnes fragilisées par l'âge et/ou la maladie	**Philippe Denormandie**
Savoir prévenir, s'adapter et accompagner les souffrances des personnes âgées atteintes de cancer	**AFSOS - Yvan Krakowski** **SOFOM - Stéphane Culine** **SOFOG - Pierre Soubeyran**
Inventer les services d'aides à domicile de demain	**Dafna Mouchenik**
Comment à la lumière du Covid-19, repenser les lieux de vie face aux besoins liés à l'avancée en âge ?	**Jean-Philippe Arnoux**
S'ouvrir au numérique	
La robotique et l'Intelligence Artificielle à un temps de la *séniorisation*	**Cédric Villani** **Laurence Devillers** **Sophie Sakka**
Les « séniors testeurs » pour répondre aux usages des aînés !	**Jean-Marc Blanc**
Intelligence Artificielle, la Garantie Humaine comme clé de diffusion de l'innovation en santé	**David Gruson**
Le numérique, un outil potentiellement (psycho)thérapeutique ?	**Delphine Dupré-Lévêque**

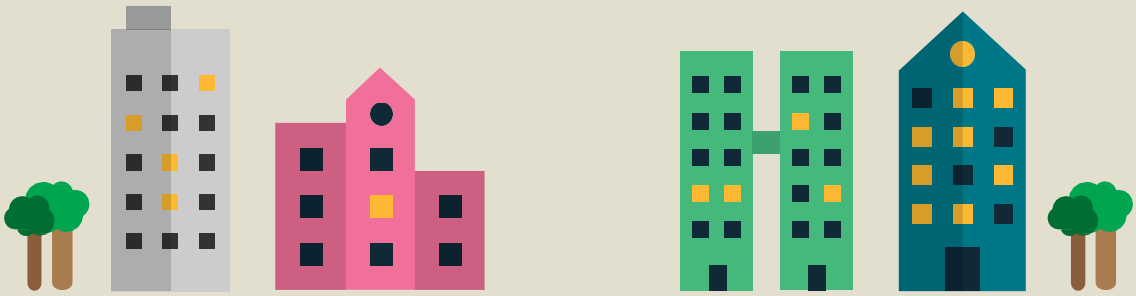
POUR UNE SANTÉ DU CARE : Pour les malades, les soignants et les aidants	
Améliorer l'accompagnement des malades	
Quelles pistes pour cheminer vers une politique de santé en oncologie adaptée au vieillissement ?	**Ligue contre le Cancer**
L'hospitalisation à domicile pour les aînés, l'évidence !	**Benoît Péricard**
Post-Covid, comment penser la prise en soin des aînés touchés par le handicap ?	**Philippe Berta**
Quelle place pour les patients partenaires auprès des aînés fragilisés ?	**Bernard Denis**
Promouvoir le *care*	
Valoriser le soin relationnel et non médicamenteux en institution	**Véronique Suissa**
Vivre mieux le grand âge : Prévention et promotion de la santé grâce à des interventions non médicamenteuses accessibles à tous	**Jean-Michel Ricard**
Comment impulser une politique de prise en compte des fragilités des salariés en entreprise ?	**Joël Riou**
Les plus fragiles ont aussi besoin d'éthique	**Dominique Fabre**
Accompagner les soignants et les aidants	
Comment améliorer la prise en soin des soignants qui accompagnent les aînés ?	**Éric Henry**
Mieux valoriser et accompagner les aidants	**Gwenaëlle Thual**
La confiance, un levier pour renforcer l'autonomie des professionnels du soin	**Jean-Louis Martreux**
Réflexions autour de la formation médicale : Où est la Françoise Dolto des vieux ?	**Gilles Noussembaum**
Anticiper les crises sanitaires	
Confrontés à une crise sanitaire majeure, sommes-nous capables d'accélérer et amplifier la réforme de notre système de santé ?	**Élisabeth Hubert**
Le Grand Âge et l'EHPAD à l'épreuve du Covid-19 : premiers enseignements	**Michèle Delaunay**
Quelle recherche sur la *séniorisation* après la crise du Covid-19 ?	**Benoît Roig**
Penser la sécurité sanitaire des personnes âgées	**Françoise Weber**
Plaidoyer pour une nouvelle approche du vieillissement	
Alerte Longévité, la vieillesse serait-elle un mal pour notre pays ?	**Audrey Dufeu Schubert**
Refonder nos pratiques et nos structures face à la fragilité humaine	**Joël Jaouen**
Repenser les établissements d'accueil dans une logique de service à domicile !	**Pascal Champvert**
Reconstruire l'ensemble de la prise en soin…ensemble !	**Gilles Berrut**
Comment repenser le soutien efficace aux aînés ?	**Bernard Jouannaud**

POUR UNE VALORISATION DU « REGARD CITOYEN » : Les réformes se font « avec » !	
Témoignages et réflexions de terrain	
Comment redonner la parole aux séniors ?	**Marie-Françoise Fuchs**
Covid-19 : Le révélateur de besoins psychologiques chez les aînés à domicile ?	**Alice Warusfel**
L'urgence de renforcer, de (re)tisser les "Liens de Vie" des séniors	**Loïck Coriou**
À la lumière du Covid-19, comment repenser l'organisation de soutien efficace aux aînés dans les EHPAD ?	**Vincent Rozelier**
Témoignages et réflexions citoyennes	
Le digital pour les séniors, quelles perspectives ?	**Garance Guérin**
La question de la (re)considération ; une nécessité civique et civilisationnelle ?	**Yves-Alexandre Tripkovic**
Vieillir en EHPAD à l'air du Covid-19	**Dominique Louyot**
Conclusion citoyenne : Les États Généraux conduiront-ils à un État Généreux ?	**Sona Meldonyan**

Etats généraux : résultats sondage

ENQUÊTE

ENQUÊTE RÉALISÉE EN LIGNE
DU 21 AU 30 AVRIL 2020 12H00



8244
VOTANTS

416000
VOTES

Les résultats des propositions ci-dessous sont classés par thèmes et par scores d'adhésion
Vote 4 et 5 comptabilisés : forte (4) et très forte (5) adhésion

RÉSULTATS DÉTAILLÉS PAR PROPOSITIONS : THÈME I: SOCIÉTÉ

PROPOSITION 1 (Re)donner la parole aux aînés, premiers concernés en considérant les témoignages issus de leurs expériences mais également en les impliquant systématiquement lors des commissions organisées abordant les questions du Grand Âge.

86,2% ont voté 4 et 5 à cette proposition

PROPOSITION 3 Porter une réflexion éthique en faveur des questions liées au Grand Âge : en permettant l'effectivité des propositions issues des rapports récemment publiés (ex. : D. Libault, M. El Khomri), et en renforçant la réflexion éthique autours des situations complexes en EHPAD, notamment celle de l'accompagnement de la fin de vie.

98,2% ont voté 4 et 5 à cette proposition

PROPOSITION 8 Mettre en place systématiquement un « groupe de séniors testeurs » lors de projets de transformation de l'espace ou d'implantation de nouveaux équipements ou solutions technologiques.

74,4% ont voté 4 et 5 à cette proposition

PROPOSITION 6 Permettre l'essor de dispositifs intergénérationnels (ex. : systématiser dans les lycées un temps de rencontre entre lycéens et personnes âgées permettant aussi de sensibiliser aux métiers du Grand Âge.

71,5% ont voté 4 et 5 à cette proposition

PROPOSITION 5 Créer un service civique volontaire de séniors permettant à des retraités d'être impliqués dans le soutien scolaire et extra-scolaire des enfants et des jeunes.

71,2% ont voté 4 et 5 à cette proposition

PROPOSITION 2 Changer de modèle et l'articuler autour de trois principes majeurs : 1) favoriser l'essor de relations interpersonnelles engagées, gratuites et porteuses de protection ; 2) promouvoir des dynamiques collectives d'engagement ; 3) porter une vision « écologique » de la mobilisation contre l'isolement social (coopération d'acteurs sur les territoires).

55,2% ont voté 4 et 5 à cette proposition

PROPOSITION 4 Multiplier les initiatives de sensibilisation (comme la mini-série « C'est la vie ! #LesMetiersDuGrandAge », profiter de l'émergence d'influenceur(euses) séniors (« Studio Danielle », « Je ne suis pas une sénior ! », etc., les pétitions « Change.org »).

44,9% ont voté 4 et 5 à cette proposition

PROPOSITION 7 Favoriser l'essor d'activités de rencontres, d'accompagnements et de relations intergénérationnelles, et soutenir le développement de la formation durant toute la vie.

51% ont voté 4 et 5 à cette proposition

RÉSULTATS DÉTAILLÉS PAR PROPOSITIONS : THÈME II: SANTÉ

PROPOSITION 14 Inciter aux pratiques de prévention par des valorisations financières ou matérielles (baisse des cotisations aux mutuelles)

78,2% ont voté 4 et 5 à cette proposition

PROPOSITION 18 Renforcer l'accompagnement en oncogériatrie en l'articulant autour de trois axes : (1) favoriser des diagnostics plus précoces avec la création d'une consultation spécifique avant 75 ans ;(2) améliorer la spécificité des parcours en développant la formation des professionnels ; (3) rompre l'isolement relationnel en orientant systématiquement les personnes malades vers des professionnels et des structures d'accompagnement.

77% ont voté 4 et 5 à cette proposition

PROPOSITION 10 Instaurer le remboursement de l'activité physique adaptée à tous les retraités et personnes âgées (malades ou non) pour préserver le lien social et le maintien de l'autonomie. »

76,5% ont voté 4 et 5 à cette proposition

PROPOSITION 20 Renforcer l'ouverture des PASA (Pôles d'Activités et de Soins Adaptés), des EHPAD aux personnes âgées souffrant de troubles cognitifs légers à modérés et vivant à domicile, permettant un accompagnement optimal tout en favorisant l'adaptation des potentiels futurs résidents.

75,2% ont voté 4 et 5 à cette proposition

PROPOSITION 13 Mieux tenir compte des fragilités des salariés au sein des entreprises en généralisant la mise en place d'un système de conciergerie sociale impliquant l'intervention de spécialistes rompus au travail social et des experts des nouvelles technologies.

68,2% ont voté 4 et 5 à cette proposition

PROPOSITION 9 Développer une politique et des pratiques de prévention positive axées sur la promotion et le maintien de la vie en santé globale.

66,5% ont voté 4 et 5 à cette proposition

PROPOSITION 11Instaurer trois consultations de prévention obligatoires à trois âges pivots : 50, 65 et 80 ans (pour dépister l'apparition de troubles cognitifs, de dénutrition, et promouvoir le bien vieillir. Cibler les seniors isolés et/ou à faible revenu).

66,2% ont voté 4 et 5 à cette proposition

PROPOSITION 12Instaurer le remboursement de l'activité physique adaptée à tous les retraités et personnes âgées (malades ou non) pour préserver le lien social et le maintien de l'autonomie. »

65% ont voté 4 et 5 à cette proposition

PROPOSITION 15 Développer la recherche et les connaissances, la formalisation des bonnes pratiques ainsi que l'enseignement sur les pratiques de prévention et de soin favorisant la santé et la qualité de vie dans le grand âge.

64,3% ont voté 4 et 5 à cette proposition

PROPOSITION 16 Prévention vers les plus modestes : développer les structures mobiles de conseil, de dépistage, et de soin primaire, vers les zones rurales et les quartiers défavorisés et éloignés.

64,3% ont voté 4 et 5 à cette proposition

PROPOSITION 17 Réhumaniser le système afin de prendre soin d'une personne dans sa globalité, tant en matière de santé qu'en termes d'accompagnement sanitaire et médicosocial : décloisonner ces deux secteurs afin de permettre une coopération efficiente entre l'ensemble des professionnels intervenants auprès de « l'humain » remis « au cœur du dispositif ».

63,5% ont voté 4 et 5 à cette proposition

PROPOSITION 19 Formaliser et promouvoir les pratiques permettant le maintien de la qualité de vie dans la maladie chronique notamment par le développement des interventions et thérapies non médicamenteuses.

63,4% ont voté 4 et 5 à cette proposition

RÉSULTATS DÉTAILLÉS PAR PROPOSITIONS : THÈME III : MODE DE VIE

PROPOSITION 21 Regrouper au sein des structures de soins à domicile, l'ensemble des métiers d'accompagnement des plus âgés, pour en faire des concentrateurs de services et copilote avec la famille de la personne âgée en perte d'autonomie.

87,3% ont voté 4 et 5 à cette proposition

PROPOSITIONS 25 Favoriser le développement d'immeubles intergénérationnels avec logements adaptés et espaces communs à usage de soins et d'activités sociales (ex. : professionnels de santé, animateurs, Activité Physique Adaptée, etc.).

85,8% ont voté 4 et 5 à cette proposition

PROPOSITION 28 Favoriser l'essor d'alternatives efficientes en matière d'accompagnement en généralisant l'hospitalisation à domicile (HAD) et en renforçant les dispositifs d'accueil familial.

80,7% ont voté 4 et 5 à cette proposition

PROPOSITION 22 Former et donner la possibilité aux aides à domicile de détecter dans de bonnes conditions les fragilités et d'alerter via une structure dédiée, en particulier pour les personnes âgées sans relais social.

79,2% ont voté 4 et 5 à cette proposition

PROPOSITION 23 Développer les structures mobiles de conseil : aller vers les personnes situées loin des centres-villes pour soutenir une politique d'adaptation des logements et d'amélioration de la performance énergétique.

78,6% ont voté 4 et 5 à cette proposition

PROPOSITION 24 Attribuer les logements sociaux, notamment la typologie, au regard du besoin en matière de présence de l'aidant avec une pièce supplémentaire et un loyer adapté.

75,5% ont voté 4 et 5 à cette proposition

PROPOSITION 26 Établir un diagnostic régulier des besoins caractéristiques des séniors à domicile afin d'anticiper la perte d'autonomie et les accompagner de façon plus adaptée (ex. : proposer si nécessaire une aide administrative via les services d'aides à domicile).

75,5% ont voté 4 et 5 à cette proposition

PROPOSITION 27 Développer les Équipes Mobiles Gériatriques intervenant à domicile sur tout le territoire avec une possibilité de prescription et de suivi des préconisations.

75,2% ont voté 4 et 5 à cette proposition

PROPOSITION 29 Renforcer les coordinations territoriales entre tous les modes d'accueil des personnes âgées avec les services d'aide à domicile.

75% ont voté 4 et 5 à cette proposition

PROPOSITION 30 Renforcer les liens et les mutualisations entre les EHPAD quels que soient leurs statuts (publics, privés, associations, etc.). Par exemple, ouvrir un PASA d'une structure qui bénéficie aux externes d'un autre EHPAD qui n'en a pas.

74,7% ont voté 4 et 5 à cette proposition

PROPOSITION 31 Ouvrir les EHPAD à la prévention auprès des personnes âgées du quartier d'implantation en proposant des séances d'information et un suivi des personnes (centre ressources/séniors adhérents plus que résidents).

74,5% ont voté 4 et 5 à cette proposition

PROPOSITION 32 Anticiper de futurs confinements en EHPAD en créant des espaces multifonction évolutifs pouvant servir en cas de nouvelle pandémie à la fois de « lieux sécurisés de réception autonome des familles » et de « SAS à tout faire pour le quotidien ».

74,2% ont voté 4 et 5 à cette proposition

RÉSULTATS DÉTAILLÉS PAR PROPOSITIONS : THÈME IV : METIER SOIN

PROPOSITION 33 Former les médecins généralistes aux dimensions psychologiques de la souffrance globale des aînés, induites par l'âge et la maladie (ex. : syndrome de glissement, fin de vie, etc.).

88,9% ont voté 4 et 5 à cette proposition

PROPOSITION 34 Favoriser la reconnaissance et le déploiement des « Aides-Soignants en Gérontologie (ASG) » tout comme les Infirmier(e)s de Pratique Avance en Gériatrie (IPAG).

87,9% ont voté 4 et 5 à cette proposition

PROPOSITION 36 Assurer de meilleures conditions d'emploi et de rémunération aux personnels implique : (1) l'ouverture de postes ; (2) la revalorisation salariale ; (3) l'équipement en véhicules des soignants à domicile (via une négociation globale avec les constructeurs automobiles nationaux).

87,9% ont voté 4 et 5 à cette proposition

PROPOSITION 42 Valoriser et soutenir les aidants de proches en leur permettant d'acquérir des crédits de formation et des équivalences, qui peuvent être utiles sur le plan professionnel, et en renforçant leur accompagnement par des aides dédiées (adaptation des logements, renfort en personnel, etc.).

81,4% ont voté 4 et 5 à cette proposition

PROPOSITION 35 Promouvoir les praticiens d'approches complémentaires (sophrologues, praticiens en qi gong, etc.) ayant un diplôme reconnu, pouvant proposer un accompagnement dans le cadre d'une pratique libérale de ville ou dans les réseaux de santé.

78,9% ont voté 4 et 5 à cette proposition

PROPOSITION 37 Reconnaître les compétences des patients et aidants dans le parcours de santé en gériatrie, par une filière gériatrie (qui pourrait prendre la forme d'un DU Patient-Aidant-Partenaire Sénior).

58,2% ont voté 4 et 5 à cette proposition

PROPOSITION 38 Instaurer un dispositif national de soutien psychologique impliquant la mobilité des psychologues et psychiatres au domicile des séniors pouvant difficilement se déplacerEt favoriser la reconnaissance du dispositif par les mutuelles.

56,8% ont voté 4 et 5 à cette proposition

PROPOSITION 39 Développer des outils numériques et de visio-conférence ne faisant pas appel à des connaissances particulières, mais à la voix ou à des gestes simples pour lutter contre la fracture numérique.

56,5% ont voté 4 et 5 à cette proposition

PROPOSITION 40 Proposer des solutions à l'extérieur du logement (dans l'EHPAD du quartier, la conciergerie, le foyer, etc.) avec un accompagnement à l'utilisation du dispositif (ex. : télémédecine, mesure et accompagnement à la nutrition).

56,5% ont voté 4 et 5 à cette proposition

PROPOSITION 41 Mettre en place un soutien pérenne auprès des aidants en activité ou non – et en complément des dispositions actuelles – à travers l'implication de tous les acteurs (accords d'entreprises, mutuelles, État, etc.).

56,2% ont voté 4 et 5 à cette proposition

RÉSULTATS DÉTAILLÉS PAR PROPOSITIONS : THÈME V : POLITIQUE GRAND ÂGE

PROPOSITION 47 Dédier un financement afin d'ouvrir davantage de lits en gériatrie à l'hôpital : afin que les résidents adressés par les EHPAD évitent de transiter par les urgences et qu'ils soient directement admis en gériatrie. Cela permettrait « plus de confort » pour les résidents et participerait au désengorgement des urgences.

88,5% ont voté 4 et 5 à cette proposition

PROPOSITION 50 Mettre en place un système numérique favorisant les interactions et la complémentarité entre les différents intervenants à domicile (aidants, aide-ménagères, auxiliaires de vie, infirmier(e)s, médecins etc.).

83,1 % ont voté 4 et 5 à cette proposition

PROPOSITION 46 Mettre en place un parcours de vie du sénior en proposant un financement adapté par modalité de vieillissement (prévention, préparation au départ à la retraite, aménagement du logement, déménagement vers un logement adapté, etc.).

80,9% ont voté 4 et 5 à cette proposition

PROPOSITION 43 Flécher une partie des crédits de la CNSA vers la revalorisation salariale des métiers du soin : dans les EHPAD en particulier où certains soignants (kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens, etc.) sont difficiles à recruter du fait d'une rémunération très inférieure par rapport à celle en exercice libéral, des mêmes professions.

79,5% ont voté 4 et 5 à cette proposition

PROPOSITION 45 Réformer le mode de tarification et de financement des services d'aides à domicile afin de leur permettre de revaloriser les salaires et d'améliorer les conditions de travail des professionnels. Pour ce faire, cesser de pratiquer un règlement à l'heure en vue de s'engager vers un système mixte entre dotation globale et tarification présentielle.

78,5% ont votés 4 et 5 à cette prosition

PROPOSITION 49 Renforcer la régionalisation des politiques de l'action sociale et sanitaire.

61,4% ont voté 4 et 5 à cette proposition

PROPOSITION 51 Instaurer dans les établissements de santé une Commission de Coordination Gériatrique pour améliorer les prises en charge hospitalières et les transitions ville-hôpital.

68,8% ont voté 4 et 5 à cette proposition

PROPOSITION 48 Renforcer la silver économie (économie des séniors) par une valorisation des offres répondant à un bénéfice réel et validé par les aînés, et par un rapprochement avec des structures de financement (capital-risque, fonds d'impact).

53,5% ont voté 4 et 5 à cette proposition

PROPOSITION 44 Faire de la CNSA un financeur unique pour le « soin » et la « dépendance ».

46,5% ont voté 4 et 5 à cette proposition

PROPOSITION 52 Concernant l'Intelligence Artificielle, appliquer les principes de régulation en amont et en aval de l'algorithme lui-même, en établissant des points de supervision humaine : non pas à chaque étape, mais sur des « points critiques » identifiés dans un dialogue partagé entre les professionnels, les patients et les concepteurs d'innovation.

38,5% ont voté 4 et 5 à cette proposition

LES PRINCIPAUX THÈMES DES PROPOSITIONS CITOYENNES FORMULÉES

1. Modifier les représentations sociales à l'égard des aînés
2. Permettre l'essor de dispositifs intergénérationnels
3. Améliorer la vie quotidienne des aînés
4. Faciliter et organiser le maintien à domicile des personnes
5. Réhumaniser le système dans son ensemble (sanitaire/médicosocial)
6. Valoriser les soignants, les aidants et les patients partenaires
7. Renforcer l'éthique, notamment en institution
8. Renforcer la place du soin relationnel et non médicamenteux ainsi que les médecines complémentaires
9. Développer la recherche appliquée, notamment en sciences humaines/sociales

EXEMPLES DE REMARQUES CITOYENNES

Proposition 6 (intergénération) : Ouvrir le dispositif aux collégiens (3ème) et aux étudiants (université).
Proposition 10 (remboursement de l'APA) : Adapter le remboursement selon les revenus des séniors.
Proposition 23 (structures mobiles de conseil) : Ajouter le conseil pour des équipements numériques.
Proposition 28 (alternatives à l'EHPAD) : Distinguer l'HAD et l'accueil familial.
Proposition 37 (compétences patients) : Inclure la reconnaissance des patients formés à l'université.

LISTE DES PROPOSITIONS REFORMULÉES/AJOUTÉES AU REGARD DES REMARQUES CITOYENNES

NB. Les éléments « soulignés et en gras » correspondent aux données ajoutées, reformulées ou modifiées à partir des 250 remarques et propositions citoyennes

- Renforcer la réflexion éthique en faveur des questions liées au Grand Âge, en favorisant la mise en place de comité éthique au sein **de toutes les institutions, en particulier en EHPAD**.

- Favoriser le développement de **dispositifs intergénérationnels sous toutes ses formes** : (1) notamment en systématisant des temps de rencontres entre les plus jeunes (**collégiens, lycéens, étudiants**) et les séniors, (2) et en favorisant le développement d'espaces et d'immeubles intergénérationnels adaptés.

- Instaurer un « parcours de vie du sénior » en proposant un dispositif d'accompagnement centré sur le **conseil**, la prévention et les financements lors des grands changements de vie (préparation au départ à la retraite, **conseil numérique**, aménagement du logement, déménagement, etc.).

- Favoriser l'essor d'alternatives efficientes en matière d'accompagnement en renforçant notamment les **dispositifs d'accueil familial**.

- **Permettre l'essor d'une recherche appliquée en intégrant les sciences humaines et sociales dans le but de s'ajuster aux attentes de terrain et d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées**.

- Améliorer les conditions d'emploi et de rémunération des personnels par l'ouverture de postes, la revalorisation salariale et l'équipement en véhicules des soignants. **Pour ce faire, flécher une partie des crédits de la CNSA vers la revalorisation des métiers du soin**.

- **Renforcer la place des patients partenaires et des patients experts** comme celle des bénévoles **en les impliquant davantage tout au long du parcours de soin et de vie des personnes (hôpital, HAD, EHPAD, etc.)**

CHRONOLOGIE DES ÉTATS GÉNÉRAUX

CALENDRIER DES ÉTATS GÉNÉRAUX		
DATES	**OBJETS**	**OBJECTIFS**
Élaboration de la démarche et des documents de travail par le comité d'organisation		
20 mars 2020	Réunion du comité d'organisation	Délimitation des enjeux
27 mars 2020	Réunion du comité d'organisation	Définition des axes de propositions
3 avril 2020	Réunion du comité d'organisation	Élaboration des documents de travail
Présentation de la démarche auprès du collectif et appropriation des documents de travail		
6 avril 2020	Envoi des documents au comité de pilotage	Prise de connaissance/Propositions
6 avril 2020	Envoi des documents aux autres comités (institutionnels, élus, etc.)	Prise de connaissance/Propositions
15 avril 2020	Réception des documents de travail par le comité d'organisation	Analyse des données issues des documents
Élaboration collective du pré-rapport (étape 1)		
Du 16 au 18 avril	Synthèse et classement de l'ensemble des propositions (=157)	Présentation au collectif (par courriel)
Jusqu'au 20 avril	Récolte des dernières propositions et reformulation avec le Pr. Berrut	Propositions à destination du grand public
20 avril 2020	Réunion avec le collectif /synthèse de la sélection des propositions	Discussion autour des 52 propositions
Élaboration collective du pré-rapport (étape 2)		
Du 21 au 30 avril	Échanges avec les membres du collectif	Réajustement des formulations
Du 21 au 30 avril	Relecture des contributions individuelles	Réajustement par les membres
Du 21 au 30 avril	Processus de rédaction du rapport	Pré-finalisation du rapport
Mise en ligne du pré-rapport pour consultation citoyenne		
Du 21 avril au 30 avril	Récolte du taux d'adhésion des français et de leurs propositions	Analyse des remarques et propositions
Du 30 avril au 3 mai	Analyse des données citoyennes (taux d'adhésion, etc.)	Réajustement des propositions initiales
4 mai 2020	Réunion avec le collectif des États Généraux	Présentation des propositions définitives
Rapport citoyen finalisé et États Généraux		
6 mai 2020	Lettre au Président de la République	Remise du rapport aux pouvoirs publics
6 mai 2020	Diffusion du rapport	Présentation du rapport au public
Juin (date à définir)	Journée des États Généraux	Présentation officielle

ANNEXE 6 : Lettre au Président de la République

Collectif des États Généraux
De la Séniorisation de la société
48, Rue de Ménilmontant
75020 PARIS

Président de la République
55, rue du Faubourg Saint-Honoré
75008 PARIS

Le 6 mai 2020,

OBJET: *Contribution citoyenne en faveur d'une politique de la séniorisation et d'une approche efficiente et bienveillante du Grand Âge*

Monsieur le Président de la République,

Nous avons l'honneur de vous adresser ci-joint cette « contribution citoyenne ». Elle s'inscrit dans une approche complémentaire aux rapports et travaux précédents.

Réalisé tout au long de la période du confinement, ce document s'inscrit ainsi dans une réflexion transverse et transpartisane avec pour objectif de penser collectivement une politique « post-Covid » du Grand Âge et, plus largement, de la longévité. À travers cette contribution citoyenne, il s'agit de porter le débat, de partager publiquement une voix – et une voie –complémentaire à la réforme du Grand Âge, porteuse d'un acte fondateur sur un thème de cohésion sociale.

Cette contribution est le fruit d'un travail collégial inédit élaboré par un collectif de 60 membres, coconstruit avec plus de 8 000 citoyens votants ayant formulé 250 recommandations. Quotidiennement rejoint par des centaines de citoyens et institutions (plus de 300 à ce jour), ces Premiers États Généraux de la *Séniorisation* de la société font l'objet d'un soutien grandissant et instantané.

Notre collectif – composé d'experts institutionnels, d'élus nationaux et locaux, d'acteurs de terrain, de scientifiques, de citoyens – s'est ainsi mobilisé pour coconstruire ce document, riche de propositions et de contributions visant à enrichir la loi Grand Âge à l'aune des conséquences de la crise sanitaire.

En effet, cette crise a mis en exergue les fragilités du système de soin. Elle a mis en avant des scléroses, mais aussi la réactivité d'une partie de la société, l'implication de soignants, du plus bas au plus haut niveau de l'échelle, la puissance du *care*.

Cette contribution citoyenne veut également exprimer combien les plus âgés, les vieux, ne sont pas « nos aînés », mais des adultes responsables, participant activement à la vie du pays et dont le confinement a également montré combien ils ont manqué au tissu familial, amical comme associatif.

Accompagner les aînés revient à construire un projet de société pour – et avec –l'ensemble des âges, en permettant l'essor de la prévention, le développement de solutions intermédiaires entre le domicile et l'établissement, la réorganisation de l'accompagnement dans une logique territoriale et intergénérationnelle…

À travers ces États Généraux, nous souhaitons participer activement à la réforme dans une logique citoyenne, de décloisonnement du savoir et des expertises. Notre objectif est de contribuer collectivement au débat, en favorisant l'implication des citoyens au cœur de la réforme du Grand Âge.

Monsieur le Président, pour nous, penser la *séniorisation,* c'est à la fois préserver le lien social, permettre à l'ensemble des générations d'être des citoyens, contribuer à rendre notre France plus forte et plus belle.

Avec toute notre considération,

Serge GUÉRIN, Véronique SUISSA et Philippe DENORMANDIE
Pour le collectif des États Généraux de la Séniorisation de la société